

# **PATSIENTIDE RAHULOLU HINDAMINE HOOLDUSRAVIS 2009. JA 2011. AASTAL**

Kristina Oja, Lilia Leppsaar, Kai Saks, Miia Sultsmann

## **KOKKUVÕTE**

Suurenenud nõudlus eakatele suunatud tervishoiuteenuste järele on teravalt tõstatanud üles vajaduse täiendada ja arendada hooldusravi kvaliteedijuhtimise süsteemi. Kvaliteedijuhtimise süsteemi üheks osaks on patsientide rahulolu hindamine. Käesoleva uuringu eesmärk oli kirjeldada interRAI õenduskoduelaniku elukvaliteedi enesehinnangu küsimustiku kasutatavust patsientide rahulolu hindamiseks Eesti hooldusravis ja kirjeldada hooldusravi patsientide rahulolu.

Käesolev uuring on empiiriline, kvantitatiivne ja kirjeldav uurimus. Uuritavateks olid Hooldusravi Osutajate Ühendusse kuuluvat statsionaarset hooldusravi osutavat 8 haiglat ja 103 patsienti 2009. aastal ning 10 haiglat ja 88 patsienti 2011. aastal. Andmete kogumiseks kasutati InterRAI õenduskoduelaniku elukvaliteedi enesehinnangu küsimustikku. Uurijate poolt koostati tagasiside küsimustik intervjuerijatele, et saada tagasisidet küsimustiku sobivuse ja väidete mõistetavuse kohta. Patsiendi rahulolu küsitluse tulemuste esitamisel kasutatakse kirjeldavat statistikat.

Uurimistöö tulemusena selgus, et hooldusravi patsiendid on rahul toidu ja pakutavate teenustega ning paljud patsiendid on valmis soovutama seda hooldusraviosakonda ka teistele. Eriti turvaliselt tunnevad patsiendid end hooldustoimingute ajal ning on rahul austuse ja lugupidamisega. Üldiselt on patsiendid rahul personali abivalmidusega, kuid soovivad, et nende pöördumistele reageeritakse veelgi kiiremini. Samuti ootavad patsiendid personalilt rohkem tähelepanu, sõbralikumat suhtlemist ja rohkem selgitusi, kuidas neid hooldatakse ja abistatakse.

Märksa vähem on hooldusravi patsiendid rahul privaatsusega, otsustusvabadusega, isiklike suhetega ning õue saamise võimalustega. Patsiendid tunnevad puudust privaatsusest protseduuride ajal ning enamus patsiente sooviks omada võimalust olla üksi. Samuti sooviksid nad suuremat kaasatust ja rohkem autonoomsust igapäevaotsuste tegemisel. Enamus hooldusravi patsiente tunnevad puudust headest ja sõbralikest suhetest nii teiste patsientidega kui oma pereliikmete ja lähedastega.

Intervjuerijate tagaside põhjal (2009. a. ja 2011. a.) võib järeldada, et InterRAI subjektiivse rahulolu küsimustik ei sobi muutmata kujul Eesti hooldusravivõrgustikus kasutamiseks ja vajab jätkuvat kohandamist. Intervjuerijate ja patsientide arvates olid eitavas vormis sõnastatud väited raskesti mõistetavad ning need väited vajaksid ümbersõnastamist või väljajätmist.

Uurimistöö tulemused on olulised Hooldusravi Osutajate Ühendusele (HOÜ) hooldusraviteenuste kvaliteedi parandamiseks Eestis. HOÜ jätkab antud küsimustiku edasiarendamist ja planeerib regulaarselt läbi viia hooldusravi patsientide rahulolu küsitlusi.

## **1. SISSEJUHATUS**

Sarnaselt teiste Euroopa riikidega on ka Eesti rahvastik kiiresti vananev: üle 65-aastaste osakaal rahvastikus on 2011. aastal 17% (Statistikaameti andmebaas 2011) ning prognooside kohaselt tõuseb see jätkuvalt (2060. a. 30%). Rahvastiku vananemine hakkab üha enam mõju avaldama ühiskonnale ning esitab uusi väljakutseid tervishoiule ja sotsiaalhoolekandele. Ühiskonnast tulenevalt kasvavad nõudmised tervishoiuteenuste järele on tõstatanud teravalt üles vajaduse täiendada ja arendada kvaliteedijuhtimise süsteemi kõigis tervishoiu valdkondades, sealhulgas hooldusravis.

Üks õendusabi kvaliteedi, tulemuslikkuse ja jätkusuutlikkuse indikaatoreid on patsiendi rahulolu (Õendushoolduse osutamise nõuded 2007). Tervishoiuteenuse kasu patsiendi tervisele on seda suurem, mida rahulolevam on patsient (Merkouris jt 1999, Hills ja Kitchen 2007). Seega on tervishoiuteenuse osutaja kohuseks rakendada kvaliteedijuhtimise süsteemi, mille üheks osaks on patsiendi rahulolu hindamine (Tervishoiu kvaliteedi tagamise nõuded 2004). Patsiendi rahulolu hindamise abil saavad organisatsiooni juhid tagasisidet organisatsiooni õnnestumistest ja ebaõnnestumistest teenuse pakkumisel, samuti on võimalik selle alusel hinnata patsientide hooldusega seotud probleeme ja personali koolitusvajadust. Kokkuvõtteks aitab patsientide rahulolu süstemaatiline hindamine parandada teenuse kvaliteeti, tulemuslikkust ja järjepidevust ning toetab ressursside paremat kasutamist ja pidevat arengut vastavalt teenuse saajate vajadustele (Avis jt 1995, Merkouris jt 1999, Tasso jt 2002, Chong 2003, Lee 2006).

Kuigi hooldusravi on pidevalt arenev tervishoiuteenus ei ole patsiendi rahulolu hooldusraviga Eestis tervikuna varem uuritud. Käesolev uurimistöö on valminud koostöös Hooldusravi Osutajate Ühenduse (HOÜ) juhatusega. Eestis hinnatakse abi vajavate patsientide seisundit interRAI instrumendi abil, seepärast on otstarbekas planeerida ka rahulolu hindamine sarnase meetodi alusel. Eesti hooldusravieksperdid tutvusid 2008. aasta lõpul erinevate rahulolu mõõdikutega ning otsustasid kasutada interRAI õenduskodu elanike elukvaliteedi enesehinnangu küsimustikku (*interRAI Self-Report Nursing Home Quality of Life Survey*) hooldusravi patsientide rahulolu hindamiseks. See küsimustik on koostatud õenduskodu teenustega rahulolu ja õenduskodu elaniku elukvaliteedi hindamiseks. Elukvaliteedi mõistet peetakse igapäevaelus enamasti arusaadavaks ning sellega seostatakse eelkõige subjektiivset rahulolu eluga (Hooldusest sõltuv elukvaliteet... 2006). Eakate inimeste elukvaliteeti ja rahulolu eluga, kes elavad õenduskodus ja kellel on pidev kõrvalabi vajadus, mõjutab hoolduse kvaliteet (Kane jt 2005, Pieper ja Vaarama 2008).

Adapteerides õenduskodu elanike rahulolu küsimustikku Eesti konteksti tekkis hooldusravieksperditel siiski küsimus, kas see küsimustik sobib muutmata kujul kasutamiseks hooldusravi patsientide rahulolu hindamiseks, kus haigete viibimine on ajaliselt piiratud ning lühiajalisem võrreldes õenduskodudega (*nursing home*) teistes riikides. Seetõttu oli küsimustiku kasutamisel Eestis oluline saada tagasisidet ka andmete kogujatelt, küsimustiku sobivuse kohta, Eesti hooldusravis.

Uurimistööl oli kaks eesmärki - kirjeldada interRAI õenduskoduelaniku elukvaliteedi enesehinnangu küsimustiku kasutatavust patsiendi rahulolu hindamiseks Eesti hooldusravis ja kirjeldada hooldusravi patsientide rahulolu.

Eesmärgi täitmiseks püstitati järgmised uurimisülesanded:

1. Kirjeldada intervjuerijatelt saadud tagasisidet interRAI subjektiivse rahulolu küsimustiku kasutamise kohta Eesti hooldusravis.
2. Kirjeldada hooldusravi patsientide rahulolu (privaatsusega, toiduga, turvalisusega, mugavusega, otsustusvabadusega, austusega, personali abivalmidusega, personali ja patsiendi sidususega, vaba aja veetmise võimalustega ja isiklike suhetega).

## **2. UURIMISTÖÖ TEOREETILISED LÄHTEKOHAD**

### **2.1. Patsiendi rahulolu teoreetilised lähtekohad**

Patsiendi rahulolu on mitme-dimensiooniline mõiste ja hõlmab paljusid inimese igapäevaeluga seotud aspekte (Avis jt 1995, Mahon 1996, Hills ja Kitchen 2007). Kuigi tänini ei ole välja töötatud ühtset definitsiooni, kõikehõlmavat teooriat või mudelit patsiendi rahulolu kohta, lähtuvad enamus patsiendi rahulolu definitsioonidest tervishoiuteenuse kvaliteedist või patsiendi ootustest, kogemustest ja vajadustest (Mahon 1996, Merkouris jt 1999, Hills ja Kitchen 2007). Seega käsitletakse sellealastes uurimistöodes patsientide rahulolu mõistet enamasti kui patsiendi arusaama, kuidas on täidetud tema ootused tervishoiuteenuse suhtes (Avis jt 1995, Mercouris jt 1999, Hills ja Kitchen 2007) ja patsientide rahulolu seostatakse ostselt sellega, kui võrd rahul ollakse teenust osutava personali tööga (Mercouris jt 1999). Samas rõhutab Hyrkäs jt (2000), et

patsiendi rahulolu uurimisel on kõige tõsisemaks probleemiks see, et me ei suuda täpselt kindlaks määrata, mis tegelikult mõjutab rahulolu, selle kujunemist ning millega on see seotud. Näiteks kujundavad patsiendi rahulolu ja ootusi teenusele ka patsiendi varasemad kogemused (Hills ja Kitchen 2007).

Kuna teadlased tunnistavad, et patsiendi rahulolu on raske täpselt määratleda, puudub ka üksmeel, milliseid hoolduse ja ravi aspekte patsiendi rahulolu mõõdik käsitlema peaks (Avis jt 1995). Rauden jt (2000) leidsid, et küsimustikud, mis on koostatud hooldusraviteenuse kvaliteedi hindamiseks, sisaldavad enamasti sarnaseid valdkondi patsiendi rahulolu ja elukvaliteedi hindamise küsimustikega: austus/lugupidamine, väärtused, eelistused, heaolu, emotsionaalne toetus, suhted personaliga, suhted perega/sõpradega, privaatsus (Ryden jt 2000). Hjaltadottir ja Gustafsdottir (2007) uurisid habraste eakate arusaamu, mis mõjutab nende elukvaliteeti õenduskodus ja leidsid, et neli peamist valdkonda, mida eakad pidasid oluliseks on: turvalisus, lohutuse saamine, ettevalmistus lahkumiseks ja tunnustus. Guse ja Masesar (1999) leidsid, et õenduskodus eakate rahuloluks on olulised üldine heaolu, sõltumatu elufilosoofia ja austus.

Hoolimata erinevustest patsiendi rahulolu defineerimisel, on autorid üksmeel, et patsiendi rahulolu on patsiendi subjektiivne hinnang, sest rahulolu tähendus on iga inimese jaoks erinev. Lee jt (2006) on pidanud patsiendi rahulolu mõõdupuuks seda, kuidas on täidetud patsiendi ootused ning kuidas on tema vajadused rahuldatud. Tavaliselt ei ole patsiendid võimelised hindama õe professionaalseid oskusi, küll aga oskavad nad hinnata patsiendi ja personali vahelist suhtlemist ja teenuse vastavust tema vajadustega (Sarjas 2010). Kui patsiendi ootused on täidetud, reageerivad nad paremini igasugustele raviprotseduuridele, kuid kui nende ootused ei ole täidetud, on patsiendid pettunud ja stressis ning nende reageerimine raviprotseduuridele ei pruugi olla ootuspärane. (Merkouris jt 1999.) Seega on patsiendi rahulolu seotud eelkõige patsiendi ootustega ja tema vajaduste rahuldamisega (Hills ja Kitchen 2007, Nathani jt 2008). Sama kinnitavad ka teised autorid, kes lisavad, et patsiendi rahulolu on pöördvõrdelises suhtes patsiendi ootustega: mida tagasihoidlikumad on patsiendi ootused, seda suurem on patsiendi rahulolu (Mahon 1996, Naithani jt 2008).

Niisiis on patsiendi rahuloluks oluline, et tervishoiuteenus baseeruks inimese terviklikule käsitlusele, kus tema vaimsed, füüsilised ja sotsiaalsed vajadused on rahuldatud (Murphy 2007, Teeri jt 2007). Just nimelt oma individuaalsetest vajadustest ja ootustest lähtuvalt kujundab patsient oma arvamust kõigi teenuse erinevate aspektide kohta. Seega võib öelda, et patsiendi jaoks ei pruugi kvaliteetne tervishoiuteenus tähendada pelgalt vastavatele normidele ja regulatsioonidele vastavust (millest tal ei pruugigi ettekujutust olla) vaid tema kujundab oma hinnangu tervishoiuteenuse suhtes just isiklikest ja subjektiivsetest aspektidest lähtuvalt. Patsientide arvates on peamiseks rahulolu mõjutavaks teguriks hooldusravil suhted patsiendi ja personali vahel, suhted teiste patsientidega, suhted pereliikmete ja lähedastega (Guse ja Masesar 1999, Harrefors jt 2009). Ka Wagner ja Bear (2009) leidsid, et patsient on rahulolev, kui ta tajub, et personal on sõbralik ja viisakas ning õendusabi on individuaalne ja keskendub tema vajadustele. Mitmed uurimistööd kinnitavad, et õed pööravad vähe tähelepanu patsientide hingelistele vajadustele (Kahanpää jt 2006, Teeri jt 2007), kuid patsiendid peavad oluliseks just nende hingeliste vajadustega arvestamist, nende ärakuulamist, väärikat kohtlemist, tunnustamist ja sõltumatust ning nende kaasamist hooldust puudutavatesse otsustesse (Hjaltadottir ja Gustafsdottir 2007, Harrefors 2009).

Rääkides pikemaegset või pidevat hooldust vajavate patsientide rahulolust ei saa kõrvale jätta elukvaliteedi mõistet, millega seostatakse eelkõige subjektiivset rahulolu eluga. Hooldusasutuses elava inimese puhul on raske tõmmata piiri elukvaliteedi ja rahulolu vahele, need mõisted ei ole sünonüümid, kuid on üksteisega tihedalt seotud. Ka elukvaliteet on multidimensionaalne nähtus ja õenduskodu või hooldusravi patsiendi elukvaliteet on mõjutatud paljude tegurite poolt (Hjaltadottir ja Gustafsdottir 2007, Saks jt 2008). Muutused patsiendi psühholoogilises, füüsilises, emotsionaalses ja sotsiaalses seisundis mõjutavad nii patsiendi heaolu kui ka tema rahulolu eluga üldse (Pieper ja Vaarama 2008). Kuna eakate, puudega ja/või krooniliste haigustega patsientide taastumine toimub aeglasemas tempos kui noorematel ja tervematel inimestel, vajavad nad ka pikaajalisemat õendusabi ning nende eluga rahulolu, tervislik seisund ja heaolu ning elukvaliteet on seetõttu otseselt sõltuv hooldusraviteenuse kvaliteedist (Berglund ja Ericssoni 2003, Kane jt 2005, Hooldusest sõltuv elukvaliteet... 2006, Pieper ja

Vaarama 2008, Saks jt 2008). Seega on ilmne, et mida vanemaks ja abitumaks muutub inimene, seda enam sõltub tema elukvaliteet ja eluga rahulolu kõrvalise abi ning hooldusraviteenuse kättesaadavusest ja kvaliteedist. Samuti, mida kauem viibivad patsiendid hooldusravi asutustes, seda enam mõjutab nende elukvaliteeti ja rahulolu saadava õendusteenuse kvaliteet. (Kane jt 2005, Pieper ja Vaarama, 2008.)

Kokkuvõtteks võib öelda, et hooldusravi patsiendi rahulolu väljendab seda, kuidas mõjutavad pakutud teenused tema elukvaliteeti ja kuidas ta on rahul oma eluga ning asutuses pakutavate teenustega. Patsiendil puuduvad teadmised hooldusraviteenuse kvaliteedi professionaalseks hindamiseks, kuid eelkõige tajub ta töötajate suhtumist ja hoiakuid, mille alusel teeb järeldused hooldusraviteenuse kvaliteedi suhtes. Niisiis võib patsiendi rahulolu küsitlusi pidada mitmeotstarbelisteks - ühest vaatekohast on see patsiendi rahulolu uurimine ja teisest vaatenurgast on see teenuse kvaliteedi hindamine nende aspektide seisukohast, mis mõjutavad patsiendi rahulolu hooldusraviasutuses viibimise ajal (Avis jt 1995, Hyrkäs jt 2000).

## 2.2. Patsiendi rahulolu hindamine hooldusravis

Hooldusravi ehk statsionaarset õendushooldusteenust osutatakse Eestis 2001. aastast. Hooldusravi sisaldab õendushooldusteenuseid, mille eesmärgiks on saavutada patsiendi parim võimalik toimetulek igapäevase eluga, krooniliste haiguste ägenemiste ja tüsistuste ennetamine ning seega aktiivravi osutamise vajaduse vähendamine. Hooldusravi osutatakse iseseisvas asutuses/haiglas või tervisekeskuse koosseisus. (Õendushoolduse osutamise nõuded 2007.) Põhilise osa hooldusravi patsientidest moodustavad eakad ja kroonilised haiged, kellel puudub perspektiiv oluliseks paranemiseks või kelle paranemine vajab pikemaajalist õendusabi (Õendushoolduse osutamise nõuded 2007). Enamasti on tegemist just eakate ja puudega inimestega, kelle igapäeva elu ja heaolu sõltub erinevate füüsiliste, sotsiaalsete, meditsiiniliste ja keskkonnategurite koosmõjust. Lisaks ealistest iseärasustest ja/või puudest tingitud piiratud funktsionaalsele ja füüsilisele võimekusele on hooldusravi patsientidel sageli ka kroonilisi haigusi. Seetõttu tuleb ka neile tervishoiuteenuse osutamisel läheneda interdistsiplinaarselt, tehes tihedat koostööd erinevate erialade spetsialistidega (Hirdes jt 2008).

Hooldusravi korraldus Eestis võrreldes teiste riikidega on erinev ja sellest tulenevalt teiste riikide õendusalasest kirjanduses kasutatakse mõisteid õenduskodu (*nursing home*) ja pikaajaline hooldus (*long term care*), mis on sisult suures osas sarnased Eestis kasutatavale hooldusravile. Üheks oluliseks erinevuseks teiste riikidega on hooldusravil viibimise aeg. Eestis on maksimaalseks hooldusravil viibimise perioodiks 60 päeva. Paljudes riikides ei ole sellist ajalist piirangut ja sageli võib osutada see asutus inimese viimaseks elukohaks. Sellest tulenevalt käsitletakse õenduskodus elavaid inimesi elanikena (*resident*) ja Eestis hooldusravil viibijaid patsientidena.

Enamlevinud meetodiks patsientide rahulolu uurimisel on selleks otstarbeks väljatöötatud küsimustiku kasutamine, kuigi kirjanduses kohtab palju kriitikat väljatöötatud küsimustike usaldusvärsuse ja uuritava nähtuse mõõtmisvõime kohta (Avis jt 1995, Mercouris jt 1999, Hyrkäs 2000). Hoolimata puudustest on küsimustike kasutamine kvaliteedi jälgimisel majanduslikult odavam ja kuluefektiivsem. Küsimustike kasutamise positiivne pool on see, et saab kaasata rohkem vastajaid ja küsimustike analüüsimine on lihtsam. Samas on ka täheldatud teatud ohtu, et küsimustike kasutamise ja statistilise andmetöötlusega võidakse saada ebatõeseid tulemusi (Hyrkäs 2000, Chong 2003). Uurimiseks on kasutatud ka intervjuud, et küsida patsiendi käest otse tema rahulolu kohta eluga, ümbritseva keskkonnaga, hooldusraviga ja paljude muude inimese elu mõjutavate külgede kohta. Kuigi selle meetodiga on võimalik uurida patsiendi rahulolu kui nähtust rohkem süvitsi kui küsimustikuga, on intervjuude puuduseks see, et saab kaasata vähe patsiente ja tulemuste analüüsimine on aeganõudvam (Avis jt 1995).

Patsiendi rahulolu on laialt uuritud nähtus tervishoius ja selleks on väljatöötatud mitmeid erinevaid instrumente, kuid nende kasutamise puhul saab enamasti piiranguks instrumendi spetsiifilisus, millisele sihtgrupile konkreetne mõõdik on mõeldud. Mercouris jt (1999) kirjeldavad oma artiklis kolme patsiendi rahulolu instrumenti, mida on korduvalt testitud ja mis on spetsiaalselt väljatöötatud patsiendi rahulolu mõõtmiseks: Abdellah-Levine instrument, PSI (*Risser Patient*

*Satisfaction Instrument*) ja LOPSS (*La Monica- Oberst Patient Satisfaction Scale*). Samas leidsid Ryden jt (2000), et eelpool nimetatud instrumente on kasutatud patsiendi rahulolu uurimiseks vaid aktiivraviosakondades ja need küsimustikud ei sobi kasutamiseks õenduskodudes. Erinevad autorid rõhutavad, et aktiivravil viibivad patsiendid on enamasti ägedas seisundis ja nende rahulolu mõjutavad hoopis teised tegurid kui hooldusravis pikemat aega viibivate patsientide rahulolu (Simmons jt 1997, Ryden jt 2000, Tasso jt 2002). Teiseks oluliseks erinevuseks aktiivraviga on patsiendi haiglas viibimise aeg. Aktiivravil viibivad patsiendid lühikest aega, kuid õenduskodus viibimise aeg on pikem ja mõnedes riikides õenduskodus viibimiseks puudub ajaline piirang üldse (Simmons jt 1997, Ryden jt 2000). Seega, võttes arvesse hooldusravi spetsiifika ja patsientide eripära, ei ole aktiivravil kasutatavad patsiendi rahulolu mõõdikud hooldusravi patsientide rahulolu mõõtmiseks piisavalt täpsed ja sihtgrupile sobivad.

Ryden jt (2000) kasutasid õenduskodu patsientide rahulolu hindamiseks instrumenti *Satisfaction with Nursing Home Instrument* (SNHI), mis on spetsiaalselt väljatöötatud patsiendi rahulolu hindamiseks õenduskodus. Mõõdik hõlmab seitset patsiendi rahuloluga seotud valdkonda: patsiendi väärtuste austamine, eelistused ja vajadused, informatsioon, mugavus, emotsionaalne toetus, hirmu ja mure leevendamine, pere kaasamine, rahulolu konkreetse teenuse pakkujaga ning rahulolu keskkonnaga (Ryden jt 2000). Autorid kasutasid oma ankeedis „jah/ei“ vastuste formaati, sest leidsid, et see on eakasõbralikum ja paremini mõistetav (Ryden jt 2000). Simmons jt (1997) ja Ryden jt (2000) on oma uurimistöös järeldanud, et kasutades eakate inimeste rahulolu küsitluses „jah/ei“ vastuse formaati on võimalik arvamusküsitluse kaasata märkimisväärselt suurem osa õenduskodu elanikest, sest isegi keskmise astme kognitiivsete võimete häirega elanikud on võimelised andma „jah/ei“ vastuseid. „Jah/ei“ vastuste formaadi kasutamise puuduseks on aga see, et andes vastajale vaid kaks võimalust - rahulolu või rahulolematust - jäävad välja selgitamata hinnangute võimalikud vahepealsed variandid (vähem või rohkem rahul) (Ryden jt 2000). Seega, kui õenduskodu elanik suudab vastata „jah/ei“ igapäevatoimingute kohta, siis ei pruugi see veel väljendada patsiendi rahulolu ja ei anna uurijatele piisavat informatsiooni tema heaolu ja elukvaliteedi taseme kohta (Simmons jt 1997).

Ka Lee jt (2006) otsustasid oma uurimistöös asendada Rydeni jt (2000) uurimistöös kasutatud instrumendi skaala nelja astmelise Likerti skaalaga. Uurijad töid põhjenduseks, et „jah/ei“ vastuste puhul „jah“ tähendab rahulolu, kuid eitust sisaldavate küsimuste puhul „jah“ vastus ei tähenda rahulolu, vaid rahulolematust, mis vastuste analüüsimisel põhjustab segadust (Lee jt 2006). Likerti skaala on patsientide rahulolu küsimustikes kõige sagedamini kasutatav. Likert skaala originaal versioon sisaldas viit vastuste kategooriat, kus 1 antakse kõige negatiivema vastuse puhul ja 5 kõige positiivsema vastuse puhul ning seda peetakse kõige sobivamaks just uuritavate hinnangute, hoiakute ja arvamuste mõõtmisel (Burns ja Grove 2005). Ka Lee jt (2005) tõdesid, et Likerti skaalaga täiendatud mõõdikuga SNHI-C (Hiina versioon) saadud uurimistulemused parandasid oluliselt varem välja töötatud mõõdiku SNHI (Ryden jt 2000) sobivust kognitiivse häireta õenduskodu patsiendi rahulolu hindamiseks Hiinas.

Eesti haiglates on patsiendi rahulolu uuritud erinevate patsiendi rahulolu küsimustikega ja enamasti aktiivravil viibivate patsientide seas. Kasutusel olevad rahulolu küsimustikud ei ole siiski sobivad kasutamiseks hooldusravi patsientidel, sest teenuse spetsiifika on liialt erinev (Simmons jt 1997, Ryden jt 2000, Tasso jt 2002). Hooldusravi patsiendid on eakad, mäluprobleemidega ning paljude patsientide kognitiivsed võimed on häiritud, nad ei ole võimelised täitma iseseisvalt küsimustikku (Hooldusest sõltuv elukvaliteet... 2006, Simmons jt 1997). Seetõttu on Eestis eakate küsitlemisel üha enam kasutusel struktureeritud intervjuud (Paavel 2008, Bruus 2009, Šteinmiller 2009). Lisaks sellele, et eakatel võib olla raskusi küsimustike täitmisega, tuleb nende küsitlemise juures silmas pidada, et küsimustik ei oleks liiga pikk ja küsitluse läbiviimine ei oleks liialt ajamahukas ning vastajale kurnav (Bruus 2009). Eakate patsientide puhul on oluline ka küsimuste sõnastuse ja kasutatava skaala arusaadavus patsiendile (Ryden jt 2000). Lisaks kuulmis- ja rääkimisprobleemidele raskendavad ka kontsentreerumis- ja mäluprobleemid eakate küsitlemist. Care Keys uurimisprojekti kasutati eakate puhul, kes küsitluse käigus väsisid, puhkepause või jätkati küsitlemist mõnel teisel kokkulepitul ajal. (Hooldusest sõltuv elukvaliteet... 2006).

## **2.3. Eaka patsiendi rahulolu kujundavad dimensioonid**

### **2.3.1. Privaatsuse tähtsus eakate patsientide rahulolule**

Mõistega privaatsus seostuvad patsiendi individuaalsed eripärad ja tema eraelu. Schopp jt (2003) käsitlevad oma uurimistöös privaatsust mõistena, mis hõlmab inimese individuaalsust ja eraelu, sealhulgas kehalisi- ja isikuomadusi, käitumist, sotsiaalseid suhteid ja arvamusi ning hoiakuid, isiklikku, nii vaimset kui füüsilist ruumi, ning elulugu. Privaatsus on kultuurilise taustaga seotud mõiste. Patsiendi privaatsusega seotud kogemused on suures osas mõjutatud valitsevast kultuurist, normidest ja reeglitest ning rahvuskuuluvusest. (Schopp jt 2003.) Kui patsiendilt ei küsita tema harjumuste kohta, tunnetab ta, et tema privaatsus on häiritud (Chao ja Roth 2005).

Õenduskodu patsiendi jaoks on oluline just omaette olemise võimalus, kus ta saab olla ükski oma mõtetega ja kus on tema isiklikud asjad. Enamus õenduskodu elanikke sooviks elada ühekohalises toas (Chao ja Roth 2005, Hjaltadottir ja Gustafsdottir 2007). Elades ühekohalises toas, on patsiendil võimalik kaasa võtta rohkem isiklike asju ning ka kohanemine uue keskkonnaga on kergem. Paljusid patsiente, õenduskodusse elama asudes, hirmutab mõte, et nad peavad elama talle võõra inimesega ühes toas ning harjumine uue kaaslasega võib olla raske. Kõige enam hirmutab neid selle juures mõte piiratud privaatsusest. (Hjaltadottir ja Gustafsdottir 2007.) Guse ja Masesar (1999) ja Teeri jt (2007) leidsid, et patsientide rahulolu on suurem ja privaatsus on vähem häiritud, kui patsiendid on ühekohalistes tubades ning väiksem, kui nad elavad mitmekohalises toas ja neil ei ole head suhted toanaabritega või toanaabrite käitumine on häiriv (Chao ja Roth 2005, Hjaltadottir ja Gustafsdottir 2007).

Mitmekohaliste tubade puhul peavad patsiendid eriti oluliseks privaatsuse tagamisel eraldatust teistest inimeste intiimsete toimingute ajal. Vahekardinaltel on küll oluline roll privaatsuse tagamisel, kuid siiski on patsiendi privaatsustunne piiratud, sest hääled ja vestlus kostab kaaslasteni. Patsiendid soovivad konfidentsiaalsust nende hooldusega seotud probleemide arutamisel (Webster ja Bryan 2009). Teeri jt (2007) on leidnud, et töörutiinis võib juhtuda, et personal jätab vahekardinad ette tõmbamata ja patsiendi privaatsus on ikkagi häiritud. Schopp jt (2003) ja Bruus (2008) on leidnud, et patsientide kõrvalabist sõltuvusaste ja rahulolu privaatsusega on omavahel seotud - mida suurem on patsientide sõltuvus kõrvalabist, seda suuremad on ootused privaatsuse tagamisele ja nende rahulolu privaatsusega on väiksem.

Schopp jt (2003) on leidnud oma uurimistöös, et patsientide ja personali arusaamad privaatsusest ei pruugi olla ühesugused, kuid patsiendi rahulolu privaatsusega mõjutab patsiendi ja personali vahelisi suhteid. Webster ja Bryan (2009) rõhutavad, et privaatsuse tajumine hooldustoimingute ajal on tugevalt seotud patsiendi eneseväarikusega. Eakad naispatsiendid tajuvad, et nende privaatsus on häiritud, kui intiimseid hooldustoiminguid teeb vastassugupool ning nad soovivad, et nende intiimhooldusega seotud toiminguid teeks kindlasti naissoost töötaja.

Kokkuvõtteks võib järeldada, et eaka õenduskodu patsiendi jaoks tähendab privaatsus eelkõige omaetteolemise võimalust, tema harjumustega arvestamist ja teistest eraldatust hooldusprotseduuride ajal. Samuti seda, et tema eraeluga ja hooldusega seotud probleeme ei arutata kõrvaliste isikutega.

### **2.3.2. Toitumise tähtsus eakate patsientide rahulolule**

Mitmed autorid on märkinud, et toit ja söömine on rahuloluküsitlustes patsiendile kõige mõistetavam teema ning patsiendi toiduga ja söömisega seotud vajaduste rahuldamisel on märkimisväärne mõju patsiendi rahulolule (Lassen jt 2005). Inimeste toitumisharjumused ja ootused toidu suhtes on õenduskodudes erinevad. On patsiente, kelle jaoks on toit väga tähtis ja on patsiente, kes peavad seda vähem oluliseks. Naithani jt (2008) ja Lassen jt (2005) uurimistööd kinnitavad, et enamasti on patsiendid rahul pakutava toiduga ja see on enamasti kooskõlas ka nende ootustega, kuid ometigi pooled patsiendid on tundnud näljatunnet. Selleks võib olla mitmeid põhjusi ja piiranguid: organisatoorsed põhjused (näiteks sobimatu toiduserveerimise aeg, menüüs ei ole võimalik valikuid teha, tellimissüsteem ei ole paindlik); füüsilised piirangud (näiteks söömiskoht ei ole mugav, patsient ei saa toitu kätte, toit on pakendatud ja patsient ei ole võimeline

avama pakendit); keskkonnaga seotud põhjused (näiteks söögiaja katkestamine personali poolt, häiriv ja lärmakas käitumine, ebameeldivad lõhnad söömise ajal); samuti võib üheks piiranguks olla patsiendi haigus, näiteks vähihaigetel võib esineda iiveldust ja söögiisu langust, ajuinfarktiga patsientidel võib esineda neelamistakistust või suutmatust ise süüa (Lassen jt, 2005, Naithani jt 2008).

Patsientidele on pakutava toidu juures oluline nii toidu kvaliteet (kas toit on sobiva temperatuuriga, maitsega, milline on toidu välimus), portsjoni suurus, kui ka see, kuidas toit on serveeritud ning millised on söömise kellaajad ja kui pikk on aeg toidukordade vahel (Lassen jt 2005, Naithani jt 2008). Näiteks, leidsid Nathani jt (2008), et liiga varane õhtusöögi kellaag tekitab mõnedel patsientidel enne uinumist näljatunnet ja sageli võib olla uni ja unekvaliteet häiritud ning patsient on seetõttu rahulolematu. Õenduskodu patsientide puhul peab kindlasti arvestama ka söömise ajaga (Lassen jt 2005). Eakal inimesel kulub söömiseks rohkem aega, see võib olla seotud nii ealiste iseärasustega kui ka puudest tingitud. Füüsilise puudega patsientidel on ka suuremad piirangud toidu kättesaamisel. Sageli sõltub nende toidu kättesaamine kõrvalabist. Söögiaegadel ei tohiks jätta personal patsiente tähelepanuta nende abivajaduse suhtes, sest patsiendid, kelle abivajadus söömise juures on rahuldumata, on rahulolematud (Naithani jt 2008).

Õenduskodus viibib patsient pikka aega ja patsient on rahulolevam, kui tal on võimalus valida toitu ja ta saab, kas või korra nädalas, oma lemmiktoitu. Lassen jt (2005) on leidnud, et patsiendi valikud ei pruugi alati olla kooskõlas tervisliku toidu põhimõtetega. Näiteks mõned patsiendid, kellele ei meeldi süüa köögivilja, olles seejuures teadlikud köögivilja kasulikkusest, jätaaksid selle meelsasti menüüst välja.

Patsiendi rahulolu mõjutab ka keskkond, kus ta sööb. Oluline on mööbel, et see oleks kohandatud patsiendi vajadustele ja toidu kätte saamine ei oleks takistatud. Kõige vähem rahulolevamad on patsiendid, kes peavad sööma mitmekohalises toas. Mõned patsiendid on häiritud kaaspatsientide söömiskultuurist, kui ka teistest toimingutest, mis ei ole sobilikud söömise ajal. Mitmete uurimistööde tulemused on kinnitanud, et personali käitumine patsientide söömise ajal võib olla häiriv. Siin on toodud näiteks koristamist ja prügikastide tühjendamist, kuid ka arsti ja õe visiite on peetud söömise ajal kohatuteks. (Lassen jt 2005, Naithani jt 2008.)

### **2.3.3. Turvalisuse ja mugavuse tähtsus eakate patsientide rahulolule**

Turvalisus ja mugavus on tihedalt seotud mõisted ning on raske tõmmata piiri, mis on mugavus või mis on turvalisus. Õenduskodus elava inimese rahulolu mõjutab nii turvalisus kui mugavus. Õenduskodus elavad patsiendid peavad oluliseks eelkõige keskkonna turvalisust, et see oleks kohandatud nende vajadustele (Chao ja Roth 2005, Hjaltadottir ja Gustafsdottir 2007). Eakate inimeste jaoks on tähtis, et neil oleks võimalus liikuda ruumides iseseisvalt ja ka õue minna. Eakad õenduskodu elanikud kasutavad sageli abivahendeid ja nad vajavad suuremat ja takistustevaba liikumisruumi, et ennetada õnnetusi ja kukkumisi (Chao ja Roth 2005).

Peale keskkonna turvalisuse on õenduskodu patsiendi jaoks oluline, et keskkond oleks mugav ja hubane ning kodune (Murphy 2005, Chao ja Roth 2005, Hjaltadottir ja Gustafsdottir 2007). Seda tüüpi asutustes peavad patsiendid tähtsaks, et ruumid oleksid puhtad ja valitseks pingevara õhkkond (Chao ja Roth 2005). Õenduskodus viibival patsiendil peab olema võimalus elada oma tavapärase elu ja järgida oma harjumusi. Kodutunde tekkimiseks on patsiendi jaoks oluline, et ta saaks kaasa võtta võimalikult palju isiklike asju oma kodust, samuti oleks võimalik vastu võtta külalisi ja olla oma külalistega omaette (Hjaltadottir ja Gustafsdottir 2007).

Keskkonna turvalisuse üheks osaks on ka patsiendi füüsiline turvalisus ning tema isiklike asjade puutumatus tagamine. Chao ja Roth (2005) ning Hjaltadottir ja Gustafsdottir (2007) rõhutavad, et õenduskodu turvalisuse juures on oluline patsiendi kaitstud teiste patsientide eest. Elamine koos dementsusega patsientidega vähendab nende patsientide turvalisust, kelle kognitiivsed võimed ei ole häiritud. Dementsusega patsientide käitumine võib olla ettearvamatu ja häiriv ning teisi patsiente hirmutav. Chao ja Roth (2005) ning Hjaltadottir ja Gustafsdottir (2007) peavad oluliseks, et füüsilise puudega ja vaimse puudega patsiendid elaksid eraldi, sest nende patsientide vajadused on erinevad.

Turvalisuse tagamisel hooldustoimingute ajal ootab patsient, et arvestatakse tema individuaalseid vajadusi ja soove, varasemat elu ja isikupära, samuti vaimset ja füüsilist võimekust (Hjaltadottir ja Gustafsdottir 2007, Harrefors jt 2009). Õpetatud ja teadmistega töötajad on võimelised pakkuma asjakohast hooldust ja säilitama hooldatavate elukvaliteeti. On tähtis mõista hoolduse mõju just selle grupi eakate elukvaliteedile, sest tegemist on kõige haavatavamate inimestega, kes ei suuda end kaitsta. Eelkõige tagab patsiendile turvatunde teadmine, et personal on kogenud ja koolitatud ning nende töö baseerub õendusabi ja hooldustöö eetilistel väärtustel. Eakad patsiendid on rahul ja tunnevad ennast turvaliselt, kui nad teavad, et personal on aus ja hoolitseb nende eest hästi ka siis, kui nad on väga haiged. (Murphy 2005, Hjaltadottir ja Gustafsdottir 2007.) Samuti leiavad Chao ja Roth (2005), et õigeaegse ja oskusliku abi saamine igapäevatoimingute juures tagab õenduskodu elanikule turvatunde ja mugavuse.

Õenduskodusse elama asudes ootavad patsiendid emotsionaalset ja psühholoogilist toetust personali poolt (Murphy 2005), kuid mitmete uurimistööde tulemused näitavad, et õdede valmisolek pakkuda õenduskodu patsientidele lohutust ja psühhosotsiaalset tuge on väike (Isola jt 2006, Teeri jt 2007). Personal keskendub rohkem selliste füüsiliste toimingute tegemisele, nagu söötmise, pesemine, riietamine, mähkmete vahetamine (Teeri jt 2007, Viitkar 2008), kuid inimese hingeliste murede puhul suudab õenduspersonal vähe abi pakkuda (Teeri jt 2007). Siinjuures on tähtis, et personali ja patsiendi vahel valitseksid usalduslikud suhted.

#### **2.3.4. Otsustusvabaduse ja austuse tähtsus eaka patsiendi rahulolule**

Eakad inimesed soovivad elada oma kodus nii kaua kui võimalik. Õenduskodusse elama asumise otsuse vastuvõtmine on enamasti vältimatu kui kõrvalabi vajadus on suur ja abi ei suudeta kodus tagada (Hjaltadottir ja Gustafsdottir 2007). Inimese elustiil, toitumine, hügieen ja riietumine on seotud kommetega ja harjumustega, mis on väljakujunenud pikkade aastate jooksul. Õenduskodus elava inimese jaoks on oluline, et teda tunnustatakse kui inimest, austatakse tema vajadusi, kombeid ja harjumusi ning isikupära (Hjaltadottir ja Gustafsdottir 2007, Teeri jt 2007). Õenduskodus elaval inimesel on samad mured ja vajadused nagu teistel, kes elavad oma kodus (Guse ja Masesar 1999).

Patsiendi arusaamad otsustusvabadusest ja austusest õenduskodus on sarnased patsiendikesksuse põhimõtetega hooldusravis, mis hõlmab patsiendi isikupäraga arvestamist, tema võimestamist, lugupidamist, informeeritust ja abi kättesaadavust (Šteinmiller 2009). Kõik õenduskodu patsiendid soovivad olla koheldud personali poolt väarikalt ja lugupidavalt. Austuse tajumine algab pisiasjadest, näiteks on väga oluline patsiendi jaoks, et kui töötajad ruumi sisenevad, siis nad koputavad ja tutvustavad ennast (Tasso jt 2002). Õenduskodu patsiendi informeerimisel, otsustusvabaduse andmisel ning tema arvamustega arvestamisel otsuste tegemisel on oluline mõju patsiendi rahulolule. Patsiendid tunnevad end vajalike ja väärtuslikena (Chao ja Roth 2005).

Õenduskodudes, kus elab mitmest rahvusest inimesi on tähtis, et arvestatakse ja austatakse kultuurilisi erinevusi. Õenduskodu elanikud peaksid saama suhelda oma emakeeles. Oluline on, et töötaja saab aru elaniku soovidest ja oskab väljendada ennast elanikule arusaadavalt. Mitmed autorid rõhutavad, et keelebarjäär ja kultuurilised erinevused tekitavad üksildustunnet ning rahulolematust õenduskodude elanikes. (Schopp jt 2003, Chao ja Roth 2005.)

Personali suhtumisel on oluline roll, kuidas patsient ennast tunneb. Õenduskodu patsiendid tajuvad väga hästi, millised on töötajate hoiakud ja suhtumine. Solvava käitumise ja halva suhtumise puhul süveneb patsientide üksilduse ja isoleerituse tunne (Teeri jt 2007). Hooliv ja austav suhtumine on tähtis iga inimese jaoks. Õenduskodu patsiendid ootavad töötajatelt südamlikku ja hoolivat suhtumist, sarnaselt nagu oma pereliikmetega. Enamasti soovivad patsiendid enda kutsumist eesnime pidi, sest see on kodune ja kodutunnet toetav (Chao ja Roth 2005). Chao ja Roth (2005) rõhutavad, et õenduskodu patsiendid ootavad töötajate tähelepanu, nende probleemide märkamist, sest sageli häbenevad patsiendid oma probleemidest ise rääkida personalile, kuna nad ei taha näidata ennast abitutena. Chao ja Roth (2005) on leidnud, et mõned õenduskodu patsiendid on liiga tagasihoidlikud ja ei taha abi paluda, sest neile tundub, et keegi



võib rohkem abi vajada, kui tema ning personal on niigi väga hõivatud, et neid veel enda murega tülitada.

### **2.3.5. Personali abivalmiduse ja patsiendi personali sidususe tähtsus eaka rahulolule**

Personali abivalmidus on seotud nii personali suhtumisega kui ka abi ja hoolduse kättesaadavuse ning selle kvaliteediga. Tasso jt (2002) ja Sarjas (2010) leidsid, et lisaks õe oskustele mõjutab patsiendi rahulolu sõbralik suhtlemine ja personali abivalmidus. Kahtlemata soovivad patsiendid, et nende abipalvele ja abikutsumisele kutsungikellaga reageeritakse võimalikult kiiresti. Kiire kutsungikellale vastamine näitab austust ja hoolivust patsiendi suhtes ning mõjutab positiivselt patsiendi rahulolu, kui ka personali ja patsiendi vahelisi suhteid. Rahulolematust tekitab, kui töötajad ei ole kergesti kättesaadavad ning patsiendid peavad kaua ootama (Tasso jt 2002, Sarjas 2010).

Hjaltadottir ja Gustafsdottir (2007) uurimistöo tulemused kinnitavad, et rahulolu ja eakate elukvaliteeti õenduskodus mõjutavad head suhted töötajatega ja töötajate toetus. Hea läbisaamine personaliga on just eriti tähtis neile patsientidele, kes igapäevatoimingutes on sõltuvad kõrvalabist. Harrefors jt (2009) uurimistööst selgus, et patsiendid sooviksid, et neid hooldaks üks ja sama inimene, mis tagaks usaldusliku suhte patsiendi ja töötaja vahel. Harrefors jt (2009) rõhutavad, et on tähtis kohelda patsienti väärilt ja suhtuda temasse kui unikaalsesse inimesesse. Oluline on, et personal teaks patsiendi elulugu. See annab võimaluse säilitada patsiendi ainulaadsuse. Patsiendi eluloo tundmine aitab vältida ebameeldivaid olukordi, mis võivad tekkida patsiendi hooldusel, vaatamata sellele, et personal ei taha käituda solvavalt. Tundes patsiendi harjumusi ja veendumusi on personalil võimalik pakkuda patsiendi individuaalsetest vajadustest lähtuvat hooldust (Hjaltadottir ja Gustafsdottir 2007).

Olulised on suhted ka personali ja patsiendi lähedaste vahel. Alati ei ole patsient võimeline väljendama oma soove või andma informatsiooni oma harjumuste kohta. Usaldusväärne suhtlemine patsiendi lähedaste ja personali vahel toetab patsiendi hooldust ja toimetulekut. Teeri jt (2007) uurimistöös, kus uuriti õdede arusaamu patsiendi terviklikust käsitlesest õenduskodus, kinnitasid enamus õdesid, et nad suhtuvad austusega patsiendi lähedastesse ning arvestavad nende arvamusi ja vaateid.

### **2.3.6. Vaba aja veetmise võimaluste tähtsus eaka rahulolule**

Vaba aja tegevuste pakkumisel õenduskodus on eesmärgiks õenduskodu patsiendi vaimsete ja füüsiliste võimete säilitamine, kui ka meelelahutuse pakkumine. Igapäevaste tegevuste pakkumisel on oluline roll ka traditsioonidel, mis on olulised sellele kultuurikontekstile. Kui õenduskodus elab mitmest rahvusest inimesi on oluline, et jälgitakse ürituste korraldamisel erinevate rahvuste traditsioone. Traditsioonide ja ürituste puhul on oluline ka pere ja sotsiaalse võrgustiku kaasamine. (Chao ja Roth 2005.)

Üks osa õenduskodu patsientidest peab elu õenduskodus rutiinseks, kõik päevad tunduvad üksteisega sarnased ja meeldivaid ettevõtmisi on vähe. Kuid samas leidsid mõned patsiendid, et see tagab neile turvalisuse, sest liiga palju tegevusi tundub neile väsitav. Patsiendid, kes võtsid osa õenduskodus korraldatud üritustest olid siiski väga rahulolevad ja tänulikud meelelahutuse eest ning leidsid, et see pakub vaheldust nende üksluisesse ellu. (Hjaltadottir ja Gustafsdottir 2007.)

Eakate ja õenduskodus elavate patsientide oluliseks piiranguks on sageli halb liikumisvõime ja seetõttu ka suur kõrvalabi vajadus, mis piirab iseseisvaid ettevõtmisi. Värskes õhus viibimine ja looduse nautimine on üks lihtsamaid ja meeldivamaid vabaaja veetmise viise ning õenduskodu patsiendid hindavad seda kõrgelt, sest enamuse ajast peavad nad veetma oma toas piiratud liikumisvõime tõttu (Hjaltadottir ja Gustafsdottir 2007).

### **2.3.7. Isiklike suhete tähtsus eakate patsientide rahulolule**

Mitmed autorid on leidnud, et pere ja sotsiaalse võrgustiku olemaolu ning peresuhted avaldavad tugevat mõju patsiendi rahulolule ja elukvaliteedile õenduskodus (Guse ja Masasar

1999, Berglund ja Ericsson 2003, Teeri jt 2007, Saks jt 2008, Harrefors jt 2009). Pere ja peresuhted on neile väga tähtsad, sest head peresuhted on suureks emotsionaalseks toeks patsiendile kohanemisel uue keskkonnaga (Guse ja Masesar 1999, Chao ja Roth 2005). Hjaltadottir ja Gustafsdottir (2007) leidsid, et oluline on isegi telefoniühendus perega, mis aitab õenduskodu patsientidel tunda end vajalikuna oma perele ning tunda, et neid armastatakse. Sageli on pereliikme külaskäik nii oodatud ja suure väärtusega patsiendi jaoks, et hooldajate abi ja emotsionaalne toetus võib jääda tähelepanuta. Oma laste hoolimatus ja tähelepanu puudumine vähendab eaka inimese eluga rahulolu õenduskodus. (Chao ja Roth 2005.)

Elanikud, kellel ei ole peret või toetavat sotsiaalset võrgustikku, tunnevad end sageli üksikuna ning nende elu tundub neile mõttetuna. Üksildus on sagedasem probleem asutuses elava eaka inimese puhul, sest eemal olemine oma perest ja sõpradest ning harjumine uue keskkonnaga on raske. Uute sõprade leidmine teiste õenduskodu elanike hulgast ei ole kerge (Teeri jt 2007). Õenduskodudes elavatest inimestest enamusel on mingil määral kognitiivsed ja füüsilised võimed langenud (Simmons jt 1997, Chong 2003, Vaarama jt 2008), haiguste ja ealiste muutuste tõttu võib olla häiritud kuulmine ja rääkimine. Sellises olukorras ei ole eakad patsiendid valmis alustama suhtlemist teistega, neile võõraste inimestega (Teeri jt 2007). Paljud eakad ei suuda harjuda mõttega, et nad peavad elama koos võõra inimesega ühes toas, kellega neil ei ole midagi ühist (Hjaltadottir ja Gustafsdottir 2007). Berglund ja Ericssoni (2003) leidsid, et eakate suhtumine sotsiaalsesse suhetesse on vanusest sõltuv. Rahulolu sotsiaalsete suhetega kasvas 80. eluaastani ja peale seda jäi stabiilseks, hoolimata sellest, et võimalused suhtlemiseks vähenesid. Sotsiaalsel võrgustikul on eaka jaoks määrav roll sotsiaalsel suhtlemisel ja kognitiivsete võimete säilitamisel.

### **3. UURIMISTÖÖ METOODIKA**

#### **3.1. Metodoloogilised lähtekohad**

Uurimistöö on empiiriline, kvantitatiivne ja kirjeldav. Uurimistöös kirjeldatakse nähtusi empiiriliste tähelepanekute kaudu, kirjeldatakse patsientide rahulolu ja intervjueritavate tagasisidet interRAI küsimustiku kasutatavuse kohta hooldusravis. Kvantitatiivne uurimismeetod on kirjanduse andmeil enim kasutatud meetod patsientide rahulolu hindamiseks (Merkouris jt 1999). Uurimistöös kasutati InterRAI õenduskodu elaniku elukvaliteedi enesehinnangu küsimustikku (*interRAI Self-Report Nursing Home Quality of Life Survey*) hooldusravi patsientide rahulolu hindamiseks. Hooldusravi Osutajate Ühenduse (HOÜ) ekspertide poolt otsustati küsimustiku pealkiri ümber muuta interRAI subjektiivse rahulolu küsimustikuks, sest Eestis ei kasutata mõistet õenduskodu ja see tekitas vastuseisu hooldusravi osutajates küsimustiku kasutamiseks hooldusravi patsientide rahulolu hindamiseks.

Käesolev küsimustik on koostatud interRAI rahvusvahelise töögrupi poolt 2008. aastal ja seda küsimustikku kasutatakse esmakordselt. Küsimustiku algversioon tugines küsimustikule *Patient Outcomes and Status Measures* (POSM) ning selle edasiarendamisel osalesid 22 interRAI liiget. Käesoleval ajal testitakse seda küsimustikku paljudes riikides ja varasemaid uurimistöid mõõdiku kasutatavuse kohta ei ole. Eesti esindajana kuulus interRAI töögruppi dotsent Kai Saks. InterRAI küsimustik ja struktureeritud intervjuu läbiviimise juhend tõlgiti eesti keelde hooldusravi ekspertide poolt. Tõlke-tagasitõlke meetodit küsimustiku tõlkimisel ei kasutatud (2009. a.), sest nimetatud küsimustik läbis uuringu hetkel praktilise juurutamise etappi rahvusvahelises ulatuses ning selle lõplik versioon võib praegusest erineda. Tõlke-tagasitõlke meetodit kasutati 2011. a. küsimustiku kohandamisel. Uurijate poolt koostati tagasiside küsimustik intervjuerijatelt tagasiside saamiseks küsimustiku sobivuse ja väidete mõistetavuse kohta.

Patsiendi rahulolu küsitluse tulemuste esitamisel kasutatakse kirjeldavat statistikat. Uurimistöö tulemused on esitatud aritmeetiliste keskmistena, protsentidena ja diagrammidena. Intervjuerijate tagasiside tulemuste esitamisel on kasutatud kirjeldavat statistikat, andmed on esitatud absoluutarvudes ja avatud küsimuste puhul on esitatud intervjuerijate vastuseid tsitaatidena.

## **3.2. Uuritavad**

### **3.2.1. Hooldusravi patsiendid**

Uurimistöös kasutati sihipärast valimit. Sihipärast valimit kasutatakse eesmärgiga püüda leida populatsiooni kõige tüüpilisemaid esindajaid. Valimi moodustavad Hooldusravi Osutajate Ühendusse (HOÜ) kuuluvad statsionaarset hooldusravi osutavate haiglate patsiendid, kes viibisid statsionaarset hooldusravi ajavahemikus 16.11.2009 - 06.12.2009 ning 02.05.2011 - 22.05.2011. Eesti HOÜ-sse kuulus 2009. aastal 28 haiglat ning kuulub 2011. aastal 27 haiglat, kes osutavad statsionaarset hooldusravi. Andmed laekusid 2009. aastal 8 haiglast ja 103-lt patsiendilt ning 2011. aastal 10 haiglast ja 88-lt patsiendilt.

Patsientide rahulolu küsitluse läbiviimiseks kasutati interRAI subjektiivse rahulolu küsimustikku (vt lisa 4 – 2009. a. ja lisa 8 – 2011. a.). Patsiendi rahulolu küsitluses osalejate valiku kriteeriumiteks oli osalemine vabatahtlikkuse alusel ning viibimine hooldusravi vähemalt 14 päeva (2009. a.) ja vähemalt 10 päeva (2011. a.). Uuringusse kaasati patsiendid, kellel ei olnud olulisi mäluprobleeme - mälu lühitesti tulemus oli suurem kui 6 punkti võimalikust 10-st, kuid ka patsiendid, kelle mälu lühitesti skoor oli 5 - 6 (mõõdukas/tõsine kognitiivne häire), kuid nad suutsid teistest aru saada ning neil oli võime teistele arusaadav olla.

Patsientide kognitiivseid võimeid hinnati mälu lühitestiga (vt lisa 11) eelnevalt osakonna õe poolt. Patsiendil oli võimalik täita küsimustik ise, kui ta seda suutis. Patsiendid, kes ei olnud võimelised küsimustikku täitma, nendega viidi läbi struktureeritud intervjuud.

### **3.2.2. Intervjueerijad**

Intervjueerijad valis iga statsionaarset hooldusravi osutav asutus oma personali hulgast. Intervjueerijaks võis olla asutuse töötaja, kes ei olnud otseselt seotud patsiendi hoolduse ning protseduuridega ja kes oli tutvunud intervjuu läbiviimise juhendiga (vt lisa 5 – 2009. a. ja lisa 9 – 2011. a.) ning tagasiside küsimustikuga (vt lisa 6 – 2009. a. ja lisa 10 – 2011. a.). Struktureeritud intervjuude läbiviimise järel täitis intervjueerija tagasiside küsimustiku interRAI subjektiivse rahulolu küsimustiku kasutamise kohta Eesti hooldusravi patsientide rahulolu hindamiseks.

## **3.3. Andmete kogumine**

### **3.3.1. Hooldusravi patsientide rahulolu küsitluse andmete kogumine**

Hooldusravi patsientide rahulolu küsitluse andmed koguti interRAI hooldusasutuse klientide subjektiivse rahulolu küsimustikuga (vt lisa 4 – 2009. a. ja lisa 8 – 2011. a.). InterRAI hooldusasutuse klientide subjektiivse rahulolu küsimustik koosneb 50 väitest kümne rahulolu ja elukvaliteeti mõjutava dimensiooni kohta. Hinnanguid on võimalik anda viieastmelisel - Likert tüüpi skaalal (1 - mitte kunagi, 2 - harva, 3 - mõnikord, 4 - enamasti, 5 - alati) ning kui patsient ei osanud vastata, ei vastanud või keeldus, kasutas intervjueerija koodi 6 - „ei oska öelda”, 7 - „keeldub vastamast”, 8 - „ei vasta või ei ole võimalik vastust kodeerida”. InterRAI hooldusasutuse klientide subjektiivse rahulolu küsimustikule lisati taustaandmed (sugu, vanus, mälu lühitesti skoor, küsimustiku täitja kood, küsitluse alustamise ja lõpetamise aeg, mitu päeva oli viibinud hooldusravi, külastuste arv, mitmel korral külastas intervjueerija intervjueeritavat).

HOÜ poolt saadeti interRAI subjektiivse rahulolu küsimustik, intervjuu läbiviimise juhend, patsiendi informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm, andmete sisestamise tabel ning intervjueerijate tagasiside küsimustik e-maili teel kõigile 28-le statsionaarset hooldusravi osutavale haiglale 2009. aastal ja kõigile 27-le statsionaarset hooldusravi osutavale haiglale 2011. aastal, kes kuulusid HOÜ-sse. HOÜ poolt anti asutusele koodid. Küsitlusperioodi lõppedes edastati asutuse töötaja poolt sisestatud andmed HOÜ-le. Andmed laekusid kaheksast haiglast, kokku 103 patsiendilt 2009. aastal ning kümnest haiglast, kokku 88 patsiendilt 2011. aastal. Patsientide rahuloluküsitluse anonüümsed andmed edastati uurijatele. Uurimistöö läbiviimiseks taotleti Tartu

Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt load (23.11.2009, nr.187/T-3 (vt lisa 1); 18.04.2011, nr.203/M-26 (vt lisa 2)).

Hindamaks mõõdiku kasutatavust muutmata kujul meie hooldusraviasutustes ja kultuuri kontekstis, arutati 2009. aasta uuringu põhjal Cronbachi  $\alpha$  väärtus, mis baseerub mõõdiku erinevate osade korrelatsioonidel ja mõõdab küsimustiku erinevate osade sisereliaablust ehk seesmist kooskõla. Käesolev mõõdik on mitmedimensiooniline, mõõdikus on väited järgmiste patsiendi rahulolu mõjutavate dimensioonide kohta: privaatsus, toitumine, turvalisus, mugavus, otsustusvabadus, austus, personali abivalmidus, personali-patsiendi sidusus, vabaaja veetmise võimalused ja isiklikud suhted. Ühes dimensioonis on 4 - 6 väidet. Mõõdiku seesmist kooskõla hinnatakse heaks, kui Cronbachi  $\alpha$   $0,7 < \alpha < 9$ , kuid uue mõõdiku esmakordsel kasutamisel on aktsepteeritud Cronbach  $\alpha$  alampiir 0,6.

Kogu mõõdiku seesmise kooskõla koefitsient Cronbach  $\alpha$  oli 0,85, kuid mõõdiku eri osades esines dimensioone, mille seesmise kooskõla koefitsient oli madalam kui 0,6. Privaatsuse, turvalisuse, austuse, personali abivalmiduse, personali-patsiendi sidususe dimensioonide seesmise kooskõla koefitsient Cronbach  $\alpha$  oli madalam kui 0,6. Teiste dimensioonide seesmise kooskõla koefitsient Cronbach  $\alpha$  oli vähemalt 0,6. (vt tabel 1)

**Tabel 1. Kasutatud mõõdiku usaldusväarsuse arvnäitajad dimensioonide kaupa 2009. aasta uuringus**

Dimensioon	Tunnuste hulk	Vastuste protsent	Cronbachi $\alpha$
Privaatsus	4	76,7	,47
Toit	5	83,5	,65
Turvalisus	5	74,8	,51
Mugavus	6	66,0	,61
Otsustusvabadus	6	68,9	,68
Austus	5	66,0	-,08
Personali abivalmidus	4	78,6	,29
Personali- patsiendi sidusus	5	53,4	,46
Vabaaja veetmise võimalused	5	59,2	,66
Isiklikud suhted	5	57,3	,68

### 3.3.2. 2009. aasta uuringus kasutatud mõõdiku kohandamine kasutamiseks 2011. aastal

Käesolev küsimustik on koostatud interRAI rahvusvahelise töögrupi poolt 2008. aastal ning seda küsimustikku kasutati Eestis esmakordselt 2009.a. InterRAI küsimustik tõlgiti eesti keelde hooldusravi ekspertide poolt 2009. aastal. Tõlke-tagasitõlke meetodit küsimustiku tõlkimisel ei kasutatud (2009. a.), sest nimetatud küsimustik läbis uuringu hetkel pilootuuringu etappi rahvusvahelises ulatuses ning selle lõplik versioon võib praegusest erineda. Tõlke-tagasitõlke meetodit kasutati 2011. a. küsimustiku kohandamisel, kuna mitmed küsimused olid 2009. aastal küsitletud patsientide ja ka inervjueerijate poolt raskesti mõistetavad. Kaaluti väga tõsiselt kõigi eitavate küsimuste muutmist jaatavateks küsimusteks, kuid küsimustiku valideerimise seikuhalt seda siiski ei tehtud. Muudetud küsimuste sõnastusest annab ülevaate tabel 2.

**Tabel 2. Küsimused mida muudeti 2011. aasta küsimustiku versioonis**

2009. aasta küsimustik	2010. aasta küsimustik
<b>A. Privaatsus</b>	
Ma saan üksinda olla, kui seda soovin.	Ma saan olla üks, kui seda soovin.
Saan oma külalistega olla omavahel (privaatselt).	Kui mul on külalisi, saan ma nendega olla omavahel.
Hoolduse ja protseduuride ajal ei austata minu privaatsust (vääriskust, omaetteolekut).	Hoolduse ja protseduuride läbiviimise ajal ei austata minu vääriskust.
Minu isiklikud andmed on hoitud nii, et need ei ole kõrvalistele kättesaadavad.	Minu isiklikke andmed hoitakse nii, et need ei ole kõrvalistele inimestele kättesaadavad.

<b>B. Toit/söögiajad</b>	
Mulle meeldib siin pakutav toit.	Mulle meeldib siin pakutav toit.
Ma nautin söögiaegasiid.	Ma nautin söögiaegu.
Ma ei saa siin oma lemmiktoite.	Ma ei saa siin oma lemmiktoite.
Ma saan süüa siis, kui ma tahan.	Ma saan süüa siis, kui ma soovin.
Minu menüü on piisavalt vaheldusrikas.	Minu menüü on piisavalt vaheldusrikas.
<b>C. Turvalisus/julgeolek</b>	
Ma tunnen, et minu vara on turvaliselt (kindlalt) hoitud.	Ma tunnen, et minu asjad on siin hoitud.
Tunnen end turvaliselt (julgelt), kui olen üksinda.	Üksi olles tunnen ennast turvaliselt.
Kui teised inimesed minu asju kasutavad, siis nad küsivad enne minult luba.	Minu käest küsitakse luba, enne kui minu asju kasutatakse.
Tunnen end turvaliselt, kui hooldajad mind abistavad ja hooldavad.	Ma tunnen end turvaliselt inimeste seas, kes mind toetavad ja abistavad.
Kui vajan kiiresti abi, saan seda.	Kui ma vajan abi, saan seda kohe.
<b>D. Mugavus/heaolu</b>	
Ma saan just neid teenuseid, mida mul vaja on.	Ma saan abi ja teenuseid, mida mul vaja on.
Ma soovitaksin seda hooldusasutust (kohta) ka teistele.	Ma soovitan seda hooldusasutust ka teistele, kui nad seda vajavad.
See koht tundub mulle koduna.	See koht tundub mulle kodusena.
Ma saan kergesti välja minna, kui seda soovin.	Ma saan minna õue/välja, kui seda soovin.
Mind segab siin müra.	Mind häirib siin müra.
Mulle tundub, et olen õnnelikum kui enamus teisi inimesi.	Mulle tundub, et olen õnnelikum, kui paljud teised inimesed.
<b>E. Igapäevaste otsuste tegemine [Autonoomsus]</b>	
Mina otsustan ise, kuna lähen magama ja kuna tõusen üles.	Mina otsustan ise, millal lähen magama ja tõusen üles.
Mina otsustan ise, kuidas veedan oma aja.	Mina otsustan ise, kuidas veedan oma aega.
Ma võin minna, kuhu tahan, kui mul tuju tuleb.	Ma võin siin vabalt liikuda, kui mul tuju tuleb.
Mina kontrollin, kes tuleb minu tuppa.	Mina otsustan, kes tuleb minu tuppa.
Ma võin käia duši all või vannis nii sageli kui soovin.	Ma võin käia duši all või vannis nii sageli kui soovin.
Mina otsustan, kuidas minu raha kasutatakse.	Mina otsustan, kuidas minu raha kasutatakse.
<b>F. Lugupidamine/austus</b>	
Personal ei pööra mulle tähelepanu.	Personal ei pööra mulle tähelepanu.
Ma võin oma arvamust väljendada, ilma, et peaksin kartma tagajärgi.	Ma võin väljendada oma arvamust, kartmata tagajärgi.
Inimesed, kes minu eest hoolt kannavad ja abistavad, kohtlevad mind austusega.	Mind koheldakse austusega inimeste poolt, kes mind toetavad ja hooldavad.
Olen ettevaatlik, mida ma personali kuulates ütlen.	Suhtun ettevaatusega sellesse, mida ma personali kuulates räägin.
Personal austab seda, mis mulle meeldib ja mis mitte.	Personal austab seda, mis mulle meeldib ja mis ei meeldi.
<b>G. Personali reageerimine</b>	
Kui ma abi palun, siis personal ei reageeri küllalt kiiresti.	Personal ei reageeri kiiresti, kui küsin abi.
Mulle pakutakse teenuseid siis, kui ma neid soovin.	Mulle osutatakse siis teenuseid, kui ma neid soovin.
Hooldus ja abi aitavad mul elada elu sellisel viisil, kui ma seda soovin.	Mulle osutatakse hooldust ja toetust aitavad mul elada elu sellisel viisil, mida soovin.
Kui teen mingi ettepaneku, siis personal reageerib sellele.	Personal tegutseb minu soovide kohaselt.
<b>H. Personali-patsiendi sidus</b>	
Keegi personali hulgast teab minu elulugu.	Mõned töötajad teavad minu elulugu.
Personal leiab aega, et minuga sõbralikult vestelda.	Personal leiab aega, et minuga sõbralikult vestelda.
Töötajad ei räägi mulle, kuidas mind abistatakse ja minu vajadused rahuldatakse.	Töötajad ei selgita mulle, kuidas mind abistatakse ja minu vajadusi rahuldatakse.
Pean mõnda personali liiget oma sõbraks.	Pean töötajaid oma sõpradeks.
Personal on minuga avatud ja aus.	Töötajad on minuga avatud ja ausad
<b>I. Võimalused tegevusteks</b>	
Mul on siin nauditavaid asju teha nädalavahetustel.	Mul on siin võimalik teha nauditavaid tegevusi nädalavahetustel.
Teen asju, mis hoiavad mind vaimselt aktiivse.	Ma teen asju, mis hoiavad mind vaimselt aktiivse.
Saan võtta osa tegevustest väljaspool oma osakonda.	Ma saan osaleda tegevustes väljaspool oma osakonda.
Möödunud nädalal ma ei osalenud mulle tähendust omavates tegevustes.	Möödunud nädalal ma ei osalenud mind huvitavates tegevustes.
Kui soovin, võin osaleda mulle olulistel usulistel/religioossetel toimingutes.	Kui soovin, võin osaleda mulle olulistel usulistel/religioossetel tegevustes.
<b>J. Isiklikud suhted (sõprade olemasolu)</b>	
Mitte ükski teine hooldatav ei ole siin minu sõber.	Mitte ükski teine patsient ei ole siin minu lähedane sõber.
Mul on inimesi, kes soovivad minuga koos midagi teha.	Mul on inimesi, kes soovivad minuga koos midagi teha.
Inimesed küsivad minult abi ja nõu.	Inimesed küsivad minult abi ja nõu.
Ma mängin teiste inimeste elus olulist rolli.	Ma mängin teiste inimeste elus olulist rolli.
Mul on võimalusi romantikaks või lemmikloomadeks.	Mul on võimalusi romantikaks või kiindumuseks.

### 3.3.3. Mõõdiku kasutamise kohta tagaside kogumine intervjuerijatel

Intervjuerijate tagaside küsimustik (vt lisa 6) saadeti e-maili teel 28-le (2009. a.) ning 27-le (2011. a., vt lisa 10) HOÜ statsionaarset hooldusravi osutavale haiglale. Intervjuerijate tagaside küsimustikud tagastati HOÜ-le e-maili ja faksi teel ning paberkanalil.

Tagaside küsimustik interRAI subjektiivse rahulolu küsimustiku kasutajalt (edaspidi tagaside küsimustik) sisaldab suletud ja avatud lõpuga küsimusi. Intervjuerijatel sooviti saada tagasidet interRAI subjektiivse rahulolu küsimustiku väidete mõistetavuse/sõnastuse kohta, samuti kuidas intervjuerijate arvates patsiendid said aru väidetest. Lisaks küsiti, kas midagi olulist on puudu, kuidas on küsimustikku otstarbekam täita ja kuidas patsiendid suhtusid küsitluse läbiviimisse. Samuti paluti intervjuerijatel avaldada arvamust, kui usaldusväärseks nad peavad interRAI subjektiivse rahulolu küsimustikuga kogutud patsientide vastuseid ja milline on nende arvamus küsimustiku kasutatavuse kohta edaspidi nende asutuses. Intervjuerijate tagaside küsimustikule oli märgitud asutuse kood, küsitaja kood, asutuse tüüp ja tagaside andja amet.

### 3.4. Andmete analüüs

Patsientide rahulolu küsitluse andmete sisestamiseks kasutati MS Office Exeli programmi ja andmete töötlemisel ning analüüsimisel kasutati SAS 9.1 ja SAS 9.2 (*Statistical Analysis System*) statistikapaketti. Jooniste ja tabelite koostamiseks kasutati MS Office Exeli programmi. Analüüsi lihtsustamiseks ja parema üldistuse saamiseks jagati patsientide ja intervjuerijate poolt hinnanguskaalal antud vastused viide kategooriasse: „alati“ (vastused „alati“ ja „enamasti“), „harva“ (vastused „mõnikord“ ja „harva“), „mitte kunagi“, „ei oska öelda“ ja „vastamata“ (juhul, kui patsient keeldus või ei olnud vastust võimalik kodeerida).

Osa InterRAI hooldusasutuse klientide subjektiivse rahulolu küsimustiku dimensioonide väited on esitatud eitavas vormis (vt tabel 3). Eesmärgiga ühtlustada eitavas vormis esitatud küsimuste vastuste käsitlemist koos teiste vastustega muudeti nende vastuste esitlemist: skaala väärtused negatiivselt väljendatud väidetele pöörati ümber enne andmete analüüsi. Eitavas vormis esitatud väitele antud vastuse puhul suurimat rahulolu näitab vastusevariant „mitte kunagi“. Andmete selgemaks esitamiseks on joonistel eitavas vormis esitatud väidete puhul „mitte kunagi“ ja „alati“ numbrilised väärtused ära vahetatud, joonisel „alati“ tähistab patsiendi suurimat rahulolu.

**Tabel 3. Küsimustiku dimensioonid, kus esinevad eitavas vormis väited**

Dimensioon	Väite number
A Privaatsus	3
B Toit	3
D Mugavus/heaolu	5
F Lugupidamine/austus	1
F Lugupidamine/austus	4
G Personali reageerimine	1
H Personali-patsiendi sidusus	3
I Võimalused tegevusteks	4
J Isiklikud suhted	1

Intervjuerijate tagaside 5. ja 6. küsimuse analüüsimisel kasutati MS Office Exeli programmi. Avatud lõpuga küsimuste puhul leiti kommentaaridele ühine nimetaja või kasutati kommentaare tsitaatidena tekstides.

## **4. TULEMUSED**

Uurimuse tulemused on esitatud kahes alapeatükis. Esimeses alapeatükis on toodud 2009. aastal läbiviidud uuringu tulemused ja teises alapeatükis 2011. aastal läbiviidud uuringu tulemused.

### **4.1. 2009. aasta uuringu tulemused**

#### **4.1.1. Uuritavate andemed 2009. aastal**

103-st uuritavast 65% (67) olid naised ja 35% (36) mehed. Statsionaarsel hooldusravil küsitletud patsientide keskmine vanus oli 77 aastat (meeste keskmine vanus oli 70,6 aastat ja naiste keskmine vanus oli 79,9 aastat). Noorim statsionaarsel hooldusravil viibinud mees oli 22 aastane ja vanim oli 89 aastane. Naistest noorim hooldusravil viibija oli 41 aastane ja vanim 97 aastane. Küsitletud patsientide keskmine hooldusravil viibitud aeg oli 32 päeva, 14 päeva oli lühim ja 60 päeva oli pikim hooldusravil viibitud aeg.

Ankeedi täitsid ise 1,9% (2) patsientidest, teiste patsientide puhul täitsid ankeedid intervjuueerijad. Intervjuu läbiviimiseks või ankeedi täitmiseks kulus keskmiselt 36 minutit, miinimum aeg oli kaheksa minutit ja maksimum aeg oli üks tund ja 50 minutit. Intervjuueerija külastas intervjuueeritavat küsimustiku täitmiseks 61 patsiendi puhul üks kord, 27 patsiendi puhul kaks korda ja viie patsiendi puhul kolm korda. Küsimustikule vastanud patsientide keskmine mälu lühitesti tulemus oli kaheksa.

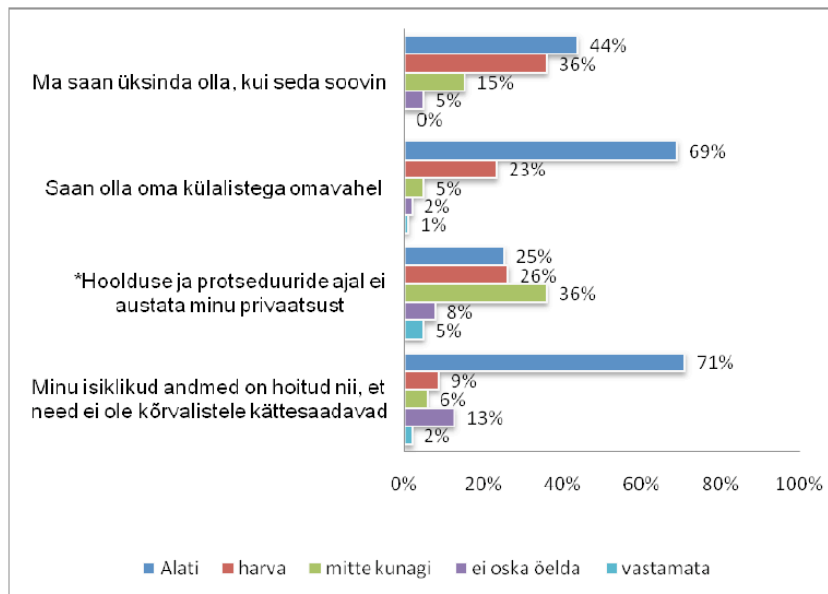
#### **4.1.2. Hooldusravi patsientide rahulolu erinevate dimensioonide kaupa 2009. aastal**

##### **4.1.2.1. Hooldusravi patsientide rahulolu privaatsusega 2009. aastal**

Patsientide rahulolust privaatsusega statsionaarses õendusabis annab ülevaate joonis 1. Alati ja enamasti olid rahul võimalusega eralduda teistest ja olla üksi 43,7% (45) patsientidest. Harva oli võimalus olla üksi 35,9% (37) patsientidel ja 15,3% (16) patsientidel ei olnud mitte kunagi võimalik olla üksi. Oma külalistega omavahel olemise võimalusega olid rahul 68,9% (71) patsientidest. 23,3% (24) patsienti leidsid harva võimaluse olla oma külalistega omaette ja 4,8% (5) patsiendil ei olnud seda võimalust mitte kunagi.

Rahuloluküsimustiku privaatsusega seotud kolmas väide on esitatud eitavas vormis ja joonisel 1 märgitud tärniga. Patsientide poolt antud vastused „mitte kunagi“ (25,5%) ja „alati“ (35,9%) on joonisel vastupidi, sest patsiendi rahulolu privaatsusega hoolduse ja protseduuride ajal väljendab vastus „mitte kunagi“ (25,5%) ning rahulolematust vastusevariant „alati“ (35,9%). 8% patsientidest ei osanud vastata sellele küsimusele ja 5% jättis vastamata.

Oma isiklike andmete kaitstusega olid rahul 70,9% (73) patsientidest. 5,8% (6) patsientide arvates ei ole nende andmed mitte kunagi kaitstud kõrvaliste isikute eest. 12,6% (13) patsientidest ei osanud vastata ja 1,9% (2) patsientidest jättis vastamata.

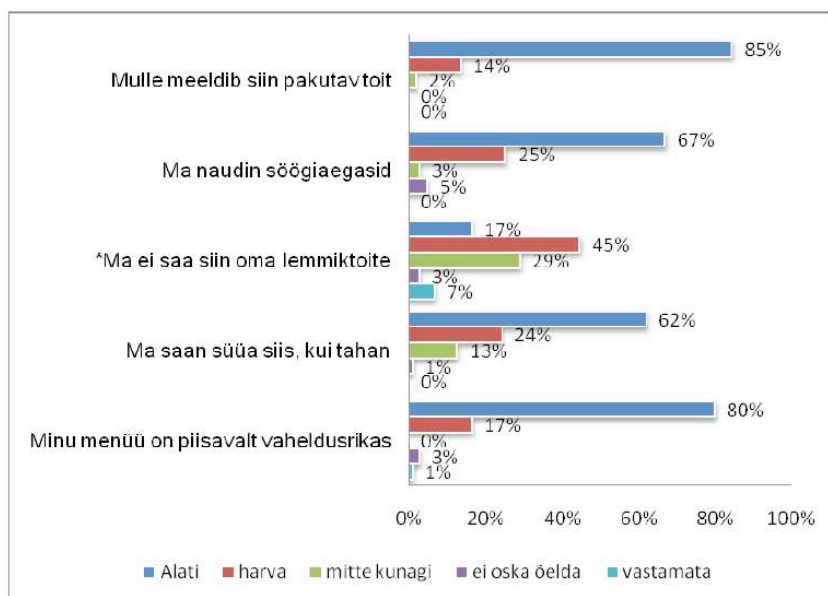


**Joonis 1. Patsientide poolt antud vastuste jaotus privaatsusega seotud väidetele 2009. aastal**

\* väite vastused „mitte kunagi“ ja „alati“ on keeratud samasuunaliseks, patsiendi rahulolu väljendab vastus „mitte kunagi“ ja rahulolematust vastus „alati“

#### 4.1.2.2. Hooldusravi patsientide rahulolu tootumisega 2009. aastal

Patsientide rahulolust tootumisega haiglas annab ülevaate joonis 2. Haiglas pakutava toiduga olid alati ja enamasti rahul 84,5% (87) patsientidest. Mitte kunagi ei olnud toiduga rahul ainult 1,9% (2) patsientidest. Söögiajad pakkusid naudingut alati 66,9% (69) patsientidest. Harva pakkusid söögiajad naudingut 25,2% (26) patsientidest ja mitte kunagi ei pidanud söögiaegasid nauditavaks 2,9% (3) patsientidest.



**Joonis 2. Patsientide poolt antud vastuste jaotus toitumisega seotud väidetele 2009. aastal**

\* väite vastused „mitte kunagi“ ja „alati“ on keeratud samasuunaliseks, patsiendi rahulolu väljendab vastus „mitte kunagi“ ja rahulolematust vastus „alati“.

Küsimus lemmiktoitude kohta on esitatud eitava väitena, mille puhul andmete tõlgendamisel on kasutatud sama loogikat, kui eelmise eitava väite puhul. Rahul oma lemmiktoitude saamisega haiglas on ainult 16,5% (17) patsientidest ja mitte kunagi ei saa oma lemmiktoite 29,1% (30) patsientidest. 44,7% (46) on vastanud harva või mõnikord saavad nad oma lemmiktoite haiglas, 6,8% (7) on jätnud sellele küsimusele vastamata.

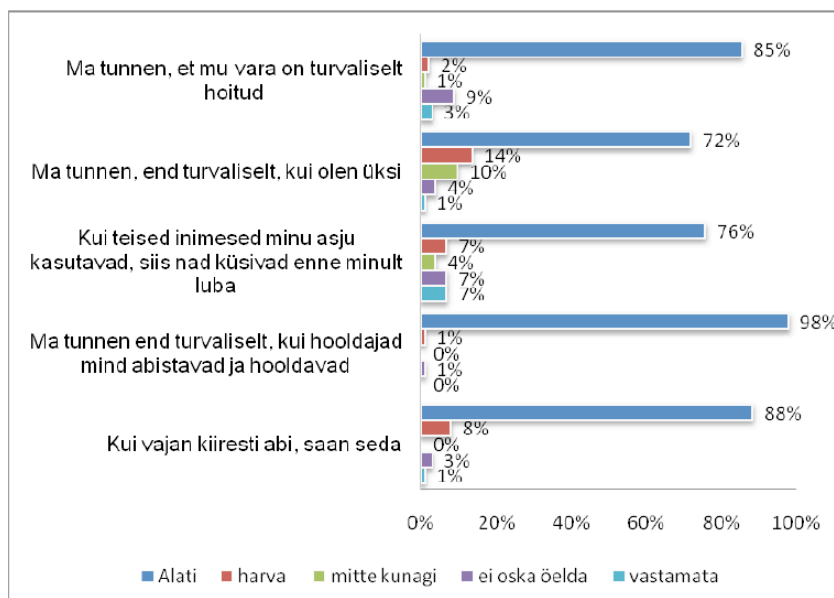


Rahul söömise võimalusega, kui tuli isu oli 62,1% (64) patsientidest ja 12,6% (13) patsientidest ei olnud mitte kunagi võimalik süüa väljaspool söögiaegasid. Harva said said patsiendid süüa siis kui nad tahavad 24% patsientide arvates. Haiglas pakutavat menüüd pidasid piisavalt vaheldusrikkaks 79,6% (82) patsientidest. 16,5% (17) patsiendi arvates oli menüü harva vaheldusrikas ja 3,8% (4) patsientidest ei osanud arvamust avaldada.

#### 4.1.2.3. Hooldusravi patsientide rahulolu turvalisusega 2009. aastal

Patsientide rahulolust turvalisusega annab ülevaate joonis 3. Statsionaarsel hooldusravil viibides pidasid isiklike asjade hoidmist turvaliseks 85,4% (88) patsientidest. Harva pidasid nende vara hoidmist turvaliseks ainult 1,9% (2) patsientidest ja mitte kunagi ei olnud tema asjade hoidmisega rahul ainult 1% patsientidest. Patsiendi isiklike asjade kasutamisel teise patsiendi poolt küsiti alati luba 75,7% (78) patsientide puhul. Harva on patsiendi isiklike asjade kasutamisel luba küsitud 6,7% (7) patsientide puhul ja mitte kunagi ei ole seda tehtud 3,9% (4) patsiendi puhul.

Üksi olles tundsid end alati turvaliselt 72,8% (74) patsientidest. Mitte kunagi ei tundnud end turvaliselt üksi olles 9,7% (10) patsientidest. Hooldajate poolt hooldustoimingute teostamist pidas enamus patsiente (98%) turvaliseks. Samuti olid suur enamus patsiente (88,3%) rahul pakutava abi kiirusega. Harva olid rahul pakutava abi kiirusega 7,8% (8) patsientidest ja 3,8% (4) patsienti ei osanud vastata.



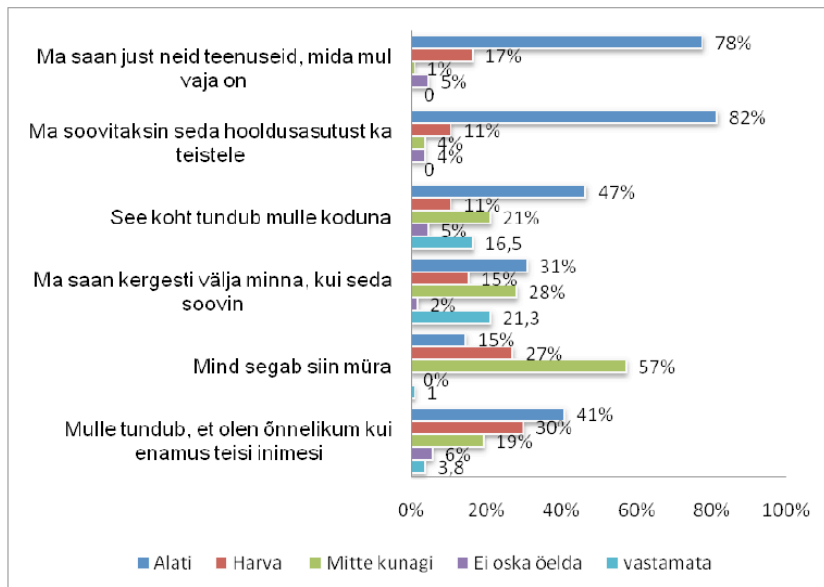
Joonis 3. Patsientide poolt antud vastuste jaotus turvalisusega seotud väidetele 2009. aastal

#### 4.1.2.4. Hooldusravi patsientide rahulolu mugavusega 2009. aastal

Patsientide rahulolust mugavusega annab ülevaate joonis 4. Neid teenuseid, mida patsiendid vajasisid said alati 77,7% (80) vastanutest. Harva said neid teenuseid, mida nad vajasisid 16,5% (17) patsientidest. Enamus patsientidest (81,5%) olid rahul selle osakonnaga ja olid valmis seda hooldusraviasutust soovitama ka teistele. Hooldusraviosakond tundus koduna 46,6% (48) patsientidest. Mitte kunagi ei tundunud see koht neile koduna 21,3% (22) patsientide arvates. 16,5% (17) patsientidest on jätnud sellele küsimusele vastamata.

Kergesti välja minemise võimalusega olid rahul 31% (32) patsientidest. Harva olid rahul 15,3% (16) patsientidest ja mitte kunagi ei saanud kergesti välja 28,2% (29) patsientidest. Haiglas viibides pidasid müra segavaks 14,6% (15) patsiendest ja 57,3% (59) patsientide arvates ei häirinud neid müra mitte kunagi.

Ennast õnnelikumana, kui teised tundsid 40,8% (42) patsientidest. Harva tundsid ennast õnnelikuna 30% (31) ja mitte kunagi ei tundnud ennast õnnelikuna 19,4% (20) patsientidest. 6% patsientidest ei oskonud sellele küsimusele vastata ja 3% patsientidest jättis vastamata.



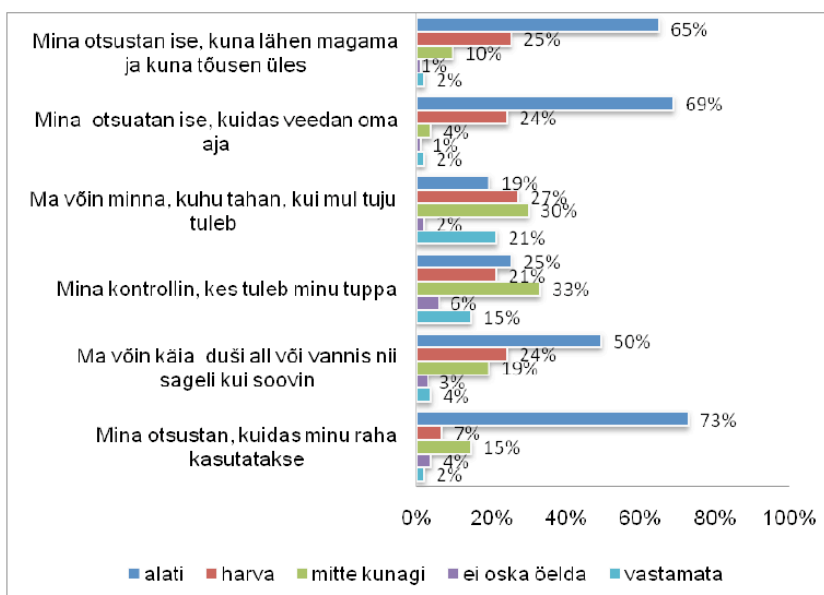
Joonis 4. Patsientide poolt antud vastuste jaotus mugavusega seotud väidetele 2009. aastal

#### 4.1.2.5. Hooldusravi patsientide rahulolu otsustusvabadusega 2009. aastal

Patsientide rahulolust otsustusvabadusega igapäevaste otsuste tegemisel annab ülevaate joonis 5. Statsionaarsel hooldusravil olles 65% (67) patsientidest olid rahul võimalusega teha ise otsused, millal minna magama või millal tõusta üles. Harva said selle üle otsustada ise 25,2% (26) patsientidest ja mitte kunagi ei saanud otsustada ise, millal magama heita üles tõusta kümme 9,7% (10) patsienti.

Otsuse oma aja veetmise kohta tegid alati ise 68,9% (71) patsientidest, harva oli see võimalus 24,3% (25) patsientidel. Rahul liikumisvabadusega (võis minna kuhu soovis ja millal tahtis) oli 19,4% (20) patsientidest. 33% (34) patsientidest ei olnud mitte kunagi sellist võimalust, et minna kuhu soovis ja millal tahtis. 21,3% (22) patsientidest ei vastanud sellele küsimusele.

Üks neljandik, 25,5% patsientidest, olid rahul võimalusega, et nad omasid kontrolli selle üle, kes nende tuppa tuleb. Kunagi ei olnud võimalust kontrollida, kes nende tuppa tuleb 33% (34) patsientidest. Vastama jätsid sellele väitele 14,5% (15) patsienti. Oma raha kasutamise üle otsustasid 72,8% (75) patsientidest ja mitte kunagi ei saanud seda teha 14,6% (15) patsientidest.



Joonis 5. Patsientide poolt antud vastuste jaotus otsustusvabadusega seotud väidetele 2009. aastal

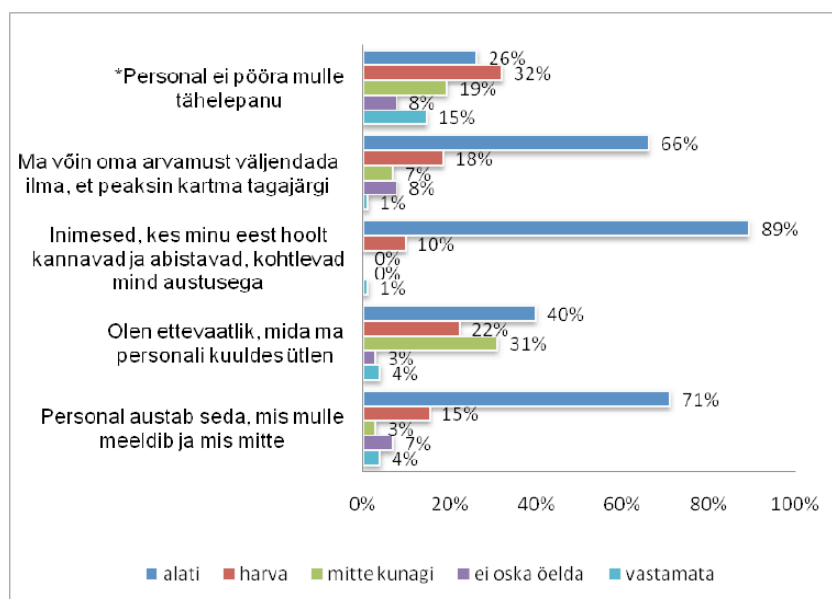
Peaaegu pooled, 49,5% patsientidest olid rahul võimalusega käia duši all või vannis nii sageli, kui soovisid. Harva oli võimalus käia pesemas duši all või vannis siis kui ta soovis 24,3% (25) patsientidest. 19,4% (20) patsientidest leidsid, et neil ei ole mitte kunagi võimalust käia pesemas duši all või vannis, kui nad sooviksid. 4% patsientidest jättis sellele küsimusele vastamata.

#### 4.1.2.6. Hooldusravi patsientide rahulolu austusega 2009. aastal

Patsientide rahulolust austusega annab ülevaate joonis 6. Patsientide lugupidamise ja austusega seotud dimensiooni esimene väide on esitatud eitavas vormis ja patsientide suurimat rahulolu personalilt tähelepanu saamisega väljendab vastusevariant „mitte kunagi“, nii vastas 26,2% (27) patsientidest. Harva saavad personali tähelepanu 32% (33) patsientidest ja 19% patsientidest vastasid, et nad saavad tähelepanu alati. 15% patsientidest jättis sellele küsimusele vastamata ja 8% ei osanud vastata.

Enamus, 89,3% patsientidest koges austavat suhtumist enda eest hoolitsemisel. Harva kogesid austavat suhtumist, kui nende eest hoolitseti 9,7% (10) patsientidest. 70,9% (73) patsientide arvates austas personal alati seda, mis neile meeldis. Harva koges personali austust oma valikute tegemisel 15,5% (16) patsientidest. 66% (68) patsientide arvates võivad nad alati oma arvamust väljendada, ilma et peaksid kartma tagajärgi. Kartes tagajärgi ei julge oma arvamust väljendada 6,9% (7) patsientidest.

Rahul personali kuuldes vabalt kõnelemisega on 31% patsientidest. Harva on personali kuuldes rääkides ettevaatlik 22% patsientidest. 40% patsientidest on alati ettevaatlik, kui nad personali kuuldes midagi ütlevad, kartes tagajärgi. 3% patsientidest ei osanud vastust sellele küsimusele ja 4% jättis sellele küsimusele vastamata.



**Joonis 6. Patsientide poolt antud vastuste jaotus austusega seotud väidetele 2009. aastal**

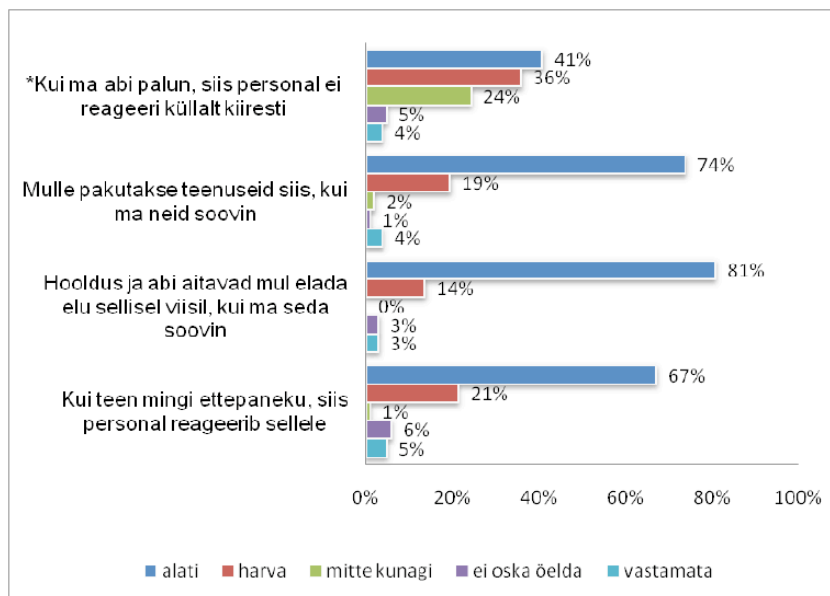
\* väite vastused „mitte kunagi“ ja „alati“ on keeratud samasuunaliseks, patsiendi rahulolu väljendab vastus „mitte kunagi“ ja rahulolematust vastus „alati“.

#### 4.1.2.7. Hooldusravi patsientide rahulolu personali abivalmidusega 2009. aastal

Patsientide rahulolust personali abivalmidusega annab ülevaate joonis 7. 40,8% (42) patsientidest vastasid, et mitte kunagi ei juhtunud, seda, et personal poleks reageerinud küllalt kiiresti nende abipalvele. Peaaegu üks kolmandik patsiente (24,5%) arvas siiski, et nende abipalvetele ei reageerita piisavalt kiiresti. 36% patsientidest arvas, et harva juhtub seda, et kui palutakse abi, siis personal ei reageeri küllalt kiiresti.

67% (69) patsientide arvates reageerib personal alati patsiendi poolt tehtud ettepanekutele. Harva reageeris personal patsiendi poolsetele ettepanekutele 21,3% (22) patsiendi arvates.

Vastavalt patsiendi soovile pakuti teenuseid 73,8% (76) patsientide arvates ja harva pakuti teenuseid, kui patsient soovis 19,4% (20) patsientide arvates. Enamus patsientidest (80,6%) on veendunud, et hooldus ja abi aitavad neil elada sellisel viisil nagu nad soovivad. Seevastu 13,6% (14) patsientidest arvavad, et hooldus ja abi võimaldab neil harva elada sellisel viisil nagu nad soovivad. 3% patsientidest ei osanud sellele küsimusele vastata ja 3% jättis vastamata.



**Joonis 7. Patsientide poolt antud vastuste jaotus personali abivalmidusega seotud väidetele 2009. aastal**

\* väite vastused „mitte kunagi“ ja „alati“ on keeratud samasuunaliseks, patsiendi rahulolu väljendab vastus „mitte kunagi“ ja rahulolematust vastus „alati“.

#### 4.1.2.8. Hooldusravi patsientide rahulolu personali-patsiendi sidususega 2009. aastal

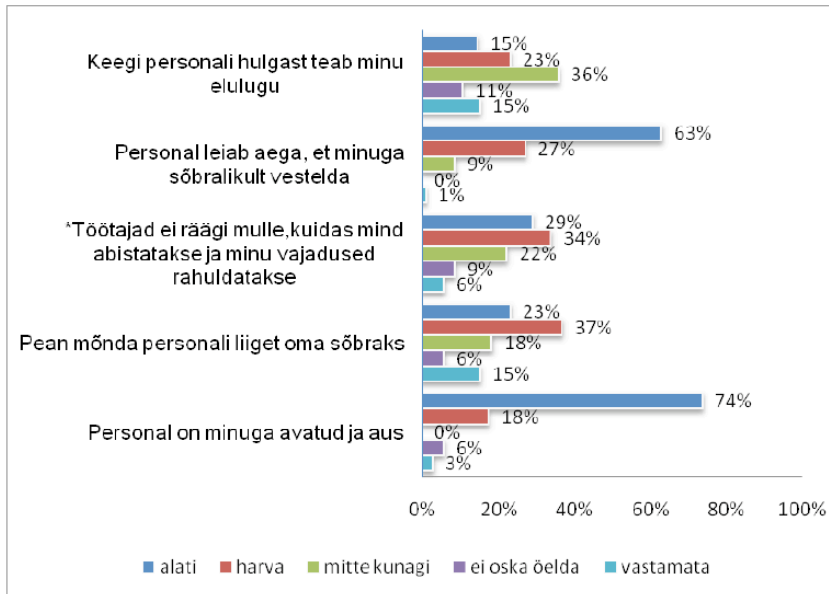
Patsientide rahulolust patsiendi-personali sidususega annab ülevaate joonis 8. Personal on nendega aus ja avatud 73,8% (76) patsientide arvates, 5,8% (6) patsientidest ei osanud vastata sellele küsimusele. 18% arvates on personal nendega avatud ja aus harva.

Personal leidis alati aega nendega sõbralikuks vestluseks 63,1% (65) patsientide arvates, kuid 27,2% (28) patsientidest arvas, et personal leidis harva selleks aega. 9% arvates ei leidund personal selleks sõbralikuks vestluseks mitte kunagi aega.

Ainult 29,1% (30) patsientide arvates räägib personal, kuidas neid abistatakse ja nende vajadusi rahuldatakse, seevastu 22,3% (24) patsientide arvates ei räägi personal kunagi, kuidas neid abistatakse. 34% patsientide arvates räägib personal harva, kuidas patsiente abistatakse ja nende vajadusi rahuldatakse. 9% patsientidest jättis sellele küsimusele vastamata ja 6% ei oskaonud sellele küsimusele vastata.

Vähem kui neljandik patsientidest (23,3%) pidasid mõnda töötajat enda sõbraks. Harva pidas mõnda personali liiget oma sõbraks 36,9% (38) patsientidest. 18% ei pidanud mitte kunagi mõnda personali liiget oma sõbraks. 6% patsientidest ei osanud sellele küsimusele vastata ja 15% patsientidest jättis sellele küsimusele vastamata.

14,6% (15) patsientide arvates teadis keegi personali hulgast nende elulugu. 23,3% (24) patsientidest arvas, et harva teab keegi personali hulgast tema elulugu. Mitte kunagi ei tea keegi personali hulgast patsientide elulugu 36% patsientide arvates. 15% patsientidest jättis sellele küsimusele vastamata ja 11% patsientidest ei osanud vastata sellele küsimusele.



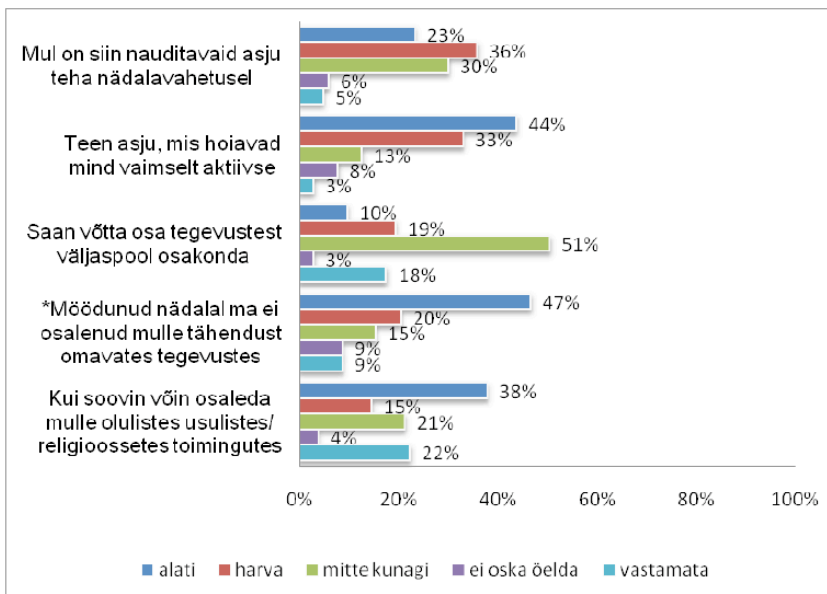
**Joonis 8. Patsientide poolt antud vastuste jaotus personali-patsiendi sidususe kohta 2009. aastal**

\* väite vastused „mitte kunagi“ ja „alati“ on keeratud samasuunaliseks, patsiendi rahulolu väljendab vastus „mitte kunagi“ ja rahulolematust vastus „alati“.

#### 4.1.2.9. Hooldusravi patsientide rahulolu vaba aja veetmisega seotud võimalustega 2009. aastal

Patsientide rahulolust vaba aja veetmisega seotud võimalustest annab ülevaate joonis 9. Ainult 23,3% (24) patsientidest arvab, et neil on haiglas nädalavahetusel nauditavaid tegevusi. Seevastu 35,9% (37) patsientide arvates on nauditavaid tegevusi harva ja 30% (31) arvas, et nädalavahetustel ei ole mitte kunagi meelepäraseid tegevusi haiglas. Ainult 9,7% (10) patsientidest on võimalik võtta osa tegevustest, mis on väljaspool osakonda ja pooltel 50,5% (52) patsientidest ei ole mitte kunagi võimalust osaleda tegevustes väljaspool osakonda.

Vaimse aktiivsuse säilitamiseks teevad tegevusi 43,7% (45) patsientidest, 33% (34) teeb selliseid tegevusi harva ja 12,6% (13) patsientidest mitte kunagi. Religioossetes tegevustes oli võimalik alati osaleda 37,9% (39) patsientidest ja 21,3% (22) patsientidest ei olnud seda võimalust kunagi.



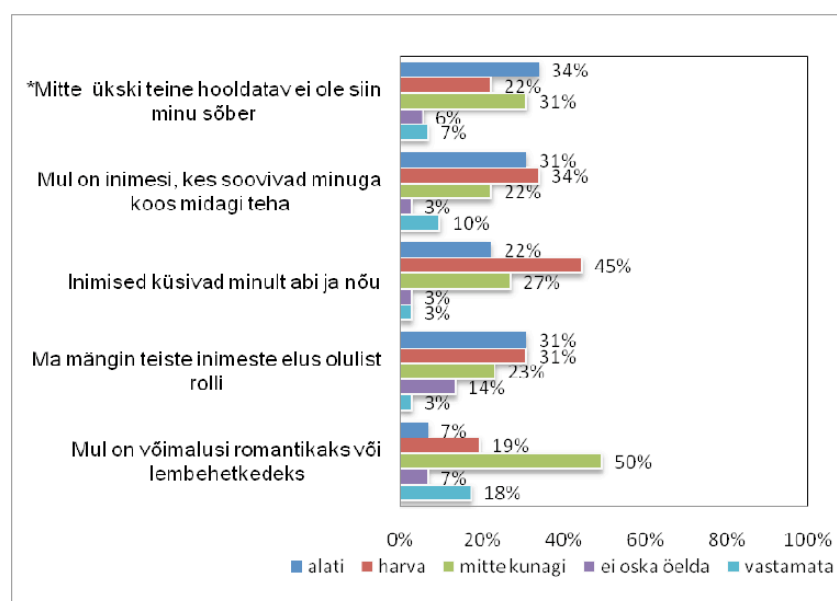
**Joonis 9. Patsientide poolt antud vastuste jaotus vaba aja veetmise võimalustega seotud väidetele 2009. aastal**

#### 4.1.2.10. Hooldusravi patsientide rahulolu isiklike suhetega 2009. aastal

Patsientide rahulolust isiklike suhetega annab ülevaate joonis 10. Üks neljandik (34%) patsientidest vastas, et neil on alati sõpru teiste hooldatavate seas ja enam-vähem sama palju (31%) patsiente seevastu arvas, et neil ei ole mitte kunagi sõpru teiste hooldatavate seas. Harva on sõpru teiste hooldatavate seas 22% patsientide arvates.

Kolmandiku (31%) patsientide arvates leiavad nad alati kaaslase, kellega koos midagi teha ja 34% (35) arvavad, et seda juhtub harva ning 22,3% (23) arvates ei juhtu seda mitte kunagi. Kaaslased küsivad temalt alati nõu ja abi 22,3% (23) patsientide arvates. 45% arvates juhtub seda harva ja 27% patsientide arvates ei juhtu seda mitte kunagi.

31% (32) patsientidest arvas, et nad mängivad olulist rolli teiste inimeste elus ja sama palju (31%) arvas, et neil ei ole olulist rolli teiste inimeste elus. 23% patsientide arvates ei ole neil mitte kunagi olulist rolli teiste inimeste elus. 14% ei osanud sellele küsimusele vastata ja 3% jättis vastamata sellele küsimusele. Ainult 6,8% (7) patsientidest vastas, et neil on alati võimalus romantikaks ja lembehetkedeks, seevastu pooled patsiendid arvasid, et neil ei ole seda võimalust mitte kunagi ning 17,5% (18) patsienti jättis sellele küsimusele vastama.



**Joonis 10. Patsientide poolt antud vastuste jaotus isiklike suhetega seotud väidetele**

\* väite vastused „mitte kunagi“ ja „alati“ on keeratud samasuunaliseks, patsiendi rahulolu väljendab vastus „mitte kunagi“ ja rahulolematust vastus „alati“

#### 4.1.3. Intervjueerijate tagasiside tulemused 2009. aastal

InterRAI hooldusasutuse klientide subjektiivse rahulolu küsimustiku kasutatavuse kohta hooldusravis andsid tagasisidet 10 intervjuerijat. Intervjueerijateks olid sotsiaaltöötajad (3), õed (4), ühel juhul Tartu Tervishoiu Kõrgkooli tudeng ja kaks intervjuerijat olid muud töötajad, kes olid varem tutvunud intervjuu läbiviimise juhendiga. Raskesti mõistetavateks/halvasti sõnastatud väideteks olid enamuse intervjuerijate arvates eitavas vormis esitatud väited. Järgnevalt on esitatud väited, mis intervjuerijate arvates olid uuritavatele raskesti mõistetavad või halvasti sõnastatud (vt tabel 4). Tabelis on välja toodud need väited, mida märkisid ära vähemalt kaks intervjuerijat.

**Tabel 4. Väited, mis intervjuerijate arvates olid raskesti sõnastatud 2009. aastal**

Dimensioon väite nr	Väide	Hinnangu andnud intervjuerijate arv
A 3	Hoolduse ja protseduuride ajal ei austata minu privaatsust (väarikust, omaetteolekut)	3
A 4	Minu isiklikud andmed on hoitud nii, et needi ole kõrvalistele kättesaadavad	2
B 3	Ma ei saa siin oma lemmiktoite	4
F 1	Personal ei pööra mulle tähelepanu	4
F 4	Olen ettevaatlik, mida ma personali kuulates ütlen	2
G 1	Kui ma abi palun siis personal ei reageeri küllalt kiiresti	4
H 3	Töötajad ei räägi mulle, kuidas mind abistatakse ja minu vajadused rahuldatakse	5
I 1	Mul on siin nauditavaid asju teha nädalavahetusel	2
I 4	Möödunud nädalal ma ei osalenud mulle tähendust omavates tegevustes	3
J 4	Mitte ükski teine hooldatav ei ole siin minu sõber	3
J 5	Mul on võimalusi romantikaks või lemmiktoideks	2

Intervjuerijate arvates oli uuritaval raske vastata vabaaja veetmisega seotud ja isiklike suhtega seotud dimensioonile. Nendes dimensioonides valmistasid kõik väited vähemalt ühel korral raskusi uuritavale vastamisel. Intervjuerijate arvates eeldavad “*need küsimused oma sõnastuselt ja sisult asutushoolduses elamist. Hooldusravis on päevakord rangelt paika pandud ja inimestel ei ole siin kahe väidete bloki kohta midagi tarka kosta, nad sõltuvad päevakavast, mis on ette määratud (ärkamine, pesemine, söömine)*”. Tabelis 5 on välja toodud need väited, mida märkisid ära vähemalt kaks intervjuerijat.

**Tabel 5. Väited, millele intervjuerijate arvates oli uuritavatel raske vastata 2009. aastal**

Dimensioon väite nr.	Väide	Hinnangu andnud intervjuerijate arv
D 3	See koht tundub mulle koduna	3
D 6	Mulle tundub, et olen õnnelikum kui enamus teisi inimesi	2
E 1	Mina otsustan ise, kuna lähen magama ja kuna tõusen üles	2
E 3	Ma võin minna kuhu tahan, kui mul tuju tuleb	3
E 4	Töötajad ei räägi mulle, kuidas mind abistatakse ja minu vajadusi rahuldatakse	2
F 1	Personal ei pööra mulle tähelepanu	3
F 4	Olen ettevaatlik, mida ma personali kuulates ütlen	2
H 3	Töötajad ei räägi mulle, kuidas mind abistatakse ja minu vajadusi rahuldatakse	3
H 4	Pean mõnda personaliliiget oma sõbraks	2
I 4	Möödunud nädalal ma ei osalenud mulle tähendust omavates tegevustes	2
J 1	Mitte ükski teine hooldatav ei ole minu sõber	3

Küsimusele, kas midagi olulist on puudu, vastasid seitse intervjuerijat eitavalt ja kolm olid jätnud vastamata. Ühe intervjuerija poolt oli märgitud, et “*küsitluse aeg oli lühike ja seetõttu valim väike, ei ole võimalik nii konkreetselt välja tuua, mis võiks olla teisiti, mida peaks veel küsima*”.

Kuus intervjuerijat olid seisukohal, et küsitluste läbiviimisel on otstarbekam kui intervjuerija täidab ankeedi. Kolm intervjuerijat olid seisukohal, et ankeedi võib täita patsient ise ja üks intervjuerija arvas, et vahet ei ole, kõik oleneb ikka küsitletava vaimsest seisundist. Küsitluse läbiviimisel üle poolte (7) intervjueritavatest koges positiivset suhtumist patsientide poolt.

Neli intervjuerijat hindasid ankeedi vastuseid usaldusväärseks. Kaks arvasid, et vastused on liialt positiivsed ning kaks intervjuerijat arvavad, et osad vastused on liialt positiivsed ja osad liialt negatiivsed. Ühe intervjuerija arvates on küsimustik täiesti sobilik kasutamiseks hooldusravi patsientidel, kuid kolm intervjuerijat arvavad, et küsimustik on kasutatav, kuid vajab muutmist ja nelja intervjuerija arvates ei ole küsimustik üldse sobiv kasutamiseks nende asutuses. Intervjuerijate arvates vajaksid muutmist kindlasti kõik eitavas vormis väited, sest need väited olid raskesti mõistetavad patsientidele. Intervjuerijate arvates jäi kahtlus, kas uuritavad üldse väidetest õigesti aru said - *“väited peaksid olema lihtsalt sõnastatud”*. Kahe intervjuerija arvates jäi skaala vastajale kohati arusaamatuks ja eriti väljendus see eitavas vormis väidete puhul.

Ühe intervjuerija kommentaariks oli, et küsimustik pole sobimatu, *“kuid arvestada tuleks asjaoluga, et hooldusravil patsiendid vahelduvad liialt kiiresti ja ei ole suutnud kohaneda keskkonnaga, mis võib mõjutada rahulolu küsitluse tulemusi”*. Ühe intervjuerija poolt on kirjeldatud, kui keerukas oli uuritavate leidmine: *“mälu test tehti 42 haigel, 26-ga viidi läbi küsitlus, ühel patsiendi avastati MRSA ja läks erakorralise meditsiini osakonda, kolm patsienti läks taastusraviosakonda, kolm patsienti suri ja üks keeldus vastamast, ühe patsiendi seisund muutus raskeks ja ülejäänud ei kuulunud madala mälu testi punktskoori tõttu valimisse”*.



## 4.2. 2011. aasta uuringu tulemused

### 4.2.1. Uuritavate andemed 2011. aastal

88-st uuritavast 59% (52) olid naised ja 40% (35) mehed, ühe vastaja puhul on sugu teadmata. Statsionaarsel hooldusravil küsitletud patsientide keskmine vanus oli 76 aastat. Noorim statsionaarsel hooldusravil viibinud patsient oli 31 aastane ja vanim oli 96 aastane. Küsitletud patsientide keskmine hooldusravil viibitud aeg oli 32,5 päeva, 8 päeva oli lühim ja 360 päeva oli pikim hooldusravil viibitud aeg.

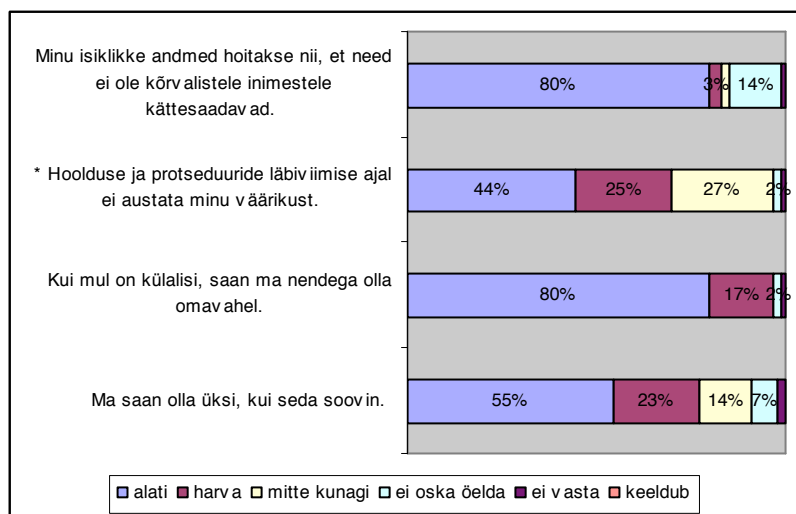
Ankeedi täitsid ise 2,3% (2) patsientidest, teiste patsientide puhul 97,7% (86) täitsid ankeedid intervjuerijad. Intervjuu läbiviimiseks või ankeedi täitmiseks kulus keskmiselt 26 minutit, miinimum aeg oli kaheksa minutit ja maksimum aeg oli 60 minutit. Intervjuerija külastas intervjueritavat küsimustiku täitmiseks 74 patsiendi puhul üks kord ja 14 patsiendi puhul kaks korda. Küsimustikule vastanud patsientide keskmine mälu lühitesti tulemus oli 8,7.

### 4.2.2. Hooldusravi patsientide rahulolu erinevate dimensioonide kaupa 2011. aastal

#### 4.2.2.1. Hooldusravi patsientide rahulolu privaatsusega 2011. aastal

Patsientide rahulolust privaatsusega statsionaarses õendusabis annab ülevaate joonis 11. Alati ja enamasti olid rahul võimalusega eralduda teistest ja olla üksi 55% (48) patsientidest. Harva oli võimalus olla üksi 23% (20) patsientidel ja 14% (12) patsientidel ei olnud mitte kunagi võimalik olla üksi. Oma külalistega omavahel olemise võimalusega olid rahul 80% (70) patsientidest. 17% (15) patsienti leidsid harva võimaluse olla oma külalistega omaette.

Rahuloluküsimustiku privaatsusega seotud kolmas väide on esitatud eitavas vormis ja joonisel 11 märgitud tärniga (vastused on esitatud vastupidises järjekorras). Küsitletutest alla poole (44%) olid nõus, et nende privaatsust alati/enamasti austatakse hoolduse ajal, veerandi (25%) arvates juhtub seda harva ning veerandi (27%) patsientide arvates ei koge nad seda kunagi. Oma isiklike andmete kaitstusega olid rahul 80% (70) patsientidest. 2% (2) patsientide arvates ei ole nende andmed mitte kunagi kaitstud kõrvaliste isikute eest. 14% (12) patsientidest ei osanud sellele küsimusele vastata ja 1% (1) patsientidest jättis vastamata.



Joonis 11. Patsientide poolt antud vastuste jaotus privaatsusega seotud väidetele 2011. aastal

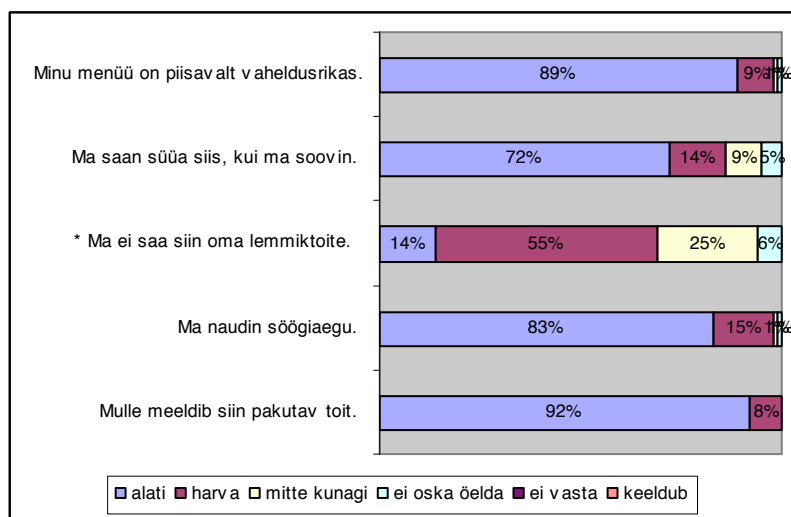
\* väite vastused „mitte kunagi“ ja „alati“ on keeratud samasuunaliseks, patsiendi rahulolu väljendab vastus „mitte kunagi“ ja rahulolematust vastus „alati“

#### 4.2.2.2. Hooldusravi patsientide rahulolu tootumisega 2011. aastal

Patsientide rahulolust tootumisega haiglas annab ülevaate joonis 12. Haiglas pakutava toiduga olid alati ja enamasti rahul 92% (81) patsientidest. Harva olid rahul 8% (7) patsientidest. Rahulolematuid ei olnud. Söögiajad pakkusid naudingut alati 83% (73) patsientidest. Harva pakkusid söögiajad naudingut 15% (13) patsientidest ja mitte kunagi ei pidanud söögiaegasid nauditavaks 1% (1) patsientidest. 1% (1) patsientidest ei osanud vastata.

Küsimus lemmiktoitude kohta on esitatud eitava väitena, mille puhul andmete tõlgendamisel on kasutatud sama loogikat, kui eelmise eitava väite puhul. Rahul oma lemmiktoitude saamisega haiglas on ainult 14% (12) patsientidest ja mitte kunagi ei saa oma lemmiktoite 25% (22) patsientidest. 55% (48) on vastanud harva või mõnikord saavad nad oma lemmiktoite haiglas. 6% (6) on jätnud sellele küsimusele vastamata. Rahul söömise võimalusega, kui tuli isu oli 72% (63) patsientidest ja 9% (8) patsientidest ei olnud mitte kunagi võimalik süüa väljaspool söögiaegasid. Harva said patsiendid süüa, siis kui tahtsid 14% (12) patsiendi arvates. 5% (5) patsientidest ei osanud sellele küsimusele vastata.

Haiglas pakutavat menüüd pidasid piisavalt vaheldusrikkaks 89% (78) patsientidest. 9% (8) patsiendi arvates oli menüü harva vaheldusrikas ja 1% (1) patsientidest ei osanud arvamust avaldada. 1% (1) patsiendi arvates ei olnud menüü piisavalt vaheldusrikas mitte kunagi.



**Joonis 12. Patsientide poolt antud vastuste jaotus toitumisega seotud väidetele 2011. aastal**

\* väite vastused „mitte kunagi“ ja „alati“ on keeratud samasuunaliseks, patsiendi rahulolu väljendab vastus „mitte kunagi“ ja rahulolematust vastus „alati“.

#### 4.2.2.3. Hooldusravi patsientide rahulolu turvalisusega 2011. aastal

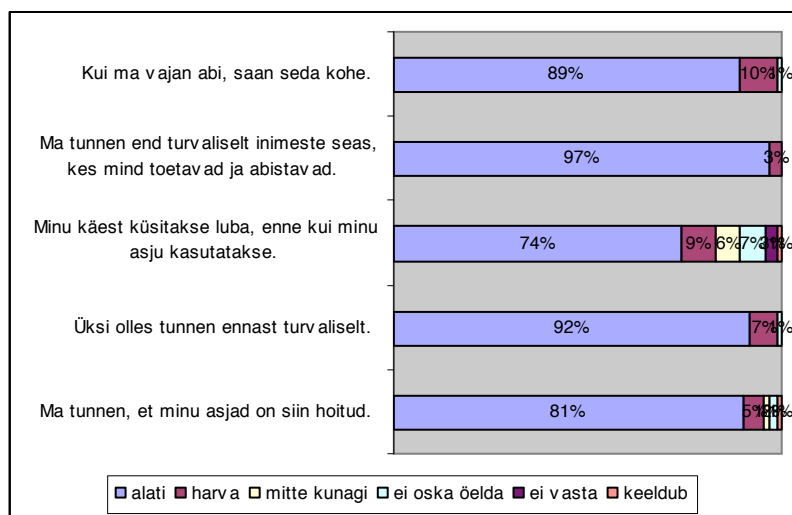
Patsientide rahulolust turvalisusega annab ülevaate joonis 13. Statsionaarsel hooldusravil viibides pidasid isiklike asjade hoidmist turvaliseks 91% (80) patsientidest. Harva pidasid nende vara hoidmist turvaliseks 5% (4) patsientidest ja mitte kunagi ei olnud tema asjade hoidmisega rahul 1% (1) patsientidest. 2% (2) patsientidest ei osanud antud küsimusele vastata ja 1% (1) patsientidest keeldus vastamast antud küsimusele.

Üksi olles tundsid end alati turvaliselt 92% (81) patsientidest. Harva tundsid end turvaliselt 7% (6) patsientidest. 1% (1) patsientidest ei osanud vastust sellele küsimusele öelda.

Patsiendi isiklike asjade kasutamisel teise patsiendi poolt küsiti alati luba 74% (65) patsientide puhul. Harva on patsiendi isiklike asjade kasutamisel luba küsitud 9% (8) patsientide puhul ja mitte kunagi ei ole seda tehtud 6% (5) patsientide puhul. Sellele küsimusele ei osanud vastata 7% (6) patsientidest. Vastamast keeldus 1% (1) patsientidest ja vastamata jättis sellele küsimusele 3% (3) patsientidest.

Hooldajate poolt hooldustoimingute teostamist pidas enamus patsiente (97%) turvaliseks. 3% (3) patsientidest tundis end hooldustoimingute ajal harva turvaliselt. Samuti olid suur enamus

patients (89%) were satisfied with the speed of the help. Few were satisfied with the speed of the help 10% (9) patients and 1% (1) patients did not answer the question.



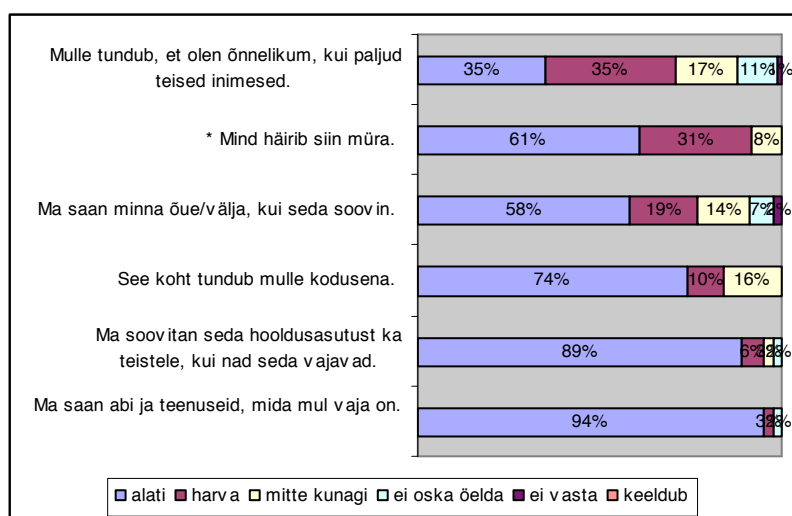
Joonis 13. Patsientide poolt antud vastuste jaotus turvalisusega seotud väidetele 2011. aastal

#### 4.2.2.4. Hooldusravi patsientide rahulolu mugavusega 2011. aastal

Patients' satisfaction with the convenience of the service is shown in Figure 14. These services, which patients needed, were always provided to 94% (83) of the respondents. Few were provided with these services, which they needed, 3% (3) of the patients. 2% (2) of the patients did not answer the question.

Most patients (89%) were satisfied with the staff and were ready to recommend the service to others. Few would recommend the service to others 6% (5) of the respondents. 3% (3) of the patients would not recommend the service to others. 2% (2) of the respondents did not answer the question.

The care department was known to 74% (65) of the patients. Never knew the department 16% (14) of the patients. 10% (9) of the patients knew the department as a department. It was easy to get out with the possibility of 58% (51) of the patients. Few were satisfied with the ease of getting out 19% (17) of the patients and never knew the ease of getting out 14% (12) of the patients. To the question, 2% (2) of the patients did not answer and 7% (6) of the patients did not answer.



Joonis 14. Patsientide poolt antud vastuste jaotus mugavusega seotud väidetele 2011. aastal

\* väite vastused „mitte kunagi“ ja „alati“ on keeratud samasuunaliseks, patsiendi rahulolu väljendab vastus „mitte kunagi“ ja rahulolematust vastus „alati“.

Mugavuse ja heaoluga seotud viies väide on esitatud eitavas vormis ja joonisel 14 märgitud tärniga. Patsientide poolt antud vastused „mitte kunagi“ (8%) ja „alati“ (61%) on joonisel vastupidi, sest patsiendi rahulolu väitega “mind segab siin müra” väljendab vastus „mitte kunagi“ (61%) ning rahulolematust vastusevariant „alati“ (8%). Harva segas müra 31 % (27) patsienti.

Ennast õnnelikumana, kui teised tundsid alati 35% (31) patsientidest. Harva tundsid ennast õnnelikuna samuti 35% (31) patsientidest ja mitte kunagi ei tundnud ennast õnnelikuna 17% (15) patsientidest. Sellele küsimusele keeldus vastamast 1% (1) patsientidest ja ei osanud öelda 11% (10) patsientidest.

#### 4.2.2.5. Hooldusravi patsientide rahulolu otsustusvabadusega 2011. aastal

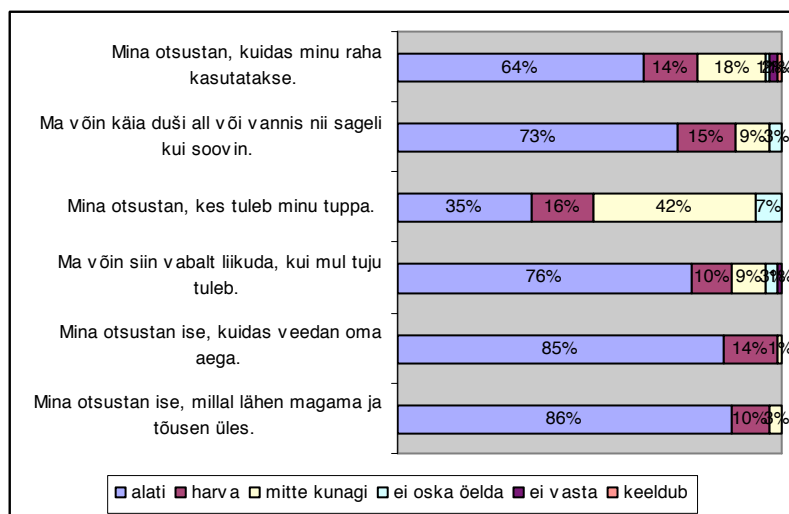
Patsientide rahulolust otsustusvabadusega igapäevaste otsuste tegemisel annab ülevaate joonis 15. Statsionaarsel hooldusravil olles 86% (76) patsientidest olid rahul võimalusega teha ise otsused, millal minna magama või millal tõusta üles. Harva said selle üle otsustada ise 10% (9) patsientidest ja mitte kunagi ei saanud otsustada ise, millal magama heita või üles tõusta 3% (3) patsientidest.

Otsuse oma aja veetmise kohta tegid alati ise 85% (75) patsientidest, harva oli see võimalus 14% (12) patsientidel. 1% (1) patsientidest ei saanud otsustada seda mitte kunagi. Rahul liikumisvabadusega (võis minna kuhu soovis ja millal tahtis) oli 76% (67) patsientidest. 9% (8) patsientidest ei olnud mitte kunagi sellist võimalust, et minna kuhu soovis ja millal tahtis. Harva oli rahul liikumisvabadusega 10% (9) patsientidest. 1% (1) patsientidest ei vastanud sellele küsimusele ja 3% (3) patsientidest ei osanud seda öelda.

35% (31) patsientidest olid rahul võimalusega, et nad omasid kontrolli selle üle, kes nende tuppa tuleb. Kunagi ei olnud võimalust kontrollida, kes nende tuppa tuleb 42% (37) patsientidest. Harva omasid kontrolli tuppa sisenejate üle 16% (14) patsientidest. 7% (6) patsientidest ei osanud öelda vastust sellele küsimusele.

2/3 patsientidest ehk 73% (64) olid rahul võimalusega käia duši all või vannis nii sageli kui soovisid. Harva oli võimalus käia pesemas duši all või vannis soovide kohaselt 15% (13) patsientidest. 9% (8) patsientidest leidsid, et neil ei ole mitte kunagi võimalust käia pesemas duši all või vannis, kui nad sooviksid. 3% (3) patsientidest jättis sellele küsimusele vastamata.

Oma raha kasutamise üle otsustasid alati ja enamasti 64% (56) patsientidest ja mitte kunagi ei saanud seda teha 18% (16) patsientidest. Harva otsustasid oma raha kasutamise üle 14% (12) patsientidest. Sellele küsimusele ei osanud vastata 1% (1) patsientidest. Vastamast keeldus 1% (1) patsientidest ja vastamata jättis sellele küsimusel 2% (2) patsientidest.



Joonis 15. Patsientide poolt antud vastuste jaotus otsustusvabadusega seotud väidetele 2011. aastal

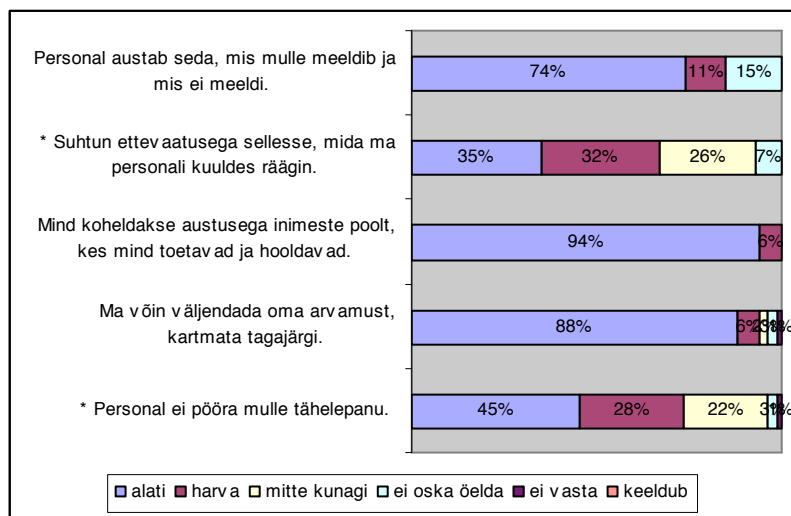
#### 4.2.2.6. Hooldusravi patsientide rahulolu austusega 2011. aastal

Patsientide rahulolust austusega annab ülevaate joonis 16. Patsientide lugupidamise ja austusega seotud dimensiooni esimene väide on esitatud eitavas vormis ja patsientide suurimat rahulolu personalilt tähelepanu saamisega väljendab vastusevariant „mitte kunagi“. Nii vastas 45% (40) patsientidest. Harva saavad personali tähelepanu 28% (25) patsientidest ja 22% (19) patsientidest vastasid, et alati ei pööra personal neile tähelepanu. Vastata ei osanud 3% (3) patsientidest ja vastamata jättis sellele küsimusel 1% (1) patsientidest.

88% (77) patsientidest võib väljendada oma arvamust alati, kartmata tagajärgi. Harva julgeb oma arvamust väljendada 6% (5) patsientidest. 2% (2) patsientidest ei või mitte kunagi väljendada oma arvamust. Vastata ei osanud sellele küsimusele 3% (3) patsientidest ja vastamata jättis sellele küsimusel 1% (1) patsientidest.

Enamus, 94% (83) patsientidest, koges austavat suhtumist inimeste poolt, kes neid toetasid ja hooldasid. Harva kogesid austavat suhtumist, kui nende eest hoolitseti 6% (5) patsientidest. 74% (65) patsientide arvates austas personal alati seda, mis neile meeldis. Harva koges personali austust oma valikute tegemisel 11% (10) patsientidest. Vastata ei osanud sellele küsimusele 15% (13) patsientidest.

Küsimus personali kuuldes öeldu kohta on esitatud eitava väitena, mille puhul andmete tõlgendamisel on kasutatud sama loogikat, kui eelmiste eitavate väite puhul. Rahul personali kuuldes vabalt kõnelemisega on 35% (31) patsientidest. Harva on personali kuuldes rääkides ettevaatlik 32% (28) patsientidest. 26% (23) patsientidest on alati ettevaatlik, kui nad personali kuuldes midagi ütlevad, kartes tagajärgi. 7% (6) patsientidest ei osanud vastust sellele küsimusele öelda.



**Joonis 16. Patsientide poolt antud vastuste jaotus austusega seotud väidetele 2011. aastal**

\* väite vastused „mitte kunagi“ ja „alati“ on keeratud samasuunaliseks, patsiendi rahulolu väljendab vastus „mitte kunagi“ ja rahulolematust vastus „alati“.

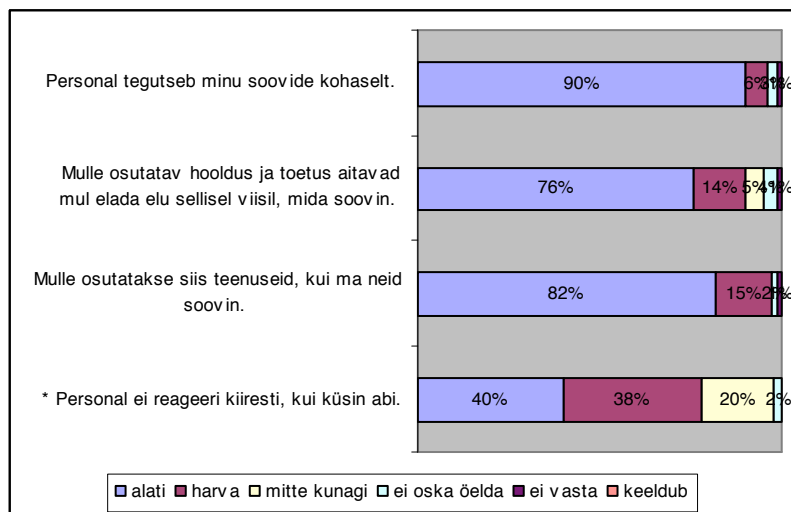
#### 4.2.2.7. Hooldusravi patsientide rahulolu personali abivalmidusega 2011. aastal

Patsientide rahulolust personali abivalmidusega annab ülevaate joonis 17. Rahuloluküsimustiku personali reageerimise dimensiooniga seotud esimene väide on esitatud eitavas vormis ja joonisel 17 märgitud tärniga. Patsientide poolt antud vastused „mitte kunagi“ (40%) ja „alati“ (20%) on joonisel vastupidi. 40% (35) patsientidest vastasid, et mitte kunagi ei juhtunud seda, et personal poleks reageerinud küllalt kiiresti nende abipalvele. 38% (33) patsientidest hindas, et harva ei reageeri personal kiiresti, kui abi küsitakse. 20% (18) patsientidest arvas, et alati ei reageeri personal kiiresti abi küsimusele. Vastata ei osanud sellele küsimusele 2% (2) patsientidest.

Vastavalt patsiendi soovile pakuti teenuseid alati ja enamasti 82% (62) patsientide arvates ja harva pakuti teenuseid, kui patsient soovis, 15% (13) patsientide arvates. Vastata ei osanud 2% (2) patsientidest ja vastamata jättis sellele küsimusel 1% (1) patsientidest.

Enamasti ja alati on 76% (67) patsientidest veendunud, et hooldus ja toetus aitavad neil elada sellisel viisil, nagu nad soovivad. Seevastu 14% (12) patsientidest arvavad, et hooldusest ja toest on harva kasu nende elus. Mitte kunagi ei aita hooldus ja toetus elada patsientidel sellisel viisil nagu nad soovivad 5% (4) patsientide arvates. Vastata ei osanud sellele küsimusele 4% (4) patsientidest ja vastamata jättis sellele küsimusele 1% (1) patsientidest.

90% (79) patsientide arvates tegutseb personal nende soovide kohaselt. Mõnikord tegutseb personal patsiendi soovide kohaselt 6% (5) patsientide arvates. Vastata ei osanud sellele küsimusele 3% (3) patsientidest ja vastamata jättis sellele küsimusele 1% (1) patsientidest.



**Joonis 17. Patsientide poolt antud vastuste jaotus personali abivalmidusega seotud väidetele 2011. aastal**

\* väite vastused „mitte kunagi“ ja „alati“ on keeratud samasuunaliseks, patsiendi rahulolu väljendab vastus „mitte kunagi“ ja rahulolematust vastus „alati“.

#### 4.2.2.8. Hooldusravi patsientide rahulolu personali-patsiendi sidususega

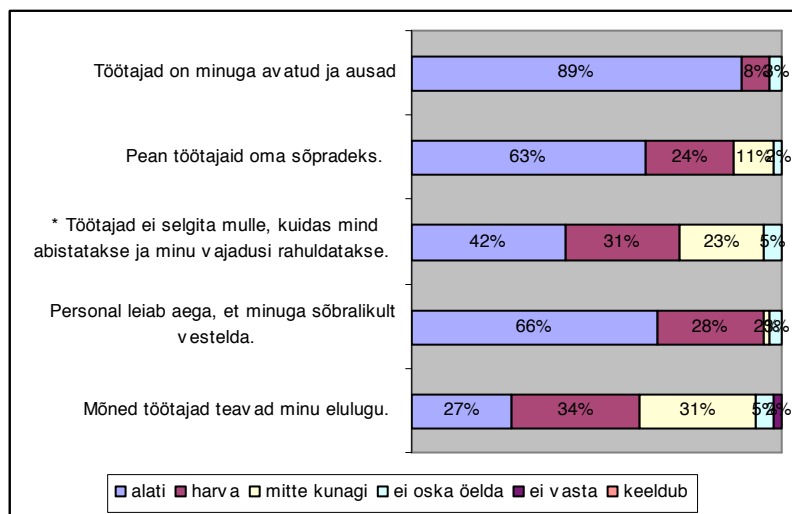
Patsientide rahulolust patsiendi-personali sidususega annab ülevaate joonis 18. 27% (24) patsientide arvates teab keegi personali hulgast nende elulugu alati või enamasti. Harva või mõnikord teatakse patsientide elulugu 34% (30) patsientide arvates. Mitte kunagi ei tea töötajad patsientide elulugusid 31% (27) patsientide arvates. Vastata ei osanud sellele küsimusele 5% (5) patsientidest ja vastamata jättis sellele küsimusele 2% (2) patsientidest.

Personal leidis alati aega nendega sõbralikuks vestluseks 66% (58) patsientide arvates, kuid 28% (25) patsientidest arvas, et personal leidis harva aega sõbralikuks vestluseks. Mitte kunagi ei leia personal aega sõbralikuks vestluseks 2% (2) patsientide arvates. Vastata ei osanud sellele küsimusele 3% (3) patsientidest.

Personali-patsiendi sidususe dimensiooniga seotud kolmas väide on esitatud eitavas vormis ja joonisel 18 märgitud tärniga. Patsientide poolt antud vastused „mitte kunagi“ (42%) ja „alati“ (23%) on joonisel vastupidi. 42% (37) patsientidest vastasid, et mitte kunagi ei juhtunud, seda, et töötajad ei selgitaks patsiendile, kuidas neid abistatakse ja nende vajadusi rahuldada. Harva või mõnikord ei selgita personal protseduure 31% (27) patsientide arvates. Alati ei selgita personal, kuidas toiminguid tehakse, patsiendi abistamise korral, 23% (20) patsientide arvates. Vastata ei osanud sellele küsimusele 5% (4) patsientidest.

Alati või enamasti pidas mõnda personali liiget oma sõbraks 63% (55) patsientidest. Harva pidas mõnda personali liiget oma sõbraks 24% (21) patsientidest. Mitte kunagi ei pidanud töötajaid oma sõbraks 11% (10) patsientidest. 2% (2) patsientidest ei osanud vastata sellele küsimusele.

Enamasti ja alati on 89% (78) patsientide arvates töötajad nedega avatud ja ausad. Harva või mõnikord oli personal nendega aus ja avatud 8% (7) patsiendi arvates. Vastata ei osanud sellele küsimusele 3% (3) patsientidest.



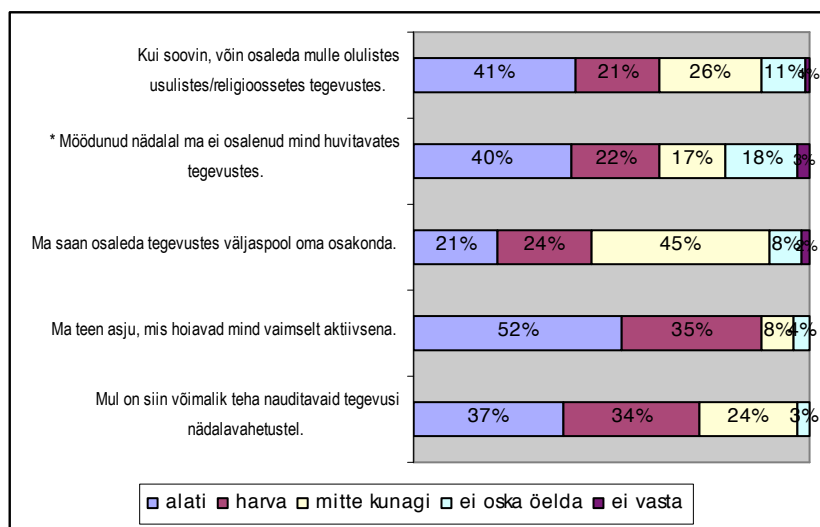
**Joonis 18. Patsientide poolt antud vastuste jaotus personali-patsiendi sidususe kohta 2011. aastal**

\* väite vastused „mitte kunagi“ ja „alati“ on keeratud samasuunaliseks, patsiendi rahulolu väljendab vastus „mitte kunagi“ ja rahulolematust vastus „alati“.

#### 4.2.2.9. Hooldusravi patsientide rahulolu vaba aja veetmisega seotud võimalustega 2011. aastal

Patsientide rahulolust vaba aja veetmisega seotud võimalustest annab ülevaate joonis 19. Ainult 37% (34) patsientidest arvab, et neil on haiglas nädalavahetusel nauditavaid tegevusi teha. Seevastu 34% (30) patsientide arvates on nauditavaid tegevusi harva teha ja 24% (21) patsientidest arvas, et nädalavahetustel ei ole mitte kunagi meelepäraseid tegevusi haiglas teha. Vastata ei osanud sellele küsimusele 3% (3) patsientidest.

Vaimse aktiivsuse säilitamiseks teevad tegevusi 52% (46) patsientidest, 35% (31) patsientidest teeb selliseid tegevusi harva ja 8% (7) patsientidest mitte kunagi. Vastamata jättis sellele küsimusele 4% (4) patsientidest.



**Joonis 19. Patsientide poolt antud vastuste jaotus vaba aja veetmise võimalustega seotud väidetele 2011. aastal**

Ainult 21% (18) patsientidest on võimalik võtta osa tegevustest, mis on väljaspool osakonda ja ligi pooltel, 45% (39) patsientidest, ei ole mitte kunagi võimalust osaleda tegevustes väljaspool osakonda. Harva osalevad tegevustes väljaspool oma osakonda 24% (21) patsientidest.

Vastata ei osanud sellele küsimusele 8% (7) patsientidest ja vastamata jättis sellele küsimusele 2% (2) patsientidest.

Võimalused tegevusteks dimensiooniga seotud neljas väide on esitatud eitavas vormis ja joonisel 19 märgitud tärniga. Patsientide poolt antud vastused „mitte kunagi“ (40%) ja „alati“ (17%) on joonisel vastupidi. 40% (35) patsientidest vastasid, et mitte kunagi ei juhtunud, seda, et möödunud nädalal ei oleks patsient mitteosalenud huvitavates tegevustes. 22% (19) patsientidest hindas, et harva ei osalenud möödunud nädalal nad huvitavates tegevustes ja 17% (15) patsientidest ei osalendu mitte kunagi huvitavates tegevustes eelmisel nädalal. Vastata ei osanud sellele küsimusele 18% (16) patsientidest ja vastamata jättis sellele küsimusele 3% (3) patsientidest.

Religioossetes tegevustes oli võimalik alati osaleda 41% (36) patsientidest ja 26% (23) patsientidest ei olnud seda võimalust kunagi. Harva võis osaleda patsiendile olulistes religioossetes tegevustes 21% (18) patsientidest. Vastata ei osanud sellele küsimusele 11% (10) patsientidest ja vastamata jättis sellele küsimusele 1% (1) patsientidest.

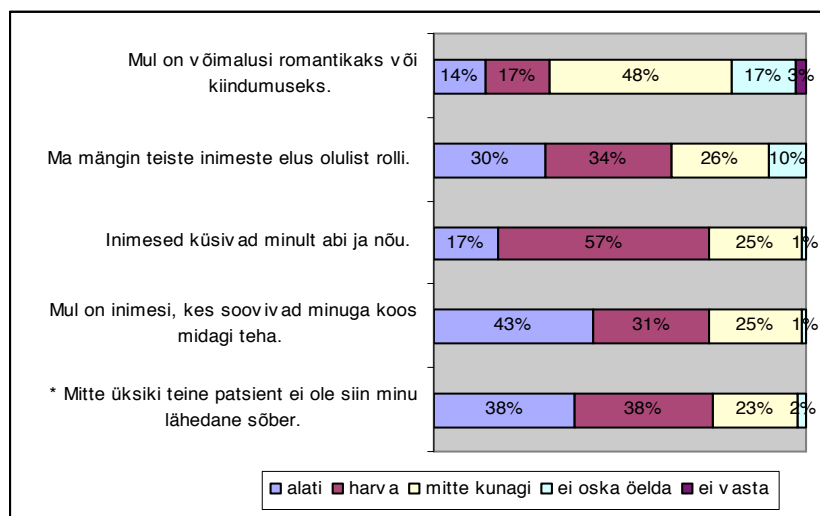
#### 4.2.2.10. Hooldusravi patsientide rahulolu isiklike suhetega 2011. aastal

Patsientide rahulolust isiklike suhetega annab ülevaate joonis 20. Küsimus patsientide lähedase sõbra kohta on esitatud eitava väitena (märgitud joonisel 20 tärniga), mille puhul andmete tõlgendamisel on kasutatud sama loogikat, kui eelmiste eitavate väite puhul. Rahul, et mõni teine patsient on tema lähedane sõber on 38% (33) patsientidest. Harva, ei ole ükski teine patsient neile sõbraks samuti 38 % (33) patsientide arvates. Mitte kunagi ei ole lähedasi sõpru teiste patsientide seas 23% (20) patsiendi arvates. Vastata ei osanud sellele küsimusele 2% (2) patsientidest.

43% (38) patsientide arvates leiavad nad alati kaaslase, kellega koos midagi teha ja 31% (27) patsientidest arvavad, et seda juhtub harva ning 25% (22) patsientide arvates ei juhtu seda mitte kunagi. Vastust öelda sellele küsimusele ei osanud 2% (2) patsientidest.

Kaaslased küsivad temalt alati nõu ja abi 17% (15) patsientide arvates. Harva tehakse seda 57% (50) patsientide arvates ja mitte kunagi 25% (22) patsientide arvates. 30% (26) patsientidest arvas, et nad mängivad olulist rolli teiste inimeste elus ja sama palju (26%) arvas, et neil ei ole olulist rolli teiste inimeste elus. Harva või mõnikord on 34% patsientide arvates neil teiste inimeste elus oluline roll.

Ainult 14% (12) patsientidest vastas, et neil on alati võimalusi romantikaks ja lembehetkedeks, seevastu pooled (48%) patsiendid arvasid, et neil ei ole seda võimalust mitte kunagi ning 17% (17) patsientidest arvas, et neil on selliseid võimalusi harva. 3% jättis sellele küsimusele vastamata ja 17% patsientidest ei osanud vastust sellele küsimusele öelda.



**Joonis 20. Patsientide poolt antud vastuste jaotus isiklike suhetega seotud väidetele 2011. aastal**

\* väite vastused „mitte kunagi“ ja „alati“ on keeratud samasuunaliseks, patsiendi rahulolu väljendab vastus „mitte kunagi“ ja rahulolematust vastus „alati“



### 4.2.3. Intervjuerijate tagasiside tulemused 2011. aastal

InterRAI hooldusautuse klientide subjektiivse rahulolu küsimustiku kasutatavuse kohta hooldusravis andsid tagasisidet kaheksa intervjuerijat. Tagasiside tulemuste andjateks ja intervjuerijateks olid üliõpilased/praktikandid kuuel korral, õde ühel korral ja hooldusautuse juht ühel korral. Raskesti mõistetavateks/halvasti sõnastatud väideteks olid kõikide intervjuerijate arvates eitavas vormis esitatud väited. Järgnevalt on esitatud väited, mis intervjuerijate arvates olid patsientidele raskesti mõistetavad või halvasti sõnastatud (vt tabel 6). Tabelis on välja toodud need väited, mida märkisid ära vähemalt kaks intervjuerijat.

**Tabel 6. Väited, mis intervjuerijate arvates olid raskesti sõnastatud 2011. aastal**

Dimensioon väite nr	Väide	Hinnangu andnud intervjuerijate arv
A 3	Hoolduse ja protseduuride läbiviimise ajal <u>ei austata</u> minu väärikust	4
B 3	Ma <u>ei saa</u> siin oma lemmiktoite	5
D 5	Mind <u>häirib</u> siin müra	2
D 6	Mulle tundub, et olen õnnelikum, kui paljud teised inimesed	3
E 2	Mina otsustan ise, kuidas veedan oma aega	2
E 4	Mina otsustan, kes tuleb minu tuppa	2
E 6	Mina otsustan, kuidas minu raha kasutatakse	3
F 1	Personal <u>ei pööra</u> mulle tähelepanu	4
F 4	<u>Suhtun ettevaatusega</u> sellesse, mida ma personali kuuldes räägin	2
G 1	Personal <u>ei reageeri</u> kiiresti, kui küsin abi	3
H 3	Töötajad <u>ei selgita</u> mulle, kuidas mind abistatakse ja minu vajadusi rahuldatakse	3
I 1	Mul on siin võimalik teha nauditavaid tegevusi nädalavahetusel	2
I 2	Ma teen asju, mis hoiavad mind vaimselt aktiivsena	2
I 4	Möödunud nädalal ma <u>ei osalenud</u> mind huvitavates tegevustes	4
J 1	Mitte ükski teine patsient <u>ei ole</u> siin minu lähedane sõber	4
J 2	Mul on inimesi, kes soovivad minuga koos midagi teha	2
J 5	Mul on võimalusi romantikaks või kiindumuseks	2

Intervjuerijate arvates oli uuritaval raske vastata mugavuse ja heaoluga, lugupidamise ja austusega ning isiklike suhtega seotud dimensioonile. Tabelis 7 on välja toodud need väited, mida märkisid ära vähemalt kaks intervjuerijat. Raskesti vastatavateks väideteks patsientide jaoks olid enamuse intervjuerijate arvates eitavas vormis esitatud väited. Patsientidele jäi ka segaseks küsimus "Mulle tundub, et olen õnnelikum, kui paljud teised inimesed", sest vastati, et "ei ole õnnelik, sest on haige".

**Tabel 7. Väited, millele intervjuerijate arvates oli uuritaval raske vastata 2011. aastal**

Dimensioon väite nr	Väide	Hinnangu andnud intervjuerijate arv
A 3	Hoolduse ja protseduuride läbiviimise ajal <u>ei austata</u> minu väärikust	6
B 3	Ma <u>ei saa</u> siin oma lemmiktoite	6
D 5	Mind <u>häirib</u> siin müra	3
D 6	Mulle tundub, et olen õnnelikum, kui paljud teised inimesed	2
E 4	Mina otsustan, kes tuleb minu tuppa	2

F 1	Personal <u>ei pööra</u> mulle tähelepanu	6
F 4	Suhtun <u>ettevaatusega</u> sellesse, mida ma personali kuuldes räägin	2
G 1	Personal <u>ei reageeri</u> kiiresti, kui küsin abi	6
H 3	Töötajad <u>ei selgita</u> mulle, kuidas mind abistatakse ja minu vajadusi rahuldatakse	6
I 4	Möödunud nädalal ma <u>ei osalenud</u> mind huvitavates tegevustes	5
J 1	Mitte ükski teine patsient <u>ei ole</u> siin minu lähedane sõber	7
J 5	Mul on võimalusi romantikaks või kiindumuseks	3

Küsimusele, kas midagi olulist on puudu, vastasid kõik kaheksa intervjuerijat eitavalt. Seitse intervjuerijat olid seisukohal, et küsitluste läbiviimisel on otstarbekam kui küsitleja täidab ankeeti. Üks intervjuerija oli seisukohal, et ankeedi täitmisel vahet ei ole, kes täidab.

Küsitluse läbiviimisel kogesid kõik kaheksa intervjueritavatest positiivset suhtumist küsitluse patsientide poolt. Kaks intervjuerijat hindasid ankeedi vastuseid usaldusväärseks. Üks arvas, et vastused on liialt positiivsed ning neli intervjuerijat arvasid, et osad vastused on liialt positiivsed ja osad liialt negatiivsed. Üks intervjueritav ei oska ankeedi usaldusväärst hinnata.

Ühe intervjuerija arvates on küsimustik täiesti sobilik kasutamiseks hooldusravi patsientidel. Ta lisab veel kommentaariks, et “*võib aeg-ajalt kasutada*”. Kolm intervjuerijat arvavad, et küsimustik on kasutatav, kuid vajab muutmist. Üks intervjuerija lisab kommentaariks, et “*sõnastus lihtsamaks, vastusevariante vähem ja konkreetsemad*”. Ühe intervjuerija arvates ei ole küsimustik üldse sobiv kasutamiseks nende asutuses (“*küsimustik on koostatud, arvestamata meie vabariigi tervishoiukorraldust. Küsimused tunduvad rohkem sobivat hooldekodude valdkonda / ... / kus on põhiliselt patsient üksinda palatis ja on nii hästi organiseeritud vaba aja tegevus ja patsiendi osalus selles*”) Üks intervjuerija tõi välja, et see küsitlus ei avaldanud talle erilist muljet ja ta ei näe selle edaspidiseks kasutamiseks vajadust.

Kõikide intervjuerijate arvates vajaksid muutmist kindlasti kõik eitavas vormis väited, sest need väited olid raskesti mõistetavad ja vastatavad patsientidele. Üks intervjueritav tõi välja, et “*mõnedele küsimustele oli patsiendil väga raske vastata, nt. väide B3, mis on sõnastatud eitavas vormis aga patsiendile antud vastuselehel on vastusevariandid ajalises määratluses*”. Kommentaariks oli toodud ka, et “*analüüsi tulemused võivad näidata negatiivset tulemust, kuigi patsiendid ise olid enamjaolt rahul, kuna nad ei osanud valida õiget vastuse varianti*” ning üks intervjuerija lisab, et “*paljud küsimused jäävad patsiendile mõistmatuks, kuigi on erksa mõttemaailmaga*”. Üks intervjueritav toob veel välja, et “*patsiendi ajas segadusse küsimus E6, sest hooldusravis ei tehta patsiendiga lepingut, et tema pension asutusele tuleks. Patsientides tekitas see küsimus rahutust, et kuidas nende pension siis asutusele tuli või saab tulla*”.

Kolm intervjueritavat toovad välja, et “*test võiks olla ainult kas “jah” või “ei” vastustega, kuna tegemist on eakate inimestega. Ka patsiendid ei keskendunud nendele vastustevariantidele, mis olid lehe peal toodud, ning kippusid vastama “jah”/“ei”*”. Igapäevaotsuste dimensiooni kohta tõi üks intervjuerija välja patsientide vastused, et “*haiglas on oma päevakord ja see on õige*”. Üks intervjuerija tõi kommentaarideks, et “*vastuseid ei saa üheselt hinnata üksikpalatis ja ühispalatis viibiva patsiendi kohta. Samuti on erinevus, kas patsient on liikuv või voodihaige (küsimused liikumise kohta)*”.

Üks intervjuerija tõi välja veel küsitluse anonüümsusega seotud küsimuse, kuna “*oli vähe vastajaid, siis nad leidsid, et pole tagatud anonüümsus, st patsiendi nimi on kirjas nõusolekulehel*”.

## 5. ARUTELU

Hooldusravi patsientide rahulolu küsitluse tulemustest selgus, et patsientide rahulolu dimensioonide kaupa on üsna erinev. Eesti hooldusravi patsientide rahulolu on kõige suurem turvalisusega, toitumisega, personali abivalmiduse ning austusega. Vähem on rahul patsiendid otsustusvabadusega, isiklike suhete, vaba aja veetmise võimalustega, patsiendi-personali sidususega ning privaatsusega.

**Turvalisusega** hooldusravil olid patsiendid kõige enam rahul. Küsimustiku turvalisuse dimensiooni väited käsitlesid patsientide isiklike asjade hoidmist, patsiendi füüsilist turvalisust ja turvalisust hooldustoimingute ajal ning abi kättesaadavust. Uurimistööde tulemuste põhjal võib väita, et patsiendi isiklike asjade hoidmise seisukohast tagab haiglasüsteem patsiendile turvalisuse. Eriti kõrgelt hindavad patsiendid hoolduspersonali oskusi, sest enamus patsientidest tunneb end turvaliselt, kui hooldajad neid abistavad ja hooldavad. Ka mitmed autorid kinnitavad, et personali oskused ja hoolduse kvaliteet mõjutavad oluliselt eakate rahulolu ja elukvaliteeti ning on seotud patsiendi turvalisuse tagamisega (Berglund ja Ericssoni 2003, Hooldusest sõltuv elukvaliteet... 2006, Pieper ja Vaarama 2008, Saks jt 2008).

Turvalisuse dimensiooni seesmise reliaabluse koefitsient oli suhteliselt madal, mis seab kahtluse alla, kas ikka küsimustiku väited mõõdavad antud nähtust. Mitmete autorite (Murphy 2005, Chao ja Roth 2005, Hjaltadottir ja Gústafsdottir 2007) uurimistööde põhjal tajuvad õenduskodu patsiendid turvalisuse tagamist just keskkonna turvalisusena. Hooldusravi patsiendi ootuseks on, et keskkond oleks kohandatud silmas pidades eakate inimeste vajadusi ning, et see võimaldaks neil iseseisvalt liikuda.

**Toitumisega** on hooldusravi patsiendid üldiselt rahul. Kõige enam rahul on patsiendid pakutava toidu kui ka menüü mitmekesisusega. Ka Lasseni jt (2005), Naithani jt (2008) ja Sarjase (2010) uurimistööd kinnitavad, et eakad patsiendid on rahulolevamad toidu suhtes, kui nooremad patsiendid. Kõrge rahulolu põhjuseks võib olla ühelt poolt, et haiglatoidud on tõesti head ja mitmekesised ning vastavad patsiendi vajadustele, siinkohal just silmas pidades haigla pakutavaid erinevaid dieete ja toidu valikuvõimalusi patsiendi eelistuste järgi. Kuid üheks põhjuseks võib olla ka, et eaka patsiendi ootused on toidu suhtes väiksemad, sest see põlvkond eakaid inimesi on läbi elanud sõjaperioodi ja kannatanud toidupuudust ning suhtuvad seda lugupidavamalt ja austusega toidusse.

Kui küsimus puudutab lemmiktoitude saamise võimalust, siis on patsientide rahulolu märksa väiksem. Vähesed rahulolu põhjuseks lemmiktoitude saamisel võib olla, et toidu tellimise süsteem ei ole nii paindlik. Kuid teiseks põhjuseks võib olla ka see, et lemmiktoitud ei pruugi olla tervislike toitude nimekirjas ja neid haiglale menüüd ei paku. Lassen jt (2005) on leidnud, et patsiendid teavad, millised toidud on tervislikud, kuid lihtsalt ei soovi neid süüa, sest need ei maitse.

Naithani jt (2008) on leidnud oma uurimistöös, hoolimata kõrge rahulolust on ometi pooled patsiendid tundnud ennast näljasena. Toitumisega seotud neljas väide „ma saan süüa, kui tahan“ peegeldab söögiaegade korraldust ja võimalusi söömiseks söögivaheagadel. Ka Eesti hooldusravi patsiendid ei ole rahul söömise võimalustega söögivaheagadel. Haiglates on sageli probleemiks, et õhtusöök on liialt vara ja magama minekuni jääb veel õige mitu tundi. Naithani jt (2008) on leidnud, et patsiendid tunnevad just näljatunnet enne uinumist ja seetõttu võib ka uni olla rahutu. Õhtusöögi ja magamamineku vahele jääb meie haiglates tavapäraselt teejoomine, kuid sageli on eakad patsiendid kurtnud, et tee juurde pakutavad saiad ja küpsised on kõvad ning neid on raske süüa puudevate hammaste tõttu.

**Austuse** ja lugupidamisega on hooldusravi patsiendid üsna rahul. Hooldusravi patsiendid tundsid, et nende soove ja vajadusi arvestatakse ning neisse suhtutakse austuse ja lugupidamisega, seda kinnitavad ka varasemad Eestis läbiviidud uurimistööd (Bruus 2009; Šteinmiller 2009). Samas, kolmandik patsiente kurdab personali tähelepanu vähesuse üle. Personali tähelepanu vähesus võib olla seotud suure töökoormusega hooldusravi osakonnas (Viitkar 2008) või on patsientide tähelepanu ja suhtlemisvajadus suurem, kui personal pakkuda suudab (Šteinmiller 2009). Chao ja Roth (2005) rõhutavad oma uurimistöös, et patsiendid ootavad töötajate tähelepanu, nende probleemide märkamist, sest sageli häbenevad patsiendid oma probleemidest ise rääkida

personalile, kuna nad ei taha näidata ennast abitudena. Oma arvamuse avaldamise ja personali usaldusega on patsientide rahulolu tagasihoidlikum. Selle põhjuseks võib olla, et eakad inimesed on tagasihoidlikud ja ei taha olla pealetükkivad (Chao ja Roth 2005) või personalil ei ole kombeks küsida patsientide arvamust, kui patsient seda ise ei ütle.

Austuse dimensiooni seesmine reliaablus oli väga madal, mis näitab selle dimensiooni väidete nõrka kooskõla. Mitmete uurimistööde autorid (Schopp jt 2003, Chao ja Roth 2005, Teeri jt 2007) on leidnud, et patsiendid tajuvad austust ja lugupidamist, kui arvestatakse nende arvamusega, austatakse nende kultuurilisi erinevusi ja kui peetakse neist lugu kui oma pereliikmetest. Antud küsimustiku austusega seotud dimensiooni väited sisaldavad patsiendile tähelepanu osutamist, patsiendi soovide austamist ning arvamustega arvestamist, mida on kirjeldatud ka teoreetilises osas, kuid selle dimensiooni puhul peaks veelgi analüüsima väidete sõnastust.

**Personali abivalmidus** on tihedalt seotud eelmise dimensiooniga ning väljendab ka austust ja lugupidamist patsiendi vastu. Üldjoontes on patsiendid rahul personali abivalmidusega, kuid märkimisväärselt väike on rahulolu personali reageerimisega abipalvele. Samas turvalisuse dimensiooni väitele abisaamise kiiruse kohta vastasid enamus patsiente, et nad on alati ja enamasti rahul. See väide on esitatud eitavas vormis ja selle väite puhul jääb kahtlus, et kas patsient sai ikka väitest õigesti aru. Šteinmilleri (2009) uurimistöö tulemused näitavad, et eakad on üldiselt rahul abiõigeaegsuse ja kättesaadavusega hooldusravis. Patsiendid peavad siiski lugu hoolduspersonali tööst, sest enamus patsiente kinnitavad, et abi ja hooldus aitavad elada neil tavapärasel elu.

Personali abivalmidusega seotud dimensiooni seesmine reliaabluse näitaja on madal ja viitab väidete nõrgale kooskõlale. Mitmete autorite (Tasso jt 2002, Sarjas 2010) uurimistöödest selgub, et patsiendid tajuvad personali abivalmidust, kui personal on nendega sõbralik, reageerib kiiresti nende abipalvetele ja on alati kättesaadav.

**Privaatsus** on lai mõiste, kuid igal patsiendil on oma nägemus ja soovid, kuidas tagada privaatsus hooldusravis. Eesti hooldusravi patsientide rahulolu privaatsusega on suhteliselt tagasihoidlik. Kõige enam olid rahul patsiendid oma isiklike andmete hoidmisega, ilmselt eakate inimeste puhul ei oma isiklikud andmed nii suurt tähendust, kui noorte inimeste puhul. Omaette olemise võimalusest tundsid puudust rohkem kui pooled patsiendid. Ka mitmed teised uuringud kinnitavad, et hooldusravil viibivad patsiendid soovivad olla omaette toas, sest paljud eakad inimesed ei suuda harjuda teiste inimestega ja piiratud privaatsusega (Chao ja Roth 2005, Hjaltadottir ja Gustafsdottir 2007). Eesti hooldusravis omaette olemise võimaluse puudumise üheks põhjuseks võib olla ühekohaliste palatite vähesus, sest enamus hooldusraviteenust pakkuvaid asutusi asub endistes nõukogudeaegsetes haiglahoonetes, kus vastavalt endiste aegade trendile olid suured 4 - 8 kohalised palatid, mis ei vasta tänapäevastele nõuetele ja patsiendi ootustele.

Vähene oli ka patsientide rahulolu privaatsusega hooldusprotseduuride ajal. Privaatsuse tagamine protseduuride ajal on seotud patsiendi eneseväarikusega (Webster ja Bryan 2009), keegi ei soovi olla poolpaljalt ja abitudena teiste pilkude all. Eneseväarikuse haavamine jätab patsiendile tugevad ebameeldivad mälestused, mis seostuvad väga pikka aega selle osakonnaga. Üheks privaatsuse tagamise võimaluseks suurtes palatites on vahekardinad voodite vahel (Webster ja Bryan 2009), kuid tulenevalt ruumi lahendustest ei pruugi nende paigaldamine olla alati võimalik. Ka ainult vahekardinate olemasolu ei taga patsiendi privaatsust, suure osa privaatsuse tagamisel saavad ära teha ikka töötajad (Teeri jt 2007).

Privaatsusega seotud dimensiooni seesmine kooskõla näitaja on suhteliselt madal ja viitab dimensiooni väidete nõrgale kooskõlale. Antud küsimustiku privaatsusega seotud dimensioon käsitleb üksi olemise võimalust, külalistega omaette olemise võimalust, privaatsust protseduuride ajal ning isikuandmete kaitstust. Ka kirjanduse põhjal (Guse ja Masesar 1999, Schopp jt 2003, Chao ja Roth 2005, Hjaltadottir ja Gustafsdottir 2007, Teeri jt 2007, Webster ja Bryan 2009) võib väita, et eaka õenduskodu patsiendi jaoks tähendab privaatsus eelkõige omaette olemise võimalust, eraldatust teistest hooldusprotseduuride ajal ning tema eraluga ja hooldusega seotud andmete kaitstust, arvestamist tema harjumustega ning individuaalset lähenemist hooldustoimingute ajal. Küsimustiku edaspidisel kasutamisel tuleks analüüsida väidete sõnastust.

**Mugavusega** seotud dimensiooni intrigeerivamateks väideteks võib pidada koduga ja õnnetundega seotud väiteid. Eesti hooldusravi patsiendi jaoks seostub hooldusravi ikka haiglaga,

sest palju hooldusraviosakondi asub aktiivravihaiglaga ühes hoones või hoones, mis enne oli haigla. Samuti on hooldusravil viibimine suhteliselt lühiajaline ning inimese jaoks on ikka tegemist ajutise kohaga, seetõttu paljudele patsientidele ei tundu hooldusraviosakond koduna. 2011. aasta küsitluses muudeti küsimuse sõnastust ja sõna kodu vahetati ära sõnaga kodune. Koduse miljöö loomisel on oluline, et patsient saaks kaasa võtta võimalikult palju isiklikke asju (Hjaltadottir ja Gustafsdottir 2007). Eaka inimese jaoks võtab aega uue kohaga kohanemine ja isegi 10 - 14 päeva võib olla lühike aeg, et patsient oleks kohanenud osakonnaga. Need patsiendid, kes viibivad kaks kuud hooldusravil on enamasti väga haiged ja pigem igatsevad oma päris koju. Selle põlvkonna eakad on koduteema suhtes väga tundlikud, sest neile seostub asutushooldus eelkõige hooldekoduga, mis nende silmis on "veneaja pärandina" viimane koht kuhu minna. Paljud hooldusravi patsiendid on oma suure kõrvalabi vajaduse tõttu sunnitud minema peale hooldusravi kuhugi hooldekandeesutusse. Seetõttu on koduteema neile valus küsimus, sest kõik patsiendid loodavad oma koju tagasi pöörduda.

Õnnetunnet või õnnelikuna olemist tajuvad inimesed väga erinevalt. Ühe jaoks on õnn see, kui tema ümber on inimesed, kes armastavad teda. Teise jaoks on olulised materiaalsed väärtused. Paljud hooldusravi patsiendid ei tunne ennast õnnelikena. Ilmselt on selle taga terviseprobleemid, mis muudavad inimese teistest sõltuvaks ja ei lase igapäevaelust aktiivselt osa võtta. Samuti võib põhjuseks olla ka üksildus ja lähedaste inimeste puudumine või vähesed kontaktid oma lähedastega (Harrefors jt 2009).

Uurimistöö tulemustest selgus, et hooldusravi patsiendid ei ole rahul õue saamise võimalustega. Enamusel hooldusravi patsientidel on füüsiline võimekus langenud ja liikumisvõime piiratud, see seab olulised piirangud patsiendile õue saamiseks. Teiseks põhjuseks kindlasti on personali nappus. Ei jätku personali, kes patsiente jalutama viiks.

Uurimistöö tulemustele toetudes võib järeldada, et enamus patsiente on rahul hooldusravil pakutavate teenustega ja suurem osa patsiente on valmis seda osakonda soovitama ka teistele. Sarjas (2010) on pidanud seda üheks peamiseks teenuse kvaliteedi indikaatoriks, kui patsient tahab tulla tagasi haiglasse ja soovib seda osakonda teistelegi. Patsientide kõrge rahulolu taga võib olla ka see, et selles dimensioonis ei olnud eitavas vormis väiteid ja väited olid patsiendile paremini mõistetavad.

Patsientide rahulolu **otsustusvabadusega** igapäevaste otsuste tegemisel on suhteliselt tagasihoidlik. Hooldusravil on siiski paljud igapäevaotsused mõjutatud asutuse sisekorra eeskirjadest ja samuti töökorraldusest osakonnas. Ülestõusmine ja magamaminek ning söögiajad on paika pandud päevakava alusel, sest hooldusravi osakonna tööriitm on paljuski sarnane aktiivravihaigla töökorraldusega. Vähene on patsientide rahulolu vannis või duši all käimise võimalusega siis, kui nad seda sooviksid. Selle põhjuseks võib olla ka osakonnasisene töökorraldus, sest enamus hooldusravi patsiente vajavad ühe või kahe inimese kõrvalabi pesemistoimingutel ja see seab piirangud patsientide soovide täitmisele. Bruus (2009), kes uuris eakate patsiendikesksust hooldusravis, leidis samuti, et patsiendid sooviksid suuremat otsustusvabadust igapäevaste toimingute juures.

Väide „Ma võin minna kuhu tahan, kui mul tuju tuleb“, tekitab patsientides segadust, sest tavaliselt ei oma patsient voli hooldusravilt lahkuda, millal soovib ja tulla tagasi, millal soovib. Tegemist on tervishoiuteenuse saamisega, mille eest maksab haigekassa. Kui patsient soovib lahkuda hooldusravi teenuselt, kirjutatakse ta välja ja tagasi hooldusravi teenusele saab uue arsti saatekirja ja järjekorra alusel.

**Rahulolu patsiendi-personali sidususega** on suhteliselt tagasihoidlik. Rohkem kui pooled patsiendid peavad siiski personali suhtlemist avatuks ja ausaks, kuid samas üks kolmandik patsiente olid nõus väitega, et alati personal ei räägi, kuidas neid abistatakse ja hooldatakse. Seda kinnitavad ka Bruusi (2009) uurimistulemused, et patsiendid ei saa piisavalt kaasa rääkida enesehooldustoimingutes, samuti ei nõusta personal piisavalt, kuidas tulla toime edaspidi.

Pikaajalisel hooldusel viibimisel peetakse oluliseks, et personal oleks kursis patsiendi varasema eluga (Harrefors jt 2009), kuid hooldusravil viibimine on siiski lühiajalisem ja enamasti personal ei tea patsientide elulugu, seda kinnitavad ka käesoleva uurimistöö tulemused. Kui Steinmilleri (2009) uurimistööst selgub, et patsiendid kogesid hooldusravil olles personaliga sõprussidet, siis käesoleva uurimistöö tulemused näitavad, et enamus 2009. aastal uuritud patsiente

ei pea personali oma sõbraks. Siin võib põhjuseks olla jälle ajaline piirang, sest sõprussuhted ei teki eakate inimeste puhul liialt kiiresti (Teeri jt 2009). 2011. aasta uuringu järgi 63% küsitletud patsientidest pidas personali oma sõbraks.

Rohkem kui pooled patsiendid olid rahul, et personal leidis nendega aega sõbralikult vestlemiseks, kuid samas personali tähelepanuga oli rahuolu tunduvalt väiksem. Sarjas (2010) on leidnud, et personali sõbralik suhtlemine mõjutab positiivses suunas patsiendi rahulolu. Kui personali reageerimise aeg patsiendi pöördumisele on pikem, aga samas personal on suhtlemisel sõbralik ja viisakas, siis suudab ka patsient andestada pikema ooteaja.

Patsiendi-personali sidususega seotud dimensiooni väidete seesmine kooskõla on suhteliselt madal. Hjaltadottir ja Gustafsdottir (2007) ja Harrefors jt (2009) leidsid, et patsient tajub patsiendi personali sidusust, kui tal on personali hulgast kellegagi tugevad sõprussidemed, keda ta usaldab ja kes teab tema elulugu. Käesoleva küsimustiku väited hõlmavad patsiendi elulugu, personaliga sõprussuhteid, kuid väide „Personal leiab aega minuga sõbralikult vestelda“ sobiks pigem personali abivalmidusega seotud dimensiooni väidete hulka. Samuti väide „Personal on minuga avatud ja aus“ sobiks pigem austusega seotud dimensiooni väidete hulka. Hooldusravi teenuse lühikese aja tõttu peaks kaaluma, kas patsiendi-personali sidusus on oluline mõjutamaks patsiendi rahulolu hooldusravil.

**Patsientide rahulolu vaba aja veetmise võimalustega** on suhteliselt tagasihoidlik. Patsientide arvates on neil vähe võimalusi tegevusteks osakonnas ja ka väljaspool osakonda. Sageli kurdavad patsiendid igavust haiglas ja peale televiisori vaatamise muud teha ei olegi. Tegevusterapeute ja füsioterapeute saavad lubada endale enamasti suured haiglad. Väikestes haiglates on selliste erialaspetsialistide puudus ja õde ei suuda kõike pakkuda. Viitkar (2008) kirjeldab uurimistöös personali tegevusi, mis on enamasti seotud enesehooldustoimingutega ja protseduurilise tegevusega, kuid patsiendi meelelahutuslikele ja vaimset kognitsiooni säilitavatele tegevustele pööratakse vähe tähelepanu. Organiseeritud ja aktiivset vabatahtlike kaasatust autorite arvates Eesti hooldusravi praktikas kasutatakse vähe. Patsiendi abistajateks väljaspool osakonda on harilikult nende omaksed.

**Patsientide rahulolu isiklike suhtega** käsitleb suhteid teiste patsientidega ja oma pere ning sõpradega. Hooldusravi patsientide rahulolu isiklike suhetega on suhteliselt tagasihoidlik. Seda võib põhjendada sellega, et hooldusravile satuvad just üksikud inimesed, kellel puudub tugivõrgustik või eakad inimesed, kelle lapsed on kaugel ja külastavad oma vanemaid harva. Eakate inimeste puhul väheneb suhtlemine ealiste muutuste ja haiguste tõttu. Seetõttu ei teki sõprussuhted toakaaslastega kiiresti (Hjaltadottir ja Gustafsdottir 2007). Mitmed autorid on leidnud, et head peresuhted ja sõprade olemasolu avaldavad tugevat mõju patsiendi rahulolule ja elukvaliteedile (Guese ja Maeser 1999, Berglund ja Ericsson 2003, Teeri jt 2007, Saks jt 2008, Harrefors jt 2009). Käesoleva uurimistöö tulemused näitavad, et Eesti hooldusravi patsiendid tunnevad ennast suhteliselt üksikuna ja tõrjutuna.

Uurimistöö tulemustest selgub, et küsimustikus oli selliseid väiteid, millele suur osa eakatest ei osanud vastata ja intervjuerija märkis vastuseks „**ei oska öelda**“. Kui vaadata väiteid, mille puhul intervjuerijad on patsiendi vastuse kodeerinud „ei oska öelda“ vastuste rühmas, siis tekib küsimus, kas patsiendil tõesti puudub seisukoht või ei saanud ta küsimusest aru. Kindlasti on ka selliseid väiteid, mille puhul patsient vastabki „ei oska öelda“, sest tal puudub antud küsimuses seisukoht. Neid väiteid, mille puhul intervjuerijad olid kodeerinud „ei oska öelda“ rohkem kui kümne vastaja puhul, oli kolm 2009. aastal ja kuus 2011. aastal. Väidetele „Minu isiklikud andmed on hoitud nii, et need ei ole kõrvalistele kättesaadavad“ (2009. a. ja 2011. a.), „Keegi personali hulgast teab minu elulugu“ ja „Ma mängin teiste inimeste elus olulist rolli“ (2009. a.) võib väide olla patsiendile ootamatu ja tal ei pruugi olla oma kindlat arvamust neis küsimustes. Samuti küsimustele, „Mulle tundub, et olen õnnelikum, kui paljud teised inimesed“, „Personal austab seda, mis mulle meeldib ja mis ei meeldi“, „Möödunud nädalal ma ei osalenud mind huvitavates tegevustes“, „Kui soovin, võin osaleda mulle olulistes usulistes/religioossetes tegevustes“ ja „Mul on võimalusi romantikaks või kiindumuseks“ puhul intervjuerijad (2011. a.) olid vastusteks kodeerinud „ei oska öelda“.

Selliseid väiteid, mille puhul intervjuerijad olid kodeeritud "**vastamata**" rohkem kui kümne patsiendi puhul, oli kaheksa 2009. aastal aga selliseid ei olnud 2011. aastal mitte ühtegi.

Sellest võib järeldada, et küsimustiku sõnastuse parandamine kahe uuringu vahel oli vajalik küsimuste mõistetavuse parandamiseks.

2009. aastal väide "Ma võin minna kuhu tahan, kui mul tuju tuleb" jättis vastamata 20 patsienti ja väitele „Saan võtta osa tegevustest väljaspool osakonda" jättis vastamata 16 patsienti. Need väited tekitasid patsientides segadust, sest ei ole kooskõlas Eesti hooldusravi kontekstiga, kus patsient on tervishoiuteenusel, mis on reguleeritud sotsiaalministri määrustega. Väitele „Kui soovin, võin osaleda mulle olulistes usulistes/religioossetes toimingutes" olid patsiendid jätnud vastamata samuti 20 korral. Selle põhjuseks võib olla, et tegemist ei olnud usklike inimestega ja nende jaoks see küsimus ei olnud oluline. Väide „Personal ei pööra mulle tähelepanu" oli jäetud vastamata 14 patsiendi poolt. Vastamata jätmise põhjuseks võib olla, et patsiendid ei taha jagada negatiivset tagasisidet (Chao ja Roth) või ei saanud patsiendid aru väitest, sest väide oli esitatud eitavas vormis ja patsiendil oli lihtsam mitte vastata. Väited „Keegi personali hulgast teab minu elulugu" ja „Pean mõnda personali liiget oma sõbraks" on seotud usalduse ja lähedaste suhetega. Eakate patsientide puhul võtab personali usalduse võitmine rohkem aega (Harrefors jt 2009) ja sageli ei ole eakad inimesed valmis rääkima oma isiklikust elust, sest see võib tunduda nende personaalsesse ruumi tungimisena (Schopp jt 2003). Väide „Mul on võimalusi romantikaks või lembehetkedeks" on Eesti hooldusravi kontekstis intrigeeriv, 13 patsienti jättis vastamata ja viis keeldus vastamast. Eestis viibivad hooldusravil patsiendid, kes on tõsiselt haiged ja see küsimus võib patsiendile tunduda isegi eneseväärikust solvavana.

Intervjuerijate poolt on kodeeritud üksikute väidete puhul ka „**keeldub vastamast**", kuid nende patsientide arv ei olnud märkimisväärne.

**Intervjuerijate tagasisidest** selgus, et eitavas vormis sõnastatud väited tekitavad kõige rohkem probleeme, need on halvasti sõnastatud ja tekitavad vastamisel raskusi ka patsiendile. Eitava väite puhul on eakal patsiendil raske aru saada skaalast, millised vastused märgivad rahulolu, millised rahulolematust. Küsimustiku koostamise põhimõtete kohaselt on soovitatud pooled väited sõnastada negatiivses väljundis, et vältida hinnangu skaala ainult ühe poole skaala rutiinset kasutamist (Burns ja Grove 2005:404), kuid „ei" sõna väites tekitab eakates suurt segadust ja need väited ei ole neile mõistetavad. Ainult „ei" sõna kasutamine väites ei ole ainus võimalus esitada väidet negatiivses väljundis. Negatiivses väljundis väite puhul „Mind segab siin müra" ei jätnud ükski patsient vastamata ja ei tekkinud kahtlust, et patsient ei saa väitest aru. Eitavas vormid väidete puhul peaks leidma võimaluse sõnastada väited negatiivse tähendusega ilma „ei" sõna kasutamata. Intervjuerijate hinnangul valmistasid raskusi veel otsustusvabadusega, vabaaja veetmise võimalustega ja isiklike suhetega seotud väited ja need vajaksid kohandamist Eesti oludele.

Küsimustiku usaldusväarsuse näitajaks on, et küsimustik on koostatud mitmete riikide geriaatriaala ekspertide poolt. Mõõdiku reliiabluse hindamiseks arvutati Cronbach  $a$  koefitsiendid mõõdiku seesmise kooskõla väljaselgitamiseks. Kogu küsimustiku seesmise kooskõla koefitsient Cronbach  $a$  oli 0,85, mis on aktsepteeritav, kuid küsimustiku eriosade Cronbach  $a$  olid suhteliselt madal. Kuna austuse dimensiooni seesmise kooskõla koefitsient Cronbach  $a$  oli negatiivne ja personali abivalmidusega, privaatsusega, turvalisusega ning patsiendi-personali sidususega seotud dimensiooni seesmise kooskõla koefitsient oli väiksem kui 0,6, tekib küsimus, kas dimensioonides toodud väited ikka mõõdavad seda nähtust.

Uurimistöõ üheks kitsaskohaks võib pidada andmete kogumist. Andmete kogumiseks oli interRAI töögrupi poolt koostatud intervjuu läbiviimise juhend interRAI subjektiivse rahulolu küsimustiku kasutamiseks. Juhendi kohaselt pidi iga asutus ise leidma erapooletu intervjuerija. Siin oli eelduseks, et asutusel on motivatsioon oma patsientidelt tagasiside saamiseks ja seeläbi oma tegevuse analüüsimiseks ning hooldusraviteenuse kvaliteedi parandamiseks. Väikeste hooldushaiglate puhul võis olla olukord, et sellist inimest, kes patsientidega hooldusprotsessis kokku ei puutu, ei olegi ja erapooletult intervjuude läbiviimine osutub võimatuks. Palju oleneb intervjuerijast, tema motivatsioonist, kogemustest, suhtlemisoskusest ja ka sellest kui täpselt ta pidas kinni intervjuerimise juhendist. Intervjuude läbiviimine ja andmete sisestamine tekitas kindlasti lisatööd, millest töötajad ei olnud huvitatud ja kui asutuse juhtidel puudus motivatsioon teenuse kvaliteedi hindamiseks, siis seda ka ei tehtud. Konfidentsiaalsuse seisukohast olid uurijad

erapooletud. Uurijad said anonüümsed andmed ning eelarvamus ja arvamuse kallutatud ühe või teise asutuse suhtes puudus.

HOÜ juhatuse sooviks oli kaasata kõiki HOÜ-sse kuuluvaid haiglaid, kuid vaatamata sellele jäi tagasilaekunud andmete hulk tagasihoidlikuks. Üheks põhjuseks võib pidada uurimistööks ebasobivat aega - küsitluse läbiviimine jäi aasta lõppu 2009. aastal ning 2011. aastal oli samal ajal lõppemas aktiivraviosakondades läbiviidav patsientide rahulolu uuring. Samuti oli küsitluse läbiviimise periood lühike. Teiseks põhjuseks, miks uuringus osalejaid oli vähe on, et sellel perioodil olid hooldusravil patsiendid, kes kognitiivsete võimete languse tõttu ei sobinud uuringusse.

Patsientide tagasiside on väärtuslik teave tervishoiujuhtidele teenuse kvaliteedi hindamisel ja tagamisel. Hooldusravil viibivad patsiendid pikemat aega kui aktiivravil ja nende rahulolu mõjutavad teistsugused tegurid, kui aktiivravil viibivat patsienti. Käesolev uurimistöö on praktilise väärtusega. Uurimistöö tulemused on olulised HOÜ-le hooldusraviteenuse kvaliteedi parandamiseks ja lisaks sellele on saadud vastuste põhjal võimalik hinnata interRAI õendusliku elaniku elukvaliteedi enesehinnangu küsimustiku sobivust kasutamiseks Eesti hooldusravis ning intervjuerijate tagasiside põhjal saab teha vajalikke muudatusi kohandamiseks mõõdikut Eestis kasutamiseks. HOÜ jätkab antud küsimustiku arendamist ning planeerib regulaarselt hakata läbi viima hooldusravi patsientide rahulolu küsitlusi, et tagada hooldusraviteenuste hea kvaliteet.

Kokkuvõtteks võib öelda, et hooldusravi patsient on keskmiselt rahul hooldusraviga, see tähendab, et on teenuse aspekte, millega patsiendid on üsna rahul ja on valdkondi, millega patsiendid on vähem rahul ja mis vajavad arendamist. Kitsaskohtadeks ja ühtlasi märksõnadeks hooldusraviteenuse kvaliteedi parandamisel on patsientide vaba aja veetmise võimalused, sealhulgas õues käimine ning suurem kaasatus ja otsustusvabadus igapäevatoimingutega seotud otsuste tegemisel.



## 6. JÄRELDUSED

Uurimistööde tulemustele tuginedes võib interRAI õenduskoduelaniku elukvaliteedi enesehinnangu küsimustiku kasutatavuse kohta patsientide rahulolu hindamiseks Eesti hooldusravis järeldada järgmist:

- Küsimustiku sõnastuse parandamine kahe uuringu vahel oli vajalik küsimuste mõistetavuse parandamiseks.
- Eitavas vormis esitatud küsimused tuleks edaspidi muuta paremaks arusaamiseks jaatavateks küsimusteks.
- Mõned küsimused (õnnelik olemine, raha kasutamine, romantiliste hetkede kogemine) ning kaks dimensiooni (vaba aja veetmise võimalused ja rahulolu isiklike suhetega) võiks tulevikus välja jätta hooldusravi patsientide rahulolu küsimustikust või Eesti hooldusravi oludele kohandada.
- Kaaluda tuleks mõnede uute küsimuste lisamist küsimustikku, mis hindaksid spetsiifilisemalt rahulolu hooldusravi kui ajaliselt piiratud tervishoiuteenusega.

Uurimistööde tulemustele tuginedes võib hooldusravi patsientide rahulolu kohta järeldada järgmist:

- Hooldusravi patsientide hinnangute järgi on nad rahul toidu ja pakutavate teenustega ning paljud patsiendid on valmis soovitama seda hooldusraviosakonda ka teistele.
- Patsiendid tunnevad end turvaliselt hooldustoimingute ajal ning on rahul austuse ja lugupidamisega. Patsiendid soovivad, et nende pöördumistele reageeritakse veelgi kiiremini.
- Samuti ootavad patsiendid personalilt rohkem tähelepanu, sõbralikumalt suhtlemist ja rohkem selgitusi, kuidas neid hooldatakse ja abistatakse.
- Kitsaskohtadeks ja ühtlasi märksõnadeks hooldusraviteenuse kvaliteedi parandamisel on patsientide vaba aja veetmise võimalused, sealhulgas õues käimine ning suurem kaasatus ja otsustusvabadus igapäevatoimingutega seotud otsuste tegemisel.

## KASUTATUD KIRJANDUS

Avis, M., Bond, M., Arthur, A. (1995). Satisfying solutions? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 22: 316-322.

Berglund, A.-L., Ericsson, K. (2003). Different meanings of quality of life: a comparison between what elderly persons and geriatric staff believe is of importance. *International Journal of Nursing Practice* 2003;9:112-119.

Bruus, I. (2009). Patsiendikeskus eakate hooldusravis. Magistritöö. Tartu Ülikool. Tartu.

Burns, N., Grove, S. K. (2005). *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique & Utilization*. Elsevier, USA.

Chao, S.-Y., Roth, P. (2005). Dimensions of quality in long-term care facilities in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 52 (6): 609-619.

Cong, A.M.L. (2003). Validating the accuracy of the resident satisfaction measure. *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 18: 203-226.

Guse, L.W., Masesar, M. A. (1999). Quality of Life and Successful Aging in Long-Term Care: Perceptions of Residents. *Issues in Mental Health Nursing*, 20: 527-539.

Harrefors, C., Sävenstedt, S., Axelsson, K. (2009). Elderly people's perceptions of how they want to be cared for: an interview study with healthy elderly couples in Northern Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23: 353-360.

Hills, R., Kitchen, S. (2007). Toward a theory of patient satisfaction with physiotherapy: Exploring the concept of satisfaction. *Physiotherapy Theory and Practice*, 23 (5): 243-254.

Hirdes, J., P., Ljunggren, G., Morris, J. N., Frijters, Soveri, H., F., Gray, L., Björkgren, M., Gilgen, R. (2008). Reliability of the interRAI suite of assessment instruments: a 12-country study of an integrated health information system. *BMC Health Services Research*, 8:277.

Hjaltadottir, I., Gustafsdottir, M. (2007). Quality of life in nursing homes: perception of physically frail elderly residents. *Nordic College of Caring Science*, 21:48-55.

Hooldusest sõltuv elukvaliteet, hoolduse kvaliteet ja hoolduse juhtimise kvaliteet (2006). Euroopa Komisjoni projekt CareKeys. Tartu Ülikooli Kirjastus. Tartu.

Hyrkäs, K., Paunonen, M., Laippala, P. (2000). Patient satisfaction and research-related problems (part 1). Problems while using questionnaire and the possibility to solve them by using different methods of analysis. *Journal of Nursing Management*, 8: 227-236.

Isola, A., Backman, K., Voutilainen, P., Rautsiala, T. (2008). Quality of institutional care of older people as evaluated by nursing staff. *Journal of Clinical Nursing*, 17: 2480-2489.

Kahanpää, A., Perälä, M.-L., Räikkönen, O. (2006). Consistency of quality assessments in long-term care by the clients, family members and named nurses. *Scandinavian Journal Caring Science*, 20: 375-385.

Kane, R. L., Rockwood, T., Hyer, K., Desjardins, K., Brassard, A., Gessert, C., Kane, R. (2005). Rating the Importance of Nursing Home Residents' Quality of Life. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53 (12).

Lassen, O., Kruse, F., Bjerrum, M. (2005). Nutritional care of Danish medical inpatients- patients perspectives. *Scandinavian Journal Caring Science*, 19: 259- 267.

Lee, L.Y.K., Lee, D. T.F., Woo, J., Wong, E.M.C. (2006). Validation of the Chinese version of the Satisfaction with the Nursing Home Instrument. *Journal of Clinical Nursing*, 15: 1574- 1582.

Mahon, P.Y. (1996). An analysis of the concept 'patient satisfaction as it relates to contemporary nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 24: 1241-1248.

- Merkouris, A., Ifantopoulus, J., Lanara, V., Lemondiou, C. (1999). Patient satisfaction: a key concept for evaluating and improving nursing services. *Journal of Nursing Management*, 7: 1928.
- Murphy, K. (2007). Nurses perceptions of quality and the factors that affect quality care for older people living in long-term care settings in Ireland. *Journal of Clinical Nursing*, 6: 873- 884.
- Naithani, S., Whelan, K., Thomas, J., Gulliford, M. C., Morgan, M. (2008). Hospital inpatients experiences of access to food: a qualitative interview and observational study. *Health Expectations*, 11: 294-303.
- Paavel, R., (2008). Füüsiline puudutus eakate patsientide õendusabis. Magistritöö õendusteaduses. Tartu Ülikool. Tartu
- Pieper, R., Vaarama, M. (2008). The concept of Care- related Quality of Life. Kogumikus: Vaarama, M., Pieper, R., Sixsmith, A. (toim.) (2008) Care Related Quality of Life in Old Age. (196-216).USA.
- Ryden, M.B., Gross C.R, Savik K., Snyder, M., Oh, H.L., Jang, Y.P, Wang, J.J., Kirchbaum, K.E. (2000). Development of measure of resident satisfaction with the nursing home. *Research in Nursing & Health*, 23: 237-245.
- Saks, K., Tiit, E.-M., Muurinen, S., Mukkila, M.F., Hammond, M. (2008). Quality of Life in Institutional Care. Kogumikus: Vaarama, M., Pieper, R., Sixsmith, A. (toim.) (2008) Care Related Quality of Life in Old Age. (196-216).USA.
- Sarjas, P. (2010). Patsientide rahulolu ja selle tõstmise võimalused Kuressare Haigla Sihtasutuse näitel. Magistritöö. Tartu Ülikool. Tartu.
- Schopp, A., Leino- Kilpi, H., Välimäki, M., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C, Scott, P.A., Arndt, M., Kaljonen, A. (2003). Perceptions of Privacy in the Care of Elderly People in Five European Countries. *Nursing Ethics*, 10 (1).
- Simmons, S.F., Schnelle, J.F., Uman, G. C., Kulvicki A. D., Lee, K.O.H.& Ouslander J.G. (1997). Selecting nursing home residents for satisfaction surves. *The Gerontologist*, 37: 543-550.
- Statistikaameti andmebaas (2011). <http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Rahvastik/databasetree.asp> (13.10.2011).
- Šteinmiller, J. (2009). Patsiendikesksus eakate hooldusravis- patsientide vaatekohad. Magistritöö. Tartu Ülikool. Tartu.
- Tasso, K., Berhar- Horenstein, L. S., Aumiller, A, Gamble, K., Grimaudo, N., Peggy, G., Mandell, T., Ramey, B. (2002). Assessing patient satisfaction and quality of care trough observation and interview. *Hospital topics: Research and Perspectives on Healthcare*, vol 80. Teeri, S., Välimäki, M., Katajisto, J., Leino-Kilpi, H. (2007). Nurses perceptions of older patients integrity in long- term institutions. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 21: 490499.
- Tervis, töö ja sotsiaalelu 2000-2008.  
[http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/V2liaanded/Publikatsioonid/2009/esinduskogu\\_mik\\_2009.pdf](http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/V2liaanded/Publikatsioonid/2009/esinduskogu_mik_2009.pdf) (25.03.11)
- Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded (RTL 2004, 158, 2376).
- Vaarama, M., Pieper, R., Sixsmith, A. (2008). Care- related quality of life in old age. Concepts, models and empirical findings. Springer Science + Business Media, LLC.New York, USA.
- Viitkar, K. (2008). Õendus- ja hoolduspersonalitöötajajaoitus hooldusraviosakonnas. Magistritöö. Tartu Ülikool. Tartu.
- Wagner, D., Bear, M. (2009). Patient satisfaction with nursing care: a concept analysis within a nursing framework. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (3): 692-701.
- Webster, C., Bryan, K. (2009). Older people's views of dignity and how it can be promoted in a hospital environment. *Journal of Clinical Nursing*, 18: 1784-1792.
- Õendushoolduse osutamise nõuded (2007). Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsioon (EGGA), Eesti Haigekassa, Hooldusravi Osutajate Ühendus, Eesti Õdede Liit. [www.haigekassa.ee/files/est\\_raviasutustele\\_ravijuhendid\\_andmebaas\\_tunnustatud/tegevusjuh.doc](http://www.haigekassa.ee/files/est_raviasutustele_ravijuhendid_andmebaas_tunnustatud/tegevusjuh.doc) (15.02.2010).

## LISAD

- Lisa 1** Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee nõusolek uurimistööks 2009. aastal
- Lisa 2** Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee nõusolek uurimistööks 2011. aastal
- Lisa 3** Uuritava või patsiendi informeerimise ja teadliku nõusoleku leht (2009. a.)
- Lisa 4** InterRAI hooldusasutuse klientide subjektiivse rahulolu küsimustik (2009. a.)
- Lisa 5** Koolituskäsiraamat. Intervjueerimise juhend interRAI subjektiivse rahulolu küsimustiku kasutamiseks. Jaanuar 2009.
- Lisa 6** InterRAI subjektiivse rahulolu (tagasiside)küsimustik (2009. a.)
- Lisa 7** Uuritava või patsiendi informeerimise ja teadliku nõusoleku leht (2011. a.)
- Lisa 8** InterRAI subjektiivse rahulolu küsimustik (2011. a.)
- Lisa 9** Intervjueerimise juhend interRAI subjektiivse rahulolu küsimustiku kasutamiseks (2011.a.)
- Lisa 10** InterRAI subjektiivse rahulolu küsimustiku tagasiside leht (2011. a.)
- Lisa 11** Lühike mälu test dementsuse kahtluse korral
- Lisa 12** Patsiendi vastuste leht

TÜ inimuuringute eetika komitee nõusolek uurimistööks

## Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee

Ethics Review Committee (ERC) on Human Research of the University of Tartu

Protokolli number: 187/T-3

23.11.2009

Vastutav uurija (asutus):

Kai Saks (Tartu Ülikooli Sisekliinikum, Puusepa 6-260, Tartu)

Uurimistöö nimetus:

Teenusega rahulolu hindamine statsionaarses õendusabis (hooldusravihaiglas/- osakonnas)

Komitee koosseis:

	Asutus, amet	Osalemine otsuse tegemisel
Andres Soosaar	TU arstiteaduskond, dotsent	+
Arvu Tikk	TU arstiteaduskond, emeriitprofessor	+
Riina Kallikorm	TU arstiteaduskond, dotsent	f
Givi Uibo	TU arstiteaduskond, dotsent	-
Kaia Kastepõld-Tõrs	TU sotsiaalteaduskond, lektor	+
Kristi Lõuk	TÜ filosoofiateaduskond, projektijuht	+
Vallo Olle	TU Õigusteaduskond, dotsent	-
Naatan Ilaamer	EELK Haiglahingehoiu Keskuse juhataja	+
Maire Link	TU arstiteaduskond, doktorant	+
Hlin Org	TÜ loodus- ja tehnoloogiateaduskond, teadur	+
Aime Keis	TU Gesti Geeni vara mu, projektijuht	-
Küllli Jaako	TU arstiteaduskond, vanemassistenditeadur	+
Vahur Oöpik	TU kehakultuuriteaduskond, professor	+

Komitee otsus: Luba antud uurimistööks.



Komitee esimees: dotsent Andres Soosaar

Komitee vastutav sekretär: Ave Jalakas

University of Tartu  
Office of Research and Institutional Development  
Ülikooli 18  
50090, Tartu, Estonia  
Phone: (+372) 7 375 617 Fax: (+372) 7 375 508

## Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee

Research Ethics Committee of the University of Tartu (UT REC)

Protokolli number: 203/M-26

koosolek: 18.04.2011

**Vastutav uurija (asutus):**

**Kristina Oja** (SA Tartu Ülikooli Kliinikum, spordimeditsiini ja taastusravi kliinik, õendushoolduse osakond, Riia 167, Tartu, 51014)

**Uurimistöö nimetus:**

Tecnusega rahulolu hindamine statsionaarses õendusabis (hooldusravihaiglas/-osakonnas)

**Komitee koosseis:**

	Asutus, amet	Osalemine otsuse tegemisel
Aime Keis	TÜ arstiteaduskond, lektor	+
Arvo Tikk	TÜ arstiteaduskond, emeriitprofessor	+
Naatan Haamer	TÜ naistekliinik, hingehoidja	+
Küllli Jaako	TÜ arstiteaduskond, vanemassistent, teadur	-
Ruth Kalda	TÜ arstiteaduskond, professor	+
Kaia Kastepõld-Tõrs	TÜ sotsiaal- ja haridusteaduskond, lektor	+
Kristi Lõuk	TÜ filosoofiateaduskond, projektijuht	-
Anu Masso	TÜ sotsiaal- ja haridusteaduskond, lektor	+
Vallo Olle	TÜ õigusteaduskond, dotsent	+
Maire Peters	TÜ naistekliinik, teadur	+
Mare Remm	Tartu Tervishoiu Kõrgkool, dotsent	+
Oivi Uibo	TÜ arstiteaduskond, dotsent	+
Vahur Ööpik	TÜ kehakultuuriteaduskond, professor	+

**Komiteele läbi vaatamiseks esitatud dokumendid:**

1. TÜ Inimuuringute eetika komitee jätkutaotlus.

**Komitee otsus:** Luba antud uurimistöö jätkamiseks.

**Uuringu lõpp: 2011**

Komitee esimees: Aime Keis



Komitee vastutav sekretär: Ave Jalakas



**Väljastatud: 21.04.2011**

University of Tartu  
Office of Research and Development  
Ülikooli 18  
50090, Tartu, Estonia

Phone: (+372) 7 375 514  
Fax: (+372) 7 375 508

## Uuritava või patsiendi informeerimise ja teadliku nõusoleku leht (2009.a.)

Lp. Patsient

Palume Teil osaleda küsitluses teemal "Patsiendi subjektiivse rahulolu hindamine statsionaarses õendusabis (hooldushaiglas/osakonnas)". Uurimistöö eesmärk on kirjeldada hooldusravi patsientide rahulolu ja testida ning arendada rahulolu küsimustikku, mida oleks võimalik edaspidi kasutada patsientide rahulolu hindamiseks Eesti hooldusravihaiglates. Teie rahulolu hindamine on meile väga oluline, sest aitab parandada Teile osutatava hooldusravi kvaliteeti. Teid küsitleb asutuse töötaja, kes ei ole otseselt seotud Teie hooldusega. Küsitleja esitab küsimused suuliselt ja märgib Teie poolt öeldud vastused küsimustikku. Kui soovite võite ka küsimustikku ise täita. Küsimustikul ei kasutata Teie nime ega isikuandmeid. Küsimustikud kogub kokku küsitleja ja tagab küsimustike säilitamise ning kaitse vastavalt andmekaitse nõuetele.

Uuringus osalemine on vabatahtlik ja Te võite igal ajal sellest loobuda. Uuringus osalemine või mitte osalemine ei mõjuta Teie tervishoiuteenuse saamist. Teie vastuseid ei avaldata kellelegi eraldi vaid need liidetakse kokku teiste patsientide poolt antud vastustega. Uurimistöö tulemused avaldatakse üldistatud kujul.

Mind .....on informeeritud ülalmainitud uuringust ja ma olen teadlik läbiviidava uurimistöö eesmärkidest ja uuringu meetodikast.

Kinnitan oma nõusolekut uuringus osalemiseks .....

Kuupäev, kuu, aasta .....

Küsitleja (nimi, allkiri) .....

Kuupäev, kuu, aasta .....

Uuritava või patsiendi informeerimine ja teadliku nõusoleku leht vormistatakse kahes eksemplaris, millest üks jääb uuritavale ja teine uurijale.

Kuupäev .....

Uuringute käigus tekkivate küsimuste kohta saan mulle vajalikku täiendavat informatsiooni

**Kai Saks** TÜK Sisekliinik, Tartu Puusepa 6-260, tel. 7 318 62

## interRAI hooldusasutuste klientide subjektiivse rahulolu küsimustik © (2009.a.)



Nr. \_\_\_\_\_ Küsitluse kuupäev : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Küsitleja (kood) \_\_\_\_\_  
päev kuu aasta

Asutuse kood \_\_\_\_\_ Mitu päeva on viibinud selles asutuses \_\_\_\_\_

Küsimustiku täitmise alustamise aeg \_\_\_\_\_ lõpetamise aeg \_\_\_\_\_

Külastuste arv \_\_\_\_\_ Küsitlemiseks kulunud aeg (kokku) \_\_\_\_\_

(Registreerige erinevate külastuste arv, sõltumata tulemustest, kaasa arvatud külastused, mis katkesid söögiaegade, isiku hooldamise jne. tõttu)

Ma küsitlen teid teie elukvaliteedi kohta. Me soovime teada, kui hästi meie asutuse teenused meie patsientidele sobivad. Selles küsimustikus ei ole õigeid ega valesid vastuseid, kogu meie jutt on sellest, milline on teie elu siin.

**KASUTA NEID KOODE KUI ON VAJA**

6 = ei oska öelda

7 = keeldub vastamast

8 = ei vasta või ei ole vastust võimalik kodeerida (kirjuta see, mida ütles)

**A. Privaatsus**

Esmalt sooviksin teiega vestelda privaatsusest – võimalusest teistest eralduda, kui seda soovite.

Iga väite puhul vastake ühe vastusevariandiga järgnevatest:

1) mitte kunagi 2) harva 3) mõnikord 4) enamasti 5) alati

\_\_\_\_\_ 1. Ma saan üksinda olla, kui seda soovin.

\_\_\_\_\_ 2. Saan oma külalistega olla omavahel (privaatselt).

\_\_\_\_\_ 3. Hoolduse ja protseduuride ajal ei austata minu privaatsust (väarikust, omaetteolekut).

\_\_\_\_\_ 4. Minu isiklikud andmed on hoitud nii, et need ei ole kõrvalistele kättesaadavad.

**B. Toit/söögiajad**

Nüüd järgnevad küsimused toidu kohta.

Iga väite puhul vastake ühe vastusevariandiga järgnevatest:

1) mitte kunagi 2) harva 3) mõnikord 4) enamasti 5) alati

\_\_\_\_\_ 1. Mulle meeldib siin pakutav toit.



- \_\_\_\_\_ 2. Ma naudin söögiaegasid.
  - \_\_\_\_\_ 3. Ma ei saa siin oma lemmiktoite.
  - \_\_\_\_\_ 4. Ma saan süüa siis, kui ma tahan.
  - \_\_\_\_\_ 5. Minu menüü on piisavalt vaheldusrikas.
- 

### **C. Turvalisus/julgeolek**

*Räägime nüüd turvalisusest.*

Iga väite puhul vastake ühe vastusevariandiga järgnevatest:

1) mitte kunagi 2) harva 3) mõnikord 4) enamasti 5) alati

- \_\_\_\_\_ 1. Ma tunnen, et minu vara on turvaliselt (kindlalt) hoitud.
- \_\_\_\_\_ 2. Tunnen end turvaliselt (julgelt), kui olen üksinda.
- \_\_\_\_\_ 3. Kui teised inimesed minu asju kasutavad, siis nad küsivad enne minult luba.
- \_\_\_\_\_ 4. Tunnen end turvaliselt, kui hooldajad mind abistavad ja hooldavad.
- \_\_\_\_\_ 5. Kui vajan kiiresti abi, saan seda.

### **D. Mugavus/heaolu**

Need küsimused puudutavad teie elu siin hooldusasutuses. *[viita osadele D ja E]*

Iga väite puhul vastake ühe vastusevariandiga järgnevatest:

1) mitte kunagi 2) harva 3) mõnikord 4) enamasti 5) alati

- \_\_\_\_\_ 1. Ma saan just neid teenuseid, mida mul vaja on.
- \_\_\_\_\_ 2. Ma soovitaksin seda hooldusasutust (kohta) ka teistele.
- \_\_\_\_\_ 3. See koht tundub mulle koduna.
- \_\_\_\_\_ 4. Ma saan kergesti välja minna, kui seda soovin.
- \_\_\_\_\_ 5. Mind segab siin müra.
- \_\_\_\_\_ 6. Mulle tundub, et olen õnnelikum kui enamus teisi inimesi.

### **E. Igapäevaste otsuste tegemine [Autonoomsus]**

Iga väite puhul vastake ühe vastusevariandiga järgnevatest:

1) mitte kunagi 2) harva 3) mõnikord 4) enamasti 5) alati

- \_\_\_\_\_ 1. Mina otsustan ise, kuna lähen magama ja kuna tõusen üles.

- \_\_\_\_\_ 2. Mina otsustan ise, kuidas veedan oma aja.
- \_\_\_\_\_ 3. Ma võin minna, kuhu tahan, kui mul tuju tuleb.
- \_\_\_\_\_ 4. Mina kontrollin, kes tuleb minu tuppa.
- \_\_\_\_\_ 5. Ma võin käia duši all või vannis nii sageli kui soovin.
- \_\_\_\_\_ 6. Mina otsustan, kuidas minu raha kasutatakse.

## **F. Lugupidamine/austus**

*Ma soovin nüüd vestelda kuidas te ennast tunnete siinsete töötajate suhtes [viita osadele F,C H]*

Iga väite puhul vastake ühe vastusevariandiga järgnevatest:

1) mitte kunagi 2) harva 3) mõnikord 4) enamasti 5) alati

- \_\_\_\_\_ 1. Personal ei pööra mulle tähelepanu.
- \_\_\_\_\_ 2. Ma võin oma arvamust väljendada, ilma, et peaksin kartma tagajärgi.
- \_\_\_\_\_ 3. Inimesed, kes minu eest hoolt kannavad ja abistavad, kohtlevad mind austusega.
- \_\_\_\_\_ 4. Olen ettevaatlik, mida ma personali kuulates ütlen.
- \_\_\_\_\_ 5. Personal austab seda, mis mulle meeldib ja mis mitte.

## **G. Personali reageerimine**

Iga väite puhul vastake ühe vastusevariandiga järgnevatest:

1) mitte kunagi 2) harva 3) mõnikord 4) enamasti 5) alati

- \_\_\_\_\_ 1. Kui ma abi palun, siis personal ei reageeri küllalt kiiresti.
- \_\_\_\_\_ 2. Mulle pakutakse teenuseid siis, kui ma neid soovin.
- \_\_\_\_\_ 3. Hooldus ja abi aitavad mul elada elu sellisel viisil, kui ma seda soovin.
- \_\_\_\_\_ 4. Kui teen mingi ettepaneku, siis personal reageerib sellele.

## **H. Personali-patsiendi sidusus**

Iga väite puhul vastake ühe vastusevariandiga järgnevatest:

1) mitte kunagi 2) harva 3) mõnikord 4) enamasti 5) alati

- \_\_\_\_\_ 1. Keegi personali hulgast teab minu elulugu.
- \_\_\_\_\_ 2. Personal leiab aega, et minuga sõbralikult vestelda.

\_\_\_\_\_ 3. Töötajad ei räägi mulle, kuidas mind abistatakse ja minu vajadused rahuldatakse.

\_\_\_\_\_ 4. Pean mõnda personali liiget oma sõbraks.

\_\_\_\_\_ 5. Personal on minuga avatud ja aus.

## I. Võimalused tegevusteks

Nüüd rääkigem, kuidas te tunnete ennast tegevuste osas.

Iga väite puhul vastake ühe vastusevariandiga järgnevatest:

1) mitte kunagi 2) harva 3) mõnikord 4) enamasti 5) alati

\_\_\_\_\_ 1. Mul on siin nauditavaid asju teha nädalavahetustel.

\_\_\_\_\_ 2. Teen asju, mis hoiavad mind vaimselt aktiivse.

\_\_\_\_\_ 3. Saan võtta osa tegevustest väljaspool oma osakonda.

\_\_\_\_\_ 4. Möödunud nädalal ma ei osalenud mulle tähendust omavates tegevustes.

\_\_\_\_\_ 5. Kui soovin, võin osaleda mulle olulistes usulistes/religioossetes toimingutes.

## J. Isiklikud suhted (sõprade olemasolu)

### 6.1. Lõpuks räägime teie sõprussuhetest teistega.

Iga väite puhul vastake ühe vastusevariandiga järgnevatest:

1) mitte kunagi 2) harva 3) mõnikord 4) enamasti 5) alati

\_\_\_\_\_ 1. Mitte üksiki teine hooldatav ei ole siin minu sõber.

\_\_\_\_\_ 2. Mul on inimesi, kes soovivad minuga koos midagi teha.

\_\_\_\_\_ 3. Inimesed küsivad minult abi ja nõu.

\_\_\_\_\_ 4. Ma mängin teiste inimeste elus olulist rolli.

\_\_\_\_\_ 5. Mul on võimalusi romantikaks või lembehetkedeks.

---

Sugu M/N \_\_\_\_\_

Vanus \_\_\_\_\_

(aastates)

Lühikese mälu testi punktide skoor \_\_\_\_\_

Küsimustiku täitis patsient \_\_\_\_\_ Intervjueeriija \_\_\_\_\_ (märki X-ga)

## Koolituskäsiraamat

# Intervjueerimise juhend interRAI subjektiivse rahulolu küsimustiku kasutamiseks

## Jaanuar 2009

### Ülevaade

Selle uuringu eesmärgiks on anda võimalus \_\_\_\_\_  
(haigla, hooldusravi osakonna nimi)

patsientidele, kes viibivad hooldusravil - jagada oma arvamust selle kohta, kuidas nad on rahul teenuste ja elukvaliteediga. Uuring hõlmab mitmeid tähtsaid valdkondi, sealhulgas toitu, tegevusi, keskkonda, mugavust ja suhteid. Uuringu punktid koostati interRAI ekspertide poolt, lähtudes kolleegide tööst paljudes riikides.

Intervjueerimise protseduurid:

- Konkreetsete patsientide identifitseerimine, kes uuritavasse valimisse sobivad;
- Privaatsete kohtade leidmine, kus on võimalik intervjuusid läbi viia;
- Isikute leidmine, kes hakkavad patsiente intervjueerima;
- Personali kaasamine intervjueeritava patsiendi leidmiseks, intervjueerija tutvustamiseks ning patsiendi abistamiseks privaatsesse kohta jõudmisel, et intervjuud läbi viia.

### Sobivus ja uuringusse kaasamine

Kavas on uurida kõiki patsiente, kes on suutelised vastama küsimustele hooldusravi teenusega rahulolu kohta. Patsientide uuritavasse valimisse kaasamisel lähtutakse nende kognitiivsest võimekusest, mida hinnatakse MMSE lühitestiga. **Eelnevalt peab olema õe poolt läbi viidud lühike mälu**test. Mälu lühitesti tulemus edastab õde intervjueerijale. Mälu lühitesti tulemus märgitakse patsiendi küsimustikule viimasele lehele.

Valimisse sobivad patsiendid, kelle mälu testi tulemus on suurem kui 6 (7-10). Sellest valimist hõlmatakse uuringuga kõik patsiendid, kes annavad nõusoleku osaleda uurimistöös. Valimisse kuuluvatest patsientidest koostatakse üldine nimekiri, kus on näidatud, kes tuleks uuringusse kaasata ning missuguses järjekorras tuleks neile läheneda. Igal haigel on oma number, mis märgitakse ka küsimustikule.

Patsiente, kelle mälu testi skoor on 6 või vähem (mõõdukas/tõsine kognitiivne häire) üritatakse küsitleda neid, kellel on mingilgi määral säilinud MÖLEMAD võimed: suutlikkus teistest aru saada (mõnikord saab aru, või sellest parem seisund) ning võime teistele arusaadav olla (mõnikord on arusaadav, või sellest parem seisund). Mitte kõik niisugustest patsientidest ei ole võimelised uuringut lõpule viima, kuid mõned siiski on, ning interRAI eesmärgiks on tagada, et võetaks kuulda kõikide häält, kes rääkida suudavad.

Seega uuritavate valiku kriteeriumiteks on:

- Osaletakse vabatahtlikkuse alusel
- Patsiendid, kelle lühikese mälu testi tulemus on 7-10 või ka patsiendid, kelle skoor on 6 või vähem (möödukas/tõsine kognitiivne häire), kuid nad suudavad teistest aru saada ning neil on võime teistele arusaadav olla
- Patsiendid, kes on hooldusravil viibinud vähemalt 14 päeva
- Patsiendid, kes viibivad hooldusravil ajavahemikus 16.11.2009.- 06.12.2009.

### **Nõustumise protseduur**

Informeeritud nõustumine põhineb indiviidi austamisel. Igat uuritavasse valimisse arvatud patsienti kutsutakse uuringus osalema ja teda informeeritakse, et tal ei ole kohustust osaleda.

Konfidentsiaalsus tähendab isiku individuaalsus- ja privaatsustunde austamist. Isiku poolt avaldatud informatsiooni tuleb hoida rangeimas saladuses. Kui patsient näib olevat mures konfidentsiaalsuse pärast, saavad intervjuerijad talle kinnitada, et informatsiooni ei jagata ei personali ega teiste patsientidega ning et üheski aruandes teda ei identifitseerita.

Lõplik otsus uuringus osalemise kohta peab olema vabatahtlik. Samas aga võib otsus selle kohta, kas aktsepteerida keeldumist lõplikuna, erineda sõltuvalt isiku arusaamisest uuringu eesmärgist.

Patsientidele, kes esialgu osalemisest keelduvad, võib läheneda mingil teisel päeval, võib-olla erineval kellajal või mõne teise intervjuerija poolt. Kui on selge, et patsient saab uuringu eesmärgist aru ja ei ole huvitatud sellest, et intervjuerija naaseks mingil „paremal ajal“, tuleks vastust pidada kindlaks keeldumiseks ning sellele patsiendile EI tohiks uuesti läheneda.

Kui intervjuerija lähenemine lükatakse tagasi kolmel korral (palutakse muul ajal tagasi tulla, patsient venitab vastusega või keeldub osalemast), lugege kolmandat korda lõplikuks keeldumiseks.

### **Ettevalmistuste tegemine edukaks intervjuuks**

Iga asutus otsustab, kes viib läbi intervjuerimise. Intervjuerijaks ei sobi samas osakonnas töötav õde või hooldaja. Intervjuerijaks on sobiv töötaja, kes ei puutu igapäevaselt patsiendiga kokku, näiteks sotsiaaltöötaja, tegevusjuhendaja, tervishoiu kõrgkooli tudeng või keegi muu. Igal intervjuerial on soovitatav teha prooviintervjuu oma kolleegiga, et mõista vastuste skoorimist.

### **Tutvustage ennast õenduskodu patsiendile:**

Koputage isiku uksele ja oodake luba sisenemiseks. Tutvustage end soojalt ja sõbralikult. Küsige patsiendilt, missugune kõnetamisviis talle meeldib? Kehtestage tihe vaimne side ja looge rahulik atmosfäär. Selgitage uuringut lühidalt ja lihtsate sõnadega. Näiteks nii: „Ma viin läbi ühte uuringut ja tahaksin teada, kuidas on patsient rahul pakutava hooldusravi teenusega. Ma tahaksin teilt küsida mõned küsimused selle kohta, kui õnnelik te siin olete.“ Või siis nii: „Ma räägin siinsete patsientidega sellest, kuidas neile siin meeldib. Kas teie tahaksite minuga rääkida?“

Olge uuringu suhtes positiivne ja selgitage, et see ei võta palju aega ning te teete intervjuu privaatses kohas.

## **Intervjuerige patsienti privaatses kohas:**

Kui patsient nõustub osalema, tuleks teda intervjuerida privaatses kohas (näiteks tema enda toas siis, kui toakaaslast pole kohal, või siis raviprotseduuride toas). Kui patsient kasutab ratastooli, kuid ei istu parasjagu toolis, ärge üritage teda ise ümber paigutada! Paluge abi personalilt.

Kui personali esindaja viitab sellele, et patsient suudab iseseisvalt kõndida või ratastooliga liikuda, kõndige tema kõrval tema poolt valitud tempos.

Kui patsient ei kõnni ega liigu ratastooliga iseseisvalt, paluge kellelgi personali hulgast ta privaatsesse kohta viia. Mõnede ratastoolidega võib olla personali abita raske manööverdada.

Kui intervjuu on lõppenud, paluge personalil ratastoolis isik tagasi tema tuppa viia.

Kui patsient keeldub privaatsesse kohta minemast, paluge mõnel personali liikmel talle kinnitada, et teise kohta minek on asjakohane, või siis tänage seda isikut tema kulutatud aja eest ja öelge, et tulete mingil muul ajal tagasi.

## **Näpunäiteid intervjuerimiseks**

Kui intervjueritav patsient vajab kuulumiseks abivahendeid, siis veenduge, et ta neid kasutab. Kui mitte, siis küsige isikult endalt (või personalilt), kas üks tema kõrvadest on „hea kõrv“ ning rääkige isikuga sellesse kõrva.

Istuge patsiendi lähedale, et säilitada hea silmside. See aitab intervjueritaval patsiendil säilitada keskendumist teile ja küsimustele. Kui patsient on voodis või istub, küsige luba tuua tool tema kõrvale, nii et te ei kõrguks tema kohal või et ei tekiks raskusi silmsidega. Kui peate istuma voodile, küsige esmalt selleks luba.

Soodustage väarikust. Isiku kohalolul ärge rääkige nii, nagu teda seal polekski. Olge teadlik isiku personaalselt ruumist. Kui patsient näib tahapoole tõmbuvat või te istute lähemal kui käsivarre pikkus, võite olla sissetungija tema personaalsesse ruumi.

Rääkige aeglaselt ja selgelt. Kuulake vastust aktiivselt. Kui isik näib mitte kuulvat, rääkige madala häälega (vanuritele paremini kuuldav). Ärge tõstke häält, hääle kõvendamine kergitab tavaliselt häälekõla „raskemini kuuldavatesse“ toonidesse. Pöörake tähelepanu oma hääletoonile, kuna seda võidakse kellegi poolt, kes on segaduses, valesti tõlgendada.

Kasutage žeste. Mitteverbaalsed sõnumid, nagu näiteks heatahtlik puudutus ja soe näoilme on mõtte edastamisel sõnadest tähtsamad. Kasutage arusaamise soodustamiseks oma käsi ja näoilmet. Näidake välja huvi selle vastu, mida patsient räägib.

## **Suhtlemine isikutega, kellel on kognitiivne puue**

Mõõduka dementsusega isikud on sellegipoolest suutelised välja ütleva oma arvamust hoolduse ja elukvaliteedi kohta, kuigi nende võime oma muresid või eelistusi väljendada varieerub. Nende isikute seisukohtade arvessevõtmine on ülioluline. Kuigi teiste inimeste, nagu näiteks pereliikmete või sõprade küsitlemine dementsusega isiku väärtushinnangute ja tema poolt kogetu uurimiseks võib olla vähem aeganõudev, näitavad uuringud, et nende arvamused ei pruugi tingimata isiku enda seisukohti esindada. Seega tuleb see uurimus läbi viia AINULT isikute endi, mitte teistega.

Isiku võime ennast arusaadavaks teha ja teistest aru saada võib olla kahjustatud. Mõned küsimused võivad nõuda paremat kognitiivset funktsioneerimist kui teised, mõned vastused aga võivad piirduda vaid üksikute sõnade või ühe fraasiga, mitte tervikliku mõttega.

Sarnaselt teistele hooldusravi patsientidele võivad ka mõned kognitiivse puudega isikud olla meelitatud sellest, et neilt nende eelistuste ja murede kohta küsitakse, samas kui teised võivad end ähvardatuna tunda.

Kohtumise alguses võib patsient näida kognitiivselt tervena. Samas:

- Ta võib olla suuteline sõnu lugema, kuid ei mõista nende tähendust, samuti võib ta kasutada üldisi fraase, mis esmapilgul näivad vastustena küsimustele.
- Kui ta ei suuda õiget sõna või asjakohast vastust leida, võib ta muuta teemat, teha nalja, jutustada mingit lugu, muutuda vihaseks või ärrituda ning öelda „Need küsimused on rumalad!” või „Ma ei pea sellele vastama!”
- Teile võidakse öelda näiteks järgmist: „See ei käi minu kohta, mina saabusin siia alles eile.” ÄRGE püüdke isikut ümber orienteerida. Võiksite vastata niimoodi: „Isegi kui olete siin olnud vaid mõned päevad, oleme siiski sellest huvitatud, mida teil on öelda.”

Usaldage oma sisetunnet. Kui arvate, et isik ei saa teie poolt esitatavatest küsimustest aru või ärritub, ärge püüdke jätkata. Täna teema aja eest ja lõpetage intervjuu taktitundeliselt. Te võite alati mingil muul ajal tagasi tulla ja uuringu lõpule viia.

## UURINGU LÄBIVIIMINE

**Igat küsimust tuleb lugeda täpselt nii, nagu see kirjas on. Ärge sõnastage küsimust ümber.** Andke patsiendile aega küsimuse üle järele mõtelda. Kui patsient ei vasta, korrake vastusevariante.

**Andke igale isikule koopia vastustelehest** (suures kirjas vastustega, vt. lisa 12). Kui patsient ei saa aru või ei vasta ühega pakutud vastusevariantidest, korrake küsimust. Kui mittestandardne vastus on küsimusega seotud, korrake vastaja sõnu ja küsige, kas vastuseks on mitte kunagi, harva, mõnikord jne.

Küsige korraga vaid üks küsimus. Ärge sundige vastusega kiirustama.

Olge kannatlik. Kui patsiendil on raskusi õige sõna leidmisega, andke talle võimalus see leida. Kui te ei mõista, mida patsient ütleb, andke talle teada, et te ei saa aru ning et püüate aru saada. Ärge püüdke teema vastust OLETAMISI ära arvata.

Ärge näidake välja nõustumist või mittenõustumist vastusega.

Korrake küsimust mitmeid kordi, kui see on vajalik.

- Kui isik tahab rääkida, kuulake viisakalt, kuid tooge ta tagasi intervjuu juurde: „Me peame selle ära tegema. Kui oleme lõpetanud, võite mulle rohkem rääkida...”
- Olge toetav intervjuueritava suhtes, kes hakkab ära väsima. Kasutage julgustavaid fraase, nagu näiteks „Jääge minuga, me oleme peaaegu lõpetanud.”
- Puudutust mõistetakse sageli paremini nende poolt, kes on kognitiivse puudega. Oma käe asetamine õrnalt isiku õlale võib tal aidata taas keskenduda, kui te küsimust kordate.
- Intervjuueritaval võib esineda vajadus enne otsest vastamist valjult mõtiskleda. Andke talle piisavalt aega iga küsimuse üle järele mõtelda. See võib tähendada ulatuslike

kommentaari kuulamist teema kohta sel ajal, kui ta mõtleb, kuidas vastata. Pöörduge tagasi küsimuste ja vastuste kategooriate juurde, paludes patsiendil vastus anda, võttes arvesse kõike seda, mida ta on öelnud.

- Olge tähelepanelikud suureneva ärrituse või ärevuse märkide suhtes, nagu grimasside tegemine, muutused hääles või lihastoonuse suurenemine. Kui need peaksid esinema, siis ärge avaldage patsiendile survet intervjuu jätkamiseks. Muutke suhlemisstrateegiat. Lõdvestuge, rahustage teda ja pakkuge kindlustunnet ning seejärel püüdke ta intervjuu juurde tagasi tuua.

**MÄRKUS:** Kui patsiendil esineb negatiivne reaktsioon (näiteks muutub äärmiselt ärritunuks), lõpetage intervjuu nii taktitundeliselt kui võimalik ja tehke märke küsimustikule „intervjuu lõpetatud“ ja märkige põhjus.

## **Juhend intervjuu läbi viimiseks**

### **Uuringu tutvustamine**

Selgitage uuringu eesmärki omaenda sõnadega. Tehke seda lihtsalt. Näiteks: "Minu nimi on \_\_\_\_\_". Hooldusravi Osutajate Ühendus viib läbi uuringut, et saada teada, kuidas on rahul patsiendid hooldusravi teenusega. Ma tahaksin teiega rääkida. Kas oleksite sellega nõus?" Kui patsient näib kahtlevana, korrake uuesti uuringu eesmärki ja andke patsiendile kindlustunne konfidentsiaalsuse osas. Kui patsient jääb endiselt kahtlevaks või on selge, et ta pole huvitatud, tänage teda kulutatud aja eest. Ärge üritage isikut keelitada või talle survet avaldada, et ta osaleks.

### **Nõusoleku saamine**

Kui patsient on meeleldi valmis osalema, lugege talle ette nõusolekuvorm ja paluge tal allkirjastada mõlemad koopiad. Ka intervjueri peab mõlemad koopiad allkirjastama ja need kuupäevadega varustama. Üks koopia andke intervjueritavale.

### **Vastaja orienteerimine uuringu formaadile**

Uuringu vorm on jagatud teatud teemasid puudutavate küsimuste komplektideks. Selgitage isikule, et uuringu ajal arutlete te terve hulga erinevate teemade üle. Iga uue küsimuste komplekti alguses teavitage isikut, et te muudate teemat (näit. „Nüüd tahan ma teilt küsida siinse toidu kohta“) ja meenutage isikule vastusevariante.

Selgitage vastusevariante ja andke isikule valiku tegemiseks nende paberkoopia („Vastuste leht“ vt lisa 12). Standardsed vastusevariandid on järgmised:

- Mitte kunagi
- Harva
- Mõnikord
- Peaaegu alati
- Alati

### **Uuringu küsimuste lugemine**

Iga küsimus tuleb ette lugeda täpselt nii, nagu see kirja on pandud. **Ärge küsimust ümber sõnastage.** Üheks erandiks sellele tähtsale reeglile on, et kõikides uuringu küsimustes võib sõna „personal“ asendada sõnaga „töötaja“.



Märkus: Enamus küsimustest on kirjas positiivsete väidetena, näiteks „Mul on inimesed, kellele saan loota." Piiratud arv küsimusi on teadlikult kirjas negatiivsete väidetena, näiteks „Mind tüütab siinne kära." Neid küsimusi võib osutada vajalikuks korrata.

### Vastuste skoorimine

Registreerige isiku vastused andmete kogumise vormil.

- Kui isik ei vasta koheselt, oodake mõni hetk, seejärel korrake küsimust. **Tehke seda kaks korda.**
- Kui isik ei vasta standardse vastusega, kuid vastus on küsimusega seotud, korrake isiku sõnu ja küsige, kas tema vastuseks on peaaegu alati, alati jne. Kui tarvis, viidake vastuste paberkoopiale.
- Kui isik ei vasta ka pärast seda, kui küsimust on kaks korda korratud, või jätkab mittesobiva vastuse kasutamist, minge järgmise küsimuse juurde ja skoorige see kui tulemuseta (vt. allpool).

Mitmeid koode tuleb kasutada **ainult** teatavates olukordades:

- Ei tea - kasutage seda koodi 6 AINULT siis, kui isik vastab „**Ma ei tea**" (või sellele väga sarnases sõnastuses)
- Keeldus vastamast - kasutage seda koodi 7 AINULT siis, kui isik **keeldub** küsimusele vastamas, näiteks „Ma ei hakka sellele vastama!"
- Vastus puudub/pole võimalik kodeerida - kasutage seda koodi 8 AINULT siis, kui isik annab standardiga mittesobiva vastuse, näiteks annab küsimusele „Ma tunnen end oma pere ja sõpradega turvaliselt" vastuse „Mul ei ole sõpru." Mida iganes ka isik ütleb, pange see kirja kattelhele kommentaaride sektsioonis. Identifitseerige kindlasti ka küsimuse number.

Enne intervjuueeritava patsiendi juurest lahkumist kontrollige üle, et kõik küsimused oleksid kodeeritud nii hästi, kui te seda suudate.

### Intervjuu lõpetamine

Tänage patsienti intervjuus osalemise eest. Paluge personalil isik tema tuppa tagasi viia ning saatke teda. ÄRGE JÄTKE patsiente intervjuu läbiviimise kohta üksinda, kontrollige, et nad saadetakse tagasi oma tubadesse.

### Kommentaaride jagamine

Kasutage kommentaaride sektsiooni tagasiside andmiseks vastuste sõnastuse, vastaja kimbatuse või küsimuste, samuti mistahes asjaolude kohta, mis teie arvates tähelepanu vääriavad. Palun identifitseerige kõik küsimused nende numbrite abil (näit. A4) intervjuueerija tagasisidelehel, millele oli patsiendil raske vastata. Teie vihjed on meile olulised ning aitavad tulevikus meie jõupingutusi tõhustada.

## interRAI subjektiivse rahulolu küsimustik (2009.a.)

InterRAI tööühm on koostanud küsimustiku, mille alusel hinnata pikaajalisel hooldusel oleva isiku subjektiivset rahulolu teenustega ja elukvaliteeti. Küsimustik on valminud paljude riikide ekspertide ühistööna ja on praegu läbimas praktilise testimise etappi. Ka Eesti teenusepakkujatel on hea võimalus õelda omalt poolt arvamus instrumendi sobivuse ja kasutatavuse kohta. Küsimustik sobib kasutamiseks kognitiivselt võimekatel isikutel (lühikese mälu testi skoor 7-10), sügava dementsuse, arenguhäire või raske vaimupuudega inimestele küsimustik ei sobi. Kui mälu test 6 või vähem, otsustada individuaalselt, kui adekvaatselt on isik suuteline arvamus avaldama.

Eesti hooldusravi ja hoolekandeesutustel on võimalik küsimustikku kasutada oma asutuse siseselt, hindamaks oma klientide/patsientide rahulolu. Testimine on vabatahtlik. Anonüümsed andmed kogutakse kõikidest testimist läbiviivatest riikidest küsimustiku edasiseks arendamiseks. Palve testijatele on anda tagasisidet küsimustiku kohta alloleva vormi kohaselt:

### Tagasiside interRAI subjektiivse rahulolu küsimustiku kasutajalt

*Palun tõmmake alla sobiv vastusevariant ning kirjutage arvamus vabas vormis vastavasse kohta*

1. Asutuse kood \_\_\_\_\_ 2. Küsitleja kood \_\_\_\_\_

3. Asutuse tüüp: hooldusravi haigla, hooldusravi osakond, hooldekodu, muu:

4. Tagasiside andja (küsitleja) eriala: arst, õde, sotsiaaltöötaja, hooldustöötaja, muu:

5. Millised küsimused olid raskesti mõistetavad/halvasti sõnastatud? (märkida dimensioon ja küsimuse nr.)

6. Millistele küsimustele oli raske vastata? (märkida dimensioon ja küsimuse nr.)

7. Kas küsimuste hulgas on midagi olulist puudu? Ei Jah, võiks lisada

8. Kui jah, siis mida peaks veel küsima? \_\_\_\_\_

### 9. Kuidas on küsimustikku otstarbekam täita?

Kliendid ise täidavad

Küsitleja täidab

Vahet ei ole

10. Kas vastajatel oli intervjuu suhtes üldiselt positiivne suhtumine? Jah Ei Ei oska öelda

### 11. Kui usaldusväärseks hindate vastuseid kokkuvõtlikult?

Täpsed Liiga positiivsed Liiga negatiivsed Mõned liiga positiivsed ja mõned liiga negatiivsed Ei oska öelda

### 12. Milline on teie enese arvamus küsimustiku kasutatavuse kohta teie asutuses?

See on asjalik nii nagu praegu on, kasutaksin seda veel

See on meie asutuses kasutatav, kuid vajaks muutmist \_\_\_\_\_

See ei avaldanud mulle erilist muljet, ei näe selle edaspidiseks kasutamiseks vajadust See ei ole meie asutusele üldse sobiv

13. Muud kommentaarid : \_\_\_\_\_

Vastused palun Lilia Leppsaar [lilia.leppsaar@vh.ee](mailto:lilia.leppsaar@vh.ee) või aadressil Lõuna-Eesti Haigla, Meegomäe küla, Võru vald, Võrumaa 65526.

Ette tänades ja head koostööd soovides, Lilia Leppsaar TÜ õendusteaduse osakonna magistrant

## Uuritava või patsiendi informeerimise ja teadliku nõusoleku leht (2011.a.)

### Lugupeetud vastaja,

Selle **küsimustiku eesmärgiks** on anda võimalus patsientidele jagada oma arvamust, **kuidas ta on rahul hooldusravi teenusega ja oma elukvaliteediga asutuses.**

Käesolev küsimustik on valminud õendusala ja hoolekande ekspertide rahvusvahelise koostööna. Üheks eesmärgiks on küsimustiku sobivuse hindamine hooldusravi patsientide rahulolu hindamiseks ja selle kohandamine kasutamiseks erinevates hooldusravi osutavates asutustes Eestis.

Küsitluse abil **soovitakse saada ülevaade patsientide hinnangutest** hooldusravi-teenusele, personali usaldusväärsusele, abivalmidusele, toidule, olmetingimustele, turvalisusele, privaatsuse tagamisele ning elukvaliteedile. Patsiendi arvamus on oluline asutuse patsiendisõbralikkuse tõstmiseks ja erinevate kitsaskohtade lahendamisele kaasaaitamisel.

**Uuringus osalevad patsiendid, kes on viibinud hooldusravil vähemalt 10 päeva.** Rahulolu küsitlus viiakse läbi hooldusravi osutavates asutustes **2011. a. mai kuus.**

Küsitlus viiakse läbi struktureeritud intervjuuna, see tähendab, et küsitaja esitab ankeedis esitatud küsimuse suuliselt ja patsient vastab suuliselt ning küsitaja märgib patsiendi poolt antud vastuse ankeeti. Küsitajaks on inimene, kes ei ole tööülesannete täitmisel otseses kokkupuutes patsiendiga. Küsitlus viiakse läbi eraldi ruumis või ka patsiendi toas, kui ruumis ei ole teisi isikuid. Küsimustikku võib täita ka patsient ise, kui ta suudab seda teha.

Uuringus osalemine on vabatahtlik, osalemisest võib loobuda igal ajal.

Uuringus osalemisel on tagatud Teie poolt esitatud andmete konfidentsiaalsus. Uurija saab hindamistulemused anonüümsetena ja hindamistulemusi kasutatakse uurija poolt ainult statistiliseks analüüsiks. Ankeedid ei ole nimeliselt isikustatud, seega on uurimistöö teostajale anonüümised. Uuringu andmeid kasutatakse patsiendi rahulolu ja elukvaliteedi ning ka küsimustiku kasutatavuse hindamiseks ja ei kasutata teistel eesmärkidel.

**Mind ..... on informeeritud ülalmainitud uuringust ja ma olen teadlik läbiviidava uurimistöö eesmärkidest ja uuringu metoodikast.**

**Kinnitan oma nõusolekut uuringus osalemiseks .....**

**Intervjueerija (nimi, allkiri) .....**

**Kuupäev .....**

Uuritava või patsiendi informeerimine ja teadliku nõusoleku leht vormistatakse kahes eksemplaris, millest üks jääb uuritavale ja teine uurijale.

**Uuringu käigus tekkivate küsimuste korral saab vajalikku täiendavat informatsiooni:**

**Kristina Oja** Tartu Ülikooli Kliinikum, Spordimeditsiini ja taastusravi kliinik, Õendushoolduse osakond,  
TARTU, 51014, Riia 167, tel. 7 318 950; e-mail: [kristina.oja@kliinikum.ee](mailto:kristina.oja@kliinikum.ee)

# interRAI subjektiivse rahulolu küsimustik<sup>©</sup> (2011.a.)



Nr. \_\_\_\_\_ Küsitluse kuupäev : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Küsitleja (kood) \_\_\_\_\_  
päev kuu aasta

Asutuse kood \_\_\_\_\_ Mitu päeva on viibinud selles asutuses \_\_\_\_\_

Küsimustiku täitmise alustamise aeg \_\_\_\_\_ lõpetamise aeg \_\_\_\_\_

Külastuste arv \_\_\_\_\_ Küsitlemiseks kulunud aeg (kokku) \_\_\_\_\_

(Registreerige erinevate külastuste arv, sõltumata tulemustest, kaasa arvatud külastused, mis katkesid söögiaegade, isiku hooldamise jne. tõttu)

Ma küsitlen teid teie elukvaliteedi kohta. Me soovime teada, kui hästi meie asutuse teenused meie patsientidele sobivad. Selles küsimustikus ei ole õigeid ega valesid vastuseid, kogu meie jutt on sellest, milline on siin teie elu.

## KASUTA NEID KOODE KUI ON VAJA

6 = ei oska öelda

7 = keeldub vastamast

8 = ei vasta või ei ole vastust võimalik kodeerida (kirjuta see, mida ütles)

### A. Privaatsus

Esmalt sooviksin teiega vestelda privaatsusest – võimalusest teistest eralduda, kui seda soovite.

Iga väite puhul vastake ühe vastusevariandiga järgnevatest:

1) mitte kunagi 2) harva 3) mõnikord 4) enamasti 5) alati

- \_\_\_\_\_ 1. Ma saan olla üksi, kui seda soovin.
- \_\_\_\_\_ 2. Kui mul on külalisi, saan ma nendega olla omavahel.
- \_\_\_\_\_ 3. Hoolduse ja protseduuride läbiviimise ajal ei austata minu väärikust.
- \_\_\_\_\_ 4. Minu isiklikke andmed hoitakse nii, et need ei ole kõrvalistele inimestele kättesaadavad.

### B. Toit/söögiajad

Nüüd järgnevad küsimused toidu kohta.

Iga väite puhul vastake ühe vastusevariandiga järgnevatest:

1) mitte kunagi 2) harva 3) mõnikord 4) enamasti 5) alati

- \_\_\_\_\_ 1. Mulle meeldib siin pakutav toit.
- \_\_\_\_\_ 2. Ma naudin söögiaegu.
- \_\_\_\_\_ 3. Ma ei saa siin oma lemmiktoite.
- \_\_\_\_\_ 4. Ma saan süüa siis, kui ma soovin.
- \_\_\_\_\_ 5. Minu menüü on piisavalt vaheldusrikas.

### C. Turvalisus/julgeolek

Räägime nüüd turvalisusest.

Iga väite puhul vastake ühe vastusevariandiga järgnevatest:

1) mitte kunagi 2) harva 3) mõnikord 4) enamasti 5) alati

- \_\_\_\_\_ 1. Ma tunnen, et minu asjad on siin hoitud.
- \_\_\_\_\_ 2. Üksi olles tunnen ennast turvaliselt.
- \_\_\_\_\_ 3. Minu käest küsitakse luba, enne kui minu asju kasutatakse.
- \_\_\_\_\_ 4. Ma tunnen end turvaliselt inimeste seas, kes mind toetavad ja abistavad.
- \_\_\_\_\_ 5. Kui ma vajan abi, saan seda kohe.

#### D. Mugavus/heaolu

Järgmised küsimused puudutavad teie elu siin hooldusasutuses. [viita osadele D ja E]

Iga väite puhul vastake ühe vastusevariandiga järgnevatest:

1) mitte kunagi 2) harva 3) mõnikord 4) enamasti 5) alati

- \_\_\_\_\_ 1. Ma saan abi ja teenuseid, mida mul vaja on.
- \_\_\_\_\_ 2. Ma soovitan seda hooldusasutust ka teistele, kui nad seda vajavad.
- \_\_\_\_\_ 3. See koht tundub mulle kodusena.
- \_\_\_\_\_ 4. Ma saan minna õue/välja, kui seda soovin.
- \_\_\_\_\_ 5. Mind häirib siin müra.
- \_\_\_\_\_ 6. Mulle tundub, et olen õnnelikum, kui paljud teised inimesed.

#### E. Igapäevaste otsuste tegemine [Autonoomsus]

Iga väite puhul vastake ühe vastusevariandiga järgnevatest:

1) mitte kunagi 2) harva 3) mõnikord 4) enamasti 5) alati

- \_\_\_\_\_ 1. Mina otsustan ise, millal lähen magama ja tõusen üles.
- \_\_\_\_\_ 2. Mina otsustan ise, kuidas veedan oma aega.
- \_\_\_\_\_ 3. Ma võin siin vabalt liikuda, kui mul tuju tuleb.
- \_\_\_\_\_ 4. Mina otsustan, kes tuleb minu tuppa.
- \_\_\_\_\_ 5. Ma võin käia duši all või vannis nii sageli kui soovin.
- \_\_\_\_\_ 6. Mina otsustan, kuidas minu raha kasutatakse.

#### F. Lugupidamine/austus

Ma soovin nüüd vestelda kuidas te ennast tunnete siinsete töötajate suhtes [viita osadele F, G ja H]

Iga väite puhul vastake ühe vastusevariandiga järgnevatest:

1) mitte kunagi 2) harva 3) mõnikord 4) enamasti 5) alati

- \_\_\_\_\_ 1. Personal ei pööra mulle tähelepanu.
- \_\_\_\_\_ 2. Ma võin väljendada oma arvamust, kartmata tagajärgi.
- \_\_\_\_\_ 3. Mind koheldakse austusega inimeste poolt, kes mind toetavad ja hooldavad.
- \_\_\_\_\_ 4. Suhtun ettevaatusega sellesse, mida ma personali kuuldes räägin.
- \_\_\_\_\_ 5. Personal austab seda, mis mulle meeldib ja mis ei meeldi.

## G. Personali reageerimine

Iga väite puhul vastake ühe vastusevariandiga järgnevatest:

1) mitte kunagi 2) harva 3) mõnikord 4) enamasti 5) alati

- \_\_\_\_\_ 1. Personal ei reageeri kiiresti, kui küsin abi.
- \_\_\_\_\_ 2. Mulle osutatakse siis teenuseid, kui ma neid soovin.
- \_\_\_\_\_ 3. Mulle osutatav hooldus ja toetus aitavad mul elada elu sellisel viisil, mida soovin.
- \_\_\_\_\_ 4. Personal tegutseb minu soovide kohaselt.

## H. Personali-patsiendi sidusus

Iga väite puhul vastake ühe vastusevariandiga järgnevatest:

1) mitte kunagi 2) harva 3) mõnikord 4) enamasti 5) alati

- \_\_\_\_\_ 1. Mõned töötajad teavad minu elulugu.
- \_\_\_\_\_ 2. Personal leiab aega, et minuga sõbralikult vestelda.
- \_\_\_\_\_ 3. Töötajad ei selgita mulle, kuidas mind abistatakse ja minu vajadusi rahuldatakse.
- \_\_\_\_\_ 4. Pean töötajaid oma sõpradeks.
- \_\_\_\_\_ 5. Töötajad on minuga avatud ja ausad

## I. Võimalused tegevusteks

Nüüd rääkigem, kuidas te tunnete ennast tegevuste osas.

Iga väite puhul vastake ühe vastusevariandiga järgnevatest:

1) mitte kunagi 2) harva 3) mõnikord 4) enamasti 5) alati

- \_\_\_\_\_ 1. Mul on siin võimalik teha nauditavaid tegevusi nädalavahetustel.
- \_\_\_\_\_ 2. Ma teen asju, mis hoiavad mind vaimselt aktiivsena.
- \_\_\_\_\_ 3. Ma saan osaleda tegevustes väljaspool oma osakonda.
- \_\_\_\_\_ 4. Möödunud nädalal ma ei osalenud mind huvitavates tegevustes.
- \_\_\_\_\_ 5. Kui soovin, võin osaleda mulle olulistes usulistes/religioossetes tegevustes.

## J. Isiklikud suhted (sõprade olemasolu)

Lõpuks räägime teie sõprussuhetest teistega.

Iga väite puhul vastake ühe vastusevariandiga järgnevatest:

1) mitte kunagi 2) harva 3) mõnikord 4) enamasti 5) alati

- \_\_\_\_\_ 1. Mitte ükski teine patsient ei ole siin minu lähedane sõber.
- \_\_\_\_\_ 2. Mul on inimesi, kes soovivad minuga koos midagi teha.
- \_\_\_\_\_ 3. Inimesed küsivad minult abi ja nõu.
- \_\_\_\_\_ 4. Ma mängin teiste inimeste elus olulist rolli.
- \_\_\_\_\_ 5. Mul on võimalusi romantikaks või kiindumuseks.

**Sugu M/N**\_\_\_\_\_

**Vanus**\_\_\_\_\_

(aastates)

**Lühikese mälu testi punktide skoor** \_\_\_\_\_

**Küsimustiku täitis patsient**\_\_\_\_\_

(märgi koodiga)

## Intervjueerimise juhend interRAI subjektiivse rahulolu küsimustiku kasutamiseks

### Ülevaade

Selle uuringu eesmärgiks on anda võimalus patsientidele, kes viibivad hooldusravil, jagada oma arvamust selle kohta, kuidas nad on rahul hooldusravi teenusega ja oma elukvaliteediga. Uuring hõlmab mitmeid tähtsaid valdkondi, sealhulgas toitu, tegevusi, keskkonda, mugavust ja suhteid. Uuringu küsimused koostati interRAI ekspertide poolt, lähtudes kolleegide tööst paljudes riikides.

### Intervjueerimise protseduurid:

- konkreetsete patsientide identifitseerimine, kes uuritavasse valimisse sobivad;
- privaatsete kohtade leidmine, kus on võimalik intervjuusid läbi viia;
- isikute leidmine, kes hakkavad patsiente intervjueerima;
- personali kaasamine intervjueeritava patsiendi leidmiseks, intervjueerija tutvustamiseks ning patsiendi abistamiseks privaatsele kohta jõudmisel, et intervjuud läbi viia.

### Sobivus ja uuringusse kaasamine

Kavas on uurida kõiki patsiente, kes on suutelised vastama küsimustele hooldusravi teenusega rahulolu kohta. Patsientide uuritavasse valimisse kaasamisel lähtutakse nende kognitiivsest võimekusest, mida hinnatakse lühikese mälu testiga dementsuse kahtluse korral (vt lisa 1). **Eelnevalt peab olema õe/personali poolt läbi viidud lühike mälu test.** Mälu lühitesti tulemus edastab õde intervjueerijale. Mälu lühitesti tulemus märgitakse patsiendi küsimustiku viimasele lehele. Valimisse sobivad patsiendid, kelle mälu testi tulemus on suurem kui 6 (7-10). Sellest valimist hõlmatakse uuringuga kõik patsiendid, kes annavad nõusoleku osaleda uurimistöös. Valimisse kuuluvatest patsientidest koostatakse üldine nimekiri, kus on näidatud, kes tuleks uuringusse kaasata ning missuguses järjekorras tuleks patsiente küsitleda. Igal haigel on oma number, mis märgitakse ka küsimustikule.

Patsientidest, kelle mälu testi skoor on 6 või väiksem (mõõdukas/tõsine kognitiivne häire) üritatakse küsitleda neid, kellel on mingilgi määral säilinud MÕLEMAD võimed: suutlikkus teistest aru saada (mõnikord saab aru, või sellest parem seisund) ning võime teistele arusaadav olla (mõnikord on arusaadav, või sellest parem seisund). Mitte kõik sellistest patsientidest ei ole võimelised uuringut lõpuni viima, kuid mõned siiski on. InterRAI eesmärgiks on tagada, et võetaks kuulda kõikide häält, kes rääkida suudavad.

### Seega uuritavate valiku kriteeriumiteks on:

- osaletakse vabatahtlikkuse alusel;
- patsiendid, kelle lühikese mälu testi tulemus on 7 - 10 või ka patsiendid, kelle skoor on 6 või väiksem (mõõdukas/tõsine kognitiivne häire), kuid nad suudavad teistest aru saada ning neil on võime teistele arusaadav olla;
- patsiendid, kes on hooldusravil viibinud vähemalt 10 päeva
- patsiendid, kes viibivad hooldusravil ajavahemikus 02.mai - 22.mai 2011. a.

### Nõustumise protseduur



Informeeritud nõustumine põhineb indiviidi austamisel. Igat uuritavasse valimisse arvatud patsienti kutsutakse uuringus osalema ja teda informeeritakse, et tal ei ole kohustust osaleda.

Konfidentsiaalsus tähendab isiku individuaalsus- ja privaatsustunde austamist. Isiku poolt avaldatud informatsiooni tuleb hoida rangeimas saladuses. Kui patsient näib olevat mures konfidentsiaalsuse pärast, saavad intervjuerijad talle kinnitada, et informatsiooni ei jagata ei personali ega teiste patsientidega ning et üheski aruandes teda ei identifitseerita.

Lõplik otsus uuringus osalemise kohta peab olema vabatahtlik. Samas aga võib otsus selle kohta, kas aktsepteerida keeldumist lõplikuna, erineda sõltuvalt isiku arusaamisest uuringu eesmärgist.

Patsientidele, kes esialgu osalemisest keelduvad, võib läheneda mingil teisel päeval, võib-olla erineval kellajal või mõne teise intervjuerija poolt. Kui on selge, et patsient saab uuringu eesmärgist aru ja ei ole huvitatud sellest, et intervjuerija naaseks mingil „paremal ajal“, tuleks vastust pidada kindlaks keeldumiseks ning sellele patsiendile EI tohiks uuesti läheneda.

Kui intervjuerija lähenemine lükatakse tagasi kolmel korral (palutakse muul ajal tagasi tulla, patsient venitab vastusega või keeldub osalemast), lugege kolmandat korda lõplikuks keeldumiseks.

## **Ettevalmistuste tegemine edukaks intervjuuks**

Iga asutus otsustab, kes viib läbi intervjuerimise. Intervjuerijaks ei sobi samas osakonnas töötav õde või hooldaja. Intervjuerijaks on sobiv töötaja, kes ei puutu igapäevaselt patsiendiga kokku, näiteks sotsiaaltöötaja, tegevusjuhendaja, tervishoiu kõrgkooli tudeng või keegi muu.

Igal intervjuerial on soovitatav teha prooviintervjuu oma kolleegiga, et mõista vastuste skoorimist.

### **Tutvustage ennast patsiendile:**

Koputage isiku uksele ja oodake luba sisenemiseks. Tutvustage end soojalt ja sõbralikult. Küsige patsiendilt, missugune kõnetamisviis talle meeldib? Kehtestage tihe vaimne side ja looge rahulik atmosfäär. Selgitage uuringut lühidalt ja lihtsate sõnadega. Näiteks nii: „Ma viin läbi ühte uuringut ja tahaksin teada, kuidas on patsiendid rahul pakutava hooldusravi teenusega. Ma tahaksin teilt küsida mõned küsimused selle kohta, kui õnnelik te siin olete.“ Või siis nii: „Ma räägin siinsete patsientidega sellest, kuidas neile siin meeldib. Kas teie tahaksite minuga rääkida?“

Olge uuringu suhtes positiivne ja selgitage, et see ei võta palju aega ning te teete intervjuu privaatses kohas.

### **Intervjuerige patsienti privaatses kohas:**

Kui patsient nõustub osalema, tuleks teda intervjuerida privaatses kohas (näiteks tema enda toas siis, kui toakaaslast pole kohal või mõnes teises ruumis). Kui patsient kasutab ratastooli, kuid ei istu parasjagu toolis, ärge üritage teda ise ümber paigutada! Paluge abi personalilt.

Kui personali esindaja viitab sellele, et patsient suudab iseseisvalt kõndida või ratastooliga liikuda, kõndige tema kõrval tema poolt valitud tempos.

Kui patsient ei kõnni ega liigu ratastooliga iseseisvalt, paluge kellelgi personali hulgast ta privaatsesse kohta viia. Mõnede ratastoolidega võib olla personali abita raske manööverdada.

Kui intervjuu on lõppenud, paluge personalil ratastoolis isik tagasi tema tuppa viia.

Kui patsient keeldub privaatsesse kohta minemast, paluge mõnel personali liikmel talle kinnitada, et teise kohta minek on asjakohane, või siis tänage seda isikut tema kulutatud aja eest ja öelge, et telete mingil muul ajal tagasi.

## Näpunäiteid intervjuerimiseks

Kui intervjueritav patsient vajab kuulmiseks abivahendeid, siis veenduge, et ta neid kasutab. Kui mitte, siis küsige isikult endalt (või personalilt), kas üks tema kõrvadest on „hea kõrv“ ning rääkige isikuga sellesse kõrva.

Istuge patsiendi lähedale, et säilitada hea silmside. See aitab intervjueritaval patsiendil säilitada keskendumist teile ja küsimustele. Kui patsient lamab voodis või istub, küsige luba tuua tool tema kõrvale, nii et te ei kõrguks tema kohal või et ei tekiks raskusi silmsidega. Kui peate istuma voodile, küsige esmalt selleks luba.

Soodustage väarikust. Isiku kohalolul ärge rääkige nii, nagu teda seal polekski. Olge teadlik isiku personaalselt ruumist. Kui patsient näib tahapoole tõmbuvat või te istute lähemal kui käsivarre pikkus, võite olla sissetungija tema personaalsesse ruumi.

Rääkige aeglaselt ja selgelt. Kuulake vastust aktiivselt. Kui isik näib mitte kuulvat, rääkige madala häälega (eakatele paremini kuuldav). Ärge tõstke häält. Hääle kõvendamine kergitab tavaliselt häälekõla „raskemini kuuldavatesse“ toonidesse. Pöörake tähelepanu oma hääletoonile, kuna seda võidakse kellegi poolt, kes on segaduses, valesti tõlgendada.

Kasutage žeste. Mitteverbaalsed sõnumid, nagu näiteks heatahtlik puudutus ja soe näoilme on mõtte edastamisel sõnadest tähtsamad. Kasutage arusaamise soodustamiseks oma käsi ja näoilmet. Näidake välja huvi selle vastu, mida patsient räägib.

## Suhtlemine isikutega, kellel on kognitiivne puue

Mõõduka dementsusega isikud on sellegipoolest suutelised välja ütleva oma arvamust hoolduse ja elukvaliteedi kohta, kuigi nende võime oma muresid või eelistusi väljendada varieerub. Nende isikute seisukohtade arvessevõtmine on ülioluline. Kuigi teiste inimeste, nagu näiteks pereliikmete või sõprade küsitlemine dementsusega isiku väärtushinnangute ja tema poolt kogetu uurimiseks võib olla vähem aeganõudev, näitavad uuringud, et nende arvamused ei pruugi tingimata isiku enda seisukohti esindada. Seega tuleb see uurimus läbi viia AINULT isikute endi, mitte teistega.

Isiku võime ennast arusaadavaks teha ja teistest aru saada võib olla kahjustatud. Mõned küsimused võivad nõuda paremat kognitiivset funktsioneerimist kui teised, mõned vastused aga võivad piirduda vaid üksikute sõnade või ühe fraasiga, mitte tervikliku mõttega.

Sarnaselt teistele hooldusravi patsientidele võivad ka mõned kognitiivse puudega isikud olla meelitatud sellest, et neilt nende eelistuste ja murede kohta küsitakse, samas kui teised võivad end ähvardatuna tunda.

Kohtumise alguses võib patsient näida kognitiivselt tervena. Samas:

- Ta võib olla suuteline sõnu lugema, kuid ei mõista nende tähendust, samuti võib ta kasutada üldisi fraase, mis esmapilgul näivad vastustena küsimustele.
- Kui ta ei suuda õiget sõna või asjakohast vastust leida, võib ta muuta teemat, teha nalja, jutustada mingit lugu, muutuda vihaseks või ärrituda ning öelda „Need küsimused on rumalad!“ või „Ma ei pea sellele vastama!“
- Teile võidakse öelda näiteks järgmist: „See ei käi minu kohta, mina saabusin siia alles eile.“ ÄRGE püüdke isikut ümber veenda. Võiksite vastata niimoodi: „Isegi kui olete siin olnud vaid mõned päevad, oleme siiski sellest huvitatud, mida teil on öelda.“

Usaldage oma sisetunnet. Kui arvate, et isik ei saa teie poolt esitatavatest küsimustest aru või ärritub, ärge püüdke jätkata. Täname teda tema aja eest ja lõpetage intervjuu taktitundeliselt. Te võite alati mingil muul ajal tagasi tulla ja uuringu lõpule viia.

## Uuringu läbiviimine

- **Igat küsimust tuleb lugeda täpselt nii, nagu see kirjas on. Ärge sõnastage küsimust ümber.** Andke patsiendile aega küsimuse üle järele mõtelda. Kui patsient ei vasta, korrake vastusevariante.
- **Andke igale isikule koopia vastustelehest** (suures kirjas vastustega, vt. lisa 12). Kui patsient ei saa aru või ei vasta ühega pakutud vastusevariantidest, korrake küsimust. Kui mittestandardne vastus on küsimusega seotud, korrake vastaja sõnu ja küsige, kas vastuseks on mitte kunagi, harva, mõnikord jne.
- **Küsige korraga vaid üks küsimus.** Ärge sundige vastusega kiirustama.
- **Olge kannatlik.** Kui patsiendil on raskusi õige sõna leidmisega, andke talle võimalus see leida. Kui te ei mõista, mida patsient ütleb, andke talle teada, et te ei saa aru ning et püüate aru saada. Ärge püüdke tema vastust OLETAMISI ära arvata.
- **Ärge näidake välja nõustumist või mittenõustumist vastusega.**
- **Korrake küsimust mitmeid kordi, kui see on vajalik.**
- **Kui isik tahab rääkida,** kuulake viisakalt, kuid **tooge ta tagasi intervjuu juurde:** „Me peame selle ära tegema. Kui oleme lõpetanud, võite mulle rohkem rääkida...“
- **Olge toetav intervjuueeritava suhtes,** kes hakkab ära väsimata. Kasutage julgustavaid fraase, nagu näiteks „Jääge minuga, me oleme peaaegu lõpetanud.“
- **Puudutust mõistetakse sageli paremini** nende poolt, kes on kognitiivse puudega. Oma käe asetamine õrnalt isiku õlale võib tal aidata taas keskenduda, kui te küsimust kordate.
- Intervjuueeritaval võib esineda vajadus enne otsust vastamist valjult mõtiskleda. **Andke talle piisavalt aega** iga küsimuse üle järele mõtelda. See võib tähendada ulatuslike kommentaaride kuulamist teema kohta sel ajal, kui ta mõtleb, kuidas vastata. Pöörduge tagasi küsimuste ja vastuste kategooriate juurde, paludes patsiendil vastus anda, võttes arvesse kõike seda, mida ta on öelnud.
- **Olge tähelepanelikud suureneva ärrituse või ärevuse märkide suhtes,** nagu grimasside tegemine, muutused hääles või lihastoonuse suurenemine. Kui need peaksid esinema, siis ärge avaldage patsiendile survet intervjuu jätkamiseks. Muutke suhtlemise strateegiat. Rahustage teda ja pakkuge kindlustunnet ning seejärel püüdke ta intervjuu juurde tagasi tuua. **MÄRKUS:** Kui patsiendil esineb negatiivne reaktsioon (näiteks muutub äärmiselt ärritunuks), lõpetage intervjuu nii taktitundeliselt kui võimalik ja tehke märge küsimustikule „intervjuu lõpetatud“ ja märkige põhjus.

## Juhend intervjuu läbiviimiseks

### Uuringu tutvustamine

Selgitage uuringu eesmärki omaenda sõnadega. Tehke seda lihtsalt.

Näiteks: „Minu nimi on \_\_\_\_\_. Hooldusravi Osutajate Ühendus viib läbi uuringut, et saada teada, kuidas on rahul patsiendid hooldusravi teenusega. Ma tahaksin teiega rääkida. Kas oleksite sellega nõus?“ Kui patsient näib kahtlevana, korrake uuesti uuringu eesmärki ja andke patsiendile kindlustunne konfidentsiaalsuse osas. Kui patsient jääb endiselt kahtlevaks või on selge, et ta pole huvitatud, täname teda kulutatud aja eest. Ärge üritage isikut keelitada või talle survet avaldada, et ta osaleks.

## Nõusoleku saamine

Kui patsient on meeleldi valmis osalema, lugege talle ette nõusolekuvorm ja paluge tal allkirjastada mõlemad koopiad. Ka intervjueri peab mõlemad koopiad allkirjastama ja need kuupäevadega varustama. Üks koopia andke intervjueritavale.

## Vastaja orienteerimine uuringu formaadile

Uuringu vorm on jagatud teatud teemasid puudutavate küsimuste komplektideks. Selgitage isikule, et uuringu ajal arutlete te terve hulga erinevate teemade üle. Iga uue küsimuste komplekti alguses teavitage isikut, et te muudate teemat (näit. „Nüüd tahan ma teilt küsida siinse toidu kohta“) ja meenutage isikule vastusevariante.

Selgitage vastusevariante ja andke isikule valiku tegemiseks nende paberkoopia („Vastuste leht“ – lisa 12). Standardised vastusevariandid on järgmised:

1. **Mitte kunagi**
2. **Harva**
3. **Mõnikord**
4. **Peaaegu alati**
5. **Alati**

## Uuringu küsimuste lugemine

Iga küsimus tuleb ette lugeda täpselt nii, nagu see kirja on pandud. **Ärge küsimust ümber sõnastage.** Üheks erandiks sellele tähtsale reeglile on, et kõikides uuringu küsimustes võib sõna „personal“ asendada sõnaga „töötaja“.

Märkus: Enamus küsimustest on kirjas positiivsete väidetena, näiteks „Mulle meeldib siin pakutav toit.“ Piiratud arv küsimusi on teadlikult kirjas negatiivsete väidetena, näiteks „Mind häirib siin müra.“ Neid küsimusi võib osutada vajalikuks korrata.

## Vastuste skoorimine

Registreerige isiku vastused andmete kogumise vormil.

- Kui isik ei vasta koheselt, oodake mõni hetk, seejärel korrake küsimust. **Tehke seda kaks korda.**
- Kui isik ei vasta standardse vastusega, kuid vastus on küsimusega seotud, korrake isiku sõnu ja küsige, kas tema vastuseks on peaaegu alati, alati jne. Kui tarvis, viidake vastuste paberkoopiale.
- Kui isik ei vasta ka pärast seda, kui küsimust on kaks korda korratud, või jätkab mittesobiva vastuse kasutamist, minge järgmise küsimuse juurde ja skoorige see kui tulemuseta (vt. allpool).

Mitmeid koodi tuleb kasutada **ainult** teatavates olukordades:

- **Ei tea** – kasutage seda koodi **6 AINULT** siis, kui isik vastab „**Ma ei tea**“ (või sellele väga sarnases sõnastuses)
- **Keeldus vastamast** – kasutage seda koodi **7 AINULT** siis, kui isik **keeldub** küsimusele vastamas, näiteks „Ma ei hakka sellele vastama!“
- **Vastus puudub/pole võimalik kodeerida** – kasutage seda koodi **8 AINULT** siis, kui **isik annab standardiga mittesobiva vastuse**, näiteks annab küsimusele „Ma tunnen end turvaliselt inimeste seas, kes mind toetavad ja abistavad“ vastuse „Mul ei ole sõpru.“

Mida iganes ka isik ütleb, pange see kommentaar kirja ja identifitseerige kindlasti ka küsimuse number.

Enne intervjueeritava patsiendi juurest lahkumist kontrollige üle, et kõik küsimused oleksid kodeeritud nii hästi, kui te seda suudate.

### **Intervjuu lõpetamine**

Tänage patsienti intervjuus osalemise eest. Paluge personalil isik tema tuppa tagasi viia ning saatke teda. **ÄRGE JÄTKE** patsiente intervjuu läbiviimise kohta üksinda, kontrollige, et nad saadetakse tagasi oma tubadesse.

### **Tagasiside andmine**

Kasutage kommentaaride lahtrit tagasiside andmiseks vastuste sõnastuse, vastaja kimbatuse või küsimuste, samuti mistahes asjaolude kohta, mis teie arvates tähelepanu vääriavad. Palun identifitseerige kõik küsimused nende numbrite abil (näit. A4) intervjuerija tagasisidelehel, millele oli patsiendil raske vastata. Teie vihjed on meile olulised ning aitavad tulevikus meie jõupingutusi küsimustiku parandamisel tõhustada.

## InterRAI subjektiivse rahulolu küsimustiku tagasiside leht (2011.a.)

InterRAI töörühm on koostanud küsimustiku, mille alusel hinnata hooldusravil oleva isiku subjektiivset rahulolu teenustega ja tema elukvaliteeti. Küsimustik on valminud paljude riikide ekspertide ühistööna ja on veel läbimas praktilise testimise etappi. Ka Eesti hooldusravi osutajatel on hea võimalus öelda oma arvamus instrumendi sobivuse ja kasutatavuse kohta.

Küsimustik sobib kasutamiseks kognitiivselt võimekatel isikutel (lühikese mälu testi skoor 7-10), sügava dementsuse, arenguhäire või raske vaimupuudega inimestele küsimustik ei sobi. Kui mälu testi skoor on 6 või vähem, tuleb otsustada individuaalselt, kui adekvaatselt on isik suuteline arvamust avaldama.

Eesti hooldusravi osutavatel asutustel on võimalik küsimustikku kasutada oma asutusesiseselt, hindamaks oma patsientide rahulolu. Testimine on vabatahtlik. Anonüümsed andmed kogutakse kõikidest testimist läbiviivatest riikidest küsimustiku edasiseks arendamiseks. Palve testijatele on anda tagasisidet küsimustiku kohta alloleva vormi kohaselt:

### Tagasiside interRAI subjektiivse rahulolu küsimustiku kasutajalt

*Palun tõmmake alla sobiv vastusevariant ning kirjutage arvamus vabas vormis vastavasse kohta*

1. Asutuse kood \_\_\_\_\_ 2. Küsitleja kood \_\_\_\_\_

3. Asutuse tüüp: hooldusravi haigla, hooldusravi osakond, hooldekodu, muu: \_\_\_\_\_

4. Tagasiside andja (küsitleja) eriala: hooldaja, õde, sotsiaaltöötaja, muu: \_\_\_\_\_

5. Millised küsimused olid raskesti mõistetavad/halvasti sõnastatud? (märkida dimensioonid ja küsimuste nr.) \_\_\_\_\_

6. Millistele küsimustele oli raske vastata? (märkida dimensioonid ja küsimuste nr.) \_\_\_\_\_

7. Kas küsimuste hulgas on midagi olulist puudu?

Ei

Jah, võiks lisada

8. Kui jah, siis mida peaks veel küsima? \_\_\_\_\_

9. Kuidas on küsimustikku otstarbekam täita?

Patsiendid ise täidavad

Küsitleja täidab

Vahet ei ole

**10. Kas vastajatel oli intervjuu suhtes üldiselt positiivne suhtumine?**

Jah

Ei

Ei oska öelda

**11. Kui usaldusväärseks hindate vastuseid kokkuvõtlikult?**

Täpsed

Liiga positiivsed

Liiga negatiivsed

Mõned liiga positiivsed ja mõned liiga negatiivsed

Ei oska öelda

**12. Milline on teie enese arvamus küsimustiku kasutatavuse kohta teie asutuses?**

See on asjalik nii nagu praegu on, kasutaksin seda veel

See on meie asutuses kasutatav, kuid vajaks muutmist \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

See ei avaldanud mulle erilist muljet, ei näe selle edaspidiseks kasutamiseks vajadust

See ei ole meie asutusele üldse sobiv

**13. Muud kommentaarid:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vastused palun saata e-mailile [kristina.oja@kliinikum.ee](mailto:kristina.oja@kliinikum.ee) või fax nr 7318956

või aadressil Kristina Oja

Spordimeditsiini ja taastusravi kliinik

Õendushoolduse osakond

Riia 167, 51014, TARTU

**Lühike mälutest dementsuse kahtluse korral**

- |   |             |
|---|-------------|
| 1. Mis kuupäev täna on?                                 | Õige / Vale |
| 2. Mis nädalapäev täna on?                              | Õige / Vale |
| 3. Kus Te praegu olete? (haigla, hooldekodu, kodu jmt.) | Õige / Vale |
| 4. Öelge oma aadress                                    | Õige / Vale |
| 5. Kui vana Te olete?                                   | Õige / Vale |
| 6. Millal Te olete sündinud?                            | Õige / Vale |
| 7. Kes on meie riigi praegune president?                | Õige / Vale |
| 8. Kes oli eelmine president?                           | Õige / Vale |
| 9. Mis raha on Eestis ametlik maksevahend?              | Õige / Vale |
| 10. Kui palju on 20-st lahutada 3?                      | Õige / Vale |

Õigete vastuste punktide skoor: \_\_\_\_\_

Tulemus 6 või vähem õiget vastust viitab võimalikule dementsusele.

Test ei sobi kõnehäiretega patsientidele.



Patsiendi vastuste leht

1. MITTE KUNAGI

2. HARVA

3. MÕNIKORD

4. ENAMASTI

5. ALATI