

Tartu Ülikool
Meditsiiniteaduste valdkond
Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut
Õendusteaduse õppetool

Küllli Davel

**AKTIIVRAVI PERSONALI POOLT TÄIDETAVAD PATSIENDIKESKSUSE
MÕÕDIKUD – KIRJELDAV JA VÕRDLEV ÜLEVAADE**

Magistritöö õendusteaduses

Tartu 2018

Juhendaja: Ilme Aro RN, MSc (õendusteadus)

Retsensent: Kaja Põlluste, PhD (rahvatervis)

Magistritöö on lubatud kaitsmisele juhendaja otsusega 19.11.2018. Otsus on protokollitud õendusteaduse õppetoolis.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, **Külli Davel**,

(sünnikuupäev: 02.03.1983)

1. Annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose

„Aktiivravi personali poolt täidetavad patsiendikesksuse mõõdikud – kirjeldav ja võrdlev ülevaade“

mille juhendaja on **Ilme Aro**

1.1. reprodutseerimiseks, säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;

1.2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

2. Olen teadlik, et punktis 1 õigused jäävad alles ka autorile.

3. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus 19.11.2018

KOKKUVÕTE

Aktiivravi personali poolt täidetavad patsiendikesksuse mõõdikud – kirjeldav ja võrdlev ülevaade

Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegias aastateks 2011–2020 on öeldud, et Eesti ühiskond ootab patsiendi- ja perekeskseid tervishoiuteenuseid. Samas nenditakse, et meie tervishoius valitseb pigem asutuse- või teenusekeskne lähenemisviis ning patsientide ja nende lähedaste vajadused ei ole alati rahuldatud. On teada, et patsiendikesksus on kvaliteetse tervishoiu olulisemaid komponente, kuid samas on see mitmeti mõistetav ja väga kompleksne nähtus. Patsiendikesksusel puudub üks universaalne definitsioon, mis hõlmaks kõiki nähtuse dimensioone. Sellest tulenevalt on eri teadustöodes patsiendikesksus määratletud erinevalt ning patsiendikesksust mõõtvad mõõdikud mõõdavad enamasti patsiendikesksuse dimensioone vaid osaliselt.

Selleks, et pakkuda elanikkonnale patsiendikeskseid tervishoiuteenuseid, on vaja leida sobiv viis patsiendikesksuse mõõtmiseks ja hindamiseks. Käesolevas magistritöös antakse ülevaade patsiendikesksuse mõõtmisest maailmas ning kirjeldatakse ja võrreldakse aktiivravi personali poolt täidetavaid patsiendikesksuse mõõdikuid. Uurimistöös keskendutakse mõõdikute sarnasusele, erinevusele, mõõtmisvõimele ja eesmärgipärasusele.

Uurimistöö on teoreetiline, mõõdikuid kirjeldav ja võrdlev ülevaade. Uuritavaks materjaliks on aktiivravi personali poolt täidetavad patsiendikesksuse mõõdikud, mis on avaldatud aastatel 2000–2018. Uuritavat materjali sisaldavate teaduspublikatsioonide leidmiseks kasutati elektroonilisi teadusandmebaase *Academic Search Premiere*; *Health Source: Nursing/Academic Edition*; *Health Source: Consumer Edition*; *Medline*; *Science Direct*; *Wiley online Library* ja otsingumootorit *Google Scholar*. Analüüsi kaasati 9 mõõdikut, mis mõõdavad patsiendikesksust või selle dimensioone statsionaarse aktiivravi personali vaatekohast. Mõõdikute kirjeldamisel ja võrdlemisel lähtuti Rattray ja Jonesi (2007) küsimustiku loomise ja arendamise põhimõtetest ning Scholli jt (2014) patsiendikesksuse dimensioonidest.

Analüüsitud mõõdikutel on palju sarnasusi ja ka palju erinevusi. Võrdlustulemustele tuginedes võib väita, et enamik neist on praktikasse rakendatavad. Igapäevasesse praktikasse on keeruline rakendada PCPI-S, kuna see mõõdik on liiga mahukas ja selle täitmine võtab palju aega. Samas

on tegemist asjakohase ja pädeva instrumendiga. Rakendatavuse osas tekib kahtlusi ka NQCPQ puhul, kuna see sisaldab kuut pikalt ja keeruliselt sõnastatud ning mitut tunnust sisaldavat väidet. Igale väitele vastavad erinevad vastusevariandid. Vaadeldud mõõdikute hulgas eristusid kõige enam PCQ-S ja PCHCOA, mis on lihtsalt kasutatavad ja usaldusväärsed, kõrge reliaabluse ja valiidsusega. PCQ-S on kõige enam testitud. PCHCOA on ainus mõõdik, mille loomisesse olid kaasatud ka patsiendid ning see mõõdik mõõdab ka kõige rohkem patsiendikesksuse dimensioone (12 dimensiooni 15-st).

Märksõnad: Patsiendikesksus, patsiendikesksuse dimensioonid, mõõdik, mõõtmine, ülevaade, võrdlev ülevaade

SUMMARY

Measurement instruments of patient-centeredness completed by acute care personnel – descriptive and comparative review

The Estonian nursing and midwifery development strategy for the period of 2011 – 2020 outlines that the Estonian society is expecting patient and family-centred health services. At the same time, it is stated that our health system is following more institution-centred or service-centred approach and the needs of patients and their relatives are not always met. It is well known that patient-centred care is one of the most important components of high-quality health care, but at the same, it is possible to interpret it in many ways and it is very complex. Patient-centred care does not have a universal definition that would embrace all the dimensions of the phenomenon. Consequently, various academic publications define it differently and the indicators take into account the various dimensions only partly.

In order to offer patient-centred health care services to the society, there is a need to find a suitable way of how to measure and evaluate patient-centred care. This Master's thesis gives an overview of the evaluation tools of patient-centred care around the world. The author will describe and compare the evaluation tools filled by acute care personnel for measuring patient-centred care. This research focuses on the similarities, differences, measuring capacity and purposefulness of the measuring instruments.

This research is theoretical describing and giving an overview of the measuring instruments. It is based on the patient-centred measuring instruments that have been filled by acute care personnel and that have been published between 2000 and 2018. Various online databases were used to find scientific publications, including Academic Search Premier; Health Source: Nursing/Academic Edition; Health Source: Consumer Edition; Medline; Science Direct; Wiley online Library and search engine Google Scholar. The paper contains nine evaluation tools that measure patient-centred care or its dimensions from the perspective of the stationary acute care personnel. The description and comparison of the measuring instruments were based on the principles of the creation and development of the Rattray and Jones (2007) questionnaire, and the patient-centred care dimensions described by Scholli et al (2014).

The measuring instruments had many similarities and differences. Based on the results of the analysis, it can be said that the majority of them can be used in practice. It would be hard to use PCPI-S in everyday practice because this measuring instrument is too voluminous and it takes too much time to fill it up. However, it is a relevant and adequate measuring instrument. It can be also questioned if NQCPQ can be successfully used in practice because this instrument includes six long sentences with complex wording that comprises statements with many indicators. Each statement has multiple response options. Two measuring instruments stood out among the others and those were PCQ-S and PCHCOA. They are easy to use and steady with high reliability and validity. PCQ-S is the most tested. PCHCOA is the only measuring instrument that included patients in the creation and that measures the most patient-centred care dimensions (12 dimensions out of the 15 in total).

Keywords: *Patient-centred care, dimensions of patient-centred care, measurement device, measuring, review, comparative review*

SISUKORD

KOKKUVÕTE

SUMMARY

Lühendid

| | |
|--|----|
| 1. SISSEJUHATUS..... | 9 |
| 2. PATSIENDIKESKSUSE OLEMUS, OLULISUS JA MÕÕTMINE..... | 12 |
| 2.1. Patsiendikesksuse mõiste ja olemus | 12 |
| 2.2. Patsiendikesksuse olulisus aktiivraavis | 15 |
| 2.3. Patsiendikesksuse mõõtmise | 17 |
| 2.4. Varasemalt läbi viidud patsiendikesksuse mõõdikuid kirjeldavad ja võrdlevad uurimused..... | 18 |
| 3. METOODIKA..... | 20 |
| 3.1. Metodoloogilised lähtekohad..... | 20 |
| 3.2. Andmete kogumine ja selekteerimine | 20 |
| 3.3. Andmete analüüs | 23 |
| 4. AKTIIVRAVI PERSONALI POOLT TÄIDETAVAD PATSIENDIKESKSUSE MÕÕDIKUD..... | 25 |
| 4.1. Patsiendikesksuse mõõdikute ülesanded | 25 |
| 4.2. Mõõdikud, mis mõõdavad personali arvamust oma tegevuse/suhtluse patsiendikesksusest..... | 26 |
| 4.2.1. <i>Provider- Patient Relationship questionnaire (PPRQ)</i> | 26 |
| 4.2.2. <i>Self-efficacy in patient-centeredness questionnaire (SEPCQ)</i> | 29 |
| 4.2.3. <i>Nurse Quality of Communication with Patient Questionnaire (NQCPQ)</i> | 32 |
| 4.2.4. <i>Patient-centered Care measure (PCC-measure)</i> | 34 |
| 4.2.5. <i>Patient-centred Care Competency Scale (PCC)</i> | 37 |
| 4.2.6. <i>The person- centred care of older people with cognitive impairment in acute care scale (POPAC)</i> | 40 |
| 4.3. Mõõdikud mis mõõdavad personali arvamust patsiendikesksusest ja oma tegevuse patsiendikesksusest..... | 45 |

| | | |
|---------|--|----|
| 4.3.1. | <i>Person-Centred Health Care for Older Adults Survey (PCHCOA)</i> | 45 |
| 4.4. | Mõõdikud mis mõõdavad personali arvamust oma tegevuse patsiendikesksusest, personali hinnangut oma valmisolekule olla oma tegevustes ja suhtlemises patsiendikesksne ning personali hinnangut töökeskkonna patsiendikesksusele | 49 |
| 4.4.1. | <i>Person-centred Practice Inventory – Staff (PCPI-S)</i> | 49 |
| 4.5. | Mõõdik mis mõõdab personali hinnangut töökeskkonna patsiendikesksusele | 52 |
| 4.5.1. | <i>Person-Centered Climate Questionnaire- Staff version (PCQ-S)</i> | 52 |
| 5. | AKTIIVRAVI PERSONALI POOLT TÄIDETAVATE PATSIENDIKESKSUSE MÕÕDIKUTE VÕRDLUS..... | 56 |
| 5.1. | Aktiivravi personali poolt täidetavate patsiendikesksuse mõõdikute usaldusväärsus | 56 |
| 5.2. | Aktiivravi personali poolt täidetavate patsiendikesksuse mõõdikute kasutajasõbralikkus.. | 58 |
| 5.3. | Patsiendikesksuse dimensioonid aktiivravi personali poolt täidetavates patsiendikesksuse mõõdikutes..... | 59 |
| 6. | ARUTELU | 62 |
| 6.1. | Patsiendikesksuse ja selle mõõtmise olulisus | 62 |
| 6.2. | Aktiivravi personali poolt täidetavate patsiendikesksuse mõõdikute tugevused ja nõrkused. | 63 |
| 6.3. | Uurimistöö eetilised aspektid ja usaldusväärsus | 66 |
| 6.4. | Uurimistöö kitsaskohad | 66 |
| 6.5. | Tulemuste olulisus ja rakendatavus praktikasse | 67 |
| 7. | JÄRELDUSED..... | 68 |
| | KASUTATUD KIRJANDUS | 69 |
| | LISAD | 77 |
| Lisa 1. | Patsiendikesksuse dimensioonid | 77 |
| Lisa 2. | Ülevaate artiklid patsiendikesksuse mõõdikutest..... | 78 |
| Lisa 3. | Andmete kogumise protsess | 79 |
| Lisa 4. | Autori luba mitte vabalt kätte saadava mõõdiku kasutamiseks..... | 80 |
| Lisa 5. | Mõõdikute selekteerimise protsess..... | 81 |

| | |
|--|-----|
| Lisa 6. <i>Provider- Patient Relationship questionnaire (PPRQ)</i> (Gremigni jt 2016) | 82 |
| Lisa 7. <i>Self-efficacy in patient-centeredness questionnaire (SEPCQ)</i> (Zachariae jt 2015)..... | 84 |
| Lisa 8. <i>Nurse Quality of Communication with Patient Questionnaire (NQCPQ)</i> (Vuković jt 2010)..... | 86 |
| Lisa 9. <i>Patient-centered Care measure (PCC-measure)</i> (Sidani jt 2014)..... | 87 |
| Lisa 10. <i>Patient-centred Care Competency Scale (PCC)</i> (Hwang 2013)..... | 88 |
| Lisa 11. <i>The person- centred care of older people with cognitive impairment in acute care scale (POPAC)</i> (Edvardsson jt 2013)..... | 89 |
| Lisa 12. <i>Person-Centred Health Care for Older Adults Survey (PCHCOA)</i> (Dow jt 2013) | 90 |
| Lisa 13. <i>Person-centred Practice Inventory – Staff (PCPI-S)</i> (Slater jt 2017) | 97 |
| Lisa 14. <i>Person-Centered Climate Questionnaire- Staff version (PCQ-S)</i> (Edvardsson jt 2009) | 103 |
| Lisa 15. Ülevaade mõõdikute võrdlustulemustest..... | 104 |

Lühendid

IAPO - International Alliance of Patient's Organizations

NQCPQ - Nurse Quality of Communication with Patient Questionnaire

PCCC - Patient-centred Care Competency

PCC-M - Patient-centered Care Measure

PCHCOA - Person-Centred Health Care for Older Adults Survey

PCPI - Person-centred Practice Inventory

PCPI-S - Person-centred Practice Inventory-Staff

PCQ-S - Person-centred Climate Questionnaire-Staff version

POPAC - Person-centred care of older people with cognitive impairment in acute care scale

PPOS - Patient-Practitioner Orientation Scale

PPRQ - Provider-Patient Relationship Questionnaire

SEPCQ - Self-efficacy in patient-centeredness questionnaire

1. SISSEJUHATUS

Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegias aastateks 2011–2020 on öeldud, et Eesti ühiskond ootab, et tervishoiuteenused oleksid senisest enam patsiendi- ja perekesksemad. Eesti tervishoiu aga valitseb hetkel veel pigem asutuse- või teenusekeskne lähenemisviis ning patsientide ja nende lähedaste vajadused ei ole alati rahuldatud. On teada, et patsiendi-/kliendi-/isiksusekesksus (edaspidi: patsiendikesksus) on üks olulisemaid komponente kvaliteetse tervishoiu tagamisel ning haiguse- ja arstikeskne lähenemisviis on mitmetes riikides asendumas patsiendikesksega. (Mead ja Bower 2000 ja 2002, Huppelschoten jt 2013.) Et muuta ka Eesti tervishoidu patsiendikesksemaks ja kvaliteetsemaks, on äärmiselt oluline hinnata ning seejärel arendada patsiendikesksust kogu tervishoiusüsteemis.

Patsiendikesksus on mitmeti mõistetav ja väga kompleksne nähtus, mille defineerimisel ja mõõtmisel on väga palju erinevaid võimalusi. Clayton jt (2011) sõnul võib patsiendikesksuse mõõtmine olla keeruline ja sõltub paljuski sellest, kuidas patsiendikesksus on operatsioonalselt defineeritud. Erinevad definitsioonid viivad mõiste erineva kasutamiseni teaduskirjanduses, mille tulemusena kasutatakse patsiendikesksuse mõõtmiseks mõeldud mõõdikute koostamisel erinevaid mõiste dimensioone. Kuigi uurijad on kasutanud patsiendikesksuse mõõtmiseks palju erinevaid meetodeid (näiteks tervishoiutöötajatele ja patsientidele on loodud küsimustikke, filmitud või lindistatud konsultatsiooni hindamiseks loodud mõõdikuid jne), siis mõõdikute sisu erinevused näitavad, et mõistet ümbritseva kontseptsiooni osas pole selgust. (Mead ja Bower 2002, Hobbs 2009.) Weiner jt (2012) leiavad, et enamik patsiendikesksust mõõtvatest mõõdikutest ei haara kõiki mõiste osi, mis hindaksid, kas plaanitav tegevus, suhtlus või keskkond on patsiendikeskne. Paljud autorid on oma tööde kokkuvõtetes jõudnud järeldusele, et on vaja teha põhjalikumaid ja kõikehõlmavamaid uurimusi ning arendada küsimustikke, et määratleda patsiendikesksuse hetkeseisu maailmas. (Hobbs 2009, Clayton jt 2011, Weiner jt 2012, Huppelschotten jt 2013, Zill jt 2013, 2014.)

Eestis on tehtud patsiendikesksuse teemal 14 uurimistööd: näiteks Bruus 2009, Steinmiller 2009, Treiman-Kiveste 2010, Tammsaar 2013, Kannela 2013. Nendes on uuritud nii õdede kui ka patsientide vaatekohti patsiendikesksusest eakate hooldusravis, intensiivravis ja statsionaarses ortopeedia ja traumatoloogia osakonnas. Bruusi (2009) töö oli ainus, mille puhul kasutati varem korduvalt testitud mõõdikut. Teiste tööde puhul kasutati vähe testitud mõõdikuid, mida autorid toovad ka oma tööde kitsaskohtades välja.

Käesoleva töö kontekstis toob autor välja Kannela (2013) magistritöö, kus ta uuris õdede hinnanguid oma patsiendikesksusele statsionaarsetes ortopeedia ja traumatoloogia osakondades. Töö tulemustest ilmnes, et õed küll hindavad oma patsiendikesksuse taset kõrgelt, kuid ei kaasa patsiente ja lähedasi otsuste tegemisse ega küsi neilt tagasisidet. Kannela (2013) leiab, et on vaja teha uued kvantitatiivsed ning kvalitatiivsed uurimused, et teha põhjanevamaid järeldusi õdede patsiendikesksuse ning seda takistavate tegurite kohta.

Kuna Eesti kontekstis on vähe põhjalikult testitud mõõdikuid, millega hinnata patsiendikesksust, leiab töö autor, et tuleb leida mõõdik, mis oleks valiidne, usaldusväärne, sobib meie konteksti ja mõõdab võimalikult mitmekülgset patsiendikesksust ja selle osi. Tulenevalt erinevate autorite arvamustest ja ühtse mõiste ning ühtsete dimensioonide puudumisest ei mõõda ka mujal maailmas avaldatud mõõdikud kõiki patsiendikesksuse aspekte (DeSilva 2014). Et saada ülevaadet patsiendikesksuse mõõtmisest maailmas, on vaja teha põhjalik uurimus juba olemasolevatest mõõdikutest, nende sarnasustest, erinevustest, mõõtmisvõimest ja eesmärgipärasusest.

Tuginedes erialasele kirjandusele ning oma kogemusele erinevatel tervishoiutasanditel ja töötades erinevates rollides, võib käesoleva töö autor väita, et enim on patsiendikeskse lähenemisega probleeme haigla tasandil, aktiivravi osakondades. See on tingitud vähesest üks-ühele suhtlusest personali ja patsiendi vahel ning personali pigem tegevusele suunatud käitumisest. Aktiivravi osakonnas, kus on keeruline interdistsiplinaarne keskkond ja ühe patsiendiga tegeleb palju erinevaid inimesi, on patsiendikesksust raskem saavutada. On välja toodud, et ambulatoorses ja esmatasandi töös on suhtlus patsiendi ja tervishoiutöötaja vahel vahetum ning patsiendikeskset suhtlust ja käitumist on lihtsam tagada. (Hobbs 2009, Edvardsson ja Innes 2010, Laird jt 2015, Slater jt 2015.)

Tervishoiutöötajatelt eeldatakse patsiendi eelistustele, vajadustele ja väärtustele tuginevat patsiendikeskse teenuse pakkumist ning oodatakse, et selline suhtumine juhiks kõiki nende tehtud raviotsuseid (Sommaruga jt 2016). Berghout jt (2015) toovad oma ülevaateartiklis välja asjaolu, et väga vähe on teada statsionaarses aktiivravis töötavate tervishoiutöötajate arusaamadest patsiendikesksuse kohta ja kuidas keskkond seda mõjutab. Samas nende arusaamade teadmine on oluline teenuse kvaliteedi parandamiseks. Gearlish jt (2017) ütlevad, et tervishoiutöötajate seisukohtade teadmine patsiendikesksuse osas aitab lisaks praktika arengule kaasa ka erialase hariduse kvaliteedi tõusule. On leitud, et organisatsioonis uurimuse korraldamine on isegi olulisem enesearenduseks kui patsiendikesksuse taseme määratlemiseks.

Tulenevalt asjaolust, et varem ei ole statsionaarses aktiivrais kasutusel olevaid mõõdikuid võrreldud ning arvestades erinevatest allikatest välja tulnud probleemiga, et aktiivrais on patsiendikesksuse saavutamise keeruline, kuid väga oluline (Hobbs 2009, Edvardsson ja Innes 2010, Laird jt 2015, Slater jt 2015), leiab töö autor, et tuleb teha uurimus, mis annaks ülevaate hetkel olemasolevatest patsiendikesksust või selle üksikuid dimensioone hindavatest mõõdikutest, mis on mõeldud täitmiseks aktiivrai personali poolt ning neid mõõdikuid omavahel võrrelda.

Uurimistöö eesmärk on kirjeldada ja võrrelda aktiivrai personali poolt täidetavaid patsiendikesksuse mõõdikuid.

Tulenevalt töö eesmärgist on püstitatud järgmised uurimisülesanded:

- 1) Kirjeldada aktiivrai personali poolt täidetavaid patsiendikesksuse mõõdikuid.
- 2) Võrrelda aktiivrai personali poolt täidetavaid patsiendikesksuse mõõdikuid.

2. PATSIENDIKESKSUSE OLEMUS, OLULISUS JA MÕÕTMINE

2.1. Patsiendikesksuse mõiste ja olemus

Patsiendikeskse suuna rajajaks peetakse Carl Rogersit (1902–1987), kes oli mõjukas Ameerika psühholoog. Tema teooriat on nimetatud mitmeti: “patsiendi soove arvestavaks nõustamiseks”, “kliendikeskseks teraapiaks”, “õpilasekeskseks õpetamiseks” ja “isiksusekeskseks lähenemiseks”. Viimast peab Rogers ise kõige laiapinnalisemaks ning seetõttu iseloomustab tema teooriat kõige paremini. (Moreira 2012.)

Pärast Rogersi teooria laiemat levimist õenduses muutus suhe patsiendi/kliendiga ettekirjutavast autoritaarsest sekkumisest patsiendi soove arvestavaks ja demokraatlikuks. Rõhutati vajadust aktsepteerida inimest sellisena, nagu ta on, keskenduda käesolevale hetkele, mitte anda hinnanguid, tunnistada inimese unikaalsust, eneseteostust ja tema potentsiaali kasvada. Tänapäevases õenduses tekkis arusaam, et patsiendikeskne õendusabi on seotud tervishoiu kvaliteediga. (Jayadevappa jt 2011.) 1988. aastal leidis dr Thomas Delbanco, et kvaliteedi tõstmiseks on vaja rohkem aru saada, mis on patsientide jaoks oluline. Alustati uurimust kirjanduse ülevaatega ja koostati nimekirja õendusabi tegevustest, mille olulisust võiksid patsiendid hinnata. Nimekirja testiti erinevatel huvigruppidel: hiljuti haiglas olnud patsientidel ja nende peredel ning kliinilisel ja mittekliinilisel personalil. Leiti, et patsientide mured koonduvad seitsmesse kategooriasse, millest sai Gerteisi jt (1993) patsiendikeskse teooria alus (Fulford jt 1996). Pärast seda uurimust hakati avaldama patsiendikesksusele mitmeid olulisi töid. Näiteks Margaret Gerteisi jt „*Through the patient’s eyes*“ (1993), Fulford jt „*Essential Practice in Patient-Centered Care*“ (1996) ja artiklid Hobbsilt (2009). (Jayadevappa jt 2011.)

Paljud kaasaegse erialase kirjanduse autorid nõustuvad, et patsiendikesksus ja selle arendamine on oluline nii tervishoiu kvaliteedile üldisemalt kui ka kuluefektiivsusele (Mead ja Bower 2000, Upenieks jt 2008, IAPO 2012, Marshall jt 2012, Scholl jt 2014). Kuid siiani pole jõutud konsensusele definitsiooni osas. Patsiendikesksust on defineeritud kui individuaalset patsiendi ja tervishoiutöötaja vahelist suhtlust (Clayton jt 2011), patsiendi emotsionaalsete kogemuste ja unikaalsete vaadete mõistmist ning võimu ja vastutuse jagamist otsuste tegemisel (Blanch-Hartigan jt 2010), patsientide eelistuste ja vajaduste liitmist tervishoiuteenustesse ning oma tegevustes patsiendi väärtushinnangutest juhendumist (Huppelschoten jt 2013) jne. Definitsioone on mitmeid, neis võib leida palju ühisjooni, näiteks individuaalsus, unikaalsus, patsiendi erisustega arvestamine jpm (Marshall jt 2012).

Erisused patsiendikesksuse definitsiooni ja üldise arusaama osas on tingitud erinevatel tervishoiutasanditel töötavate tervishoiuteenuse pakkujate (õed, arstid, hooldustöötajad, psühholoogid jne) arusaamast. Igal teenuse osutajal on oma ettekujutus ja seisukoht lähtuvalt erialasest rollist, kohustustest ja huvist. Seetõttu on väga oluline leida interdistsiplinaarse meeskonna liikmetele ühtselt mõistetav kontseptsioon, et reaalses elus oleks selge ja arusaadav, kes millise patsiendikesksuse aspektiga töötab ja millise osa eest vastutab. (Marshall jt 2012, Berghout jt 2015.)

Enamik uurijaid otsesest definitsiooni välja ei toogi. Puudub ka ühtne nimetus, kasutatud on patsiendikesksust (*patient-centeredness*), isiksusekesksust (*person-centeredness*), perekesksust (*family-centeredness*), patsiendikesksust tervishoiuteenust (*patient centered care*) jne. Läbivalt on autorid välja toonud fakti, et tegu on väga kompleksse ja mitmedimensioonilise nähtusega ning tuuakse definitsiooni asemel välja erinevate autorite esitatud patsiendikesksuse dimensioone. Näiteks Meadi ja Boweri (2000) viis dimensiooni, Stewarti jt (1995) kuus dimensiooni, Gerteisi jt (1993) seitse dimensiooni. Ülevaade ja võrdlus erinevate autorite nimetatud dimensioonidest on kirjeldatud Lisa 1 tabelis. Viimaste aastate kõikehõlmavamaks uuringuks patsiendikesksuse dimensioonide kohta võib pidada Scholli jt (2014) kirjanduse ülevaadet, millesse kaasati allikaid aastatest 1968–2012, mis sisaldasid patsiendikesksuse definitsioone ja dimensioone. Uurimuse eesmärk oli välja tuua erinevaid patsiendikesksuse dimensioone ja need siis koondada kokku tervikuks, et leida üks kõikehõlmav, integreeritud patsiendikesksuse mudel. Oma töö tulemusena leidsid nad 15 dimensiooni:

- 1) Tervishoiutöötaja olulisemad iseloomujooned. Omadused, mis peaksid igal tervishoiutöötajal olema on näiteks lugupidav, empaatiline, tolerantne, aus, vastutav, kaastundlik ja pühendunud patsiendile. Lisaks peaks ta oskama ennast reflekteerida ega tohiks isiklikku infot jagada. Need omadused peaks käima koos professionaalsuse, pühendumuse, tõendus põhiste tegevuste ja psühholoogiaalaste baasteadmistega.
- 2) Tervishoiutöötaja ja patsiendi suhe. See on patsiendikesksuse keskne element, mis ehitab partnerlust patsiendiga koostöö kaudu. Vastastikuse suhte puhul on oluline, et seda iseloomustab püsivus, usaldus, ühendus, vastastikune hoolimine, ühesugused teadmised, positiivse usaldusliku vahekorra loomine, juhendamine ning ühtne arusaamine rollidest ja vastutusest.
- 3) Patsient kui unikaalne isik. Oluline on välja tuua iga patsiendi ainulaadsus ning mõista iga patsiendi individuaalseid vajadusi, eelistusi, väärtushinnanguid, tundeid, uskumusi,

muresid, mõtteid ja ootusi. Lisaks on oluline uurida patsiendi kogemusi haigusega, haige olemisega ja kuidas haigus mõjub tema igapäevasele funktsioneerimisele.

- 4) Biopsühhosotsiaalne vaade. Arusaamine tervest inimesest (nt elulugu, isiklikud ja arenguprobleemid), tema lähemast kontekstist (nt pere, töö, sotsiaalne toetus, rahaline olukord) ja kaugemast kontekstist (kultuuriline taust, kogukond, ökosüsteem) ning keskendumine patsiendi elukvaliteedile.
- 5) Tervishoiutöötaja ja patsiendi vaheline suhtlus. See sisaldab üldisi suhtlusoskusi, näiteks ettevalmistus, eesmärkide seadmine, patsiendi probleemidele tähelepanu pööramine jne. Patsiendiga suheldes saab kasutada erinevaid verbaalseid ja mitteverbaalseid suhtlusviise, näiteks kasutada avatud küsimusi, teha kokkuvõtte olulisest infost, paluda patsiendil räägitud korrata, silmsideme loomine, noogutamine jne.
- 6) Meditsiinilise ja mittemeditsiinilise tervishoiuteenuse integreerimine. Mittemeditsiiniliste teenuste äratundmine ja integreerimine tervishoiuteenusesse, näidates üles osavõtlikust mittemeditsiiniliste ja spirituaalsete teenuste osas, pakkudes ja soovitades täiendavaid teraapiaid või tugigruppe.
- 7) Interdistsiplinaarne meeskonnatöö. Efektiivse meeskonnatöö tähtsustamine nii osakonna sees kui ka osakondade ja institutsioonide ning üksikisikute vahel. Patsiendikeskset meeskonda iseloomustab võime suhelda, austus ja usaldus meeskonna liikmete vahel, ühiselt jagatud väärtushinnangud, eesmärgid ja visioonid, informatsiooni jagamine, konstruktiivne tagasiside, vastutuse ja võimu võrdne jagamine ning teiste võimetest ja prioriteetidest teadlik olemine.
- 8) Ligipääs tervishoiuteenustele. Patsiendikeskne tervishoiuteenus peaks olema ligipääsetavas asukohas (ühistransport, parkimine lähedal) ja ajaliselt kättesaadav. Patsiendikeskne teenus sisaldab spetsialistide ja spetsiaalsete teenuste kättesaadavust ning selgeid juhiseid selle saamiseks.
- 9) Tervishoiu koordineerimine ja järjepidevus. Hästi organiseeritud tervishoiusüsteemis on haiglatasandi töö koordineeritud abi- ja toetavate teenustega, mis tagab järjepidevuse patsiendi liikumisel ühelt tervishoiutasandilt teisele, pakkudes arsti vastuvõtuaega või toetavaid teenuseid peale haiglast lahkumist.
- 10) Vastastikune info jagamine. Oluline on vastastikune info jagamine. Tervishoiutöötaja peaks andma patsiendist lähtuvat mitmekülgset infot. Lisaks peab tervishoiutöötaja julgustama patsienti infot jagama, seda kuulama ja arvesse võtma edasistel tegevustel.
- 11) Patsiendi kaasamine. Oluline on julgustada patsienti osalema aktiivselt konsultatsioonidel, kaasata patsienti tema tervist puudutavate otsuste tegemisse, samas

austades patsiendi eelistusi kaasamise osas. Siia dimensiooni kuulub ka patsiendi julgustamine tagasiside andmise osas.

- 12) Patsiendi lähedaste kaasamine. Lisaks patsiendi kaasamisele on oluline kaasata patsiendi lähedasi ning lähtuvalt patsiendi soovist anda neile infot patsiendi tervise kohta ja kaasata neid otsuste tegemisse. Lisaks on oluline pakkuda tuge patsiendi lähedasele, kes teda hooldab, uurida tema arvamust ja vajadusi.
- 13) Patsiendi võimestamine. Patsiendi tunnustamine tema suutelisuse osas toime tulla oma haiguse oluliste aspektidega, aktiveerides ja julgustades patsienti võtma vastutust tema tervisega seotud probleemide lahendamisel ning võtta ette samme oma tervise parandamiseks. See dimensioon hõlmab endas veel patsiendi autonoomia toetamist, pakkudes patsiendikoolitusi, patsiendi aktiveerimis- ja terviseedenduslikke sekkumisi.
- 14) Füüsiline toetus. See dimensioon hõlmab endas hulka tegevusi, et tagada patsiendile füüsiline heaolu. See sisaldab valu juhtimist, igapäevategevuste (sh söömise, riietumise ja isikliku hügieeni toimingute) juures abistamist, turvalise keskkonna pakkumist (sh puhtad ja esteetilised ruumid).
- 15) Emotsionaalne toetus. Esile kerkinud emotsionaalsetele probleemidele reageerimine, pöörates tähelepanu patsiendi ärevusele, mis on tingitud tema füüsilisest olekust, ravist ja prognoosist, haiguse mõjust talle endale ja tema perele, haiguse mõjust rahalisele olukorrale vms. Tegevusena pakutakse siinjuures välja tugiteenuste võimaldamine (teraapiad), toe pakkumine informatsiooni andmise ja emotsioonidega toimetuleku õpetamise abil.

Autorid ütlevad, et tegemist on omavahel tihedalt seotud dimensioonidega ja üksikult neid hinnata pole võimalik. (Scholl jt 2014.)

Kokkuvõtteks võib öelda, et patsiendikesksuse osas on erinevaid visioone, kuid läbivad märksõnad on: patsiendi kui terviku mõistmine ja austamine, info jagamine, patsiendi ja tema lähedaste kaasamine otsuste tegemisse ning rõhutatakse suhtluse olulisust tervishoiuteenuse pakkuja ja patsiendi vahel.

2.2. Patsiendikesksuse olulisus aktiivrais

Mitmed uuringud on näidanud, et patsiendikesksusest on väga palju kasu. See parandab ravi, õendus- ja hooldustegevuste kvaliteeti, efektiivsust ning vähendab kulusid tervishoius. Veel on leitud, et patsiendikesksus on seotud mitme positiivse tulemusega, näiteks kõrgem patsiendi rahulolu, paranenud haigusteadlikkus ja tervisekäitumine ning vähenenud vajadus

tervishoiuasutuste külastamiseks. Lisaks vähendab patsientide rahulolu personali läbipõlemist ja parandab meeskonnatööd ning niimoodi ka töökeskkonna sisekliimat. (McCromac jt 2006, Jayadevappa jt 2011, DeSilva 2014, Berghout jt 2015.)

Tervishoius on levinud suhtumine, et „meie (st tervishoiutöötajad) teame, mis on patsiendile parim“. Selline lühinägelik vaade patsienti kui haigesse, kes pole võimeline ennast abistama, on väga levinud aktiivravis. Seda peetakse peamiseks takistuseks patsiendikesksuse saavutamisel. Patsiendi tahte allasurumine tekitab patsiendile haavatavuse ja enesekontrolli kaotuse tunde. Patsiendi emotsionaalse haavatavuse leevendamine peaks olema patsiendikesksuse saavutamisel keskne eesmärk. (Hobbs 2009, Tzeng jt 2014, Slater jt 2015.)

Eestis on aktiivravi defineeritud kui kogu haiglaravi, sealhulgas taastusravi, järelravi, psühhiaatria (TAI 2017). Samas eraldatakse 2015. aasta Eesti Haigekassa ja Maailmapanga kokkuvõtvast aruandes statsionaarset aktiivravi (tervishoiuteenused, mida osutatakse ebastabiilses seisundis haigetele, ning haigetele, kes vajavad suure riskiastmega diagnostilisi või raviprotseduure ja/või kelle uurimine/ravimine ambulatoorselt ei ole võimalik) ja statsionaarse aktiivravi järgset ravi (taastusravi ja järelravi). Läbiv on arusaam, et statsionaarse aktiivravi tulemusel inimene valdavalt tervistub või saavutab elule ohutu stabiilse seisundi (Õendushoolduse osutamise nõuded 2007, Ravi terviklik käsitus ... 2015), mis tähendab, et sinna hulka ei kuulu taastus- ja järelravi, sest need eeldavad patsiendi stabiilset seisundit. Käesoleva töö autor lähtub Eesti Haigekassa ja Maailmapanga aruandes kasutatud mõistest statsionaarne aktiivravi, jättes välja psühhiaatria erialaspetsiifilisuse tõttu.

Aktiivravi keskkonda on mitmed autorid iseloomustanud kui lärmakat, segamini ja killustunud keskkonda nii teenuse pakkumise, patsiendi üksikasjade nägemise, õenduspersonali kui ka institutsioonilise regulatsiooni osas. Elementidel nagu patsiendi üksikasjade nägemise ja õenduspersonali killustatus, on otsene mõju tehtavatele õendus-, hooldustoimingutele. Tervishoiutöötajate peamine takistus patsiendikeskse teenuse pakkumisel on see, et nad ei tunne ennast patsiendikesksete põhimõtete kasutamisel oma igapäevatoös piisavalt pädevate ja oskuslikena. Lisaks on hirm kaotada oma meditsiinilist identiteeti, mistõttu keelduvad nad võimu jagamisest patsiendiga. (Légaré jt 2008, Sommaruga jt 2016.) Kirjandusest on välja tulnud asjaolu, et enamiku patsientide ravi ja hooldusega seotud otsustest võtab vastu personal, kes ei puutu patsiendiga kokku. See jätab vähe ruumi osakonnas töötava personali loovusele, et pakkuda patsiendile personaalseid ja ainult temale sobivaid õendus-hooldustegevusi. Tasakaal üldiste (kõikide patsientide) vajaduste ja konkreetsete (ühe patsiendi) vajaduste vahel on suuresti

mõjutatud tasakaalust vastuvõetud otsuste ja praktika vahel. Olgugi et probleem on levinud, on see tekitanud vähe diskussiooni kirjanduses. (Hobbs 2009, Mikesell jt 2012, Bergehout jt 2015, Slater jt. 2015.)

Bolster ja Manias (2010) toovad oma uurimuses välja, et tegevused, mida personal patsiendiga teeb, on harva patsiendikesksed. Samuti on teada, et suhtluses tervishoiuteenuste pakkumisel patsiendiga ei lähtuta mitte patsiendi isiklikest vajadustest, vaid keskendutakse harjumuspärastele, rutiinsetele tegevustele. Bolsteri ja Maniase tööst ilmnes, et personal leiab sageli ise, et lähtuvad patsiendikesksuse põhimõtetest, kuid vaatluse tulemusena selgus, et tegevustes keskenduti sellele, mida nad ise arvasid, et patsient vajab ja mis talle on oluline. Sarnase tulemuseni jõudis ka Kannela (2013), kelle töö tulemustest selgus, et õed ise peavad oma tegevusi ja suhtumist patsiendikeskseks, kuid ei näe patsiendi ja tema lähedaste kaasamise ning tagasiside küsimise vajalikkust. Lisaks on Upenieks jt (2008) toonud kirjanduse ülevaates välja asjaolu, et personal veedab vähem kui pool oma valvest otseselt patsiendiga tegeledes. Kuid muutuv ja arenevas keskkonnas töötades peavad nad üha enam viima läbi otseseid ning kaudseid õendushooldustegevusi. Näiteks patsiendi ja tema lähedaste õpetamine, patsientide transport, suhtlemine abistava personaliga jne. See toob kaasa personali produktiivsuse aladel, mis lisavad õendustegevustele väärtust, parandavad patsiendikesksust ning meeskonnatööd.

Slater jt (2015) on välja toonud, et patsiendikesksus on oma põhimõttelt arusaadav, kuid praktikasse rakendamine tekitab sageli mitmetimõistetavust ja seetõttu on äärmiselt vajalik leida praktikasse sobituv meetod patsiendikesksuse taseme määramiseks ja hindamiseks.

2.3. Patsiendikesksuse mõõtmine

Mõõtmine on süstemaatiline protsess, mis kasutab kindlaid reegleid, et määrata inimestele, objektidele või sündmustele kvantitatiivseid väärtusi, mis kirjeldavad kindlaksmääratud tunnuseid. Selle keskmes on isiku, objekti või sündmuse iseloomustavate omaduste või tunnuse kvantifitseerimine. Enamasti on mõõtmise tulemused väljendatud numbrites, kuid mitte alati. Sellisel juhul kategoriseeritakse nähtust oluliste ja arusaadavate tunnuste alusel ning avaldatakse nendena. Seega on mõõtmine ka kvalitatiivse analüüsi aluseks. (Fitzpatrick jt 2012.)

Patsiendikesksust hindavaid mõõdikuid on palju ja need on oma olemuselt väga erinevad: hindavad erinevaid dimensioone, lähtuvad erinevatest patsiendikesksuse raamistikest ja on erinevalt hinnatavad. Kirjandusest tuleb välja, et kõige suurem hulk neist on mõeldud patsientide

seisukohtade hindamiseks. Erialaselt vaadates võib öelda, et rohkem mõõdikuid on mõeldud kasutamiseks hooldusravis, esmatasandil ja ambulatoorses töös kui aktiivravis. (DeSilva 2014.)

Tervishoiuteenuste kvaliteedi hindamine on võimas mehhanism, millega muuta ja parandada teenuste kvaliteeti. Mure meditsiinilise abi standardite erinevuste pärast, koos avaliku sektori huvi suurenemisega, on soodustanud tervishoiuteenuste kvaliteedi kõigi aspektide kvantifitseerimist. See on eriti nähtav patsiendikesksuse puhul, kus kehtivate ja usaldusväärsete meetmete väljatöötamist piirab teoreetilise selguse puudumine ja keerukate suhte protsesside mõõtmise paratamatud raskused. (Mead ja Bower 2000, Hashjin jt 2014.) Seetõttu ongi praktilises tervishoius paljud osapooled huvitatud patsiendikesksuse mõõtmisest, näiteks patsientide organisatsioonid, tervishoiutöötajad, tervishoiuasutuste juhid, komisjonid, kvaliteedihindajad, poliitikud, teadlased jne. Kuid mitte kõik nendest gruppidest ei avalda oma uurimuste tulemusi. Avaldatud uurimustest enamiku on kirjutanud erialateadlased, kes kirjutavad seoses oma õpingutega ülikoolis või tellimustööna tervishoiuteenistusele, mis kumbki pole seotud praktilise tervishoiuteenusega. Palju vähem on uurimusi avaldanud inimesed, kes ise töötavad igapäevaselt kliinilises praktikas. Seetõttu ei pruugi me tegelikult teada, mis seis on patsiendikesksusega tervishoiuasutustes. (DeSilva 2014.)

Kvaliteedi hindamine pakub head lahendust tervishoiuteenuse kvaliteedi parendamiseks. Hindamisel ja kvaliteediindikaatorite loomisel tekivad sageli probleemid, sest ei kaasata patsiendiga töötavat personali, kellel on patsiendi seisundist, soovidest ja vajadustest, seeläbi ka vajalikest parendustegevustest parem ülevaade. (Hashjin jt 2014.) Vaadeldes erialast empiirilist kirjandust näeme, et patsiendikeskset tervishoiuteenust hinnates mõõdetakse sageli andmeid rahulolu, elukvaliteedi, funktsionaalsuse või tervishoiuteenuse kasutuse kohta. Patsiendikeskset tervishoiuteenust nähaksegi kui mehhanismi, mille abil saab parandada ja hinnata ka muid tervishoiu aspekte. Hoolimata laialdasest huvist patsiendikesksuse mõõtmise vastu, ei ole siiani leitud konsensust, kuidas on parim viis mõõta ja hinnata patsiendikeskset tervishoiuteenust. Patsiendikesksuse mõõtmiseks on erinevaid võimalusi: jälgimise, enesehindamise ning teiste hindamise skaalad. (Jayadevappa jt 2011, DeSilva 2014.)

2.4 Varasemalt läbi viidud patsiendikesksuse mõõdikuid kirjeldavad ja võrdlevad uurimused

Maailmas on tehtud mitmeid uurimusi, kus võrreldakse mõõdikuid, nendega mõõdetud tulemusi, usaldusväärset ja kvaliteeti. Ülevaateartiklid keskenduvad konkreetset nähtust mõõtvatele

mõõdikutele, näiteks patsiendi ja tervishoiutöötaja vaheline suhtlus, patsiendi kaasatus otsuste tegemisse, mõne kindla haigusega seotud patsiendikesksuse mõõdikud jne. DeSilva (2014) on teinud kõikehõlmava kirjanduse ülevaate, kus on välja toodud ülevaate kirjutamise hetkeks loodud patsiendikesksust mõõtvad enamkasutatavad mõõdikud, kuid see ülevaade piirdub ainult mõõdikute lühikirjeldustega. On uurimusi, kus on võrreldud perearstikeskustes või hooldusasutustes kasutatavaid patsiendikesksuse mõõdikuid, kuid käesoleva töö autorile teadaolevalt aktiivraavis kasutusel olevaid mõõdikuid varem võrreldud ei ole. Nende kirjeldusi võib leida erinevatest ülevaateartiklitest (näiteks „Ülevaade vanemaealiste inimeste ja dementsusega patsientide õendusabi patsiendikesksust hindavatest mõõdikutest“), kuid sellisel juhul on ülevaade ja võrdlus suunatud teistele, uuringu eesmärgist tulenevatele aspektidele. Ülevaateartikleid on kirjutatud palju ja käesoleva töö raames neid kõiki välja tuua ei ole otstarbekas, kuid Lisas 2 on välja toodud enim tsiteeritud ülevaateartiklid. Tabelis on välja toodud, kui palju mõõdikuid kaasati ja mis oli töö eesmärk ehk mida tehti (kirjeldati ja/või võrreldi). Välja toodud uurimuste puhul on näha, et kõik tööd keskenduvad erinevatele mõõdikutele ning on oma eesmärkidelt erinevad.

3. METOODIKA

3.1. Metodoloogilised lähtekohad

Käesolev uurimistöö on olemuselt teoreetiline, mõõdikuid kirjeldav ja võrdlev ülevaade. Uuritav materjal on aktiivravis personali poolt täidetavad patsiendikesksuse dimensioone hindavad mõõdikud, mis on avaldatud maailmas aastatel 2000–2018. Uuritavad allikad on originaalpublikatsioonid, kus mõõdikud on esmakordselt avaldatud, nende loomis- ja arendamisprotsessi kirjeldatud ning allikad, kus mõõdik on tervikuna avaldatud.

Mõõdikute kirjeldamisel ja võrdlemisel lähtutakse Rattray ja Jonesi (2007) küsimustiku loomise ja arendamise seisukohtadest ja Scholli jt (2014) patsiendikesksuse dimensioonidest, andes ülevaate, milliseid dimensioone nimetatud mõõdik mõõdab. Rattray ja Jones toovad välja mõõdiku loomise või olemasolevate mõõdikute hindamise peamised metodoloogilised aspektid, alates väidete/küsimuste loomisest kuni psühhomeetrislike testide kasutamiseni instrumentide hindamisel ning lisavad veel mitmeid otsuste tegemise strateegiaid (näiteks skaala sobivus mõõdikuga, pilootuuringu läbiviimine, tulemuste korrektne mõistmine ja tõlgendamine).

3.2. Andmete kogumine ja selekteerimine

Uuritavat materjali sisaldavate teaduspublikatsioonide leidmiseks kasutati elektroonilisi teadusandmebaase *Academic Search Premiere*, *Health Source: Nursing/Academic Edition*, *Health Source: Consumer Edition*, *Medline*, *Science Direct*, *Wiley online Library* ja otsingumootorit *Google Scholar*. Otsingukriteeriumid olid: 1) artikkel oli ingliskeelne, 2) artikkel sisaldas ühe või mitme mõõdiku kirjeldust ja kasutuse ülevaadet. Kaasa arvati nii avatud kui ka piiratud ligipääsuga allikad, et saada võimalikult mitmekülgset informatsiooni. Piiranguteks olid eelnimetatud andmebaasid, inglise keel ja avaldamise periood 2000–2018. Tulenevalt töö eesmärgist olid otsingusõnad: *patient-centered care OR client-centered care OR person-centered care, questionnaire OR scale OR instrument, healthcare staff, hospital OR acute setting OR inpatient OR ward, scale development*.

Esmane otsing tehti otsisõnadega eraldi, kombineerides samatähenduslikke või lähedasi mõisteid, nagu näiteks *patient-centered care*, *client-centered care* ja *person-centered care*. Et saada võimalikult mitmekülgset otsingutulemust ja vältida keelelisi erinevusi (*centered-centred*), kasutati lühendit *cent**. Selle tulemusena saadi otsisõnadega *patient-cent* care OR client-cent**

care OR person-cent care* 17 016 allikat, *questionnaire OR scale OR instrument* 1 112 292 allikat, *hospital OR acute setting OR inpatient OR ward* 2 285 581 allikat, *healthcare staff* 26 114 allikat ja *scale development* 148 855 allikat.

Kuna selline otsing ei olnud täpne ega andnud adekvaatset tulemust, otsustati otsingusõnade määramisel lähtuda otseselt uurimistöö eesmärgist. Kuna otsiti väga spetsiifilisi allikaid – mõõdikute loomist kirjeldavaid originaalpublikatsioone, tehti otsing, kuhu kaasati kõik otsingusõnad, kombineerides neid operaatoriga AND. Tulemusena saadi EBSCOst (*Academic Search Premiere, Health Source: Nursing/Academic Edition, Health Source: Consumer Edition, Medline*) 42 allikat, millest pärast esmast kokkuvõtete tutvumist ja ülevaatamist eemaldati 30, sest need ei sisaldanud otsest infot patsiendikesksuse mõõtmise (7) ning mõõdikute kohta (5) või ei olnud kirjeldatud mõõdik kasutatav statsionaarses aktiivravis (18). Pärast sisuga tutvumist eemaldati loetelust 4, sest ühe artikli täistekst polnud ingliskeelne, 2 olid loodud patsientide seisukohtade uurimiseks ja ühte polnud võimalik kätte saada ka teistest erialastest teadusandmebaasidest otsides. EBSCO andmebaasidest leiti kokku 8 relevantset publikatsiooni. Nendest 5 kirjeldavad mõõdiku loomist ja arendamist ning 3 kirjeldavad mõõdiku testimist.

Sama otsingut korrati andmebaasides *Science Direct*, kus saadi tulemuseks 1 allikas, mis ei olnud asjakohane, ning *Wiley Online Library*, kust saadi tulemuseks 16 647 allikat. Lisades filtri *health & health care*, vähenes allikate arv 4433-ni. Kuna käesolevas töös ei käsitleta mõõdikuid, mida kasutatakse hooldusasutustes, esmatasandil, pediaatrias ja psühhiaatrias, keskenduti nendele teadusajakirjadele, mis ei ole spetsialiseerunud nimetatud teemadele. *Nursing & Health Sciences*, sisaldas 117 artiklit, millest ei saadud ühtegi uut allikat. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* sisaldas 166 artiklit, millest pärast pealkirjade ja mõnede puhul ka kokkuvõtete ülevaatamist leiti 6 asjakohast artiklit. *Value In Health* sisaldas 428 artiklit, millest ei leitud pärast pealkirjade ülevaatamist ühtegi uut või asjakohast allikat. Andmebaasist *Wiley Online Library* leiti 6 allikat, millest 4 olid mõõdikute loomist kirjeldavad artiklid ja 2 mõõdikute testimise artiklid.

Pärast mõõdiku loomist ja testimist kirjeldava 14 allikaga lähemalt tutvumist vaadati üle ka kasutatud kirjandus, kust leiti 23 uut allikat, mis sisaldasid informatsiooni ühe või mitme küsimustiku kohta. Need allikad jagunesid: 11 mõõdiku loomist ja esmast testimist kirjeldavad allikad, 7 mõõdiku korduvat testimist kirjeldavad allikad ning 5 võrdlevad ja süstemaatilised ülevaated. Nendest kirjeldatud mõõdikutest kaasati töösse 9, mis vastasid töö kriteeriumitele ja millel oli võimalik kätte saada instrumendi loomist ja esmast testimist kirjeldav allikas.

Lõpuks tehti otsing samade otsingukriteeriumitega otsingumootoris *Google Scholar*, mille tulemusena leiti 17 300 allikat. Pealkirjadega ja mõningate allikate puhul ka kokkuvõtetega tutvudes ei leitud ühtegi uut allikat, kuid kordusid 13 juba varem leitud mõõdiku loomist ja arendamist kirjeldavat allikat. Otsingut alustati 2014. a septembris ja viimane otsing tehti 2018. aasta aprillis. Aastate jooksul korrati otsingut samade otsisõnadega, kuid tulemused erinesid alati seoses uute allikate ilmumisega. Kokkuvõtte otsingust on välja toodud Lisas 3.

Erialaste vastavasisuliste teaduspublikatsioonide otsimisel oli suurim probleem originaalallikate ja mõõdikute kättesaadavus. Paljudel instrumentidel olid saadaval loomist ja arendamist kirjeldavad teadusartiklid, kuid puudub ligipääs mõõdikutele endile. Selle probleemi lahendamiseks pööruti autorite poole, paludes neilt mõõdikut (vt Lisa 4). Kahjuks vastas kirjadele vaid kolm autorit, kes kõik andsid positiivse vastuse ja kaks saatsid ka täismahus mõõdiku. Neist sai kaasata töösse ühe (PCPI-S), sest teise (*PCC-measure*) puhul oli tegemist originaalmõõdikust edasi arendatud instrumendiga. *PCC-measure* kaasati siiski töösse, sest originaalmõõdiku väited olid vabalt kättesaadavad.

Esialgseesse valimisse kaasati 18 mõõdikut, mis hindasid patsiendikesksust või selle osi statsionaarses aktiivravis personali seisukohast. Nimetatud mõõdikutest eemaldati kaks, sest üheski allikas ei olnud välja toodud mõõdiku väiteid ja mõõdik ise oli võõrkeelne (prantsus- ja taiwanikeelne). Eemaldati veel kolm mõõdikut, kus autorid mõõtsid küll patsiendikesksusega seotud või sarnaseid aspekte (nt empaatia, individuaalne tervishoiuteenus), kuid nad ise ei seostanud loodud mõõdikut patsiendikesksusega. Lisaks eemaldati veel kaks mõõdikut, mis DeSilva (2014) ülevaateartiklis oli välja toodud kui aktiivravis kasutamiseks sobilikud instrumendid, kuid lähemal tutvumisel selgus, et neid pole kunagi sellises kontekstis testitud ja tegemist on pigem hooldus- ja pikaaravihaiglates kasutamiseks loodud mõõdikutega. Lõpuks eemaldati veel kaks mõõdikut, sest lähemal uurimisel selgus, et üks mõõdik oli aastast 1999, mis ei vastanud kaasamise kriteeriumitele ja teine oli mõõdik, mida oli valimis topelt, tingituna erinevates allikates esinenud erinevast nimest (PCPI-S ja PCPI). Mõõdikute selekteerimise protsess on kokkuvõtlikult välja toodud Lisas 5.

Lõpliku valimi moodustasid 9 patsiendikesksust statsionaarses aktiivravis mõõtvat mõõdikut, mis autorite sõnul hindasid patsiendikesksust või selle osasid personali seisukohast. Neist kolmel on olemas mõõdikud, kahel on artikli lõpus välja toodud mõõdiku väited/tegevuste kirjeldused ning neljal on olemas artikli sees mõõdiku väited ja kasutuspõhimõtted.

3.3. Andmete analüüs

Autorile teadaolevalt ei ole olemas ühtseid põhimõtteid mõõdikute kirjeldamiseks ja võrdlemiseks. Erinevate autorite ülevaateartiklites on kasutatud töö kirjeldamisel mõistet „võrdlev ülevaade“ (*comparative review*), kuid pole kirjeldatud põhimõtteid, millest nad oma töös lähtuvad.

Käesolevas töös võetakse mõõdikute kirjeldamisel aluseks Rattray ja Jonesi (2007) mõõdiku loomise ja arendamise põhimõtteid. Rattray ja Jones (2007) on loonud strateegia, et aidata sotsiaalteaduste uurijatel luua oma mõõdikuid ja olemasolevaid hinnata. Neid põhimõtteid on oma mõõdikute loomisel ja olemasolevate hindamisel kasutanud mitmed autorid, näiteks Mucci jt (2014), Sawyer jt (2013), Pearse (2011). Vaatluse alla võetakse mõõdikute kirjeldamisel ja võrdlemisel mõõdiku ülesehitus, maht, ülesanne, sisu ja mõõdiku loomise ja arendamise protsess. Ülevaade antakse ka mõõdiku selgusest, järjekindlusest, loogilisusest, lihtsusest, keerukusest, usaldusväärsusest (valiidsusest ehk kehtivusest ehk paikapidavusest ning reliaablusest ehk mõõtmise objektiivsusest) ja kasutajasõbralikkusest tuginedes erinevate uurijate kogemusele. Mõõdiku väidete sõnastuse vastamise lihtsuse, järjepidevuse ja loogilisuse osas lähtutakse Rattray ja Jonesi põhimõtetest ja nõuannetest, milline peaks mõõdiku väidete sõnastus, ülesehitus jne olema. Vastamise lihtsusest ja keerukusest annab töö autor ülevaate pärast mõõdikule vastamist.

Lisaks antakse ülevaade, kui mitut ja milliseid patsiendikesksuse dimensioone mõõdik mõõdab. Lähtutakse Scholli jt (2014) sünteesitud 15 dimensioonist, mis põhineb aastatel 1968–2012 avaldatud patsiendikesksuse definitsioonidele ja dimensioonidele. Erinevad autorid toovad välja, et patsiendikesksus on lai, mitmest dimensioonist koosnev ja mitmel tasandil töötav nähtus, mis teeb patsiendikesksuse mõõtmise ja hindamise keeruliseks. (Mead ja Boweri 2000, Scholl jt 2014) Vaadeldes dimensioone ja nende selgitusi, on näha, et erinevate dimensioonide alla, mis on küll omavahel tihedalt seotud, kuuluvad erinevad tegevused, käitumismustrid, suhtlemisviisid ja vaated tervishoiuteenusele, mis omakorda on kõik seotud patsiendi ja tervishoiutöötaja vahelise suhtega (Scholl jt 2014). Mõõdikuid vaadeldes näeme, et ühte dimensiooni hinnates mõõdetakse ka teisi. Näiteks suhtlemise hindamisel käsitletakse ka suhet patsiendiga, patsiendi kui unikaalse isiku dimensiooni, patsiendi ja tema lähedaste kaasamise dimensiooni ja patsiendi võimestamise dimensiooni. Seetõttu otsustati käesolevas töös dimensionaalsust vaadelda mõõdikute üksikelementide kaudu. Iga väite/tegevuse kirjelduse puhul vaadatakse, millist dimensiooni see

hindab. Väidete/tegevuste kirjelduste sobivust dimensioonide alla hinnati lähtudes Scholli jt (2014) välja toodud dimensioonide selgitustest.

4. AKTIIVRAVI PERSONALI POOLT TÄIDETAVAD PATSIENDIKESKSUSE MÕÕDIKUD

4.1. Patsiendikesksuse mõõdikute ülesanded

Käesolevasse töösse on koondatud statsionaarse aktiivravi personali poolt täidetavad patsiendikesksuse dimensioone hindavad mõõdikud. Õendusteaduses kasutavad uurijad küsimustikke, et mõõta teadmisi, suhtumisi, tundeid, tunnetust, kavatsusi või käitumist. (Rattray ja Jones 2007). Olgugi, et patsiendikesksust saab kõige adekvaatsemalt hinnata patsient, kes saab teenust, saab tervishoiutöötaja hinnata oma ettekujutust sellest või anda hinnangu oma tegevuse patsiendikesksusele. Autorid toovad oma töödes välja, mida nende mõõdik mõõdab, mis on mõõdiku ülesanne. Vaadates neid ülesandeid laiemalt, selgus, et töösse valitud mõõdikuid on võimalik jaotada mõõtmise ülesande järgi nelja rühma:

- 1) personali arvamus oma tegevuse/suhtluse patsiendikesksusest;
- 2) personali hinnang oma valmisolekule olla oma tegevustes ja suhtlemises patsiendikeskne;
- 3) personali arvamus patsiendikesksusest;
- 4) personali hinnang töökeskkonna patsiendikesksusele.

Enim mõõdikuid mõõdab personali ettekujutust oma tegevuse/suhtluse patsiendikesksusest. On mitmeid mõõdikuid, millel on mitu mõõtmise eesmärki (vt tabel 1). Mõõdikute võrdlust kokkuvõttev tabel on Lisas 15.

Tabel 1. Mõõdikute jaotus mõõtmise eesmärgi järgi

| Eesmärk Mõõdik | Personali arvamus oma tegevuse/suhtluse patsiendikesksusest | Personali hinnang oma valmisolekule olla oma tegevustes ja suhtlemises patsiendikeskne | Personali arvamus patsiendikesksusest | Personali hinnang töökeskkonna patsiendikesksusele |
|-------------------|--|--|--|--|
| PPRQ | x | | | |
| SEPCQ | x | | | |
| NQCPQ | x | | | |
| PCC- measure | x | | | |
| PCC | x | | | |
| POPAC | x | | | |
| PCHCOA | x | | x | |
| PCPI-S | x | x | | x |
| PCQ-S | | | | x |

4.2. Mõõdikud, mis mõõdavad personali arvamust oma tegevuse/suhtluse patsiendikesksusest

4.2.1. *Provider- Patient Relationship questionnaire* (PPRQ)

PPRQ (Lisa 6) autorid on P. Gremigni, C. Casu ja M. Sommaruga. Mõõdik avaldati 2016. aastal. See loodi tuginedes 2008. aastal loodud mõõdikule *Health Care Communication Questionnaire* (HCCQ), mis oli igapäevaselt kasutusel patsientide seisukohtade ja kogemuste hindamiseks personaliga suhtlemisel. HCCQ-d muudeti eesmärgiga mõõta ka teisi patsiendikesksuse aspekte lisaks suhtlusele. Mõõdiku muutmisel ja arendamisel lähtuti IOM (2001) patsiendikesksuse paradigmat ja selle kesksetest osadest:

- 1) efektiivne suhtlus,
- 2) huvi patsienti puudutava informatsiooni vastu,
- 3) empaatia,
- 4) patsiendi kaasamine.

Mõõdiku loomise alguses seati mõõdiku ülesandeks mõõta tervishoiutöötaja enesehinnangut patsiendikesksete oskuste osas ning mil määral oskab ta kaasata patsienti igapäevatoosse patsiendikesksuse vaatenurgast. Pärast mõõdiku arendamist ja testimist leiti, et mõõdiku ülesanne on mõõta, kuidas tervishoiutöötajad hindavad oma suutlikkust igapäevaselt käituda (olla seotud) patsiendiga patsiendikesksuse vaatenurgast.

Mõõdiku arendamise alguses valiti välja 26 väidet, mis oma sisu järgi jaotati nelja eelmainitud gruppi. Mõõdikus olevate väidetega nõustumist hinnati 5-astmelisel Likerti skaalal, kus 1 = üldse mitte, 5 = täiel määral. Mõõdiku sisuvaliiduse osas konsulteeriti kolme eksperdiga. Nad hindasid, kui hästi need 26 väidet iseloomustavad nelja patsiendikesksuse komponenti. Hindamisel kasutati 4-astmelist skaalat, kus 1 = ei iseloomusta üldse ja 4 = iseloomustab väga hästi. Keskmiseks tulemuseks saadi 3,6.

Mõõdikut testiti uuringus, kus osales 600 tervishoiutöötajat kaheksast haiglast. Vastajad olid kõik tervishoiutöötajad: arstid, õed, taastusravispetsialistid (sh logopeedid ja füsioterapeudid), hooldajad ja radioloogid. Vastamise protsent oli 100% ning puuduvaid vastuseid oli 10%. Mõõdiku usaldusväärsuse ja homogeensuse hindamiseks tehti 4-nädalase intervalliga korduvtestimine, kus osales 50 õde. Pärast statistilisi analüüse vähendati väidete arvu 26-lt 16-le ning need jagunesid nii, et iga patsiendikesksust iseloomustava komponendi alla 4 väidet. 10st

eemaldatud väitest viis ei vastanud korrelatsiooni kriteeriumitele, kahel oli vastamata jätmise protsent üle 5% ning kolmel väitel oli saavutatud seatud ülempiir (*ceiling-effect*), mis tähendab, et 14–29% vastanutest oli andnud kõrgeima hinnangu.

Mõõdiku muutmise tulemusena valmis 16 väitest koosnev mõõdik. Mõõdiku Cronbachi α oli kogu mõõdikul 0,90, erinevatel osadel: 0,72, 0,91, 0,76 ja 0,73. Väidete vaheline korrelatsioonikordaja $r > 0,4$. Test-retest korrelatsioonikordaja kogu mõõdikul $r = 0,7$ ja erinevatel osadel: 0,7, 0,8, 0,8 ja 0,8. Faktoranalüüsi käigus ilmnis neli omavahel tihedalt korreleeruvat faktorit. Iga väide korreleerus talle määratud faktoriga $r > 0,5$, faktorite vaheline korrelatsioonikordaja r jäi vahemikku 0,6–0,8 ($p < 0,001$).

Statistilise analüüsi tulemusena selgus, et PPRQ on usaldusväärne ja sellel on rahuldav test-retest stabiilsus, arvestades asjaolu, et enesehindamine ei ole stabiilne meetod. Autorid märgivad, et PPRQ-l võib esineda probleem, sest vastused on positiivsuse poole kallutatud. Kuigi analüüsi tulemused ei näidanud seost PPRQ väidete ja sotsiaalse ihaldatavuse vahel, jäeti lõplikusse mõõdikusse siiski ainult need väited, mis ei näidanud kallutatust. Mõõdik on seni olnud kasutusel ainult haiglates, kuid autorid leiavad, et seda võiks edaspidi rakendada ka teistel tervishoiutasanditel ning mitte ainult enesehindamise, vaid ka jälgimismõõdikuna.

Edaspidi on mõõdikut testinud samad autorid kaks korda. 2016. aastal tegid Sommaruga jt uurimuse, milles selgitati, kuidas emotsionaalne intelligentsus on seotud tervishoiutöötaja patsiendikeskse käitumisega ja kui palju on see mõjutatud üldisest enesetõhususest. Mõõtmiseks kasutati lisaks PPRQ-le veel *Emotional Intelligent Scale*'i ja *General Self Efficacy Scale*'i. Selle uuringu tulemustes PPRQ-le hinnangut ei anta, vaid esitatakse seoseid mõõtmistulemuste vahel. Teine samade autorite tehtud uurimus avaldati 2018. aastal. Selles uuringus muudeti PPRQ ja saadi *Patient-Professional Interaction Questionnaire*, millele vastasid patsiendid. Uuringu eesmärk oli kirjeldada, kuidas patsiendid hindavad patsiendikeskse teenuse pakkumist tervishoiutöötajate poolt.

Lisaks on PPRQ-d kasutatud 2018. aastal Terri Hendry avaldatud uurimuses *Try to see it my way: Patient perspective video capture debriefing in simulation*. Selle uurimuse jaoks muutis autor mõõdiku autorite nõusolekul PPRQ 20-väiteliseks. PPRQ-20 üldine Cronbachi α 0,96 näitas kõrget sisemist kooskõla. Hendry leiab, et olgugi, et PPRQ oli algselt mõeldud igapäevaseks patsiendi ja tervishoiutöötaja suhte hindamiseks läbi tervishoiutöötaja silmade, on see ka sobiv instrument simulatsiooni tulemuste ja järjepideva hariduse hindamiseks.

PPRQ väited on sõnastatud selgelt ja arusaadavalt, kuid läbivalt on kasutatud mitut tunnust ühes väites (neljal väitel kaks tunnust, ühel neli), näiteks: *I inspired confidence and security when touching the patient and being nearby* (ma sisendan enesekindlust ja turvatunnet, puudutades patsienti ja olles läheduses), *I was interested in what the patient knows about the disease/prognosis* (ma olin huvitatud, mida patsient teab oma haiguse/prognoosi kohta), *I gave the patient time to ask and to talk about the disease* (ma andsin patsiendile aega küsida ja rääkida oma haigusest) jne. Selliselt üles ehitatud küsimused ei võimalda anda ühest vastust. Kõik väited on sõnastatud positiivsusele kallutatult, mis võib vastuste osas tekitada kallutatuse positiivsemate vastusevariantide poole. Mõõdik on üles ehitatud lihtsalt. Väited on loogilises järjestuses, alates lihtsamatest (*I provided clear information* – ma andsin selget infot) lõpetades komplekssematega (*I offered the patient the opportunity to discuss and decide together the „things to do“* – ma pakkusin patsiendile võimalust koos arutada ja otsustada, mida teha). Vastamine oli tehniliselt lihtne, juhised on selged ja arusaadavad, kuid mitme mõttega väited teevad vastamise keeruliseks. Hoolimata asjaolust, et autorid ei näinud positiivsusele kallutatuses probleemi, tekib küsimustiku väidetele vastates tahtmine ennast positiivsemalt hinnata.

PPRQ väited mõõdavad 6 dimensiooni 15-st.

- 1) Tervishoiutöötaja ja patsiendi suhe: Väited: 10, 12, 16.
- 2) Patsient kui unikaalne person. Väide 6.
- 3) Tervishoiutöötaja ja patsiendi vaheline suhtlus. Väited: 1, 3, 5, 7, 8.
- 4) Vastastikune info jagamine. Väited: 2, 9, 13, 14.
- 5) Patsiendi kaasamine: Väide 16
- 6) Emotsionaalne toetus. Väited: 4, 12, 15.

Tabel 2. Ülevaade mõõdikust PPRQ tuginedes Rattray ja Jones'i (2007) põhimõtetele

| | |
|------------------------------------|---|
| Mõõdiku ülesanne | Mõõta, kuidas tervishoiutöötajad hindavad oma suutlikkust igapäevaselt käituda (olla seotud) patsiendiga patsiendikesksuse vaatenurgast |
| Vastamise formaat | 5-astmeline Likert-skaalal, kus 1 = üldse mitte, 5 = täiel määral. |
| Elementide koostamine | Loomisel tugineti 2008. aastal loodud mõõdikule Health Care Communication Questionnaire. Algselt 26 väidet, neli alaskaalat. Ekspergrupp hindas: mil määral väited sobituvad antud komponendi alla, |
| Piloteerimine ja testimine | Uuring viidi läbi 600 tervishoiutöötaja seas 8-st haiglast. Re-test viidi läbi 4 nädala möödudes 50 õe seas, kolmest haiglast |
| Muudatused pärast testimist | 10 väidet eemaldati (järgneb) |

| | |
|--|--|
| Reliaablus | Cronbachi α kogu mõõdikul: 0,90 Väidete vaheline korrelatsioonikordaja $r > 0,4$. Test-retest korrelatsioonikordaja kogu mõõdikul $r = 0,7$ |
| Valiidsus | Ekspertgrupi kasutamine väidete hindamisel Keskmiselt korreleeruvad väited $r > 0,4$ Faktorite vaheline korrelatsioonikordaja r jäi vahemikku 0,55–0,82, 95% tõenäosuse juures ($p < 0,001$) |
| Elementide sõnastus | Väited on sõnastatud selgelt ja arusaadavalt Läbivalt on kasutatud mitut tunnust ühes väites Väited on sõnastatud kõik positiivsusele kallutatult |
| Mõõdiku järjekindlus, loogilisus | Mõõdik on üles ehitatud lihtsalt Küsimused on loogilises järjestuses, |
| Vastamise lihtsus/keerukus | Vastamine on tehniliselt lihtne, Juhised selged ja üheselt arusaadavad Mitme mõttega väited, teevad vastamise keeruliseks Tahtmine vastata positiivsemalt |
| Kasutus või arendused teiste autorite poolt (Uuringu autorid, avaldamise aasta ja pealkiri) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sommaruga jt (2016) Self-perceived provision of patient centered care by healthcare professionals: The role of emotional intelligence and general self-efficacy. 2. Hendry (2018) Try to see it my way: Patient perspective video capture debriefing in simulation 3. Casu jt (2018) The Patient-Professional Interaction Questionnaire (PPIQ) to assess patient centered care from the patient's perspective |
| Patsiendikesksuse dimensioonid (Scholl jt 2014 järgi) | <ul style="list-style-type: none"> • Tervishoiutöötaja ja patsiendi suhe, • patsient kui unikaalne person • tervishoiutöötaja ja patsiendi vaheline suhtlus • patsiendilt saadav informatsioon, • patsiendi kaasamine • emotsionaalne toetus. |

4.2.2. *Self-efficacy in patient-centeredness questionnaire (SEPCQ)*

SEPCQ (Lisa 7) on R. Zachriae, M. O'Connori, B. Lasseseni, M. Oleseni, L. Binow Kjaeri, M. Thygeseni ja A. M. Morcke 2015. aastal avaldatud instrument. Mõõdik mõõdab kui kindlad on arstid ja meditsiinitudengid oma võimes olla seotud ja suhelda patsiendiga. Mõõdiku arendamist alustati kirjanduse ülevaatega, kus koondati info patsiendi ja tervishoiutöötaja vahelise suhtluse kohta. Kirjanduse ülevaatest tulenevalt koostati 88 väitega mõõdik, milles väited olid jaotatud kuude kategooriasse:

- 1) patsiendi arvamus uurimine (21 väidet);
- 2) patsiendi probleemi nägemine biopsühhosotsiaalsest vaatenurgast (nt taust, elu situatsioon) (9 väidet);
- 3) ühise arusaama saavutamine haiguse, läbivaatuse ja ravi osas (9 väidet);
- 4) patsiendi kaasamine tema ravis (15 väidet);
- 5) arsti/arstitudengi-patsiendi vahelise suhte tugevdamine (20 väidet);
- 6) eneserefleksioon ja toimetulek suhtlusprobleemidega (14 väidet).

Vastati 7-astmelisel Likerti skaalal (0–6), kus 0 = väga madalalt ja 6 = väga kõrgelt, vahepunktiga 3 = mitte kumbki. Kaks autorit hindas juhiseid, vastuse kategooriaid ja väidete sõnastust, kasutades QAS-99 küsimuste hindamissüsteemi. Järgmise etapina vastas küsimustikule 10 üliõpilast ja 7 arsti, keda ka intervjueriti juhiste asjakohasuse, aktsepteeritavuse ja arusaadavuse osas.

SEPCQ-88-ga tehti kaks test-uurimust (osalisi kokku grupis A 448 ja grupis B 127). Statistiliste analüüside tulemusena muudeti väidete arv 27-le ja vastused muudeti 5-astmeliseks (0–4) ning välja jäeti keskmine vastusevariant, sest seda võis mõista ka vastusena „pole vahet“. Korraldati uus uuring. 27-väiteline mõõdik jagunes kolmeks alaskaalaks:

- 1) patsiendi seisukohtade uurimine (10 väidet);
- 2) informatsiooni ja võimu jagamine (10 väidet);
- 3) suhtlusprobleemide lahendamine (7 väidet).

Läbi viidi uus uuring, milles osales 291 üliõpilast ja 101 arsti. Sisemine kooskõla (Cronbachi α) jäi vahemikku 0,83–0,94. Alaskaalade vaheline korrelatsioonikordaja r jäi vahemikku 0,5–0,6 ning alaskaalade ja kogu mõõdiku vaheline korrelatsioonikordaja r jäi vahemikku 0,8–0,9. Testiretest korrelatsioonikordaja r oli erinevatel osadel vastavalt 0,6, 0,5 ja 0,7 ning kogu mõõdikul $r = 0,9$ ($p < 0,01$). Et näidata SEPCQ valiidsust, esitati enne uuringu algust mitu hüpoteesi SEPCQ tulemuse ja taustamuutujate seoste kohta, mis kõik said nii statistilise kui ka sisuanalüüsi tulemusena kinnitust. Kokkuvõttes leiti statistilise ja sisupõhise analüüsi tulemusena, et kolm alaskaalat on valiidsed ja katavad patsiendikeskse enesetõhususe põhijooni. Leiti, et mõõdik on valiidne ja usaldusväärne, seda võib kasutada erinevates kontekstides, näiteks et hinnata suhtlemise tulemusi, koolitustel ja interventsioonide hindamistel. Samas leiavad autorid, et SEPCQ valiidsust tuleks hinnata edaspidistes uurimustes.

SEPCQ väidete sõnastus on lihtne ja arusaadav. Mitut tunnust ühes väites esines neljal väitel (kolmel väitel kaks tunnust, ühel kolm). Näiteks *Focus on compassion, care and symptomatic treatment, when there is no curative treatment* (keskendun kaastundele, hoolimisele ja sümptomaatilisele ravile kui ei ole enam toimivat ravi). Lisaks esines mõttekordusi väidetes 12, 15, 18, 21, 26. Mõõdiku väidete järjestust pole põhjendatud. Mõõdik on väidete osas hüplik, puudub järjepidevus.

Küsimustikule vastates on näha, et väited võivad oma sõnastuses sobida ka vastaja tegevuse ja suhtumise hindamiseks. Seega peab meeles pidama, et iga väite ette käib „*I am confident that I am able to...*“ – „Ma olen kindel, et ma olen võimeline...“

SEPCQ väited hindavad 8 dimensiooni 15-st.

- 1) Tervishoiutöötaja olulisemad iseloomujooned. Väited: 3, 8, 13, 22, 27.
- 2) Tervishoiutöötaja ja patsiendi suhe. Väited: 4, 6, 9, 10, 14, 16, 19, 20, 23.
- 3) Patsient kui unikaalne isik. Väide 5
- 4) Tervishoiutöötaja ja patsiendi vaheline suhtlus. Väited: 4, 12, 20, 25, 26.
- 5) Vastastikune info jagamine. Väited: 1, 2, 11, 15, 18, 20, 21, 25.
- 6) Patsiendi kaasamine. Väide 7
- 7) Füüsiline toetus. Väide 24
- 8) Emotsionaalne toetus. Väited: 9, 10, 17, 24.

Tabel 3. Ülevaade mõõdikust SEPCQ tuginedes Rattray ja Jones'i (2007) põhimõtetele

| | |
|--|---|
| Mõõdiku ülesanne | Mõõta kui kindlad on arstid ja meditsiinitudengid oma võimes olla seotud ja suhelda patsiendiga |
| Vastamise formaat | 5-astmeline Likert-skaalal, kus 0 = väga vähe kindel, 4 = väga palju kindel |
| Elementide koostamine | Kirjanduse ülevaate tulemusena saadi 88 väidet, vastati 7 astmeliselt Likert-skaalal 0-6 |
| Piloteerimine ja testimine | SEPCQ-88 viidi läbi kaks test uurimust |
| Muudatused pärast testimist | Väiteid vähendati 27-le Vastamise formaat muudeti 5 astmeliseks Likert-skaalaks |
| Reliaablus | Cronbachi α jäi vahemikku 0,83—0,94 |
| Valiidsus | Väiteid hinnati QAS-99 küsimuste hindamissüsteemiga Tehti eeluuring, mille osalistelt küsiti tagasisidet arusaadavuse ja vastatavuse osas Esitati mitu hüpoteesi enne uuringu algust, mis kõik said kinnitust uuringu tulemustes |
| Elementide sõnastus | Väidete sõnastus on lihtne ja arusaadav Mitut tunnust ühes väites esines kahel korral Esineb mõttekordusi |
| Mõõdiku järjekindlus, loogilisus | Mõõdiku väidete järjestust pole põhjendatud. Mõõdik on väidete sisu osas hüplik, pole järjepidevust. |
| Vastamise lihtsus/keerukus | Väited võivad oma sõnastuses sobida ka vastaja tegevuse ja suhtumise hindamiseks. |
| Kasutus või arendused teiste autorite poolt | Puudub erialane kirjandus edaspidise kasutuse ja testimise kohta |
| Patsiendikesksuse dimensioonid (Scholl jt 2014 järgi) | <ul style="list-style-type: none"> • tervishoiutöötaja olulisemad iseloomujooned • tervishoiutöötaja ja patsiendi suhe, • patsient kui unikaalne isik • tervishoiutöötaja ja patsiendi vaheline suhtlus • vastastikune info jagamine (järgneb) |

- patsiendi kaasamine
- Füüsiline toetus
- emotsionaalne toetus

4.2.3. *Nurse Quality of Communication with Patient Questionnaire (NQCPQ)*

NQCPQ (Lisa 8) autorid on M. Vuković, B. S. Gvozdenović, B. Stamatović-Gajić, M. Ilić ja T. Gajić. Mõõdik on avaldatud 2010. aastal ning on mõeldud õe ja patsiendi vahelise suhtluse kvaliteedi hindamiseks. Autorite sõnul on NQCPQ mõõdik, mida õed saavad oma igapäevatoos kasutada, et hinnata patsiendiga saavutatud suhtlust ja selle kvaliteeti.

Esialgne mõõdik sisaldas 25 väidet õe ja patsiendi suhtluse kvaliteedi kohta. Mõõdiku arendamise alguses jaotati väited saavutatud suhtluse viisi ja eesmärgi järgi.

Suhtluse viisi järgi jaotati väited:

- 1) suhtluse viis, mis hoiab verbaalse suhtluse kvaliteeti;
- 2) suhtluse viis, mis hoiab mitte-verbaalse suhtluse kvaliteeti;
- 3) suhtluse viis, mis hoiab suhtluse kvaliteeti üldiselt.

Suhtluse eesmärgi järgi jaotati väited:

- 1) suhtlus, mille eesmärk on saada ülevaade patsiendi üldise seisundi tõsidusest;
- 2) suhtlus, mille eesmärk on väljendada patsiendist hoolimist;
- 3) suhtlus, mille eesmärk on teostada arsti määratud ravi.

Mõõdiku testimiseks hinnati suhtlust 118 patsiendiga viies erinevas osakonnas haiglasoleku jooksul. Iga päev vestles 1–2 õde ennelõunasel ajal patsiendiga, täitis iga vestluse kohta intervjuulehe ning küsimustiku. Pealelõunal täitsid küsimustiku samadest osakondadest valitud hindajad (2 õde igast osakonnast) samade patsientide kohta lähtudes intervjuu-lehtedest.

Faktoranalüüsil leiti, et peamisele faktorile – suhtluse kvaliteet – vastas kõige paremini kuus väidet. Ülejäänud eemaldati. Pärast statistilisi analüüse leiti, et iga väite panus üldfaktorile on peaaegu võrdne. Lõpliku mõõdiku kuue väite vaheline korrelatsiooni koefitsient $F = 29,63$ ning oli statistiliselt väga oluline ($p < 0,01$). Cronbachi α oli 0,97. Uuringusse kaasati õenduse üliõpilased, kes tegid statistilised analüüsid kahe hindaja hinnangutele. Mõningaid erinevusi leiti väidete 4 ja 5 tulemuste osas, kuid olulisi erinevusi ei olnud. Pearsoni korrelatsioonikordaja iga väite kohta, oli statistiliselt väga oluline, $r > 0,7$, ($p < 0,01$). Kahe hindaja tulemuste vaheline korrelatsioonikordaja $r = 0,8$.

Autorid leidsid, et tegemist on valiitse, usaldusväärse, praktilist väärtust omava, lihtsa ja kergelt täidetava instrumendiga, millega saab hinnata patsiendi ja õe vahelise suhtluse kvaliteedi hetke olukorda ja tuvastada puudujäägid.

Väited on pikad. Kuuest väitest neli on sõnastatud keeruliselt ja sisaldavad mitut tunnust (2–4 tunnust väites) (nt *The patient looks like he/she listens to what I am saying about his/her condition, but avoids or is not able to adequately cooperate with me while talking to him/her* – Tundub, nagu patsient kuulaks, mida ma talle ütlen tema seisundi kohta, aga väldib või ei ole võimeline adekvaatselt minuga koostööd tegema, sel ajal kui ma temaga räägin). Mõõdik on järjekindel, väited on järjestatud sisu järgi otsesemast (*The patient accepts conversation with me about her/his illness in the following way* – Patsient nõustub minuga oma haigusest vestlema järgneval viisil) üldisemani (*Generally speaking, the level of my communication with the patient while I carry out or monitor his/her pharmacotherapy, I can describe as* – Üldiselt rääkides, minu suhtluse taset patsiendiga, samal ajal kui ma manustan ravimit või jälgin ravi, saab kirjeldada kui).

Vastamine on keeruline, sest 1) väited on pikad ja keeruliselt sõnastatud, peab korduvalt lugema, mida küsitakse, 2) igale väitele on oma vastusevariandid, sõltuvalt väite sisust.

NQCPQ väited mõõdavad kahte dimensiooni 15-st.

- 1) Tervishoiutöötaja ja patsiendi suhe. Väited 5, 6.:
- 2) Tervishoiutöötaja ja patsiendi vaheline suhtlus. Väited: 1, 2, 3, 4, 5.

Tabel 4. Ülevaade mõõdikust NQCPQ tuginedes Rattray ja Jones'i (2007) põhimõtetele

| | |
|------------------------------------|--|
| Mõõdiku ülesanne | Hinnata saavutatud suhtlust patsiendiga ja selle kvaliteeti |
| Vastamise formaat | 6-astmeline ordinaalskaala. Igale väitel erinevad vastusevariandid, millele omistatakse väärtus 1–6-ni (1 kõige madalam, 6 kõige kõrgem) |
| Elementide koostamine | Pole selgitatud |
| Piloteerimine ja testimine | Algselt 25 väidet, anti hinnang 1–6-ni 1–2 õde ennelõunal hindas oma vestlust patsiendiga, kasutades mõõdikut Pealelõunal hindajad hindasid samade patsientidega tehtud vestlust intervjuu lehtedelt, kasutades mõõdikut |
| Muudatused pärast testimist | Faktoranalüüsi käigus tõusis esile 6 väidet, teised eemaldati. |
| Reliaablus | Cronbachi $\alpha = 0,97$ Pearsoni korrelatsiooni koefitsient $r > 0,7$ Test-retest korrelatsiooni koefitsient $r = 0,8$ (järgneb) |

| | |
|--|---|
| Valiidsus | Analüüsid üldist mõõdiku valiidsust, selgus, et mõõdiku kuus väidet katavad 86% ulatuses hinnatud fenomeni- õe-patsiendi suhtluse kvaliteet |
| Elementide sõnastus | Väited on pikad, sõnastatud keeruliselt, sisaldavad mitut tunnust |
| Mõõdiku järjekindlus, loogilisus, | Mõõdik on järjekindel, väited on järjestatud sisu järgi otsesemast, üldisemani |
| Vastamise lihtsus/keerukus | Vastamine on keeruline: <ul style="list-style-type: none"> - Väited on pikad ja keeruliselt sõnastatud, peab korduvalt lugema, mida küsitakse - Iga väitele on oma vastusevariandid, sõltuvalt väite sisust |
| Kasutus või arendused teiste autorite poolt | Arenduse või testimise kohta allikad puuduvad |
| Patsiendikesksuse dimensioonid (Scholl jt 2014 järgi) | <ul style="list-style-type: none"> • Tervishoiutöötaja ja patsiendi suhe, • Tervishoiutöötaja ja patsiendi vaheline suhtlus |

4.2.4. *Patient-centered Care measure (PCC-measure)*

PCC-measure (Lisa 9) on S. Sidani, L. Collins, P. Harbmani, K. MacMillani, S. Reevesi, C. Hurlock-Chorostecki, F. Donalti, P. Staples ja M. van Soereni 2014. aastal avaldatud 27-lemendiline dihhotoomne mõõdik, mis hindab igapäevaselt aktiivravi tingimustes tervishoiutöötaja poolt patsiendikesksete tegevuste rakendamist.

Mõõdiku arendamist alustati kirjanduse ülevaatega, et teha kindlaks ja kirjeldada patsiendikesksuse olulisi komponente. Ülevaate tulemusena leiti kolm olulisemat komponenti: 1) holistilised tegevused, 2) koostööl põhinevad tegevused, 3) reageerivad tegevused. Kõik need komponendid on rakendatud terapeutilise suhte kaudu tervishoiutöötaja ja patsiendi vahel. Edasi kaardistasid autorid spetsiifilised tegevused, mis kuuluvad iga eelnimetatud komponendi alla. See protsess sisaldas kolme sammu:

- 1) selgitati teostatud tegevuse laad ja liik (milles see täpselt seisneb);
- 2) keerulisemad tegevused jaotati lihtsamateks tegevusteks;
- 3) loodi lihtsaid tegevusi kirjeldavad elemendid.

Autorid leiavad, et mõõdikus välja toodud tegevused tuleb hoida lihtsana ja kõikidele tervishoiutöötajatele üheselt arusaadavana. Samas peab neis olema täpselt kirjeldatud, kuidas tegevused tuleb teha, et oleks selge ja ühine arusaam, mis tegevusega kaasneb. Pärast kaardistamist leiti 27 tegevuse kirjeldused, mis jagunesid patsiendikesksuse komponentide alla järgnevalt:

- 1) holistiline tervishoiuteenus – 8 tegevuste kirjeldust;
- 2) koostööl põhinev tervishoiuteenus – 12 tegevuste kirjeldust;
- 3) reageeriv tervishoiuteenus – 7 tegevuste kirjeldust.

Sisuväliduse tagamiseks kaasati tegevuste kirjelduste hindamisprotsessi ekspertgrupp, kellel paluti hinnata, kui asjakohased on elementides kirjeldatud tegevused lähtudes patsiendikesksusest. Hinnang anti 10-astmelisel Likerti skaalal, kus 0 = ei ole üldse ja 10 = väga palju. Elemendid keskmise skooriga > 5 loeti asjakohaseks. Lisaks vesteldi ekspertgrupi liikmetega, et välja selgitada muud aspektid, mis võivad mõjutada tegevuste kirjeldustest arusaamist, nende selgust ja mitmetimõistmist. Pärast ekspertgrupi hinnangu saamist muudeti kahe tegevuse kirjelduse sõnastust, muu jäi samaks. Kogu mõõdiku asjakohasuse keskmine tulemus oli > 9,5.

Uuringus osales 149 õde, kellel paluti hinnata, kas nad teevad või ei tee esitatud tegevusi oma praktilises töös (vastusevariandid binaarskaalal: jah/ei). Sisemise kooskõla hindamiseks kasutati KR-20 koefitsienti, mis on sobilik just dihhotoomsete (kahe vastusevariandiga) mõõdikute hindamiseks. Üldist välidust hinnati faktoranalüüsiga. KR-20 tulemused kolmele komponendile olid: 0,66, 0,70 ja 0,42, mis on suhteliselt madalad (uue mõõdiku KR-20 peaks olema > 0,70). Faktoranalüüsil selgus, et leitud faktorite omaväärtused olid 2,6, 2,7 ja 1,7. Faktorlaadungid jäid vahemikku 0,3–0,9, 0,4–0,7 ja 0,4–0,9. Siiski leiavad autorid, et usaldusväärtuse ja faktoranalüüside keskmised tulemused on julgustavad ja viitavad, et mõõdiku elemendid kirjeldavad olulisi patsiendikesksuse komponente. Nad selgitavad, et madal KR-20 tulemus võib olla tingitud asjaolust, et kahel alaskaalal, mis said tulemuse alla 0,70, oli vähem elemente kui sellel, mis sai 0,70. Madalad tulemused on autorite sõnul ootuspärased, kui mõõdetakse patsiendikesksete tegevuste rakendamise täpsust. Nii leiavadki autorid, et mõõdik vajab edasist testimist, mitte ainult õdede, vaid erinevate tervishoiutöötajate seas. Nad toovad välja, et mõõdiku üldist välidust saab edaspidi uurida kahte moodi: 1) võrrelda tervishoiutöötajate testi tulemusi eraldiseisva jälgija tulemustega, 2) võrrelda seoseid tervishoiutöötajate testi tulemuste ja patsientide rahulolu uuringu tulemustega. Lõppkokkuvõttes leiavad autorid, et seda mõõdikut saab kasutada hindamiseks tervishoiutöötajate patsiendikesksete tegevuste rakendamist nende igapäevapraktikasse.

2016. aastal tegid PCC-measure autorid uurimuse „*Health Professionals' and Patients' Perceptions of Patient-Centered Care: A Comparison*“, kus võrreldi tervishoiutöötajate ja patsientide arusaama patsiendikesksest tervishoiuteenusest. Käesolevas uuringus on kasutatud PCC-measure arendatud versiooni, milles oli 20 väidet patsiendikesksete tegevuste kohta, 4 alaskaalat ja vastati 6-astmelisel Likerti skaalal, kus 0 = mitte üldse ja 6 = väga. Vastajatel paluti

hinnata, mil määral nad kasutavad nimetatud tegevusi oma igapäevases töös. Arendatud mõõdiku Cronbachi α väärtus oli $> 0,80$. Alaskaaladel jäi see vahemikku 0,83–0,94.

Tegevuste kirjeldused on sõnastatud erinevalt. Mõned on sõnastatud väga lihtsalt ja üheselt mõistetavalt (nt *Identify patients concerns and/or needs* – Tee kindlaks patsiendi mured ja/või vajadused), mõned väga pikalt ja mitut tunnust sisaldavalt (27-st elemendist 19 sisaldas 2–9 tunnust) (nt *Provide complete, accurate, and unbiased information about the nature of each option, and associated risks, benefits, potential outcomes and uncertainty* – Anna täielikku, täpset ja erapooletut informatsiooni iga võimaluse olemusest, seotud riskidest, kasust, võimalikest tulemustest ja kahtlustest). Mõõdik on jaotatud kolmeks patsiendikesksuse olulisemaks komponendiks. Mõõdik on loogiline ja arusaadav. Vastamine on üldiselt lihtne, juhised on selged ja arusaadavad. Vastamise teevad keeruliseks kohati esinevad pikad ja mitme mõttega tegevuste kirjeldused.

PCC- *measure* üksikelemendid mõõdavad 10 dimensiooni 15-st.

- 1) Tervishoiutöötaja ja patsiendi suhe. Elemendid: 5, 10, 23, 25.
- 2) Patsient kui unikaalne isik. Elemendid: 1, 2, 3, 10, 15, 21, 23.
- 3) Biopsühhosotsiaalne vaade. Elemendid: 1, 19, 26.
- 4) Tervishoiutöötaja ja patsiendi vaheline suhtlus. Elemendid: 1, 2, 11, 12, 14, 24.
- 5) Meditsiinilise ja mittemeditsiinilise abi integreerimine. Elemendid: 6, 22.
- 6) Vastastikune info jagamine. Elemendid: 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13.
- 7) Patsiendi kaasamine. Elemendid: 9, 12, 17.
- 8) Patsiendi lähedaste kaasamine. Element 20.
- 9) Füüsiline toetus. Elemendid: 6, 16, 18, 23.
- 10) Emotsionaalne toetus. Elemendid: 6, 23, 27.

Tabel 5. Ülevaade mõõdikust PCC-measure tuginedes Rattray ja Jones'i (2007) põhimõtetele

| | |
|------------------------------------|---|
| Mõõdiku ülesanne | Hinnata tervishoiutöötajate patsiendikesksete tegevuste rakendamist nende igapäevapraktikasse |
| Vastamise formaat | Ei- Jah |
| Elementide koostamine | Kirjanduse ülevaate tulemusena koostati 27 elementi-patsiendikeskset tegevust |
| Piloteerimine ja testimine | Pilootuuringut ei tehtud. Mõõdik lasti üle vaadata ja hinnata 10 eksperdil. |
| Muudatused pärast testimist | Muudeti kahe elemendi sõnastust |
| Reliaablus | KR-20 tulemused olid kolmel erineval osal: 0,66, 0,70 ja 0,42 (järgneb) |

| | |
|--|---|
| Valiidsus | Kaasati ekspertgrupp elementide hindamise protsessi, et tagada sisu valiidsus. Üldise valiidsuse hindamiseks, viid läbi faktoranalüüs |
| Elementide sõnastus | Elemendid on sõnastatud erinevalt, on lihtsaid ja ühe tunnusega, on pikki, keeruliselt sõnastatud ja mitut tunnust sisaldavad |
| Mõõdiku järjekindlus, loogilisus, | Mõõdik on jaotatud kolmeks patsiendikesksuse olulisemaks komponendiks. Mõõdik on loogiline ja arusaadav |
| Vastamise lihtsus/keerukus | Vastamine on üldiselt lihtne. Keeruliseks teeb vastamise kohati esinevad pikad ja mitme mõttega elemendid. |
| Kasutus või arendused teiste autorite poolt (Uuringu autorid, avaldamise aasta ja pealkiri) | 1) S. Sidani, D. Cockwell, M. van Soeren, C. Hurlock-Chorostecki, S. Reeves, M. Fox, L. Collins (2016) <i>Health Professionals' and Patients' Perceptions of Patient-Centered Care: A Comparison.</i> |
| Patsiendikesksuse dimensioonid (Scholl jt 2014 järgi) | <ul style="list-style-type: none"> • Tervishoiutöötaja ja patsiendi suhe, • patsient kui unikaalne isik, • biopsühhosotsiaalne vaade • tervishoiutöötaja ja patsiendi vaheline suhtlus, • meditsiinilise ja mittemeditsiinilise abi integreerimine, • vastastikune info jagamine, • patsiendi kaasamine, • patsiendi lähedaste kaasamine, • füüsiline toetus • emotsionaalne toetus |

4.2.5. Patient-centred Care Competency Scale (PCC)

PCC (Lisa 10) on Jee-In Hwangi 2013. aastal avaldatud mõõdik, mis on mõeldud haiglas töötavate õdede patsiendikesksete kompetentside hindamiseks. Hwang leiab, et selline mõõdik annab võimaluse kindlaks teha, millistele kompetentsidele on vaja rohkem tähelepanu pöörata, et tõhustada patsiendikeskse õendustegevuse levimist õendusharidusse ja kliinilisse praktikasse.

Patsiendikeskne kompetents oli defineeritud kui patsiendikeskse õendustegevusega seotud oskused ja suhtumised. Pärast varasematest uuringutest ülevaate tegemist võeti mõõdiku loomise aluseks QSEN (*Quality and Safety Education for Nurses*) uurimismeeskonna loodud nimekiri patsiendikesksete õenduskompetentsidega seotud teadmistest, oskustest ja suhtumistest. QSEN tõi välja kuus peamist kõikidele õdedele kehtivat kompetentsi, mille arendamine hõlbustab muudatusi töö kvaliteedis ja turvalisuses:

- 1) patsiendikeskne tervishoiuteenus;
- 2) meeskonnatöö;
- 3) tõenduspõhine praktika;
- 4) kvaliteedi parandamine;
- 5) turvalisus;

6) informaatika.

Lisaks toob QSEN uurimisrühm välja nimekirja oskustest, teadmistest ja suhtumistest, mis on vajalikud iga kompetentsi saavutamiseks. Selle nimekirja alusel toodi välja 41 tegevuse kirjeldust, mis kaasati esialgsesse mõõdikusse, mida hindas 11-liikmeline ekspertide paneel. Nad hindasid elementide asjakohasust 4-astmelisel Likerti skaalal (1 = pole asjakohane, 4 = väga asjakohane). Arvutati iga elemendi sisuvaliidsuse indeks. Elemendid, mille sisuvaliidsuse indeks oli üle 0,70, kaasati mõõdikusse. Mõõdikuga, milles oli 25 tegevuse kirjeldust, viidi läbi test-uuring kahe õendusjuhi ja kahe registreeritud õega, et kontrollida mõõdiku selgust ja tegevuse kirjelduste arusaadavust. Nende tagasiside põhjal muudeti tegevuse kirjelduste sõnastust.

Uuringus osales 577 õde. Õdedel paluti hinnata oma kompetentsust iga elemendi juures (kui kompetentsena ta end tunneb nimetatud tegevust tegema). Vastati 5-astmelisel Likerti skaalal, kus 1 = vähesel määral, 2 = alla keskmise, 3 = keskmiselt, 4 = hea, 5 = suurepärane. Lisaks paluti õdedel hinnata oma patsiendikeskset tegevust üleüldiselt skaalal 0–100. Kogu 25-elementilise mõõdiku Cronbachi α oli 0,94. Kõikide elementide vaheline korrelatsioonikordaja r jäi vahemikku 0,5–0,7. Faktoranalüüsil tuli esile neli faktorit, omaväärtusega üle 1,0. Elemendid, mille faktorilaadung jäi alla 0,5 ja mis analüüsi tulemusena sattus mitme faktori alla, kustutati. Lõplikuks mõõdiku mahuks jäi 17 tegevuse kirjeldust.

17-elementilise mõõdikuga tehti uued psühhomeetrilised mõõtmised. Kogu mõõdiku Cronbachi α oli 0,94 ja nelja alaskaala omad vastavalt 0,85, 0,81, 0,84 ja 0,80. Faktoranalüüsil varimaxi rotatsiooniga jäi püsima neli faktorit, mille omaväärtused olid > 1 . Faktorid nimetati:

- 1) patsientide seisukohtade austamine, mis sisaldas kuut tegevuse kirjeldust;
- 2) patsiendi kaasamine raviprotsessi, mis sisaldas viit tegevuse kirjeldust;
- 3) patsiendile lohutuse pakkumine, mis sisaldas kolme tegevuse kirjeldust;
- 4) patsiendi toetamine, mis sisaldas kolme tegevuse kirjeldust.

Kõikide elementide vaheline Pearsoni korrelatsioonikordaja $r > 0,4$. Korrelatsioon elementide vahel, mis kuulusid ühe faktori alla, oli tugevam võrreldes korrelatsiooniga teiste elementide ja faktorite vahel. Alaskaalade vaheline korrelatsioonikordaja r jäi vahemikku 0,5–0,6. Võrreldi ka mõõdiku üldist tulemust õdede üleüldise hinnanguga oma patsiendikesksele tegevusele. Leiti, et need kaks tulemust korreleeruvad omavahel märkimisväärselt ($r = 0,6$, $p < 0,001$).

Kokkuvõttes leiavad autorid, et PCC on heade psühhomeetria omadustega, suurepärase seadmise kooskõlaga ning mõõdab täpselt ja usaldusväärset õdede kompetentsust patsiendikesksetel tegevustel. Siiski leiab autor, et kuna uuring toimus ainult kahes haiglas, tuleks mõõdikut edaspidi veel testida, et hinnata test-retest reliaablust. Samuti leiab autor, et nimetatud mõõdikut võiks testida teistel tervishoiutasanditel, näiteks pikaravihaiglates ning kasutada nii õdede kui ka patsientide seisukohtade hindamiseks, et kinnitada mõõdiku ja selle alaskaalade validsust.

Tegevuste kirjeldused on sõnastatud erinevalt. Kohati lihtsalt ja ühemõtteliselt, kuid mõned on sõnastatud pikalt ja nõuavad korduvat lugemist, et mõista, mida täpselt on küsitud (nt *Engage patients or designated surrogates in active partnership that promote health, safety and well-being, and self-care management* – Kaasa patsiente või nende määratud asemikke aktiivsesse partnerlusse, mis edendab tervist, turvalisust ja heaolu ning enesehooldusega toimetulekut). 11 tegevuse kirjeldust 17-st sisaldas mitut tunnust (2–6 tunnust elemendi kohta). Mõõdik on üles ehitatud alaskaaladena. Alaskaalad on järjestatud loogiliselt. Alaskaalade sees elementide järjekorda põhjendatud ei ole. Vastamine on üldiselt lihtne. Vastamise teevad keeruliseks kohati esinevad pikad, keeruliselt sõnastatud elemendid. Sõnastusega seotud aspektid võivad olla tingitud asjaolust, et mõõdik on tõlgitud korea keelest. Sarnast sõnastust on näha kogu mõõdiku loomist ja arendamist kirjeldava artikli jooksul.

PCC üksikelemendid mõõdavad 12 dimensiooni 15-st

- 1) Tervishoiutöötaja olulisemad iseloomujooned. Element 1
- 2) Tervishoiutöötaja ja patsiendi suhe. Element 10
- 3) Patsient kui unikaalne isik. Elemendid 1,2, 5, 6, 11.
- 4) Tervishoiutöötaja ja patsiendi vaheline suhtlus. Elemendid 9, 15.
- 5) Interdistsiplinaarne meeskonnatöö. Elemendid: 4, 17.
- 6) Tervishoiu koordineerimine ja järjepidevus. Element 16
- 7) Vastastikune info jagamine. Elemendid 2, 15.
- 8) Patsiendi kaasamine. Elemendid 7, 8, 11.
- 9) Patsiendi lähedaste kaasamine. Elemendid 3, 9.
- 10) Patsiendi võimendamine. Element 9
- 11) Füüsiline toetus. Elemendid 12, 13, 14
- 12) Emotsionaalne toetus. Element 13

Tabel 6. Ülevaade mõõdikust PCC tuginedes Rattray ja Jones'i (2007) põhimõtetele

| | |
|--|---|
| Mõõdiku ülesanne | Hinnata kui kompetentsena öde ennast tunneb patsiendikesksete tegevuste teostamisel |
| Vastamise formaat | 5-astmeline Likert-tüüpi skaala kus 1 = vähesel määral, 2 = alla keskmise, 3 = keskmiselt, 4 = hea, 5 = suurepärane |
| Elementide koostamine | Mõõdiku aluseks on QSEN nimekiri patsiendikesksetest kompetentsidest ja nende saavutamiseks mõeldud tegevuste, oskuste ja suhtumiste kohta. Selle põhjal koostati 41 elementi. |
| Piloteerimine ja testimine | 41 tegevuse kirjelduste asjakohasust hindas 11-liikmeline ekspertide grupp. Sisuvälisuse indeksiga $\geq 0,70$ kaasati mõõdikusse. 25 tegevuse kirjeldusega mõõdikuga viidi läbi test-uuring, peale mida muudeti sõnastust. Viidi läbi uuring, tegevuse kirjeldust, mille faktorlaadung jäi alla 0,5 ja mis analüüsi tulemusena sattus mitme faktori alla, kustutati. |
| Muudatused pärast testimist | Lõplikuks mõõdiku mahuks jäi 17 tegevuse kirjeldust |
| Reliaablus | Cronbachi α väärtus kogu mõõdikul oli 0,94, alaskaaladel: 0,85, 0,81, 0,84 ja 0,80 |
| Valiidsus | Ekspertgrupp hindas tegevuse kirjelduste asjakohasust Test-uuring, et kontrollida mõõdiku selgust ja tegevuse kirjelduste arusaadavust Mõõdiku üldise tulemuse ja ödede üldise hinnangu vahel leiti olevat statistiliselt märkimisväärne seos ($r = 0,6$, $p < 0,001$) |
| Elementide sõnastus | Tegevuste kirjeldused sõnastatud erinevalt, kohati lihtsalt ja ühemõtteliselt, kuid mõned on sõnastatud pikalt ja nõuavad korduvat lugemist, et mõista, mida täpselt on küsitud |
| Mõõdiku järjekindlus, loogilisus | Mõõdik on üles ehitatud vastavalt alaskaaladele. Mõõdik on järjekindel ja loogiline. |
| Vastamise lihtsus/keerukus | Vastamine on üldiselt lihtne. Keeruliseks teeb vastamise kohati esinevad pikad, keeruliselt sõnastatud elemendid |
| Kasutus või arendused teiste autorite poolt | Edasise arenduse või testimise osas allikad puuduvad |
| Patsiendikesksuse dimensioonid (Scholl jt 2014 järgi) | <ul style="list-style-type: none"> • tervishoiutöötaja olulisemad iseloomujooned • tervishoiutöötaja ja patsiendi suhe • patsient kui unikaalne isik • tervishoiutöötaja ja patsiendi vaheline suhtlus • interdistsiplinaarne meeskonnatöö • tervishoiu koordineerimine ja järjepidevus • Vastastikune info jagamine • patsiendi kaasamine, • patsiendi lähedaste kaasamine, • patsiendi võimestamine • füüsiline toetus • emotsionaalne toetus |

4.2.6. *The person- centred care of older people with cognitive impairment in acute care scale (POPAC)*

POPAC (Lisa 11) on D. Edvardssoni, A. Nilssoni, D. Fetherstonhaugh', R. Nay ja S. Crowe'i 2013. aastal avaldatud 15-väiteline, kolme alaskaalaga mõõdik, mis mõõdab, mil määral

aktiivravi õenduspersonal kasutab enda hinnangul parimat õenduspraktikat, mõistes ja arvestades patsiendi kognitiivse puudujäägiga ning mil määral kasutatud õendussekkumised on seotud vanemaealise ja kognitiivse puudujäägiga patsiendi vajadustega.

Mõõdiku loomise alguses kaardistati erialasele teaduskirjandusele tuginedes parim õenduspraktika vanemaealiste ja kognitiivse puudujäägiga inimeste õendusabis statsionaarses aktiivravi osakonnas. Allikatest ilmnis kaheksa parima õenduspraktika dimensiooni, mida kasutati esialgse mõõdiku loomisel:

- 1) kognitiivse puudujäägi äratundmine;
- 2) erialaspetsialistidega konsulteerimine;
- 3) tõenduspõhiste tegevusprotokollide või juhiste kasutamine;
- 4) keskkonna kohandamine;
- 5) sotsiaalse mitmekesisuse pakkumine;
- 6) personali järjepidevuse ja sagedase suhtlemise tähtsustamine;
- 7) ohjeldatuse vältimine;
- 8) individualiseeritud õendusabi.

Need teoreetilised dimensioonid laiendati algse mõõdiku 21-ks väiteks. Kõik väited olid sõnastatud parimale õenduspraktikale tuginevate protseduuride teostamise kohta. Vastajatel paluti hinnata, kui sageli nende osakonnas neid protseduuride kasutatakse. Esialgne mõõdik sisaldas 21 väidet, mis olid seotud parima õenduspraktikaga ja 8 alaskaalat, mis olid seotud personali suhtumisega kognitiivse puudujäägiga vanemaealiste inimeste suhtes. Hinnata sai 6-astmelisel Likerti skaalal 1–6, kus vastusevariandid olid: mitte kunagi, väga harva, harva, sageli, väga sageli ja alati.

12-liikmelisele rahvusvahelisele ekspertide paneelile, kellel oli kogemusi vanemaealiste kognitiivse puudujäägiga inimestega, saadeti mõõdik palvega hinnata ja kommenteerida mõõdiku asjakohasust. Neil paluti hinnata väidete sõnastust ja kas nimetatud tegevused näitavad parimat praktikat vanemaealise kognitiivse puudujäägiga inimeste õendusabis. Vastus saadi kaheksalt paneeli liikmelt ning need kinnitasid teoreetilist asjakohasust ja pakkusid muudatusi sõnastuses. Peale muudatuste sisse viimist suunati mõõdik testimisele 12 osakonda, 360-le õenduspersonali inimesele. Vastata sai nii paber- kui ka veebiversioonis. Vastused saadi 212 õelt. Re-test tehti kahenädalase intervalliga 25 töötaja seas. Peale sisuvaliidsuse hindamist kustutati ära kuus väidet, sest need ei ületanud kokkleepitud homogeensuse piirväärtust, milleks oli 0,3. Ülejäänud 15 väidet näitasid rahuldavat homogeensust, mida on näha ka kõikide väidete

vahelistest korrelatsioonikordaja r väärtusest, mis jäi vahemikku 0,4–0,7 ning asjaolust, et kogu mõõdiku Cronbachi α ei muutu kui mõni väide kustutada. Faktoranalüüsil tuli välja kolm stabiilset faktorit, mille tulemusena otsustati, et lõplikul 15-väitelisel mõõdikul on kolm alaskaalat:

- 1) kognitiivsete hinnangute ja õendussekkumiste kasutamine;
- 2) tõendite/märkide ja kognitiivsete oskuste kasutamine;
- 3) individualiseeritud õendusabi.

Sisu valiidsus leiti olevat hea, kuna mõõdiku kontseptuaalne taust tulenes parimast õenduspraktikast vanemaealiste ja kognitiivse puudujäägiga inimeste õendusabis, mida on kirjeldatud kaasaegsetes õendusteaduse publikatsioonides. Lisaväärtust annab valiidsusele ekspertgrupi kaasamine, kes samuti kinnitasid mõõdiku väidete asjakohasust. 15-väitelise mõõdiku sisemine koosõla oli hea. Kogu mõõdiku Cronbachi α oli 0,87, alaskaaladel: 0,74, 0,79 ja 0,78. Test-retest reliaablus oli hea. Paaris t-testi tulemusena ei leitud erinevusi keskmiste tulemuste seas.

Miinustena toodi mõõdiku arendamise puhul välja asjaolu, et uuring viidi läbi ühes haiglas ja osavõtjate protsent jäi suhteliselt madalaks (59%). Seega leiavad autorid, et mõõdikut tuleks edaspidi veel testida ja kasutada ka teistes kliinilistes keskkondades. Kokkuvõttes leidsid autorid, et POPAC on asjakohane, lühike, kergesti ja kiiresti täidetav, kuid siiski olulist infot pakkuv, valideeritud ja reliaabne mõõdik, et mõõta, mil määral aktiivravi osakonnas vanemaealistel ja kognitiivse puudujäägiga patsientidele tehtavad protseduurid ja protsessid on teostatud lähtudes patsiendikesksuse põhimõtetest. Samuti sobib POPAC osakonnasiseste interventsioonide läbiviimisel arengu hindamiseks ja uute õpieesmärkide seadmiseks. Autorid toovad välja, et POPAC on hetkel ainus mõõdik, mis toodab rahvusvahelist teavet sellel teemal. Seetõttu sobib see parima patsiendikeskse õenduspraktika parandamiseks ja arendamiseks erinevates riikides ja kontekstides.

Samal aastal (2013) kui ilmus esimene uuring POPAC mõõdikuga, viisid kaks originaalmõõdiku autorit ja nende kaastöötajat Rootsis läbi uuringu eesmärgiga testida mõõdikut teises kultuurikontekstis ja keeles ning hinnata seeläbi mõõdiku stabiilsust ja reliaablust. Uuringus osalesid õed ja arstid. Kogu mõõdiku Cronbachi α oli 0,83, kuid alaskaaladel saavutas etteseatud piirväärtuse 0,70 vaid III alaskaala (0,80). Teisel kahel oli see 0,56. Väidete vaheline korrelatsioonikordaja r näitas keskmist seost, jäädes kogu mõõdikul vahemikku 0,3–0,6. Ka test-retest stabiilsus oli rahuldav, kahe mõõtmiskorra tulemuste korrelatsiooni koefitsient r jäi

vahemiku 0,6–0,8. Autorid leiavad, et POPAC on üldjoontes valiidne ja reliaabne, kuid vajab edasist testimist ja hindamist kolmedimensioonilisuse ja seeläbi alaskaalade usaldusväärtuse osas.

2017. aastal testiti POPAC mõödikut Austraalias, kus tehti ka algne uurimus. Uuringu psühhomeetrislike testide tulemusena leiti, et mõödiku üldine Cronbachi α oli 0,84, alaskaaladel vastavalt 0,63, 0,82 ja 0,76. Faktoranalüüsi tulemusena jäi püsima kolme faktoriga lahendus, kuid käesolevas uuringus paigutusid väited faktorite alla mõningate variatsioonidega võrreldes originaalmõödikuga. Lisaks eemaldati mõödikust 5. väide, selle vastuse negatiivse suuna tõttu (*We leave older people with cognitive impairment alone in the ward* – Me jätame kognitiivse puudujäägiga vanemaealisi inimesi üksi osakonda). Selle väite puhul vastusevariant 1 näitab pigem positiivset ja 6 negatiivset vastust). Pärast muudatusi nimetati mõödik ümber POPAC-R. Kokkuvõttes leiavad uuringu autorid, et tegemist on lihtsa ja väikese ajakuluga täidetava mõödikuga, mis annab valiidset ja reliaabset infot, kuid tingituna esimese alaskaala madalast sisemisest kooskõlast, vajab edasist testimist ja hindamist.

Väidete sõnastus on lihtne, arusaadav, ükski küsimus ei sisalda mitut tunnust. Mõödik on järjekindel ning loogiliselt üles ehitatud. Väited on järjestatud alates patsiendi kognitiivse staatuse hindamisest, patsiendiga otseste tegevuse tegemistest, kuni patsiendi ja pere kaasamiseni. Vastamine on üldjoontes lihtne, küsimusi tekitas väide nr 5: *We leave older people with cognitive impairment alone in the ward*. Kui ülejäänud väidete vastuste puhul on 1 kõige negatiivsem ja 6 kõige positiivsem, siis nr 5 puhul on see vastupidine.

POPAC-i väited mõõdavad 10 dimensiooni 15-st

- 1) Tervishoiutöötaja olulisemad iseloomujooned. Väited 1, 3, 6, 8.
- 2) Tervishoiutöötaja ja patsiendi suhe. Väide 4
- 3) Patsient kui unikaalne isik. Väited 4, 9, 12.
- 4) Meditsiinilise ja mittemeditsiinilise abi integreerimine. Väited 6 ja 11.
- 5) Interdistsiplinaarne meeskonnatöö. Väited 7, 11, 14, 15.
- 6) Tervishoiu koordineerimine ja järjepidevus. Väited 11, 12, 14.
- 7) Vastastikune info jagamine. Väide 9
- 8) Patsiendi kaasamine. Väide 13
- 9) Patsiendi lähedaste kaasamine. Väide 10
- 10) Füüsiline toetus. Väide 2

Tabel 7. Ülevaade mõõdikust POPAC tuginedes Rattray ja Jones'i (2007) põhimõtetele

| | |
|--|--|
| Mõõdiku ülesanne | Mõõta, mil määral aktiivravis õenduspersonal enda hinnangul, kasutab parimat õenduspraktikat, mõistes ja arvestades patsiendi kognitiivse puudujäägiga ning mil määral kasutatud õendussekkumised on seotud vanemaealise ja kognitiivse puudujäägiga patsiendi vajadustega. |
| Vastamise formaat | 6-astmeline Likert-tüüpi skaala 1—6: mitte kunagi, väga harva, harva, sageli, väga sageli ja alati |
| Elementide koostamine | Kirjanduse ülevaatele tuginedes- 8 parima õenduspraktika dimensiooni ja nendest tulenevalt loodi 21 väidet |
| Piloteerimine ja testimine | Vastas 212 õde ühe haigla 12 osakonnast. Re-test viidi läbi sama haigla 25 õe seas kahe nädalase intervalliga. Peale sisuvaliidsuse hindamist kustutati ära kuus väidet, kuna ei ületanud kokku lepitud homogeensuse piirväärtust, milleks oli > 0,3. Faktoranalüüsi käigus tulid esile kolm faktorit, mis sobisid mõõdiku alaskaaladeks. |
| Muudatused pärast testimist | Lõplik mõõdik on kolme alaskaalaga 15 väiteline |
| Reliaablus | Cronbachi α oli 0,87. Alaskaalade Cronbachi α : 0,74, 0,79 ja 0,78. Test-retest reliaablus oli hea, paaris t-testi tulemusena ei leitud erinevusi keskmiste tulemuste seas. |
| Valiidsus | Kasutati ekspertgruppi väidete asjakohasuse hindamisel. Viidi läbi faktoranalüüs ning väited koondusid kolme faktori alla |
| Elementide sõnastus | Väidete sõnastus on lihtne, arusaadav, ükski küsimus ei sisalda mitut tunnust. |
| Mõõdiku järjekindlus, loogilisus | Mõõdik on järjekindel, loogiliselt üles ehitatud |
| Vastamise lihtsus/keerukus | Vastamine on üldjoontes lihtne, küsimusi tekitas väide nr 5 negatiivne suund. |
| Kasutus või arendused teiste autorite poolt (Uuringu autorid, avaldamise aasta ja pealkiri) | <ol style="list-style-type: none"> 1) A. Nilsson, M. Lindkvist, B. H. Rasmussen, D. Edvardsson (2013) Measuring levels of person-centeredness in acute care of older people with cognitive impairment: evaluation of the POPAC scale. 2) L. Grealish, W. Chaboyer, E. Harbeck, D. Edvardsson (2017) The person-centred care of older people with cognitive impairment in acute care (POPAC) scale – psychometric evaluation. |
| Patsiendikesksuse dimensioonid (Scholl jt 2014 järgi) | <ul style="list-style-type: none"> • tervishoiutöötaja olulisemad iseloomujooned, • tervishoiutöötaja ja patsiendi suhe, • patsient kui unikaalne isik, • meditsiinilise ja mittemeditsiinilise abi integreerimine, • interdistsiplinaarne meeskonnatöö, • tervishoiu koordinatsioon ja järjepidevus • vastastikune info jagamine, • patsiendi kaasamine, • patsiendi lähedaste kaasamine • füüsiline toetus |

4.3. Mõõdikud mis mõõdavad personali arvamust patsiendikesksusest ja oma tegevuse patsiendikesksusest

4.3.1. *Person-Centred Health Care for Older Adults Survey (PCHCOA)*

PCHCOA (Lisa 12) autorid on B. Dow, M. Fearn, B. Haralambous, J. Tinney, K. Hill ja S. Gibson. Mõõdik avaldati 2013. aastal ning selle aluseks on “*Benchmarking person-centred care survey*”. Uurimus, mille käigus tehti kirjanduse ülevaade isiksuse- ja patsiendikesksusest, mis on seotud vanemaealiste inimestega (70+ aastat). Kirjanduse ülevaatest selgus, et on viis peamist patsiendikesksuse põhimõtet:

- 1) patsiendi/kliendi kui inimese tundma õppimine;
- 2) võimu ja vastutuse jagamine;
- 3) kättesaadavus ja paindlikkus;
- 4) koordineeritus ja kombineerimine;
- 5) keskkond, mis soodustab isiksusekeskset lähenemist.

Need viis põhimõtet võeti loodava mõõdiku aluseks. Iga peamise põhimõtte alla lõi NARI (*The National Ageing Research Institute*) meeskond, kuhu kuulusid kliinilise kogemusega uurijad, küsimused. Koostatud mõõdiku vaatas üle ekspertgrupp, kes leidis, et lisada võiks küsimused, mis on olulised just vanemaealistele inimestele. Kuna sellel teemal oli tehtud vähe uurimusi, kaasati ekspertgruppi 20 vanemaealist inimest vanuses 65+ aastat. Lisatud liikmete hinnangul olid kõik juba olemasolevad küsimused väga olulised. Lisati veel üks osa, kus olid küsimused otseselt isiksusekesksuse kohta. Nii saadi esialgne 48-väiteline mõõdik, mis jagunes kuueks osaks:

- 1) vanemaealise teenusekasutaja tundmaõppimine (7 väidet);
- 2) võimu ja vastutuse jagamine (8 väidet);
- 3) teenuse paindlikkus ja kättesaadavus (8 väidet);
- 4) mõistmine, milliseid teenuseid vanemaealised teenusekasutajad vajavad (7 väidet);
- 5) töökeskkond, mis aitab kaasa isiksusekesksele praktikale (9 väidet);
- 6) vanemaealiste inimeste mured (9 väidet).

Loodud mõõdikuga hinnati vastajate suhtumist, uskumusi ja praktilist kogemust seoses patsiendikeskse tervishoiuteenusega. Vastati 5-astmelisel Likerti skaalal, kus suhtumiste ja uskumuste küsimuste puhul 1 = ei nõustu üldse, 5 = nõustun täielikult ja praktikaga seotud küsimuste puhul 1 = mitte kunagi ning 5 = alati.

Uuring viidi läbi 1428 tervishoiutöötaja seas. Vastata oli võimalik paber- või veebiversioonis. Tuhandel küsimustikul oli puudu vähemalt üks vastus 48 väitest. Sinna loeti ka vastus „ei tea“, mis ei ole mõõdetav tulemus. Siiski leiti, et järelejäänud 428 täidetud küsimustikku oli piisavalt adekvaatne hulk. Esialgne kõikide väidete vaheline korrelatsiooni maatriks tuvastas kümme väidet, millel oli madal korrelatsioonikordaja $r < 0,3$ ja need eemaldati. Järelejäänud 38 väitel viidi läbi faktoranalüüs, mille käigus eraldus kaheksa faktorit. Kolm väidet eemaldati, sest neil oli mõõdukas seos ($r > 0,3$) rohkem kui ühe faktoriga. Edaspidi eemaldati veel neli väidet madala faktorlaadungi tõttu ($< 0,4$). Lõplik mõõdik oli 31-väiteline, vastatav 5-astmelisel Likerti skaalal, kus 1 = mitte kunagi ja 5 = alati ning mis mõõdab tervishoiutöötajate praktilisi kogemusi, suhtumist ja uskumusi patsiendikeskset tervishoiust vanemaealiste täiskasvanute ravis. Mõõdik nimetati ümber „*Person-Centered Health Care for Older Adults Survey*“ (PCHCOA).

31-väitelisel mõõdikul tehti uuesti faktoranalüüs, mille tulemusena kinnitus esialgne kaheksa-faktoriline struktuur:

- 1) kaasamine ravi planeerimisse (4 väidet);
- 2) eesmärkide väljaselgitamine (2 väidet);
- 3) toetav töökeskkond (7 väidet);
- 4) koordineeritud suhe (4 väidet);
- 5) praktiliste vajadustega tegelemine (4 väidet);
- 6) suhtlusvajadustega tegelemine (4 väidet);
- 7) indiviidi tundmaõppimine (3 väidet);
- 8) suhtumine isiksusekesksesse tervishoiuteenusesse (3 väidet).

Kõigil kaheksal faktoril leiti olevat rahuldav sisemine kooskõla, Cronbachi α koefitsient jäi vahemikku 0,56–0,85. Kogu mõõdiku Cronbachi α koefitsient oli 0,91, mis näitab head sisemist kooskõla. Lisaks küsiti tagasisidet kolmelt kliiniliselt eksperdilt ja kolmelt vanema-ealiselt isikult, kes osalesid ka esialgse mõõdiku loomisel. Nende hinnangul oli lõplik mõõdik arusaadav, kasutajasõbralik, personalil kergesti täidetav ja hindas olulisi aspekte patsiendikeskse tervishoiuteenuse juures.

Mõõdiku autorid leidsid, et PCHCOA on valiidne ja usaldusväärne, mitmel erialal kasutatav ja lihtsalt täidetav. Miinusena toodi välja, et sotsiaalne ihaldatavus võib mõjutata vastajate arvamusi ja vastuseid, sest hinnatakse ainult tervishoiutöötajate arvamust. Seega võiks edaspidi seda instrumenti kombineerida mõne jälgimisuuringuga, et saada adekvaatsemaid ja mitmekülgsemaid tulemusi. Samuti võiks tulevikus kombineerida mõõdikut patsientide arvamust

hindava mõõdikuga. Lisaks võiks seda rakendada teistele tervishoiutasanditele. Autorid toovad puudujäägina välja, et selle uurimuse raames ei hinnatud test-retest stabiilsust ning nad leiavad, et seda oleks vaja edaspidi hinnata, et näha, kas mõõdik on stabiilne ka aja möödudes.

PCHCOA kasutajasõbralikkust on hinnatud kahe erineva allika põhjal. Üks on mõõdik, mida on muudetud, et seda saaksid kasutada ka teiste patsientidega (nt lapsed, täiskasvanud) töötavad tervishoiutöötajad. Eemaldatud on üks väide põlisaustraallaste kohta, üks tõlgi kasutamise kohta ja üks sooja toidu serveerimise ja söömise abistamise kohta. Kokku on eemaldatud 3 väidet. Teine allikas on mõõdiku arendamist kirjeldav artikkel, kus on mõõdiku väited täies ulatuses välja toodud.

Väidete sõnastus on lihtne ja arusaadav. Kõik väited on üheselt mõistetavad. Autorid toovad küll miinusena välja, et sotsiaalne ihaldatavus võib mõjutada vastajat, kuid vastamisel ei olnud tunda väidetes kallutatust positiivsuse suunas. Mõõdik on üles ehitatud vastavalt kaheksale faktorile. Mõõdik on järjekindel ja loogiline. Vastata on lihtne, juhised on selged.

PCHCOA väited mõõdavad 12 dimensiooni 15-st.

- 1) Tervishoiutöötaja olulisemad iseloomujooned. Väited: 3.6 , 7.3.
- 2) Tervishoiutöötaja ja patsiendi suhe. Väited 4.1, 4.2, 5.2, 8.1.
- 3) Patsient kui unikaalne isik. Väited 1.3, 7.2, 8.1.
- 4) Biopsühhosotsiaalne vaade. Väide: *This health service is responsive to needs of Indigenous Australians* (See terviseteeenus arvestab põlisaustraallaste vajadustega) (väide on originaalallikas väidete nimekirjas, kuid puudub käesoleva töö autoril kasutusel olevast mõõdikust)
- 5) Tervishoiutöötaja ja patsiendi vaheline suhtlus. Väited 6.1, 7.1, 8.2.
- 6) Interdistsiplinaarne meeskonnatöö. Väited: 1.1, 1.2, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.7.
- 7) Ligipääs tervishoiuteenustele. Väited: 1.4, 5.1.
- 8) Tervishoiu koordineerimine ja järjepidevus. Väited 4.3, 4.4.
- 9) Vastastikune info jagamine. Väited 1.3, 2.1, 6.2, 6.3, 8.3.
- 10) Patsiendi kaasamine. Väide 2.1
- 11) Patsiendi lähedaste kaasamine. Väide 2.2
- 12) Füüsiline toetus. Väide *At this health service, hot food served hot and service users provided with assistance to eat (if required) while food is still warm* (Selles tervishoiuasutuses serveeritakse soe toit soojalt ja teenuse kasutajale, vajadusel abi

pakkudes, pakutakse seda soojana) (väide on originaalallikas väidete nimekirjas, kuid puudub käesoleva töö autoril kasutusel olevast mõõdikust)

Tabel 8. Ülevaade mõõdikust PCHCOA tuginedes Rattray ja Jones'i (2007) põhimõtetele

| | |
|--|--|
| Mõõdiku ülesanne | Mõõta tervishoiutöötajate suhtumist ja uskumusi patsiendikesksest tervishoiust vanemaealiste täiskasvanute ravis |
| Vastamise formaat | 5-astmeline Likert-tüüpi skaala, kus 1 = mitte kunagi ja 5 = alati |
| Elementide koostamine | Kirjanduse ülevaatest selgus viis peamist patsiendikesksuse põhimõtet, mis võeti mõõdiku aluseks. Iga peamise põhimõtte alla loodi väited, mida hinnati ekspertgrupi ja vanemaealiste inimeste poolt. Saadi 48 väiteline mõõdik |
| Piloteerimine ja testimine | Uuringule vastas 428 tervishoiutöötajat. |
| Muudatused pärast testimist | Faktoranalüüsi käigus eemaldati 17 väidet, loodi 31 väiteline mõõdik |
| Reliaablus | Kaheksal leitud faktoril jäi Cronbachi α koefitsient vahemikku 0,56-0,85. Kogu mõõdiku Cronbachi α koefitsient oli 0,91 |
| Valiidsus | Kaasati ekspertgrupp ja grupp vanemaealisi inimesi mõõdiku loomisel ja järelhindamisel peale muudatusi Viidi läbi faktoranalüüs mille käigus eemaldati mitut faktorit hindavad väited ja madala faktorlaadungiga väited |
| Elementide sõnastus | Väidete sõnastus on lihtne ja arusaadav. Kõik väited on üheselt mõistetavad |
| Mõõdiku järjekindlus, loogilisus, | Mõõdik on üles ehitatud vastavalt kaheksale faktorile. Mõõdik on järjekindel ja loogiline |
| Vastamise lihtsus/keerukus | Vastata on lihtne, juhised on selged. |
| Kasutus või arendused teiste autorite poolt | Allikad edasise kasutuse või hindamise kohta puuduvad |
| Patsiendikesksuse dimensioonid (Scholl jt 2014 järgi) | <ul style="list-style-type: none"> • tervishoiutöötaja olulisemad iseloomujooned • tervishoiutöötaja ja patsiendi suhe • patsient kui unikaalne isik • Biopsühhosotsiaalne vaade • Tervishoiutöötaja ja patsiendi vaheline suhtlus, • interdistsiplinaarne meeskonnatöö, • ligipääs tervishoiuteenustele, • tervishoiu koordinatsioon ja järjepidevus, • Vastastikune info jagamine • patsiendi kaasamine, • patsiendi lähedaste kaasamine, • füüsiline toetus |

4.4. Mõõdikud mis mõõdavad personali arvamust oma tegevuse patsiendikesksusest, personali hinnangut oma valmisolekule olla oma tegevustes ja suhtlemises patsiendikeskne ning personali hinnangut töökeskkonna patsiendikesksusele

4.4.1. Person-centred Practice Inventory – Staff (PCPI-S)

PCPI-S (Lisa 13) on P. Slateri, T. McCane'i ja B. McCormaci 2017. aastal avaldatud 59-väiteline, 17 osaline, kolme alaskaalaga instrument, mida saab hinnata 5-astmelisel ordinaalskaalal, kus 1 = tugevalt ei nõustu ja 5 = tugevalt nõustun. Mõõdiku peamine eesmärk on hinnata, kuidas personal tajub patsiendikeskset praktikat.

Mõõdiku arendamise protsess jagunes kaheks osaks, millest esimeses osas oli kaks etappi, teises üks. Esimene osa, mõõdiku loomine, algas Delphi uuringuga, mille käigus võeti patsiendikesksuse raamistiku (McCormack ja McCane 2006) 17 osa, mille olid autorid varem defineerinud ning paluti rahvusvahelise ekspertide paneeli 33 liikmel hinnata, mil määral nad nõustuvad nende definitsioonidega, 4-pallisel Likerti skaalal. Lisaks paluti neil pakkuda uut definitsiooni, kui ei olnud esialgsega nõus. Kui definitsiooni keskmine tulemus oli vähemalt 3,25 või kõrgem, kaasati see mõõdiku edasisse arendamisprotsessi. Paneeli liikmete muudetud definitsioonid saadeti uuele hindamisringile. See kordus, kuni kõik definitsioonid hinnati sobivaks piisava keskmise skooriga.

Esimese osa teises, väidete loomise etapis sõnastasid väited rahvusvahelise ekspertide paneeli 26 liiget, kes olid kaasatud ka esimesse etappi. Iga osa kohta, mis varasemas etapis said defineeritud, paluti neil moodustada väited, mis aitaksid igat patsiendikesksuse raamistiku osa põhjalikult ja laialdaselt hinnata. Kokku saadi 108 väidet, mis saadeti osalejatele hindamiseks. Hinnati, kui hästi mõõdab väide raamistiku seda osa, mille alla väide kuulub, lähtudes eelnevalt koostatud definitsioonist. Iga väidet hinnati 5-astmelisel Likerti skaalal. Aktsepteeritav grupi konsensus iga väite hindamisel oli 75% ja keskmine skoor pidi olema > 4. Sobimatute väidete puhul paluti teha ettepanekuid, kuidas neid võiks muuta. Muudetud väited saadeti uuele hindamisele. Lõpuks saavutas kõikide liikmete positiivse hinnangu 96 väidet, mis kõige paremini iseloomustavad ja hindavad patsiendikesksuse raamistiku 17 osa. Mõõdik sisaldab kahte dimensiooni: 1) keskkond, kus tervishoiuteenust pakutakse ja 2) tervishoiuteenuse protsess. Kogu küsimustikust jäeti välja raamistiku osa „Patsiendikeskse tegevuse tulem“, sest seda on väga keeruline hinnata ja see nõuab otseselt sellele osale mõeldud uurimust.

Teises osas tehti testuuring ühe riigi nelja erineva haigla erinevates osakondades. Vastajad olid 703 täiskoormusel töötavat, vähemalt kuue kuu pikkuse kogemusega registreeritud õde. Teoreetilise mudeli hindamiseks viidi läbi kinnitav faktoranalüüs. Andmete uurimine näitas mitme väite puhul kallutatust ja kõrvalekallet normaaljaotusest. Seetõttu kasutati andmete analüüsil suurima tõepära meetodit, mis sobib pideva ja kallutatud andmete korral. Kõik faktorlaadungi tulemused olid märkimisväärsed ja sobivad. 703 osalejaga uuringus peetakse tavapäraseks faktorlaadungi väärtuseks 0,3 või kõrgemat. Kuna uuringus sooviti koostada tugevat statistilist mudelit, otsustati panna piiriks 0,4 või kõrgem. Selle piirini mitte küündinud 37 väidet eemaldati. Järelejäänud 59-väitelisel mõõdikul jäid faktorid püsima ja kõik faktorlaadungid olid statistiliselt olulised ($p < 0,05$), jäädes vahemikku 0,4–0,9.

Mõõdik on loodud algselt õdedele, kuid autorid ütlevad, et väited on sõnastatud nii, et sobivad ka teistele tervishoiutöötajatele. Tuuakse välja, et tegemist on valiidsel mõõdikuga, kuid reliaabluse kohta konkreetseid hindamistulemusi ei ole, sest mõõdikut on veel vähe testitud. Autorid toovad välja, et samal ajal toimub PCPI-S testimine ka teistes tervishoiu osades ja teiste tervishoiutöötajate seas. Nad ütlevad, et PCPI-S töötab mikro-, meso- ja makrotasemel, kus see võimaldab hinnata patsiendikeskset praktikat nii isiksuse-, osakonna-, organisatsiooni- kui ka regionaalsel tasandil.

PCPI-S on testitud kahel korral, mõlemad tööd on avaldatud 2018. aastal. Üks uurimus on tehtud Norras, teine Soomes. Esimeses neist paigutused faktoranalüüsi käigus väited faktorite alla pisut erinevalt originaalist, kallutatust esines ühe väite puhul, kuid see ei mõjutanud üldtulemust ja seega jäeti mõõdikusse alles. Cronbachi α oli kogu mõõdikul 0,93 ja alaskaaladel vastavalt 0,81, 0,89 ja 0,89. Kokkuvõttes leiti, et norrakeelne PCPI-S on suhteliselt valiidsel ja reliaabne mõõdik, kuid vajab edasist testimist suurema hulga vastajatega uuringus. Soome testi tulemusena leiti samuti, et tegemist on usaldusväärse mõõtmisvahendiga. Nemed leiavad, et mõõdikut oleks vaja testida võrdlusuuringuga, et hinnata patsiendikeskse tervishoiuteenuse arendusvajadusi ja arengut.

PCPI-S väited on sõnastatud lihtsalt, arusaadavalt ja ühemõtteliselt. Mõõdik on järjekindel ja üles ehitatud vastavalt alaskaaladele ja osadele. Sarnase sisuga väited on järjestatud ja enne uut teemat on jäetud vaheruum. Vastamine on lihtne, aga tegemist on suhteliselt pika ja aeganõudva küsimustikuga.

PCPI-S väited mõõdavad 10 dimensiooni 15-st.

- 1) Tervishoiutöötaja olulisemad iseloomujooned. Väited 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 34, 35, 41.
- 2) Tervishoiutöötaja ja patsiendi suhe. Väited 9, 50, 51, 52.
- 3) Patsient kui unikaalne isik. Väited 51, 52, 57, 59.
- 4) Biopsühhosotsiaalne vaade. Väide 45
- 5) Tervishoiutöötaja ja patsiendi vaheline suhtlus. Väited 5, 6, 10, 56
- 6) Interdistsiplinaarne meeskonnatöö. Väited 16- 33, 39-43.
- 7) Vastastikune info jagamine. Väited 44, 46, 47, 54, 55.
- 8) Patsiendi kaasamine. Väited 49, 53, 58.
- 9) Patsiendi lähedaste kaasamine. Väited 45, 48.
- 10) Füüsiline toetus. Väited 36, 37, 38.

Tabel 9. Ülevaade mõõdikust PCPI-S tuginedes Rattray ja Jones'i (2007) põhimõtetele

| | |
|--|---|
| Mõõdiku ülesanne | Hinnata, kuidas personal tajub patsiendikeskset praktikat |
| Vastamise formaat | 5- astmeline ordinaalskaala, kus 1 = tugevalt ei nõustu ja 5 = tugevalt nõustun |
| Elementide koostamine | Patsiendikesksuse raamistiku 17 osa defineeriti, definitsioone hinnati rahvusvahelise ekspertide paneeli poolt. Sama paneeli liikmed pakkusid välja 108 väidet, mis sobiksid hindama ja iseloomustama raamistiku 17 osa. Peale ekspertide paneeli hinnangut väidetele, vähenes väidete arv 96-le. |
| Piloteerimine ja testimine | Test-uuring viidi läbi 703 õe seas nelja haigla, kaheksas erinevas osakonnas. |
| Muudatused pärast testimist | Peale faktoranalüüsi, eemaldati väited mille faktorlaadung jäi alla 0,4. Lõplikusse mõõdikusse jäi 59 väidet |
| Reliaablus | Pole hinnatud |
| Valiidsus | Kaasati ekspertide paneel, nii definitsioonide hindamisel kui väidete loomisel ja hindamisel. Viidi läbi kinnitav faktoranalüüs, et hinnata teoreetilist mudelit |
| Elementide sõnastus | Väited on sõnastatud lihtsalt, arusaadavalt ja ühemõtteliselt |
| Mõõdiku järjekindlus, loogilisus, | Mõõdik on järjekindel ja üles ehitatud vastavalt alaskaaladele ja osadele- sarnase sisuga väited on järjestatud ja enne uut teemat, on jäetud tühi. |
| Vastamise lihtsus/keerukus | Vastamine on lihtne, aga tegemist on suhteliselt pika ja aeganõudva küsimustikuga |
| Kasutus või arendused teiste autorite poolt (Uuringu autorid, avaldamise aasta ja pealkiri) | <ol style="list-style-type: none"> 1) P.C. Bing-Jonsson, P. Slater, B. McCormack, L. (2018) Fagerström Norwegian translation, cultural adaption and testing of the Person-centred Practice Inventory – Staff (PCPI-S). 2) M. Tiainen (2018) The Person-Centred Practice Inventory-Staff -mittarin validointi suomenkieliseen kontekstiin. |
| Patsiendikesksuse dimensioonid (Scholl jt 2014 järgi) | <ul style="list-style-type: none"> • tervishoiutöötaja olulisemad iseloomujooned, • tervishoiutöötaja ja patsiendi suhe, • patsient kui unikaalne isik • biopsühhosotsiaalne vaade <p style="text-align: right;">(järgneb)</p> |

- tervishoiutöötaja ja patsiendi vaheline suhtlus
- interdistsiplinaarne meeskonnatöö,
- vastastikune info jagamine
- patsiendi kaasamine,
- patsiendi lähedaste kaasamine
- füüsiline toetus

4.5. Mõõdik mis mõõdab personali hinnangut töökeskkonna patsiendikesksusele

4.5.1. *Person-Centered Climate Questionnaire- Staff version (PCQ-S)*

PCQ-S (Lisa 14) on D. Edvardssoni, P. O. Sandmani ja B. Rasmusseni 2009. aastal avaldatud 14-väiteline, kolme alaskaalaga, 6-astmelisel Likerti skaalal vastatav mõõdik, mis mõõdab, kui patsiendikesksena tunnetab personal osakonda, kus ta töötab. Sama mõõdik on loodud aasta varem patsientide seisukohtade hindamiseks.

Esialgne 45-väiteline mõõdik loodi tuginedes empiirilistele uuringutulemustele, kus kirjeldati toetavat keskkonda kui kohta, mis säilitab iga inimese isiksuse isiksusekeskse keskkonna loomise kaudu. Mõõdik sisaldas väiteid osakonna sisekliima kohta ja hõlmas endas kolme peamist sisekliima kategooriat: 1) turvalisus, 2) igapäevasus, 3) külalislahkus. Vastati 6-astmelisel Likerti skaalal, kus 1 = ei, ma ei nõustu sellega üldse ja 6 = jah, ma nõustun täielikult. Küsimustik ise oli üles ehitatud ja väited järjestatud faktoranalüüsile tuginedes sõltuvalt faktorlaadungi tulemusest kõrgemast madalamani.

Uuring viidi läbi kolme haigla 21 osakonnas. Osales 600 tervishoiutöötajat (õed, arstid, hooldajad, tegevusterapeutid, füsioterapeutid, üliõpilased, kes viibisid uuringu ajal osakonnas). Re-test viidi läbi nädalase intervalliga 37 tervishoiutöötajaga. Pärast uuringut hinnati sisu valiidsust kahel viisil: mõõdikus kasutatud isiksusekesksuse teooria võrdlemine kirjanduses avaldatuga ja konsulteerimine neljaliikmelise ekspertgrupiga, kellel paluti hinnata ja kommenteerida väidete asjakohasust, selgust ning väidete ja vastamisskaala loetavust. Ekspertidel paluti hinnata sisu valiidsust lähtuvalt oma kogemusest isiksusekeskse kliimaga. Mõõdiku valiidsus arvutati kasutades põhikomponentide analüüsi varimaxi rotatsiooniga ja mudeli sobitusastet kinnitava faktoranalüüsi abil. Väidete koondamisel ja statistilistel analüüsidel leiti, et 31 väidet tuleb eemaldada. Faktoranalüüsil tõusid esile kolm faktorit:

- 1) turvaline õhkkond (on seotud turvatunde kogemisega keskkonnas), sisaldas 5 väidet;
- 2) igapäevasuse õhkkond (on seotud keskkonnaga, mis on argine ja puhas), sisaldas 5 väidet;

3) ühtne õhkkond (kus hoida vanu ja tekitada uusi sotsiaalseid kontakte), sisaldas 4 väidet.

14-väitelise küsimustiku sisemise kooskõla koefitsient Cronbachi α oli 0,88, mille tulemusena autorid leidsid, et tegemist on usaldusväärse mõõdikuga. Samuti näitas kolme alamkategoria sisemine kooskõla eraldi arvutatuna tugevat sisemist stabiilsust: turvalisus 0,84, igapäevanus 0,80, ühtsus 0,77. Kogu mõõdiku väidete vaheline korrelatsioonikordaja r oli 0,6. Test-retest usaldusväärsus leiti olevat keskmise tasemega, korrelatsioonikordaja $r = 0,5$, 95% tõenäosuse juures. Seega leidsid autorid, et PCQ-S on valiidne ja usaldusväärne mõõdik, et hinnata kui patsiendikesksena hindavad tervishoiutöötajad keskkonda, kus nad töötavad. Samuti leiti, et mõõdik on praktiline, lihtsalt vastatav ja lihtsalt hinnatav (punktid 14: minimaalselt patsiendikeskne kliima – 84: maksimaalselt patsiendikeskne kliima).

Miinustena toovad autorid välja, et mõõdikut on vähe testitud ning see vajab edaspidist hindamist ja testimist. Lisaks toovad nad välja, et terviklikuma hinnangu saamiseks peaks kasutama PCQ-S koos PCQ-P-ga ning juurde võiks lisada rohkem sotsiodemograafilisi küsimusi, mis originaalmõõdikul puudusid, näiteks vanus, amet, haridus.

PCQ-S on korduvalt tõlgitud ja testitud mõõdik, mitte ainult aktiivravitingimustes, vaid ka hooldusravis ja päevaravi tingimustes. Originaalis oli tegemist rootsikeelse instrumendiga, 2010. a avaldati uurimus ingliskeelsena PCQ-S kasutusest päevaravi tingimustes, 2012. a norra keeles hooldusravis, 2014. a taas rootsi keeles, kuid hooldusravis, 2017. aastal sloveenia keeles, mis tõlgiti inglisekeelsest versioonist, aktiivravis, 2017. Hiinas palliatiivravis, mis oli samuti tõlgitud ingliskeelsest versioonist, ning araabiakeelne PCQ-S, mida kasutati aktiivravis, avaldati aastal 2017 ja lähtus ingliskeelsest versioonist. Lisaks kasutati instrumenti veel 2018. aastal avaldatud Rootsis läbi viidud uuringus, kus PCQ-S kasutati koos P-CAT mõõdikuga psühhiaatriaahaiglas. Kõikides uurimustes leitakse, et PCQ-S on kõrge sisemise järjepidevuse ja märkimisväärse korrelatsiooniga valiidne mõõdik. Ainus erinevus uuringute psühhomeetriliste hinnangute vahel tekkis faktoranalüüsil ingliskeelse versiooni puhul, kus kerkis esile neli faktorit, kuid see ei kinnitunud üheski edaspidises uurimuses. Teistes jäi püsima algupärane kolme faktoriga mudel.

PCQ-S väited on sõnastatud lihtsalt, ühemõtteliselt ja arusaadavalt. Autorite sõnul on mõõdik üles ehitatud ja väited järjestatud faktoranalüüsile tuginedes, sõltuvalt faktorlaadungi tulemusest kõrgemast madalamani. Mõõdik on järjekindel ja loogiline. Vastata on lihtne, juhised ja tulemuse arvutamine on selgitatud lihtsalt ja kõigile ühtemoodi arusaadavalt.

PCQ-S väited mõõdavad 5 dimensiooni 15-st.

- 1) Tervishoiutöötaja olulisemad iseloomujooned. Väited 1, 2, 3, 6, 9.
- 2) Tervishoiutöötaja ja patsiendi suhe. Väide 4
- 3) Tervishoiutöötaja ja patsiendi vaheline suhtlus. Väited: 5, 13, 14.
- 4) Füüsiline toetus. Väited 7,8,10. Väide 10
- 5) Emotsionaalne toetus: Väited 11, 12.

Tabel 10. Ülevaade mõõdikust PCQ-S tuginedes Rattray ja Jones'i (2007) põhimõtetele

| | |
|--|---|
| Mõõdiku ülesanne | Mõõta kui patsiendikesksena tunnetab personal olevat osakonna kus ta töötab |
| Vastamise formaat | 6-astmeline Likert-tüüpi skaala, kus 1 = ei, ma ei nõustu sellega üldse ja 6 = Jah, ma nõustun täielikult |
| Elementide koostamine | 45 väidet loodi tuginedes empiirilistele uuringutulemustele. Sisaldas väiteid osakonna sisekliima kohta ja hõlmas endas kolme peamist sisekliima kategooriat: 1) turvalisus, 2) igapäevanus, 3) külalishakus. |
| Piloteerimine ja testimine | Kolme haigla 21 osakonnas. Osales 600 tervishoiutöötajat. Re-test viidi läbi nädalase intervalliga 37 tervishoiutöötajaga |
| Muudatused pärast testimist | 31 väidet eemaldati. Faktoranalüüsil tõusid esile kolm faktorit: 1) Turvaline õhkkond, 2) Igapäevanususe õhkkond, 3) Ühtne õhkkond |
| Reliaablus | Cronbachi α kogu mõõdikul 0,88, alaskaaladel: 0,84, 0,80, 0,77 |
| Valiidsus | Ekspertgrupi kaasamine sisuvaiidsuse hindamiseks Viidi läbi faktoranalüüs, mis kinnitas väidete sobivust alaskaalade alla |
| Elementide sõnastus | Väited on sõnastatud lihtsalt, ühemõtteliselt ja arusaadavalt |
| Mõõdiku järjekindlus, loogilisus, | Mõõdik üles ehitatud ja väited järjestatud faktoranalüüsile tuginedes- sõltuvalt faktorlaadungi tulemusest kõrgemast madalamani. Mõõdik on järjekindel ja loogiline |
| Vastamise lihtsus/keerukus | Vastata on lihtne, juhised ja tulemuse arvutamine on selgitatud lihtsalt ja kõigile ühtemoodi arusaadavalt |
| Kasutus või arendused teiste autorite poolt (Uuringu autorid, avaldamise aasta ja pealkiri) | <ol style="list-style-type: none"> 1) D. Edvardsson, S. Koch, R. Nay (2010) Psychometric evaluation of the English language Person-centred Climate Questionnaire – staff version. 2) Å. Bergland, M. Kirkevold, D. Edvardsson (2012) Psychometric properties of the Norwegian Person-centred Climate Questionnaire from a nursing home context. 3) D. Edvardsson, K. Sjogren, M. Lindkvist, M. Taylor, K. Edvardsson, P.O. Sandman (2014) Person-centred climate questionnaire (PCQ-S): establishing reliability and cut-off scores in residential aged care 4) D. Vrbnjak, D. Pahor, P. Povalej Brazan. D. Edvardsson, M. Pajnikihar (2017) Psychometric testing of the Slovenian Person-centred Climate Questionnaire – staff version. 5) L. Cai, G. Ahlström, P. Tang, K. Ma, D. Edvardsson, L. Behm, H. Fu, J. Zhang, J. Yang (2017) Psychometric evaluation of the Chinese version of the Person-centred Climate Questionnaire - Staff version (PCQ-S). 6) M. Aljuaid, M. Elmontsri, D. Edvardsson, S. Rawaf, A. Majeed (2017) Psychometric evaluation of the Arabic |

(järgneb)

language person-centred climate questionnaire—staff version

- 7) E. Alexiou, H. Wijk, G. Ahlquist, A. Kullgren, A. Degl' Innocenti (2018) Sustainability of a person-centered ward atmosphere and possibility to provide person-centered forensic psychiatric care after facility relocation

**Patsiendikesksuse dimensioonid
(Scholl jt 2014 järgi)**

- tervishoiutöötaja olulisemad iseloomujooned,
- tervishoiutöötaja ja patsiendi suhe,
- tervishoiutöötaja ja patsiendi vaheline suhtlus
- füüsiline toetus
- Emotsionaalne toetus

5. AKTIIVRAVI PERSONALI POOLT TÄIDETAVATE PATSIENDIKESKSUSE MÕÖDIKUTE VÕRDLUS

5.1. Aktiivravi personali poolt täidetavate patsiendikesksuse mõõdikute usaldusväarsus

Käesoleva töö üks kaugemaid eesmärke on leida Eesti konteksti sobilik mõõdik. Hea mõõdiku puhul on üks olulisemaid kriteeriume usaldusväarsus. Mõõdiku üldise usaldusväarsuse alla loetakse reliaablus, valiidsus, korratavus, ka edaspidine testimine ja hindamine. (Grove jt 2013) Käesolevas töös võrreldakse mõõdikute esmasel testimisel saadud psühhomeetrilisi omadusi (valiidsus, reliaablus), test-retest reliaablust ja võimalusel hilisemate testimiste tulemusi ja hinnangut mõõdikule.

Üheksast vaadeldud mõõdikust ühel pole sisemist kooskõla hinnatud (PCPI-S) ja ühel on seda hinnatud KR-20 koefitsendiga, sest tegemist on dihhotoomse (kahe vastusevariandiga) instrumendiga (*PCC-measure*). Ülejäänud seitset mõõdikut on hinnatud sarnaselt, sisemise kooskõla hindamiseks on leitud Cronbachi α koefitsient, mille tulemused jäävad neil kõigil vahemikku 0,87–0,97. Kõige kõrgema sisemise kooskõlaga Cronbachi α 0,97, on NQCPQ ja kõige madalam α väärtus 0,87 on välja toodud mõõdikul POPAC. Võib öelda, et kõigil seitsmel mõõdikul on statistiliste analüüside kohaselt kõrge sisemine kooskõla ja seetõttu leiavad autorid, et tegemist on reliaabsete mõõdikutega. Mõõdikul *PCC-measure*, mille puhul kasutati sisemise kooskõla mõõtmiseks KR-20 koefitsienti, jäi see 0,70 piirimaile. Autorid ise põhjendavad seda väheste elementide arvuga kahes alaskaalas, mille KR-20 koefitsiendid olid 0,66 ja 0,42. Samuti nendivad autorid, et mõõdik vajab edasist arendamist ja testimist. Teiseks sisemise stabiilsuse näitajaks, mida mõõdikute hindamisel kasutatakse, on väidete, alaskaalade ja kogu mõõdiku tulemuste vahelise korrelatsioonikordaja leidmine. Käesolevas töös käsitletud mõõdikute puhul oli ühel korral arvatud väidete vaheline korrelatsioonikordaja (NQCPQ) ja ühel alaskaalade vaheline korrelatsioonikordaja (SEPQ). Nelja mõõdiku puhul on leitud väidete ja kogu mõõdiku tulemuse vaheline korrelatsioonikordaja (*item-total correlation*) (PPRQ, PCC, POPAC, PCQ-S) ja kolme puhul pole korrelatsioone üldse arvatud (*PCC-measure*, PCHCOA, PCPI-S). Kõige tugevam seos oli NQCPQ väidete vahel, mis on selgitatav asjaoluga, et tegemist oli 6-väitelise, alaskaaladeta mõõdikuga. Väidete ja kogu mõõdiku tulemuse vahelise korrelatsioonikoefitsientide väärtusi võrreldes jäävad need kõik rahuldavale tasemele ($r = 0,4 - r = 0,7$), ühe erandiga: PPRQ, mille r kõrgeim väärtus on 0,8.

Väidete omavaheliste seoste esile toomiseks kasutati enamasti faktoranalüüsi. Seda on tehtud kaheksa mõõdiku arendamisel. Erand on SEPCQ, mille puhul otsiti seoseid tulemuste ja taustamuutujate vahel. Sageli on kaasatud ka ekspertgrupp mõõdiku väidete/küsimuste loomiseks ja asjakohasuse hindamiseks ning kogu mõõdiku loetavuse, arusaadavuse ja vastatavuse hindamiseks. Siinkohal on erinevus kahe mõõdiku puhul: SEPCQ, mille puhul autorid kasutasid QAS-99 väidete hindamissüsteemi ja NQCPQ, mille puhul loomise ja hindamise tegid autorid ise. Lisaks eelnevatele valiidsust näitavatele meetoditele, oli uuritavate mõõdikute puhul kasutatud veel pilootuuringut kahel korral (SEPCQ ja PCC) ja uurimishüpooteeside esitamist ja kinnitamist ühel korral (SEPCQ).

Mõõtmistulemuste korratavust ehk retesti kasutati mõõdiku usaldusväärsuse hindamisel neljal korral (PPRQ, SEPCQ, POPAC, PCQ-S). PPRQ ja SEPCQ puhul oli test-retest korrelatsioonikoefitsient $r > 0,7$, mis tähendab, et kahe testimiskorra tulemuste vahel on tugev seos. POPAC-i meeskond on leidnud, et test-retest tulemuste vaheline seos on tugev, kuid nad pole arvutustulemusi arvuliselt välja toonud. PCQS puhul jäi test-retest korrelatsioonikoefitsient keskmisele tulemusele $r = 0,5$.

Edaspidi on testitud üheksast mõõdikust viit. Kõige enam testitud mõõdik on PCQ-S (7 korda, kuues riigis aastatel 2010–2018). Mõõdikut on tõlgitud viide erinevasse keelde ja kasutatud viie erineva tervishoiuteenuse puhul (aktiivravi, päevaravi, hooldusravi, palliatiivravi, psühhiaatria). Kolmel korral on testitud mõõdikut PPRQ, neist kahel korral testisid mõõdiku autorid ise. Ühel korral (2016) kombineeriti seda kahe mõõdikuga ja teisel (2018) korral muudeti PPRQ patsientide seisukohtade uurimiseks ning kolmas uuring (2018) tehti Ameerika Ühendriikides, kombineerituna simulatsiooniga. Kahel korral on testitud mõõdikuid POPAC ja PCPI-S, mõlemaid rahvusvaheliselt. POPAC tõlgiti ühe uuringu (2013) tarbeks rootsi keelde, teine (2017) tehti originaalmõõdikuga. PCPI-S on tõlgitud norra (2018) ja soome keelde (2018). Ühel korral on testitud PCC-measure mõõdikut samad autorid (2016), tegemist oli küll juba arendatud versiooniga. Kahjuks puudub käesoleva töö autoril info mõõdiku arendusprotsessist ja pole teada, kas mõõdikut on varem arendamise käigus testitud. Kõikide testimiste puhul leiti, et tegemist on valiidsete ja usaldusväärsete mõõdikutega, hoolimata väikestest kõrvalekalletest. Näiteks PCQ-S puhul tekkis erinevus uuringute psühhomeetriliste hinnangute vahel ingliskeelse versiooni faktoranalüüsil, kus kerkis esile neli faktorit, mitte kolm nagu originaalmõõdikul. See ei kinnitunud üheski teises edaspidises uuringus. Ka POPAC (II testimine) ja PCPI-S (I testimine) korduvate testimise puhul esines olukord, et faktoranalüüsil paigutusid väited faktorite alla originaaluuringuga võrreldes erinevalt. Seega leiavad ka mõõdikute testijad, et esinenud

erinevuste tõttu oleks vaja mõõdikuid veel testida, et näha, kas originaalmõõdiku omadused või testimisel leitud muutused jäävad püsima.

Hoolimata erinevatasemelistest analüüside tulemustest ja testimistest leiavad kõik autorid, et nende loodud mõõdikud on reliaabsed ja valiidsed ning sobivad kasutamiseks uuringu eesmärkides välja toodud keskkonda ja sihtgrupile. Siiski nendivad kõik autorid, et mõõdikut võiks rakendada teistele tervishoiutasanditele, teistele sihtgruppidele ja teistesse kultuurikontekstidesse, mis kinnitaks psühhomeetriliste testide tulemusi ja tõstaks mõõdiku usaldusväarsust. Ka kõik mõõdikuid edaspidi kasutanud uurijad kinnitavad vajadust mõõdikute korduvaks testimiseks samas kontekstis ja ka teistes keskkondades ning sihtgruppidel, et kinnituks faktorstruktuur ja usaldusväarsus.

5.2. Aktiivravi personali poolt täidetavate patsiendikesksuse mõõdikute kasutajasõbralikkus

Mõõdikut luues on oluline mõista, mida tahetakse uurida, kuidas vastaja teemast aru saab, mida selleks on vaja küsida ja kuidas seda küsida, et võimalikult kõikehõlmavat infot saada. See, kuidas väited/küsimused on sõnastatud, keel mida kasutatakse, väidete järjekord, arv ja vastamise formaat, võivad kõik kallutada tulemusi. Mõõdik, mille puhul kasutatakse vastamisel Likerti skaalat, võiks sisaldada 15–30 väidet/küsimust, et säilitada vastajas huvi kuni lõpuni. (Rattray ja Jones 2007, Grove jt 2013) Käesolevas töös käsitletud mõõdikute puhul täitis töö autor kõik küsimustikud, saades ülevaate mõõdikute kasutajasõbralikkusest.

Võrreldavate mõõdikute puhul on tegemist enamasti (6 mõõdikut) 5-astmelisel Likerti skaalal vastatavate instrumentidega, millel on 3–8 alaskaalat ning väidete/küsimuste arv jääb 14–59 vahele. Kolm instrumenti erinevad vastamise formaadi osas:

- NQCPQ, millel on 6-astmeline skaala, mille igale väitele sõltuvalt sisust on antud vastusevariandid;
- PCC-*measure*, millele vastatakse jah või ei;
- POPAC, millel on 6-astmeline Likerti skaala.

Alaskaalade osas erinevad teistest kõige enam NQCPQ, millel ei ole alaskaalaid, ja PCHCOA, millel on kaheksa alaskaalat. Ülejäänutel on kolm (5) ja neli (2) alaskaalat. Soovituslikku vahemikku 15–30 küsimust/väidet jääb võrreldavate mõõdikute seast 7. Erinevad NQCPQ 6 väitega ja PCPI-S 59 väitega.

Mõõdikute elemendid võib jagada kaheks. Mõõdikud, millel on väited (7) ja mõõdikud, millel on loetletud tegevuste kirjeldused (2). Neljal mõõdikul (PCQ-S, PCPI-S, PCHCOA, POPAC) olid väited sõnastatud lihtsalt, arusaadavalt, üheselt mõistetavalt ega esinenud mitut tunnust ühes väites. Kahe instrumendi puhul (PPRQ ja SEPCQ) olid väited sõnastatud küll selgelt, aga esines mitu tunnust ühes väites (PPRQ neljal väitel kaks tunnust, ühel neli tunnust ja SEPCQ kolmel väitel kaks tunnust, ühel kolm, lisaks esines viimasel ka tunnuse kordusi: väidetes 12, 15, 18, 21, 26). Kahe mõõdiku puhul (PCC ja PCC-measure) olid tegevused kogu mõõdiku ulatuses sõnastatud erinevalt. Kohati lihtsalt ja arusaadavalt, samas esines pikki ja keeruliselt sõnastatud tegevuse kirjeldusi. Mõlema mõõdiku puhul esines palju mitut tunnust sisaldavat tegevuse kirjeldust: PCC 11 elemendi korral 17-st (2–6 tunnust), PCC-measure 19 elemendi korral 27-st (2–9 tunnust). Teistest kõige erinevam oli NQCPQ, mille kuuest väitest neli on sõnastatud pikalt, keeruliselt ja sisaldavad mitut tunnust (2–4 tunnust).

Mõõdikuid täites häirisid kõige enam mitme tunnuse või pika sõnastusega väited ja tegevuste kirjeldused. Kõige lihtsam oli vastata PCQ-S ja PCHCOA, mille puhul käesoleva töö autor ei leidnud ühtegi täitmist segavat asjaolu. Lihtne oli vastata, sest väited olid lihtsalt ja ühemõtteliselt sõnastatud, juhised olid lihtsad ja selged ning vastamise formaat arusaadav. Lihtne oli vastata ka PCPI-S ja POPAC, kuid nendest esimese puhul oli miinuseks mõõdiku pikkus – 59 väidet, mis teeb täitmise aeganõudvaks ja teise puhul üks negatiivse suunaga küsimus positiivse suunaga küsimuste seas. PPRQ, PCC-measure ja PCC olid küll lihtsa vastamisformaadiga, kuid segav asjaolu olid pikad ja mitut tunnust sisaldavad väited/-tegevuste kirjeldused. SEPCQ puhul raskendas täitmist mõõdiku väidete sõnastus, mis võib sobida ka vastaja tegevuste ja suhtumise hindamiseks. Vastates peab meeles pidama, et hinnatakse, kui kindel on vastaja oma võimes teha nimetatud tegevust, mitte tegevuse tegemist ennast. NQCPQ-le vastates olid segavad tegurid nii pikad ja keeruliselt sõnastatud väited kui ka vastamise formaat.

5.3. Patsiendikesksuse dimensioonid aktiivravi personali poolt täidetavates patsiendikesksuse mõõdikutes

Paljud uurijad, kes tegelevad patsiendikesksuse uurimisega, nendivad, et tegemist on mitmekülgse, raskelt hinnatava ja kompleksse nähtusega. Puudub ühtne arusaam mõiste definitsiooni ja osade kohta. (Mead ja Bower 2000, Upenieks jt 2008, IAPO 2012, Marshall jt 2012, Scholl jt 2014) Ühtset raamistikku on proovinud luua Scholl jt 2014, kes koondasid patsiendikesksuse definitsioonid ja dimensioonid üheks raamistikuks. Scholl jt (2014) ütlevad, et

seoses kompleksusega, on keeruline patsiendikesksuse puhul eraldada konkreetseid osi/dimensioone. Pigem on tegemist omavahel tihedalt seotud osadega, mis ainult koostöös tagavad patsiendikesksuse. Näiteks mõõdik PCC, millel on neli osa:-

- 1) patsientide seisukohtade austamine (dimensioonid 1, 2, 3, 4, 5, 10, 11, 13);,
- 2) patsiendi kaasamine raviprotsessi (dimensioonid 5, 11, 12, 13);,
- 3) patsiendile lohutuse/mugavuse pakkumine (dimensioonid 2, 5, 10, 14, 15);, 4)
- 4) patsiendi toetamine protsessis (dimensioonid 2, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 15).

Nagu näha, sobituvad samad dimensioonid erinevate osade alla. Seetõttu ei vaadelda käesolevas töös mõõdikute dimensioone, mida autorid on välja toonud, vaid üksikelementide dimensionaalsust. Dimensioonide numbrid ja selgitused on leitavad peatükis 2.1.

Vaadeldavate mõõdikute puhul mõõdavad kõige enam dimensioone mõõdikud PCHCOA ja PCC (12/15). Mõõdikud PCC-*measure*, POPAC, PCPI-S väited mõõdavad 10 dimensiooni 15-st. 8 dimensiooni on hinnatud mõõdiku SEPCQ väidete puhul. PPRQ väited mõõdavad 6 dimensiooni 15-st. PCQ-S-i väited hindavad 5 dimensiooni 15-st, Kõige vähem dimensioone (2/15) mõõdetakse mõõdiku NQCPQ väidetega.

Enim väiteid PCHCOA puhul (8/31) mõõdab dimensiooni „interdistsiplinaarne meeskonna-töö“. Mõõdiku PCC puhul, enim tegevuste kirjeldusi (N5/17) mõõdab dimensiooni „patsient kui unikaalne isik“. PCC-*measure* enim elemente (8/27) mõõdab dimensiooni „vastastikune info jagamine“. Kõige rohkem POPAC-i väiteid (4/15) mõõdab dimensioone „interdistsiplinaarne meeskonnatöö“ ja „tervishoiutöötaja olulisemad iseloomujooned“. PCPI-S enim väiteid (22/59) mõõdab dimensiooni „interdistsiplinaarne meeskonnatöö“. Kõige rohkem SEPCQ väiteid (8/27) mõõdab dimensiooni „tervishoiutöötaja ja patsiendi vaheline suhe“. PPRQ enim väiteid (5/16) hindab dimensiooni „tervishoiutöötaja ja patsiendi vaheline suhtlus“. PCQS puhul enim väiteid (5/14) mõõdab dimensiooni „tervishoiutöötaja olulisemad iseloomujooned“. NQCPQ enim väiteid (5/6) mõõdab dimensiooni „tervishoiutöötaja ja patsiendi vaheline suhtlus“.

Kõik mõõdikud (9/9) mõõdavad dimensiooni „tervishoiutöötaja ja patsiendi suhe“, 8 mõõdikut mõõdavad dimensiooni „tervishoiutöötaja ja patsiendi vaheline suhtlus“, 7 mõõdikut mõõdavad dimensioone „patsient kui unikaalne isik“, „vastastikune info jagamine“, „patsiendi kaasamine“ ja „füüsiline toetus“. 6 mõõdikut mõõdavad dimensiooni „tervishoiutöötaja olulisemad iseloomujooned“. 5 mõõdikut mõõdavad dimensioone „patsiendi lähedaste kaasamine“ ja „emotsionaalne toetus“. 4 mõõdikut mõõdavad dimensiooni „interdistsiplinaarne meeskonnatöö“. 3 mõõdikut mõõdavad dimensioone „biopsühhosotsiaalne vaade“, meditsiinilise

ja mittemeditsiinilise abi integreerimine“ ja „tervishoiu koordinatsioon ja järjepidevus“. Üks mõõdik mõõdab dimensiooni „ligipääs tervishoiuteenusele“ ja üks mõõdab dimensiooni „patsiendi võimestamine“. Kõiki dimensioone korruga ei mõõda ükski mõõdik.

Nagu ka eespool öeldud, on dimensioonide puhul tegemist omavahel tihedalt põimunud patsiendikesksuse osadega, seetõttu oli väiteid vaadates näha, et üks võis kuuluda mitme dimensiooni alla. Näiteks on tihedalt seotud dimensioonid „tervishoiutöötaja ja patsiendi vaheline suhtlus“, „tervishoiutöötaja ja patsiendi vaheline suhe“ ja „vastastikune info jagamine“. SEPCQ väite puhul „*Make the patient feel, that he/she can talk with me about confidential, personal issues*“ on näha, et see sobitub lisaks kolmele eelnevale dimensioonile, veel dimensiooni „emotsionaalne toetus“ alla.

6. ARUTELU

6.1. Patsiendikesksuse ja selle mõõtmise olulisus

Viimastel kümnenditel on üha enam hakatud väärtustama patsiendikesksuse olulisust (Mead ja Bower 2000 Mead ja Bower 2002, Upenieks jt 2008, IAPO 2012, Marshall jt 2012, Huppelschoten jt 2013, Scholl jt 2014). Kui kuni 2000. aastateni olid teaduskirjanduses enam levinud Euroopast ja Ameerika Ühendriikidest pärit uurimused patsiendikesksusest, siis viimasel kümnel aastal on hakanud üha enam ilmuma uuringuid ka Austraaliast, Aasiast ja Araabimaadest, mis näitab patsiendikeskse tervishoiu olulisuse kasvu kogu maailmas. Sobitatakse olemasolevaid instrumente oma kultuurikonteksti ja luuakse uusi.

Eestis on samuti viimastel aastakümnetel tõusnud huvi patsiendikesksuse arendamise vastu. Tahetakse, et teenused oleksid patsiendi- ja perekesksed kõigis õendusabi valdkondades (Eesti õendus ja ämmaemandus... 2011). Oluline on kindlaks teha, mis seis valitseb hetkel kogu Eesti tervishoiu patsiendikesksuses. Selleks vajame mõõdikut, mida saaks rakendada praktikasse, mille tulemuste põhjal saaks teha muudatusi ja aja möödudes uuesti patsiendikesksust hinnata. Käesolev töö on esimene samm sobiva mõõdiku leidmise suunas. Siit edasi on vaja teha uurimusi, et testida erinevate mõõdikute sobivust Eesti tervishoiu konteksti.

Patsiendikesksuse mõõtmine on keeruline mõiste kompleksuse ja mitmedimensioonilisuse tõttu (Hobbs 2009, Scholl jt 2014). Zill jt (2013) ütlevad, et patsiendikesksuse efektiivsusega seotud tulemused on omakorda seotud patsiendikesksuse definitsiooniga, mida vastava uuringu läbiviijad kasutavad. Definitsioon aga tuleneb uurijate valitud teoreetilisest raamistikust ja kontekstist, milles uuring läbi viiakse. Seega, enne kui hakata valima sobivat mõõdikut, on vaja veenduda, milline instrument sobitub konteksti ja vastab selle keskkonna patsiendikesksusega seotud tervishoiupoliitikaga. Enne kui otsustada, milline on Eesti kontekstile ja vajadustele vastav instrument, on vaja välja tuua ja omavahel võrrelda sarnasesse keskkonda sobilikke mõõdikud. Läbi töötades erinevaid erialaseid kirjandusallikaid, ei õnnestunud leida mõõdikut, mis oleks rakendatav kõikidele tervishoiutasanditele. See on tingitud erinevate tervishoiuteenuse pakkujate erinevast arusaamast patsiendikesksuse kohta. Igal teenuseosutajal on oma ettekujutus ja seisukoht lähtuvalt erialasest rollist, kohustustest ja kokkupuutest patsiendiga. Käesoleva töö autor leidis selles töös, tuginedes erialasele teaduskirjandusele ja oma praktilisele kogemusele, et aktiivravis on patsiendikesksust raskem saavutada (Laird 2015, Slater jt 2015). Seetõttu

keskenduti statsionaarse aktiivravi tingimustes kasutatavatele, personali täidetavatele mõõdikutele.

6.2. Aktiivravi personali poolt täidetavate patsiendikesksuse mõõdikute tugevused ja nõrkused.

Lõplikkuse valimisse jäi 9 instrumenti, mis vastasid valikukriteeriumitele ja millel oli kättesaadav mõõdik või mõõdiku väited. Töösse kaasatud mõõdikud on kõik kõrge seesmise kooskõlaga, Cronbachi $\alpha > 0,70$ ja enamuses rahuldava ($r = 0,4 - r = 0,7$) ning kahe puhul kõrge korrelatsioonikoefitsendiga ($r = 0,8$). Kõige kõrgema sisereliaabluse ja väidete vahelise seosega oli mõõdik NQCPQ. Samas vaadates mõõdikut ennast, tekib kahtlusi mõõdiku rakendatavuse osas. Mõõdik koosneb kuuest väitest, mis kõik on pikalt ja keeruliselt sõnastatud ning vastatakse 6-astmelisel skaalal, kus vastusevariantide sisu erineb sõltuvalt väitest. Mõõdikut pole ei arenduse käigus ega ka hiljem testitud. Lisaks toob käesoleva töö autor siinkohal välja, et mõõdiku väited hindavad kahte dimensiooni 15-st, mis on kõige madalam tulemus võrreldes teiste mõõdikutega. Selle mõõdiku näitel saab öelda, et hea sisereliaabluse näitaja ja kõrge korrelatsioonikordaja ei pruugi alati tähendada kvaliteetset ja hea mõõtmisvõimega mõõdikut.

Kõige enam on rahvusvaheliselt testitud mõõdikut PCQ-S. Seda on testitud seitsmel korral, tõlgitud viide keelde ja kasutatud kuues erinevas riigis. Kõikides uurimustes, kus mõõdikut testitakse, leitakse, et PCQ-S on kõrge sisemise järjepidevuse ja märkimisväärse korrelatsiooniga valideeritud mõõdik. Ainus erinevus uuringute psühhomeetriseliste hinnangute vahel tekkis faktoranalüüsil ingliskeelse versiooni puhul, kus kerkis esile neli faktorit, kuid see ei kinnitunud üheski edaspidises uurimuses. Teistes jäi püsima algupärane kolme faktoriga mudel. Lisaks oli tegemist lihtsalt sõnastatud ja arusaadava instrumendiga. Mõõdik mõõtis 5 dimensiooni 15-st, see on ilmselt tingitud asjaolust, et mõõtmise ülesanne oli kitsas – mõõta töökeskkonna patsiendikesksust.

Praktiku vaatenurgast on üks olulisemaid hea mõõdiku omadusi kasutajasõbralikkus. Vastamise lihtsuse ja mõõdiku väidete arusaadavuse järgi kerkis esile kaks mõõdikut PCQ-S ja PCHCOA, mille puhul käesoleva töö autor ei leidnud ühtegi täitmist segavat asjaolu. Lihtne oli vastata, sest väited olid lihtsalt sõnastatud, väited sisaldasid ühte tunnust, juhised olid lihtsad ja selged ning vastamise formaat arusaadav. PCHCOA kerkis esile ka dimensioonide hindamise osas, kuna selle väited hindasid 12 dimensiooni 15-st. PCHCOA erineb teistest mõõdikutest ka seetõttu, et selle loomisprotsessi kaasati patsiendid. Mõõdik mõõdab tervishoiutöötajate suhtumist ja uskumusi

patsiendikesksest tervishoiust vanemaealiste täiskasvanute ravis. Selleks, et saada vanemaealiste täiskasvanute seisukohtadest ja nende olulistest aspektidest terviklikku ülevaadet, kaasati ekspertgruppi 20 vanemaealist inimest, kes kinnitasid väidete asjakohasust ja olulisust vanemaealise täiskasvanu ravis. Selle mõõdiku miinusena võib välja tuua asjaolu, et seda pole teadaolevalt edaspidi testitud. On olemas mõõdik, mis sisaldab samu väiteid, kuid on sõnastuses muudetud sobivaks kasutamiseks ka teiste patsiendirühmadega (nt lapsed, täiskasvanud) töötavatele tervishoiutöötajatele. Originaalmõõdikust on eemaldatud küsimused põlisrahvaste kohta ja otseselt vanemaealisi inimesi puudutavad küsimused. Kokku on eemaldatud 3 küsimust. Kahjuks puudub käesoleva töö autoril allikas muutmise ja muudetud mõõdiku testimise kohta.

Üks vastamise lihtsuse ja selgete väidete poolest esile kerkinud mõõdik on PCPI-S. Mõõdik on valideeritud, kuid originaalmõõdiku loomisel reliaablust ei hinnatud. Seda on siiski tehtud edaspidistes testimistes. Teadaolevalt on seda mõõdikut testitud kahel korral 2018. aastal Norras ja Soomes. Statistiliste analüüside tulemusena leiti, et PCPI-S on valideeritud ja reliaabne mõõdik. Cronbachi α oli kogu mõõdikul 0,93. Siiski leiti ka erinevusi originaalmõõdiku tulemustest, näiteks paigutusid väited faktorite alla teisiti. Seeläbi leiavad mõlema töö autorid, et mõõdik vajab testimist, et kinnituks kindel faktorstruktuur. Kõige suurema miinusena selle mõõdiku puhul võib välja tuua ajamahukust täitmisel. Mõõdiku sissejuhatuses ei ole öeldud, kui kaua täitmisega aega läheb, seega ei olnud enne täitmist mingeid ootusi. Mõõdiku maht on 59 väidet. Olgugi et mõõdiku väited ja selle vastusevariandid on lihtsalt paigutatud ja neid on lihtne jälgida, võtab kõikidele väidetele mõttega vastamine aega 45 minutit kuni tund. Mistõttu on igapäevasesse praktikasse selle rakendamine raskendatud. Siiski, et läbi viia mitmekülgset uurimust (hindab 10 dimensiooni 15-st), kus suure rõhuasetusega on töötaja oma iseloomujooned ja meeskonnatöö, on PCPI-S asjakohane mõõdik.

Neljas lihtsamini vastatav ja arusaadav mõõdik oli POPAC. Tegemist on esmase testimise põhjal kõrge seesmise kooskõlaga (Cronbachi α 0,87), valideeritud mõõdikuga. Kuid pärast testimist on kahtluse alla seatud kolme faktoriga struktuur ja leitakse, et on vaja teha veel uurimusi selle kinnitamiseks või ümberlükkamiseks. POPAC-i väited hindavad 10 dimensiooni 15-st. Raskusi tekitas nii vastamisel kui ka dimensioonide hindamisel väide nr 5, mis on oma vastamise suunalt vastupidine teistele väidetele. Lisaks ei osanud käesoleva uurimistöö autor seda ainsana kõikidest mõõdikute väidetest sobitada ühegi dimensiooni alla.

Ülejäänud mõõdikute osas esines nii pikki ja keerulisi kui ka mitme tunnusega väiteid. Enamasti saab sõnastusprobleeme põhjendada emakeele erinemisega allika avaldamise keelest. See ei

põhjenda siiski mitme mõtte kasutamist mõõdikute üksikelementides. Selliselt sõnastatud mõõdikutele on keeruline vastata, sest küsimuse erinevatele tunnustele võivad olla erinevad vastused. Küsimustikele vastates võis leida väiteid, mis sisaldavad 4 ja enam tunnust. Ühe sellise mõõdiku *PCC-measure* on autorid juba ümber teinud. Uues, arendatud mõõdikus on tegevused kirjeldatud lihtsamalt, sisaldavad vähem mitut tunnust ühes elemendis ja kui originaalmõõdikule sai vastata jah/ei, siis arendatud mõõdikul on 6 astmeline Likerti skaala. Kahjuks ei ole käesoleva töö autoril õnnestunud leida allikat, mis kirjeldaks mõõdiku arendamist ja uut testimist.

Enam raskusi tekitavad mõõdikud olid NQCPQ ja SEPCQ. NQCPQ-1, nagu on kirjeldatud ka eespool, on väga pikad ja keeruliselt sõnastatud 6 väidet, millest 4 sisaldavad 2–4 erinevat tunnust. Igale väitele olid oma vastusevariandid, sõltuvalt väite sisust. SEPCQ puhul oli segav tegur see, et väited olid sõnastatud nii, et võivad sobida ka vastaja tegevuste ja suhtumise hindamiseks. Vastates peab meeles pidama, et hinnatakse, kui kindel on vastaja oma võimes teha antud tegevust, mitte tegevuse tegemist ennast. SEPCQ puhul oli küll tegemist kõrge seesmise kooskõlaga instrumendiga (Cronbachi α 0,94), kuid mõõdikut pole teadaolevalt rohkem testitud, seega pole teada, kas struktuur ja statistilised väärtused on püsivad.

Dimensioonide mõõtmise osas tõusevad teistest esile kaks mõõdikut PCC ja PCHCOA, mõlemad mõõdavad 12 dimensiooni 15-st. PCC on autorite hinnangul reliaabne ja valiidne mõõdik (Cronbachi α 0,94, kasutati loomisel ekspertgruppi ja viidi läbi test-uuring). Miinuseks on selle mõõdiku puhul pikalt ja keeruliselt sõnastatud tegevuste kirjeldused, 11 korral 17-st elemendist. Need 11 elementi sisaldasid erinevalt 2–6 tunnust. See on üks mõõdikutest, mille puhul võib oletada, et keerulise sõnastuse taga on asjaolu, et originaalmõõdik oli korea keeles.

Kõikides võrdlusaspektides keskmisele tasemele jäänud PPRQ oli statistiliste analüüside kohaselt kõrge seesmise kooskõlaga. Mõõdik mõõdab 6 dimensiooni 15-st. Miinuseks selle mõõdiku puhul on positiivsuse poole kallutatud väited. Autorid ise toovad selle miinusena välja. Samas leiavad nad, et tulemuste usaldusväärsust see ei mõjuta. Täites ise seda küsimustikku, tekkis siiski tahtmine vastata pigem positiivsemalt. Isikliku arvamuse pealt üldistusi teha ei ole korrektne, kuid siiski tekkis kahtlus tulemuste mitte kallutatuse osas.

Töösse kaasatud mõõdikutel on palju sarnasusi ja palju erinevusi. Tuginedes võrdlustulemustele, võiks teatud situatsioonides enamikku neist rakendada praktikasse. Ainus, mis rakendatavuse osas kahtlusi tekitab, on NQCPQ. Igapäevasesse praktikasse ei saa rakendada ka PCPI-S oma

pikkuse tõttu, kuid tegemist on siiski asjakohase ja pädeva instrumendiga. Teistest enim tõusid esile PCQ-S ja PCHCOA, mis olid lihtsalt kasutatavad, reliaabsed ja valiidsed mõõdikud. PCQ-S on kõige enam testitud ja saanud kinnitust nii reliaablusele kui ka valiidsusele. PCHCOA on ainus mõõdik, mille loomisesse on kaasatud patsiendid, et hinnata, kas mõõdik mõõdab just patsientidele olulisi patsiendikesksuse aspekte. See võib olla põhjus, miks see mõõdik mõõtis enim dimensioone (12 dimensiooni 15-st).

6.3. Uurimistöö eetilised aspektid ja usaldusväärsus

Käesolevas töös üritati vältida eetiliste aspektidega vastuollu minekut. Lähtuti autorikaitse ja intellektuaalse omandi õigusest, mistõttu saadeti kõikidele autoritele e-kiri käesolevast uurimusest, eesmärgiga informeerida tehtavast uurimistööst, kuhu nende mõõdik on kaasatud ning paluda võimalusel originaalversiooni mõõdikust. Kasutati tõenduspõhiseid allikaid ja neile viidati korrektselt. Mõõdikute võrdlemisel suhtuti kõikidesse autoritesse ja allikatesse üheselt, välditi eelarvamusi ja diskrimineerimist rassilisel, rahvuslikul, poliitilisel, soolisel vm alusel. Võrdluse tulemused on erapooletud ja tuginevad faktidele.

Uurimuse usaldusväärsus oli selle töö puhul raske saavutada otsingutulemuste muutumise tõttu. Töö autoril ei õnnestunud mitme otsingu tulemusena saada täpselt sama tulemust. Lisaks ei ole aktiivravi personali poolt täidetavaid patsiendikesksuse mõõdikuid varem kaardistatud ja võrreldud, mistõttu on töö tulemused uurija subjektiivne arvamus ja puudub kinnitus nende tulemuste reliaablusele.

6.4. Uurimistöö kitsaskohad

Käesolevas töös esines mõningaid kitsaskohti. Erialaste vastavasisuliste teaduspublikatsioonide otsimisel oli suurim probleem originaalallikate ja mõõdikute kättesaadavus. Mistõttu jäid tööst välja mitmed mõõdikud, mis aga vähendab töö kõikehaaravust sellel teemal. Siinkohal võib kitsaskohana välja tuua ka allikate piiratuse ja selektiivsuse, mille tingis töö autori keeleoskus, mistõttu sai kaasatud ainult inglise keeles avaldatud mõõdikud või mõõdiku väited.

Töö autori hinnangul on kitsaskoht ka dimensioonide hinnatavuse määramise subjektiivsus. Otsus, et dimensioonide hinnatavust vaadati üksikelementide kaudu, tuleneb Scholli jt (2014) välja toodud asjaolust, et seoses kompleksusega on keeruline patsiendikesksuse puhul eraldada konkreetseid osi/dimensioone. Pigem on tegemist omavahel tihedalt seotud osadega, mis ainult

koostöös tagavad patsiendikesksuse. Vaadates faktoranalüüsi tulemusena leitud alaskaalaid, mille alla jäid üksikelemendid, oli näha, et üks alaskaala mõõdab mitut dimensiooni ja et ka mitu alaskaalat võib mõõta ühte dimensiooni. Töös välja toodud väidete jaotus on siiski autori subjektiivne arvamus ega pruugi kattuda teise uurija arvamusega. Julgustav on asjaolu, et vaadates mõõdiku autorite välja toodud dimensioone, kattuvad need käesolevas töös leitudega.

Töö kitsaskoht on ka konkreetse meetodika puudumine mõõdikute võrdlemisel. Erinevad autorid, kes on samuti võrrelnud mõõdikuid, on kasutanud oma uurimismetoodika kirjeldamiseks väljendit „võrdlev ülevaade“ (*comparative review*), kuid pole välja toonud selle meetodi kasutamise põhimõtteid. Ka erialases teaduskirjanduses, mis käsitleb erinevaid uurimismeetodeid, pole seda meetodit kirjeldatud. Konkreetse, kirjeldatud ja tõestatud uurimismeetodi puudumine võib vähendada uurimistöö väärtust.

6.5. Tulemuste olulisus ja rakendatavus praktikasse

Käesolev uurimistöö on oluline, sest aktiivravis kasutusel olevaid patsiendikesksust hindavaid mõõdikuid varem kaardistatud ja võrreldud ei ole. Et parandada patsiendikeskset suhtumist/-käitumist tervishoiutöötajate seas, tuleb määrata patsiendikeskuse hetkeseis konkreetse osakonna/asutuse töötajate hulgas. Nagu mitmed autorid on leidnud, tõstab patsiendikeskuse arendamine patsientide rahulolu, tervisenäitajaid, vähendab korduvate visiitide arvu ja niimoodi kulutõhusust. Lisaks parandab patsiendikesksus ja head suhted patsientidega töötajate rahulolu ning vähendab tööga seotud stressi. (McCromac jt 2006, Jayadevappa jt 2011, DeSilva 2014, Berghout jt 2015.) Seetõttu on oluline töö tulemusi rakendada edaspidiste uurimuste käigus praktikasse. Käesolevat tööd ennast praktilisse õendustöösse rakendada ei saa, kuid uurimistöö annab sisendi tulevastele uurijatele, et Eesti haiglate aktiivravi konteksti leida sobilik patsiendikesksust hindav mõõdik, millega saaks hinnata hetkeolukorda, teha muudatusi, mis parandavad patsiendikeskuse olukorda ja aja möödudes hinnata, kuidas on olukord paranenud.

7. JÄRELDUSED

Magistritöö annab ülevaate valikust statsionaarse aktiivravi personali täidetavatest patsiendikesksuse mõõdikutest, mis on avaldatud aastail 2000–2018. Uurimistööle tuginedes saab teha järgmised järeldused.

- Patsiendikesksuse mõõtmine on keeruline mõiste kompleksuse ja mitmedimensioonilisuse tõttu.
- Pole loodud patsiendikesksuse mõõdikut, mis sobituks kõikidele tervishoiutasanditele.
- Maailmas on loodud erinevaid mõõdikuid personali patsiendikesksuse hindamiseks aktiivraavis, mõõtmise ülesande järgi saab neid jaotada nelja rühma:
 - 1) Personali arvamus oma tegevuse/suhtluse patsiendikesksusest,
 - 2) Personali hinnang oma valmisolekule olla oma tegevustes ja suhtlemises patsiendikeskne.
 - 3) Personali arvamus patsiendikesksusest,
 - 4) Personali hinnang töökeskkonna patsiendikesksusele.Kõige rohkem neist mõõdab personali ettekujutust oma tegevuse/suhtluse patsiendikesksusest
- Töösse kaasatud mõõdikud on kõik autorite hinnangul kõrge seesmise kooskõlaga ja valiidsed.
- Tuginedes võrdlustulemustele, saab 8 mõõdikut rakendada praktikasse.
- Tuginedes võrdlustulemustele, tõusid teistest enam esile mõõdikud PCQ-S ja PCHCOA, mis olid lihtsalt kasutatavad, reliaabsed ja valiidsed mõõdikud. PCQ-S on kõige enam testitud ja saanud kinnitust nii reliaablusele kui ka valiidsusele. PCHCOA on ainus mõõdik, mille loomisse on kaasatud patsiendid.

KASUTATUD KIRJANDUS

Alexiou, E., Wijke, H., Ahlquist, G., Kullgren, A., Degl' Innocenti A. (2018). Sustainability of a person-centered ward atmosphere and possibility to provide person-centered forensic psychiatric care after facility relocation. *Journal of Forensic and Legal Medicine*

Aljuaid, M., Elmontsri, M., Edvardsson, D., Rawaf, S., Majeed A. (2017). Psychometric evaluation of the Arabic language person-centred climate questionnaire—staff version. *Journal of Nursing Management*; 26:449–456

Bergehout, M., van Exel, J., Leensvaart, L., Cramm, J. (2015) Healthcare professionals views on patient-centered care in hospitals. *BMC Health Services Research*, 15:385

Bergland, Å., Kirkevold, M., Edvardsson D. (2012). Psychometric properties of the Norwegian Person-centred Climate Questionnaire from a nursing home context. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(4)

Bing-Jonsson, P.C., Slater, P., McCormack, B., Fagerström L. (2018) Norwegian translation, cultural adaption and testing of the Person-centred Practice Inventory – Staff (PCPI-S). *BMC Health Services Research*, 18:555

Blanch-Hartigan, D., Hall, J.A., Roter, D.L., Frankel, R.M. (2010). Gender bias in patients' perceptions of patient-centered behaviors. *Patient Education and Counseling*, 80, 315–320

Bolster, D., Manias, E. (2009) Person-Centered interactions between nurses and patients during medication activities in an acute hospital setting: Qualitative observation and interview study. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 154–165

Bruus, I. (2009) Patsiendikesksus eakate hooldusravis – patsientide vaatekohad. Magistritöö. Tartu Ülikool. Tartu

Grove, S.K., Burns, N., Gray, J.R. (2013). *The Practice of Nursing Research. Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence*. Elsevier Saunders, St. Louis.

(järgneb)

Cai, L., Ahlström, G., Tang, P., Ma, K., Edvardsson, D., Behm, L., Fu, H., Zhang, J., Yang, J. (2017) Psychometric evaluation of the Chinese version of the Person-centred Climate Questionnaire - Staff version (PCQ-S). *BMJ Open*, 7

Casu, G., Gremigni, P., Sommaruga, M (2018) The Patient-Professional Interaction Questionnaire (PPIQ) to assess patient centered care from the patient's perspective. *Patient Education and Counseling*

Clayton, M.F., Latimer, S., Dunn, T.W., Haas, L. (2011). Assessing patient-centered communication in a family practice setting: How do we measure it, and whose opinion matters? *Patient Education and Counseling*, 84, 294–302

De Silva, D. (2014) Helping Measure Person-Centred Care: A Review of Evidence about Commonly Used Approaches and Tools Used to Help Measure Person-Centred Care. London: Health Foundation

Dow, B., Fearn, M., Haralambous, B., Tinney, J., Hill K., Gibson, S. (2013) Development and initial testing of the Person-Centred Health Care for Older Adults Survey. *International Psychogeriatrics*, 25(7), 1065–1076

Edvardsson, D., Sandmani P.O., Rasmussen B. (2009) Construction and psychometric evaluation of the Swedish language Person-centred Climate Questionnaire – staff version. *Journal of Nursing Management*, 17, 790–795

Edvardsson, D., Innes, A. (2010) Measuring Person-centered Care: A Critical Comparative Review of Published Tools. *The Gerontologist*, 50 (6), 834–846

Edvardsson, D., Koch, S., Nay R. (2010) Psychometric evaluation of the English language Person-centred Climate Questionnaire – staff version.

Edvardsson, D., Nilsson, A. Fetherstonhaugh, D., Nay R., Crowe, S. (2013). The person-centred care of older people with cognitive impairment in acute care scale (POPAC). *Journal of Nursing Management*, 21, 79–86

(järgneb)

Edvardsson, D., Sjogren, K., Lindkvist, M., Taylor, M., Edvardsson, K., Sandman P.O. (2014). Person-centred climate questionnaire (PCQ-S): establishing reliability and cut-off scores in residential aged care. *Journal of Nursing Management*, 23: 315–323

Kaheksa sammu inimese tervise heaks. Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia aastateks 2011–2020. (2011). Eesti Õdede Liit, Eesti Ämmaemandate Ühing. Tallinn

Elwyn, G., Edwards, A., Mowle, S., Wensing, M., Wilkinson, C., Kinnersley, P., Grol, R. (2000) Measuring the involvement of patients in shared decision-making: a systematic review of instruments. *Patient Education and Councelling*, 43, 5–22

Fitzpatrick, J., Wallace Kazer, M (2012). Encyclopedia of Nursing Research. Springer Publishing Company

Fulford, K.W.M., Ersser, S., Hope T. (1996). Essential Practice in Patient-Centered Care. Blackwell Science Ltd.

Grealish, L., Chaboyer, W., Harbeck, E., Edvardsson, D. (2017). The person-centred care of older people with cognitive impairment in acute care (POPAC) scale – psychometric evaluation. *Journal of Nursing Management*, 25, 139–147

Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., Daley, J., Delbanco, T.L. (1993). Introduction: Medicine and Health from the Patient's Perspective. *Through the Patient's Eyes*, John Wiley & Sons Inc.

Gremigni, P., Casu, C., Sommaruga, M. (2016). Dealing with patients in healthcare: A self-assessment tool. *Patient Education and Councelling*, 99, 1046–1053

Hashjin, A.A., Ravaghi, H., Kringos, D.S., Ogbu, U.C., Fisher, C., Azami S.R., Klazinga, N.S. (2014) Using Quality Measures for Quality Improvement: The Perspective of Hospital Staff. *Plos One*, 9(1)

Hendry, T., (2018) Try to see it my way: Patient perspective video capture debriefing in simulation. Doctor of Nursing Practice (DNP) Translational and Clinical Research Projects. 28.

(järgneb)

Hobbs, J.L. (2009). A Dimensional Analysis of Patient-Centered Care. *Nursing Research*, 58(1): 52–62

Hudon, C., Fortin, M., Haggerty, J.L., Lambert, M., Poitras, M-E. (2011) Measuring Patients' Perceptions of Patient-Centered Care: A Systematic Review of Tools for Family Medicine. *Annals of family medicine*, 9(2), 155–164

Huppelschoten, A.G., Aarts, J.W.M., van Empel, I.W.H., Cohlen, B.J., Kremer, J.A.M., Nelen, W.L.D.M (2013). Feedback to professionals on patient-centered fertility care in insufficient for improvement: a mixed-method study. *Fertility and Sterility*, 99(5)

Hwang, J-I., (2015). Development and testing of a patient-centred care competency scale for hospital nurses. *International Journal of Nursing Practice* 21, 43–51

International Alliance of Patients Organizations (2012) Patient-Centered Healthcare Indicators Review.

Jayadevappa, R., Chhatre, S. (2011). Patient Centered Care- A Conceptual Model and Review of the State of the Art. *The Open Health Services and Policy Journal*, 4, 15–25

Kannela, H (2013). Õdede hinnangud oma patsiendikesksusele statsionaarsetes ortopeedia ja traumatoloogia osakondades Magistritöö. Tartu Ülikool. Tartu.

Laird, E.A., McCance, T., McCormack, B., Gribben, B. (2015). Patients' experiences of in-hospital care when nursing staff were engaged in a practice development programme to promote person-centredness: A narrative analysis study. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 1454–1462

Le'gare', F., Ratte', S., Gravel, K., Graham, I. D. (2008). Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: Update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient Education and Counseling* 73, 526–535

Ravi terviklik käsitus ja osapoolte koostöö Eesti tervishoiusüsteemis. Kokkuvõttev aruanne (2015). Maailmapanga Grupp.

(järgneb)

Marshall, A., Kitson, A., Zeitz, K., Patients' views of patient-centred care: a phenomenological case study in one surgical unit. (2012). *Journal of Advanced Nursing*, 68(12)

McCane, T., McCormack, B., Slater, P. (2009). Using the caring dimensions inventory as an indicator of person-centered nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 409–417

McCormack, B., McCane, T.V. (2006). Development of a framework for person-centered nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472–479

Mead, N., Bower, P. (2000). Patient-centeredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine* 51, 1087–1110

Mead, N., Bower, P. (2002). Patient Centered consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Education and Counseling* 48, 51–61

Mikesell, L., Bromley, E. (2012) Patient Centered, Nurse Averse? Nurses' Care Experiences in a 21st-Century Hospital. *Qualitative Health Research*, 22(12), 1659–1671

Moreira, V. (2012). From person-centered to humanistic- phenomenological psychotherapy: The contribution of Merleau-Ponty to Carl Rogers's thought. *Person-Centered & Experimental Psychotherapies*, 11(1): 48–63

Mucci, N., Giorgi, G., Cupelli, V., Gioffrè, P., A., Rosati, M., V., Tomei, F., Tomei, G., Bresc-Esteve, E., Arcangeli, G. (2014). Work-related stress assessment in a population of Italian workers. The Stress Questionnaire. *Science of the Total Environment*, 502, 673–679

Nilsson, A., Lindkvist, M., H. Rasmussen, B., Edvardsson D. (2013). Measuring levels of person-centeredness in acute care of older people with cognitive impairment: evaluation of the POPAC scale. *BMC Health Services Research*, 13:327

Pearse, N. (2011). Deciding on the Scale Granularity of Response Categories of Likert type Scales: The Case of a 21-Point Scale. *The Electronic Journal of Business Research Methods*, 9(2), 159–171

(järgneb)

Rattray, J., Jones, M. C. (2007). Essential elements of questionnaire design and development. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 234–243

Rätsep, M. (2017). Haiglaravi põhjused. Tervise Arengu Instituut. Tallinn

Sawyer, A., Ayers, S., Abbott, J., Gyte, G., Rabe, H., Duley, L. (2013). Measures of satisfaction with care during labour and birth: a comparative review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13:108

Scholl, I., Zill, J.M., Härter, M., Dirmaier, J. (2014) An Integrative Model of Patient-Centeredness- A Systematic Review and Concept Analysis. *PloS ONE* 9(9)

Sidani, S., Collins, L., Harbman, P., MacMillan, K., Reeves, S., Hurlock-Chorostecki, C., Donalt, F., Staples P., van Soeren, M. (2014). Development of a Measure to Assess Healthcare Providers' Implementation of Patient-Centered Care. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(4), 248–257.

Sidani, S., Cockwell, D., van Soeren, M., Hurlock-Chorostecki, C., Reeves, S., Fox, M., Collins, L. (2016) Health Professionals' and Patients' Perceptions of Patient-Centered Care: A Comparison.

Slater, P., McCane, T., McCormack, B. (2015) Exploring Person Centered Practice within acute hospital settings. *International Practice Development Journal* 5(9)

Slater, P., McCance, T., McCormack, B. (2017). The development and testing of the Person-centred Practice Inventory – Staff (PCPI-S). *International Journal for Quality in Health Care*, 29(4), 541–547

Sommaruga, M., Casu, G., Giaquinto, F., Gremigni, P. (2016). Self-perceived provision of patient centered care by healthcare professionals: The role of emotional intelligence and general self-efficacy. *Patient Education and Counseling* 100, 974–980

Stewart, M., Brown, J.B., Weston, W.W., McWhinney, I.R., McWilliam, C.L., Freeman, T.R. (1995). Patient-centered medicine: Transforming the clinical method. Sage Publications Inc.

(järgneb)

Šteinmiller, J. (2009). Patsiendikesksus eakate hooldusravis – patsientide vaatekohad. Magistritöö. Tartu Ülikool. Tartu.

Zachriae, R., O'Connor, M., Lassen, B., Olesen, M., Binow Kjaer, L., Thygesen, M., Morcke, A.M (2015). The self-efficacy in patient-centeredness questionnaire- a new measure of medical student and physician confidence in exhibiting patient-centered behaviors. *BMC Medical Education*, 15:150

Zill, J.M., Scholl, I., Härter, M., Dirmaier, J. (2013). Evaluation of dimensions and measurement scales in patient-centeredness. *Patient Prefer Adherence* 7, 345–351

Zill, J.M., Christalle, E., Müller, E., Härter, M., Dirmaier, J. (2014) Measurement of Physician-Patient Communication- A Systematic Review. *Plos One*, 9(12)

Tammsaar, Ü. (2013). Patsientide hinnangud õdede patsiendikesksusele statsionaarsetes ortopeedia ja traumatoloogia osakondades Magistritöö. Tartu Ülikool. Tartu.

Tiainen, M. (2018) The Person-Centred Practice Inventory-Staff -mittarin validointi suomenkieliseen kontekstiin. Tampere Ülikool, Tampere

Tohvre, R. (2015). Tartu Ülikooli Kliinikumi õdede arusaamad hoolivusest – fenomenograafiline uurimus. Magistritöö. Tartu Ülikool. Tartu

Treiman-Kiveste, A. (2010). Tervishoiu kõrgkoolide viimase kursuse õendusüliõpilaste hinnang oma valmidusele kliendikeskseks õendustööks ning õppe mõjule selle kujunemisel. Magistritöö. Tartu Ülikool. Tartu

Tzeng, H-M., Yin, C-Y., Fitzgerald, K. (2015) Engaging Patients in Their Care Versus Obscuratnism. *Nursing Forum*, 50(3), 196–200

Upenieks, V. V., Akhavan, J., Kotlerman, J. (2008). Value-Added Care: A Paradigm Shift in Patient Care Delivery. *Nursing Economics*, 26(5)

Vrbnjak, D., Pahor, D., Povalej Brazan, P., Edvardsson, D., Pajnikihar M. (2017). Psychometric testing of the Slovenian Person-centred Climate Questionnaire – staff version. *Journal of Nursing Management*, 25: 421–429

Vuković, M., Gvozdenović, B., S., Stamatović-Gajić, B., Ilić, M., Gajić, T. (2010). Development and Evaluation of the Nurse Quality of Communication with Patient Questionnaire. *Srp Arh Celok Lek*, 138(1–2), 79–84

Õendushoolduse osutamise nõuded. (2007). Eesti Haigekassa, Eesti Gerontoloogia Ja Geriaatria Assotsiatsioon, Hooldusravi Osutajate Ühendus, Eesti Õdede Liit, Tallinn

Weiner, S.J., Schwarz, A., Cyrus, K., Binns-Calvey, A., Weawer, F.M., Sharma, G., Yudkowski, R. (2012). Unannounced Standardized Patient Assessment of the Roter Interaction Analysis System: The Challenge of Measuring Patient-Centered Communication. *Journal of General Internal Medicine*, 28(2): 254–260

LISAD

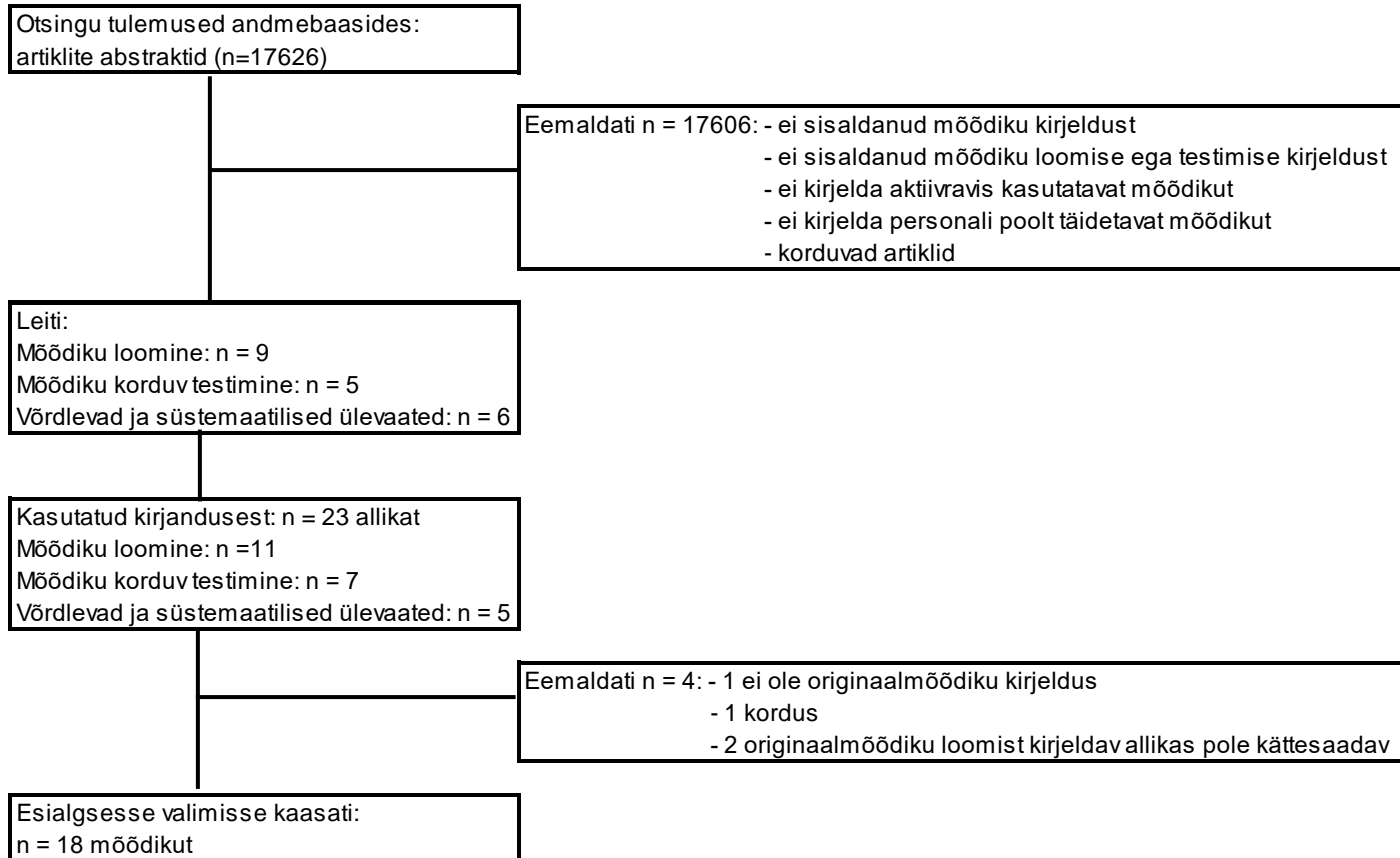
Lisa 1. Patsiendikesksuse dimensioonid

| Scholli jt (2014) | Stewart jt (1995) | Mead ja Bower (2000) | Gerteisi jt (1993) | Pickeri instituut (1987) |
|--|--|---------------------------|--|--|
| Tervishoiutöötaja olulisemad iseloomujooned | | Arst kui isik | | |
| Tervishoiutöötaja ja patsiendi suhe | Arsti ja patsiendi suhte paremaks tegemine | Jagatud võim ja vastutus | Informatsioon, kommunikatsioon ja õpetus | Informatsioon, kommunikatsioon ja õpetus |
| Patsient kui unikaalne isik | Inimese kui terviku mõistmine | Patsient kui isik | Patsiendi väärtuste, eelistuste ja väljendunud vajaduste austamine | Patsiendi väärtuste, eelistuste ja väljendunud vajaduste austamine |
| Biopsühhosotsiaalne vaade, | | Biopsühhosotsiaalne vaade | | |
| Tervishoiutöötaja ja patsiendi vaheline suhtlus | Ühise pinna leidmine | Terapeutiline side | | |
| Meditiinilise ja mittemeditiinilise tervishoiuteenuse integreerimine | | | Tervishoiuteenuse integreeritus ja kordineeritus | Tervishoiuteenuse integreeritus ja kordineeritus |
| Interdistsiplinaarne meeskonnatöö | | | | |
| Ligipääs tervishoiuteenustele | | | | Ligipääs tervishoiuteenustele |
| Tervishoiu koordineerimine ja järjepidevus | | | Üleminek ja järjepidevus | Üleminek ja järjepidevus |
| Vastastikune info jagamine | Haiguskogemuse uurimine | | | |
| Patsiendi kaasamine | Kaasamine ennetustöösse ja terviseedendusesse | | | |
| Patsiendi lähedaste kaasamine | | | Pere ja sõprade kaasamine | Pere ja sõprade kaasamine |
| Patsiendi võimestamine | Isiklike ressursside ja võimete realistlik hindamine | | | |
| Füüsiline toetus | | | Füüsiline mugavus | Füüsiline mugavus |
| Emotsionaalne toetus | | | Emotsionaalne toetus ning hirmu ja ärevuse vähendamine | Emotsionaalne toetus ning hirmu ja ärevuse vähendamine |

Lisa 2. Ülevaate artiklid patsiendikesksuse mõõdikutest

| Uurimuse nimi | Autorid | Kaasatud mõõdikud | Mõõdikute arv | Ülevaate eesmärk ehk mida tehti |
|---|----------------------------------|--|---|--|
| Measuring Person-centered Care: A Critical Comparative Review of Published Tools | Edvardsson, D., Innes, A 2010 | Mõõdikud, mis hindavad patsiendikesksust vanemate inimeste ja dementsusega inimeste hoolduses | 12- 8 Hooldus- ja pikaraviraiglas kasutatavad 3 Haiglas, aktiivravis kasutatavad 1 koduhooldusel olevate patsientidele | Võrreldi: -kontseptuaalseid mõjusid, -kas mõõdab, seda milleks on mõeldud, -rakendatavust, -psühhomeetrilisi omadusi ja -usaldusväarsust. |
| Measurement of Physician-Patient Communication- A Systematic Review | Zill, J.M., et al. 2014 | Mõõdikud, mis hindavad patsiendi ja tervishoiutöötaja vahelist suhtlust | 20 Mõõdikut 10 Perearstikeskustes kasutatavat 8 ambulatoorses töös kasutatavat 2 Haigla aktiivravis. | Võrreldi: psühhomeetrilisi omadusi -Cosmin Checklisti ja -Terwee jt kvaliteedikriteeriumite järgi |
| Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature | Mead, N., Bower, P 2000 | Arstide patsiendikesksust hindavad enesehindamis mõõdikud ja konsultatsiooni kõrvalise vaatluse meetod | 3 Enesehindamisküsimustikku 20 vaatlusprotokolli | Kirjeldati: -palju on väiteid mõõdikus, -mida peaks mõõtma, -milliseid patsiendikesksuse dimensioone katab (lähtudes samade autorite sama uurimuse käigus nimetatud 5-st dimensioonist), -Reliaablus -Valiidsus |
| Measuring the involvement of patients in shared decision-making: a systematic review of instruments | Elwyn, G.,P., et al. 2001 | Mõõdikud, mis mõõdavad patsiendi kaasatust otsuste tegemisse | 8 mõõdikut | Võrreldi: -Milliseid aspekte patsiendi kaasatusest hindab, -kas mõõdab, mida peaks mõõtma, -mil määral. -Valiidsus, -reliaablus |
| Measuring Patients' Perceptions of Patient-Centered Care: A Systematic Review of Tools for Family Medicine | Hudon, C. et al. 2011 | Mõõdikud, mis mõõdavad patsiendikesksust perearstikeskuses | 13 Mõõdikut: 2 otseselt patsiendi ootuste hindamiseks 11 mis sisaldasid olulisi teemaga seotud väiteid või alaskaalasisid | Kirjeldati ja võrreldi: -Väidete arvu, -vastamis võimalusi, -alaskaalasisid, -Valiidsust, -reliaablust -Milliseid patsiendikesksuse dimensioone katavad (aluseks Stewart jt dimensioonid) |
| Helping measure person-centred care | DeSilva, D. 2014 | Kõikehõlmav ülevaade patsiendikesksust mõõtvatest mõõdikutest | 921 erinevat tüüpi instrumente: mõõdikud, hindamisskaalad, jälgimisprotokollid, Struktureeritud intervjuud | Kirjeldati |

Lisa 3. Andmete kogumise protsess



Lisa 4. Autori luba mitte vabalt kätte saadava mõõdiku kasutamiseks

PCPI-S

Küllid Davel kyllidavel@gmail.com

15.03.2018

Saajale: pf.slater@ulster.ac.uk

Dear Sir,

My name is Külli Davel, and I study Nursing Science in University of Tartu. I write my master thesis about measurement tools of patient/person-centeredness, what can be used in acute clinical settings. My review will be comparative, and i do not give evaluation.

I am very intrested about your instrument Person-Centered Practice Inventory-Staff. I would like your permission to use your instrument in my research. I will use this instrument only for my research and will not use it with any ohter activities.

If these are acceptable terms, please indicate so by replying to me through e-mail: kyllidavel@gmail.com

Sincerely,

Küllid Davel

Slater, Paul pf.slater@ulster.ac.uk

20.03.2018

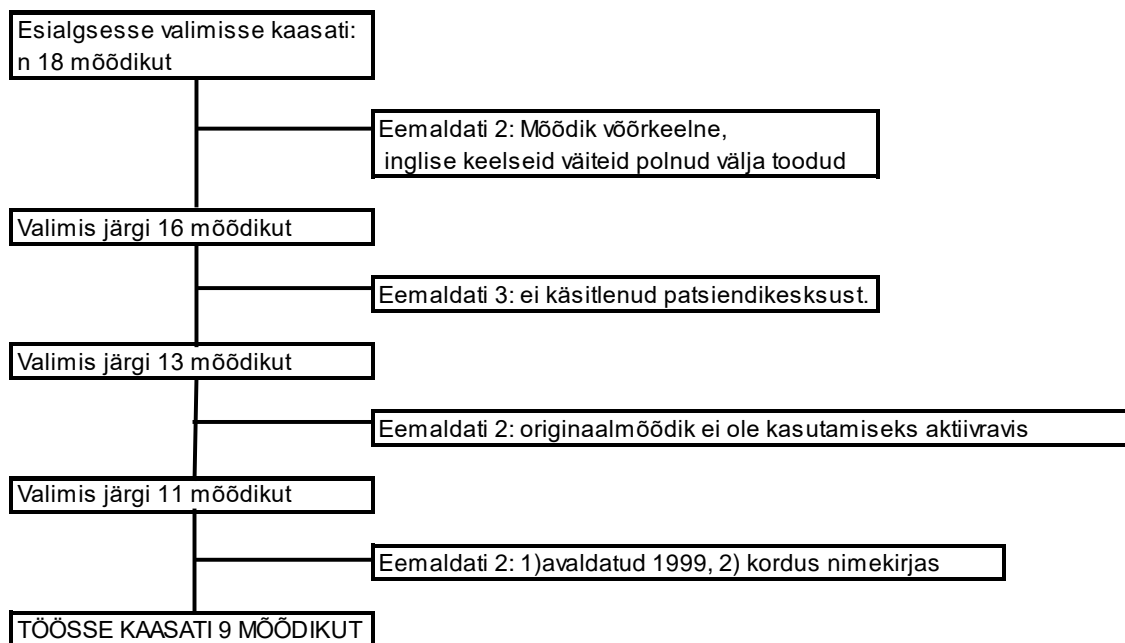
saajale kyllidavel@gmail.com

Küllid

Yes that is fine. Please cite the authors as appropriate.

Paul

Lisa 5. Mõõdikute selekteerimise protsess



Lisa 6. *Provider- Patient Relationship questionnaire (PPRQ) (Gremigni jt 2016)*

The PPRQ reports 16 common ways of dealing with patients in the hospital setting. Please, think about your last encounter with a patient, and rate how you behaved in accordance with each statement using a 5-point scale from 1 = “not at all” to 5 = “very much”.

1. I provided clear information.
2. I was interested in what the patient feels about his/her current health status.
3. I turned to the patient in a calm and quiet tone.
4. I understood the emotions that the patient may have.
5. I was interested in what the patient knows about the disease/prognosis.
6. I respected the patient as a person.
7. I was interested in what the patient wants from care.
8. I was able to listen.
9. I was paying attention to what the patient said.
10. I was able to put myself in “his/her shoes”.
11. I gave the patient time to ask and to talk about the disease.
12. I inspired confidence and security when touching the patient and being nearby.
13. I asked questions that allowed the patient to express his or her view.
14. I was interested in what the patient expects from care.
15. I gave the patient encouragement and transmitted optimism.
16. I offered the patient the opportunity to discuss and decide together the “things to do”.

Scoring instructions:

Effective Communication (EC) refers to communication behaviors such as giving clear information, paying attention to the patient when he or she talks, dealing with the patient in a calm and quiet tone, and showing respect. Compute this subscale score by summing up items 1, 3, 6, and 9.

Interest in the Patient’s Agenda (IPA) measures how much the provider is interested in knowledge, feelings, desires and expectations of the patient about the disease and care. Compute this subscale score by summing up items 2, 5, 7, and 14.

(järgneb)

Empathy (E) self-assesses the provider's ability to understand the patient's emotions, to get into his or her shoes, and to convey confidence when touching or being close to him or her. Compute this subscale score by summing up items 4, 8, 10, and 12.

Patient Involvement in Care (PIC) measures behaviors such as offering the patient the opportunity and the time to talk, to express his or her point of view, to discuss and decide together what should be done, and encouraging him or her by infusing optimism. Compute this subscale score by summing up items 11, 13, 15, and 16.

Lisa 7. Self-efficacy in patient-centeredness questionnaire (SEPCQ) (Zachariae jt 2015)

The Self-Efficacy in Patient Centeredness Questionnaire (SEPCQ) Instructions: In the following, a number of statements describing different aspects of how physicians and medical students can relate to and communicate with patients are presented. Please read each statement carefully and judge how confident you are in your ability to relate to and communicate with patients in the manner described in the statement. Please answer all questions and provide your best assessment of how confident you are that you will be able to behave in the way described in the statement.

Please answer as honestly and sincerely as possible. Each question must be answered based on how confident you are that you will be able to make the patient experience the particular behavior - not the extent to which you would like to be able to engage in the behavior.

I am confident that I am able to...

| Scoring Key | | | To a very low degree | | | | | To a very high degree | | | | |
|-------------|-----|--|----------------------|---|---|---|---|-----------------------|--|--|--|--|
| 1 | 1.1 | Make the patient feel that I am genuinely interested in knowing what he/she thinks about his/her situation | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | |
| 2 | 2.1 | Record a complete medical history | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | |
| 3 | 3.1 | Accept when there is no longer curative treatment for the patient | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | |
| 4 | 1.2 | Make the patient feel that I have time to listen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | |
| 5 | 1.3 | Recognize the patient's thoughts and feelings | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | |
| 6 | 2.2 | Reach agreement with the patient about the treatment plan to be implemented | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | |
| 7 | 2.3 | Advise and support the patient in making decisions about his/her treatment | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | |
| 8 | 3.2 | Be aware of when my own feelings affect my communication with the patient | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | |
| 9 | 1.4 | Be attentive and responsive | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | |
| 10 | 1.5 | Be aware of when the patient is scared or concerned | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | |
| 11 | 2.4 | Ensure that the patient makes his/her decisions on an informed basis | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | |

(järgneb)

| | | | | | | | |
|----|------|---|---|---|---|---|---|
| 12 | 2.5 | Explain the diagnosis and treatment plan to the patient so that he/she understands | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13 | 3.3 | Deal with my own emotional reactions when the situation is difficult for me | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14 | 1.6 | Treat the patient in a caring manner | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15 | 2.6 | Explain things so that the patient feels well-informed | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16 | 3.4 | To maintain the relationship with the patient when he/she is angry | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17 | 1.7 | Make the patient experience me as empathetic | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18 | 2.7 | Inform the patient about the expected side effects, so the patient understands them | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19 | 3.5 | To stay focused on what is best for the patient if there is a professional disagreement about the diagnosis and treatment | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20 | 1.8 | Make the patient feel that he/she can talk with me about confidential, personal issues | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21 | 2.8 | Explain how the treatment works or is expected to work | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22 | 3.6 | Avoid letting myself be influenced by preconceptions about the patient | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23 | 1.9 | Show a genuine interest in the patient and his/her situation | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24 | 1.10 | Focus on compassion, care and symptomatic treatment, when there is no curative treatment | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25 | 2.9 | Explain how the treatment is likely to affect the patient's condition, so that the patient understands | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26 | 2.10 | Explain the treatment procedures, so that the patient understands them | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27 | 3.7 | Separate my personal views from my approach in the professional situation | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

SEPCQ SCORING

| Factor | Items | | Score |
|--------|----------------------------|---------------------------------------|-------|
| 1 | 1,4,5,9,10,14,17,20,23,24 | Exploring the patient perspective | 0-40 |
| 2 | 2,6,7,11,12,15,18,21,25,26 | Sharing information and power | 0-40 |
| 3 | 3,8,13,16,19,22,27 | Dealing with communicative challenges | 0-28 |
| Total | 1 - 27 | SEPCQ-27 Total | 0-108 |

Lisa 8. Nurse Quality of Communication with Patient Questionnaire (NQCPQ) (Vuković jt 2010)

| No. | Item | Grades | | | | | |
|-----|--|---|---|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | The patient accepts conversation with me about her/his illness in the following way: | Doesn't accept | Very difficult | Hampered | Good | Very good | Excellent |
| 2 | I fully understand the severity of the patient's illness, and I talk with him/her about it: | Conversation impossible | Very difficult | Hampered | Good | Very good | Excellent |
| 3 | The patient talks to me about various themes, but avoids or is not able to answer my questions about her/his illness: | Conversation impossible, as he/she does not answer my questions | Answers my questions extremely difficult | Answers my questions hampered | Answers my questions very well | Answers my questions very well | Answers my questions excellent |
| 4 | The patient looks like he/she listens to what I am saying about his/her condition, but avoids or is not able to adequately cooperate with me while talking to him/her: | He/she resists or does opposite from what has been told | Does not resist, but doesn't do what I am telling him/her | Cooperates, but with difficulties | Cooperates well | Cooperates very well | Cooperates excellent |
| 5 | I fully understand the severity of patient's illness, therefore only by observing the patient's gestures I conclude that my communication with him/her is: | Not possible at all | Extremely difficult | Hampered | Good | Very good | Excellent |
| 6 | Generally speaking, the level of my communication with the patient while I carry out or monitor his/her pharmacotherapy, I can describe as: | No communication | Extremely difficult | Hampered | Good | Very good | Excellent |

Lisa 9. Patient-centered Care measure (PCC-measure) (Sidani jt 2014)

| PCC component | Item |
|---|--|
| Holistic care | Comprehensively assess patients' condition including physical, emotional, social, and spiritual domains of health |
| | Assess patient's understanding of the presenting problem (i.e., cause, nature) |
| | Assess patient's health values and goals |
| | Identify patient's concerns and/or needs |
| | Monitor or reassess patient's needs |
| | Provide interventions/services to patient that address all domains of health including physical comfort and emotional support |
| | Provide information regarding health promotion, illness prevention, or lifestyle change to patient |
| Collaborative care | Provide information on disease and self management to patient |
| | Support patient decision making—share information in a complete and unbiased way regarding condition, prognosis, treatment |
| | Explore and respect patient's beliefs about the problem and specific health concerns |
| | Promote discussion with patient to find a common understanding of what the problem is |
| | Explain to patient the treatment options and self-management strategies available to manage the problem |
| | Provide complete, accurate and unbiased information about the nature of each option, and associated risks, benefits, potential outcomes, and uncertainty |
| | Answer questions patient may have about his/her care |
| | Assess patient's preferences for treatment or self-management |
| | Provide the chosen treatment option or self-management strategy |
| | Provide instructions to patient on how to apply treatment option or self-management strategy in daily life |
| | Provide support, as needed, to patient for the application of treatment option or self-management strategy in daily life |
| Responsive care | Explore with the patient who he/she wants to be involved in his/her care |
| | Incorporate the patient and family in patient care |
| | Respond to patient's needs, beliefs, values, and preferences |
| | Modify the type, mode of delivery or dose of treatment or self-management strategy to be consistent with patient's needs and preferences |
| | Identify changes in patient's condition or feeling and act upon them |
| | Take time to answer patient questions |
| | Make sure patient has what he/she needs with regards to his/her health care |
| Make sure patient has what he/she needs with regards to community resources | |
| Comfort the patient when needed | |

Lisa 10. Patient-centred Care Competency Scale (PCC) (Hwang 2013)

| No. | Item contents |
|---|--|
| Respecting patients' perspectives | |
| 1 | Value seeing health-care situations through patients' eyes |
| 2. | Elicit patient values, preferences and needs as part of clinical interview, implementation of care plan, and evaluation of care |
| 3. | Integrate understanding of multiple dimensions of patient-centred care such as patient and family preferences |
| 4 | Communicate patient values, preferences and needs to other health-care team members |
| 5 | Provide patient-centred care with sensitivity and respect for the diversity of human experience |
| 6 | Support patient-centred care for individuals and groups whose values differ from own |
| Promoting patient involvement in care processes | |
| 7 | Examine barriers to active involvement of patients in their care processes |
| 8 | Assess level of patient's decisional conflict and provide access to resources |
| 9 | Describe strategies to empower patients or families in all aspects of the care process |
| 10 | Engage patients or designated surrogates in active partnerships that promote health, safety and well-being, and self-care management |
| 11 | Respect patient preferences for degree of active engagement in care process |
| Providing for patient comfort | |
| 12 | Assess presence and extent of pain and suffering |
| 13 | Assess levels of physical and emotional comfort |
| 14 | Elicit expectations of patient and family for relief of pain, discomfort or suffering |
| Advocating for patients | |
| 15 | Facilitate informed patient consent for care |
| 16 | Communicate care provided and needed at each transition in care |
| 17 | Participate in building consensus or resolving conflict in the context of patient care |

Lisa 11. *The person- centred care of older people with cognitive impairment in acute care scale (POPAC) (Edvardsson jt 2013)*

1. We assess the cognitive status of our older patients on admission
2. We make environmental adjustments to avoid over-stimulation in older people with cognitive impairment (e.g. single rooms, noise reductions etc.)
3. We diagnose symptoms of cognitive impairment (e.g. dementias, delirium etc.)
4. We spend more time with older patients with cognitive impairments compared with cognitively intact patients
5. We leave older people with cognitive impairments alone in the ward
6. We use evidence-based tools to assess cognitive status of older patients (e.g. the MMSE, SPMSQ, CAM etc.)
7. We consult specialist expertise (e.g. psychologist, gerontologist) if we find that a patient has cognitive impairment
8. We use evidence-based care guidelines in the care of older cognitively impaired patients
9. We use biographical information about older patients' (e.g. habits, interests and wishes etc.) to plan their care
10. We involve family members in the care of older patients with cognitive impairment
11. We provide staff continuity for older patients with cognitive impairments (e.g. the same nurses providing care to these patients as often as possible)
12. We systematically evaluate whether or not older patients with cognitive impairment receive care that meets their needs
13. We involve older patients with cognitive impairment in decisions about their care (e.g. examinations, treatments etc.)
14. We ensure that older patients with cognitive impairment have tests/examinations/consultations in the unit rather than having to go to another department
15. We discuss ways to meet the complex care needs of people with cognitive impairment

Lisa 12. Person-Centred Health Care for Older Adults Survey (PCHCOA) (Dow jt 2013)

Väited originaalartiklist:

Service users and carers have equal say with rest of the team in development of discharge plan

Service users have equal say with rest of the team in development of care plan

My/our care plans are structured around service user's goals

We provide services in location that best suits needs/preferences of service user

I ask service users what their goals are for this admission

I ask carer(s) what their goals are for this admission

I am supported to develop skills I need to work with older people

I have been exposed to good role models in care for older people

The expectations my managers have of me in relation to my work with older people are communicated clearly and consistently

Emotional and physical demands of my work are acknowledged and recognized

I feel that I work as part of a team with a recognized and valued contribution

I have been exposed to good environments of care for older people

I feel that I am able to use my skills to the full in my work with older people

Service users are allocated key contact person who is known to the service user and carer(s)

Service user and carer have ready access to the key contact person

If service user makes contact with Health Service, they are directed to most appropriate service without having to make another call (single point of contact)

After service users are discharged, they receive a follow-up phone call or visit

At this health service, hot food served hot and service users provided with assistance to eat (if required) while food is still warm

This health service provides adequate transport and parking to ensure access for older service users and their families/carers

This health service ensures that service users' personal privacy is respected

Carers given time and adequate assistance to prepare for discharge

I use interpreters when working with service users whose first language is not English

Written materials are provided to service users in their own language by the Health Service

Information is provided in a variety of ways to ensure all service users have access

This health service is responsive to needs of Indigenous Australians

I welcome it when older people are informed and question/challenge my advice

(järgneb)

The needs and preferences of service users should be central in health services

I like working with older people

I let service users know that I recognize them

I give service users and their carers adequate time to talk to me

I seek to find out what is important to service users about their health

Mõõdik:

Person Centred Coordinated Care– Practitioner Survey

(Modified from the Person-Centred Health Care for Older Adults Survey)

About this survey:

This survey aims to assess staff attitudes and practice in relation to person-centred care.

The survey will ask you to rate, on a 5-point scale, your attitudes and practices in relation to the following aspects of person-centred care:

1. Getting to know the individual
2. Finding out goals
3. Attitudes towards person-centred practice
4. Involvement in care planning
5. Meeting communication needs
6. Meeting practical needs
7. Co-ordinated contact
8. Supportive working environment

Throughout the survey, please tick the box that best corresponds with your opinion. It is expected that the survey will take approximately 20 minutes to complete.

The survey has six pages (including this one). Please ensure you have all pages.

Definitions

Person-centred care has been defined as “treatment and care provided by health services that places the person at the centre of their own care and considers the needs of the older person’s carers” (Improving care for older people: A policy for Health Services, 2003, pxiii).

(järgneb)

Person refers in this survey to clients or patients you work with.

Carer refers to any family member or friend who provides care for a person. Care may include personal care, emotional support, care management, help with activities of daily living, such as transport, financial management, shopping and domestic help. It includes both primary (co-resident) and secondary carers (e.g. family members who do not usually reside with the service user)

Throughout the survey, please tick the box that best corresponds with your opinion.

1. Involvement in care planning

1.1 In my service, program or ward, people have an equal say with the rest of the team in the development of the care plan.

never rarely sometimes usually always not applicable

1.2 In my service, program or ward, people and carers have an equal say with the rest of the team in the development of the discharge plan.

never rarely sometimes usually always not applicable

1.3 My/our care plans are structured around the person's goals or desired outcomes.

never rarely sometimes usually always

1.4 In my Service/Organisation, we provide services in the location that best suits the needs and preferences of the person/child and their carer/family.

2. Finding out goals

2.1 I ask people what their goals/outcomes are for their health and wellbeing.

never rarely sometimes usually always

2.2 I ask the carers/parents what their goals and needs are for the health and wellbeing of the person they support.

never rarely sometimes usually always

(järgneb)

3. Supportive working environment

3.1 I am supported to develop the skills I need to work with the people and their carers.

never rarely sometimes usually always

3.2 In my Service/Organisation I have good role models in care for people.

never rarely sometimes usually always

3.3 Expectations of my role and how I treat the people I support are communicated clearly and consistently.

never rarely sometimes usually always

3.4 I feel that I work as part of a team with a recognised and valued contribution.

never rarely sometimes usually always

3.5 The emotional and physical demands of my work are acknowledged and recognised.

never rarely sometimes usually always

3.6 I feel that I am able to use my skills to the full in my work with people.

never rarely sometimes usually always

3.7 In my Service/Organisation I have a good environment of care for people.

never rarely sometimes usually always

(järgneb)

4. Co-ordinated contact

4.1 It is clear to the person or their carer/parent who their key worker is.

never rarely sometimes usually always not applicable

4.2 The people and their carer/parent have ready access to the key contact person (i.e. they are available by phone, messages are returned promptly).

never rarely sometimes usually always not applicable

4.3 In this Service/Organisation we know how to direct people to the most appropriate service without them having to make another call (single point of contact).

never rarely sometimes usually always

4.4 After the person is discharged/leaves my service/team, they receive a follow-up phone call or visit.

never rarely sometimes usually always not applicable

5. Meeting practical needs

5.1 My Service/Organisation provides adequate transport and parking to ensure access for people and their families/carers.

never rarely sometimes usually always not applicable

5.2 My Service/Organisation ensures that people's personal privacy is respected.

never rarely sometimes usually always

(järgneb)

6. Meeting communication needs

- 6.1 I am able to meet the communication needs of people and families when working with them.

never rarely sometimes usually always

- 6.2 Written materials are provided to people and their carers in a language they can understand by my Service/Organisation.

never rarely sometimes usually always

- 6.3 Information is provided in a variety of ways to ensure all people and their carers have access (e.g. written, verbal, visual).

never rarely sometimes usually always

7. Attitudes towards person-centred practice

- 7.1 I welcome it when people are informed and question or challenge my advice.

never rarely sometimes usually always

- 7.2 The needs and preferences of the people I support, should be central in health and care services.

never rarely sometimes usually always

- 7.3 I like working with the people I support or care for.

never rarely sometimes usually always

(järgneb)

8. Getting to know the individual

- 8.1 I let people and their carers know that I recognise them (e.g. call them by their preferred name, remember and repeat something they have told me).

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| never | rarely | sometimes | usually | always |

- 8.2 I give people and their carers adequate time to talk to me (e.g. to discuss their concerns and their expectations).

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| never | rarely | sometimes | usually | always |

- 8.3 I seek to find out what is important to people about their health and wellbeing (e.g. mobility, cognitive function, being part of the family, able to go to the gym).

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| never | rarely | sometimes | usually | always |

9. About you

- 9.1 What is your current role?

- 9.2 What setting do you work in?

- 9.3 Which IPC site do you work in (if unsure please ask the person administering the questionnaire)?

Lisa 13. Person-centred Practice Inventory – Staff (PCPI-S) (Slater jt 2017)

Exploring Person-Centredness

Thank you for agreeing to take part in this survey. Your participation is greatly appreciated. There are no "right" or "wrong" answers to these questions and it is really important that you are as accurate as possible. Please take your time and answer ALL questions.

Section 1:

This section is about you. We are not asking any questions that will be able to identify you individually. Please tick one answer only to each of the following questions

1. Are you?

Female Male

2. Please indicate what grade you are?

Grade D Grade E Grade F Grade G Other

3. How many years' experience have you?

<1 year 1-5 years 6-10 years Over 10 years

Section 2:

Please indicate how much you agree or disagree with each of the following statements:

| | Strongly Disagree | Disagree | Neutral | Agree | Strongly Agree |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. I have the necessary skills to negotiate care options. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. When I provide care I pay attention to more than the immediate physical task. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. I actively seek opportunities to extend my professional competence. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. I ensure I hear and acknowledge others perspectives. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. In my communication I demonstrate respect for others. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. I use different communication techniques to find mutually agreed solutions. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. I pay attention to how my non-verbal cues impact on my engagement with others. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. I strive to deliver high quality care to people. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. I seek opportunities to get to know people and their families in order to provide holistic care. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. I go out of my way to spend time with people receiving care. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. I strive to deliver high quality care that is informed by evidence. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. I continuously look for opportunities to improve the care experiences. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(järgneb)

Please indicate how much you agree or disagree with each of the following statements:

| | Strongly Disagree | Disagree | Neutral | Agree | Strongly Agree |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. I take time to explore why I react as I do in certain situations. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. I use reflection to check out if my actions are consistent with my ways of being. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. I pay attention to how my life experiences influence my practice. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. I actively seek feedback from others about my practice. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. I challenge colleagues when their practice is inconsistent with our team's shared values and beliefs. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. I support colleagues to develop their practice to reflect the team's shared values and beliefs. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. I recognise when there is a deficit in knowledge and skills in the team and its impact on care delivery. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. I am able to make the case when skill mix falls below acceptable levels. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. I value the input from all team members and their contributions to care. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. I actively participate in team meetings to inform my decision-making. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. I participate in organisation-wide decision-making forums that impact on practice. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. I am able to access opportunities to actively participate in influencing decisions in my directorate/division. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(järgneb)

Please indicate how much you agree or disagree with each of the following statements:

| | Strongly Disagree | Disagree | Neutral | Agree | Strongly Agree |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 25. My opinion is sought in clinical decision-making forums (e.g. ward rounds, case conferences, discharge planning). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. I work in a team that values my contribution to person-centred care. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. I work in a team that encourages everyone's contribution to person-centred care. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. My colleagues positively role model the development of effective relationships. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. The contribution of colleagues is recognised and acknowledged. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. I actively contribute to the development of shared goals. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. The leader facilitates participation. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. I am encouraged and supported to lead developments in practice. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. I am supported to do things differently to improve my practice. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. I am able to balance the use of evidence with taking risks. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. I am committed to enhancing care by challenging practice. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. I pay attention to the impact of the physical environment on people's dignity. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(järgneb)

Please indicate how much you agree or disagree with each of the following statements:

| | Strongly Disagree | Disagree | Neutral | Agree | Strongly Agree |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 37. I challenge others to consider how different elements of the physical environment impact on person-centredness (e.g. noise, light, heat etc). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. I seek out creative ways of improving the physical environment. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. In my team we take time to celebrate our achievements. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. My organisation recognises and rewards success. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. I am recognised for the contribution that I make to people having a good experience of care. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. I am supported to express concerns about an aspect of care. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. I have the opportunity to discuss my practice and professional development on a regular basis. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. I integrate my knowledge of the person into care delivery. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. I work with the person within the context of their family and carers. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. I seek feedback on how people make sense of their care experience. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47. I encourage the people to discuss what is important to them. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48. I include the family in care decisions where appropriate and/or in line with the person's wishes. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 49. I work with the person to set health goals for their future. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(järgneb)

Please indicate how much you agree or disagree with each of the following statements:

| | Strongly Disagree | Disagree | Neutral | Agree | Strongly Agree |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 50. I enable people receiving care to seek information about their care from other healthcare professionals. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 51. I try to understand the person's perspective. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 52. I seek to resolve issues when my goals for the person differ from their perspectives. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 53. I engage people in care processes where appropriate. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 54. I actively listen to people receiving care to identify unmet needs. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 55. I gather additional information to help me support the people receiving care. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 56. I ensure my full attention is focused on the person when I am with them. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 57. I strive to gain a sense of the whole person. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 58. I assess the needs of the person, taking account of all aspects of their lives. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 59. I deliver care that takes account of the whole person. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Thank you for taking the time to complete the questionnaire.

Once you have responded to all of the above questions please return this in the envelope provided to

Lisa 14. *Person-Centered Climate Questionnaire- Staff version (PCQ-S)* (Edvardsson jt 2009)

The probing question used is: "I experience my workplace as", and the response options used are: 1) No, I disagree completely, 2) No, I disagree, 3) No, I partly disagree, 4) Yes, I partly agree, 5) Yes, I agree, 6) Yes, I agree completely.

| <i>Item number</i> | <i>Item content</i> |
|--------------------|--|
| 1 | A place where I feel welcome |
| 2 | A place where I feel acknowledged as a person |
| 3 | A place where I feel I can be myself |
| 4 | A place where the patients are in safe hands |
| 5 | A place where the staff use a language that the patients can understand |
| 6 | A place which feels homely even though it is in an institution |
| 7 | A place where there is something nice to look at |
| 8 | A place where it is quiet and peaceful |
| 9 | A place where it is possible to get unpleasant thoughts out of your head |
| 10 | A place which is neat and clean |
| 11 | A place where it is easy for the patients to keep in contact with their loved ones |
| 12 | A place where it is easy for the patients to receive visitors |
| 13 | A place where it is easy for the patients to talk to the staff |
| 14 | A place where the patients have someone to talk to if they so wish |

Lisa 15. Ülevaade mõõdikute võrdlustulemustest

| Mõõdik | Usaldusväarsus | Kasutajasõbralikkus | Dimensioonid | Testimine |
|-------------|--|---|--------------|--|
| PPRQ | - Cronbachi $\alpha = 0,90$ - $r > 0,4$ - Test-retest $r = 0,7$ - Ekspertgrupp - Faktoranalüüs | Pos: Sõnastus selge ja arusaadav, ülesehitus lihtne, loogiline, juhised lihtsad Neg: Kohati mitu tunnust ühes väites, sõnastus positiivsusele kallutatud | 6/15 | 3korral, 2 riigis, 2 keeles |
| SEPCQ | - Cronbachi $\alpha 0,83-0,94$ - QAS-99 küsimuste hindamissüsteem - Eeluuring | Pos: Sõnastus on lihtne ja arusaadav Neg: Mitu tunnust ühes väites, mõttekordused, väidete sisu osas hüplik, pole järjepidevust. Väited võivad sobida vastaja tegevuse ja suhtumise hindamiseks. | 8/15 | - |
| NQCPQ | - Cronbachi $\alpha = 0,97$ - $r > 0,7$ - Test-retest $r = 0,8$ - Faktoranalüüs | Pos: Järjekindel, järjestus loogiline Neg: Väited pikad, keeruliselt sõnastatud, sisaldavad mitut tunnust. Igale väitele oma vastusevariandid, sõltuvalt sisust. | 2/15 | - |
| PCC-measure | -KR-20: 0,66, 0,70, 0,42 - Ekspertgrupp - Faktoranalüüs | Pos: Sõnastus kohati lihtne, ülesehitus loogiline ja järjekindel Neg: Sõnastus kohati pikk ja keeruline, mõned väited sisaldavad mitut tunnust. | 10/15 | ühel korral, samas riigis, samade autorite poolt |
| PCC | - Cronbachi $\alpha = 0,94$ - Ekspertgrupp - Test-uuring - Faktoranalüüs | Pos: Sõnastus kohati lihtne, ülesehitus loogiline ja järjekindel Neg: Sõnastus kohati pikk ja keeruline, mõned väited sisaldavad mitut tunnust | 12/15 | - |
| POPAC | - Cronbachi $\alpha = 0,87$. - Test-retest hea, - Ekspertgrupp - Faktoranalüüs | Pos: Sõnastus lihtne ja arusaadav, ei sisalda mitut tunnust. Ülesehitus järjekindel, loogiline Neg: Väitele nr 5 vastamise negatiivne suund. | 10/15 | 2 korral, 2 riigis, 2 keeles |
| PCHCOA | - Cronbachi $\alpha = 0,91$ - Ekspertgrupp, kuhu kuulusid 20 vanemaealist inimest - Faktoranalüüs | Pos: Sõnastus lihtne ja arusaadav, üheselt mõistetav. Ülesehitus järjekindel ja loogiline, juhised on selged. | 12/15 | - |
| PCPI-S | - Ekspertide paneel - Kinnitav faktoranalüüs | Pos: Sõnastus lihtne, arusaadav ja ühemõtteline. Ülesehitus järjekindel loogiline. Neg: Tegemist on pika ja aeganõudva küsimustikuga | 10/15 | 2 korral, 2 riigis, 2 keeles |
| PCQ-S | Cronbachi $\alpha = 0,88$, - Ekspertgrupp - Faktoranalüüs | Pos: Sõnastus lihtne, ühemõtteline ja arusaadav. Ülesehitus järjekindel ja loogiline. Juhised ja tulemuse arvutamine on selgitatud lihtsalt ja kõigile ühtemoodi arusaadavalt | 5/15 | 7 korral, 6 riigis, 5 keeles |

Antud võrdlusaspektis teistest esile tõusev