

TARTU ÜLIKOOL

Majandusteaduskond

Diana Ingerainen

**EESTI PEREARSTIPRAKSISTE KVALITEEDIJUHISE
TÄIENDAMINE EFQM NÄITEL**

Magistritöö

Juhendaja: PhD Krista Jaakson

Kaasjuhendaja: MA Anneli Lorenz

Tartu 2021

Olen koostanud töö iseseisvalt. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite tööd, põhimõttelised seisukohad, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud.

Sisukord

Sissejuhatus	4
1. Esmatasandi tervishoiu kvaliteedi juhtimine	7
1.1. Areng ja lähenemisviisid esmatasandi tervishoiu kvaliteedi juhtimises	7
1.2. EFQM mudeli rakendamine esmatasandi tervishoius	14
1.3. Osapoolte roll kvaliteedijuhtimises	20
1.4. Eesti perearstipraksiste korraldus ja Perearstipraksiste kvaliteedijuhis	24
2. Eesti perearstipraksiste kvaliteedijuhtimise analüüs ja ettepanekud täiendamiseks	28
2.1. Metoodika ja valim	28
2.2. Järveotsa Perearstikeskuse EFQM pilootprojekti analüüs	31
2.3. Ekspertintervjuude analüüs ja ettepanekud	37
Kokkuvõte	47
Viidatud allikad	49
Lisad	58
Lisa A. Tervishoiu valdkonna kvaliteedijuhtimise meetodid ja mudelid	58
Lisa B. Osapoolte olulisus kvaliteedijuhtimise vaatest	61
Lisa C. EFQM mudeli rakendamise uuringud ja tulem	62
Lisa D. EPK mõõtmised, standardid ja kriteeriumid	64
Lisa E. Järveotsa Perearstikeskuse EFQM hindamisinstrument	65
Lisa F. Intervjuu kava	67
Lisa G. Järveotsa Perearstikeskuse määratletud põhiväärtused „JPK strateegia aastani 2030“	68
Lisa H. Soovitatud indikaatorid	69
Lisa I. Võrdlustabel	71
Lisa J. KHI integreerimise etappidega seotud sammud	74
Summary	75

Sissejuhatus

Eestis külastatakse oma perearstikeskust keskmiselt kuus korda aastas, toimub 6,5 miljonit visiiti (Anderson jt. 2019). Kahtlemata on inimesi, kes ei külasta aastaid oma perearstikeskust, aga on ka neid, kes käivad vastuvõtul iga kuu paar korda. On seda palju või vähe? Kuidas hinnata visiite? Kas patsiendid on sisuliselt abi saanud? Kes peaks hindama? Tervishoius on palju osapooli – riik regulatsioonidega, tervishoiuteenuste osutajad kui otsesed patsientidega tegelejad, diagnostika- ja ravimifirmad ning peategelased patsiendid. Riik on sätestanud tervishoiuteenuste osutajatele kvaliteedinõuded, mis oma olemuselt on standardid, millele tervishoiuteenuste osutajad peavad vastama. Kas sätestatud nõuded ka realselt kehtivad? Millise meetodiga või sagedusega peab tervishoiuteenuse osutajaid kontrollima? Kes on kõige õigem kontrolli läbi viima? Kuidas siis ikkagi hinnata kvaliteeti? Just sellistele küsimustele püüdsid vastust leida Eesti Perearstide Seltsi (EPS) innovaatilised ja aktiivsed perearstid juba 20 aastat tagasi.

Koostöös Eesti Haigekassaga loodi 2006. aastal perearstide kvaliteedisüsteem (PKS), mis jälgis patsientide ennetustegevustega hõlmatust nimistu põhiselt. Eesti Perearstipraksiste kvaliteedijuhis (EPK) koostati 2009. aastal, mis koondas erinevates seadustes sätestatud nõuded ning lisas praktikast tulenevalt kvaliteedi indikaatoreid kogemuse põhjal. EPK näol on tegemist ainulaadse nähtusega Eesti tervishoius, sest varem ei olnud ükski eriala kvaliteedi sõnastamise ja kvaliteedi jälgimise teemat süsteemselt käsitlenud. Oma olemuselt on EPK kvaliteediohje meetod, mille abil hinnatakse, kas nõuded (indikaatorid) on täidetud ja mida nimetatakse kvaliteedijuhiseks. Kümne aastaga on perearst-pereõde mudel arenenud multidistsiplinaarseks meeskonnaks (ämmaemandus, füsioteraapia, kliinilise psühholoogi, koduõe, vaimse tervise õe vastuvõttud), teenuseid osutatakse füüsilist kontakti vajavate visiitide kõrval ka vahendatult telefoni-, meili- ja veebipõhiselt. Need muutused on kaasa toonud vajaduse koordineeritud juhtimise järele, mis võimaldaks soolopraksistel ja esmatasandi tervisekeskustel tõhusamalt toimida ja pakkuda seeläbi kvaliteetsemaid teenuseid.

Võttes arvesse tänapäevaseid tõenduspõhiseid lähenemisi kvaliteedijuhtimisele, on soovitav kasutada paindlikke täiuslikkuse mudeleid, mis arvestavad indikaatorite kirjeldamisel kõiki tervishoiuga seotud osapooli (Jackson & Bircher 2002). Mudeleid saab kohandada nii riigi, tervisesüsteemi kui konkreetse tervishoiuteenuse osutaja tasemele (Arcelay et al. 1999). Esmatasandi tervishoiu kvaliteedi hindamiseks ja arendamiseks on neist Euroopas enim

kasutatud EFQM mudelit. EFQM kui täiuslikkuse mudel hõlmab kõiki kvaliteedijuhtimisega seotud komponente, pakkudes raamistiku organisatsiooni hindamiseks ja arendamist vajavate valdkondade määramiseks (Gene-Badia et al. 2001).

Magistritöö eesmärgiks on teha ettepanekud EPK täiendamiseks, analüüsides olemasolevaid EPK indikaatoreid ja võrreldes neid Järveotsa Perearstikeskuses rakendatud EFQM hindamisinstrumendi ning EFQM mudeli alusel koostatud intervjuude tulemustega. Nende abil sõnastatakse ettepanekud EPK täiendamiseks perearstiabi korraldajatele nii perearstikeskuse kui riiklikul tasemel.

Magistritöö uurimisülesanded on:

1. Anda ülevaade kvaliteedijuhtimisest ja EFQM mudeli rakendamisest esmatasandi tervishoius (alapeatükid 1.1-1.3).
2. Anda ülevaade Eesti Perearstipraksiste kvaliteedijuhtimisest ja hinnata EFQM mudeli komponentide kaetust selles (alapeatükk 1.4).
3. Analüüsida EFQM mudeli alusel koostatud hindamisinstrumendi rakendamisel saadud tulemusi Järveotsa Perearstikeskuses (alapeatükk 2.2).
4. Analüüsida esmatasandi arstiabi korraldajate ja otsustajate nägemust EFQM mudelist lähtuvate indikaatorite kaasamise olulisusest EPK-s poolstruktureeritud intervjuu abil (alapeatükk 2.3).
5. Teha ettepanekud EPK täiendamiseks teooriast, Järveotsa Perearstikeskuse pilootprojekti näitest ja intervjuudest lähtuvalt (alapeatükk 2.3).

Magistritöö koosneb teoreetilisest ja empiirilisest peatükist. Teoreetilise osa kirjutamisel on tuginetud mujal maailmas ja Eestis varasemalt esmatasandi tervishoiu kvaliteeti ja selles kasutatud indikaatoreid käsitlevatele teadusartiklitele, asjakohastele kvaliteedi juhtimisalastele teadusuuringutele ja eriala raamatutele. Eesti konteksti kirjeldamisel on tuginetud Eesti Vabariigi seadusandlusele, Perearsti kvaliteedisüsteemile ja Eesti Perearstipraksiste kvaliteedijuhtimisele.

Empiirilises osas kirjeldatakse esmalt magistritöös kasutatud meetodikat ja valimit. Teises alapeatükis esitatakse Järveotsa Perearstikeskuses rakendatud EFQM hindamisinstrumendi teel saadud tulemusi. Kolmandas alapeatükis keskendutakse teostatud ekspertintervjuudele ja nende analüüsile, kus uuritakse esmatasandi arstiabi korraldajate ja otsustajate nägemust

kvaliteedijuhtimisega seotud indikaatorite kaasamise olulisusest EPK-s ja tuuakse välja ettepanekud Eesti Perearstipraksiste kvaliteedijuhise täiendamiseks.

Märksõnad: *Eesti, tervishoiusüsteem, kvaliteedi edendamine, esmatasandi tervishoid, perearstid, kvaliteedijuhtimissüsteem, kvaliteedijuhised, kvaliteedijuhtimise indikaatorid, EFQM mudel, Järveotsa Perearstikeskus*

1. Esmatasandi tervishoiu kvaliteedi juhtimine

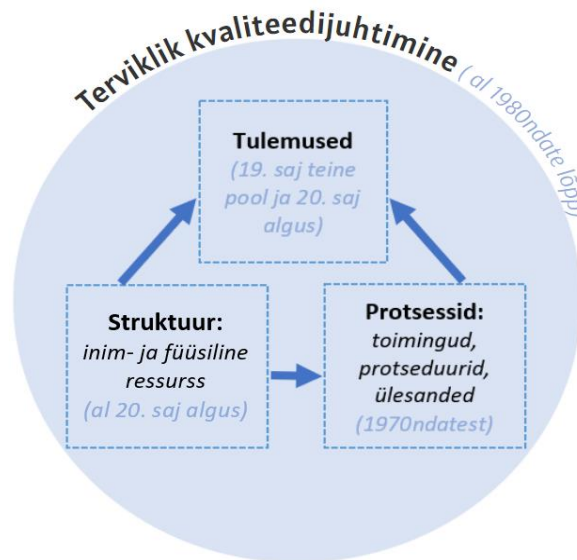
1.1. Areng ja lähenemisviisid esmatasandi tervishoiu kvaliteedi juhtimises

Esmatasandi tervishoiu kontekstis võib kvaliteeti vaadelda kui soovitud eesmärkide saavutamist kõige tõhusamal ja mõjusamal viisil, kus on pandud rõhk patsiendi rahulolule ja tervise seisundist lähtuvate vajaduste rahuldamisele. Samuti peavad kvaliteetsed teenused vastama kehtestatud nõuetele, kaasaja teadmiste, olemasolevatele ressurssidele ning kutse- ja erialastele nõuetele (Al-Assaf & Sheikh 2004, RT I 15.01.2019 § 2). Nendele nõuetele vastamiseks võetakse teenuse osutajate poolt kasutusele kvaliteedijuhtimissüsteeme, mis hõlmavad endast organisatsiooni struktuuri, ressursse, vastutust ja plaanipärast tegevust kvaliteedi tagamiseks (RT I 15.01.2019 § 2). Kvaliteet ei ole siinkohal midagi, mis tekiks iseenesest, vaid selle poole tuleb püüelda läbi oskusliku planeerimise, teadlike strateegiate loomise ning aktiivse tegevuse, kasutades selleks teaduslikke lähenemisi ja meetodeid (Al-Assaf & Sheikh 2004).

Kvaliteedi edendamist on võimalik hinnata üksnes läbi selle mõõtmise. Donabediani 1966. aastal tutvustatud süsteemiteoorial tuginevast lähenemisest lähtuvalt koosneb tervishoiusüsteem kolmest komponendist: *struktuur, protsess ja tulemused*. Struktuur hõlmab siinkohal inim- ja füüsilisi ressursse (nt arstid, hooned ja ravimid) ja protsess viitab kõikidele süsteemis tehtavatele toimingutele, protseduuridele ja ülesannetele (nt vastuvõtud ja uuringud). Kolmandat komponenti ehk tulemusi (nt patsiendi rahulolu ja haigestumus) on vaadeldud kui tulemit nii struktuurist kui ka protsessidest. Kõik need komponendid on omavahel seotud, kus struktuur suurendab tõhusate protsesside tõenäosust, mis omakorda suurendavad heade tulemuste tõenäosust (joonis 1) (Al-Assaf & Sheikh, 2004, Donabedian 1988).

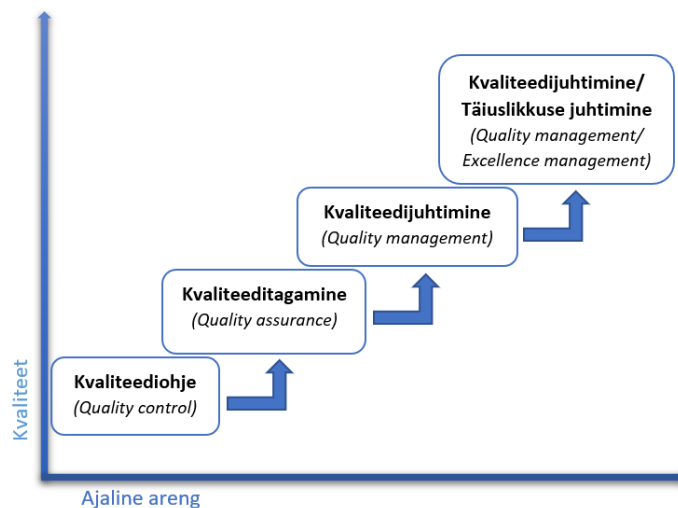
Läbi aja on arenguetappidel rohkem tähelepanu pööratud erinevatele tervishoiusüsteemi komponentidele. Muutuste toimumine on seeläbi nähtav kui liikumine ühelt süsteemikomponendilt teisele (joonis 1). Kui algselt oli fookus tulemuste saavutamisel, siis 20. sajandi esimesel poolel hakati üha enam tähelepanu pöörama struktuuri olulisusele. See etapp on seotud tervishoiuasutuste ja selle töötajate koolitamise edendamise ning erinevate regulatsioonide tekkega. Tekkis vajadus akrediteerimise järele ning alates 20. sajandi keskpaigast võib leida erinevaid tervishoiuasutuste jaoks välja töötatud standardeid ja suuniseid, millest tervishoiuorganisatsioonidel on olnud võimalik lähtuda. 1970ndatest nihkus fookus struktuuriga seotud standarditelt protsessidega seotud standarditele ja

juhistele. Täiendavate meetodite otsimist kvaliteedi mõõtmiseks ja arendamiseks alustati taas 1980ndate aastate lõpus, mil suure edasimineku tervishoiu organisatsioonides tõi kaasa tööstuses levinud teooria - tervikliku kvaliteedijuhtimise põhimõtete ja filosoofiate rakendamine, liikumise protsessidelt tagasi tulemuste poole. 1990ndate keskel alguse saanud tervikliku kvaliteedijuhtimise põhimõtted ei sea eesmärgiks mitte üksnes kvaliteedi tagamist, vaid võtavad suuna selle pidevale terviklikule arengule ja parendamisele (Al-Assaf & Sheikh 2004).



Joonis 1. Tervishoiusüsteemi kolm kvaliteedi komponenti ja nende seosed (*nooled*). Allikas: autori koostatud Al-Assaf & Sheikh (2004), Donabedian (1988) alusel

Ajas toimunud arenguid võib vaadelda ühtlasi ka kui liikumist kvaliteediohjest täiuslikkuse juhtimiseni (joonis 2). Perioodil 2000-2019 ilmunud kvaliteedijuhtimise alase kirjanduse ülevaate tulemusena leidsid Wawak et al. (2020), et erinevatest valdkondadest on viimasel ajaperioodil kvaliteedijuhtimise meetodite rakendamine kasvutrendis just tervishoius. Kvaliteedijuhtimise valdkond üldiselt on aga leitud olevat küps ja üha enam tegeletakse erinevate uute teadmiste süvendamise ja laiendamisega (Wawak et al. 2020).



Joonis 2. Kvaliteedi areng läbi aja. Allikas: autori kohandatud *OurBizPort* (2021) järgi

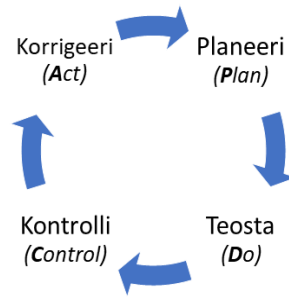
Käesoleval ajal rakendatavatest meetoditest on suur osa kvaliteediga seotud eesmärkidest paika pandud seadusandluse ja riiklike kvaliteedi tagamise süsteemide poolt, mis kehtestavad standardid ehk vajaliku miinimumtaseme kvaliteetsete teenuste tagamisel. Seda eesmärki Eesti kontekstis perearstias taidab perearstide kvaliteedisüsteem ja kitsamalt perearstipraksiste kvaliteedijuhtimis (Eesti Haigekassa 2021). Kehtestatud kvaliteedi tagamise süsteemid ja standardid on siinkohal aluseks ka organisatsioonide akrediteerimisele (Arcelay et al. 1999, Berssaneti et al. 2016).

Riiklikul tasandil sätestatud eesmärgid on omakorda sõltuvad liikmelisusest ja seotusest rahvusvaheliste organisatsioonidega, kes annavad ette suunised kvaliteedi strateegiate loomiseks. Need kokkulepitud väärtused on olulised, sest on välja töötatud laiaulatuslikele teadmistele ja kogemustele tuginedes. Esmatasandi tervishoiu vaatest on siinkohal Maailma Tervishoiuorganisatsioon WHO (*World Health Organization*) (WHO 2021) rõhutanud kolme omavahel seotud sammast: 1) võimestatud inimesed ja kogukondade kaasamine, 2) erinevaid tervishoiuvaldkondi hõlmav tegevus ja 3) kvaliteetne esmatasandi arstiabi ja tervishoiuteenused, mis seavad esikohale rahvatervise olulised funktsioonid (WHO 2019). Maailma perearste ühendav tervishoiuorganisatsioon WONCA on lisaks isiku- ja kogukondade kesksusele rõhutanud ka spetsiifilisi oskusi probleemide lahendamiseks, kõikehõlmavat lähenemist inimese tervisele, holistilist modelleerimist ning esmatasandi arstiabi juhtimist (WONCA 2021). Need põhiväärtused toovad selgelt esile kvaliteedi ja juhtimise olulisuse kui olulised lähtepunktid organisatsioonide tegevustes. Rahvusvaheliselt tuntuimaks ja mõjumaks kvaliteedijuhtimise standardiks on ISO kvaliteedijuhtimise

standard (Lisa A). ISO ehk Rahvusvaheline Standardiorganisatsioon on järjepidevalt arendanud standardeid ka tervishoiuvaldkonna jaoks (ISO 2021).

Kvaliteedi tagamise süsteemist ja standarditest eristuva lähenemisena organisatsiooniliste eesmärkide seadmise osas on täiuslikkusmudelid. Kui standardid annavad ette miinimumnõuded kvaliteedi tagamiseks, siis täiuslikkuse mudelitega püüeldakse täiuslikkuse saavutamise suunas. Oma loomult on täiuslikkuse mudelid ettekirjutuseta töövahendid, mis ei anna organisatsioonidele ette, mida ja kuidas tuleb teha, vaid pakuvad üldise raamistiku organisatsioonidele enda hindamiseks ja arendamist vajavate valdkondade määramiseks terviklikkust silmas pidades (Jackson 1999, Moeller et al. 2000). Need võimaldavad tähelepanu pöörata olulistele kvaliteediga seotud komponentidele, milleks on näiteks eestvedamine ja strateegia, erinevad seotud huvipooled (nt kliendid, töajõud ja partnerid), tehtavad toimingud ja saavutatavad tulemused. Need komponendid on seotud kriitiliste probleemidega, mille ees tänapäeva tervishoiuorganisatsioonid seisavad, nagu näiteks ohutus, digitaliseerimine ja tehnoloogia, innovatsioon ning ühiskondlik vastutus ja ülemaailmne jätkusuutlikkus (NIST 2021). Seetõttu on täiuslikkuse mudelid leidnud olulise koha ka tervishoiuorganisatsioonide kvaliteedijuhtimises, kus neid on nähtud oluliste vahenditena kvaliteedijuhtimise protsesside toimimise tagamiseks (Minkman et al. 2007). Seda kinnitavad koostatud kvaliteedijuhtimise alase kirjanduse ülevaated. Näiteks töid Bahadori et al. (2016) oma tervishoiualase kvaliteedijuhtimise kirjanduse ülevaates perioodi 2004-2014 kohta esile enim rakendatavate mudelitena EFQM (*European Foundation for Quality Management*) ja MBNQA (*Malcolm Baldrige National Quality Award*) täiuslikkuse mudelid. EFQM mudeli rakendusvaldkondi uurides leidis La Rotta ja Rave (2017) omakorda selle üheks enim rakendust leidnud valdkonnaks just tervishoiu. EFQM mudeli põhjalikumale kirjeldamisele ja rakendamisele keskendub järgnev alapeatükk 1.2.

Nii ISO juhtimisstandard kui ka täiuslikkuse mudelid rõhutavad siinkohal pidevale arengule keskendumise olulisust, võttes aluseks planeeri-teosta-kontrolli-korrigeeeri ehk PDCA (*plan-do-check-act*) tsükli, tihti tuntud ka kui Demingi ring (joonis 3). Sellest lähtumine võimaldab organisatsioonidel planeerida pidevat liikumist soovitud kvaliteediga seotud eesmärkide saavutamise ja täiustamise suunas. Kvaliteedijuhtimise vaatenurgast on kaks esimest sammu seotud kvaliteedi tagamisega (nt planeerimine, standardite kehtestamine ja edastamine), kolmas kvaliteedi kontrolli ehk seire ning viimane kvaliteedi parendamisega seotud etappidega. Positiivsete muutuste saavutamisel saab pidada protsessi paranenuks ja parima tulemuse tagamiseks on vajalik pideva parendamise mehhanism (Al-Assaf & Sheikh 2004).



Joonis 3. PDCA ehk planeeri-teosta-kontrolli-korrigeeri tsüklil. Allikas: *autori koostatud Al-Assaf & Sheikh (2004) alusel*

Tsükliline lähenemine pidevale arengule on leidnud tee tervishoidu ka läbi protsesside tõhustamise meetodite nagu Lean, Six Sigma ja Lean Six Sigma (Henrique & Filho 2020). Nende meetodite abil eemaldatakse kõrvalekaldeid protsessidest ning seda ühtlasi kiiremini ja tõhusamalt (lisa A). Tervishoiuvaldkonna süstemaatilise teaduskirjanduse ülevaate tulemusena on Henrique ja Filho (2020) leidnud, et 63 protsenti uuringutest on kasutanud Lean lähenemist. Lean metoodikal tuginevaid lähenemisi on rohkem avaldatud haiglate ja kõige enam erakorralise meditsiini teenuste osutamise kontekstis, kus see omab suurimat kriitilist tähtsust kiire terviseseisundi halvenemise tõttu (Henrique & Filho 2020). Eraldi lähenemisena tuleb esile Lean töövoos ümberdisaini meetod esmatasandi meeskondade jaoks, mis annab raamistiku protsesside ja töörollide ümberkujundamiseks meeskonnas (Hung et al. 2017). Protsesside tõhustamise meetodite rakendamine on kaasa toonud edasiminekuid protseduuride ja toimingute standardiseerimisel ning seeläbi töö tõhustamisel (Henrique & Filho 2020). Näiteks Lean Six Sigma rakendamine mittetulunduslikus kogukonnakliinikus tõi kaasa olulise patsientide ravijuhtumitele kuluva aja vähendamise (ligi 20 protsenti) ja seeläbi suurenes patsientide vastuvõtude läbilaskevõime (Kovach & Ingle 2019).

Lisaks erinevatele mudelitele võib leida näiteid organisatsioonide jaoks välja töötatud kvaliteedijuhtimise hindamisinstrumentidest, mille eesmärgiks on esmatasandi tervishoiu praksiseid hinnata ning seeläbi parendada ja täiustada. Ühed näited antud tüüpi tööriistadest on Austraalia kontekstis loodud SAT (*Systems Assessment Tool*) ehk süsteemide hindamise tööriist (Cunningham et al. 2016) ja PC-PIT (*Primary Care Practice Improvement Tool*) ehk esmatasandi tervishoiu praksiste täiustamise tööriist (Borg et al. 2020) (lisa A). Sarnaselt teistele meetoditele on neid oluline rakendada koos PDCA tsükliga, et näha muutusi hinnatavates näitajates ja organisatsioonide töös (Borg et al. 2020, Cunningham et al. 2016). Erinevad kvaliteedile suunatud tööriistad on siinkohal kasulikud ka tervishoiuorganisatsioonide omavaheliseks võrdlemiseks (Jennings & Westfall 1994).

Võrreldes Eesti Perearstipraksiste kvaliteedijuhtimise erinevate kvaliteedijuhtimise meetoditega, siis EPK korral on tegemist kvaliteedi tagamise süsteemiga, mis hindab nõuete täidetavust ja on aluseks akrediteerimisele (tabel 1). ISO standarditele sarnaselt on EPK aluseks miinimumnõuete täitmise hindamisele, kuid ei käsitle organisatsiooni juhtimist. Erinevalt täiuslikkuse mudelist on EPK-l oluliselt piiratum vaade kvaliteedi juhtimisega seotud komponentidel ning puudub suund pidevale parendamisele. Protsesside tõhustamise meetoditega võrreldes on EPK-s teatud protsessid (nt saatekirjade vastuste vaatamine ja kommunikeerimine) sarnasest põhimõttest lähtuvalt kirjeldatud, kuid peamine rõhk on vaid tegevustel ja nende dokumenteerimisel. EPK on sarnaselt esmatasandi kvaliteedijuhtimise hindamisinstrumentidele perearstiabi keskne, kuid viimased on kohandatud kvaliteedijuhtimise mudelite alusel ja loodud organisatsioonide kvaliteedijuhtimise edendamiseks. Selgeks erinevuseks teistest kvaliteedijuhtimise meetoditest on selle PDCA tsüklist mitte lähtumine, mis on vajalik pideva arengu võimaldamiseks organisatsioonis (tabel 1). Erinevate meetodite ülevaade ja mudelite skeemid on esitatud lisas A.

Tabel 1. Tervishoiu valdkonna kvaliteedijuhtimise meetodid ja seos EPK-ga

Kvaliteedi-juhtimise meetod	Sisu	Näited	Seos EPK-ga
Kvaliteedi tagamise süsteem	Sisaldab suuniseid ja standardeid kvaliteedi tagamiseks. Aluseks akrediteerimisele.	EPK	EPK kui kvaliteedi tagamise süsteem. Hindab nõuete täidetavust, aluseks akrediteerimisele.
Kvaliteedi-juhtimise standardid	Seotud sätestatud eesmärkide saavutamise, kvaliteedikontrolli vahend.	Tuntuim standard ISO 9001	Miinimumnõuete täitmine. Erisus: <i>EPK ei käsitle kvaliteedi juhtimist, vaid nõuetele vastavust, ei lähtu PDCA tsüklist.</i>
Täiuslikkus-mudelid	Kaasavad kõik kvaliteedijuhtimise küljed, käsitlevad organisatsiooni selle terviklikkuses.	Enim rakendatavad EFQM ja MBNQA	Osaline kattuvus üksikutes komponentides. Erisus: <i>EPK-s puudu tervikvaade, ei lähtu PDCA tsüklist, on ettekirjutav.</i>
Protsesside tõhustamise meetodid	Lähemine protsesside tõhustamisele. Toimingute ja protseduuride standardiseerimine.	LEAN, LEAN Six Sigma, Lean töövoo ümberdisain	Teatud protsessid kirjeldatud sarnast põhimõtet järgides. Erisus: <i>EPK-s esitatud vaid tegevused, rõhk dokumenteerimisel. Ei lähtu PDCA tsüklist.</i>
Kvaliteedi-juhtimise hindamis-instrumendid	Organisatsioonide kvaliteedijuhtimise hindamiseks loodud tööriistad.	Nt SAT ja PC-PIT Austraalias	Perearstiabi kesksed lähened. Erisus: <i>SAT ja PC-PIT kui kvaliteedijuhtimise mudelite alusel kohandatud instrumendid (lähtuvad PDCA tsüklist).</i>

Allikas: autori koostatud lisas A esitatud allikate alusel

Erinevate kvaliteedijuhtimise meetodite valik sõltub siinkohal suuresti organisatsiooni poolt püstitatud eesmärkidest, kus nende poolt pakutavad tugevused ja nõrkused rakendamiseks esmatasandi tervishoiu organisatsioonide kvaliteedijuhtimiseks on esitatud tabelis 2. Täiuslikkuse mudeli tugevuseks võib siinkohal pidada just selle kõikehõlmavat lähenemist, mis ei sea eesmärgiks vaid miinimumnõuete täitmist.

Tabel 2. Kvaliteedijuhtimise meetodite (KJM) võrdlustabel

JKM	Fookus	Nõue Ma/Mi	Ulatus	ETTK +	ETTK -
EPK	Kvaliteedi tagamise süsteem	Mi	TS	Esmatasandi spetsiifiline Perearsti kogemusel tuginev	Ei kata tervikut, üksnes standardite saavutamine
ISO JSS	KJS Standard	Mi	PS SS	Rahvusvaheline, baasnõuded	Puudub suund täiuslikkuse saavutamisele
EFQM 2013 (CAF)	TM	Ma	TS	Sarnasus avaliku haldusteenusega; palju edukaid näiteid	Töömahukas, bürookraatlik
EFQM 2020	TM	Ma	TS SS PS	Vaade ökosüsteemile, kohanduv väljakutsetega ja paindlikum	Puuduvad näited rakendamise kohta esmatasandi tervishoius
MBNQA	TM	Ma	TS	Olemas eraldi raamistik tervishoiu valdkonnale	USA keskne ja rohkem kasutust haiglates
LEAN & Six Sigma	Operatsiooni KJ meetodid	-	PS SS	Tööprotsesside efektiivsus+ Variaabluse -	Ei kata tervikut, rohkem kasutust haiglates
SAT	Hindamis-instrument	Ma	TS	ET spetsiifiline	Ei kata tervikut, vähene paindlikkus
PC-PIT	Hindamis-instrument	Ma	TS	Efektiivne, esmatasandi spetsiifiline	Ei kata tervikut, vähene paindlikkus

Märkus: JS - juhtimissüsteemid, TM – täiuslikkusemudel, Ma - maksimum, Mi - miinimum, ETTK – esmatasandi tervisekeskus, KJ - kvaliteedijuhtimine, KJS - kvaliteedijuhtimise süsteemid, KJM - kvaliteedijuhtimise mudel, PS - primaarsektor (põllumajandus, metsandus), SS - sekundaarsektor (tööstus), TS - tertsiaarsektor (teenindus)

Allikas: autori koostatud lisas A esitatud allikate alusel

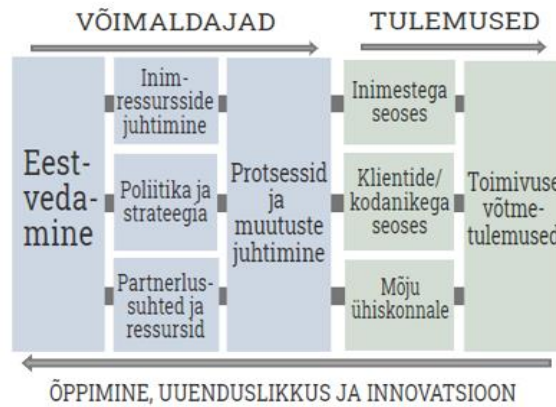
Valitud meetodite juures on ülitähtsad elemendid kvaliteedi tagamiseks ja edendamiseks kvaliteedinäitajate kirjeldamine ja andmete ning tõendite kogumine, mis võimaldavad saavutada pideva parendamise kultuuri ja mis on kasulikud nii patsientidele, töötajatele kui ka peamistele sidusrühmadele (Jackson & Bircher 2002). Näitajaid ja nende komplekte kvaliteedi hindamiseks on siinkohal palju, mida illustreerivad erinevad teaduskirjanduse alusel koostatud katusülevaated. Üheks ulatuslikumaks on neist Ramalho et al. (2019) poolt

koostatud esmatasandi tervishoiu kvaliteediindikaatorite ülevaade, kus need jaoti vastavalt teenuste mõõtmetele, funktsioonile, ravi tüübile, valdkondadele ja seisundile. Uuring tõi esile indikaatorite suure kallutatuse protsesside hindamisele, kus leitud 727 näitajast või näitajate rühmast 74,5 protsenti oli seotud protsesside mõõtmisega. Esitatud indikaatorite juures tulevad esile ka kvaliteedi juhtimisega seotud indikaatorid, milleks on näiteks mõjus, tõhusus, ajakohasus, patsientidele orienteeritus, mis omakorda seotud kriteeriumitega nagu näiteks ravi koordineerimine, järelkontroll, tervishoiuteenustele võrdse juurdepääsu tagamise poliitika, ravi ooteaeg, väljaspool tööaega osutatav teenus, patsiendi rahulolu, vigade tuvastamise süsteem, tööjõu arendamine, ravi informatiivne järjepidevus (Ramalho et al. 2019). Valitavate näitajate määratlemisel on kriitiliseks komponendiks peetud ka sidusrühmade kaasamist, et parandada hindamisraamistiku kasutamist ja vastavust demograafilistele omadustele ja tervise vajadustele (Reeve et al. 2015).

1.2. EFQM mudeli rakendamine esmatasandi tervishoius

On erinevaid põhjuseid, miks just EFQM mudelit võib vaadelda kui paljulubavat raamistikku olemasolevate kvaliteedijuhiste ümbertegemiseks, mis on siiani täitnud oma loomult valdavalt kvaliteediohje eesmärgi. EFQM mudeli kui kõiki kvaliteedijuhtimise jaoks olulisi komponente kaasava mudeli peamise tugevusena on nähtud, et oma loomult ettekirjutuseta tööriist loob eeldused selle kohaldamiseks kõikides tervishoiu organisatsioonides sõltumata nende suurusest, arstiabi valdkonnast ja juhtimisstruktuurist (Arcelay et al. 1999). EFQM lähenemisviisi kaudu luuakse vajalikud mõõdikud, mida peetakse organisatsioonis oluliseks ja mille edenemist soovitakse hinnata (Jackson & Bircher 2002). Mudeli rakendamine pakub võimaluse olulisemate puudujääkide väljaselgitamiseks ning parendusalgatuste määramiseks (Gene-Badia et al. 2001).

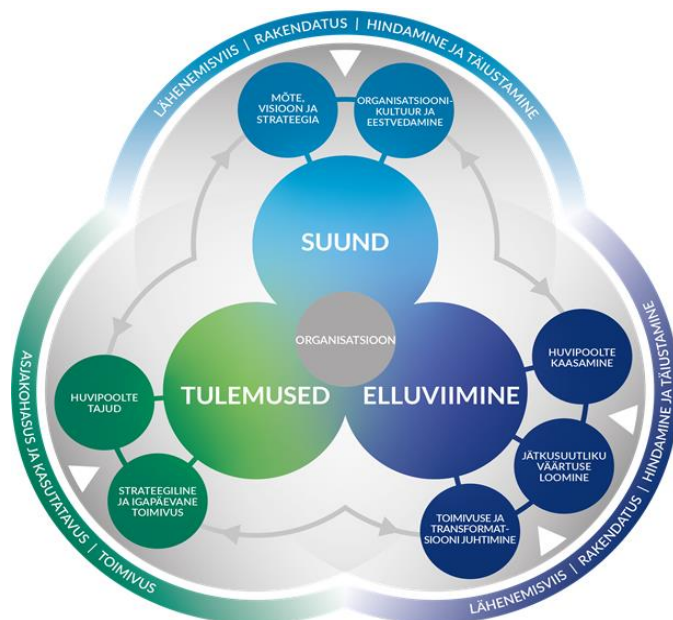
EFQM mudel loodi 1990ndate alguses ning mudelit on aja jooksul mitmel korral muudetud (EFQM 2016). Varasemad mudeli versioonid koosnesid 9 komponendist, millest 'võimaldajate' grupp sisaldab viite ja 'tulemused' nelja komponenti (joonis 4). Võimaldajad katavad 'mida organisatsioon teeb' ja tulemused 'mida organisatsioon saavutab'. Tulemused ise saavutatakse võimaldajate poolt, samas kui võimaldajaid edendatakse kasutades selleks tagasisidet tulemustes (Nabitz et al. 2000, Lee 2012). Eesti kontekstis on antud EFQM mudeli versioon tuntud rohkem CAF (*Common Assessment Framework*) mudelina, mida on riiklikul tasandil kohandatud avaliku sektori organisatsioonidele kasutamiseks juhtimise kvaliteedi hindamiseks (joonis 4) (RaM 2021, Vellak jt. 2020).



Joonis 4. Varasem EFQM mudeli versioon. Allikas: *autori kohandatud EFQM (2016) alusel*

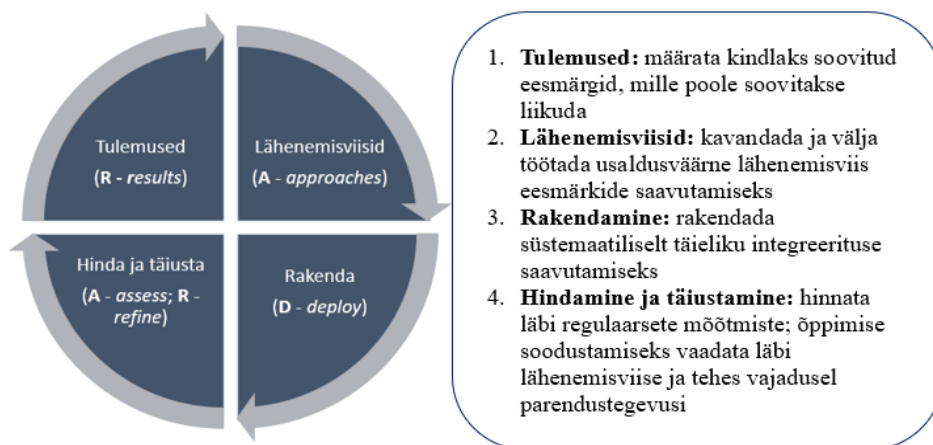
Olulised muudatused EFQM mudeli raamistikus on esitatud 2020. aastal, kus uus mudel koosneb kolmest põhiosast: suund, elluviimine ja tulemused. Need omakorda jaotuvad seitsmeks alakomponendiks: (1) mõte, visioon ja strateegia, (2) organisatsioonikultuur ja eestvedamine, (3) huvipoolte kaasamine, (4) jätkusuutliku väärtuse loomine, (5) toimivuse ja transformatsiooni juhtimine, (6) strateegiline ja igapäevane toimivus ja (7) huvipoolte tajud (joonis 5) (EFQM 2021). Mudeli kaks esimest ehk suuna komponendid tegelevad küsimusega “Miks” (*Miks organisatsioon on olemas? Mis on tegevuse mõte? Miks selline strateegia?*). Kolm elluviimise komponenti küsimusega “Kuidas” (*Kuidas ta kavatses oma mõtet ja strateegiat teostada?*). Viimased kaks ehk tulemuse komponendid tegelevad küsimusega “Mida” (*Mida ta on saavutanud? Mida ta kavatses homme saavutada?*) (Eesti Kvaliteediühing 2021).

Olulisemaks erinevuseks varasemast mudelist on peetud selle vaadet organisatsioonile kui ökosüsteemile, mis on ühtlasi paremini kohanduv kaasaja väljakutsetele läbi suuna ja transformatsiooniga seotud komponentide. Kiiret reageerimist väljakutsetele on peetud oluliseks just kriisiolukordades, kus paljudel organisatsioonidel on vaja kiiresti muutustega kohaneda (EFQM 2020). Võrreldes mudeli eelneva versiooniga on nähtud mudelit ka kui oluliselt lihtsustatud ja vähem bürokratlikku lähenemist kvaliteedi hindamiseks ja juhtimiseks organisatsioonides.



Joonis 5. EFQM 2020. aasta mudeli komponendid. Allikas: *Eesti Kvaliteediühing (2021)*

Nii uus kui ka varasemad mudelid lähtuvad siinkohal RADAR loogikast, mis loovad eeldused organisatsiooni pidevaks arenguks. See koosneb neljast elemendist ja nõuete täitmiseks tuleb lähtuda joonisel 6 esitatud punktidest.



Joonis 6. EFQM mudeli RADAR loogika. Allikas: *autori koostatud Jackson (1999) ja Eesti Kvaliteediühing (2021) alusel*

Käesolevaks hetkeks on puudu näited EFQM 2020. aasta mudeli rakendamisest esmatasandi tervishoius, kuid varasem mudeli versioon on leidnud olulist rakendust esmatasandi tervishoiu organisatsioonide kvaliteedijuhtimises. Seda kinnitavad esitatud uuringud näiteks Hispaaniast, Baskimaalt, Suurbritanniast, Hollandist ja Itaaliast. Need toovad esile mudeli rakendamise vastavalt kas üksiku organisatsiooni vaatest või kirjeldavad laiemalt riikliku tasandi algatusi ning nende tulemusi. EFQM mudelit on rakendatud nii enesehindamise kui ka välishindamise vahendina (tabel 3).

Tabel 3. EFQM mudeli rakendamise uuringud esmatasandi tervishoiust

Allikas	Kontekst	Sisu
Arcelay et al. 1999	Hispaania	Uuring esitab 26 organisatsiooni EFQM enesehindamise protsessi alates 1995. aastast. Arutletakse mudeli kasutamise ja parendamisega seotud eeliseid, muresid ja tulevase suundi.
Jackson 1999	Inglismaa	Uuring vaatleb võimalikke põhjuseid, miks Ühendkuningriigi valitsus kiitis EFQM mudelit kui juhtimise raamistikku ning on toonud välja 10 peamist võimalikku põhjust.
Nabitz et al. 2000	Holland	Uuring kirjeldab Hollandi tervishoiuorganisatsioonide kogemust EFQM mudeli rakendamisel. Tuuakse esile Hollandi valitsuse tugi koolituste korraldamisel ja enesehindamisel.
Gene-Badia et al. 2001	Hispaania	Uuring hindab EFQM mudeli enesehindamise küsimustiku rakendamist ja usaldusväarsust ET organisatsioonis võrdluses välisauditiga.
Jackson & Bircher 2002	Inglismaa	Juhtumiuuring kirjeldab 15-liikmelise ET meeskonna teekonda allakäinud praksisest tippasemel tervishoiu organisatsiooniks EFQM põhimõtete rakendamise läbi.
Sanchez et al. 2006	Baskimaa	Uuring esitab EFQM mudeli rakendamist piirkondliku tervishoiuteenuse kvaliteedi juhtimise ühise raamistikuna. Tutvustab 31 tervishoiuorganisatsiooni (sh ET) hindamise tulemusi alates 1995.
Favaretti et al. 2015	Itaalia	Uuring esitab kümneaastase EFQM tippmudeli kasutamise kogemuse ülevaate suure Itaalia tervishoiusüsteemi kontekstis. Kokku neli EFQM-põhist sise- ja välishindamist.
Rodriguez-Gonzalez et al. 2020	Hispaania	Juhtumiuuring esitab haiglaapteegi osakonna tulemuslikkuse parandamise kirjelduse perioodi 2008-2017 jooksul. Neli EFQM enesehindamist ja kolm välishindamist.

Allikas: *autori koostatud*

Mudeli rakendamisel on tehtud olulisi edusamme organisatsioonides, mis on seotud näiteks organisatsiooni peamiste puudujääkide ja arendamist vajavate valdkondade kindlakstegemisega ning neist lähtuvate muudatuste ja tulemustega (tabel 4). Üheks olulisemaks parendustegevuste tulemiks võib pidada teenuste kvaliteedi ja seeläbi patsientide rahulolu kasvu (Favaretti et al. 2015, Rodriguez-Gonzalez et al. 2020, Sanchez et al. 2006). Samuti võib vaadelda ka märkimisväärseid arenguid organisatsioonide üldises toimivuses, kus mudel on pakkunud hea üldise raamistiku ja juhised integreeritud juhtimissüsteemi loomiseks (Favaretti et al. 2015). Kasu mudeli rakendamisest on olnud seotud ka äriprotsesside sujuvamaks muutmise (Favaretti et al. 2015), ajaressursi efektiivsema rakendamise (Jackson & Bircher 2002) ning oluliste arengutega organisatsiooni meeskonna sisekommunikatsioonis (Gene-Badia et al. 2001, Vallejo et al. 2007). Mudeli suureks eelduseks võibki pidada, et see võimaldab töötajate eraldi hindamise kõrval vaadelda neid ka meeskonna kui tervikuna (Jackson & Bircher 2002). Läbi

tõhustunud sisekommunikatsiooni, töötajate kaasamise ning nende suurema koolituse on suurenenud ka töötajate enda rahulolu (Matthies-Baraibar et al. 2014). Töötajate arengule orienteeritud hindamissüsteem on loonud eeldused ka EFQM mudeli sisuliseks kasutuselevõtmiseks (Escrig-Tena et al. 2019).

Iga uue meetodi rakendamine organisatsioonis on seotud ka kindlate väljakutsetega (tabel 4). EFQM mudeli rakendamisel tajutakse organisatsioonides esialgset töökoormuse kasvu ja täiendavat ajakulu. Nimelt eeldab mudeli rakendamine hindamiseks vajaliku andmestiku kogumist ning andmesüsteemide juurutamist (Jackson & Bircher 2002, Moeller et al. 2000). Väljakutsed on seotud ka mudeli olulisuse selgitamisega meeskonnale, milleks on vajalik meeskonna koolitamine (Rodriguez-Gonzalez et al. 2020). Pikaajaline rakendamine eeldab lisaks piisavaid ressursse ja riiklikku tuge (Arcelay et al. 1999, Sanchez et al. 2006). Uuringute lõikes esitatud tulemid ja väljakutsed on esitatud lisana C.

Tabel 4. EFQM mudeli rakendamise positiivne tulem ja väljakutsed

Positiivne	Väljakutsed
<ul style="list-style-type: none"> • Hea üldine kvaliteedikriteeriumite raamistik organisatsioonide parendusvaldkondade avastamiseks ja parendusalgatuste määramiseks ja tegemiseks • Võimaldab võtta suuna pidevale arengule ja terviklikule kvaliteedijuhtimisele • Võimaldab luua integreeritud juhtimissüsteemi, kaasates sealjuures teisi (sh varasemaid) lähenemisi • Rakendatakse hindamise tööriistu, mis tagavad monitoorimise võimaluse, tegevuse ja tulemuste ulatusliku, süstemaatilise ja regulaarse analüüsi • Võimaldab luua võrdlusandmestiku teiste organisatsioonidega võrdlemiseks • Äriprotsesside sujuvamaks muutumine • Strateegilise planeerimise rakendamine, protsesside, inim- ja ajaressursi parem juhtimine • Kommunikatsiooni tõhustamine organisatsioonis ja sellest väljas • Uuringute teostamine • Enesekindluse kasv läbi teadmiste • Pakutavate teenuste, ohutuse, efektiivsuse ja produktiivsuse paranemine • Klientide, töötajate ja teiste sidusrühmade rahulolu kasv 	<ul style="list-style-type: none"> • Mudeli usaldusväärse selgitamine ja tagamine töötajatele • Vajalik sobilik organisatsioonikultuur • Algselt tajutav suurenev töökoormus ja suurenenud ajakulu, mis kahaneb iga enesehindamisega • Andmete kogumine ja analüüsimine ning andmesüsteemide juurutamine võtab aega ja nõuab eeltööd • Vaja suurendada arvutipõhiste süsteemide suutlikkust • Kõik algselt valitud kriteeriumid ei pruugi olla asjakohased ja edasiviivad • Praksistel ei ole otsustusvõimet kõigis mudeliga seotud valdkondades • Vajadus mudelit kohandada tervishoiuorganisatsiooni jaoks • Suur osapoolte arv, kes arengut mõjutavad • Efektiveks rakendamiseks on vajalik tugi (väliskonsultant, tippjuht, valitsuse pühendumine ja organisatsioonidele pakutav halduse tugi) • Vajalikud ressursid kvaliteedi parendamise projekti pikaajalisuse säilitamiseks • Eestvedamine ja inimeste juhtimisega seotud kriteeriumid on jäänud kriitiliseks probleemiks • Vaja tagada kogutavate andmete järjepidevus EFQM mudeli ümberkujunemisel

Allikad: autori koostatud Arcelay et al. (1999), Jackson (1999), Gene-Badia et al. (2001), Jackson & Bircher (2002), Sanchez et al. (2006), Favaretti et al. (2015) ja Rodriguez-Gonzalez et al. (2020) alusel

Jackson (1999) poolt esitatud uuring on siinkohal vaadelnud võimalikke põhjuseid, miks Ühendkuningriigi valitsus kiitis EFQM mudelit kui juhtimise raamistikku ning toonud välja 10 peamist võimalikku põhjust:

- 1) mudel on üldine raamistik, mis võimaldab kaasata juba varasemad organisatsiooni poolt rakendatavad algatused (nt ISO 9000 ja teised kvaliteedistandardid);
- 2) on võrdselt keskendunud võimaldajatele ja tulemustele ehk organisatsiooni “kuidas” on rakendatud üksnes koos selle üldiste mõjude määramisega organisatsiooni tulemustele, mis on vajalik tagamaks organisatsiooni parim mõistlik isejuhtimine;
- 3) on seotud valitsuse kvaliteedi tagamise süsteemi üldise eesmärgiga, milleks on, et organisatsioon ise hindaks enda tugevusi ja arendamist vajavaid valdkondi;
- 4) mudel võimaldab ellu jääda üksnes tulemuslikkuse hindamise ja pideva parendamise kultuuris, kus kvaliteet juhib kogu otsustamist;
- 5) pakub detailid ja struktuuri hindamiseks ja tagamiseks, et õiged juhtimise oskused oleksid paigas, et see tagaks kontrolli ja sealjuures inimeste väärtustamise;
- 6) kohustab organisatsioone rakendama oma poliitikat ja strateegiaid, mitte lihtsalt kokku leppima tegevuskavas, millest viimased on küll kvaliteedi tagamisel olulisel kohal;
- 7) mudel julgustab organisatsioone oma tulemusi võrdlema parimate, mitte samal tasandil paiknevatega;
- 8) pakub tugeva struktuuri toimivate partnerlussuhete loomiseks ja hindamiseks ning kõigi olemasolevate ressursside “riskide” haldamiseks;
- 9) julgustab organisatsioone esitama protsessi juhtimise mõju organisatsiooni tulemustele ning veel enam pidevat täiustamist, mitte üksnes standardite saavutamist;
- 10) eeldab organisatsioonidel positiivsete trenditulemuste ilmnemist kahes põhivaldkonnas: toimivuse tulemused ning kõigi peamiste sidusrühmade tajud, mis mõlemad sobivad kokku riskijuhtimisega.

Esitatud uuringute ülevaated toovad esile erinevaid põhjuseid, miks EFQM mudelit ja selle rakendamist on peetud oluliseks täienduseks olemasolevatele parendusprojektidele, sh näiteks sertifitseerimisele, akrediteerimisele ja kliinilistele auditile (Arcelay et al. 1999, Jackson 1999). On võimalik leida erinevaid näiteid EFQM mudeli paralleelsest rakendamist teiste lähenemistega ja mudelitega, kus need on leitud üksteist täiendavat (Donahue & van Ostenber, 2000). Samuti on uuritud seoseid erinevate lähenemiste tulemuste vahel, kus EFQM hindamisel saavutavad kõrgemaid tulemusi akrediteeritud organisatsioonid

(Berssaneti et al. 2016) ja organisatsioonid, kes on rakendanud ISO 9001 juhtimisstandardeid (Yousefinezhadi et al. 2015). Sedasi on leitud ka akrediteerimisel seos paremate juhtimistavade rakendamisega EFQM mudeli järgi (Berssaneti et al. 2016). EFQM mudelit on võimalik kergesti kohandada ka vastavalt organisatsioonide enda vajadustele, kus üheks näiteks on EFQM mudeli ankeetide täiendamine lingvistilise infoga. See on võimaldanud esitada üksikisikute arvamusi ja seeläbi hõlbustada individuaalseid vastuseid, mis on olulised eriti olukorras, kus on vajalik konsensuse saavutamine (Moreno-Rodriquez et al. 2013).

Kokkuvõttes on nähtud, et EFQM mudel on suurema tõenäosusega edukam kui kvaliteedi tagamise süsteemid, kui eesmärgiks on tagada muutus kultuuris. Nimelt nõuab tippmudeli rakendamine organisatsioonidelt valitud lähenemisviiside süstemaatilist rakendamist. Mudel pakub ka ideaalse vahendi organisatsioonidele, kes soovivad alustada ja tugevdada oma teekonda kvaliteedi tipptaseme saavutamiseks, sest põhineb enesehindamisele, pidevale täiustamisele, õppimisele ja innovatsioonile, meeskonnatööle ja täielikult kliendile suunatud kultuuri põhimõtetele (Jackson 1999).

1.3. Osapoolte roll kvaliteedijuhtimises

Tervikliku lähenemise põhimõtte kvaliteedijuhtimisele EFQM mudelis peab oluliseks ka suhteid nii organisatsiooni sees kui ka sellest väljaspool, kelle kohta on vaja ülevaadet saamaks aru nende rollist kvaliteedi edendamisel. Esmatasandi organisatsiooni vaatest võib osapooltena käsitleda organisatsiooni koos juhtkonna ja töötajatega, patsiente, partnereid ja teisi sidusrühmi (joonis 7). Lisaks on oluline näha ka seoseid laiema kogukondliku, riikliku ja rahvusvahelise konteksti ehk süsteemiga, mis loob võimalused ja eeldused esmatasandi tervishoiuorganisatsiooni toimimiseks ja arenemiseks (Orueta et al. 2015, Li et al. 2020, Brennan et al. 2012). On oluline, et kvaliteedi edendamine leiaks aset ja oleks rakendatav erinevatel tasanditel nagu näiteks üksikisik, meeskond, teenindus ja tervishoiusüsteem, sest arenema ei pea mitte üksnes organisatsioon iseseisvalt (Gardner et al. 2018, Harrison & Shortell 2020). Vajalik on siinkohal erinevate osapoolte (nt sotsiaalhoolekanne, tervishoid ja haridus) omavaheline integreerimine ja võrgustumine, et pakkuda parimat kvaliteetset teenust abivajajatele.

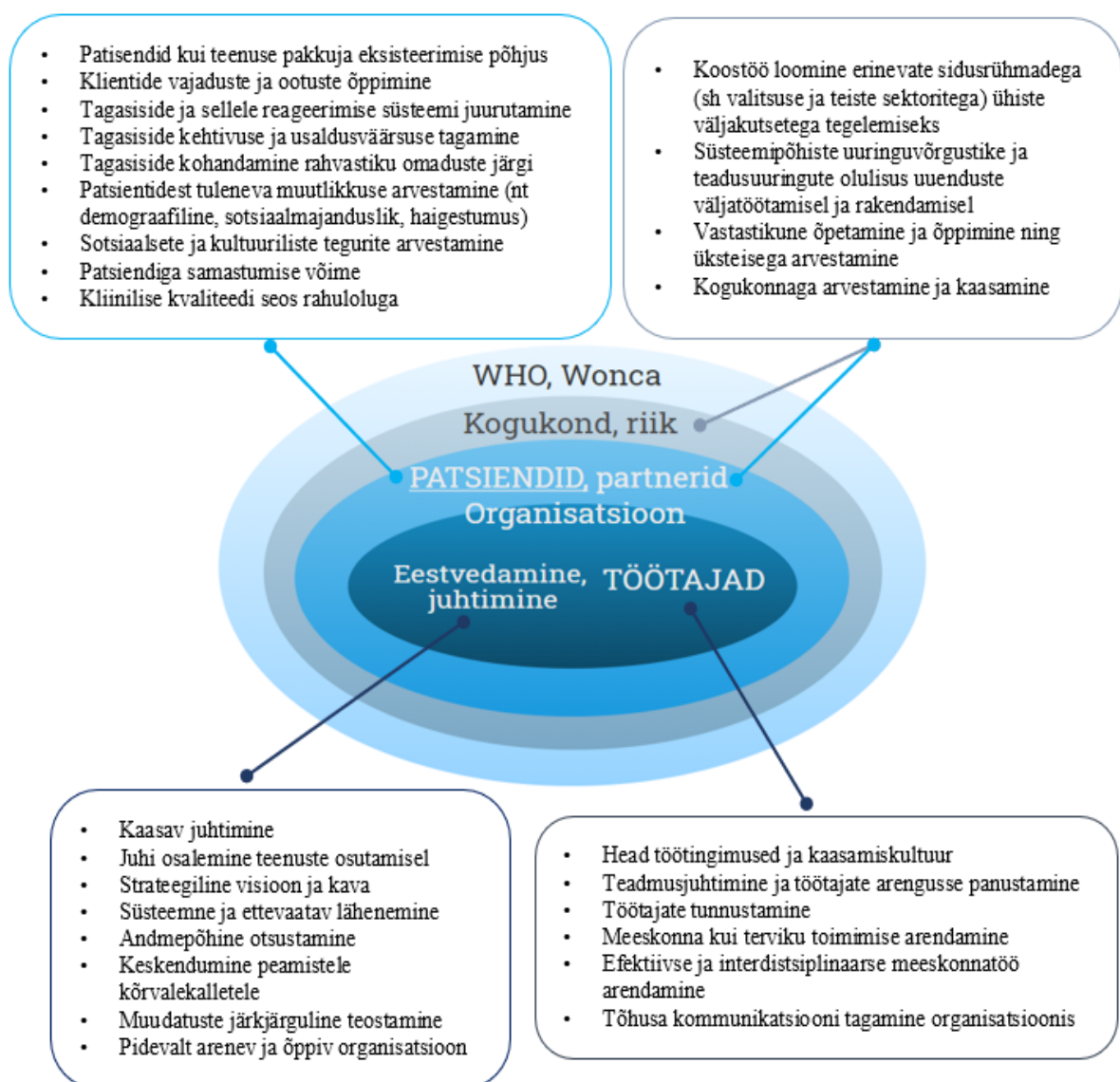
Esmatasandi tervishoiu kvaliteedijuhtimise alase kirjanduse alusel on võimalik esitada olulisi võtmetegureid, mida saab arvestada kvaliteedijuhtimissüsteemide ja neis sisalduvate meetodite juurutamisel erinevate osapooltega seonduvalt (joonis 7). Juhtimise vaatest on

näiteks leitud, et kindlad juhi omadused nagu kindla nägemuse omamine, eesmärkidele suunatus, empaatilisus, karisma ning oskus kuulata, suhelda ja veenda on omadused, mis aitavad kaasa uuenduste edukale kaasamisele ja integreerimisele organisatsioonis (Al-Assaf & Sheikh, 2004). Eestvedamise vaatest õnnestuvad muudatused suurema tõenäosusega juhul, kui omatakse strateegilist visiooni, rakendatakse kaasavat juhtimisstiili ja otsustatakse andmepõhiselt. Organisatsiooni vaatest tuleb eristada ka sisemise kliendi ootusi ehk tagada töötajate heaolu ja turvalisus. Vaja on panustada töötajate arengusse, neid kaasata ja edendada organisatsioonisisest kommunikatsiooni laiemalt (joonis 7). Orienteeritust töötajate arengule on nähtud siinkohal ka kui olulist eeldust EFQM mudeli sisuliseks kasutuselevõtmiseks (Escrig-Tena et al. 2019).

Organisatsiooni eksisteerimise peamiseks põhjuseks on eelkõige aga patsient, mistõttu on juhtimisel oluline seada patsiendikeskseid strateegilisi eesmärke. Selleks tuleb õppida tundma klientide vajadusi ja ootusi ning leida võimalused neile vastamiseks. Seda on võimalik teha, võttes kasutusele erinevaid tagasiside kogumise viise, mille rakendamise edukuse tagab tõhus kommunikatsioon. Ainult andmete kogumisest juhtkonna poolt ei piisa, vaid selle mõju patsiendi kogemusele avaldub üksnes siis, kui erinevad osapooled tajuvad seda vajaliku ja kehtivana (Baldie et al. 2018). Tagasiside kasutamist ja selle alusel tervishoiuteenuste osutamist mõjutavad meeskonna arusaamad tagasiside eesmärgist, kogutavate andmete kehtivusest ja tüübist ning kuidas neid meeskonnale kommenteeritakse (kes ja kuidas esitab). Muudatuste integreerimisel on seda vaja teha süstemaatiliselt ja kõiki osapooli arvestavalt. Olulisel kohal on ka meeskondade agiilus ja transformeerumise võimekus lähtuvalt saadud tagasisidest (Baldie et al. 2018). Patsientide tagasisidel põhinevate muudatuste tegemist tuleb vaadelda kui keerulist ja mitmetasandilist protsessi, mida ei ole võimalik töötajatel lihtsalt "teha". Patsientide tagasisidet rakendatakse teenuse paremaks muutmiseks alles siis, kui organisatsioonil on piisav individuaalne ja organisatsiooniline võimekus muutuste läbiviimiseks (Sheard et al. 2017).

Sidemete loomisel teiste sidusrühmadega on samuti oluline osa kvaliteedijuhtimisel, kus läbi partnerlussuhete luuakse võimalusi ühiste väljakutsetega tegelemiseks (Bailie et al., 2016). Uurimisvõrgustikud ja teadusuuringud on ühtlasi vajalikud, et aidata kaasa olemasolevate tööriistade ja protsesside täpsustamisel, hindamisel ning nende alusel uuenduste väljatöötamisel ja katsetamisel (Paina et al. 2017). Sidemed teiste sidusrühmadega võimaldavad üksteist õpetada ja ka ise õppida, mis on vajalik ka näiteks konteksti mõistmiseks (McPhail-Bell et al. 2018). Kontekst on oluline muutlikkust tekitav tegur, mis

ühelt poolt on seotud nii patsientide omadustega (nt demograafiline, sotsiaalmajanduslik, haigestumus), kuid ka laiemalt kultuurilistest omadustest. Seda kõike tuleb arvestada ja seda kas eesmärgid vastavalt kohalikele prioriteetidele (Orueta et al. 2015, Schierhout et al. 2013). Erinevused ja lüngad tervishoiuteenuste kvaliteedis võivad tuleneda ka laiemast süsteemi korraldusest (Li et al. 2020) ja arengut tuleb vaadelda erinevatel tasanditel, kus olulise tähtsusega on ka riiklik poliitika (riiklikud juhttegurid, kvaliteedi edendamise riiklik tugi, pideva kvaliteedi edendamise kultuur) (Coma et al. 2020, McCalman et al. 2018). Kvaliteedijuhtimine peab kohanema ka muutuste ja kriisidega, mis kvaliteeti ja selle tulemusi mõjutavad (nt COVID-19) (Coma et al. 2020).



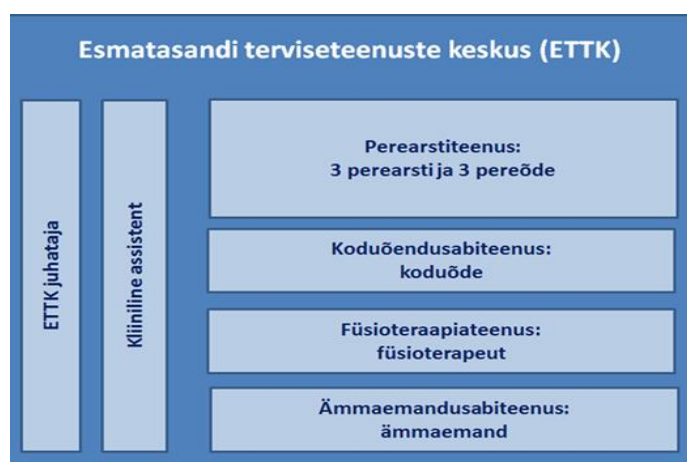
Joonis 7. Esmatasandi tervishoiu kvaliteedi juhtimisega seotud osapooled ja võtmetegurid kvaliteedijuhtimissüsteemide juurutamisel ja meetodite rakendamisel. Allikas: autori koostatud lisa B alusel

Kõik eespool toodud osapooled on omavahel seotud läbi suhtluse ja koostöö ning seetõttu tuleb näha ühtlasi kommunikatsiooni keskset rolli, mis tänapäeval toimub järjest enam info- ja kommunikatsiooni tehnoloogiliste lahenduste kaudu. Infotehnoloogilistel edusammudel on seega otsene ja oluline seos esmatasandi tervishoiu kvaliteedi edendamiseks. Dohan et al. (2020) järgi võib eristada kolme suuremat tervishoiualast IT liikumist, milleks on: 1) telemeditsiin, 2) tehnoloogia poolt pakutav võimekus, ja 3) digitaalne transformatsioon. Neist esimene ehk telemeditsiin on seotud infotehnoloogia rolliga patsientide ühendamiseks teenuseosutajatega olenemata geograafilisest vahemaast. Tehnoloogia poolt pakutav võimekus katab ära kõik arendatud olulise väärtusega infotehnoloogiad, mis võimaldavad tagada süsteemi tõhusama toimimise, tulemuslikkuse ja suurema integreerituse. Siia alla jäävad näiteks ressursside planeerimise süsteemid, kasutatavad veebisaidid ja mobiilirakendused, elektroonilised tervisesüsteemid ja sidesüsteemid protsesside koordineerimiseks ja andmete tsentraliseerimiseks. Digitaalne transformatsioon katab tervishoiu rakendatavad teiste tööstusharude jaoks elutähtsad tehnoloogiad nagu näiteks analüütika ja klientidele suunatud tehnoloogiad (Dohan et al. 2020).

Erinevad IT-lahendused on kujunenud lahutamatuks osaks esmasandi tervishoiu organisatsioonide igapäevatoös. Lisaks telemeditsiinile võimaldavad tehnoloogilised lahendused korraldada meeskonna- ja koostööd läbi virtuaalsete kohtumiste, millel on leitud olevat võrreldav kvaliteet võrreldes näost-näku kohtumistega, kui kasutada ära erinevaid platvorme ja nende poolt pakutavaid tööriistu (Taylor et al. 2020). Veebipõhised tagasisidevormed on võimalik edukalt ära kasutada näiteks patsientidelt tagasiside saamiseks, kus see võimaldab kiiret infovahetust ja kiiret reageerimise võimalust kvaliteedi ja ohutuse parandamiseks. Neid on peetud atraktiivseks, sest lühikeste ja atraktiivsete vormide kasutamisel on need üldjuhul kiiresti täidetavad ja hõlpsasti analüüsitavad (Carter et al. 2016, Boylan et al. 2020, Gowda et al. 2020). Edukus tehnoloogiate rakendamisel kommunikatsiooni ja igapäevatoö tõhustamisel sõltub siinkohal oluliselt inimeste teadlikkusest digimaailmast, kus oluline on tagada tugi nõrgemate digioskustega inimestele (Ong et al. 2020). Nii töötajate kui ka patsientide nägemus virtuaalse maailma usaldusväärsest on otseselt seotud nende teadmistega digimaailmast ja oskustega rakendamiseks (Taylor et al. 2020, Gowda et al. 2020).

1.4. Eesti perearstipraksiste korraldus ja Perearstipraksiste kvaliteedijuht

2021. aastal tegutseb Eestis 785 nimistuga perearsti, kellest 225 pakub esmatasandi tervisekeskuse teenust (40 esmatasandi tervisekeskust) ja ülejäänud üldarstiabi teenust kas grupi- või soolopraksistes. Esmatasandi tervisekeskustes pakutakse lisaks üldarstiabile kohustuslike põhiteenustena koduõendusabi, ämmaemandust ja füsioteraapiat. Sellest lähtuvalt on varasem arst-õde mudel järjest enam asendunud tervisekeskuse mudeliga, kus igapäevaselt töötatakse koos multidistsiplinaarses meeskonnas (joonis 8). Esmatasandi tervishoiu praksiste paiknemine geograafiliselt on suuresti ära määratud elanike arvu ja vajaminevate teenuste järgi. Rahvastiku vähenemine maapiirkondades on ühtlasi olulisim esmatasandi tervishoiu teenuste koondumise põhjus (Sepp jt. 2015).



Joonis 8. Esmatasandi tervisekeskuse mudel. Allikas: *autori koostatud*

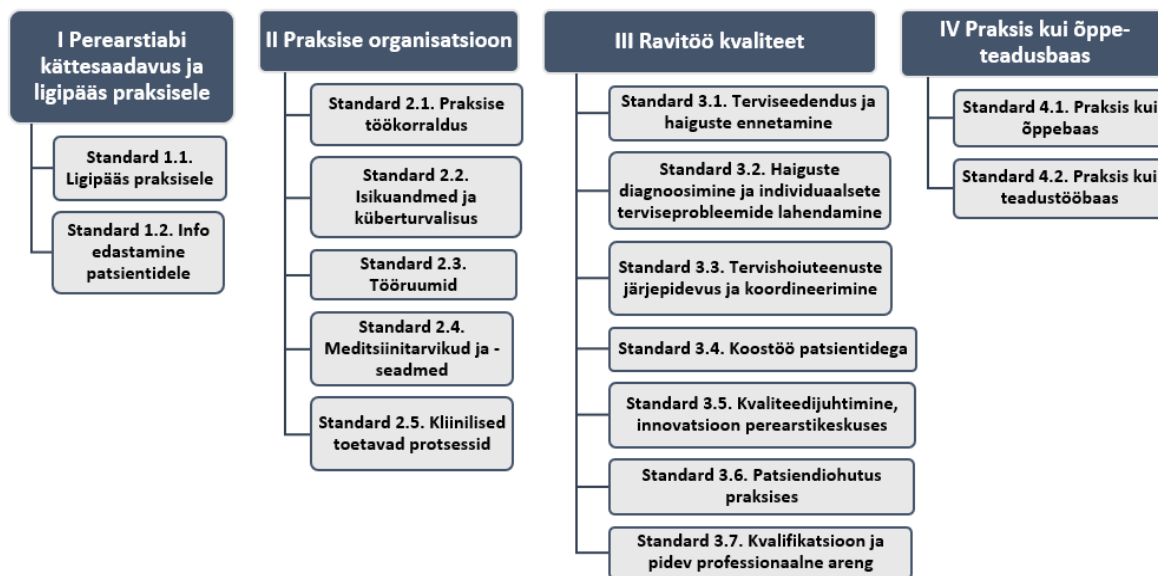
Oma tegevuste planeerimisel ja rakendamisel on esmatasandi tervishoiuteenuste osutajad kohustatud järgima seadusandlust, et tagada olulisemate teenuste osutamise tingimuste täitmine. Tervishoiuteenuste korralduslik pool on neist ära määratud 'Tervishoiuteenuste korraldamise seadus' poolt (TTKS 2020). See määrab ära nõutud tingimused perearstiabi korraldamisel ja osutamisel. Lisaks on antud seaduse alusel kehtestatud ka olulisi kvaliteedi tagamisega seotud määrusi. Näiteks § 8 lõike 61 alusel on kehtestatud 'Perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhend' (RT I, 06.01.2021,14), millega kehtestatakse perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate üldarstiabi osutamise kord. Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamiseks on seaduse § 56 punkt 7 järgi kehtestatud määrus 'Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded' (RT I, 15.01.2019). Antud määruse § 3 kohustab tervishoiuteenuste osutajatel välja töötama ja rakendama kvaliteedijuhtimissüsteemi lähtudes heast teenindus- ja meditsiinitavast, mis on oluline tervishoiuteenuse kvaliteedi tagamiseks ja arendamiseks ning tervishoiuteenuste

osutamise ja seotud riskide vähendamiseks. Kvaliteedijuhtimissüsteemid antud määruse järgi hõlmavad teenuse osutaja organisatsioonilise struktuuri, ressursid, vastutuse ja plaanipärase tegevuse kvaliteedi tagamisel. Lisaks kvaliteedisüsteemile seatakse määrusega nõuded ka klienditeeninduse standardi väljatöötamiseks.

Selleks, et olla Eestis tunnustatud kvaliteetne perearstipraksis, tuleb täita Eesti Haigekassa (EHK) ja Eesti Perearstide Seltsi (EPS) poolt kehtestatud nõudeid, mis on ühtlasi seotud rahaliste stiimulitega. Alates 2006. aastast on EHK ja EPS koostöös arendatud Perearsti kvaliteedisüsteemi (PKS), mille eesmärgiks on motiveerida perearste aktiivselt tegelema ennetustöö, krooniliste haigete tervisekontrolliga ning laiapõhjalisema tervishoiuteenuste osutamise ja. PKS annab ette iga-aastased eesmärgid, mida perearstid peavad saavutama ning mis omakorda annavad ülevaate arendamist vajavatest valdkondadest. Hinnatavad indikaatorid lepivad kokku EPS ja Haigekassa koostöös (Eesti Haigekassa 2021). EPS eestvedamisel on täiendavalt 2009. aastal loodud Eesti Perearstipraksiste kvaliteedijuhis (EPK), mis hõlmab erinevaid praksisega seotud kvaliteedi indikaatoreid, mille täitmine on vajalik organisatsioonilise kvaliteedi tagamiseks. 2016. aastal liideti antud juhise Haigekassa poolt tasustatava PKS-iga (EPS 2018). Alates 2020. aastast muudeti PKS kõikidele perearstipraksistele kohustuslikuks.

Praksiseid kontrollitakse auditeerimise teel igal aastal. Saamaks osa tunnustusest ja rahalisest preemiast, siis tuleb iga-aastaselt täita nimistu patsientidega seonduvalt nõutud hõlmatus indikaatorite määrad ja tagada kindel organisatsiooniline kvaliteet. Kui varasematel aastatel on auditeerimisel lähtunud kolmest tasemest (A-, B- ja C-tase), siis alates 2020. aastast lisati tasemed D, E ja F, et saaks eristada ka siiani madalaimale tasemele jäänud praksiseid. Seeläbi luuakse organisatsioonidele stiimul kvaliteedi edendamise ja seotud tegevuste rakendamiseks (EPS 2021). Akrediteerimise tulemusena on leitud, et ligi kolmandik perearste Eestis seisab endiselt igapäevaselt silmitsi raskustega piisava kvaliteedi saavutamisel teenuste osutamisel. Otsest seost nimistu suuruse ja perearsti vanusega ei ole leitud, eelkõige tulevad erinevused esile maakonniti. Peamise kitsaskohana on nähtud nimistute erinevat soolis-vanusealist koosseisu ja tervislikku profiili, mis toob kaasa erineva töömahu ja suur töökoormus tõstab ohtu läbipõlemiseks (Sadra 2021).

Eesti Perearstipraksiste kvaliteedijuhis on loodud, et tagada piisav korralduslik kvaliteet praksistes. Hetkel sisaldab see endas 4 laiemat mõõdet, mis omakorda jaotuvad 16 standardiks (joonis 9), 45 kriteeriumiks ja 97 indikaatoriks (lisa D).



Joonis 9. Eesti Perearstipraksiste kvaliteedijuhtimise mõõtmed ja standardid. Allikas: *autori koostatud EPS (2018) alusel*

EFQM mudeli komponentide ja kvaliteedijuhtimises kaasatud indikaatorite võrdlemine toob selgelt välja ebahütlase kvaliteedijuhtimisega seotud komponentide kaetuse kvaliteedijuhtimises (tabel 5). Esimesena tuleb esile mõtte, visiooni ja strateegiaga seotud indikaatorite puudumine. Seega ei ole ettevaatava visiooni ja strateegia loomist organisatsioonidelt nõutud. Huvipoolte kaasamise osas on läbivalt käsitletud patsiendikesksust ja osaliselt koostööd kõrgkoolidega (mõõde IV). Patsiendikeskse lähenemise vajalikkus ja sellega seotud tagasiside rakendamine on sätestatud ka seadusandluses kui osa kvaliteedijuhtimissüsteemist (RT I, 15.01.2019 § 6). Vähem on kvaliteedijuhtimises esile toodud teisi huvipooli, nende kaasamist ja tajude hindamist. Näiteks ei ole toodud, kuidas on töötajad kaasatud organisatsiooni arengusse ja juhtimisse. Samuti ei ole selge, mil viisil toimub koostöö huvipooltega väljaspool organisatsiooni ja kogukonnaga laiemalt. Strateegilise toimivuse seisukohalt ei ole kvaliteedijuhtimises uuendusi ja nende integreerimist käsitlevaid indikaatoreid. Enamus tulemuste indikaatoritest on seotud eelkõige igapäevase toimivusega ja puudu on kriteeriumid seoses strateegilise toimivusega. Huvipoolte tajude tulemusi hinnatakse positiivselt, kui on läbiviidud patsientide tagasisideküsitlus 1 kord viie aasta jooksul hõlmates 5% patsiente. Kokkuvõttes annavad seadusandlus ja olemasolevad kvaliteedijuhtimised ette kokkulepitud lävendid, milleni tuleb jõuda. Vähem on käsitletud organisatsioonide panust kvaliteedi edendamisel läbi oskusliku juhtimise ja kvaliteedijuhtimise meetodite rakendamise. Puudu on lähenemine terviklikule ja pidevale arengule.

Tabel 5. EFQM 2020 mudeli põhi- ja alakomponentide kaetus EPK-s

Põhi-komponendid	Alakomponendid	EPK indikaatorid
Suund	Mõte, visioon ja strateegia	<ul style="list-style-type: none"> • Puudub
	Organisatsiooni-kultuur ja eestvedamine	<ul style="list-style-type: none"> • Ametijuhendid • Tegevusluba • Arenguestlused, regulaarsed personali ja kliiniliste juhtumite arutelu koosolekud, uuenduslikud rakendatud meetodid • Uue töötaja lõimimise süsteem • Töökorralduse reeglid • Tööohutuse nõuded, riskianalüüs, läbipõlemisohu maandamismeetmed
Elluviimine	Huvipoolte kaasamine	<ul style="list-style-type: none"> • Patsiendi tagasisideküsimustik • Kätesaadavuse analüüs • Kaebuste ja ettepanekute tegelemise süsteem • Ootesaalis ei ole ravimfirmade reklaame • Koostöö TÜ ja kõrgkoolidega: praktikabaasid ja projektid • Osalemine uuringutes, teadustöodes
	Jätksuutliku väärtuse loomine	<ul style="list-style-type: none"> • Sertifitseeritud/resertifitseeritud töötajad • Professionaalne arenguplaan • Töötajate tervisekontrollid ja süsteemne vaksineerimine
	Toimivuse ja transformatsiooni juhtimine	<ul style="list-style-type: none"> • Patsiendi ohutus süsteem • Barjäärideta kätesaadavus (koduleht, ligipääs; vastuvõtule, tasulistele teenustele ja koduvisiidile registreerimise süsteem) • Triaažijuhend • Pöördumiste põhjuste fikseerimine • Seadmete kasutusjuhendid • Töövahendid, esmaabivahendid • Ravimid, ravimite käitlemise süsteem
Tulemused	Strateegiline ja igapäevane toimivus	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumenteerimise süsteem (järjepidevus, sissekanded, saatekirjade süsteem, anamnees, tervist mõjutavad tegurid) • Lisamaterjalid patsientidele • Tõenduspõhiste ravijuhiste rakendamine • Otsustevabadus teenustele suunamisel • Andmekaitse süsteem ja küberturvalisus • Infektsioonikontroll • Ohtlike jäätmete käitlemise süsteem
	Huvipoolte tajud	<ul style="list-style-type: none"> • PKS vähemalt „B“ tase

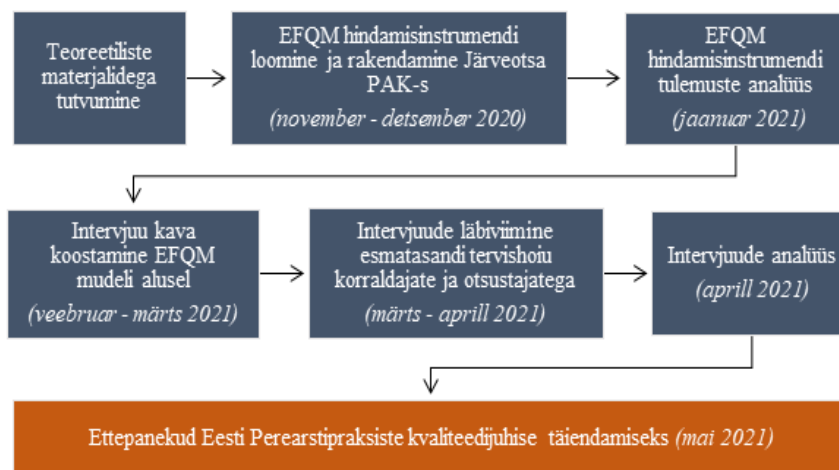
Allikas: autori koostatud EPS (2018) alusel

Teoriast, EFQM mudeli rakendamise kogemustest ja EPK indikaatorite analüüsist kokkuvõtvalt saab välja tuua arendamist vajavad valdkonnad, milleks on eelkõige organisatsiooni juhtimine, osapoolte tajud. Tervikuna peab rakendatav kvaliteedisüsteem olema pidevat arengut toetav ja ettevaatav.

2. Eesti perearstipraksiste kvaliteedijuhise analüüs ja ettepanekud täiendamiseks

2.1. Metoodika ja valim

Käesolev magistritöö analüüsib Perearstipraksiste kvaliteedijuhist tuginedes EFQM mudelile, et tuua välja selle olulisemad kitsaskohad tervikliku kvaliteedijuhtimise vaatenurgast. Töö empiiriline osa koosneb kahest alapeatükist, millest esimene keskendub EFQM mudeli alusel koostatud hindamisinstrumendi väljatöötamisele ja rakendamisele Järveotsa Perearstikeskuses. Töö teine osa analüüsib EFQM mudeli alusel koostatud poolstruktureeritud intervjuusid esmatasandi arstiabi korraldajate ja otsustajatega. Teoreetilisele ülevaatele, EFQM hindamisinstrumendi rakendamisele ja intervjuudele tuginevalt on esitatud ettepanekud Eesti Perearstipraksiste kvaliteedijuhise täiendamiseks. Magistritöö koostamise protsess on kokkuvõtlikult esitatud joonisel 10.



Joonis 10. Magistritöö teostamise etapid. Allikas: *autori koostatud*

Hindamisinstrument koostati ja seda rakendati eesmärgiga, et hinnata EFQM mudeli alusel leitud kriteeriumite täidetust perearstikeskuse kontekstis.

Järveotsa Perearstikeskus (JPK) on Õismäel asuv kaasaegne kaheksa nimistuga ettevõtte, kus 2020. aasta lõpu seisuga töötas kokku 28 töötajat ja perearstiabi pakuti 13 599 patsiendile. Tallinnas, Haabersti linnaosas elab 45 000 inimest, kellest ca 29% kuulub JPK nimistutesse. 1999. aastal alustati ühe nimistuga (1700 patsiendiga), kahekümne tegevusaasta jooksul on areng olnud orgaaniline. JPK osutatakse esmatasandi tervishoiuteenuseid: perearstiabi, pereõendusabi, füsioteraapia, koduõendus, ämmaemandus, kliiniline psühholoogia. JPK on alates 2011. aastast saavutanud HK ja EPS poolt korraldatava kvaliteedi süsteemi maksimum taseme. Olenemata saavutatud kõrge tasemest on ka JPK endiselt silmitsi väljakutsetega

kvaliteedi edendamisel ja tõhusama organisatsioonikultuuri loomisel. Kui kehtiv riiklik kvaliteediraamistik (sh PKS ja EPK) seavad miinimumnõuded taseme saavutamiseks, siis EFQM mudeli abil on võimalik kaardistada organisatsiooni toimimist ja võtta vaade organisatsioonile kui tervikule. Seeläbi on võimalik näha seoseid erinevate komponentide vahel ja tuvastada organisatsiooni puudujääke kvaliteedijuhtimise seisukohalt.

Eesmärgist lähtuvalt leidis 2020. aasta novembris Järveotsa perearstikeskuses aset EFQM hindamisinstrumendi koostamise seminar. Lisaks töö autorile osalesid seminaril kuus Tartu Ülikooli magistranti, kes kõik vastutasid temaatiliselt ühe EFQM alakomponendi eest. Töö autori valdkonnaks olid 'Huvipoolte tajud'. Teistest osapooltest osalesid seminaril Eesti Kvaliteediühingu esindaja ja EFQM ekspert Tiia Tammaru, Laagri Tervisekeskuse juhataja Triinu-Mari Ots, Sotsiaalministeeriumi nõunik Ulla Raid, Haigekassa esmatasandi teenuste osakonna peaspetsialist Tiina Unukainen, inimgeograaf ja analüütik Hannes Orgse ja 6 Järveotsa perearstikeskuse töötajat.

Iga alamkomponendiga seonduvalt arutati läbi selle olulisemad võtmekriteeriumid, mida tuleks nende hindamisel arvesse võtta. Arutelu käigus toodi välja 80 erinevat kriteeriumi ehk keskmiselt 11 kriteeriumi alakomponendi kohta. Hindamisinstrumendi kaasati neist 35 ehk 5 kriteeriumi iga alakomponendi kohta (lisa E). Kaasatavate kriteeriumite valik saavutati seminaril ühise hääletuse tulemusena pärast iga teema käsitlust. Hindamisinstrumendi rakendati Järveotsa perearstikeskuses 2020. aasta detsembris, kus magistritöö raames teostatud piloothindamisel osalesid perearstikeskuse juhataja ja kaks võtmetöötajat, kes hindasid iga kriteeriumit 5-palli skaalal. Juhi ja töötajate poolt antud hinne keskmistati ning nende alusel on arvutatud iga alakomponendi keskmine. Lisaks skooridele esitati hindamisel ka täiendavaid selgitusi hinde kohta, mida on samuti võetud aluseks edasiste parendustegevuste jaoks parimate lahenduste väljatöötamisel. Töötajate kaasamise vähesus oli seotud ajaliste piirangutega hindamise läbiviimisel, kuid edaspidi on Järveotsa perearstikeskuses plaanis kaasata kogu meeskond ja patsientide esindajad.

Intervjuud viidi läbi eesmärgiga saada hinnang erinevate kvaliteedijuhtimise komponentide ja nendest lähtuvate indikaatorite kaasamise olulisusele EPK-s. Intervjuu aja kokkuleppimisel tutvustati intervjuueeritavatele töö eesmärki ja lisati veebilink EPK-le, millega paluti enne intervjuu toimumist tutvuda. See oli oluline eelkõige intervjuueeritavate korral, kes olid dokumendist vähem teadlikud. Intervjuu kava (lisa F) koostamisel lähtuti seitsmest EFQM mudeli alakomponendist, et uurida nendega seotud indikaatorite kaasamise olulisust ja ettepanekuid indikaatorite näol. Täiendavalt küsiti üldist hinnangut

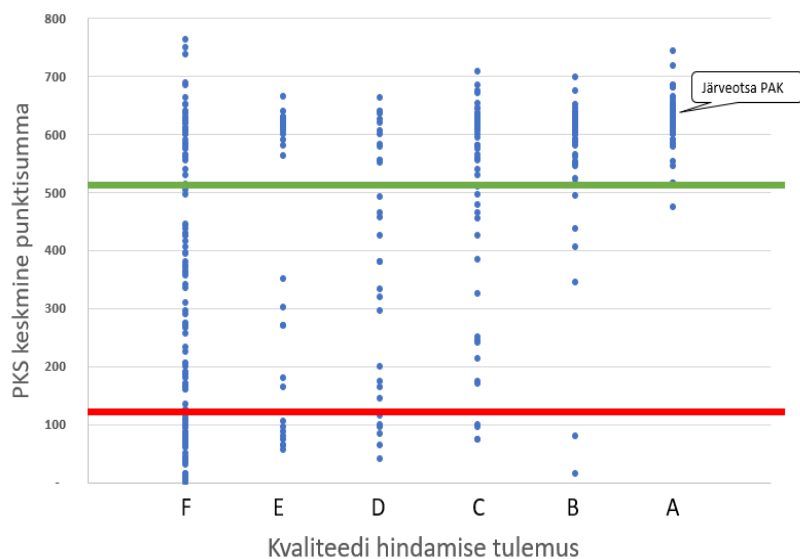
kvaliteedijuhise olemasolu olulisusele kvaliteedi tagamiseks esmatasandi tervishoius. Intervjuu valimi moodustamisel võeti kasutusele lumepallimeetod, kus igal intervjuueeritaval paluti intervjuu lõppedes esitada ettepanekuid, keda tuleks antud teemat silmas pidades kaasata. Intervjuude teostamist alustati esmatasandi tervishoiuteenuste korraldajatest. Lisaks esmatasandi tervishoiu osutajatele ja otsustajatele kaasati ka soovitatud haiglajuht ja kaks tervishoiuvälist juhti. Kokku viidi läbi 13 intervjuud ajavahemikus 18. märts - 8. aprill videokõne vahendusel. Intervjuueeritavad ja nende organisatsiooniline kuuluvus on esitatud tabelis 6. Intervjuueeritavatelt küsiti luba nii intervjuu salvestamiseks kui ka tsitaatide magistritöös esitamiseks isikustatud kujul. Intervjuueeritavatele pakuti võimalust intervjuus esitatud vastused üle vaadata ja soovi korral kirjalikult täiendada.

Tabel 6. Intervjuueeritavate ja intervjuude ülevaade

Lühend	Intervjuueeritav	Organisatsioon	Ametikoht/ Positsioon	Intervjuu toimumise aeg	Intervjuu kestus
K. M.	Katrin Martinson	Eesti Perearstide Selts	EKAK juhatuse liige	18.03.2021	43 min
T. H.	Triin Habicht	WHO regionaalkontor	Ida-Euroopa Barcelona ökonoomist	18.03.2021	35 min
T. T.	Tiia Tammaru	Eesti Kvaliteediühing	juhatuse liige	19.03.2021	45 min
T. U.	Tiina Unukainen	Haigekassa	peaspetsialist	22.03.2021	37 min
L. V.	Le Vallikivi	Eesti Perearstide Selts	EPS juhatuse esimees	22.03.2021	37 min
K. K.	Kaija Kasekamp	Sotsiaalministeerium	nõunik	23.03.2021	49 min
E.-M. S.	Elle-Mall Sadrak	Eesti Perearstide Selts	EPS juhatuse liige	23.03.2021	37 min
R. K.	Ruth Kalda	TÜ peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut	Instituudi juhataja	26.03.2021	50 min
P. T.	Priit Tampere	SA Viljandi Haigla	juhatuse esimees	31.03.2021	49 min
A. K.	Anneli Kannus	Eesti Õdede Liit	president, juhatuse liige	31.03.2021	1 h 15 min
K. R.	Kai Realo	Circle K Eesti AS	peadirektor, juhatuse liige	01.04.2021	43 min
K. U.	Kaidi Usin	Terviseamet	nõunik	01.04.2021	44 min
U. T.	Ulla Raid	Sotsiaalministeerium	nõunik	08.04.2021	26 min

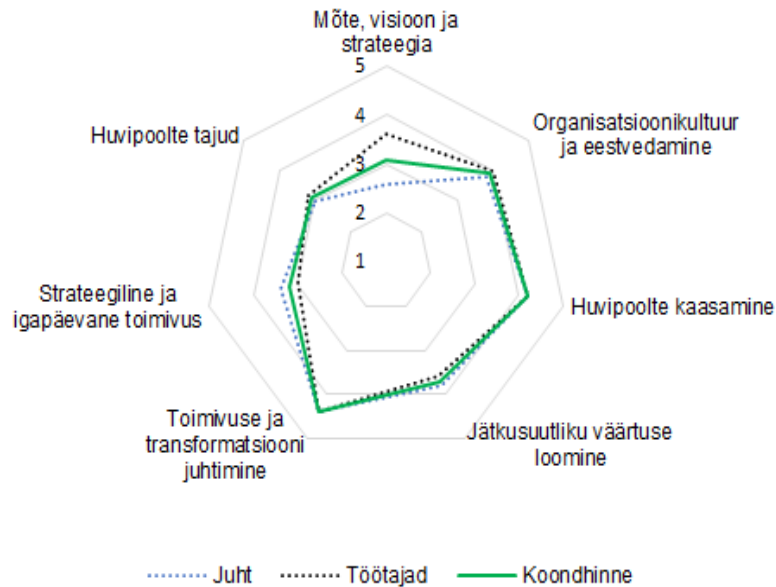
2.2. Järveotsa Perearstikeskuse EFQM pilootprojekti analüüs

Vaadates perearstiabi tervikuna Eestis, asub Järveotsa Perearstikeskus PKS hindamise skaalal väga kõrgel tasemel (joonis 11).



Joonis 11. Perearstikeskuste jaotus PKS keskmise punktisumma ja AP hindamise skoori (F...A) järgi. Allikas: Eesti Haigekassa (2019)

Analüüsid EFQM hindamisinstrumendi teel saadud tulemusi Järveotsa Perearstikeskuses, siis kõik alakomponendid saavutasid kasutatud 5 palli skaalal vähemalt keskmise (3 punkti) või kõrgema hinde (joonis 12). Suurima organisatsiooni tugevusena nähti selle toimivuse ja transformatsiooni juhtimist, organisatsioonikultuuri ja eestvedamist ning huvipoolte kaasamist, millest kõik saavutasid hindena 4 punkti 5st. Nõrgemateks komponentideks kujunesid 'Mõtte, visioon ja strateegia', 'Huvipoolte tajud' ning 'Strateegiline ja igapäevane toimivus'. Mõtte, visiooni ja strateegia ning huvipoolte tajudega hindamisega seotud komponentide saavutatud madalam tase on kattuv varasemate tähelepanekutega seoses nende vähese käsitlemise ja kaasamisega senises EPK-s (tabel 5). Antud hindamise tulemusena võib pidada neid olulisemateks organisatsiooni nõrkusteks.



Joonis 12. EFQM hindamisinstrumendi koondtulemused Järveotsa perearstikeskuses. Allikas: autori koostatud

‘**Mõte, visioon ja strateegia**’ kui suuna komponendi korral võis näha selget erinevust ka juhi ja töötajate hinnangute lõikes, kus juhid andsid töötajatega võrreldes madalama hinde (joonis 12). Kriteeriumite lõikes sai kõige madalama hinnangu juhtidelt visiooni ja missiooni saavutatuse järjepidev hindamine (kriteerium 1.2.) ja tegevuste kirjeldamine (kriteerium 1.3.) (tabel 8). Seega tuli selgelt esile, et juht tajus visiooni ja missiooni rakendatavust madalamalt. Teise suuna komponendi ehk ‘Organisatsioonikultuur ja eestvedamine’ kriteeriumite korral leiti kõige olulisemaid puudujääke seoses tasandite jaoks selgete eesmärkide määratlemise, nende mõõtmise ja hindamisega (kriteerium 2.5.) (tabel 8).

Elluviimise kriteeriumite korral leiti ‘Huvipoolte kaasamine’ komponendiga seonduvalt organisatsiooni suurima puudusena olemasolevate kompetentside tuvastamist ja organisatsiooni vajadustega võrdlemist (kriteerium 3.2.), mis oli küll punkti võrra kõrgemalt hinnatud töötajate poolt (tabel 9).

Tabel 8. EFQM hindamisinstrumenti tulemused 'Suuna' alakomponentide kriteeriumite lõikes JPK-s

Kriteerium	Kriteeriumite hinnangud																								
<p><u>1. Mõte, visioon, strateegia</u></p> <p>1.1. Visioon ja missioon on välja töötatud koos töötajatega</p> <p>1.2. Visiooni ja missiooni saavutatavust hinnatakse järjepidevalt</p> <p>1.3. Missioonis sõnastatud tegevused on kirjeldatud</p> <p>1.4. Kasutatakse mõõdikuid strateegilise planeerimise elluviimise hindamiseks</p> <p>1.5. Strateegiliste plaanide tulemuslikkust vaadatakse regulaarselt üle</p>	<table border="1"> <caption>Estimated scores for Criterion 1</caption> <thead> <tr> <th>Kriteerium</th> <th>Juht</th> <th>Töötaja</th> <th>Kokku</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.1</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>1.2</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>1.3</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1.4</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1.5</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteerium	Juht	Töötaja	Kokku	1.1	4	4	4	1.2	4	4	4	1.3	3	3	3	1.4	2	2	2	1.5	1	1	1
Kriteerium	Juht	Töötaja	Kokku																						
1.1	4	4	4																						
1.2	4	4	4																						
1.3	3	3	3																						
1.4	2	2	2																						
1.5	1	1	1																						
<p><u>2. Organisatsioonikultuur ja eestvedamine</u></p> <p>2.1. Juhid kasutavad toetavat ja kaasavat juhtimisstiili</p> <p>2.2. Juhid on loonud süsteemi omavaheliste konfliktide lahendamiseks keskuses töötavate inimeste vahel</p> <p>2.3. Juhid oma isikliku eeskujuga innustavad ja toetavad organisatsiooni kultuuri</p> <p>2.4. Juhid on loonud kõrge õppimiskultuuri</p> <p>2.5. Kõikide tasandite jaoks toimub selgete eesmärkide määratlemine, nende mõõtmine ja hindamine</p>	<table border="1"> <caption>Estimated scores for Criterion 2</caption> <thead> <tr> <th>Kriteerium</th> <th>Juht</th> <th>Töötaja</th> <th>Kokku</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2.1</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2.2</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2.3</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2.4</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2.5</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteerium	Juht	Töötaja	Kokku	2.1	4	4	4	2.2	4	4	4	2.3	4	4	4	2.4	4	4	4	2.5	4	4	4
Kriteerium	Juht	Töötaja	Kokku																						
2.1	4	4	4																						
2.2	4	4	4																						
2.3	4	4	4																						
2.4	4	4	4																						
2.5	4	4	4																						

Märkus: kõrgem hinnang = must; madalam hinnang = punane. Allikas: autori koostatud

Jätkusuutliku väärtuse loomisel eristus selgelt tagasisidesüsteemide (RADAR) mitte rakendamine, mis võimaldaks jälgida organisatsiooni arengu pidevust (kriteerium 4.5.). Ainus alakomponent, mis saavutas kõrge tulemuse ja täieliku üksmeele juhi ja töötajate seas oli elluviimise komponent 'Toimivuse ja transformatsiooni juhtimine' (tabel 9).

Tabel 9. EFQM hindamisinstrumenti tulemused ‘Elluviimise’ alakomponentide kriteeriumite lõikes JPK-s

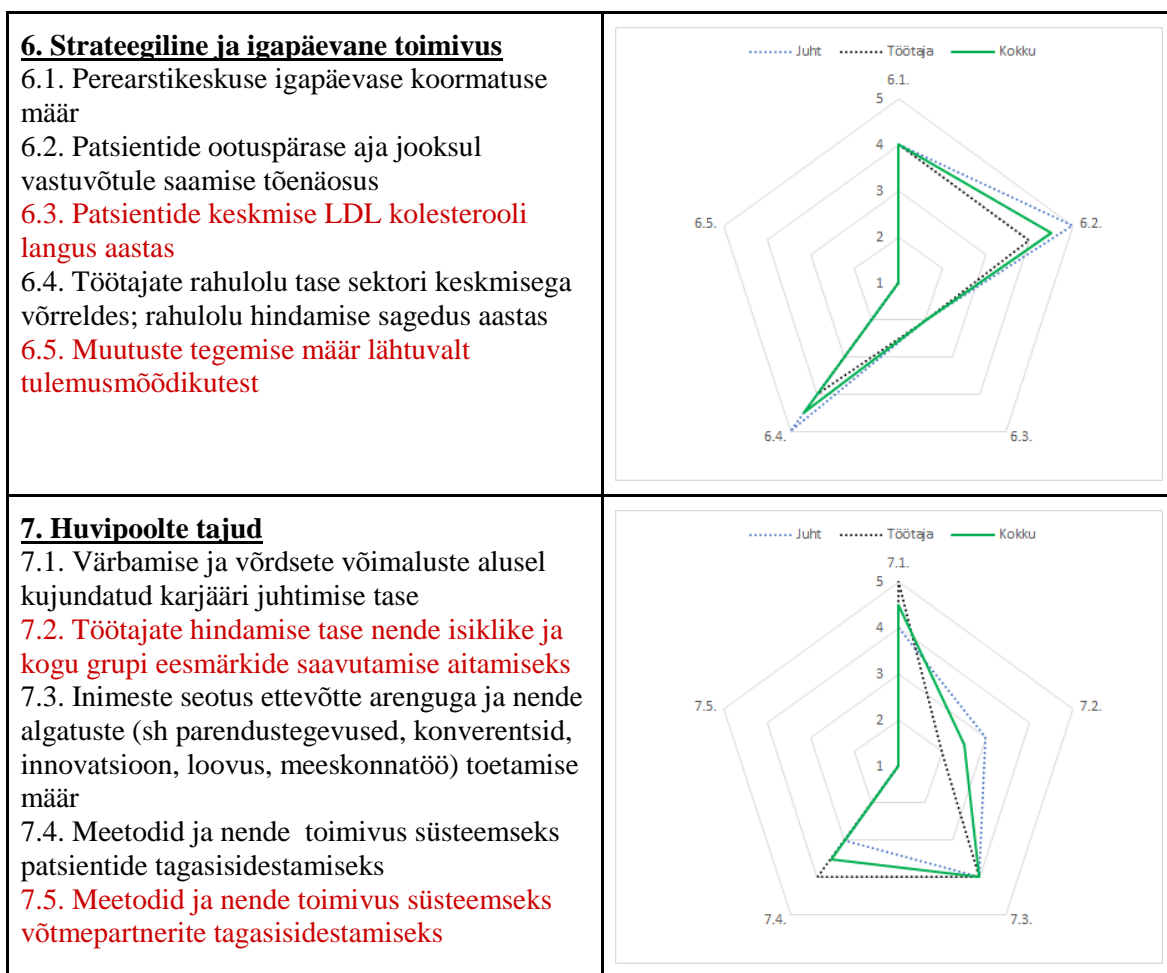
Kriteerium	Kriteeriumite hinnangud																								
<p>3. Huvipoolte kaasamine 3.1. Töötajad on seotud personalipoliitika kujundamise ja arendamisega 3.2. Olemasolevad kompetentsid on tuvastatud ja võrreldud organisatsiooni vajadustega 3.3. Kvalifikatsioonipotentsiaali süstemaatiliseks arendamiseks kasutatakse koolituskavasid vastavalt organisatsiooni strateegiale 3.4. Organisatsioonis olevad inimesed suhtlevad tõhusalt, kasutades nii ülalt alla kui ka alt üles suhtlemise vorme 3.5. Töötingimused on kooskõlas ettevõtte poliitika ja strateegiaga (hinnangud jne)</p>	<table border="1"> <caption>Section 3 Scores</caption> <thead> <tr> <th>Kriteerium</th> <th>Juht</th> <th>Töötaja</th> <th>Kokku</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3.1</td> <td>3.5</td> <td>4.0</td> <td>4.5</td> </tr> <tr> <td>3.2</td> <td>3.5</td> <td>4.0</td> <td>4.5</td> </tr> <tr> <td>3.3</td> <td>3.5</td> <td>4.0</td> <td>4.5</td> </tr> <tr> <td>3.4</td> <td>3.5</td> <td>4.0</td> <td>4.5</td> </tr> <tr> <td>3.5</td> <td>3.5</td> <td>4.0</td> <td>4.5</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteerium	Juht	Töötaja	Kokku	3.1	3.5	4.0	4.5	3.2	3.5	4.0	4.5	3.3	3.5	4.0	4.5	3.4	3.5	4.0	4.5	3.5	3.5	4.0	4.5
Kriteerium	Juht	Töötaja	Kokku																						
3.1	3.5	4.0	4.5																						
3.2	3.5	4.0	4.5																						
3.3	3.5	4.0	4.5																						
3.4	3.5	4.0	4.5																						
3.5	3.5	4.0	4.5																						
<p>4. Jätksuutliku väärtuse loomine 4.1. Ollakse kursis uute ravijuhistega 4.2. Teenused lähevad kokku patsientide tervisevajadustega 4.3. Töötajaid on piisavalt, kohtadele on konkurents ja liikuvus on madal 4.4. Toimub teadmus koordineerimine, juhtimine ja kommunikeerimine 4.5. Kasutusel on tagasisidesüsteemid (RADAR)</p>	<table border="1"> <caption>Section 4 Scores</caption> <thead> <tr> <th>Kriteerium</th> <th>Juht</th> <th>Töötaja</th> <th>Kokku</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4.1</td> <td>4.5</td> <td>4.8</td> <td>5.0</td> </tr> <tr> <td>4.2</td> <td>4.5</td> <td>4.8</td> <td>5.0</td> </tr> <tr> <td>4.3</td> <td>4.5</td> <td>4.8</td> <td>5.0</td> </tr> <tr> <td>4.4</td> <td>4.5</td> <td>4.8</td> <td>5.0</td> </tr> <tr> <td>4.5</td> <td>4.5</td> <td>4.8</td> <td>5.0</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteerium	Juht	Töötaja	Kokku	4.1	4.5	4.8	5.0	4.2	4.5	4.8	5.0	4.3	4.5	4.8	5.0	4.4	4.5	4.8	5.0	4.5	4.5	4.8	5.0
Kriteerium	Juht	Töötaja	Kokku																						
4.1	4.5	4.8	5.0																						
4.2	4.5	4.8	5.0																						
4.3	4.5	4.8	5.0																						
4.4	4.5	4.8	5.0																						
4.5	4.5	4.8	5.0																						
<p>5. Toimivuse ja transformatsiooni juhtimine 5.1. Riskid on läbi mõeldud (meditsiinilised, töötajate ohutus, IT, finants, kommunikatsioon, sisendite tarnijad (sh töövahendid, ravimid)) ja maandatud 5.2. Töövahendid on korras ja asjakohased (meditsiinitehnika ja tarvikud, IT, ...) 5.3. Muudatusvajaduste protsessid finantsjuhtimises on proaktiivsed ja kommunikatsiooni juhtimises süsteemsed 5.4. Jälgitakse patsiendi ohutuse juhendit 5.5. Protsessid on efektiivsed ja kasutatav ärimudel tulemuslik</p>	<table border="1"> <caption>Section 5 Scores</caption> <thead> <tr> <th>Kriteerium</th> <th>Juht</th> <th>Töötaja</th> <th>Kokku</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5.1</td> <td>4.5</td> <td>4.8</td> <td>5.0</td> </tr> <tr> <td>5.2</td> <td>4.5</td> <td>4.8</td> <td>5.0</td> </tr> <tr> <td>5.3</td> <td>4.5</td> <td>4.8</td> <td>5.0</td> </tr> <tr> <td>5.4</td> <td>4.5</td> <td>4.8</td> <td>5.0</td> </tr> <tr> <td>5.5</td> <td>4.5</td> <td>4.8</td> <td>5.0</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteerium	Juht	Töötaja	Kokku	5.1	4.5	4.8	5.0	5.2	4.5	4.8	5.0	5.3	4.5	4.8	5.0	5.4	4.5	4.8	5.0	5.5	4.5	4.8	5.0
Kriteerium	Juht	Töötaja	Kokku																						
5.1	4.5	4.8	5.0																						
5.2	4.5	4.8	5.0																						
5.3	4.5	4.8	5.0																						
5.4	4.5	4.8	5.0																						
5.5	4.5	4.8	5.0																						

Märkus: kõrgem hinnang = must; madalam hinnang = punane. Allikas: autori koostatud

Tulemuste alakomponentide hinnatavad kriteeriumid on oma loomult numbrilised näitajad, mis võimaldavad järjepidevalt hinnata muutusi ajas või võrrelda neid organisatsioonide lõikes. Järveotsa Perearstikeskuses hinnati tulemuste kriteeriumitena näiteks koormatuse

määr ja töötajate rahulolu taset (tabel 10). Organisatsiooni nõrkused väljendusid kindlates komponentides, mis olid seotud patsientide konkreetse tervisenäitaja (kriteerium 6.3.), muutuste tegemisega seoses tulemustega (kriteerium 6.5.), töötajate hindamise (kriteerium 7.2.) ja võtmepartnerite tagasisidestamisega (kriteerium 7.5.) (tabel 10). Madalamad hinnangud erinevate osapooltega seotud indikaatoritega väljendusid ka 'Huvipoolte tajud' alakomponendi üldises madalas hinnangus Järveotsa Perearstikeskuses (joonis 12).

Tabel 10. EFQM hindamisinstrumendi tulemused 'Tulemused' alakomponentide kriteeriumite lõikes JPK-s

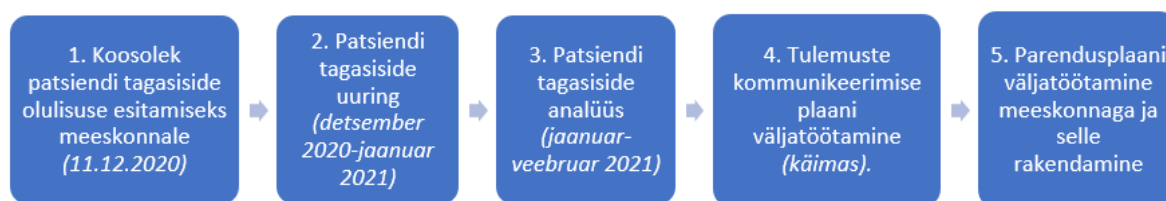


Märkus: kõrgem hinnang = must; madalam hinnang = punane. Allikas: autori koostatud

Läbi viidud EFQM kvaliteedijuhtimise hindamisinstrumendi rakendamise tulemusena selgusid Järveotsa perearstikeskuse tugevused ja nõrkused, millest tulenevalt tehti parendamise ettepanekuid, mis on asjakohased ja tulevikku vaatavad. Hindamise praktiline pool pakkus võimaluse teostada ettevõtte enesehindamise protseduuri läbimise, mis andis juurde uusi teadmisi ja avas organisatsiooni enesehindamise tagamaid. EFQM hindamisinstrumendi on JPK-s planeeritud edaspidi kasutada dünaamikas, et oleks võimalik

järjepidevalt hinnata organisatsiooni arengut. Samuti on plaanis enne igat hindamist üle vaadata kaasatavad kriteeriumid, mille osas tehakse vajadusel muudatusi. Seda tehakse eesmärgiga, et kaasata kriitilisemat tähtsust omavad näitajad ning jättes kõrvale varasemalt püsiva ja kõrgema taseme saavutanud näitajad. Samuti on varasem kogemus EFQM rakendamisel esile toonud, et mitte kõik algselt valitud kriteeriumid ei pruugi osutuda sobivaks (Jackson & Bircher 2002), mistõttu tuleks neid iga hindamise järel uuesti üle vaadata ja vajadusel muuta. On ühtlasi oluline mainida, et kriteeriumid esindavad näitajaid, mida peeti oluliseks Järveotsa Perearstikeskuse hindamisel ja ei taotle universaalset rakendamist igas teises praksises või keskuses. Hindamisinstrumendi loomise eelduseks on organisatsiooniga seotud huvipoolte kaasamine ja soovitatav on kaasata ka EFQM litsentseeritud konsultant. Organisatsioonide võrdlemist võimaldab siinkohal olemasolev kvaliteedisüsteem (PKS) ja kvaliteedijuhis (EPK), milles kaasatavad kriteeriumid peavad olema kohandatavad ja sobima organisatsioonide võrdlevaks hindamiseks.

EFQM hindamisinstrumendi abil teostatud piloothindamine on samuti kaasa toonud olulisi arenguid Järveotsa perearstikeskuse jaoks, milles olulisemaks võib pidada patsientide tagasiside uuringu läbiviimist. Selle rakendamisel võeti aluseks Baldie et al. (2018) poolt esitatud lähenemine, mis näeb olulisena töötajate kaasamist ning neile hindamise olulisuse selgitamist. See on oluline, et tagasisidet võetaks tõsiselt ja selle tulemustele tuginedes parandataks teenuste kvaliteeti. Esmalt lepiti koosolekul kokku patsiendi tagasiside olulisuses ja vajalikkuses, millele järgnevalt sõnastati olulisemad uurimist vajavad kriteeriumid: sõbralikkus, info piisavus, ootustele vastavus. Käesolevaks hetkeks on läbi viidud patsiendi tagasiside uuringu analüüs ning töötatakse välja plaani tulemuste kommunikeerimiseks organisatsioonis ja teistele osapooltele väljaspool. Sellele järgnevalt leiab aset parendusplaani väljamõtlemine meeskonnaga ja uuritakse võimalusi ja efektiivsemaid viise selle rakendamiseks. Patsiendiküsitlusega seonduvalt läbi viidud ja planeeritavad etapid on esitatud joonisel 14.

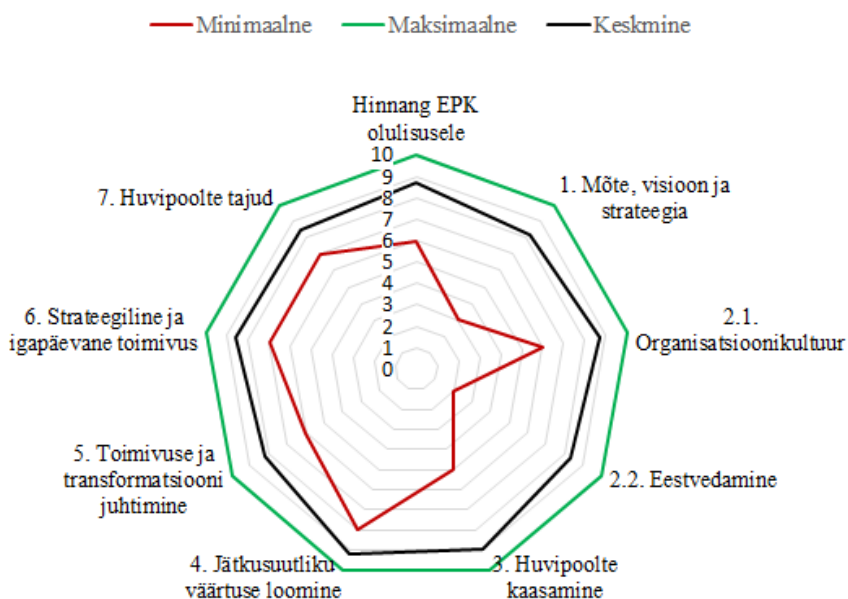


Joonis 14. Patsiendiuuringuga seonduvalt teostatud ja planeeritavad etapid. Allikas: *autori koostatud*

Teiseks oluliseks EFQM hindamisinstrumenti tulemusena tehtud täienduseks on olnud organisatsiooni jaoks olulisemate põhiväärtuse kindlakstegemine lähtuvalt EFQM mudeli seitsmest alakomponendist. Need on võetud aluseks ka uue „Järveotsa Perearstikeskuse strateegia 2030“ väljatöötamisel (lisa G).

2.3. Ekspertintervjuude analüüs ja ettepanekud

Antud alapeatüki eesmärgiks on esitada esmatasandi tervishoiu korraldajate ja otsustajate nägemust Eesti Perearstipraksiste kvaliteedijuhise olulisusest ja selle muutmise ning täiendamise vajadusest lähtuvalt EFQM mudelist. Selleks on analüüsitud tervishoiuteenuse korraldajate ja otsustajate hinnanguid erinevate kvaliteedijuhtimisega seotud komponentide kaasamise olulisusele kvaliteedijuhises. Uurides aga üldiselt kvaliteedijuhise enda olulisust kvaliteedi tagamiseks, siis kõik intervjuueeritavad töid välja keskmisest kõrgema hinnangu (skaalal 1 kuni 10), kus see oli keskmiselt 8,7 (joonis 15). Kvaliteedijuhist nähti vajalikuna, et see tagaks kindlad baasnõuded läbi standardite, mis on kokkulepe teatud moel asju teha ja mis annab eelduse saavutada ühtlast kvaliteeditaset. Ühtseid, läbimõeldud ja kokkulepitud arusaamu peeti hädavajalikuks, et erinevate nägemustega osapooled leiaksid ühise keele. Lisaks kvaliteedi ühtlustamisele perearstide vahel nähti seda ka kui olulist suunanäitajat. Kvaliteeti peeti väga oluliseks just rahastusest rääkimisel.



Joonis 15. Hinnang EPK olulisusele ja EFQM alakomponentide kaasamisele EPK-s.
Allikas: autori koostatud

Olenemata keskmiselt kõrgemast hinnangust esitati ka olulisi arvestamist vajavaid tähelepanekuid. Esmalt peeti oluliseks kvaliteedijuhise enda olemasolu mõtestamist. Nimelt ei ole oluline mitte selle olemasolu, vaid et seda ka jälgitaks ja rakendataks ning et eksisteeriks mõistmine selle vajalikkuse osas. Samuti leiti, et dokumendi rakendamisega peaksid kaasnema reaalses elus tegevused ja mõõdikud koos tagasisidestamise ja tasustamisega ehk eesmärgistamisega. Mitmel korral esitati küsimus ka juhise tõhususe kohta selle praegusel kujul. Kohati peeti kvaliteedijuhist olemasolevat seadust dubleerivaks, kuigi see võiks pakkuda sammu edasi ja olla konkreetsest organisatsioonist lähtuv arengule orienteeritud raamistik. Seega nähti selget vajadust muudatusteks, et tagada juhise tõhusus ja seeläbi piisav kvaliteet.

“Hetkel ei ole väga kindel, et see praegusel kujul tagab selle kvaliteetse tulemuse. On küll oluline eelsamm või eeldus, mis peab olemas olema. Võib rohkem rääkida, kui tulevad rakendusjuhised ja koolitused, mida hetkel veel ei ole.” (R. K.)

Olemasoleva kvaliteedijuhise juures tõsteti positiivsena esile senist initsiatiivi selle loomisel. Seda väljendati nii esmatasandi teenuse osutajate kui ka teiste tasandite vaatenurgast. Viimased tõid siinkohal olemasolevat kvaliteedijuhist esile kui eeskjuu teistele tasanditele.

“See on väga oluline, selleks et järgi aidata neid, kes ei ole protsessi läbinud või on nõrgemas osas. Kvaliteedi osas ma olen seda meelt, et me oleme nii tugevad, kui tugev on meie nõrgim lüli. /.../ Väga hea, et see on esmatasandis oluline ja et sellega tegeldakse järjepidevalt, see võiks laieneda teistele tasanditele.” (A. K.)

Kui kvaliteedijuhise enda olulisust nägid kõik intervjueritud osapooled, siis suuremad erinevused seisukohtades ja nägemustes tulid esile seoses erinevate EFQM kvaliteedijuhtimise komponentidega ning neist lähtuvate indikaatoritega. Kõige olulisemaks peeti intervjueritavate poolt elluviimisega seotud komponente, millest ‘Huvipoolte kaasamine’ ja ‘Jätkusuutliku väärtuse loomine’ hinnati keskmiselt vähemalt 9 punktiga (joonis 15). Kõige enam hinnangute poolest varieeruvateks olid suunaga seotud komponendid ehk ‘Mõte, visioon ja strateegia’ ning ‘Eestvedamine’. Kuigi ‘Organisatsioonikultuur’ ja ‘Eestvedamine’ on EFQM mudelis ja ka intervjuu raames käsitletud koos, siis hinnangu andmisel nähti ka vajadust nende eristamist kvaliteedijuhise vaatenurgast.

Suunda näitavate indikaatorite kaasamine on kvaliteedijuhtimises ja ka EPK-s olnud siiani puudlik ja seda eelkõige ‘Mõte, visioon ja strateegia’ komponentide kaasamisel. Ühtlasi on

tegemist komponendiga, mis alles 2020. aasta EFQM mudeli selgelt eristus võrreldes selle varasemate versioonidega. Antud kvaliteedijuhtimisega seotud komponendi uudsus väljendub siinkohal selgelt ka intervjuudes esitatud hinnangutes, kus omakorda eristuvad teenuse pakkujate, otsustajate ning tervishoiuväliste intervjueeritavate seisukohad. Kui otsustajad ja tervishoiuvälised juhid pidasid **‘Mõte, visioon ja strateegia’** punkte oluliseks, siis teenusepakkujad tõid mitmel korral välja indikaatorite sõnastamise ja kohustuslikuks muutmise keerukuse. Komponentide kaasamist indikaatoritena peeti eelkõige küsitavaks võttes arvesse perearsti- ja tervisekeskuse erinevat suurust. Toodi välja ka keskuste tänast vähest suutlikkust oma keskust ettevaatavalt vaadata, mis on vajalikud visiooni ja strateegia indikaatorite rakendamisel. Eraldi strateegiate ja arengukavade vajadust nähti aga eelkõige suuremate grupipraksiste jaoks.

“Meil on sadakond keskust, kelle jaoks visiooni sõnastamine on mõeldav, aga umbes 300 ei saa üldse aru, et mis asi see on.” (E.-M. S.).

Mõtet, visiooni ja strateegiat vajalikkust nähti kõigile tasanditele, kuid erineva laiussega vastavalt riigi, seltsi ja praksiste tasandil. Tõsteti esile riigi ja Perearstide Seltsi rolli, kes peaksid võtma vastutuse selle eest, et liigutaks sarnases suunas. Kvaliteedijuhtimis peegeldab siinkohal eelkõige Seltsi vaadet. Ka üldiselt leiti, et erinevaid tervishoiupoliitilisi arengukavasid oleks vajalik vaadata koos. Strateegiate vaade peab ühtlasi omavahel kokku sobima ja kõlama. Tervishoiuorganisatsiooni piiratud rolli kindlates otsustusvaldkondades on esile tõstetud ka varasemalt suure arengut mõjutavate osapoolte arvu tõttu (Rodriguez-Gonzalez et al., 2020).

“Mõte, visioon, strateegia peab olema olema peremeditsiinil Eestis, kus selle nägija peaks olema Sotsiaalministeerium, Haigekassa ja Terviseamet kolmekesi koos. Samuti eraldi Perearstide Seltsil ja neist lähtuvalt peaksid strateegiliselt liikuma ka perearstipraksised. Igalt praksiselt ei saa eeldada, sest see käib üle jõu.” (K. M.)

Mõtte, visiooni ja strateegia indikaatorite kaasamist põhjendati eelkõige vajadusega näha, kuhu poole liikuda ja liigutakse ning kui on soov areneda ja mõista, miks üldse praksis on olemas. Peeti vajalikuks panna kirja see mõte ja visioon, mida tahetakse saavutada ja selle rakendamist ja arengut hinnata näiteks läbi strateegiate ja indikaatorite. Vajadus on näha seost suuremate ja väikemate eesmärkide vahel, kus juhtimisega seotud indikaatorid nagu mõte ja strateegia peaksid kaasama protsessipõhise struktuuri, kus eristatakse sisend, väljund ja protsessipõhiseid indikaatoreid.

“Visioon on üldse kõige olulisem asi inimese käitumist suunavate juhiste puhul. Inimesed peaksid aru saama, mille nimel pingutada tuleb, sest igasuguste juhiste elluviimisel sa pead muutma oma käitumist. Visioon ja strateegia annavad raamistiku, mida ja milleks tehakse” (K. R.)

‘Organisatsioonikultuur ja eestvedamine’ kui teine **suuna** komponenti indikaatorite kaasamise juures nähti samuti eristamise vajadust vastavalt praksise suurusele. Eestvedamisega seotud indikaatorite kaasamist peeti osaliselt kunstlikuks ja probleeme tekitavaks ning keeruliseks peeti ka selle mõõtmist. Eestvedamise ja inimeste juhtimisega seotud kriteeriumite rakendamist on tõstetud problemaatiliseks esile ka varasemates EFQM rakendamise uuringutes (Favaretti et al. 2015) ning üldiselt jagatakse juhtimiskogemusega seonduvat infot ka vähem (Arcelay et al. 1999). Üldiselt peeti aga organisatsioonikultuuri ja eestvedamist väga oluliseks ja seda eelkõige seoses väärtuste ja rahulolu juhtimisega ning kui eesmärgiks on koostöö arendamine erialade vahel ja väljaspool organisatsiooni, mida organisatsioonikultuur peaks toetama. Organisatsioonikultuuri kui aluse peale rajatakse tegevused, mis määravad ära, mida saavutatakse. Organisatsioonikultuuri all tuleks kindlasti eelkõige vaadata uskumusi, väärtusi ja tõde ning eristada seda kliimast ja seadusandlikust raamistikust.

“Kui kultuuri ei ole tekitatud, ei ole eestvedamist, on ainult visioon, siis on see tühi organisatsioon.” (U. R.)

Vajalikuks peeti hea tava ja käitumise sõnastamist, mis võib tunduda iseenesestmõistetav, kuid tegelikult seda ei ole. Väärtustest rääkimist nähti kui Eesti kõige nõrgemat osa, kuid on oluline, kuidas inimesed tegelikult suhtlevad ja tunnevad ning mida töötajatele lubatakse. Leiti, et antud komponent vajaks kindlasti edasist läbirääkimist ja paika panemist, sest sisaldab palju tunnetuslikku ja töökeskkonda puudutavat. Näiteks väikese arvu töötajate korral on töökeskkonna hindamisel vaja kaasata väline spetsialist sisemiste ebakõlade lahendamiseks meeskonnas. Võrdse kohtlemise probleemiga tegelemiseks nähti vajalikuna mitmepoolse tagasiside rakendamist. Viimaks nähti olulisena ka seost visiooni ja missiooniga, mis annavad sellele kõigele eelduse.

“Ka need iseenesest mõistetavad asjad tuleks kirja panna. Näiteks me ei solva üksteist, kuulame üksteist, lahendame probleemid rahulikult läbirääkimiste teel, ei diskrimineeri teisi.” (R. K.)

‘Huvipoolte kaasamine’ kui esimene **elluviimisega** seotud komponent oli üheks kõrgemalt hinnatuks, kus peeti oluliseks teha vahet võtme- ja vähem olulistel huvipooltel. Nimetati erinevaid huvipooli, kuid kõige enam toodi esile võtmeklienti ehk patsienti, kellele teenust osutatakse ja keda tuleks kindlasti aktiivselt kaasata. Teise olulise osapoolena tõsteti esile ka töötajaid. Organisatsiooni väliste sidusrühmadena nimetati koostööpartnereid, ministereid ja nende allasutusi (nt Haigekassa), kohalikke omavalitsusi ja teisi tervisehoiuasutusi, kõrgkoole ja ka vabatahtlikke. Koostööd erinevate osapooltega peeti väga oluliseks, et ära kuulata teised osapooled ja olla sammu võrra ootustest ees. Koostöö edendamise vajadust erinevate avaliku, kolmanda ja erasektori vahel rõhutab ka näiteks Eesti ‘Rahvastiku tervise arengukava 2020-2030’ (Sotsiaalministeerium 2020).

“Et kuhu me tahame areneda ja teiseks kelle jaoks me areneme. Seda ei tehta ainult endale, vaid patsientide jaoks ja arenema neile. Samuti tahame olla paremad partnerid. On vajalik, et mõtleksime kastist välja ja mingid müürid lõhkuma ja mõtlema nii nagu pole harjunud mõtlema.” (R. K.)

Huvipoolte kaasamist peeti ühtlasi parimaks viisiks saada organisatsioonile tagasisidet. Tagasiside puhul peeti oluliseks ka selle vormi, kus formaalse tagasiside küsimustiku asemel nähti suuremat vajadust adekvaatse ja reaalse tagasiside järgi, mis eeldab kvalitatiivsemaid meetodeid, ettepanekute küsimist ja tegevustesse (nt arengukoosolekutele) kaasamist. Eristusid intervjuueeritavad, kes nägid vähest patsiendikesksust Eestis problemaatilisena, samas kui teised pidasid neid juba piisavalt kaasatuks. Teistest huvipooltest rõhutati vajadust kaasata kvaliteedijuhisesse ka teisi osapooli, eelkõige õdesid. Osapoolte kaasamise juures nähti olulisena, milliste osapoolte vaatest on visioon ja strateegia määratletud (nt finants, patsient). Leiti, et oleks vaja laiemalt ja üldisemat kaasamise strateegiat, mida iga organisatsioon saab endale ise kohandada. Ka informatsiooni edastamist ja kommunikatsiooni teiste osapooltega peeti oluliseks. Oluline on informatsiooni piisavus ja loogiline ülesehitus.

‘Jätkusuutliku väärtuse loomine’ kui teise **elluviimise** komponendi kriteeriumite kaasamist peeti kõikidest kõige olulisemaks. Seda peeti põhitegevuseks ja protsessiks, ilma milleta ei ole kõigel ülejäänud mõtet. Oluliseks peeti väärtuspakkumise mõistmist ning et jätkusuutlik väärtus oleks loodud läbi kõigi kolme tasandi: patsientidega (oma nimistu), praksise meeskond (tervishoiuteenuse osutaja) ning tervishoiusüsteemi tasandil. Siinkohal peeti oluliseks arusaamist sellest, mis on eelkõige praksise vaatest saavutatav. Teenuspidevust peeti oluliseks olukordades, kus toimub järsult vajadus teenuse järele (nt

gripihooaeg), kui toimub personalivahetus või lahkub näiteks kriitilise tähtsusega töötaja. Tööjõud peaks olema väheliikuv ja ka praksised ise tegelema sihipärase järelkasvu koolitamise ja kaasamisega meeskonda. Personali seisukohalt peeti vajalikuks hinnata töötajate profiili, mille alusel uusi töötajaid (nt õdesid) valida, kus teave profiilidest peaks olema dokumenteeritud. Tõsteti esile teenussäile indikaatori vajadust (personali keskmine vanus, personali pädevus, organisatsooni säilimine). Jätkusuutlikkust seostati otseselt ka arengu ja finantsidega, kus on vaja tagada arenguprojektide kasumlikkus. Rahastamise stabiilsus peeti samuti oluliseks. Jätkusuutlikkuse juures toodi esile veel väärtuste ülekannet vanematelt noorematele, et tagada ühises väärtusruumis toimimine. Teadmuse koordineerimine, juhtimine ja kommunikeerimine peaks muuhulgas sisaldama ka infotehnoloogiat.

‘Toimivus ja transformatsiooni juhtimine’ kui kolmas **elluviimisega** seotud komponent seostus intervjueritavatel toimepidevuse, innovaatilisuse juhtimise, uuenduste elluviimise ja riskijuhtimisega. Vajalike indikaatoritena nähti näiteks meeskondliku järjepidevuse hindamist, elujõulisuse indeksit (finants ja töötajatega varustus) ja innovatsiooniga seotud indikaatoreid. Edu saavutamise eeldusena nähti suutlikkust asju üheaegselt käigus hoida ja muuta. Antud komponendi olulisuse väärtust nähti üha olulisemana praeguses pandeemia ja kriisi olukorras. Toimivust ja transformatsiooni peeti seega eksistentsiaalseks küsimuseks, kus on vaja panna kirja toimimise kord (toimivusplaan, koodeks, kriisijuhtimise süsteem) ja reeglistikud, kuidas ootamatuste korral toimida. Näiteks kui on tõsised haigestumised, epideemiad, sidekatkestused, finantskatastroof, ahistamised, surm tervisekeskuses. Stsenaariumeid eriolukordadeks on vaja pingete maandamiseks kui kriisiaeg tegelikkuses kätte jõuab. Kvaliteedijuhise seisukohalt nähti vajadus kaasata läbiv patsiendiohutuse tee alates suuna komponentidest elluviimise ning viimaks tulemusteni.

“On selline eksistentsiaalne küsimus ning see on isegi olulisem väikestes praksistes kui suurtes. Mini rivist välja löömine võib tuua kaasa katastroofi kogu nimistule, samas kui suure tulevad kuidagi välja ning võtavad iseenesest asju üle. See on keeruline kindluse bilanss, kus on kindlad toimimise reeglid ja teine hetk pead olema paindlik seda ümber tegema ja reageerima.” (R. K.)

‘Strateegiline ja igapäevane toimivus’ esitab esimest **tulemuste** hindamisega seotud alakomponenti. Tulemuste indikaatorite sõnastamise juures on siinkohal nähtud olulisena, et need toetaksid suuremat eesmärki (suund) ja oleksid seostatud konkreetsete tegevustega (elluviimine). Indikaatorid peavad olema töötajatele arusaadavad, jälgitavad ja seiratavad

ning dokumenteeritud, kasutades siinjuures esitavaid kvantitatiivseid esitatavaid näitajaid. Samuti peab olema paigas, millal hindamine toimub. Fookuse seadmine ja pidev tulemust jälgimine võimaldavad hinnata liikumist eesmärkide suunas. Siiski on oluline mõista, et ei ole universaalseid mõõdikuid, vaid need lähtuvad alati eesmärgist.

“ On kokkuleppe küsimus, mis on need õiged mõõdikud ja kus on need seosed. /.../ Alati on võimalik ümber otsustada ja ajas muuta. Kui struktuur ja loogika saab paika, siis on lihtne hiljem muudatusi seal sees teha.” (T. T.)

Leiti, et praegu toimitakse rohkem igapäevaselt ja vähem mõeldakse strateegilistele eesmärkidele ehk kuhu tahetakse jõuda. Igapäevast ja strateegilist toimivust peeti aga üksteisest selgelt lahutamatuks, kus igapäevased otsused on vaja viia kokku suunaga.

“Kui sul igapäevane ja strateegiline toimivus jooksevad eri suunas, siis on nagu suunad, mis liiguvad eri suunas ja lõpuks juhtub õnnetus jalgadega.” (L. V.)

‘Huvipoolte tajud’ on seotud **tulemustega**, mis väljendavad erinevate huvipoolte hinnanguid teenuste kvaliteedi osas ja mille korral on tegemist ühe laiema rahulolu mõõdikuga. Tajud on ühtlasi kvaliteedi lahutamatuks osaks, milles peitub ka ISO standardites toodud kvaliteedi enda definitsioon, sest tajudeta (vastavus ootustele ja vajadustele) ei ole võimalik kvaliteeti mõõta. Olulisena nähti huvipoolte ja alateemade kaardistamist, sest indikaatorid ei ole kõikide huvipoolte jaoks universaalsed (v.a. üldine rahulolu mõõdik). Tõsteti esile nii kvantitatiivsete näitajate ja võrdlusanalüüsi kui ka intervjuude ja detailsema süvaanalüüsi vajadust. Viimast peeti vajalikuks, et mõista eelkõige perearstikeskuse tajumist ja ootusi nii töötaja, patsiendi kui ka koostööpartnerite ja rahastajate vaatest, mida sealjuures pidevalt monitoorida. Emotsiooni “ära sõelumist” peeti samuti vajalikuks.

“Kui sa ise arvad, et sa oled kõva tegija, aga teised nii ei arva, siis viga on ikka sinus endas.” (L. V.)

Toodi välja valmisoleku vajadust võrdlusandmestiku kogumiseks ja peeti vajalikuks tsentraalse tagasiside korraldamist, kus tuleb koguda tagasisidet üksnes asjade kohta, mida saab muuta. Viimaks leidis ka seisukohti, kus tajusid peeti liiga abstraktseks, kus on oluline mõista inimese lähtepunkti ehk varasemaid kogemusi ja ootusi.

Üldiselt toodi EPK seisukohalt esile, et see peaks olema patsiendikeskne, protsessipõhise struktuuriga, raame andev, arengule suunatud laiapõhjaliselt kokkulepitud standardite kogu, kus oleks võetud terviklik lähenemine ja mille raames oleks tagatud ka õdede kaasatus.

Patsiendikesksus esmatasandi arstiabis on lähtepunkt, mida rõhutavad kõik rahvusvahelised arengudokumendid (WHO, 2019; WONCA, 2021) ja ka Eesti rahvastiku tervise arengukava 2020-2030 (Sotsiaalministeerium 2020). Protsessipõhisust ehk keskendumist samaaegselt erinevatele kvaliteedijuhtimise komponentidele toob läbivalt esile ka esitatud teooria (Jackson 1999, Al-Assaf & Sheikh 2004), kus tuleb samaaegselt vaadata nii suunda, elluviimist kui ka tulemusi ning nende komponentide omavahelisi seoseid. Arengule suunatus EPK korral on üksnes võimaldatud, kui juurutada pideva arengu tsükli põhimõtteid (nt PDCA või RADAR).

Indikaatorite ettepanekuid (lisa H) sünteesiti ja on kokkuvõtvalt esitatud tabelis 11. Tegemist on märksõnadega, millest lähtuvate indikaatorite kaasamist tuleks EPK-s kindlasti kaaluda.

Tabel 11. Intervjuudest tulenev sisend indikaatorite loomiseks

Põhikomponent	Alakomponent	Ootused indikaatoritele
SUUND	1. Mõte, visioon ja strateegia	Süsteemselt hinnatud, töötajaid kaasav ja rakendatud strateegia ja visioon
	2. Organisatsioonikultuur ja eestvedamine	Meeskonna poolt kokkulepitud väärtustest lähtuvad, uuendustele avatud, rahulolevad patsiendikesksuse võrgustikutoosesse panustavad töötajad
ELLUVIIMINE	3. Huvipoolte kaasamine	Olulisemate huvipoolte kaasamise strateegia alusel tehtud muudatused
	4. Jätkusuutliku väärtuse loomine	Pädev, patsiendikeskne strateegiline personalijuhtimine
	5. Toimivuse ja transformatsiooni juhtimine	Strateegiline muudatuste (s.h innovatsiooni) ja riskijuhtimine
TULEMUSED	6. Strateegiline ja igapäevane toimivus	Süsteemselt hinnatud kvantitatiivselt esitatud strateegilise eesmärkide suunalise liikumise näitajad
	7. Huvipoolte tajud	Tsentraalselt korraldatud struktureeritud patsiendi tagasiside, olulisemate huvipoolte tagasiside

Allikas: *autori koostatud*

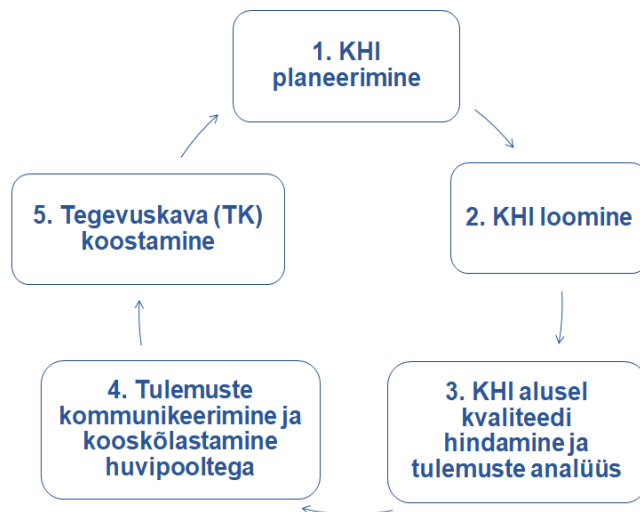
Teoreetilisest ülevaatest, EFQM hindamisinstrumendi rakendamise pilootprojektist ja intervjuude tulemustest lähtuvalt (lisa I) võib sõnastada olulisi ettepanekuid Eesti Perearstipraksiste kvaliteedijuhise täiendamiseks. Antud magistritöö teeb konkreetsemad ettepanekud A kvaliteedi tasemest lähtuvateks muudatusteks, mis on esitatud tabelis 12. Neist lähtuvalt lepitakse kokku kriteeriumid teiste tasandite jaoks, kus madalaimat ehk F taseme praksist iseloomustab kriteeriumite täitmise puudumine.

Tabel 12. Ettepanekud EPK täiendamiseks EFQM alusel

	Alakomponent	Perearstikeskuse/Esmatasandi tervisekeskuse A kvaliteedi tase
SUUND	1. Mõte, visioon ja strateegia	<ul style="list-style-type: none"> • EPS pakub üldised visiooni ja missiooni sõnastused, mida saavad soolopraksised kohandada enda vajadustest lähtuvalt • 3 ja enam nimistuga praksistel on sõnastatud ja kõikidele töötajatele teada visioon ja missioon koos ettevaatava, süsteemselt jälgitava arenguplaaniga 5 aasta vaates
	2. Organisatsiooni kultuur ja eestvedamine	<ul style="list-style-type: none"> • EPS poolt loodud näidisküsimustiku alusel hinnatud meeskonna liikmete kaasatus • Väärtused on vähem kui 3 aastat tagasi sõnastatud • Sõnastatud on praktilise hea tava/käitumisreeglid • Praktilisel on 1-aastane eesmärgistatud koolitusplaan
ELLU-VIIMINE	3. Huvipoolte kaasamine	<ul style="list-style-type: none"> • Praktilisel on kaardistatud prioritseeritud huvipooled ühiste väljakutsetega tegelemiseks • Praktilisel on regulaarne ja tõhus sise- ja väliskommunikatsioon • Isetekkelised juhtimiskoosolekud praktilise töötajate vahel, sh tingimuste loomine koostööks
	4. Jätkusuutliku väärtuse loomine	<ul style="list-style-type: none"> • Soovitusindeks meeskonna liikmetele • Kirjeldatud kompetentsid, mis on koolitusplaaniga aluseks • Asendamise kord • Kindla regulaarsusega arengukoosolekud kogu meeskonnaga kokkulepitud väärtuste baasil eesmärkide seadmiseks
	5. Toimivuse ja transformatsiooni juhtimine	<ul style="list-style-type: none"> • Strateegiline riskijuhtimine „Mida teha kui ...“. Süsteemne riskide läbimõtlemine koos tegevuskavaga • Osalemine teadusuuringutes ja arendusprojektides • Regulaarne praktilise enesehindamine
TULEMUSED	6. Strateegiline ja igapäevane toimivus	<ul style="list-style-type: none"> • Praktilisel on strateegiline plaan koos mõõdikutega, et hinnata süsteemselt eesmärkide saavutamist • Põhiotsused on kaardistatud, visualiseeritud ja nende efektiivsust süsteemselt hinnatud
	7. Huvipoolte tajud	<ul style="list-style-type: none"> • Tagasiside – kvantitatiivsed ja kvalitatiivsed lähenemised • Tagasiside töötajatelt, patsientidelt kui ka partneritelt. Ka patsientide lähedastelt. • Tagasiside korraldatud osaliselt tsentraalselt koostöös EHK, SM, TAI

Allikas: *autori koostatud*

Praksiste regulaarse enesehindamise toetamiseks tehakse ühtlasi ettepanekud sammudeks, millest lähtuda hindamisinstrumendi integreerimiseks praksises, mis on jaotatud laiemalt viie etapi vahel (joonis 16). Sarnaselt peetakse siin oluliselt lähtumist arengu pidevusest. Konkreetsemad sammud KHI integreerimise etappidega seonduvalt on ära toodud lisa J.



Joonis 16. Kvaliteedi hindamisinstrumendi (KHI) integreerimise etapid. Allikas: *autori koostatud*

Empiirilises osas said kinnitust varasemad teoorias leitud olulised teemad kvaliteedisüsteemi vajalikkuse ja arendamise osas. Intervjueeritud eksperdid pidasid oluliseks süsteemset tulevikku suunatud lähenemist ning Järveotsa Perearstikeskuses läbiviidud pilootprojekt EFQM mudeli alusel andis praktilised sammud, kuidas perearstikeskuses saab kvaliteeti parandada.

Kokkuvõte

Elu kõige universaalsem tunnus ilmestub sõnaga „muutus“. Haiguste diagnostikas on liigutud Hippokratese inimeste ja haiguste vaatlusest läbi mikroskoobi avastaja Leewenhoeki saavutuste tänapäeva, mil osatakse üksikute valgumolekulide kirjeldamise teel haiguste olemust prognoosida ja määrata täpne ravi. Areng kvaliteedi määratluses, juhtimises, mõõtmiseks on arenenud just viimaste aastakümnetega ja jõudnud sarnaselt haiguste ravimisega terviklikkuse arvestamiseni. Kvaliteedijuhtimiseks kasutatakse üha enam täiuslikkusmudeleid, mis sobivad nii juhtimisinstrumentideks kui ka kitsamalt kvaliteedi arendamiseks. Eesti tervishoius on toimunud suur hüpe tõenduspõhisuse suunas just ravijuhiste ja innovaatiliste ravimite kaudu, aga paraku on puudulikumaks jäänud Eesti tervishoiu korralduslik pool, kus terviklikud juhtimismudelid ja kvaliteedisüsteemid ei ole rakendust leidnud.

2009. aastal loodi aktiivsete perearstide poolt Perearstipraksiste kvaliteedijuhis (EPK), mis on ainulaadne nähtus Eesti tervishoius. Selle kirjeldati esmakordselt tervikuna nõuded tervishoiuteenustele, mida on ühtlasi võetud aluseks kvaliteedi hindamisel ja tulemustasu maksmisel. Oma olemuselt jääb EPK kvaliteediohje tasemele, mis tähendab, et hinnatakse vastavust kirjeldatud nõuetele. Tänapäevases mõistes loetakse kõike EPK-s kirjeldatud “hügieeniks”, mis peab olema. Kvaliteedisüsteemidelt oodatakse aga lisaks sisendit pidevaks arenguks, mis on võimalik ainult eesmärgistatult tegevusi ellu viies. Järjest enam on osutunud oluliseks detailselt määratleda tegevused koos vajaliku pädevuse ja järjekorraga. Protsesside kaardistamine, õigeaegne sekkumine mõistliku ressursi ja vajaliku kompetentsiga loovad võimalused vaadelda vajadusi ökosüsteemis tervikuna. Tervisevajadustest tulenevalt on teada teenuste vajadus ajalises ja mahulises vaates, kuid tänapäevases mõttes eeldab tervishoid lisaks ka võrgustikutööd. Tänapäevased kvaliteedijuhtimise mudelid annavad siinkohal raami, mis aitavad kõiki eritasanditel paiknevaid osapooli silmas pidada. Tervishoius on osapooli väga palju ja kõigil oma unikaalne roll, kus patsiendikeskset süsteemi luues peavad kõik aru saama ja visuaalselt tajuma oma kohta ja panust koostöös teistega.

EFQM mudelit on rakendatud mõned aastakümned väga edukalt erinevates valdkondades. Esmatasandi tervishoius on aga endiselt väga palju kasutamata potentsiaali, mida eespool nimetatud mudel välja toob. Esmatasandi tervisekeskuseid Eestis on võimalik kohandada just tervise vajadustele vastavaks dünaamikas. EFQM mudel on pidevat arengut toetav ja ettevaatav võimalus. Nii nagu ravijuhised annavad raamid patsientide käsitlemiseks, annab

EFQM skeleti, millele rajada iga perearstikeskuse ainulaadne lahendus pakkuda kvaliteetset abi. Käesolev magistritöö eesmärgiks oli tugineda EFQM mudeli raamistikule, et analüüsida Eesti Perearstipraksiste kvaliteedijuhist ning selle täiendamise võimalusi sellest lähtuvalt. Eesmärki silmas hinnati olemasolevat EPK-d ja selle seoseid erinevate kvaliteedijuhtimise lähenemistega ja konkreetsemalt EFQM mudeli komponentide kaetust selles. Töö empiirilises osas analüüsiti EFQM mudeli alusel koostatud hindamisinstrumendi rakendamise tulemusi Järveotsa Perearstikeskuses ning EFQM mudelist lähtuva intervjuu tulemusi esmatasandi arstiabi korraldajate ja otsustajatega.

EFQM mudeli pilootprojekt Järveotsa Perearstikeskuses (JPK) tõi välja nõrgad kohad organisatsioonis ja samas kinnitas, et EPK on tee näitaja. Kõik kriteeriumi, mis on esindatud praeguses EPK-s, leiti olevat paremini täidetud ka JPK-s EFQM piloothindamise tulemusena. Magistritöö intervjuud ekspertidega kinnitasid praktilises vaates teooriast saadud teavet ning viisid realistlike, kohati pragmaatiliste järeldusteni. Kokkuvõtvalt teooriast, pilootprojektist ja intervjuudest tuli eelkõige Eesti konteksti arvestades esile strateegilise juhtimise olulisus. On vaja määratleda eesmärk, anda lubadused patsientidele ja võimalda töötajatel kasutada ressursse ühise eesmärgi saavutamise nimel. Magistritöö tulemusena esitati ettepanekud uute kvaliteediindikaatorite kaasamiseks EPK-s ja praktilised sammud hindamisinstrumendi loomiseks ja integreerimiseks praktikasse. Konkreetset ettepanekud tuleb kõiki osapooli kaasavalt läbi rääkida, mis ongi kõige olulisemaks EFQM mudeli sõnumiks – tervikut haarates üksikute detailideni tegevuste planeerimine, elluviimine ja tulemuste hindamine. Kõik osapooled peavad tunnetama oma rolli ja vastutust arusaadavate tulemusmõõdikute abil.

Edasist uurimist vajaksid inimkeskse tervishoiu kontekstis tervishoiuteenuste ja sotsiaalhoolekande teenuste võrgustike integreerimise võimalused, pereõdede roll perearstipraksiste kvaliteedi süsteemis, tulemustasu ja regionaalsete eripärade mõju kvaliteedisüsteemis.

Viidatud allikad

1. Afriyie, S. O., Kong, Y., Danso, P. O., Musah, A.-A. I., Akomeah, M. O. (2019). Do corporate governance mechanisms and internal control systems matter in reducing mortality rates? *The International Journal of Health Planning and Management*, 34(2): 744-760. DOI: 10.1002/hpm.2732
2. Ahmed, F., Burt, J., Roland, M. (2014). Measuring Patient Experience: Concepts and Methods. *Patient*, 7: 235-241. DOI: 10.1007/s40271-014-0060-5
3. Al-Assaf, A. F., Sheikh, M. (2004). Quality improvement in primary health care: a practical guide. *WHO Regional Publications, Eastern Mediterranean Series*, 26. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/119694/dsa231.pdf> (viimati vaadatud 22.05.2021)
4. American Society for Quality [ASQ]. What is the ISO 9000 standard series? <https://asq.org/quality-resources/iso-9000> (viimati vaadatud 22.05.2021)
5. Anderson, E., Rätsep, M., Panov, L., Väärssi, K., Kirpu, V., Sokurova, D., Eigo, N. (2017). Perearstiabi kasutamise peamised põhjused ning perearstiabi ja pereõe tööjaotus 2017. aastal. *Eesti Arst*, 98(9): 495-503
6. Arcelay, A., Sanchez, E., Hernandez, L., Inclan, G., Bacigalupe, M., Letona, J., Gonzalez, R. M., Martinez-Conde, A. E. (1999). Self-assessment of all the health centres of a public health service through the European Model of Total Quality Management. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 12(2): 54-58. DOI: 10.1108/09526869910261268
7. Asprey, A., Campbell, J.L., Newbould, J., Cohn, S., Carter, M., Davey, A., Roland, M. (2013). Challenges to the credibility of patient feedback in primary healthcare settings: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, 63(608): e200-8. DOI: 10.3399/bjgp13X664252
8. Bahadori, M., Izadi, A. R., Ghardashi, F., Ravangard, R., Hosseini, S. M. (2016). The Evaluation of Hospital Performance in Iran: A Systematic Review Article. *Iranian Journal of Public Health*, 45(7): 855-866
9. Bailie, J., Laycock, A., Matthews, V., Bailie, R. (2016). System-Level Action Required for Wide-Scale Improvement in Quality of Primary Health Care: Synthesis of Feedback from an Interactive Process to Promote Dissemination and Use of Aggregated Quality of Care Data. *Frontiers in Public Health*, 4: 86. DOI: 10.3389/fpubh.2016.00086

10. Bailie, R., Matthews, V., Brands, J., Schierhout, G. (2013). A systems-based partnership learning model for strengthening primary healthcare. *Implementation Science*, 8: 143. <http://www.implementationscience.com/content/8/1/143>
11. Baldie, D.J., Guthrie, B., Entwistle, V., Kroll, T. (2018). Exploring the impact and use of patients' feedback about their care experiences in general practice settings - a realist synthesis. *Family Practice*, 35(4): 13-21. DOI: 10.1093/fampra/cmz067
12. Berssaneti, F. T., Saut, A. M., Barakat, M. F., Calarge, F. A. (2016). Is there any link between accreditation programs and the models of organizational excellence? *Rev Esc Enferm USP*, 50(4): 648-655. DOI: 10.1590/S0080-623420160000500016
13. Borg, S. J., Donald, M., Totsidis, K., Quinn, N., Jackson, C. L. (2020). Improving quality in general practice using the Primary Care Practice Improvement Tool (PC-PIT) with Primary Health Network support. *Australian Journal of Primary Health*, 26: 484-491. <https://doi.org/10.1071/PY20192>
14. Boylan, A.-M., Turk, A., van Velthoven, M.H., Powell, J. (2020). Online patient feedback as a measure of quality in primary care: a multimethod study using correlation and qualitative analysis. *BMJ Open*, 10:e031820. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-031820
15. Brennan, S.E., Bosch, M., Buchan, H., Green, S.E. (2012). Measuring organizational and individual factors thought to influence the success of quality improvement in primary care: a systematic review of instruments. *Implementation Science*, 7: 121. <http://www.implementationscience.com/content/7/1/121>
16. Carter, M., Davey, A., Wright, C., Elmore, N., Newbould, J., Roland, M., Campbell, J., Burt, J. (2016). Capturing patient experience: a qualitative study of implementing real-time feedback in primary care. *British Journal of General Practice*, 66(652): e786-e793. DOI: 10.3399/bjgp16X687085
17. Cleven, A., Mettler, T., Rohner, P. Winter, R. (2016). Healthcare quality innovation and performance through process orientation: Evidence from general hospitals in Switzerland. *Technological Forecasting and Social Change*, 113(Part B): 386-395. DOI: 10.1016/j.techfore.2016.07.007
18. Coma, E., Mora, N., Mendez, L., Benitez, M., Hermosilla, E., Fabregas, M., Fina, F., Mercade, A., Flayeh, S., Guiriguet, C., Ballo, E., Leon, N.M., Mas, A., Cordomi, S., Lejardi, Y., Medina, M. (2020). Primary care in the time of COVID-19: monitoring the effect of the pandemic and the lockdown measures on 34 quality of care indicators calculated for 288 primary care practices covering about 6 million people in Catalonia. *BMC Family Practice*, 21: 208. DOI: 10.1186/s12875-020-01278-8

19. Crossland, L., Janamian, T., Jackson, C. L. (2014). Key elements of high-quality practice organisation in primary health care: a systematic review. *The Medical Journal of Australia*, 201(3): 47-51. DOI: 10.5694/mja14.00305
20. Cunningham, F. C., Ferguson-Hill, S., Matthews, V., Bailie, R. (2016). Leveraging quality improvement through use of the Systems Assessment Tool in Indigenous primary health care services: a mixed methods study. *BMC Health Services Research*, 16: 583. DOI: 10.1186/s12913-016-1810-y
21. Dohan, M. S., Califf, C. B., Ghosh, K., Tan, J. (2020). Digital transformation in healthcare: New value for a new movement. *Health Policy and Technology*, 9(2): 177-178. DOI: 10.1016/j.hlpt.2020.04.003
22. Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, 260(12): 1743-1748. DOI: 10.1001/jama.260.12.1743
23. Eesti Haigekassa (2019). Kvaliteedihindamise 2018. aasta tulemused. <https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/kvaliteet/2018.%20a%20tulemused.xlsx> (viimati vaadatud 22.05.2021)
24. Eesti Haigekassa. Pearingsti kvaliteedisüsteem. <https://www.haigekassa.ee/partnerile/raviasutusele/perearstile/perearsti-kvaliteedisusteem> (viimati vaadatud 22.05.2021)
25. Eesti Kvaliteediühing. <https://www.eaq.ee> (viimati vaadatud 22.05.2021)
26. Eesti Pearingstide Selts [EPS] (2018). Eesti Pearingstipraksiste kvaliteedijuhis. https://www.pearingstiselts.ee/images/Pearingstipraksiste_Kvaliteedijuhend_2018.pdf (viimati vaadatud 22.05.2021)
27. Eesti Pearingstide Selts [EPS]. Praksiste akrediteerimine. <https://www.pearingstiselts.ee/eesti-perearingstide-selts/tegevused/kvaliteet> (viimati vaadatud 22.05.2021)
28. EFQM (2016). 25 years of the EFQM excellence model. https://efqm-rus.ru/docs/articles/25_years_of_the_EFQM_Excellence_Model.pdf (viimati vaadatud 22.05.2021)
29. EFQM (2020). How the EFQM model can help you get through this crisis. <https://www.efqm.org/index.php/2020/04/29/how-the-efqm-model-can-help-you-get-through-this-crisis/> (viimati vaadatud 22.05.2021)
30. EFQM. <https://www.efqm.org/> (viimati vaadatud 22.05.2021)

31. Escrig-Tena, A.B., Garcia-Juan, B., Segarra-Cipres, M. (2019). Drivers and internalisation of the EFQM excellence model. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 36(3): 398-419. DOI: 10.1108/IJQRM-08-2017-0161
32. Favaretti, C., De Pieri, P., Torri, E., Guarrera, G., Fontana, F., Debasi, F., Flor, L. (2015). An EFQM excellence model for integrated healthcare governance. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 28(2): 156-72. DOI: 10.1108/IJHCQA-02-2014-0022
33. Gardner, K., Sibthorpe, B., Chan, M., Sargent, G., Dowden, M., McAullay, D. (2018). Implementation of continuous quality improvement in Aboriginal and Torres Strait Islander primary health care in Australia: a scoping systematic review. *BMC Health Services Research*, 18: 541. DOI: 10.1186/s12913-018-3308-2
34. Gene-Badia, J., Jodar-Solà, G., Peguero-Rodríguez, E., Contel-Segura, J.C., Moliner-Molins, C. (2001). The EFQM excellence model is useful for primary health care teams. *Family Practice*, 18(4): 407-409. DOI: 10.1093/fampra/18.4.407
35. Goñi, S. (1999). An analysis of the effectiveness of Spanish primary health care teams. *Health Policy*, 48(2): 107-117. DOI: 10.1016/s0168-8510(99)00036-6
36. Gowda, N. R., Wankar, A., Arya, S. K., Vikas, H., Narayanan, N. K., Linto, C. P. (2020). Feedback System in Healthcare: The Why, What and How. *International Journal of Marketing Studies*, 12(1): 52. DOI: 10.5539/ijms.v12n1p52
37. Grol, R., Wensing, M. (2013). Effective implementation in healthcare: a systematic approach. In: Grol, R., Wensing, M., Eccles, M., Davis, D. (Eds) *Improving Patient Care: The Implementation of Change in Health Care (Second Edition)*. Wiley-Blackwell Publishing. DOI: 10.1002/9781119488620.ch3
38. Harrisson, M.I, Shortell, S.M. (2020). Multi-level analysis of the learning health system: Integrating contributions from research on organizations and implementation. *Learning Health Systems*, 5(2): e10226. DOI: 10.1002/lrh2.10226
39. Henrique, D. B., Filho, M. G. (2020). A systematic literature review of empirical research in Lean and Six Sigma in healthcare. *Total Quality Management & Business Excellence*, 31(3-4): 429-449. DOI: 10.1080/14783363.2018.1429259
40. Hung, D., Gray, C., Martinez, M., Schmittdiel, J., Harrison, M. I. (2017). Acceptance of lean redesigns in primary care: A contextual analysis. *Health Care Management Review*, 42(3): 203-212. DOI: 10.1097/HMR.000000000000106
41. International Organization of Standardization [ISO]. The ISO Story. <https://www.iso.org/the-iso-story.html> (viimati vaadatud 22.05.2021)

42. Jackson, S. (1999). Exploring the possible reasons why the UK Government commended the EFQM (European Foundation for Quality Management) excellence model as the framework for delivering governance in the new NHS. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 12(6), 244-253. DOI: 10.1108/09526869910287314
43. Jackson, S., Bircher, R. (2002). Transforming a run down general practice into a leading edge primary care organisation with the help of the EFQM excellence model. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 15(6-7): 255-267. DOI: 10.1108/09526860210442029
44. Jennings, K., Westfall, F. (1994). A survey-based benchmarking approach for health care using the Baldrige quality criteria. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 20(9): 500-509. DOI: 10.1016/S1070-3241(16)30096-7
45. Kamalasanan, A., Sathiyamurthi, G., Subbaravalu, A.V. (2020). A tool to assess the quality perception of healthcare employees. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 33(4/5): 291-307. DOI: 10.1108/IJHCQA-01-2020-0008
46. Kovach, J. V., Ingle, D. (2019). Using Lean Six Sigma to Reduce Patient Cycle Time in a Nonprofit Community Clinic. *Quality Management in Health Care*, 28(3): 169-175. DOI: 10.1097/QMH.0000000000000215
47. La Rotta, D. Rave, J. P. (2017). A relevant literary space on the use of the European Foundation for Quality Management model: current state and challenges. *Total Quality Management & Business Excellence*, 28(13-14): 1447-1468. DOI: 10.1080/14783363.2016.1150168
48. Lasrado, F., Nyadzayo, M. (2020). Improving service quality: Examining the drivers and outcomes of TQM internalization in organizations. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 37(3): 393-410. DOI: 10.1108/IJQRM-08-2019-0253
49. Leanway. Lean meetodid ja terminid: Mura, Muri ja Muda – ettevõtte ressursivargad. (viimati vaadatud 22.05.2021)
50. Lee, D. (2012). Implementation of quality programs in health care organizations. *Service Business*, 6: 387-404. DOI: 10.1007/s11628-012-0141-2
51. Li, X., Krumholz, H.M., Yip, W., et al. (2020). Quality of primary health care in China: challenges and recommendations. *Lancet*, 6, 395(10239): 1802-1812. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30122-7
52. Manacorda, T., Erens, B., Black, N., Mays, N. (2017). The Friends and Family Test in general practice in England: a qualitative study of the views of staff and patients. *British Journal of General Practice*, 67(658): e370-e376. DOI: 10.3399/bjgp17X690617

53. Matthies-Baraibar, C., Arcelay-Salazar, A., Cantero-González, D., Colina-Alonso, A., García-Urbaneja, M., González-Llinares, R.M., Letona-Aranburu, J., Martínez-Carazo, C., Mateos-Del Pino, M., Nuño-Solinís, R., Olaetxea-Urizar, E., de la Rica-Giménez, J.A., Rodríguez-González, M.A., Dabouza-Acebal, S. (2014). Is organizational progress in the EFQM model related to employee satisfaction? *BMC Health Services Research*, 14: 468. DOI: 10.1186/1472-6963-14-468
54. McCalman, J., Bailie, R., Bainbridge, R., McPhail-Bell, K., Percival, N., Askew, D., Fagan, R., Tsey, K. (2018). Continuous Quality Improvement and Comprehensive Primary Health Care: A Systems Framework to Improve Service Quality and Health Outcomes. *Front. Public Health*, 6: 76. DOI: 10.3389/fpubh.2018.00076
55. McEvoy, P., Escott, D., Bee, P. (2011). Case management for high-intensity service users: towards a relational approach to care co-ordination. *Health Soc Care Community*, 19(1), 60-69. DOI: 10.1111/j.1365-2524.2010.00949.x
56. McPhail-Bell, K., Matthews, V., Bainbridge, R., Redman-MacLaren, M. L., Askew, D., Ramanathan, S., Bailie, J., Bailie, R. (2018). An “All Teach, All Learn” Approach to Research Capacity Strengthening in Indigenous Primary Health Care Continuous Quality Improvement. *Frontiers in Public Health*, 16: 107. DOI: 10.3389/fpubh.2018.00107
57. Minkman, M., Ahaus, K., Huijsman, R. (2007). Performance improvement based on integrated quality management models: what evidence do we have? A systematic literature review. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(2): 90-104. DOI: 10.1093/intqhc/mzl071
58. Moreno-Rodríguez, J. M., Cabrerizo, F. J., Pérez, J., Martínez, M. A. (2013). A consensus support model based on linguistic information for the initial-self assessment of the EFQM in health care organizations. *Expert Systems with Applications*, 40(8): 2792-2798. DOI: 10.1016/j.eswa.2012.11.011
59. Nabitz, U., Klazinga, N. S., Walburg, J. (2000). The EFQM excellence model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in health care. *International Journal for Quality in Health Care*, 12(3): 191-201. DOI: 10.1093/intqhc/12.3.191
60. National Institute of Standards and Technology [NIST] (2021). Baldrige Performance Excellence Program. 2021–2022 Baldrige Excellence Framework (Health Care): Leadership and Management Practices for High Performance. Gaithersburg, MD: U.S. Department of Commerce, NIST. <https://www.nist.gov/baldrige> (viimati vaadatud 22.05.2021)



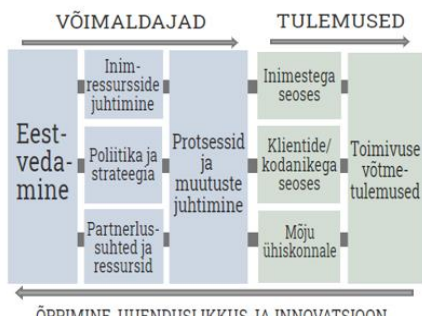
61. Naylor, G. (1999). Using the business excellence model to develop a strategy for a healthcare organisation. *International Journal of Health Care Quality Assurance.*, 12(2-3): 37-44. DOI: 10.1108/09526869910261240
62. OECD (2019). European Observatory on Health Systems and Policies. Eesti: riigi terviseprofiil 2019. OECD Publishing, Paris. DOI: 10.1787/1efa7683-et
63. Ong, B. N., Hodgson, D., Small, N., Nahar, P., Sanders, C. (2020). Implementing a digital patient feedback system: an analysis using normalisation process theory. *BMC Health Services Research*, 20: 387. DOI: 10.1186/s12913-020-05234-1
64. Orueta, J. F., García-Alvarez, A., Grandes, G., Nuño-Solinís, R. (2015). The Origin of Variation in Primary Care Process and Outcome Indicators: Patients, Professionals, Centers, and Health Districts. *Medicine*, 94(31): e1314. DOI: 10.1097/MD.0000000000001314
65. OurBizPort. ISO Certification Services & Tools. History of Quality Development. <http://ourbizport.com/iatf-16949/internal-auditor-training-module-2/671-s002-history-of-quality-development> (viimati vaadatud 22.05.2021)
66. Paina, L., Wilkinson, A., Tetui, M., Ekirapa-Kiracho, E., Barman, D., Ahmed, T., Mahmood, S. S., Bloom, G., Knezovich, J., George, A., Bennett, S. (2017). Using Theories of Change to inform implementation of health systems research and innovation: experiences of Future Health Systems consortium partners in Bangladesh, India and Uganda. *Health Research Policy and Systems*, 28(15): 109. DOI: 10.1186/s12961-017-0272-y
67. Pearingsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhend. Riigi Teataja (06.01.2021). <https://www.riigiteataja.ee/akt/106012021014> (viimati vaadatud 22.05.2021)
68. Periañez-Cristobal, R., Calvo-Mora, A., Rey-Moreno, M., Suárez, E. (2020). Organisational profiles: key factors and results from the EFQM model perspective. *Total Quality Management & Business Excellence*. DOI: 10.1080/14783363.2020.1787144
69. Rahandusministeerium [RaM]. Organisatsioonide juhtimiskvaliteedi arendamine. <https://www.rahandusministeerium.ee/et/riigihaldus/organisatsioonide-juhtimiskvaliteedi-arendamine> (viimati vaadatud 22.05.2021)
70. Ramalho, A., Castro, P., Goncalves-Pinho, M., Teixeira, J., Santos, J. V., Viana, J., Lobo, M., Santos, P., Freitas, A. (2019). Primary health care quality indicators: An umbrella review. *PLoS ONE*, 14(8): e0220888. DOI: : 10.1371/journal.pone.0220888

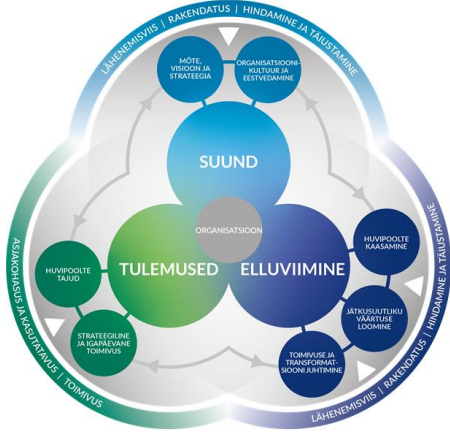

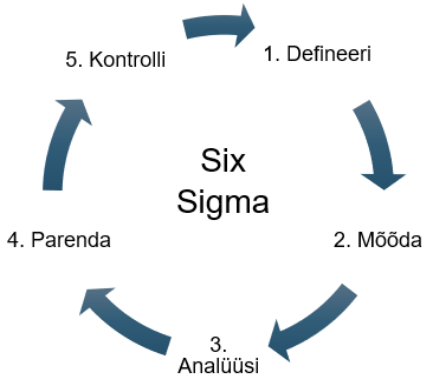
71. Reeve, C., Humphreys, J., Wakerman, J. (2015). A comprehensive health service evaluation and monitoring framework. *Evaluation and Program Planning*, 53: 91-98. DOI: 10.1016/j.evalprogplan.2015.08.006
72. Ruiz, U., Simon, J. (2004). Quality management in health care: a 20-year journey. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 17(6): 323-333. DOI: 10.1108/09526860410557570
73. Sadrak, E.-M. (2021). Ülevaade Eesti perearstide kvaliteedisüsteemist. *Eesti Arst*, 100(2): 122-125
74. Sanchez, E., Letona, J., Gonzalez, R., Carcia, M., Darpon, J., Garay, J. I. (2006). A descriptive study of the implementation of the EFQM excellence model and underlying tools in the Basque Health Service. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(1): 58-65. DOI: 10.1093/intqhc/mzi077
75. Schierhout, G., Hains, J., Si, D., Kennedy, C., Cox, R., Kwedza, R., O'Donoghue, L., Fittock, M., Brands, J., Lonergan, K., Dowden, M., Bailie, R. (2013). Evaluating the effectiveness of a multifaceted, multilevel continuous quality improvement program in primary health care: developing a realist theory of change. *Implementation Science*, 8: 119. DOI: 10.1186/1748-5908-8-119
76. Sepp, V., Humal, K., Saar, P., Kivi, L., Puolokainen, T., Themás, E., Espenberg, K., Rätsep, A., Ingerainen, D., Kalda, R., Loodla, K., Aksen, M., Lees, K., Vahaste-Pruul, S., Ristmäe, M., Varblane, U. (2015). Uuring esmatasandi tervishoiuteenuste geograafilise kättesaadavuse vajaduse hindamine ja esmatasandi tervishoiuteenuste optimaalse korralduse mudeli loomine. Tartu: Tartu Ülikool. <https://www.etag.ee/wp-content/uploads/2015/12/TH-mudel-koondraport.pdf> (viimati vaadatud 22.05.2021)
77. Sheard, L., Marsh, C., O'Hara, J., Armitage, G., Wright, J., Lawton, R. (2017). The Patient Feedback Response Framework – Understanding why UK hospital staff find it difficult to make improvements based on patient feedback: A qualitative study. *Social Science & Medicine*, 178: 19-27. DOI: 10.1016/j.socscimed.2017.02.005
78. Sotsiaalministeerium (2020). Rahvastiku tervise arengukava 2020-2030. <https://www.sm.ee/et/rahvastiku-tervise-arengukava-2020-2030> (viimati vaadatud 22.05.2021)
79. Taylor, M. J., Shikaislami, C., McNicholas, C., Taylor, D., Reed, J., Vlaev, I. (2020). Using virtual worlds as a platform for collaborative meetings in healthcare: a feasibility study. *BMC Health Services Research*, 20: 442. DOI: 10.1186/s12913-020-05290-7

80. Tervishoiu korraldamise seadus (TTKS). Riigi Teataja (17.05.2020). <https://www.riigiteataja.ee/akt/117052020013> (viimati vaadatud 22.05.2021)
81. Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded. Riigi Teataja (15.01.2019). <https://www.riigiteataja.ee/akt/115012019005> (viimati vaadatud 22.05.2021)
82. Toussaint, J. S., Berry, L. L. (2013). The Promise of Lean in Health Care. *Mayo Clinic Proceedings*, 74-82. DOI: 10.1016/j.mayocp.2012.07.025
83. Vellak, J., Adamson, A., Loid-Kuud, H., Kobin, R. (toimetaja: Prual, R.) (2020). Kvaliteedijuhtimine avalikus sektoris: CAF mudeli rakendamine. <https://www.eaq.ee/taiendope/caf-mudeli-rakendamine/> (viimati vaadatud 22.05.2021)
84. Wawak, S., Rogala, P., Dahlgaard-Park, S. M. (2020). Research trends in quality management in years 2000-2019. *International Journal of Quality and Service Sciences*. DOI: 10.1108/IJQSS-12-2019-0133
85. Womack, J. P., Jones, D. T. (1997). Lean Thinking: Banish Waste and Create Wealth in Your Corporation. *Journal of the Operational Research Society*, 48(11): 1144-1150. DOI: 10.1057/palgrave.jors.2600967
86. World Health Organization [WHO]. <https://www.who.int/> (viimati vaadatud 22.05.2021)
87. World Health Organization [WHO] (2019). Primary health care. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care> (viimati vaadatud 22.05.2021)
88. World Organization of Family Doctors [WONCA]. <https://www.globalfamilydoctor.com/> (viimati vaadatud 22.05.2021)

Lisad

Lisa A. Tervishoiu valdkonna kvaliteedijuhtimise meetodid ja mudelid

Meetod	Sisu	Mudel
EPK	<p>Kvaliteedi tagamise süsteem. Seotud eesmärkide saavutamise, kvaliteedikontrolli vahend.</p> <p>4 moodsat, 16 standardit, 45 kriteeriumit, 97 indikaatorit</p> <p>Mõtted: I Perearstiabi kättesaadavus ja ligipääs praksisele; II Praksise organisatsioon; III Ravitöö kvaliteet; IV Praksis kui õpeteadusbaas (EPS 2018).</p> <p><i>Detailsemalt esitatud lisas D.</i></p>	Puudub.
ISO KJS	<p>Rahvusvaheline kvaliteedijuhtimise standard. Seotud sätestatud eesmärkide saavutamise, vahend kvaliteeditaseme kontrolliks.</p> <p>7 etappi: (1) kliendikesksus, (2) eestvedamine, (3) inimeste kaasamine, (4) protsessi lähenemisviis, (5) täiustamine, (6) tõenditel põhinev otsustamine, (7) suhete juhtimine (ISO 2021).</p>	 <p>Allikas: autori tõlgitud ja kohandatud ASQ (2021) alusel</p>
MBNQA	<p>Kaasab kvaliteedijuhtimise kõik küljed ja käsitleb organisatsiooni selle terviklikkuses. Suund täiuslikkuse juhtimisele.</p> <p>7 komponenti: (1) eestvedamine, (2) strateegia, (3) kliendid, (4) mõõtmine, analüüs ja teadmiste juhtimine, (5) töajõud, (6) toimingud, (7) tulemused.</p> <p>Eraldi raamistik tervishoiu valdkonna jaoks (NIST 2021).</p>	 <p>Allikas: autori tõlgitud ja kohandatud NIST (2021) alusel</p>
EFQM 2013 (CAF)	<p>Kaasab kvaliteedijuhtimise kõik küljed ja käsitleb organisatsiooni selle terviklikkuses. Suund täiuslikkuse juhtimisele.</p> <p>2 gruppi ja 9 komponenti</p> <p><u>Võimaldajad:</u> (1) eestvedamine, (2) inimressursside juhtimine, (3) poliitika ja strateegia, (4) partnerlussuhted ja ressursid, (5) protsessid ja muutuste juhtimine</p> <p><u>Tulemused:</u> (6) inimestega seoses, (7) klientide/kodanikega seoses, (8) mõju ühiskonnale, (9) toimivuse võtmetulemused (EFQM 2016, Vellak jt. 2020),</p>	 <p>Allikas: autori tõlgitud ja kohandatud EFQM (2016) alusel</p>

<p>EFQM 2020</p>	<p>Kaasab kvaliteedijuhtimise kõik küljed ja käsitleb organisatsiooni selle terviklikkuses. Suund täiuslikkuse juhtimisele.</p> <p>3 komponenti ja 7 alakomponenti Suund: (1) mõte, visioon ja strateegia; (2) organisatsioonikultuur ja eestvedamine Elluviimine: (3) huvipoolte kaasamine; (4) jätkusuutliku väärtuse loomine; (5) toimivuse ja transformatsiooni juhtimine Tulemused: (6) strateegiline ja igapäevane toimivus; (7) huvipoolte tajud (EFQM 2021, Eesti Kvaliteediühing 2021)</p>	 <p>Allikas: Eesti Kvaliteediühing (2021)</p>
<p>Lean</p>	<p>Lähene mine protsesside tõhustamisele läbi kõrvalekallete eemaldamise. Toimingute standardiseerimine.</p> <p>5 sammu: (1) väärtuse määramine, (2) väärtusvoo kaardistamine, (3) voo loomine, (4) tõmbe paigaldamine, (5) täiuslikkuse püüdlemine (Womack & Jones 1997).</p> <p>Olulisemad kõrvalekallete valdkonnad: ebaühtluse kaotamine, ülekoormuse vältimine, raiskamise eemaldamine (Leanway 2021). Tervishoiu kuus kulusäästliku mõtteviisi põhimõtet: 1) patsientidele väärtuse loomine, 2) ühtne eesmärk, 3) pidev täiustamine, 4) visuaalne juhtimine, 5) inimeste austamine, 6) raviprotseduuride ja administratiivtöö standardtoimingud (Toussaint & Berry 2013).</p>	 <p>Allikas: autori tõlgitud ja kohandatud Womack ja Jones (1997) alusel</p>
<p>Six Sigma</p>	<p>Lähene mine protsesside tõhustamisele läbi kõrvalekallete eemaldamise. Toimingute standardiseerimine.</p> <p>5 sammu (DMAIC tsükkel): (1) defineeri (<i>define</i>), (2) mõõda (<i>measure</i>), (3) analüüsi (<i>analyze</i>), (4) parenda (<i>improve</i>), (5) kontrolli (<i>control</i>)</p> <p><i>NB: Lean Six Sigma meetod ühendab mõlema lähenemise tugevused, kus vähendab kõrvalekaldeid ning võimaldab probleeme kiiremini ja tõhusamalt (Henrique & Filho 2020)</i></p>	 <p>Allikas: autori tõlgitud ja kohandatud Henrique ja Filho (2020) alusel</p>

<p>SAT</p>	<p>Süsteemide hindamise tööriist(<i>Systems Assessment Tool</i>) esmatasandi tervishoiuteenuste jaoks tervishoiusüsteemide hindamiseks ja parendamiseks.</p> <p>5 komponenti ja 20 alakomponenti: (1) kohaletoimetamise süsteemi ülesehitus (8 ak); (2) infosüsteemid ja otsuste tugi (3 ak); (3) enesejuhtimise tugi (2 ak); (4) sidemed kogukonna, teiste tervishoiuteenuste ja muude teenuste osutajatega (4 ak); (5) organisatsiooni mõju ja integratsioon (3 ak). Tugineb krooniliste haiguste hindamiskaalal ja praktilistel kogemustel (Cunningham et al. 2016).</p>	<p>Puudub.</p>
<p>PC-PIT</p>	<p><i>Primary Care Practice Improvement Tool</i> (PC-PIT) Esmatasandi tervishoiu praksiste edendamise tööriist. Sisaldab subjektiivset töötajate sisendit ja objektiivseid näitajaid. Elementide alusel võetud aluseks Crossland et al. (2014) poolt koostatud süstemaatiline kirjanduse ülevaade organisatsioonilise esituse elementide osas.</p> <p>13 elementi: (1) patsiendikeskne hooldus, (2), eestvedamine, (3) organisatsiooni juhtimine, (4) kliiniline juhtimine, (5) meeskonnapõhine hooldus, (6) teave töötajatele, (7) teave patsientidele, (8) valmisolek muutusteks, (9) haridus ja koolitus, (10) stiimulid, (11) protsessi parendamine, (12) esituse tulemused, (13) tarkvara ja infotehnoloogia (Borg et al. 2020).</p>	<p>Puudub.</p>

Allikas: *autori koostatud*

Lisa B. Osapoolte olulisus kvaliteedijuhtimise vaatest

Osapool	Tegevused	Allikad
Juhtimine ja eestvedamine	<ul style="list-style-type: none"> -Kasava juhtimisstiili rakendamine; -juhi osalemine tervishoiuteenuste osutamisel; -strateegilise visiooni ja kava loomine meeskonna osaluse tagamisega; -süsteemne lähenemine hea ettevalmistuse ja planeerimisega uuenduste ja parimate tavade rakendamiseks; -andmepõhine otsustamine; -õpikeskkonna edendamine; -pidevalt arenev ja õppiv organisatsioon kui soodne keskkond muutustega kohanemiseks; -ettevaatav lähenemine probleemide ja arenguvõimaluste kindlakstegemiseks; -peamistele kõrvalekalletele keskendumine; -muudatuste järkjärguline teostamine poliitika samaaegselt arenemiseks ja muutuste sujuvuse tajumiseks sidusrühmade poolt; 	Al-Assaf & Sheikh 2004, Afriyie et al. 2019, Bahadori et al. 2016, Grol & Wensig 2013, Ruiz & Simon 2004
Töötajad	<ul style="list-style-type: none"> -Töötajate arengusse panustamine organisatsiooni efektiivsuse ja teenuste kvaliteedi tõstmiseks; -meeskonna kui terviku toimimise arendamine; -heade töötingimuste seos töötajate rahuloluga, mis loob eeldused arenguks, läbimurdeks ja suuremaks tootlikkuseks; -töötajate tunnustamine; -töötajate kaastegevuse, pühendumise ja tulemuslikkuse soodustamine läbi teadmusjuhtimise; -kaasamiskultuuri loomine ja töötajate osalemise tagamine kvaliteedijuhtimise tegevustes; -efektiivne meeskonnatöö, kus toimivad interdistsiplinaarse meeskonna sünergilised mõjud, progressiivne ja kombineeritud võimekus; -tõhusa kommunikatsiooni tagamine organisatsioonis, mis toetatud ühiste tööruumide ehk infrastruktuuri poolt. 	Al-Assaf & Sheikh 2004, Cleven et al. 2016, Escrig-Tena et al. 2019, Goñi 1999, Harrison & Shortell 2020, Kamalasanan et al. 2020, Lasrado & Nyadzayo 2020, McEvoy et al. 2011, Periañez-Cristobal et al. 2020
Patsiendid	<ul style="list-style-type: none"> -Patsiendid kui teenuse pakkuja eksisteerimise põhjus; -klientide vajaduste ja ootuste õppimine ning võimaluste leidmine neile vastamiseks; -patsientide tagasiside ja sellele reageerimise süsteemi juurutamine osana kvaliteedijuhtimissüsteemist; -patsientide tagasiside kehtivuse ja usaldusvääruse tagamine erinevate osapoolte jaoks (eelkõige teenuse pakkujate jaoks); -patsientide tagasiside kohandamine populatsiooni omaduste järgi ehk vaja hõlmata erinevate elanikkonnarühmade ootusi; -patsientidest tuleneva muutlikkuse arvestamine (nt demograafiline, sotsiaalmajanduslik, haigestumiste); -sotsiaalsete ja kultuuriliste tegurite arvestamine; -personali võime patsientidega samastuda; -kliinilise kvaliteedi seos patsientide rahuloluga. 	Ahmed et al. 2014; Al-Assaf & Sheikh 2004, Asprey et al. 2013, Manacorda et al. 2017, Orueta et al. 2015; Schierhout et al. 2013, Baldie et al. 2016
Sidusrühmad, partnerlus-suhted; Kogukond	<ul style="list-style-type: none"> -Koostöö ja sidemete loomine erinevate sidusrühmadega (sh valitsuse ja teiste sektoritega) ühiste väljakutsetega tegelemiseks; -süsteempõhiste uuringuvõrgustike ja teadusuuringute olulisus olemasolevate kvaliteedijuhtimise meetodite ümberkujundamisel ja uuenduste väljatöötamisel ja katsetamisel; -sidusrühmade vastastikune õpetamine ja õppimine ning üksteisega arvestamine; -kogukonnaga arvestamine ja kaasamine 	Bailie et al. 2013, Bailie et al. 2016; Gardner et al. 2018, McPhail-Bell et al. 2018, Paina et al. 2017, Schierhout et al. 2013

Allikas: *autori koostatud*

Lisa C. EFQM mudeli rakendamise uuringud ja tulem

Uuring (kontekst)	Positiivne	Väljakutsed
<p>Arcelay et al. 1999 (Hispaania) Uuring esitab 26 organisatsiooni EFQM enesehindamise protsessi alates 1995. aastast. Arutletakse mudeli kasutamise ja parendamisega seotud eeliseid, muresid ja tulevase suundi</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Pakub üldise kvaliteedikriteeriumite raamistiku tervishoiusektoris rakendamiseks -Võimaldab ulatuslikku, süstemaatilist ja regulaarset keskuste tegevuse ja tulemuste analüüsi -Keskuste enesehindamist edendati ja toetati -Keskuste hindamine nii omavahel kui ka teiste era- ja avalike organisatsioonidega -Mudeli abil teooriast praktikasse minek -Erinevate parendusvaldkondade avastamine organisatsioonis -Vajalike toimingute elluviimine organisatsioonis, nt kommunikatsiooniplaani väljatöötamine, strateegiline planeerimine, protsesside juhtimine ja kriitiliste protsesside väljaselgitamine, inimressursside juhtimine ja erinevad uuringud (sh rahulolu-uuringud) 	<ul style="list-style-type: none"> -Ajakulu, mis kahaneb iga enesehindamisega -Tippjuhi kaasamise hädavajalikkus -Asutuses vajalik mudelist teadliku "maineka" inimese olemasolu protsessi stimuleerimiseks ja hõlbustamiseks -Algne vastupanu enne protsessi ja mudeli heakskiitmist -Mudeli kohandamise vajadus tervishoiuteenuste jaoks suurema tõhususe tagamiseks -Vähem teadmiste jagamist seoses juhtimiskogemustega mudeli rakendamisel
<p>Gene-Badia et al. 2001 (Hispaania) Uuring hindab EFQM mudeli enesehindamise küsimustiku rakendamist ja usaldusväärset ET organisatsioonis võrdluses välisauditiga</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Mudel rakendatav ja usaldusväärne esmatasandi meeskondade hindamisel -Parendusvaldkondade kindlakstegemisel suur kooskõla välishindamisega -Kommunikatsiooni arenemine juhtide ja teenuseosutajate vahel -Monitoorimist võimaldavad parandusalgatused -Võetakse suund pidevale arengule 	<ul style="list-style-type: none"> -Meetodi usaldusväärsus sõltub teadmisest, et rakendamise protsess on pidev ja hindamist korratakse mingi aja tagant -Välishindamise korral osaliselt kõrgemad hinnatud tulenevalt väiksemast kokkupuutest valdkonnaga
<p>Jackson & Bircher 2002 (Inglismaa) 15-liikmelise ET meeskonna teekond allakäinud praksisest tippasemel tervishoiu organisatsiooniks EFQM põhimõtete rakendamise läbi (juhtumiuuring)</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Pideva arengu kultuuri saavutamine -Organisatsioon hinnatud patsientide, töötajate kui ka võtme sidusrühmade poolt -Võimaldab integreerida ja tugevdada juhtimist ja teisi ET praksise jaoks vajalikke initsiatiive -Üksmeele saavutamine äriplaani kirjutamiseks koos tugevuste ja arenguvaldkondade selge määratlemisega -Parem ülevaade tegelikust toimivusest näitajate mõõtmise läbi ja enesekindluse kasv -Meeskonna kui terviku hindamine -Kogutav andmestik kui eeldus tulevasteks võrdlusuuringuteks -Initsiatiiv arengu suunamiseks ka väljaspool enda organisatsiooni -Ajaresursi efektiivsem rakendamine -Hea distsipliini teke meeskonnas -Kirja pandud tulemuste raport kui võimalus võtme sidusrühmade informeerimiseks 	<ul style="list-style-type: none"> -Algselt tajutav suurenev töökoormus ja ajakulu -Aeg ja eeltöö andmete kogumiseks, analüüsimiseks ja andmesüsteemide juurutamiseks -Vajadus arvutipõhiste süsteemide suutlikkuse suurendamiseks, sh automaatsed aruanded -Algselt valitud kriteeriumite osutamine osaliselt ebasobivaks -Vajalik konstruktiivset kriitikat kaasav, avatud, usaldav ja mitte-ävardav kultuur praksises koos sobivate kommunikatsioonisüsteemidega
<p>Sanchez et al. 2006 (Hispaania) Uuring esitab EFQM mudeli rakendamist piirkondliku</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Paranes enamike hinnatavate kriteeriumite skoor, eriti 'protsessid' ja 'inimeste tulemused' -Patsientide üldise rahulolu kasv -Täieliku kvaliteedijuhtimise eesmärgi 	<ul style="list-style-type: none"> -Vaja arvestada muudatusi EFQM mudelis hindamiste võrreldavuse tagamiseks -Oluline valitsuse pühendumine ning tervishoiu organisatsioonide

<p>tervishoiuteenuse kvaliteedi juhtimise ühise raamistikuna. Tutvustab 31 tervishoiuorganisatsiooni (sh ET) hindamise tulemusi alates 1995</p>	<p>saavutamise ning kvaliteedisüsteemide juurutamine</p>	<p>juhtidele pakutav halduse tugi rakendamisel -Kvaliteedi parendamise projekti pikaajalisuse säilitamiseks hädavajalikud ressursid</p>
<p>Favaretti et al. 2015 (Itaalia) Uuring esitab kümneaastase EFQM tippmudeli kasutamise kogemuse ülevaate suure Itaalia tervishoiusüsteemi kontekstis. Kokku neli EFQM-põhist sise- ja välishindamist.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Juhised integreeritud juhtimissüsteemi loomiseks -Hea raamistik äriprotsesside sujuvamaks muutmiseks, võimaldajate ja tulemuste toetamiseks ja parendamiseks -Teenuste kvaliteedi paranemine -Suurenenud reitingute tõus -Suurenenud klientide rahulolu -Töötajate tulemuste kasv -Tõhus vahend valitsemise nõuete rahuldamiseks ja süsteemi tasandil tulemuste edendamiseks -Tervise edendamise sidumine juhtimise struktuuridesse koos hindamise tööriistade rakendamisega -Raamistiku läbi erinevate kvaliteedikontrolli ja -tagamise süsteemide kombineerimine seotuna juhtimisega 	<ul style="list-style-type: none"> -Eestvedamise ja inimeste juhtimisega seotud kriteeriumid endiselt kriitiline probleem -Mudeli spetsiifilisuse kujunemine problemaatiliseks kujunemise võimalus tervishoiusektoris -Kohandamise vajadus täiendavate parendamist vajavate valdkondade valgustamiseks
<p>Rodriguez-Gonzalez et al. 2020 (Hispaania) Haiglaapteegi osakonna tulemuslikkuse parandamise kirjeldus perioodi 2008-2017 jooksul (juhtimiuuring). Neli EFQM enesehindamist ja kolm välishindamist.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Mudel kui kasulik raamistik ja hea süsteem parendusalgatuste määramiseks -Tulemuslikkuse paranemine eriti valdkondades nagu strateegiline planeerimine, inimeste juhtimine ja innovatsioon -Pakutavate teenuste, ohutuse, efektiivsuse ja produktiivsuse paranemine -Klientide ja töötajate rahulolu kasv -Välishindamise skooride kasv kõikide kriteeriumite tulemuste juures, eriti 'inimeste' kriteeriumid 	<ul style="list-style-type: none"> -Mittespetsiifilise mudeli lähenemisviisi töötajatele raskesti mõistetav -Puuduv otsustusvõime osades mudeliga seotud valdkondades (kvaliteedi parendamise tegevusulatuse piiritlemise vajadus) -Võrdlusandmestiku puudumine -Efektiivseks rakendamiseks vajalik väliskonsultant ja haigla kvaliteedi parandamise osakonna metoodiline tugi koolituse ja mudeli kasutamise hõlbustamiseks -Suur arengut mõjutavate osapoolte arv

Allikas: *autori koostatud*

Lisa D. EPK mõõtmed, standardid ja kriteeriumid.

Eesti Perearstipraksiste kvaliteedijuhis
<p>EPK standardid ja indikaatorid</p> <p>I Perearstiabi kättesaadavus ja ligipääs praksisele</p> <p>Standard 1.1. Ligipääs praksisele: 1. Ligipääs ja tähistus; 2. Vastuvõtuaegade planeerimine, esimene triaaž; 3. Registratuur. Kliiniline assistent perepraksise meeskonnas; 4. Nõustamine sidevahendite kaudu; 5. Koduvisiidid</p> <p>Standard 1.2. Info edastamine patsientidele: 1. Praksise infoleht/koduleht, info edastamine suuliselt; 2. Mõistetaval terviseinfo põhinevad patsientide teadlikud otsused; 2. Praksise teenustasud.</p> <p>II Praksise organisatsioon</p> <p>Standard 2.1. Praksise töökorraldus: 1. Personalitöö; 2. Uute töötajate lõimimine; 3. Finantsplaneerimine; 4. Praksise töökorraldus; 5. Perearsti meeskonna ametialane tervis ja ohutus, iseenda ja lähedaste ravimine.</p> <p>Standard 2.2. Isikuandmed ja küberturvalisus: 1. Isikuandmete kaitse; 2. Küberturvalisus</p> <p>Standard 2.3. Tööruumid: 1. Praksise tööruumid (sh patsientide rahulolu)</p> <p>Standard 2.4. Meditsiinitarvikud ja -seadmed: 1. Praksises kasutatavad tarvikud ja seadmed; 2. Arstikott; 3. Esmaabivahendid.</p> <p>Standard 2.5. Kliinilised toetavad protsessid: 1. Ravimite käsitlemine perearstikeskuses; 2. Steriilsed materjalid ja tarvikud; 3. Infektsioonikontroll.</p> <p>III Ravitöö kvaliteet</p> <p>Standard 3.1. Terviseedendus ja haiguste ennetamine: 1. Terviseedendus ja haiguste ennetamine (sh patsiendi tagasiside terviseedenduse kohta)</p> <p>Standard 3.2. Haiguste diagnoosimine ja individuaalsete terviseprobleemide lahendamine: 1. Tõenduspõhine praktika; 2. Perearstide otsustusvabades kliiniliste otsuste tegemisel.</p> <p>Standard 3.3. Tervishoiuteenuste järjepidevus ja koordineerimine: 1. Arstiabi järjepidevus; 2. Meeskonnatöö järjepidevus; 3. Info haldamine ja järjepidevus; 4. Terviseteenuse koordineerimine; 5. E-konsultatsioon tervise infosüsteemi vahendusel; 6. Saatekiri; 7. Tervisekaart</p> <p>Standard 3.4. Koostöö patsientidega: 1. Mõlemapoolselt lugupidav arstiabi; 2. Tagasiside patsientidelt ja kaebuste haldamine praksises; 3. Kolmanda isiku osalemine vastuvõtul.</p> <p>Standard 3.5. Kvaliteedijuhtimine, innovatsioon perearstikeskuses: 1. Kvaliteedi edendamine; 2. Innovatsioon</p> <p>Standard 3.6. Patsiendiohutus praksises: 1. Patsiendiohutus (sh kaebuste käsitlemine)</p> <p>Standard 3.7. Kvalifikatsioon ja pidev professionaalne areng: 1. Perearstide kvalifikatsioon; 2. Pereõdede kvalifikatsioon; 3. Halduspersonali kvalifikatsioon; 4. Koduõe, ämmaemanda ja füsioterapeudi kvalifikatsioon</p> <p>IV Praksis kui õppe-teadusbaas</p> <p>Standard 4.1. Praksis kui õppebaas: 1. Praksis kui arstitudengite ja residentide õppebaas; 2. Praksis kui arstitudengite ja residentide õppebaas.</p> <p>Standard 4.2. Praksis kui teadustööbaas: 1. Teadustöö perearstipraksises</p>

Allikas: koostatud EPS (2018) alusel

Lisa E. Järveotsa Perearstikeskuse EFQM hindamisinstrument

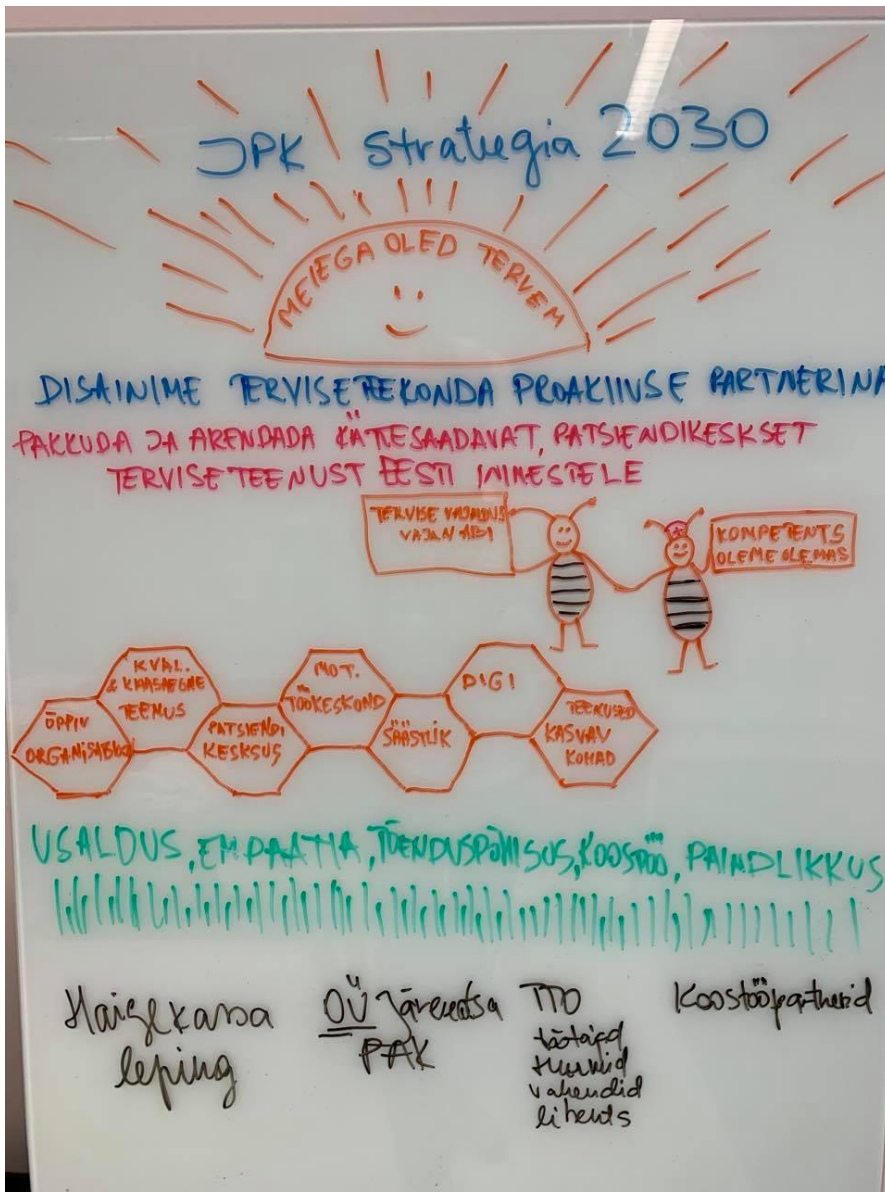
Põhi-komponent	Alakomponent	Kriteerium
1. Suund	1. Mõtte, visioon ja strateegia	1. Visioon ja missioon on välja töötatud koos töötajatega
		2. Visiooni ja missiooni saavutatavust hinnatakse järjepidevalt
		3. Missioonis sõnastatud tegevused on kirjeldatud
		4. Kasutatakse mõõdikuid strateegilise planeerimise elluviimise hindamiseks
		5. Strateegiliste plaanide tulemuslikkust vaadatakse regulaarselt üle
	2. Organisatsiooni-kultuur ja eestvedamine	1. Juhid kasutavad toetavat ja kaasavat juhtimisstiili
		2. Juhid on loonud süsteemi omavaheliste konfliktide lahendamiseks keskuses töötavate inimeste vahel
		3. Juhid oma isikliku eeskujuga innustavad ja toetavad organisatsiooni kultuuri
		4. Juhid on loonud kõrge õppimiskultuuri
		5. Kõikide tasandite jaoks toimub selgete eesmärkide määratlemine, nende mõõtmine ja hindamine
2. Elluviimine	3. Huvipoolte kaasamine	1. Töötajad on seotud personalipoliitika kujundamise ja arendamisega
		2. Olemasolevad kompetentsid on tuvastatud ja võrreldud organisatsiooni vajadustega
		3. Kvalifikatsioonipotentsiaali süstemaatiliseks arendamiseks kasutatakse koolituskavasid vastavalt organisatsiooni strateegiale
		4. Organisatsioonis olevad inimesed suhtlevad tõhusalt, kasutades nii ülalt alla kui ka alt üles suhtlemise vorme
		5. Töötingimused on kooskõlas ettevõtte poliitika ja strateegiaga (hinnangud jne)
	4. Jätksuutliku väärtuse loomine	1. Ollakse kursis uute ravijuhistega
		2. Teenused lähevad kokku patsientide tervisevajadustega
		3. Töötajaid on piisavalt, kohtadele on konkurents ja liikuvus on madal
		4. Toimub teadmus koordineerimine, juhtimine ja kommunikatsioon
		5. Kasutusel on tagasisidesüsteemid (RADAR)
	5. Toimivuse ja transformatsiooni juhtimine	1. Riskid on läbi mõeldud (meditsiinilised, töötajate ohutus, IT, finants, kommunikatsioon, sisendite tarnijad (sh töövahendid, ravimid)) ja maandatud
		2. Töövahendid on korras ja asjakohased (meditsiinitehnika ja

		<p>tarvikud, IT, ...)</p> <p>3. Muudatusvajaduste protsessid finantsjuhtimises on proaktiivsed ja kommunikatsiooni juhtimises süsteemsed</p> <p>4. Jälgitakse patsiendi ohutuse juhendit</p> <p>5. Protsessid on efektiivsed ja kasutatav ärimudel tulemuslik</p>
3. Tulemused	6. Strateegiline ja igapäevane toimivus	1. Perearstikeskuse igapäevase koormatuse määr
		2. Patsientide ootuspärase aja jooksul vastuvõtule saamise tõenäosus
		3. Patsientide keskmise LDL kolesterooli langus aastas
		4. Töötajate rahulolu tase sektori keskmisega võrreldes; rahulolu hindamise sagedus aastas
		5. Muutuste tegemise määr lähtuvalt tulemusmõõdikutest
	7. Huvipoolte tajud	1. Värbamise ja võrdsete võimaluste alusel kujundatud karjääri juhtimise tase
		2. Töötajate hindamise tase nende isiklike ja kogu grupi eesmärkide saavutamise aitamiseks
		3. Inimeste seotus ettevõtte arenguga ja nende algatuste (sh parendustegevused, konverentsid, innovatsioon, loovus, meeskonnatöö) toetamise määr
		4. Meetodid ja nende toimivus süsteemseks patsientide tagasisidestamiseks
		5. Meetodid ja nende toimivus süsteemseks võtmepartnerite tagasisidestamiseks

Lisa F. Intervjuu kava

Teema	Küsimused
Sissejuhatavad küsimused	<p>1. Palun kirjeldage oma organisatsiooni ja ametipositsiooni peamised ülesanded ja vastutuse valdkonda.</p> <p>2. Kas Teil on tööalaselt kokkupuude esmatasandi tervishoiu kvaliteeti puudutavate küsimuste ja teemadega? Ei/Jah. Kui jah: 2.1. Millised on peamised käsitlemist leidnud teemad viimase paari aasta jooksul?</p> <p>3. Kas Teil on tööalaselt kokkupuude kvaliteeti puudutavate küsimuste ja teemadega teistes valdkondades kui esmatasandi tervishoid? Ei/Jah Kui jah: 3.1. Millised on aktuaalsemad käsitlust leidnud teemad?</p>
Eesti Perearstipraksiste kvaliteedijuhise olulisus	<p>4. Kui kõrgelt hindate EPK-d tagamaks kvaliteetseid teenuseid esmatasandi tervishoius 10-palli skaalal? (1=ei ole oluline, 10=väga oluline) <i>Palun põhjendage hinnangut</i></p>
Mõte, visioon, strateegia (<i>Suund</i>)	<p>5.1. Kui olulisena näete mõte, visioon, strateegia indikaatoreid EPK kontekstis 10-palli skaalal? (1=ei pea oluliseks, 10=väga oluline). <i>Palun põhjendage hinnangut.</i></p> <p>5.2. Milliste indikaatorite kaasamist peate vajalikuks?</p>
Organisatsioonikultuur ja eestvedamine (<i>Suund</i>)	<p>6.1. Kui olulisena näete organisatsioonikultuuri ja eestvedamise indikaatoreid EPK kontekstis 10-palli skaalal? <i>Palun põhjendage hinnangut.</i></p> <p>6.2. Milliste indikaatorite kaasamist peate vajalikuks?</p>
Huvipoolte kaasamine (<i>Elluviimine</i>)	<p>7.1. Kui olulisena näete huvipoolte kaasamise indikaatoreid EPK kontekstis 10-palli skaalal? <i>Palun põhjendage hinnangut.</i></p> <p>7.2. Milliste indikaatorite kaasamist peate vajalikuks?</p>
Jätkusuutliku väärtuse loomine (<i>Elluviimine</i>)	<p>8.1. Kui olulisena näete jätkusuutliku väärtuse loomise indikaatoreid EPK kontekstis 10-palli skaalal? <i>Palun põhjendage hinnangut.</i></p> <p>8.2. Milliste indikaatorite kaasamist peate vajalikuks?</p>
Toimivuse ja transformatsiooni juhtimine (<i>Elluviimine</i>)	<p>9.1. Kui olulisena näete toimivuse ja transformatsiooni juhtimise indikaatoreid EPK kontekstis 10-palli skaalal? <i>Palun põhjendage hinnangut.</i></p> <p>9.2. Milliste indikaatorite kaasamist peate vajalikuks?</p>
Strateegiline ja igapäevane toimivus (<i>Tulemused</i>)	<p>10.1. Kui olulisena näete strateegilise ja igapäevase toimivuse indikaatoreid EPK kontekstis 10-palli skaalal? <i>Palun põhjendage hinnangut.</i></p> <p>10.2. Milliste indikaatorite kaasamist peate vajalikuks?</p>
Huvipoolte tajud (<i>Tulemused</i>)	<p>11.1. Kui olulisena näete huvipoolte tajude indikaatoreid EPK kontekstis 10-palli skaalal? <i>Palun põhjendage hinnangut.</i></p> <p>11.2. Milliste indikaatorite kaasamist peate vajalikuks?</p>
Kokkuvõtavad küsimused	<p>12. Kas oskate lisaks eelnimetatule tuua välja olulisi tähelepanekuid, mis on vajalikud EPK ja selle uuenduste seisukohalt?</p> <p>13. Mis on need mõtted või see üks punkt, mida antud teema puhul kõige olulisemaks peate?</p> <p>14. Keda soovitakse antud teemast lähtuvalt intervjuuerida?</p>

Lisa G. Järveotsa Perearstikeskuse määratletud põhiväärtused „JPK strateegia aastani 2030“



Lisa H. Soovitatud indikaatorid

Intervjueeritav	1. Mõte, visioon ja strateegia	2. Organisatsioonikultuur ja eestvedamine	3. Huvipoolte kaasamine	4. Jätkusuutliku väärtuse loomine	5. Toimivuse ja transformatsiooni juhtimine	6. Strateegiline ja igapäevane toimivus	7. Huvipoolte tajud
T. T.	Juhtimisega seotud, protsessipõhised	Väärtuste seotus igapäeva tegevustega	Patsientide ettepanekute alusel tehtud muudatused	Põhiprotsessid pluss juhtimine	Innovaatilisuse juhtimine, riskijuhtimine	Suuna ja elluviimise juures toodud teemade kvantitatiivselt esitatavad näitajad	Eesmärgistatud erinevate huvipoolte kvantitatiivsed näitajad koos trendide jälgimise ja võrdlusanalüüsiga
K. M.	Ei soovita	Ei soovita	Ei soovita	Ei soovita	Uuendused ja innovatsioon	Ei soovita	Tagasiside küsimustik
U. R.	Visioonist ja strateegiast teadlikud töötajad	Töötajate võimalus mõjutada tegevust ja anda juhile tagasisidet	Kas ja kuidas on inimesi kaasatud	Jätkusuutlikud finantsnäitajad, panus uute töötajate välja koolitamisesse, madal tööjõu liikuvus	Elujõulisuse näitaja finantsi- ja personali osas	Süsteemselt hinnatud strateegilised eesmärgid	Jälgitud ja arvestatud patsiendi tagasiside
T. H.	Ei soovita	Organisatsioonikultuuri toel korraldatud võrgustikutöö	Regulaarne võrgustikutöö, piirkondlik vastutus, vabatahtlike kaasamine	Teenuse pidevuse strateegiline riskijuhtimine	Strateegiline toimevõimeplaan, innovatsiooniga seotud indikaatorid	Süsteemselt hinnatud igapäeva töö vastavus visioonile	Detailne patsiendi rahulolu
R. K.	Süsteemselt hinnatud strateegia	Organisatsiooni toimimise hea tava	Patsiendi tagasiside kvalitatiivne analüüs, partnerite kaasamine otsustusprotsessidesse	Meeskonna regulaarsed arengu ja visioonikoosolekud	Personali asendamise kord, strateegiline riskijuhtimine	Ei soovita	Patsiendi tagasiside, ootustele vastavus. Töökeskkond
K. R.	Missioonis sõnastatud võtme KPI tegevuste osas	Töötajate võrdne kohtlemine, tagasiside võimalus juhtidele	Patsiendikeskne IKT süsteem	Strateegiline personalijuhtimine	Kriisijuhtimise ja muutuste juhtimise süsteem.	Aeg analüüsidele suunamisest kuni tagasiside saamiseni	Jääb liiga abstraktseks

P. T.	Lubadused patsientidele	Lubadused töötajatele	Patsiendi tagasiside alusel tehtud muudatused	EVA kvantitatiivne projektijuhtimise meetod	Eetikakoodeks	Siia ei oska pakkuda	Omanike ootuste dokument
T. U.	Visioon koos rakendamise hindamisega	Ühised väärtused, koolitusplaan ja selle mõju hindamine	Kaasamise strateegia	Hinnatud patsiendi tagasiside süsteem	Strateegiline riskijuhtimine	Arengukava	Võtmehuvipoolte tagasiside kommunikatsiooni-, füüsilise- ja vaimsele keskkonnale
L. V.	Ei soovita	Töötajatele ja patsientidele soovitusindeks	Võtme partnerite kaasamine	Madal tööjõu liikuvus	Uue töötaja lõimimise kord	Generaalplaan	patsientide ootustele vastavus, raviteenuste mitmekesisus ja laiapõhisus ja hulk
K. K.	Sõnastatud visioon ja strateegia	Koostöö hea tava	Võtmepartneritega koostöö	Hinnatud teenusesäile pidevuse kriteeriumid, personali keskmine vanus, pädevus.	Toimepidevuse ja muudatuste juhtimise süsteem	Ravijuhiste rakendamise määr igapäevaselt	Patsientide tagasiside
A. K.	Sarnane arusaam miks pak vaja on	Töötajate rahulolu ja kaasatus juhtimisse	Patsiendi gruppidele korraldatavad teenused, vertikaalne ja horisontaalne IKT süsteem	Õdede iseseisvate vastuvõtude arv, ennetusega seotud vv arv, eriõe ja õe suhe praksises. Teabe dokumenteerimine	Kommunikeeritud ja muudatustel arvestatud patsientide tagasiside	Lihtsad, visuaalsed ja efektiivsed juhised	Praksiste poolt korraldatud kogukonna üritused
E.-M. S.	Arenguplaan i olemasolu	Võrdlus kellegi teisega	Ettepanekud töökorralduse parandamiseks. Õe kaasamine otsustusprotsessidesse	Järjepidevus ühe haiguse juhtumiga tegeleb sama töötaja	Innovatsioon	Strateegiline riskijuhtimine	Tsentraalne struktureeritud patsiendi tagasiside siht valikute kaupa
K. U.	Visioon koos rakendamise hindamisega	Ei soovita	Piisavalt on juba indikaatoreid	Patsiendiga seotud indikatsioonid.	Strateegiline riski ja muutuste juhtimine	Inimkeskne personalipoliitika, tagasiside erinevate patsientide gruppidele	Analüüsitud süvaintervjuud patsientide ja koostööpartneritega

Lisa I. Võrdlustabel

Ala-komponent	Teooria	Intervjuu tulemused	Hindamisinstrumenti kriteeriumid	Ettepanekud
Mõte, visioon ja strateegia	<p>-Mõte, visioon ja strateegia komponendi lisandumine 2020. aasta mudelis. 2013. a mudeli 'strateegia ja poliitika' komponent.</p> <p>-Strateegiline visioon ja kava peavad olema töötajaid kaasavalt loodud</p> <p>-Süsteemne ja ettevaatav lähenemine koos hea ettevalmistuse ja planeerimisega on uuenduste ja parimate tavade rakendamiseks vajalik</p> <p>-Muudatused peavad olema teostatud järkjärguliselt, et poliitika jõuaks kaasa areneda</p> <p>-EFQM mudel võimaldab parandada strateegilist planeerimist ja annab juhised integreeritud juhtimissüsteemi loomiseks</p> <p>-Kõike ei ole võimalik juhtida esmatasandi tervishoiu tasandil, palju seotud osapooli (sh kõrgemad tasandid)</p>	<p>-Indikaatorid: Süsteemselt hinnatud, töötajaid kaasav ja rakendatud strateegia ja visioon</p> <p>- Visioon ja strateegia peaksid olema sõnastatud</p> <p>- Visioon peaks olema sõnastatud erinevatel tasanditel ja see peab 'kõlama kokku'</p> <p>- Missioonis sõnastada mõõdikud tegevuste osas</p> <p>- Vaja luua selge seos suuremate ja väiksemate eesmärkide vahel</p> <p>- Arenguplaani olemasolu</p> <p>- Väikestele praksistele ei saa muuta kohustuslikuks</p>	<p>1.1. Visioon ja missioon on välja töötatud koos töötajatega</p> <p>1.2. Visiooni ja missiooni saavutatavust hinnatakse järjepidevalt</p> <p>1.3. Missioonis sõnastatud tegevused on kirjeldatud</p> <p>1.4. Kasutatakse mõõdikuid strateegilise planeerimise elluviimise hindamiseks</p> <p>1.5. Strateegiliste plaanide tulemuslikkust vaadatakse regulaarselt üle</p>	<p>-EPS pakub üldised visiooni ja missiooni sõnastused, mida saavad praksised kohandada enda vajadustest lähtuvalt.</p> <p>-Suuremad perearstikeskused sõnastavad.</p> <p>-Sõnastatud ja kõikidele töötajatele teada visioon ja missioon.</p> <p>-Ettevaatav, süsteemselt jälgitav arenguplaan 5 aasta vaates</p>
Organisatsioonikultuur ja eestvedamine	<p>-Varasemas mudelis 'Eestvedamine' ja 'Inimressursside juhtimine'. Puudus 'Organisatsioonikultuur'.</p> <p>-Vajadus kaasava juhtimisstiili ja kaasamiskultuuri loomise järele</p> <p>-Vajalik õpikeskkonna edendamine</p> <p>-Vaja tagada meeskonna kui terviku toimimine. EFQM võimaldab hinnata meeskonda kui tervikut ja loob hea distsipliini meeskonnas.</p> <p>-EFQM toetab pideva arengu kultuuri püüet</p> <p>-Enesekindluse kasv läbi teadmiste praktilise toimimisest</p> <p>-EFQM võimaldab integreerida ja tugevdada juhtimist</p> <p>-Kõiki muutusi ei ole võimalik juhtida esmatasandi tervishoiu tasandil, palju seotud osapooli</p>	<p>-Indikaatorid: Meeskonna poolt kokkulepitud väärtustest lähtuvad, rahulolevad patsiendikeskusesse võrgustikutöösse panustavad töötajad</p> <p>-Sõnastatud väärtused</p> <p>-Organisatsiooni toimimise/koostöö hea tava peab olema sõnastatud</p> <p>-Koolitusplaan ja selle mõju hindamine</p>	<p>2.1. Juhid kasutavad toetavat ja kaasavat juhtimisstiili</p> <p>2.2. Juhid on loonud süsteemi omavaheliste konfliktide lahendamiseks keskuses töötavate inimeste vahel</p> <p>2.3. Juhid oma isikliku eeskujuga innustavad ja toetavad organisatsiooni kultuuri</p> <p>2.4. Juhid on loonud kõrge õppimiskultuuri</p> <p>2.5. Kõikide tasandite jaoks toimub selgete eesmärkide määratlemine, nende mõõtmine ja hindamine</p>	<p>-Kaasamine - kas on kaasatud kõiki perearstikeskuse/tervisekeskuse meeskonna liikmeid (EPS poolt näidisküsimustik)</p> <p>-Sõnastatud väärtused, mida uuendatakse üle 2-3 aasta järgi</p> <p>-Hea tava - indikaatorina, kas on sõnastatud hea tava. Käitumisreeglid.</p> <p>-1-aastane eesmärgistatud koolitusplaan</p>

Huvipoolte kaasamine	<ul style="list-style-type: none"> -EFQM 2013 mudeli järgi 'Inimressursside juhtimine' ja 'Partnerlussuhted ja ressursid' -Vajadus soodustada töötajate kaastegevust -Koostöö ja sidemete loomine erinevate sidusrühmadega, sh valitsuse ja teiste sektoritega ühiste väljakutsetega tegelemiseks -Võimu tasakaalustamatusega tegelemine, kultuurilise konteksti, suhete, süsteeminõuete ja kõigi osapoolte teadmiste, oskuste ja kogemustega arvestamine -Tõhus kommunikatsioon osapoolte vahel, sh tagasisidesüsteemid -EFQM rakendamine toob kaasa tõhusama kommunikatsiooni osapoolte vahel nii organisatsioonis sees kui sellest väljas 	<ul style="list-style-type: none"> -Indikaatorid: Võtmehuvipoolte kaasamisstrateegia alusel tehtud muudatused -Muudatused, mis on tehtud patsientide ettepanekul -Kuidas on inimesed kaasatud? patsiendid ja töötajad -Kuidas on regulaarne võrgustiku töö kogukonna ja partneritega? -Kuidas on IKT korraldatud? -Kuidas on õed kaasatud? 	<ul style="list-style-type: none"> 3.1. Töötajad on seotud personalipoliitika kujundamise ja arendamisega 3.2. Olemasolevad kompetentsid on tuvastatud ja võrreldud organisatsiooni vajadustega 3.3. Kvalifikatsioonipotentsiaali süstemaatiliseks arendamiseks kasutatakse koolituskavasid vastavalt organisatsiooni strateegiale 3.4. Organisatsioonis olevad inimesed suhtlevad tõhusalt, kasutades nii ülalt alla kui ka alt üles suhtlemise vorme 3.5. Töötingimused on kooskõlas ettevõtte poliitika ja strateegiaga (hinnangud jne) 	<ul style="list-style-type: none"> -Kaardistatud ja prioriteeritud huvipooled ühiste väljakutsetega tegelemiseks -Regulaarne ja tõhus sise- ja väliskommunikatsioon -Isetekkelised juhtumikoosolekud organisatsiooni töötajate vahel, sh tingimuste loomine koostööks
Jätkusuutliku väärtuse loomine	<ul style="list-style-type: none"> -Varasemas EFQM mudelis 'Mõju ühiskonnale' ja 'Inimressursside juhtimine' -Patsiendikesksus -Töötajate arengusse investeerimine, töötajate tunnustamine, teadmusjuhtimine -Pidev arengu tagamine -Süsteemsed uurimisvõrgustikud -Kõik sidusrühmade peavad õppima ja õpetama 	<ul style="list-style-type: none"> -Indikaatorid: Pädev, patsiendikeskne strateegiline personalijuhtimine -Patsiendikesksus -Kuidas on korraldatud patsienditagasiside süsteem -Personalijuhtimine – kuidas tagada järjepidevus, madal tööjõu liikuvus, asendamise kord (ABC) -Ülekantavad väärtused uutele töötajatele -Juhised peavad kirjas olema 	<ul style="list-style-type: none"> 4.1. Ollakse kursis uute ravijuhistega 4.2. Teenused lähevad kokku patsientide tervisevajadustega 4.3. Töötajaid on piisavalt, kohtadele on konkurents ja liikuvus on madal 4.4. Toimub teadmus koordineerimine, juhtimine ja kommunikeerimine 4.5. Kasutusel on tagasisidesüsteemid (RADAR) 	<ul style="list-style-type: none"> -Soovitusindeks meeskonna liikmetele -Kirjeldatud kompetentsid ja koolituskava -Asendamise kord -Kindla regulaarsusega arengukoosolekud kogu meeskonnaga kokkulepitud väärtuste baasil eesmärkide seadmiseks
Toimivuse ja transformatsiooni juhtimine	<ul style="list-style-type: none"> -Riskijuhtimine -EFQM võimaldab välja selgitada kriitilisi protsesse -EFQM võimaldab arengut monitoorida -Olulised arengud protsesside edendamisel -Enamus hinnatavad indikaatorid esmatasandi tervishoius seotud protsesside ehk toimivusega 	<ul style="list-style-type: none"> -Indikaatorid: Strateegiline muudatuste (s.h innovatsiooni) ja riskijuhtimine -Strateegilise riskijuhtimise plaan -Riskid peavad olema hinnatud -Tegevuskava „Mida teha, siis kui ...“ (nt kui töötaja jääb haigeks, IT ei toimi) 	<ul style="list-style-type: none"> 5.1. Riskid on läbi mõeldud (meditsiinilised, töötajate ohutus, IT, finants, kommunikatsioon, sisendite tarnijad (sh töövahendid, ravimid)) ja maandatud 5.2. Töövahendid on korras ja asjakohased (meditsiinitehnika ja tarvikud, IT, ...) 5.3. Muudatusvajaduste protsessid finantsjuhtimises on proaktiivsed ja kommunikatsiooni juhtimises süsteemsed 5.4. Jälgitakse patsiendi ohutuse juhendit 5.5. Protsessid on efektiivsed ja kasutatav ärimudel tulemuslik 	<ul style="list-style-type: none"> -Strateegiline riskijuhtimine “Mida teha kui...”. Süsteemne riskide läbimõtlemine koos tegevuskavaga -Osalemine uuringutes ja arendusprojektides, projektkonkurssidel osalemine -Regulaarne enesehindamine

Strateegiline ja igapäevane toimivus	<ul style="list-style-type: none"> -EFQM eeldab organisatsioonidel positiivsete trenditulemuste ilmnemist toimivuse tulemuste vaatest -EFQM mudel võrdsest keskendunud nii võimaldajatele kui ka tulemustele -Toimunud nihe tagasi tulemuste poole -EFQM toonud kaasa olulised edasimineku protsessides -Töötajate produktiivsuse kasv 	<ul style="list-style-type: none"> -Indikaatorid: Süsteemselt hinnatud kvantitatiivselt esitatud strateegilise eesmärkide suunalise liikumise näitajad -Eesmärkide saavutamist ja sellest lähtuvaid tegevusi on vaja mõõta 	<ul style="list-style-type: none"> 6.1. Perearstikeskuse igapäevase koormatuse määr 6.2. Patsientide ootuspärase aja jooksul vastuvõtule saamise tõenäosus 6.3. Patsientide keskmise LDL kolesterooli langus aastas 6.4. Töötajate rahulolu tase sektori keskmisega võrreldes; rahulolu hindamise sagedus aastas 6.5. Muutuste tegemise määr lähtuvalt tulemusmõõdikutest 	<ul style="list-style-type: none"> -Strateegiline plaan koos mõõdikutega, et hinnata süsteemselt eesmärkide saavutamist -Põhiprotsessid kaardistatud, visualiseeritud ja hinnatud nende süsteemselt efektiivsust
Huvipoolte tajud	<ul style="list-style-type: none"> -EFQM eeldab organisatsioonidel positiivsete trenditulemuste ilmnemist huvipoolte tajude vaatest -Huvipoolte tajud, eelkõige patsientide tajud on otseselt seotud kvaliteediga -EFQM rakendamine toob kaasa patsientide, töötajate ja ka partnerite rahulolu kasvu ja ka välishindamiste skooride kasvu 	<ul style="list-style-type: none"> -Indikaatorid: Tsentraalselt korraldatud struktureeritud patsiendi tagasiside, võtmehuvipoolte tagasiside -Tagasiside patsientidelt, sh mitte ainult numbrilised näitajad -Tagasiside töötajatelt -Tagasiside võtmeosapooltelt -Tagasiside juhtidele -Patsientide tajud on otseselt seotud kvaliteedi definitsiooniga 	<ul style="list-style-type: none"> 7.1. Värbamise ja võrdsete võimaluste alusel kujundatud karjääri juhtimise tase 7.2. Töötajate hindamise tase nende isiklike ja kogu grupi eesmärkide saavutamise aitamiseks 7.3. Inimeste seotus ettevõtte arenguga ja nende algatuste (sh parendustegevused, konverentsid, innovatsioon, loovus, meeskonnatöö) toetamise määr 7.4. Meetodid ja nende toimivus süsteemseks patsientide tagasisidestamiseks 7.5. Meetodid ja nende toimivus süsteemseks võtmepartnerite tagasisidestamiseks 	<ul style="list-style-type: none"> -Tagasiside - kvantitatiivsed ja kvalitatiivsed lähenemised -Tagasiside töötajatelt, patsientidelt kui ka partneritelt. Ka patsientide lähedastelt -Tagasiside korraldatud osaliselt tsentraalselt koostöös EHK, SM, TAI

Lisa J. Kvaliteedi hindamisinstrumenti (KHI) loomise ja rakendamise etappidega seotud sammud

ETAPP	SAMM	
1. KHI planeerimine	Suuna määratlemine	<ul style="list-style-type: none"> • Eesmärk – miks ja kellel on vaja KHI? Mis on KHI mõte? • Eestvedaja – kes hakkab KHI loomise protsessi juhtima? • Strateegia – kuidas jõuda tulemusteni? <ul style="list-style-type: none"> ○ Kas võtta aluseks varem loodud mudelid – EPK, EFQM jne ○ Kas on vajalik kaasata ekspert? Koolitaja?
	Huvipoolte kaardistamine ja kaasamise strateegia valik	<ul style="list-style-type: none"> • Keda on vaja kaasata? <ul style="list-style-type: none"> ○ Võtmehuvipooled (töötajad, patsiendid, koostööpartnerid, kellela ei saa perearstid patsiente vastu võtta) • Kuidas kaasata? Koosolekud? Küsimustikud? Intervjuud?
	Aja ja ressursi planeerimine	<ul style="list-style-type: none"> • Aeg? Koht? Tegevused? Ressursid?
	Tulem	<ul style="list-style-type: none"> • Kõikide huvipoolte kaasamist võimaldav KHI loomise plaan • Huvipoolte kooskõlastatud KHI loomise plaan
2. KHI loomine	Sisendandmed	<ul style="list-style-type: none"> • Milliseid andmeid on vaja KHI loomiseks? <ul style="list-style-type: none"> ○ Andmete kaardistamine, visualiseerimine
	Huvipoolte kaasamine	<ul style="list-style-type: none"> • Koosolekute, küsimustike, intervjuude tegemine
	Tulem	<ul style="list-style-type: none"> • Kõikide huvipoolte kaasamisel loodud rakendatav KHI
3. Kvaliteedi hindamine ja tulemuste analüüs	Hindamine	<ul style="list-style-type: none"> • Mõõtmine, vaatlus, küsitlus, skaalade kasutamine, tagasiside
	Tulemuste analüüs ja esitamine	<ul style="list-style-type: none"> • Hindamistulemuste analüüs ja visualiseerimine
	Tulem	<ul style="list-style-type: none"> • Andmeanalüüsi tulemused ja visuaalne esitus
4. Tulemuste kommunikeerimine ja kooskõlastamine	Tulemuste kommunikeerimine	<ul style="list-style-type: none"> • Hindamistulemuste kommunikeerimine huvipooltele
	Tulemuste kooskõlastamine	<ul style="list-style-type: none"> • Hindamistulemuste kokkuvõtted, kooskõlastamine huvipooltega
	Tulem	<ul style="list-style-type: none"> • Huvipooltega kooskõlastatud hindamise tulemused
5. Tegevuskava koostamine	Suuna määramine	<ul style="list-style-type: none"> • Eesmärgid • Vastutajad • Ajaline plaan koos eelarvega
	Elluviimine	<ul style="list-style-type: none"> • Tegevuskava koostamine huvipooli kaasavalt
	Tulem	<ul style="list-style-type: none"> • Kõikide huvipoolte kaasamisel loodud ja kooskõlastatud tegevuskava • Tegevuskava dünaamilise jälgimise tulemusmõõdikute kaardistamine

Summary

IMPROVING QUALITY GUIDELINES FOR FAMILY PHYSICIAN PRACTICES IN ESTONIA: THE EXAMPLE OF EFQM

Diana Ingerainen

Scientific achievements of recent years have proved the effectiveness of excellence models for systematic quality development. In European context, the EFQM (European Foundation for Quality Management) excellence model has been most widely used by primary health care teams, which has made possible their comprehensive and continuous development. The use of these models allows to make a comprehensive general overview of the healthcare system to find a common ground and encourage cooperation between different parties. Just as there is a need for treatment of a patient through studying their organism as a whole, it is not a good idea to organize health care at the level of one institution – people centered health care must be based on health needs and integrate different services.

In Estonia, the quality of primary health care is very uneven and the current quality system has not led to the provision of health services in equal terms. The Quality Guidelines for Family Physician Practices in Estonia have been created by active and innovative family physicians in Estonia in 2009 already. By its nature, these guidelines are a quality control method which contains minimum requirements for family physician practices.

The aim of the thesis is to make proposals for improvement of the existing quality guidelines on the example of EFQM model. To achieve the objective, the following research tasks are set:

1. To provide an overview of quality management and implementation of the EFQM model in primary health care (subsections 1.1-1.3);
2. To give an overview of the Quality Guidelines for Family Physician Practices in Estonia and to evaluate the coverage of the components of the EFQM model in it (subsection 1.4);
3. To analyse the results obtained by applying the quality assessment tool prepared on the basis of the EFQM model in the Järveotsa family medicine centre (Tallinn) (subsection 2.2);

4. To analyse the vision of primary health care providers and decision-makers about the importance of indicators based on the EFQM model in quality guide through a semi-structured interview (subsection 2.3);
5. To make proposals for improving the Quality Guidelines for Family Physician Practices in Estonia based on the theory, the example of the pilot project at the Järveotsa family medicine centre and expert interviews (subsection 2.3).

The pilot project in the Järveotsa family medicine centre highlighted the weaknesses of the organization and at the same time confirmed that existing quality guide for family physician practices define minimum requirements, but need to be improved. All the components represented in the current quality guide were found to have better results in the EFQM based pilot study. The interviews with experts confirmed the information obtained from the theory in a practical view and led to realistic pragmatic conclusions. According to the author, the most important proposal is to consider the organization as a whole in the context of the background systems and in the view of continuous development. To offer a high-quality service based on the patient's health need, targets have to be set for the improvement of the main activities. Specific proposals including particular indicators need to be negotiated in an inclusive way, which is the most important message of the EFQM model – planning, implementation and evaluation of activities down to the individual details, where all parties need to understand their role and responsibility through clear performance indicators.

Keywords: Estonia, health care system, quality improvement, primary health care, family physicians, quality management system, quality guidelines, quality management indicators, EFQM model, Järveotsa family medicine centre

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Diana Ingerainen,

annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose

Eesti Perearstipraksiste kvaliteedijuhise täiendamine EFQM näitel,

mille juhendajaks on Krista Jaakson ja kaasjuhendajaks Anneli Lorenz,

reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.

Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.

Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Diana Ingerainen

/Digitaalselt allkirjastatud/

25.05.2021