

Tartu Ülikool

Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut

Patsiendi raviotuse ja –kogemuse hindamisvahendid ning tagasisidesüsteemi kirjeldus ja analüüs Eesti suuremates haiglates

Magistritöö rahvatervishoius

Ave Vainu

**Juhendaja(d): Mari–Liisa Parder, teadur (PhD), Tartu Ülikooli eetikakeskus
Katrín Lang, epidemioloogia kaasprofessor (PhD), Tartu Ülikool Peremeditsiini ja Rahvatervishoiu Instituut
Liisa Saare, vanemmetoodik, Tartu Ülikool Peremeditsiini ja Rahvatervishoiu Instituut**

Tartu 2025

Magistritöö tehti Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudis.

Tartu Ülikooli rahvatervishoiu magistritööde kaitsmiskomisjon otsustas 26.05.2025 lubada väitekirja terviseteaduse magistrikraadi kaitsmisele.

Retsensent: Eleri Lapp, MSc, Sotsiaalministeerium, tervishoiukorralduse osakonna nõunik

Kaitsmine: 02.06.2025

Sisukord

Töös kasutatavad põhimõisted.....	5
1 Lühikokkuvõte.....	6
2 Sissejuhatus	7
3 Kirjanduse ülevaade	9
3.1 Patsiendikogemuse kujunemine	9
3.2 Patsiendi poolt hinnatud raviootuse hindamisvahendid	11
3.2.1 Geneerilised hindamisvahendid.....	11
3.2.2 Haigusspetsiifilised hindamisvahendid	13
3.3 Patsiendi poolt hinnatud ravitulemuse hindamisvahendid	14
3.4 Eesti tervisesüsteemi reguleeriv seadusandlus	15
3.5 Hindamisvahendite loomise hetkeseis Eestis	15
3.6 Tervisesüsteemi hindamise vahendid Eestis.....	16
3.6.1 OECD juhtimisel loodud tervisesüsteemi hindamise vahend.....	16
4 Eesmärgid.....	18
5 Materjal ja metoodika.....	19
5.1 Uurimismeetodi ja kavandi valik.....	19
5.2 Kirjanduse ülevaade	19
5.3 Kvalitatiivne uuring.....	21
5.3.1 Valimi koostamine.....	21
5.3.2 Andmete kogumine.....	22
5.3.3 Andmete analüüs	23
6 Tulemused	25
6.1 Maailmas kasutusel olevad PREMId ja PROMId.....	25
6.2 Ekspertide vaated tagasisidesüsteemile Eesti suuremates haiglates.....	26
6.2.1 Tagasisidesüsteemi kujunemise ajalugu.....	26
6.2.2 Tagasisidesüsteemi arengu hetkeolukord	27
6.3 Ekspertide vaated uuendusvõimalustele.....	30

7	Arutelu	34
8	Järeldused ja ettepanekud.....	37
9	Kasutatud kirjandus.....	38
	Summary	43
	Tänuavaldus	44
	<i>Curriculum vitae</i>	45
	Lisad.....	46
	Lisa 1. Otsistrateegiad.....	46
	Lisa 2. Intervjuukava.....	47
	Lisa 3. Koodipuu.....	48

Töös kasutatavad põhimõisted

Tervisesüsteem– tervise tugevdamisele, haiguste vältimisele ja haigete ravimisele suunatud tervisekaitse ja arstiabi süsteem.

Kvaliteet– teenuse omadus mis vastab erialaselt aktsepteeritud nõuetele, ühiskonna seadusandlikele ja eetilistele põhimõtetele, inimese vajadustele ja ootustele, tagab parima võimaliku tulemuse.

Kvaliteedisüsteem– struktureeritud ja dokumenteeritud juhtimissüsteem, mis kirjeldab organisatsiooni poliitikaid, eesmärke, põhimõtteid, organisatsioonilisi volitusi, vastutust, aruandekohustust ja rakenduskava, et tagada kvaliteet oma tööprotsessides, toodetes (esemetes) ja teenustes.

Tagasisidesüsteem– on protsess, kus süsteemi väljundit antakse tagasi sisendina, et muuta või tugevdada tehtavaid toiminguid.

Hindamisvahend– tööriist mida käesolevas töös kasutatakse tulemuslikkuse või kogemuse võrdlemiseks ja jälgimiseks

PREM–*Patient Reported Experience Measurement* on tervise hindamise meetod, mis keskendub patsiendi kogemusele tervishoiuteenuste kasutamisel.

PROM–*Patient Reported Outcome Measurement* on tervise hindamise meetod, mis keskendub patsiendi enda kogemusele haiguse või ravi kohta.

1 Lühikokkuvõte

Uurimistöö on koostatud kirjeldamiseks maailmas kasutusel olevate PROM ja PREM hindamisvahendite olemust ja kasutust. Eesti soovib oma tervisesüsteeme täiendada ja parendada ning seejuures on oluline osa hindamisvahendite struktureerimisel ja ühtlustamisel.

Andmete kogumiseks on suuremate tervishoiuteenuse osutajatega (TTO), keda lõppkokkuvõttes oli kuus, ja kahe riigiasutustega läbi viidud poolstruktureeritud ekspertintervjuud, millest saadud tulemuste põhjal on võrreldud tervishoiuteenuse osutajate vaateid ja hinnanguid nii nende enda tööle kui üldisele olupildile. Riigiasutuste intervjuudest koguti andmeid edasiste riigitasandil planeeritud sammude kohta, et analüüsida TTO-de vajaduste ja riigi poolsete otsuste kokkulangevust.

Andmed on kogutud Microsoft Teams keskkonna võimalusi kasutades ning transkribeeritud kõnetuvastusprogrammi abil. Andmed kodeeriti MAXQDA Analytics Pro (2024) kvalitatiivse uuringu analüüsimist võimaldava programmi abil andmekogumiteks, mis võimaldab sarnased andmekogumid kodeerida märksõnade alla ning hiljem selle abil teha väljavõtteid tekstidest ning koostada koodipuu.

Tulemustest selgub, et TTO-d vajaksid kindla struktuuriga ülesehitatud kvaliteedi hindamise töövahendit ning enamik uuritavatest tõi välja puuduseid infovahetuses.

Uurimistööst selgunud tulemuste põhjal on koostatud järeldused ja esitatud ettepanekud Eesti tervisesüsteemi struktuuride parendamiseks.

2 Sissejuhatus

Maailma Terviseorganisatsioon ütleb, et tervishoiuteenus on kvaliteetne, kui see vastab erialaselt aktsepteeritud nõuetele, ühiskonna seadusandlikele ja eetilistele põhimõtetele, inimese vajadustele ja ootustele, tagab patsiendi heaolu ja parima võimaliku tulemuse ning on osutatud põhimõttel – maksimaalne tulemus võimalikult väikeste kulutustega(1). Oluliseks sisendiks kvaliteetse tervishoiuteenuse tagamisel on ka patsientidelt saadav informatsioon vastava teenuse kohta.(2,3)

Eesti haiglavõrku katvates haiglates viiakse iseseisvalt läbi kvaliteedihindamisi patsiendikogemuse ning raviotuste osas aastast 1998. Need on vastavalt osakonna või uuringuinfo vajadusest kujundatud küsimustikud, millele patsiendil palutakse iseseisvalt vastata (4–6).

Hõlmates patsiente taolistesse uuringutesse eristatakse kahte tüüpi hindamist: patsiendi raviotuste (*Patient Reported Outcome Measurement – PROM*) ja patsiendikogemuse (*Patient Reported Experience Measurement – PREM*) hindamist.(7–10)

Patsiendi raviotuste hindamine on tervise hindamise meetod, mis keskendub patsiendi enda kogemusele haiguse või ravi kohta. See on viis saada teavet selle kohta, kuidas patsiendid haiguse ja ravi mõju hindavad ning kuidas nende elukvaliteet on muutunud. (8–10)

Hindamismeetodid hõlmavad erinevaid küsimustikke, mille abil saab koguda patsiendi arvamust erinevate terviseaspektide kohta, nagu näiteks valu, füüsiline funktsioneerimine, meeleolu ja sotsiaalsed suhted. Neid kasutatakse sageli haiguste ravimisel ja tervishoiuteenuste kvaliteedi hindamisel ning see aitab arstidel ja teistel tervishoiutöötajatel paremini mõista patsiendi seisundit ja vajadusi. Patsiendi raviotuste hindamine on oluline tööriist ka kliinilistes uuringutes, kus hinnatakse uute ravimeetodite tõhusust ja ohutust. (8–12)

Patsiendikogemus on tervise hindamise meetod, mis keskendub patsiendi kogemusele tervishoiuteenuste kasutamisel. See on viis koguda teavet selle kohta, kuidas patsiendid hindavad oma kogemusi tervishoiuteenuste saamisel, sealhulgas suhtumist ja suhtlemist tervishoiutöötajatega, ooteaegu, mugavust ja üldist rahulolu. (8–10)

Hindamisvahend koosneb erinevatest küsimustikest, mida kasutatakse patsiendi kogemuse hindamiseks haiglates, arstiabi kliinikutes, erakorralise meditsiini osakondades, apteekides ja muude tervishoiuteenuste pakkujate juures. Selline hindamisvahend aitab tervishoiuteenuste pakkujatel paremini mõista, kuidas nende teenuseid kasutavad patsiendid

hindavad ja kogevad pakutavaid teenuseid ning seejärel neid teenuseid kohandada ja parendada. Lisaks on hindamisküsimustik oluline tööriist tervishoiuteenuste rahulolu uuringutes ning tervishoiusüsteemide hindamisel ja võrdlemisel. (8,9)

PREM-ide ja PROM-ide kasutamise ulatus maailmas varieerub sõltuvalt riigist, tervishoiusüsteemi struktuurist, haiguste tüübist ja muudest teguritest. Paljudes arenenud riikides on PROM-id ja PREM-id laialdaselt kasutusel erinevates tervishoiuvaldkondades, nagu näiteks onkoloogia, neuroloogia, kardioloogia ja ortopeedia. Nende hindamismeetodite kasutamiseks on välja töötatud palju erinevaid küsimustikke ja mõõtmisvahendeid. (8–10,13) Näiteks Ameerika Ühendriikides ja Euroopas on PROM-id ja PREM-id laialdaselt kasutusel tervisesüsteemi toimivuse hindamisel. (8,9,13)

Käesolev uuring otsustati läbi viia, et analüüsida Eesti tervishoiuasutustes kasutatavaid hindamisvahendeid ning kirjeldada uuendusvajadusi ja –võimalusi.

3 Kirjanduse ülevaade

3.1 Patsiendikogemuse kujunemine

Patsiendi kogemusest kui mõistest puudub siiani ühene arusaam, kuid võib öelda, et see on osa inimlikust kogemusest, mis algab enne tervishoiusüsteemist abi otsimist (inimese tunnetus oma elukvaliteedist enne kaebuste tekke ja/või haiguse avaldumist) ja jätkub patsiendina tervishoiusüsteemis teenuseid kasutades. (14,15)

Inimese kogemus patsiendina on ainulaadne, kuna see kombineerub erinevatest mõjuteguritest. Millegi kogemine põhineb isiklikul tunnetusel, mida mõjutab konkreetsest haigusest või terviseseisundist tulenev muutus elukvaliteedis ning mida omakorda vormib tervishoiusüsteemis teenuseosutaja juures kogetu. Liikudes tervishoiusüsteemis patsiendina jääb inimene samaks indiviidiks, kes ta oli enne haigestumist. Sellest tulenevalt ei kujune patsiendi kogemus ainult tervishoiusüsteemis aset leidvatest sündmustest, vaid see on seotud inimkogemusega, mida mõjutab patsiendi enda ettekujutus olukorrast ja selle edasisest lahendusest (patsiendi ootus). (14,15)

Patsiendi kogemus kujuneb tervishoiusüsteemis suhteliste ja funktsionaalsete tegurite alusel. Suhteliste tegurite alla liigitatakse patsienti lugupidamisega suhtumine, meditsiini-personali poolt üles näidatud lahkus, kaastunne, mõistmine, patsiendi kaasamine otsustusprotsessi, selge ja arusaadava informatsiooni kommunikatsioon informeeritud otsuste tegemiseks ja toimetulekuks, ausus ja läbipaistvus (juhul kui midagi läheb kliiniliselt valesti, või mitteplaanipäraselt). (15)

Funktsionaalsete tegurite all mõistame nende ekspertoskuste edasi andmist, milleks meditsiinipersonal on saanud väljaõppe: kaebuste põhjal oskuslikku kiiret diagnoosimist, efektiivse raviplaani pakkumist ja jätkuravi koordineerimist. (15)

Tulemuslik suhtlus väljendab arsti oskust luua patsiendiga toimiv ja patsienti kaasav suhe, mille käigus haritakse patsienti läbimõeldud informeerimise kaudu. (16)

Kuigi arsti empaatilise suhtumise ja positiivse hoiaku mõju patsiendi tervise tulemile peetakse väikeseks, siis efektiivse kommunikatsiooni mõju patsiendi rahulolu suurendamisel ja ravisoostumuse parandamisel peetakse patsiendikogemuse kujundamisel oluliseks teguriks (14–16). On leitud tugev seos ravisoovitustest kinnipidamise ja arsti-patsiendi vahelise kommunikatsiooni kvaliteedi vahel (16). Efektiivse kommunikatsiooni oskused on õpitavad ning selle käigus toimub aktiivne kuulamine, oskuslik küsimuste esitamine ja patsiendi

murede–tunnete teadvustamine, seatakse realistlikud eesmärgid ning suurendatakse patsiendivastutust. (10,17–21)

Patsiendi kogemuse uurimist saab kasutada tervishoiusüsteemi toimimise kajastusena muude hindamisvahendite kõrval. Itaalias süsteemi juurutatud PREM–id näitasid positiivset tulemust patsiendikogemustes juba paari kuu jooksul peale nende kasutuselevõtmist. (17)

Kokkuvõtvalt saab öelda, et patsiendikogemuse kujunemine on mitmetahuline kombinatsioon inimkogemuse, haiguskogemuse ning patsiendi ja tervishoiuteenuse pakkuja vahel toimivate aspektide süntees, mille kujunemise tegurid on nähtavad joonisel nr 1. Kogemus kujuneb arsti–patsiendi koostööna ning kogemuse positiivsust või negatiivsust kujundavad tegelikult aset leidvad sündmused. Patsiendi kogemuses väljendub erinevate tegurite mõju haigusega elades ja tervishoiusüsteemis abi otsides. Arsti kliinilise pädevuse kõrval on oluliseks patsiendi kogemust kujundavaks faktoriks arsti–patsiendi suhte ja kommunikatsiooni kvaliteet.



Joonis 1: Patsiendikogemuse kujunemist mõjutavad aspektid.(22)

3.2 Patsiendi poolt hinnatud raviootuse hindamisvahendid

Patsiendi hinnatud raviootus ehk tervisetulem (*PRO – patient reported outcome*) on patsiendi enda poolt antud hinnang oma enda tervisliku seisundi kohta ning selles puudub tervishoiuteenuse osutaja või kellegi kolmanda isiku tõlgendus. Sellise info kogumiseks kasutatavaid hindamisvahendeid nimetatakse patsiendi hinnatud tervisetulemi hindamisvahenditeks, mis jagunevad üldisteks ehk geneerilisteks ja seisundi- või haiguspetsiifilisteks hindamisvahenditeks. Nii üldiste kui haiguspetsiifiliste hindamisvahenditega kogutud informatsiooni kasutusala on laiahaardeline: seda teavet saab kasutada iga patsiendi raviprotsessis konkreetsete kliiniliste otsuste tegemiseks kui ka tervisepoliitiliste otsuste tegemisel, samuti teadusuuringutes ning tervisesüsteemi analüüsid. (6,10,21,23)

Haiguspetsiifilisi hindamisvahendeid on maailmas välja töötatud väga paljude erinevate haiguseisundite jaoks ning järgnevatel osades selgitan üldiste ja haiguspetsiifiliste tervisetulemi hindamisvahendite olemust ja kasutamist.

3.2.1 Geneerilised hindamisvahendid

Geneerilised ehk üldised hindamisvahendid annavad süstemaatilise ülevaate indiviidi tervisest kõigi erinevate tervise aspektide lõikes (kehaline ja vaimne tervis, liikumine, sotsiaalne toimetulek jne), ilma organsüsteemile või haigusele keskendumisel tekkivate piiranguteta (1,6,8,10). Seetõttu saab geneerilisi hindamisvahendeid kasutada erinevate haiguseisundite ning raviteekondade korral ja enamasti on geneerilised hindamisvahendid kasutatavad ka erinevates elanikkonna rühmades (1,8,15). Seega võimaldavad üldised tervisestaatuse profiilid kirjeldada ja hinnata inimese tervist terviklikult ning arvesse võttes kõigi temal olevate seisundite ja haiguste summaarset mõju. (10,24)

Šveitsis viidi läbi Delphi uuring 21 tervishoiu eksperdiga, et selgitada välja nende arvamust geneeriliste PROM'ide osas. Uuringus osalenute arvamused ühtisid 80–100% seitsme mõõtmisdomeeni osas. (25)

On uuritud ka ravimite võtmisega seotud elukvaliteedi hindamist. Aastal 2022 viidi läbi kirjanduse süstemaatiline ülevaade, kus leiti 80 teemakohast originaalartiklit. Enamus tegeles raviga rahulolu mõõtvate PROMidega ning väiksem osa elukvaliteediga seotud PROMidega. (26)

SF36

Tõenäoliselt maailma tuntuim ja enim kasutatud tervisestaatuse profiil on SF36 (6). See hindamisinstrument sai alguse kui 250 küsimusega küsimustik, mida kasutati üldise tervisestaatuse kirjeldamiseks RAND Corporation'i poolt läbi viidud uuringus Health Insurance Experiment (HIE) 1970–ndatel aastatel USAs. Aastate jooksul on küsimustikku edasi arendatud ja autoriõigustega piiratud ning selle tulemusena on küsimustik tunduvalt lühenenud ning uusversioonid (näiteks RAND – 36) on vabavarana kättesaadavad ja mitmetes riikides kasutusel. (6)

EQ5D

Valmis viie riigi seitsme uurimiskeskuse teadlaste multidistsiplinaarse töörühma koostöö tulemusena (26). Algsel versioonil oli 6 dimensiooni, millest varsti jäid alles praegused 5. Küsimustik koosneb viiest küsimusest ning see sobib nii ise täitmiseks kui ka intervjuuks. Küsimustiku poolt kajastatavateks üldise tervise dimensioonideks on: liikumine, enese eest hoolitsemine, igapäevased tegevused, valu/ebamugavus, ärevus/depressioon. Igal küsimusel (dimensioonil) on kolm vastusevarianti ning kokkuvõttes suudab EQ5D terviseseisundi klassifikaator eristada 243 erinevat seisundit. (6,10)

RAND–36

Eestis valideeritud küsimustik mis on edasiarendus SF36–st. Algse SF–36 vabavaraline versioon erineb QualityMetric Inc poolt levitatud ja autoriõigustega kaitstud SF–36_ver1 versioonist küsimuste sõnastuste ning sellest tulenevate skaalade skooride arvutamise pisierinevuste poolest. Ka selle SF–36 versiooni jaoks on välja töötatud füüsilise ja vaimse tervise summaarskoorid, väärtusskooride leidmise algoritm (samuti vabavaraline) ja lühendatud 12 küsimusega versioon. (6)

MHQoL

Aastal 2021 töötati Hollandis välja vaimse tervise hindamise küsimustik, mis sisaldab seitset dimensiooni (minapilt, iseseisvus, meeleolu, suhted, igapäevased tegevused, füüsiline tervis, tulevik) hõlmavaid punkte ja üldise psühholoogilise heaolu visuaalset analoogskaalat. Hindamisvahend on ülesehitatud tulemuskooridele kus kõrgem skoor näitab vastaja paremat elukvaliteeti. Küsimustiku eesmärk on täiendada eelpool nimetatud küsimustikke vaimse tervise sekkumiste eelistustega.(27)

3.2.2 Haiguspetsiifilised hindamisvahendid

Haiguspetsiifilised ehk seisundipõhised hindamisvahendid kajastavad konkreetse tervise–seisundi sümptomite ning sellega seotud funktsioonihäirete olemasolu ning võimaldavad seeläbi hinnata konkreetse seisundi raskust ning inimesele avalduvat mõju. (6,10)

Sellised hindamisvahendid võimaldavad hinnata teatud haigusega inimeste ravi tulemuslikkust, sest need keskenduvad konkreetsetele sümptomitele ning seisundiga seotud funktsioonihäirete olemasolule ja tugevusele. Samas ei võimalda seisundispetsiifilised hindamisvahendid saada ülevaadet inimese üldisest terviseseisundist. (6,10)

Enamik sellistest küsimustikest saadud andmetest on kliinilise sisuga ning nende seisundite levik rahvastikus on suhteliselt väike ning seetõttu on enamike üldrahvastiku inimeste jaoks sellised küsimustikud tarbetud. Sellised omadused ei soodusta nende hindamisvahendite kasutamist rahvastikupõhistes uuringutes. Nende hindamisvahendite skaalad on konstrueeritud nii, et iga küsimus kajastaks üht haigusele omast aspekti, mis küsimustiku koostajate arvates on antud seisundi haiguspildis piisavalt oluline. Üldiseid tervise aspekte, mis võivad olla olulised haiguse kujunemisel, kuid ei ole otseselt seotud haiguspildiga, enamasti ei käsitleta (6,8).

Näiteks diabeeti käsitlev küsimustik ei kajasta üldjuhul liigesvalusid, kuigi teist tüüpi diabeediga seonduva ülekaalu tingimustes võib liigesvalu olla patsiendile oluliseks terviseprobleemiks. Samuti võib artriidi mõjusid uuriv küsimustik keskenduda liigesvalule kuid vaatluse alt võib välja jätta kehakaalu kui olulise artriidiga seotud liigesvalusid mõjutava teguri. Seega, kui diabeeti põdev ülekaaluline liigeskaebustega patsient täidab üksnes diabeedi või artriidi küsimustiku, siis tegelikult ei saada patsiendist tervikpilti. See võib olla patsiendi üldise tervisliku seisundi vähese paranemise põhjuseks ning igapäevaelus püsivate tervisepiirangute allikaks. (6–8)

RAQol

Reumatoidartriidi–spetsiifilise elukvaliteedi küsimustiku (*Rheumatoid Arthritis–Specific Quality of Life Instrument*, RAQol) on loonud reumatoidartriidiga seonduva elukvaliteedi mõõtmiseks Briti elukvaliteedi uurijad. Küsimustiku koostamisel on aluseks võetud reumatoidartriidiga patsientide kvalitatiivsed struktureerimata intervjuud. RAQol on ülesehitatud leidmaks vastust küsimusele, mida tervise seisund segab tegemast ja millised on

tunded sellega seoses; milline on tervise seisundi mõju isiklikele, sotsiaalsetele ja majanduslikele võimalustele. (28–30)

DQOL

Ameerika Ühendriikides välja töötatud 46 küsimusega küsimustik annab üldise terviseiga seotud elukvaliteedi skoori nii I kui II tüüpi diabeediga patsientidele. Saadud skoor on aluseks teenusepakkuja ja patsiendi suhtluseks ravi planeerimisel.(31)

Sarnaselt eelnevatele elukvaliteeti hindavatele mõõdikule on kasutusel veel näiteks põlveliigese (endo)proteesimise, puusaliigese proteesimise, rinnavähijärgsed proteesimise/implanteerimise (6), vaimse tervise hindamise (27) ning diabeedi küsimustikud (31).

3.3 Patsiendi poolt hinnatud ravitulemuse hindamisvahendid

Patsiendi poolt hinnatud ravitulemuse ehk teenuskogemuse hindamisvahendit (PREM) kasutatakse tagasiside kogumiseks teenuse kasutajatelt ning see on tänapäeval üks oluline osa tervishoiuteenuse kvaliteedi parendamise ja patsiendikesksuse saavutamisel. (7,32)

Teenusekogemuse hindamise eesmärgiks võib olla üldise hinnangu saamine teatud perioodi vältel teatud teenuste või raviteekonna kohta, aga ka detailsema hinnangu saamine teenuseosutamise protsessi või raviteekonna konkreetsete episoodide ehk raviteekonna etappide kohta. (32)

Üldise ehk raviteekonnale tervikuna antud hinnangu saamine on võrdlemisi lihtne ja odav, kuid see ei võimalda saada piisavalt informatsiooni selle kohta, mis konkreetset mõjutab patsiendi hinnangut. Üldine hinnang on hinnang kogu raviteekonnale ilma raviteekonna etappe hindamata. Seetõttu ei anna selline hinnang eriti palju võimalusi konkreetsete muudatuste läbiviimiseks, et parandada patsiendi teenuskogemust. (33)

Kui soovitakse saada patsiendi hinnangut raviteekonna kohta, siis võib näiteks küsida, kuidas ta üldiselt hindab oma kogemust. Samas kui soovitakse teada, kuidas üldine hinnang kujuneb, siis tuleb hinnata kogemust raviteekonna etappide ja igas etapis osutatud teenuste erinevate aspektide (nt teenuse kättesaadavus, ooteaeg, informeerimine, kaasamine otsuse tegemisse jne) kaudu. (7,11)

Teenuskogemuse hindamiseks võib kasutada erinevaid võimalusi, nagu näiteks intervjuud, kohtumised patsientidega, sotsiaalmeedia grupid (10,24) kuid enamasti kasutatakse standardiseeritud hindamisinstrumente – küsimustikke, mida saab täita kas paberil või veebikeskkonnas (10,34). Teenuskogemuse hindamise vahendid on enamasti välja töötatud riigisiselt, lähtudes tervishoiusüsteemi spetsiifikast. Eestis on elanikkonna teenuskogemust

meditsiini kontekstis hinnatud alates 1998. aastast, alates 2006. aastast on hinnatud Eesti haiglates nii haiglaravil kui ka ambulatoorset teenust saanud patsientide rahulolu ja kogemust. (6,7)

3.4 Eesti tervisesüsteemi reguleeriv seadusandlus

Eestis määrab tervisesüsteemi sisu ja korralduse 1995 aastal vastu võetud rahvatervise seadus mis seab eesmärgiks inimese tervise kaitsmise, haiguste ennetamise ja tervise edendamise. (35)

Eestis reguleerib tervishoiuteenuseid tervishoiuteenuste korraldamise seadus, mis jõustus aastal 2001 ning sätestab tervishoiuteenuste osutamise korralduse ja nõuded ning tervishoiu juhtimise, rahastamise ja järelevalve korra. (36)

Tervishoid on lai mõiste, mis hõlmab tervise edendamist, hoidmist ja taastamist nii inimese enda kui tervishoiutöötaja ning tervisehoiuteenuse osutaja poolt. Kvaliteedi tagamiseks on kehtestatud nõuded, millele peab vastama inimese tervise taastamisega tegelev spetsialist või juriidiline isik. (1,36)

Õigus tervishoiuteenuseid osutada on Eestis tervishoiutöötajatel, kes on kantud tervishoiutöötajate riiklikusse registrisse/proviisorite ja farmatseutide riiklikusse registrisse. Tervishoiutöötajad seaduse tähenduses on registreeritud arst, hambaarst, õde ja ämmaemand ning registreeritud ja apteegis töötav farmatseut ja proviisor. (37)

3.5 Hindamisvahendite loomise hetkeseis Eestis

Hiljuti tellis Tervisekassa AS PricewaterhouseCoopers Advisors'ilt analüüsi „Patsiendi hinnatud tervisetulemite ja teenuskogemuse rakendamine Eesti tervisesüsteemis“, millest valmis mahukas ja detailne lõpparuanne (7). Selle ajendiks oli asjaolu, et Tervisekassa oli läbi mitmete projektide tuvastanud PREMide ja PROMide kasutuspotentsiaali Eestis. Nimetatud analüüsi eesmärgiks on toodud PROMide ja PREMide kogumise ja kasutamise eesmärgis kokkuleppimine, baasaluste loomine ja otsustusmehhanismide väljatöötamine esialgsel ja kontseptuaalsel tasandil, et valmistada ette järgnevate PROMide ja PREMide rakendamist Eestis. (7)

Sama dokumendi osana toodi välja ka planeeritavate PREM ja PROM hindamisvahendite (möödikute) soovituslik ülesehitus ning antakse soovitusel mida järgida hindamisvahendi valikul:

Mõõdik peab olema lihtne ja arusaadav: mõõdikut peab suutma lugeda ja sellest aru saada vähemalt 6-klassilise haridusega inimene, mõõdik peab olema lihtsas keeles ning arusaadavate juhistega ja skaaladega.

Hea mõõdik on lühike: kliinilises praktikas kasutatavate mõõdikute täitmiseks ei tohiks kuluda rohkem kui 12–15 minutit. Vastasel juhul on oodatavalt terviklikult küsimustikku täitvate vastajate hulk väike ning kogutud andmete pealt ei saa teha usaldusväärseid järeldusi ja võrdlusi.

Hea mõõdik on välja töötatud või kohandatud koos patsientidega: patsientidelt saadud sisend aitab muuta mõõdiku võimalikult kasutajasõbralikuks ning patsientidele vastuvõetavaks. Patsientide sisend aitab katta patsientide jaoks olulised teemad, mis suurendab samuti avatust küsimustikele vastamisele.

3.6 Tervisesüsteemi hindamise vahendid Eestis

Patsiendikogemust peetakse koos kliinilise efektiivsuse ja patsiendi ohutuse näitajatega tervishoiuteenuste kvaliteedi üheks hindamisvahendiks. Patsiendid saavad olla heas mõttes partnerid leidmaks teenuse osutamise kitsaskohti ja parendamise võimalusi. (15)

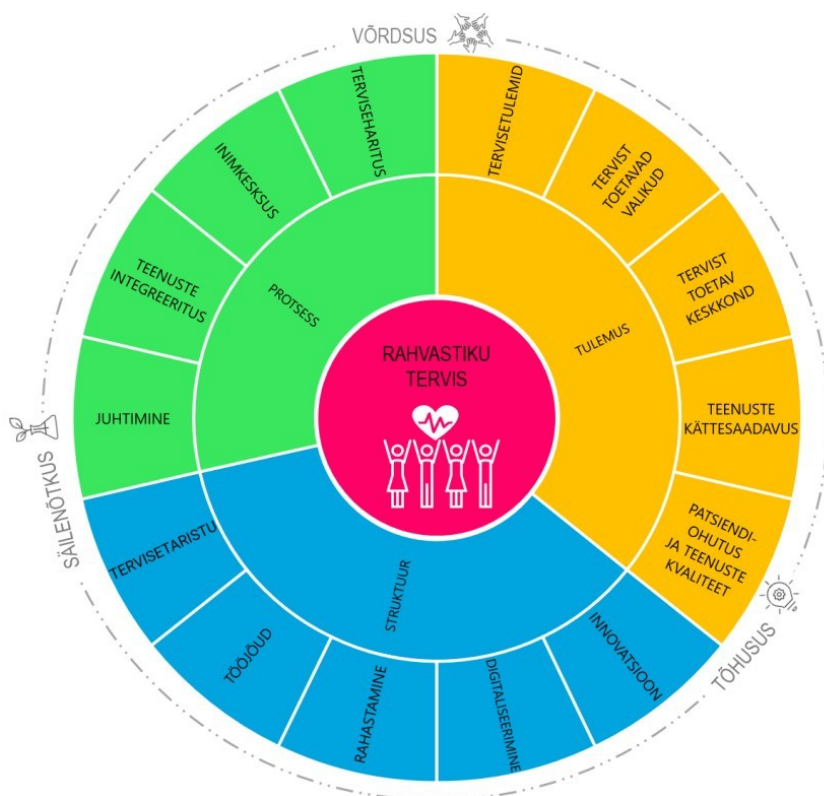
3.6.1 OECD juhtimisel loodud tervisesüsteemi hindamise vahend

Sarnaselt mitmetele teistele euroopa riikidele alustas aastal 2021 Eesti tervisesüsteemi toimivuse hindamise raamistiku välja töötamist projekti „Health System Performance Assessment framework for Estonia (HSPA)“ raames. Raamistiku väljatöötamises osalesid Eesti tervisevaldkonna osapooled ning Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsiooni (OECD) tervisesüsteemi eksperdid (38,39). Nimetatud projekti eesmärk oli välja töötada hindamissüsteem, mis annab süstematiseeritud, tervikliku ja järjepideva ülevaate kõikidest olulistest tervisesüsteemi komponentidest. Projekt kestis kuni 2023 aasta juulikuu lõpuni ning selle raames välja töötatud raamistik on nähtav joonisel nr 2.

Raamistiku siht on suunata ühtsemate eesmärkide kokkuleppimist tervisesüsteemi osapoolte vahel. Toetada tõenduspõhist ja sihipärast muutuste juhtimist ning parendada terviseandmete kogumist ja kasutamist. Lisaväärtusena, hindamise tulemuste levitamise kaudu, nähakse elanikkonna teadlikkuse tõusu rahvastiku tervisest. (38,39)

Raamistik toob esile Eesti tervisesüsteemi peamise poliitilise suuna – olla inimkeskem, põimides kõikidesse komponentidesse läbivalt võrdsuse, tõhususe ja säilenõtkuse.

Hindamissüsteemi kasutuselevõtt aitab Eestis elavate inimeste tervise ja tervisesüsteemi parendamiseks teha teadlikemaid ja süsteemsemaid otsuseid. (38,39)



Joonis 2. Eesti tervisesüsteemi hindamiseks leitud indikaatorid.(39)

PROMide ja PREMide kasutusele võtmine loodud raamistiku vaates on eelkõige protsessi ja tulemuse osas kus hetkel kindla struktuuriga puuduvad patsiendiohutuse ja inimkesksuse aspekti hinnata võimaldavad tööriistad.

Kogu kirjandust kokkuvõttes näeme, et nii Euroopas kui ka mujal maailmas on viimastel kümnenditel hakatud olulist tähelepanu pöörama tervisesüsteemide parendamisele. Selle eelduseks on konstruktiivne tagasiside teenuse kasutajatelt mille abil vajalikke muudatusi hakatakse planeerima ja korraldama. Samal kursil liigub ka Eesti panustades rohkem ressursse vajaduspõhiste lahenduste loomisesse.

4 Eesmärgid

Käesoleva uurimistöö eesmärk on kirjeldada tervisesüsteemi tagasiside hindamisvahendeid ja nende kasutust.

Alaesmärgid on:

- 1) Kaardistada maailmas kasutusel olevaid tervishoiusüsteemi toimivust hindavad PROM ja PREM vahendid.
- 2) Kirjeldada ekspertide kogemuste kaudu tagasisidesüsteemi kujunemist ja toimimist Eesti haiglates.
- 3) Analüüsida ekspertide vaateid tervishoiuasutustes PROMide ja PREMide kasutusvõimalustest.

5 Materjal ja metoodika

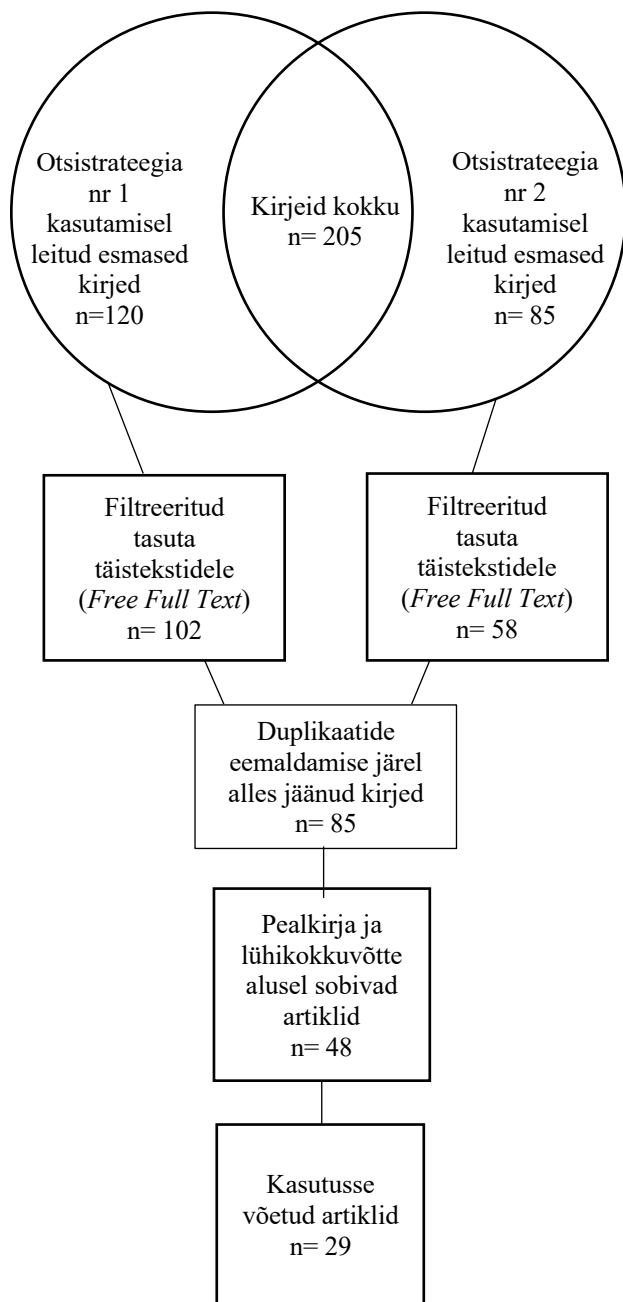
5.1 Uurimismeetodi ja kavandi valik

Käesoleva uurimistöö esimene eesmärk on kirjanduse ülevaate alusel kaardistada maailmas kasutusel olevad tervisesüsteemi hindamise vahendid. Töö teine alaeesmärk on Eesti tervisevaldkonnas töötavatelt ekspertidelt ja võtmeisikutelt andmete kogumine, et kirjeldada tagasisidesüsteemi kujunemist ja toimimist Eesti haiglates. Ning kolmas alaeesmärk on analüüsida ekspertide vaateid tervishoiuasutustes vajaduspõhiste hindamisvahendite (PROM-ide ja PREM-ide) kasutusvõimalusi. Teise ja kolmanda alaeesmärgi teostamiseks otsustati kasutada kvalitatiivset uurimismeetodit, sest kirjeldavad uuringud on tervishoius üha enam levinud kuna aitavad hinnata tervishoiuteenuste kvaliteeti ja seeläbi luua eeldusi parendusteks (2,40,41). Kvalitatiivne uurimismeetod võimaldab tähenduse andmist sotsiaalsele reaalsusele või selle tõlgendamist (40,42), mille abil saab teenuskogemuse uurimisel minna detailideni, mis võimaldab valdkonna ekspertidel hinnata vajaduspõhiseid muudatusvajadusi. (32,43)

Ekspertintervjuude ülesehitus on samuti kvalitatiivne, sest avastamisele orienteeritud uurimus võimaldab kasutada kogu andmestikus leiduvat informatsiooni, seejuures märgata uusi teemasid (32). Andmeid väikesteks sarnasteks sisukogumiteks jagades on võimalik märgata korduvaid mustreid ning leida uusi tähendusi või teadmisi uuritava teemaga seoses. (44)

5.2 Kirjanduse ülevaade

Kirjanduse ülevaate koostamise jaoks on kasutatud kahte erinevat otsistrateegiat, et siduda kvalitatiivse uuringu aspektid kirjeldatavate indikaatoritega, mis kodeeriti vastavalt strateegia 1 ja strateegia 2, mille ülesehitus on leitavad uurimistöö lisana Lisa 1. Töö koostamiseks kasutusele võetud artiklite leidmist näitab joonis 3, millel on voodiagramm kasutusse võetud artiklite leidmisest.



Joonis 3. Voodiagramm töö koostamiseks vajalike artiklite leidmiseks.

5.3 Kvalitatiivne uuring

5.3.1 Valimi koostamine

Kuna tervishoiuteenuseosutajad on tervisesüsteemis nn esimene lüli, kes kujundavad patsiendile esmamulje, jagavad informatsiooni ja teostavad vajalikud sekkumised otsustati töö koostamisel rohujuuresandil välja selgitada, millised on teenusepakkujate vajadused ja murekohad, millega tervisesüsteemi arendamisel enim silmitsi seistakse. Uuritavad TTO-d leiti vastavalt töö eesmärgile nende suuruse ja patsientidega hõlmatus järgi ning pöördui otse nende kvaliteedi-, ravi- või patsiendikogemuse juhtide poole, kes nimetati edasise andmeanalüüsi jaoks grupiks nr 1, moodustades sellisel viisil kombineeritud mugavusvalimi. Nelja valitud subjekti puhul suunati uurija esmasest valitud kontaktist edasi järgmise sobivaima kontakti juurde ning seetõttu on osa valimist moodustunud lumepalli meetodiga. Et välja selgitada riigipoliitika suundasid tervisevaldkonna arengus ning hinnata nende sidusust teenusepakkujate murekohtadega oli vaja kontakteeruda ka korraldusahelas kõrgemal asuvate poliitikakujundajatega ehk riigisüsteemis asuvate asutustega, kellel on suurim sidusust tervisevaldkonna arengute kujundamise ja kvaliteedikontrolliga. Neist uuringus osalenud asutustest moodustus uuringugrupp nr 2.

Uuritavateks objektideks valiti 10 asutust, millest kõik subjektid andsid esmase nõusoleku uuringus osalemiseks. Peale esmast uuringukavandi tutvustamist selgus, et ühel asutusel puudub piisav kokkupuude töö koostamiseks vajaliku valdkonnaga ning koostöö selle asutusega lõppes peale esmase kontakti saavutamist. Teise asutuse puhul selgus peale esmase uuringukavandi tutvustamist tõsiasi, et asutusesisese eeskirja järgi peab uurija taotlema uurimistöde komisjonilt luba asutuse kontaktiga intervjuu läbi viimiseks, millest uurija ei olnud teadlik ning uurimistöde komisjoni tööplaani ebasoodsa ajalise korralduse tõttu otsustati koostööst selle teenuseosutajaga loobuda. Ühe asutusega ei saanud uurija peale esmast edasisuunamist enam pikalt kontakti ning selle asutusega uurimistöö esimeses järgus intervjuuni ei jõutud. Eelpool mainitud asutusega õnnestus intervjuu läbi viia alles peale mõnekuulist pausi ning seetõttu venis uurimistöö koostamise protsess eelnevalt arvestatud ajakulust hoolimata pikemaks. Kokku jäi uuringusse 8 asutust, kellega viidi läbi kavandatud intervjuud.

Valim oli uurimistöö eesmärgist lähtuvalt väike ning intervjuud viidi läbi 6 TTO esindajatega. Seetõttu ei ole võimalik valimit täpsemalt kirjeldada, sest muidu oleks võimalik intervjuueeritavaid kergesti siduda isikutega ning sellest tulenevalt on töö tulemuste peatükis tekstilõikude juures välja toodud vaid intervjuueeritavate ametinimetused ja uuringugrupi number

näiteks ravijuht grupis 1, kvaliteedijuht grupis 1 jne. Teises uuringugrupis on poliitikakujundajatega vaid kaks intervjuud ja seetõttu on tekstilõigud tulemuste peatükis märgitud nimetusega intervjuueritav 1 grupis 2 ja intervjuueritav 2 grupis 2.

5.3.2 Andmete kogumine

Intervjuud on andmete kogumiseks kavandatud poolstruktureeritud ekspert-intervjuudena, mille tugevuseks on olemasoleva info baasil ette valmistada käsitletavate teemade grupid ning vajadusel on võimalik esitada lisaküsimusi. (41,45)

Poolstruktureeritud intervjuu juhindub tavaliselt dialoogist uurija ja uuritava vahel. Intervjuul on osaliselt paindlik intervjuuprotokoll, mis võimaldab teha kõrvalpõikeid kui intervjuueritav uusi teemasid või perspektiive vestlusesse toob. Meetod võimaldab uurijal koguda avatud andmeid, et uurida osalejate mõtteid, tundeid ja arvamusi konkreetse teema kohta ning süveneda ka tundlikesse probleemidesse. (46)

Andmete kogumiseks on moodustatud kombineeritud mugavusvalim ehk intervjuukutsega pöörduti otse valdkonna ekspertide poole. Valdkonna eksperdiksi loeti Eesti suuremate haiglate ravijuhid, kvaliteedijuhid, õenduse- ja patsiendikogemuse juhid või koordinaatorid. Mitme valitud kontakti puhul suunati uurija suure töökoormuse tõttu edasi järgmise kontakti poole, mis kokkuvõttes pikendas andmete kogumise perioodi planeeritud pikemaks.

Intervjuukava koosneb kolmest osast ning annab ülevaatliku info patsiendikogemuse hindamise tekkimisest, selle olemusest ja arengust ning avab ka ootuseid tuleviku osas. Täpsemate teemade ja küsimustega intervjuukava on leitav töö lõpus Lisa 2.

Peale esimese intervjuu toimumist esimese teenuseosutajaga analüüsiti küsitluskava toimimist ning vajadusi ja võimalusi kavandi muutmiseks. Analüüsi käigus selgus, et koostatud intervjuukava toimis tõrgeteta ning kavaga mindi muutmata kujul edasi.

Riigiasutuste poolsete uuritavate intervjuerimisel ei puudutatud intervjuukava esimest kahte osa, mis kogus infot patsientide tagasisidestamise tekkimise ning ajaloo kohta kuna nende asutuste töö sisu ei hõlma neid aspekte. Nende käest koguti infot vaid kava kolmanda osaga, mis on tulevikku vaatav ning kogub infot vajaduspõhiste muudatuste jaoks, et haiglate tööd optimeerida ja koostööd tulemuslikumalt suunata.

Andmete kogumiseks võttis uurimistöö teostaja valimisse valitutega meili teel ühendust ning jagas infot koostatavast tööst, küsis nõusoleku, mis ka nõusolekuvormi allkirjastamisega kinnitati ning leppis kokku intervjuu toimumise aja. Intervjuud toimusid märtsist septembri kuuni. Algselt olid intervjuud kavandatud ja planeeritud ainult märtsi kuusse, kuid erinevate

asjaolude kokkulangevuse ning intervjueeritavate tihedalt planeeritud, kuid jooksvalt muutuvasse töökavasse sobiva aja leidmine osutus oodatust keerulisemaks ning seetõttu venis andmete kogumine septembri kuusse.

Uuritavatel oli igal ajahetkel võimalik uuringus osalemisest loobuda ning jätkamise soovi küsiti korduvalt. Intervjuu kestvuseks planeeriti 30 minutit kuni 1 tund ning uurimistöö teostaja arvestas ajaplaanis ka igale intervjuule lisaaega, et vältida info katkemist kui intervjueeritav soovib planeeritust pikemalt infot jagada. Kõik intervjuud toimusid veebikeskkonna Microsoft Teams vahendusel ning salvestati sama keskkonna poolt pakutavate lahendustega. Intervjuud ja transkribeeritud hoiustati Tartu Ülikooli serveris ning neile oli juurdepääs ainult uurimistöö koostajal ja juhendajatel. Edasi kasutati töös andmete analüüsimiseks ainult transkribeeritud tekstifaile mida oli peale intervjuu ülekuulamist vajadusel liigsete kirjavahemärkide ja üneemide eemaldamisega grammatiliselt keelepärasemaks töödeldud.

5.3.3 Andmete analüüs

Kõik intervjuud on salvestatud ning info analüüsimise eesmärgil transkribeeritud Tallinna Tehnika Ülikooli Küberneetika Instituudi foneetika- ja kõnetehnoloogia laboris väljatöötatud tehnoloogiat ja mudeleid kasutava kõnesüntesaatori abil (47). Intervjuud on läbiviidud ainult käesoleva magistritöö koostamise eesmärgil ning intervjueeritavatega on allkirjastatud teadliku nõusoleku vorm. Ühegi intervjuu salvestised ega transkribeeritud ei ole mitte ühelgi muul moel kasutatavad ega avaldatavad kui ainult antud uurimistöö koostamise tarbeks. Transkribeeritud väljavõtete tegemiseks on intervjuud jagatud kahte gruppi, millest esimeses on TTO-de esindajad ning teises grupis riigiasutuste esindajad.

Intervjuude analüüs toimus temaatilise analüüsi meetodil, mille eesmärgiks on andmetes peituvate tähenduste ja arusaamade ehk teisisõnu teemade väljaselgitamine, et uurida, mida ja kuidas räägitakse leidmaks andmetes esinevaid korduvaid mustreid (40,42,48,49). Teemaatilist analüüsi kasutatakse sageli kvalitatiivse uurimismeetodi puhul kuna see võimaldab analüüsida väga erinevaid uurimisküsimusi ja valdkondi. Selline lähenemine põhineb faktilisel perspektiivil, mille puhul eeldatakse, et andmed on enamvähem täpsed ja tõesed tegelikkuse väljendajad (44,49). Andmeanalüüsile läheneti deduktiivselt, mis on teooriast ja/või varasematest uurimustest lähtuv analüüs, mida iseloomustab konkreetsete uurimisküsimuste olemasolu ning analüüsikategooriate loomine enne analüüsi põhiosa läbiviimist. (50)

Transkribeeritud töödeldi andmekogumiteks MAXQDA Analytics Pro (2024) analüüsi programmi abil, mis võimaldab sarnased andmekogumid kodeerida märksõnade alla ning hiljem selle abil teha väljavõtteid tekstidest ning koostada koodipuu. (51)

6 Tulemused

6.1 Maailmas kasutusel olevad PREMId ja PROMId

Kirjanduse põhjal kogutud info näitab, et erinevad patsiendikogemuse ja raviotuse kogumise hindamisvahendid on andnud olulist lisaväärtust mitmel pool maailmas ning neid kasutatakse üha enam mitmetasandiliste tervishoiualaste otsuste tegemisel näiteks patsiendihooldusel haiglaravil, raviteekondade planeerimisel tervishoiuasutustes ning nende korraldamisel riigi tasandil. (33)

Patsiendikogemus kui mõõdetav ja hinnatav näitaja kombineerub paljudest erinevatest mõjuteguritest sealhulgas isiklikul tunnetusel elukvaliteedi muutusel terviseseisundi suhtes ja tervishoiusüsteemis aset leidvatest sündmustest. (14,15)

Nagu varem mainitud, jagunevad patsiendi poolt hinnatud raviotuse hindamisvahendid geneerilisteks ja haigusspetsiifilisteks (10,24), millest geneerilised vahendid võimaldavad hinnata inimese tervist terviklikult võttes arvesse kõiki temal esinevaid seisundeid ja haigusi. Samuti on sellised hindamisvahendid kasutatavad elanikkonna erinevates rühmades. 2022 aastal koostatud kirjanduse süstemaatiline ülevaade toob välja 80 ravi või elukvaliteedi rahulolu mõõtvat artiklit (26).

Rahvusvaheliselt tuntumad geneerilised hindamisvahendid on Ameerika Ühendriikides loodud SF36, mis on tänaseks vabavarana kättesaadav ning kasutusel paljudes riikides (6). Eestis on täna kasutusel sama vahendi vabavaraline uusversioon RAND–36, mis loob füüsilise ja vaimse tervise hindamiseks summaarskoorid (6). Viiest küsimusest koosnev küsimustik EQ–5D võimaldab hinnata üldist tervist kuues erinevas valdkonnas ning suudab tuvastada 243 erinevat seisundit on maailmas kasutusel 150–s erinevas keeles (6,10). 2021 aastal loodud MHQoL küsimustik täiendab eelnevalt nimetatud hindamisvahendeid vastavalt saadud tulemusele vaimse tervise sekkumiste soovitustega. (27)

Haigusspetsiifilised hindamisvahendid kajastavad konkreetse terviseseisundi sümptomeid ja raskust ning võimaldavad sel viisil hinnata ravi tulemuslikkust, kuid ei võimalda saada ülevaadet inimese üldisest terviseseisundist. Ühed enamlevinud haigusspetsiifilised hindamisvahendid on kujundatud Ühendkuningriigi teadlaste poolt reumatoidartriidile koostatud elukvaliteedi küsimustik RAQoL (28–30), mis on kasutusel 24s erinevas keeles ning diabeedipatsientidele suunatud DQOL, mis on kasutatav nii I kui ka II tüüpi diabeeti põdevatel patsientidel (31).

6.2 Ekspertide vaated tagasisidesüsteemile Eesti suuremates haiglates

6.2.1 Tagasisidesüsteemi kujunemise ajalugu

Patsiendikogemuse kujunemise ajalooline taust ulatub Eesti taasiseseisvumise aega 90–ndate aastate alguspooles kui uurimistöös osalenud asutused tunnetasid vajadust muudatuste ja uuenduste järele peale patsientidelt kaebuste saamist ja nendest kerkinud probleemidele keskendumist. Leiti, et kõige otsesem tee parima muudatuseni jõudmiseks oli tagasiside küsimine patsientidelt, millega erinevad asutused omal moel mõnda aega toimetasid. Konkreetsema raami tagasisidestamiseks andis Tervisekassa (tolleaegne Haigekassa) poolt nõuete kujundamine ning vastava määruse jõustumine 90–ndate aastate lõpus, mis lõi eeldused tagasiside kogumise ühtlustamiseks.

Kõigepealt alustatigi kaebuste, tänuavalduste ja ettepanekute menetlemisest ja nüüd viimaste aastate jooksul hakati rohkem uurima ikkagi ka patsientide rahulolu ja ka patsiendiohutust seda nii patsiendiohutuskultuuri uuringuna ehk siis töötajatelt kui ka patsientidelt. (kvaliteedijuht grupis 1)

Tagasisidestamine on üks oluline osa kvaliteetse teenuse pakkumisel, sest hindab teenust tarbija vaatest.

Patsiendi tagasiside on üks osa ainult kvaliteedijuhtimissüsteemist, et aja jooksul kindlasti on patsiendikesksust – inimkesksust toodud kogu teenuse osutamise protsessi minu hinnangul aina rohkem juurde. (patsiendikogemusejuht grupis 1)

Algusaastatel oli selline lähenemine võõras nii teenuseosutajatele endile kui ka patsientidele kes ei olnud sellist arvamuse küsimist harjunud andma ning võttis aega enne kui see niiõelda normaliseerus ning seega asjakohasemaks ja ausamaks muutus.

Sest esimesed aastad oli ka see, et eks esiteks oli patsientidele võõras, kõik toimus paberikandja teel, oli meile ka võõras ja patsiendid olid ettevaatlikud vastamistel. /.../ oluline oli see oskus kes õdedest tugevamalt suutis selgitada seal kõrval, sest patsiendi jaoks on see väga võõras kui keegi küsib su käest, kuidas sulle meeldis siin olla? Kas sa said abi? Kas sa said ravimeid? Kas sa ootasid pikalt järjekorras? Et need küsimused olid uued sellel ajal. (kvaliteedijuht grupis 1)

Tagasisidestamine on kvaliteedisüsteemis olulisel kohal olnud varasemalt ning on seda jätkuvalt ka tänapäeval. Kui varem oli asutuste saadud tagasiside vajalik eeskätt puuduste likvideerimiseks, siis tänases olupildis on see abivahend uuenduste formuleerimisel.

6.2.2 Tagasisidesüsteemi arengu hetkeolukord

Patsiendilt tagasiside küsimine on tänapäeval haiglatele loomulik protsess, mida on järgemööda läbiviidud ja aja jooksul parendatud ning kliendisõbralikumaks muudetud. Iga asutus mugandab oma küsimustikud siiski enda vajadustele ja teenustele vastavalt sobivamaks. Kõik teenusepakkujad tõdevad, et tagasiside, nii positiivne kui negatiivne, on vajalik abivahend sarnaste olukordade ennetamiseks ja korduvate protsesside vältimiseks. Tagasisidestamise kogumisel on teenusepakkujad võtnud eeskujuks välismaiseid küsimustikke, mida on aja jooksul enda asutusele vastavalt mugandatud.

Asutused kasutavad tagasiside küsimiseks sarnaseid küsimustikke, mille nad on omavahelise koostöoga saavutanud on siiski lähenemised ja lahendused esile kerkinud murekohtade lahendamiseks asutuste siseselt erinevad.

/.../ meil on üle haiglate loodud selline kvaliteedijuhtide töörühm ja seal arutatakse ka näiteks rahulolu-uuringut, küsimusi, ankeete ja samas ka analüüsitakse neid uuringuid, uuringute tulemusi analüüsitaksegi koos üle Eesti, ehk siis võrreldakse haiglatega omavahel. (kvaliteedijuht grupis 1)

Kuigi küsitlusi korraldatakse üldjuhul koostöös loodud ankeetide alusel siis neist saadavad tulemused käsitletakse asutustes erinevalt. Kuna asutused on suuruselt ja struktuuridelt erinevad on ka visioon, kuidas kaebusi lahendatakse, erinev.

/.../ minu arvates erineb väga suurelt, ma arvan nii põhjalikult nagu meil ei ole mitte kuskil mujal. Minu jaoks on tähtis, et see on keskne, kui meil tuleb kaebus mingisse osakonda siis mina olen põhimõtteliselt selle vastu, et see on ainult selle osakonna asi. /.../ kogu süsteem peaks ühtemoodi hästi töötama ja me läheme parandustegevust tegema ikkagi üle maja, mitte selles konkreetses osakonnas. Üldjuhul me leiame ikkagi süsteemivea sealt. Kas on mingit juhendit või mingit töökorraldust või mingit reaalselt asja vaja muuta. (kvaliteedijuht grupis 1)

Haiglate Liidu poolt on 90–datel aastatel kokku kutsutud kvaliteedijuhtide töörühm, mis koondab enda alla haiglate kvaliteedivaldkonna esindajad ning mille eesmärk on tuua ühtsust TTO–de töösse patsientidega ning neilt saadud tagasisidega. Tugevat koostööd tehakse sarnaste tagasisideküsimustike loomiseks, mis võimaldabki koguda sarnaseid andmeid, et neid oleks võimalik sarnaste kriteeriumitega võrrelda.

/.../ me teemegi kõik koos ja iga haigla ei leiuta midagi üksinda, vaid me täiendame üksteist. Et mõtleme koos, et kusagil haiglas on see kompetents võib olla tugevam ja siis me saamegi seda kompetentsi nii-öelda ka väiksematesse haiglatesse tuua. (kvaliteedijuht grupis 1)

Poliitikakujundajate vaatest on selline detailne koostöö kogemuste vahetamise mõttes väga hea eeldus lahenduste leidmiseks, kuid on teisest küljest ka ohtlik, kuna asetab tagasiside andja üsna piiritletud raamidesse ning seetõttu ei pruugi saadud tulemus olla päris täpne.

/.../ need on sellised küsimused, et sa saadki väga positiivsed vastused ehk tegelikult see küsimustik väga hästi ei toimi, sest tegelikult ongi see, et väga head tulemused on kõikidel asutustel – siis tekibki eriti küsimus, et kas tõesti on kõik nii hästi või siis ikkagi küsimustik toimib või ei toimi. (intervjueeritav grupis 2)

Aja jooksul on töörühma kooskäimine loonud võimalused kokkusaamisteks ja kogemuste vahetamiseks ning see omakorda on andnud eeldused ühtsete koostöösuundade leidmiseks nii omavahelises koostöös kui ka riigiüleste ettepanekute tegemises valdkonna arendamiseks.

/.../ ma arvan, et ongi ikkagi kaks asja, üks on lihtsalt puhas kogemuste vahetamine, õppimine ja jagamine, aga teine meie suurem roll on pigem ühiste seisukohtade esitamine erinevatele riiklikele asutustele. (kvaliteedijuht grupis 1)

Kokkuvõtvalt saame öelda, et mida enam saavad uuringus osalenud TTO–d konstruktiivset tagasisidet seda oskuslikumalt ja tulemuslikumalt selle abil eelkõige enda asutuse siseseid parendusi tehakse.

Tänases tervisesüsteemis on suur muutus patsiendi enda rollil tema raviootuse ja ravikogemuse kujunemises. Patsiendikeskses tervishoius on patsiendi vajaduste, väärtuste ja eelistustega arvestamine ning patsientide kaasamine otsustusprotsessi patsiendikogemuse parandamisel vältimatu osa ning TTO–d näevad selle valdkonna arenguvajadust kuna praegu hinnatakse patsientide osalust ravi planeerimisel pigem madalaks ning selle põhjusena tuuakse välja tervishoiutöötajate oskuste vähesust patsiendi kaasamisel ravi planeerimisse.

No täna ta on kindlasti väiksem, kui ta olla võiks. Ja mina näen küll pigem seda, et meie, ettevalmistus väga pikka aega tervishoius on selline hästi erialakeskne ja sellest tulenevalt ei olda valmis patsiendiga kõiki aspekte arutama just temast lähtuvat. (kvaliteedijuht grupis 1)

Patsientidelt kogutakse erinevatel viisidel infot raviootuse ja ravikogemuse kohta, et hinnata nende rahulolu ja raviotsuste toimimist. Tagasisidet koguti esialgu paber kandjal, mille patsient sai kodus täita ja hiljem haiglasse tagastada, kuid see tekitas olukorra kus aja möödudes antud tagasiside ei olnud enam nii relevantne. Kogu tagasisidesüsteem on tänu innovaatilistele lahendustele tänapäeval muutunud kiiremaks ja vahetumaks. Suurimaks muutuseks tagasisidestamises on küsimustike lühenemine ca 60–lt küsimuselt ligikaudu (sõltub asutusest) 10–le.

./.../ täna me enam ei küsi 55 küsimust, sest inimene lihtsalt ei jõua neile vastata ja kogu selle infoga ei ole ka midagi peale hakata. Fookus läheb olulisest välja. ./.../ Aga üks huvitav on jällegi tagasi vaadata ja üks see info ka peegeldab selle aja ravitöö kurnatust ka üldiselt. (kvaliteedijuht grupis 1)

Innovatsioonilisemaks muutuseks on aga digilahendused tagasiside küsimiseks mis on suures osas paberandjal küsimustikud tänapäevaks välja tõrjunud.

Digilahendustega ja paberandjal, aga me oleme tegelikult nüüd uued küsitlused ikkagi teinud digitaalselt enamjaolt. Meil on erinevad viisid kuidas seda tehakse, aga põhimõtteliselt me teeme intervjuusid siis kui palume tagasisidet kui sul on vahetu kontakt olnud. (patsiendikogemusejuht grupis 1)

Patsientide tagasisidet küsivad teenusepakkujad konkreetsete muudatuste või suuremate muutuste ellu kutsumise eesmärgil, et iga praeguse ja tulevase patsiendi teekond läbi raviasutuse oleks võimalikult tulemusrikas ja rahulolu pakkuv. Üldiselt kogutakse tagasiside vastavalt raviasutuse osakonnale kus patsient viibib või mida ta vahetult külastab ning suuremaid rahuloluküsitlusi korraldatakse harvem.

./.../ ja siis teeme üle aasta selliseid põhjalikke pikemaid tagasisideuuringuid, et saada seda konkreetset tagasisidet kohe, millele me siis reageerime ja siis koostame ka põhjalikumad ülevaated. Ja teiseks on meil patsiendinõukogu kus me küsime ka tagasisidet erinevate arendusprojektide kohta. Et oleks arvestatud patsiendi soovidega. (patsiendikogemusejuht grupis 1)

Olukorra üldpilt näitab, et intervjuudest saadud andmed on homogeenised ning seda tingib hetke olukord riigis. Asutused on kõik sarnases olukorras, kus tunnistavad, et ühtseid juhendeid on vaja ning nende loomise ootus on riigistruktuuridega koostöös arendamisel.

Et ühelt poolt meil ei ole väga selgelt täna mingisuguseid ühiseid riiklikke suuniseid kokku lepitud, aga teisalt ikkagi tervishoiuteenuse üleselt võiks mingisuguse standardi kokku leppida ja vastavalt sellele siis ka kuskile minema hakata, keegi võiks olla omanik sellel teemal, et keegi hoiaks kätt pulsil või kes siis ikkagi tegeleb ravikvaliteedi kui sellisega üleselt. (ravijuht grupis 1)

Teenuseosutajad nendivad, et kasutavad praegu patsiendikogemuse ja tema ravitulemuse hindamiseks kõiki käepäraseid vahendeid, mis on mitmeti puudulikud ja kahjuks väga ressursikulukad. Samuti tuuakse suure puudusena välja asjaolu, et kogutavad andmed ei laeku samasse andmebaasi, mis muudab andmete korduvkasutamise väga keerukaks ja samuti ajakulukaks. Seetõttu tuntaksegi puudust nii patsiendile kui ka teenuseosutajale sarnaselt täidetavast ja kasutatavast keskkonnast.

./.../ Põhiline probleem ongi selles, et kõik need andmed ei laeku mitte EHL-i (haigla infosüsteemi), kus oleks kõik asjad ühes kohas vaid klõpsid erinevate rakenduste, programmide ja akende vahel, mis on kindlasti suur puudus. See võtab kohe väga palju ajaressurssi või tahtmise üldse nende andmetega tegeleda./.../ aga selline unistus, et meil oleks ühel hetkel selline PREM ja PROM-de töölaud olemas nii patsiendi jaoks,

näiteks terviseportaalis täitmiseks kui ka meie tervishoiutöötajate jaoks. (patsiendikogemusejuht grupis 1)

Kokkuvõtvalt saame öelda, et koostöö kogemuste ja praktikate vahetamises on asutuste vahel juba pikka aega hästi toimunud. See liidab valdkonna eksperdid ühtsete eesmärkide saavutamiseks meeskonnaks, kes on heaks partneriks riigiasutustele vajalikele muutustele sisendite andmiseks. Selline toimimisviis on oluline, et saavutatud tulem oleks kõigile TTO-dele ühtselt mõistetav ning igakülgset läbimõeldud lahendused annaksid võimalused riigiüleltselt andmete võrdlemiseks ning ootuste saavutamiseks.

6.3 Ekspertide vaated uuendusvõimalustele

Uuringus osalenud asutused tunnetavad patsientide võimestamise ning kaasamise vajadust otsustusprotsessidesse, et tagada neile parim ootuspärane ravi. Selle saavutamiseks vajatakse asutuste endi hinnangul praeguse ja tulevase personali spetsiifilisemat koolitamist just osapoolte suhtlemisoskuse arendamisel.

Ühelt poolt kindlasti on see, et meil oleks väga palju vaja suhtlemiskoolitusi. /.../ ja mitte ainult see, et me koolitame tulevasi spetsialiste, õdesid ja arste, nende põhiõppes või ka siis juba erialaõppes aga me peame koolitama tegelikult juba täna olemasolevaid inimesi ja ennekõike seda suhtlemise poolt, et mida üldse teha, et teenuse osutamine patsiendile paraneks. (ravijuht grupis 1)

Teenuseosutajad on täna liikumas järjest enam koostööle patsiendi endaga tema ravi planeerimisel, kuid tuntakse, et patsiendid ise ei ole veel nii avatud suhtumisega, et võtaksid vastutuse enda tervises seisundite tekkimise, süvendamise või parandamise ees.

/... on kindlasti oluline, et patsient on sinu partner oma terviseprotsessis. Et, see küsimus kindlasti vajab tervikuna rohkem tähelepanu /.../ ja teiselt poolt jällegi on vaja siin ka ühiskonna ootust inimesele tervikuna, sina vastutad ise oma tervise eest – see peaks olema nii–öelda mõlemasuunaline ikkagi, et toimuks muutus. (õenduse ja patsiendikogemuse juht grupis 1)

Uuringus osalenud teenusepakkujad ja poliitikakujundajad tõdevad, et hästi ja kiirelt toimima hakkavad muutused on need mis saavad alguse teenusepakkuja enda algatusel millele eelneb vajadus leida lahendus esile kerkinud probleemile.

/.../ selleks ei ole vaja mingit riigi poliitikat, et öelda: "vaata, et inimene saaks normaalselt teenust." Näiteks vähiraviteekonna osas alguses selgus jahmatavaid fakte selles mõttes, et keegi polnud seda isegi lähemalt vaadanud. Nüüd on neil nõustamisliin mis on väga–väga mõistlik. /.../ see ongi selles mõttes tegelikult see inimlik pool, mida teenuse osutaja saaks ise väga suures osas korraldada vastavalt oma tingimustele. Ja selles mõttes tegelikult sellised inimlikud lähenemised ei saa mitte kunagi ülevalt suunisena tulla. (intervjueeritav 1 grupis 2)

Soovitud muutuste elluviimise võimalustena näevad uuringus osalejad vajadust kaasata enam ja sisuliselt (õigel ajal, sisulist tagasisidet andes) patsiente ja nende esindusorganisatsioone, et leida see perspektiiv kuidas jõuda tulemusliku patsiendi kaasamiseni tema raviteekonnal parima tervisetulemi saavutamiseks.

/.../ me saame neid samu rahuloluküsitlusi nende peal piloteerida, kuidas neil tunnetus on ja nii edasi, et meil selline patsientide hääl on olemas, küll aga need kümmekond inimest ei esinda kõiki Eesti patsiente või kõiki maailma patsiente, nad ikkagi esindavad ennast või oma lähedasi, oma kogemusi selle juures. (õenduse ja patsiendikogemuse juht grupis 1)

Töötada välja patsientide teenusekogemuse ja tervisetulemite hindamisvahendite metoodika, et vastavat infot koguma ja kasutama hakata. Ühtemoodi kogutud andmed annavad võimaluse nendest saadud infot ka riigiülesele võrrelda ning leida sarnaseid või erinevaid mustreid ning sealt edasi töötada välja võimalikud muudatused kas asutuste siseselt või üleselt.

Esiteks oleks tarvis mõõta teeninduskogemust samadel alustel. Et täna mõned asutused kasutavad samu nii-öelda küsimustikke ja mõned kasutavad siis eraldiseisvaid. See regulaarsus on erinev ehk, et üldse mitte rääkides sellest, et mis võiks patsiendi jaoks olla parem vaid kõigepealt peaks alustama sellest, et me teaks, kus me tegelikult üldse oleme oma teenusekultuuriga. Et me tegelikult ei tea, see on see vastus, et tuleks alustada sellest patsiendi teenuse kogemuse mõõtmisest. (intervjueeritav 2 grupis 2)

Haiglatele on vaja valdkonnaga tuttavaid juhte, kes oskaksid liita nii kliinilise spetsiifika kui ka ühiskondliku sisu. Kuigi haiglate töö on spetsiifiline ning nõuab kogu süsteemi mõistmiseks ja adekvaatsete otsuste tegemiseks valdkonnas orienteerumist, siis on asutus ikkagi äriiline ettevõtte ning seetõttu peab juht oskama näha kahe eri valdkonna sidusust.

/.../ Ja teiseks: meil kusagil ei koolitata haigla juhte. Et tegelikult peaks olema Eestis ka üks väga korralik haigla juhtide, õendusjuhtide kool kes tõenduspõhiseid sekkumisi ja uusi innovatsioone tegelikult ka aitaks juurutada. Tippjuhid peaksid vahetuma vähemalt iga viie kuni kümne aastaga. Siis tekib meil selliseid juhte ka rohkem ja on võimalik rohkem neid erinevaid nägemusi ellu viia. (intervjueeritav 1 grupis 2)

Riigi ja poliitika juhtimine mõjutab tahestahtmata kõiki riigis toimivaid süsteeme. Püsivate muutuste loomiseks on vaja motiveerivat keskkonda ning püsivat toetust. Et tervisesüsteem oleks jätkusuutlik peab ka riigipoliitika ja selle ajendil tehtud otsused olema tervist toetavad ja tervist mõjutavates aspektides läbimõeldud. Iga uus koalitsioon ei tohiks eelnevalt tehtud ratsionaalseid otsuseid kergekäeliselt ümber muuta.

Kui me räägime sellest, milline erakond parasjagu juhi positsioonis on või kui tihti nad vahetuvad ja järjepidevus seal puudub, siis jah, see võib olla küll probleem, et soliidset takerduvad mingid olulised määrused, seaduseelnõud, otsused. See on küll kindel viis, et lihtsalt kui see järjekindlus ära kaob ja tulevad uued mõtted hakatakse jälle otsast peale ja see ongi see mis meie protsesse on kõvasti aeglustanud kohati. (õenduse ja patsiendikogemuse juht grupis 1)

Intervjuudest selgub positiivne tõdemus, et üldjuhul siiski juba kokkulepitud muudatusvaldkondi väga kergelt muutma ei kiputa, samas tõdetakse, et aspektid millel veel siduvat kokkulepet ei ole kipuvad kahjuks otsustajate „laualt maha libisema“.

/.../ selles kontekstis need suunad mis kokku lepitakse üldiselt minu hinnangul jäävad samaks. Aga samas need suunad, kus üldse pole kokkuleppeid seal on küll see küsimus, et kui seltskond poliitikas vahetub kas nüüd järgmine korjab üles või ei korja. Või kui ollakse liiga lühikest aega valitsuses, et siis ei jõuagi midagi üles korjata. Sellel kujul mõjutab küll jah, et need asjad mis täitsa vajavad muutuseid, et siis ei pruugi neid tulla. (patsiendikogemusejuht grupis 1)

Mitte ükski uuringus osalenud asutus ei jätnud muutuste saavutamiseks mainimata rahalise ressursi vajadust, kuid kuna see on asi mida on täna igas süsteemis vähe tuleb seda eriti asjakohaselt kasutada.

/.../ ma võib-olla ütleksin siukse mõtte kui on eelarve kriisiolukord riigis siis tuleks alati rahaliselt jätta ruumi nendele lisategevustele, mis lühemas või pikemas perspektiivis aitavad ikkagi midagi võita näiteks tervena elatud eluaastaid. (intervjueeritav 2 grupis 2)

Intervjueeritavad toovad puudusena välja puuduliku vastutuse jagunemise nii töökorralduses asutuste vahelisel koostööl kui ka riigistruktuurides endis.

/.../ vastutuse jagunemine on mõneti ebaselge, et kes ja millisel tasandil erinevaid muutuseid juhib ja ellu viib. Eriti tugevalt mina tunnetan seda kvaliteedi teemade puhul. Riigil ei ole pikka strateegiat kvaliteedi kontekstis, asutuste rollid on mõnel juhul täpselt ära kirjeldatud mõnel juhul ei ole neid rolle näiteks seadusandluses üldse. (intervjueeritav 2 grupis 2)

Eesti on astunud erinevaid samme tervisesüsteemi arendamisel ning sealhulgas üheks silmapaistvamaks sammuks on koostöö OECD-ga mille raames valmis tervisesüsteemi hindamise raamistik ning sellest tulenevalt edasised teema arendused.

Täna me täidame seal samasugust rolli nagu teised asutused kes on kaasatud, meil on erinevate asutuste vahel ära jagatud indikaatorid, et igal indikaatoril on mingi asutus nii-öelda omanik, kes vastutab selle kirjeldamise ja tulemuste valmimise eest. (intervjueeritav 2 grupis 2)

Intervjuudest selgub, et indikaatorite kirjeldamise järgselt valmiv aruanne avaldatakse 2025 aasta sügiseks, vahetult enne KOV valimisi, et üks oluline sihtrühm, poliitikud, saaksid just selle kõige värskemata info milliste aspektidega on vaja kiiresti tegelema hakata.

/.../ ilmselt me ajatame ta nende valimiste-elsesse aega, et seda infot saaks ikka poliitikud. See on ka tegelikult natuke seda tüüpi nügimine, et me näitame need nõrgad kohad ära ja sellega näitame mil moel oleks tegelikult panustust vaja selleks, et mingisugune osa paremaks läheks. (intervjueeritav 1 grupis 2)

Intervjuudest välja tulnud aspekte kokku võttes näeme, et nii teenuseosutajad kui ka poliitikakujundajad on astumas ühtseid samme esile kerkinud probleemkohtade lahti rääkimises ning lahenduste leidmiseks. Ühiselt tõdetakse, et on suuremaid ja väiksemaid muresid mille lahendamine peaks olema prioriteet ning lahendustest tulenevalt saaks ka vajalikke ressursse asjakohasemalt kasutada.

7 Arutelu

Käesolevas töös uuriti Eesti suuremate haiglate tagasisidesüsteemi kujunemist ja arengut eesmärgiga saada ülevaade hetkeolukorrast ning selle alusel näha või kujundada tulevikuperspektiive vajalike muutuste osas.

Esimese alaeesmärgina kirjeldati maailmas juba kasutusel olevaid hindamisraamistikke, mille abil on erinevad riigid saavutanud ootuspäraseid muutusi tervisesüsteemides. Kirjanduse ülevaate koostamine andis väärtusliku sisendi järgnevat alaeesmärkide teostamiseks.

Teine alaeesmärk avab Eesti haiglate tagasisidesüsteemi kujunemise ja arengu läbi ekspertide kogemuste ning annab ülevaate hetkeolukorrast.

Kolmas alaeesmärk oli ekspertide vaadete alusel analüüsida Eestis kasutatavaid PROM ja PREM hindamisvahendeid.

Töö on koostatud valdkonna ekspertide vaatest ehk intervjuud on üles ehitatud viisil, mis võimaldab näha teenuste tarbijate tagasiside olulisust vajaduspõhiste muudatuste loomiseks valdkonna toimivuse parendamiseks. Koostatud uurimistöö läheneb lahendusvõimalustele horisontaalselt ja sellest tulenevalt toob välja asjaosaliste poolt nimetatud vajadused, mis võiks olla otseseks suuniseks riikliku tasandi muutuste loomiseks.

Uurimistöö tulemused näitavad, et asutuste tagasisidesüsteemid on tekkinud sarnastel alustel ning on seetõttu ka sarnase ülesehitusega. Kui esmalt pöörati oma töö kvaliteedile tagasiulatuvalt tähelepanu alles peale kaebuste saamist, siis järgnevatel kümnenditel on teenuseosutajate eesmärgiks saanud patsiendi poolsete kaebuste ennetamine ehk teadlikult on pööratud tähelepanu pakutavate teenuste ohutusele ja parima ravitulemuse saavutamisele. Selliselt kujunenud kvaliteedikontroll on andnud eeldused kvaliteedisüsteemi ühe olulise osa – tagasiside küsimise võidukäiguks, mille abil on tänapäevaks enamik teenuseid kliendisõbralikumaks muudetud. Olenemata ühtsetest printsiipidest tagasiside kogumiseks on TTO-de visioonide erinevusest tulenevalt saadud tulemustel põhinevad lahendused siiski asutuste põhiselt erinevad.

Samuti selgub intervjuudest saadud info põhjal, et tagasiside küsimist korraldavad teenuseosutajad samuti sarnastel alustel ning haiglavõrgu arengukava (HVA) põhistel asutustel on tugev omavaheline koostöö info kogumiseks ja selleks kasutatavate küsimustike ühtlustamisel. Siiski nendivad osalenud asutused, et paremaks info kogumiseks on vajalik välja töötada kindla struktuuriga hindamisvahend, mis on patsiendile ja teenuseosutajale üheselt mõistetav ning seejuures ka lihtsasti täidetav. Ka riigikontrolli audit toob välja asjaolu, et

patsiendi tervisetulemeid ja teenuskogemusi üldjuhul ei koguta ega kasutata tervishoiuteenuste kujundamisel ja rahastamisel(52). Seda võib seostada asjaoluga, et Eesti tervisesüsteemis täna puuduvad PROM ja PREM hindamisvahendid mille abil kogutud info põhjal tervishoiuteenuseid kujundada saaks. Oluline on aga nentida, et väga ühtelaadi küsimustikud tagasiside- ja rahuloluküsitlusteks loovad kahjuks pinnase väga sarnaste tulemuste saamiseks, mis ei pruugi adekvaatse info saamiseks olla täielikult tõesed.

Koostatud töö toob välja asjaolu, et patsientide kaasatus nende enda ravi planeerimisse on väga madal ja ebakvaliteetne, mis tõstatab olulise vajaduse patsiendikeskse õppe ja/või tulemusliku koolitusvajaduse järele. Et seda vajadust ja koolitust planeerida on oluline kaasamise aspekti täpsemalt uurida ja kaardistada. Samale murekohale viitab ka riigikontrolli audit (52) millest selgub, et patsiente ja nende esindusorganisatsioone ei kaasata piisavalt otsustusprotsessidesse ning ühtlasi möönab, et seda arengut toetavad oskused ja sihiseadmised on olnud ebapiisavad. Tänapäevaks on Eesti astunud mitmeid samme ühtse süsteemi loomiseks ning sarnaselt TTO-de asutusepõhiste kogemuste mõõtmiseks kasutatud välisriikide eeskujud on rakendatud ka riiklikusse planeerimisse.

Intervjuudest saadud info toob välja asjaolu, kus osapooled näevad probleeme vastutuse jagunemisel või määramisel. Hetkeseisuga on poliitikakujundajate ja teenusepakkujate vahel justkui „nokk kinni, saba lahti“ olukord kus poliitikakujundajad ootavad initsiatiivi vajalike muutuste algatamiseks teenuse osutajatelt ning TTO-d ootavad muutuste elluviimiseks kindlaid juhiseid poliitika kujundajatelt. Probleemkohaks osutub tõsiasi, et kui muutuste saavutamiseks osapooltest keegi teadlikku vastutust ei võta, siis jäävad tulemused ka selle taha toppama.

Intervjuudest selgub tõsiasi, et riigiülel on probleemkohaks infovahetuse puudulikkus. Seda kinnitab asjaolu, et osad intervjuudes osalenud asutustest ei ole saanud infot erinevate edukate ettevõtmiste või projektide kohta, mis on teis(t)es asutustes kasutusele võetud. Heaks näiteks siin on PAIK ja KLAABU projektid, millest esimene paneb ühe meeskonnana inimeste heaks tööle tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna osapooled: perearsti, pereõe, eriarsti, kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja ja apteekri, kogukonna ja perekonna. Teise eesmärk on hõlbustada ja kiirendada inimeste ligipääsu vaimse tervise ravile kus esmased abivajajad pääseksid vastuvõtule 28 päeva jooksul. Nendest projektidest saadud info oleks väärtuslikuks sisendiks kõikidele TTO-dele teenuste parendamiseks.

Edasist uurimist ja arendamist vajavad nii geneerilised kui haiguspetsiifilised hindamisvahendid. Täna Eestis puudub ühtsus patsientide käsitlemisel ning seetõttu on patsientide teenuskogemused erinevate TTO-de juures väga erinevad, kuid ühtse struktuuri ja juhendi järgi toimides muutuks eelduste kohaselt ka patsiendikogemus kogu riiki katvate TTO-

de juures ühtlasemaks. Täna on Tervisekassa koostanud ülevaate PROM ja PREM hindamisvahendite valimise kriteeriumitest, mille põhjal Eesti saab luua meie tervisesüsteemi sobituvaid ja hindamist lihtsustavaid tööriistu. Samuti on OECD abil pandud alus riikliku tervisesüsteemi hindamise vahendite loomiseks. Need hindamisvahendid annaksid täna toimivale tervisesüsteemile adekvaatse hinnangu ja kiirendaksid ning täiustaksid edasist süsteemi parendamist ja vajalikke ümberkorraldusi.

Kuna vastava teema kohta puuduvad Eestis täpsed juhised on vajalik teemat edasi uurida ning riigitasandil ühtsed ja toimivad lahendused leida. Töö tugevuseks saab pidada asjaolu, et PROM-de ja PREM-de loomine on saanud üleriigiliseks prioriteediks ning koostatud töö toetab nimetatud hindamisvahendite kiiremat arendamist ja kasutuselevõttu kuna avab valdkonna ekspertide kaudu olulisi aspekte vajalike muutuste loomiseks mida jätkusuutlikku süsteemi liita.

Koostatud uurimistöö nõrkuseks võib pidada loodetust ja planeeritust vähem intervjuusid. Kuigi töö planeerimine ja ajaraami seadmine jättis ootamatult ette tulevate olukordade jaoks küll lisaaega, siis selgus, et valimisse valitud kontaktide tiheda ja kiirelt muutuvate tööülesannete vahele intervjuuks ajaakna tekitamine osutus ka neile endile keerulisemaks ning seetõttu jäi osalenud valim oodatust väiksemaks.

Kuna uurimistöö intervjuu-uuring keskendus Eesti suurematele haiglatele, siis ei saa olla kindel, et töö koostamisel saavutati saturatsioonipunkt ning rohkemad intervjuud lisateemasid ei oleks andnud.

Magistritöö temaatilist sisu analüüsi teeks tugevamaks kui analüüsijaid oleks vähemalt kaks, mis võimaldaks võrrelda koodide ühesugust mõistmist. Kuna antud magistritöös on vastutav uurija iseseisvalt läbinud kõik töö etapid, võib töös paratamatult tekkida ühe vaate kallutatust.

8 Järeldused ja ettepanekud

Käesoleva magistr töö tulemuste põhjal võib järeldada:

1. Kirjanduses leiduva info alusel on PROM ja PREM hindamisvahendite hulk maailmas juba üsna suur ning vajadus nende kasutusele võtuks on kasvutrendis.
2. Eesti ekspertidelt saadud info kohaselt on tagasisidesüsteem järjepidevas muutuses ning toimivad lahendused peaks jõudma laiapõhjalisemalt TTO–de igapäevatöösse.
3. Uuringus osalenud eksperdid tõdeavad, et Eesti tervisesüsteemi parendamiseks vajame PROM ja PREM hindamisvahendeid, mis võimaldaks patsientidelt samadel alustel andmeid koguda.

Magistr töö tulemuste põhjal esitatakse järgnevad ettepanekud:

1. Eesti tervisesüsteemi parendamiseks on vaja luua ühtne struktuur patsiendi–kogemuse ja tervisetulemi andmete kogumiseks ja hindamiseks.
2. Luua püsiv tervise poliitika, et saavutada stabiilsus ja tervist toetavate valikute, otsuste, seaduste või määruste jms loome oleks püsiv ja tagasipööramatu ka valitsusk koalitsiooni muutudes kus tervise valdkond ei pruugi olla prioriteetsete valdkondade seas.
3. PREM ja PROM hindamisvahenditega seonduvat teemat võiks uurida ka tervisekeskuste, hambaarstikeskuste, füsioterapeutide, kliiniliste logopeedide ja teiste sarnaste teenusepakkujate hulgas.

9 Kasutatud kirjandus

1. Maaailma Terviseorganisatsioon [Internet]. 2025. Available from: <https://www.who.int/>
2. Hu W, Li T, Cao S, et al. Influence of Nurse-Led Health Education on Self-Management Ability, Satisfaction, and Compliance of Elderly Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease Based on Knowledge, Belief, and Practice Model. *Comput Math Methods Med*. 2022;2022.
3. Minvielle E, Fierobe A, Fourcade A, et al. The use of patient-reported outcome and experience measures for health policy purposes: A scoping review in oncology. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2023 Mar;129:104702. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0168851022003165>
4. Haiglavõrgu arengukava. [Internet]. Tallinn; 2003 Apr. Available from: <https://www.riigiteataja.ee/akt/13353001>
5. Eesti tervishoiu arengusuunad aastani 2020. Tallinn; 2008.
6. Lai T. Ülevaade peamistest üldist tervisega seotud elukvaliteeti mõõtvatest küsimustikest ja nende kasutamisest Eestist. 2012;
7. Tervisekassa. Patsiendi hinnatud tervisetulemite ja teenuskogemuse rakendamine Eesti tervisesüsteemis. Tallinn; 2023 Feb.
8. Bull C, Byrnes J, Hettiarachchi R, et al. A systematic review of the validity and reliability of patient-reported experience measures. *Health Serv Res*. 2019 Oct 1;54(5):1023–35. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1475-6773.13187>
9. Knapp A, Harst L, Hager S, et al. Use of Patient-Reported Outcome Measures and Patient-Reported Experience Measures Within Evaluation Studies of Telemedicine Applications: Systematic Review. *J Med Internet Res* [Internet]. 2021 Nov 17;23(11):e30042. Available from: <https://www.jmir.org/2021/11/e30042>
10. Kingsley C, Patel S. Patient-reported outcome measures and patient-reported experience measures. *BJA Educ*. 2017 Apr;17(4):137–44.
11. Wolff AC, Dresselhuis A, Hejazi S, et al. Healthcare provider characteristics that influence the implementation of individual-level patient-centered outcome measure (PROM) and patient-reported experience measure (PREM) data across practice settings: a protocol for a mixed methods systematic review with a narrative synthesis. *Syst Rev* [Internet]. 2021 Dec 9;10(1):169. Available from:

- <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-021-01725-2>
12. Ernst SCK, Steinbeck V, Busse R, Pross C. Toward System-Wide Implementation of Patient-Reported Outcome Measures: A Framework for Countries, States, and Regions. *Value in Health*. 2022 Sep;25(9):1539–47.
 13. Mihaljevic A L, Michalski C, Kaisers U, et al. Patient-centeredness. *Die Chirurgie* [Internet]. 2022 Sep 7;93(9):861–9. Available from: <https://link.springer.com/10.1007/s00104-022-01629-4>
 14. Oben P. Understanding the Patient Experience: A Conceptual Framework. *J Patient Exp*. 2020 Dec 31;7(6):906–10.
 15. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*. 2013 Jan 3;3(1):e001570.
 16. Kim EJ, Nam IC, Koo YR. Reframing Patient Experience Approaches and Methods to Achieve Patient-Centeredness in Healthcare: Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jul 27;19(15):9163.
 17. De Rosis S, Cerasuolo D, Nuti S. Using patient-reported measures to drive change in healthcare: the experience of the digital, continuous and systematic PREMs observatory in Italy. *BMC Health Serv Res*. 2020 Dec 16;20(1):315.
 18. Egholm CL, Jensen S, Wandel A, Hørder M. The implementation of the 2017 national policy on patient-reported outcomes in Denmark: An overview of developments after six years. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2023 Apr;130:104755. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0168851023000581>
 19. Garratt A. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BMJ*. 2002 Jun 15;324(7351):1417–1417.
 20. Roberts G, Cahill A, Lawthom C, et al. Protocol for a realist and social return on investment evaluation of the use of patient-reported outcomes in four value-based healthcare programmes. *BMJ Open*. 2023 Apr 27;13(4):e072234.
 21. Harle CA, Lipori G, Hurley RW. Collecting, Integrating, and Disseminating Patient-Reported Outcomes for Research in a Learning Healthcare System. *eGEMs (Generating Evidence & Methods to improve patient outcomes)* [Internet]. 2016 Jul 7;4(1):13. Available from: <https://up-j-gemgem.ubiquityjournal.website/articles/136>
 22. Agency for Healthcare Research and Quality. What is patient experience? 2024.
 23. Churruca K, Pomare C, Ellis LA, Long JC, Henderson SB, Murphy LED, et al. Patient-reported outcome measures (PROMs): A review of generic and condition-specific measures and a discussion of trends and issues. *Health Expectations* [Internet]. 2021 Aug

- 5;24(4):1015–24. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hex-.13254>
24. McAllister M, Dunn G, Payne K, et al. Patient empowerment: The need to consider it as a measurable patient-reported outcome for chronic conditions. *BMC Health Serv Res*. 2012 Dec 13;12(1):157.
 25. Kerry MJ, Volken T, Biller-Andorno N, et al. A Swiss digital Delphi study on patient-reported outcomes. *Swiss Med Wkly [Internet]*. 2023 Nov 1;153(11). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37988458/>
 26. James KA., Cadel L, Hitzig SL, et al. Patient-reported outcome measures for medication-related quality of life: A scoping review. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2022 Sep;18(9):3501–23.
 27. Van Krugten FCW, Busschbach JJV, Versteegh MM, Hakkaart-van Roijen L, Brouwer WBF. The Mental Health Quality of Life Questionnaire (MHQoL): development and first psychometric evaluation of a new measure to assess quality of life in people with mental health problems. *Quality of Life Research [Internet]*. 2021 Feb 1 [cited 2025 May 4];31(2):633. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8847188/>
 28. Eberhardt K, Duckberg S, Larsson BM, et al. Measuring health related quality of life in patients with rheumatoid arthritis - Reliability, validity, and responsiveness of a Swedish version of RAQoL. *Scand J Rheumatol*. 2002;31(1):6–12.
 29. Whalley D, McKenna SP, De Jong Z. Quality of life in rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol*. 1997;36(8):884–8.
 30. Tammaru M, Strömpl J, Maimets K, Hanson E. The value of the qualitative method for adaptation of a disease-specific quality of life assessment instrument: the case of the Rheumatoid Arthritis Quality of Life Scale (RAQoL) in Estonia. *Health Qual Life Outcomes [Internet]*. 2004 Dec 4 [cited 2024 May 2];2:69. Available from: </pmc/articles/PMC544852/>
 31. Burroughs TE, Desikan R, Waterman BM, Gilin D, McGill J. Development and Validation of the Diabetes Quality of Life Brief Clinical Inventory. *Diabetes Spectrum*. 2004 Jan 1;17(1):41–9. Available from: <https://dx.doi.org/10.2337/diaspect.17.1.41>
 32. Brito Fernandes Ó, Péntek M, Kringos D, et al. Eliciting preferences for outpatient care experiences in Hungary: A discrete choice experiment with a national representative sample. Quaipe M, editor. *PLoS One [Internet]*. 2020 Jul 31;15(7):e0235165. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0235165>

33. Sawatzky R, Kwon JY, Barclay R, et al. Implications of response shift for micro-, meso-, and macro-level healthcare decision-making using results of patient-reported outcome measures. *Quality of Life Research*. 2021 Dec 2;30(12):3343–57.
34. Li Q, Liu T, Zhang S, Miao X. Illness perception and treatment experience in patients with gout: a descriptive qualitative study. *Clin Rheumatol* [Internet]. 2022 Apr 1;41(4):1185–95. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35013834/>
35. Rahvatervise seadus [Internet]. Riigi Teataja. Available from: www.riigiteataja.ee
36. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. Riigi Teataja.
37. Terviseamet. Tervishoiutöötajate registreerimine.
38. OECD. The Development of the Estonian Health System Performance Assessment Framework [Internet]. Tallinn; 2023. Available from: <https://www.sm.ee/sites/default/files/documents/2022-09/Eesti%20tervishoiusüsteemi-%20hetkeolukorra%20analüüsi%20raport%20-%20inglise%20keeles.pdf>
39. Health System Performance Assessment Framework for Estonia. OECD; 2023.
40. Chenail R. How to Conduct Qualitative Research on the Patient's Experience. *The Qualitative Report*. 2014 Nov 11;
41. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007 Sep 16;19(6):349–57.
42. Bauer M, Gaskell G. *Qualitative Researching with Text, Image and Sound*. 6 Bonhill Street, London England EC2A 4PU United Kingdom : SAGE Publications Ltd; 2000.
43. Measuring patient experiences (PREMS)|OECD. Available from: https://www.oecd.org/en/publications/measuring-patient-experiences-prems_893a07d2-en.html
44. Vaismoradi M, Turunen H, Bondas T. Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nurs Health Sci* [Internet]. 2013 Sep [cited 2024 Apr 24];15(3):398–405. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23480423/>
45. Moser A, Korstjens I. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *European Journal of General Practice*. 2018 Jan 1;24(1):9–18.
46. DeJonckheere M, Vaughn LM. Semistructured interviewing in primary care research: a balance of relationship and rigour. *Fam Med Community Health*. 2019 Mar 8;7(2):e000057.

47. Olev A, Alumäe T. Estonian Speech Recognition and Transcription Editing Service. *Baltic J Modern Computing* [Internet]. 2022 [cited 2024 Mar 26];10(3):409–21. Available from: <https://doi.org/10.22364/bjmc.2022.10.3.14>
48. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, et al. Standards for Reporting Qualitative Research. *Academic Medicine*. 2014 Sep;89(9):1245–51.
49. Castleberry A, Nolen A. Thematic analysis of qualitative research data: Is it as easy as it sounds? *Curr Pharm Teach Learn*. 2018 Jun;10(6):807–15.
50. Wasti SP, Simkhada P, van Teijlingen E, Sathian B, Banerjee I. The Growing Importance of Mixed-Methods Research in Health. *Nepal J Epidemiol*. 2022 Mar 31;12(1):1175–8.
51. VERBI Software. Available from: <https://www.maxqda.com/products/maxqda-analytics-pro>
52. Riigi tegevus tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamisel. Tallinn; 2024 Mar.

Health system performance evaluation indicators and description and analysis of the quality system in major hospitals in Estonia

Ave Vainu

Summary

The research paper is designed as qualitative study to describe the nature and use of PROM and PREM metrics in use in the world. Estonia wants to supplement and improve its health systems, and it plays an important role in structuring and harmonizing these metrics.

The objective of this thesis was to explore the expectations from Estonian hospitals to government strategies to become using PROM and PREM indicators to improve Estonian health system. The study involved 8 hospitals and 2 governmental institutions, and data was collected through semi-structured personal interviews conducted online, recorded, and transcribed. Deductive thematic analysis approaches, was employed to analyse the data, with data coding and consolidated reports facilitated by the MAXQDA Analytics pro 2024 program. which allows similar datasets to be coded under keywords and later used to extract texts and create a code tree.

Based on the results of which the views and assessments of healthcare service providers on their own work and the general situation were compared. From the interviews of governmental institutions, data was collected on further steps planned at the state level in order to analyze the coincidence of the needs of healthcare service providers and the state's decisions.

The results show that healthcare service providers need a quality assessment tool built with a specific structure, and most of the respondents pointed out shortcomings in information exchange.

Based on the results of the research, conclusions have been drawn up and proposals have been made to improve the structures of the Estonian health system.

Tänuavaldus

Täna juhendajaid Katrin Langi, Liisa Saaret ja Mari–Liisa Parderit kaasa mõtlemise, soovitude ja juhendite eest töö koostamisel ning Ele Kiiske otsistrateegia loomise toetamisel.

Pereliikmeid, kes toetasid ja julgustasid mind kogu õpinguaja vältel.

Tööandjat, kes võimaldas paindlikku tööaega õpingute vältel ning kaastudengeid toetuse ja julgustuse eest.

Curriculum vitae

Ees-ja perenimi: Ave Vainu
Sünniaeg: 03.09.1986
Kodakondsus: Eesti
E-post: ave.vainu@gmail.com

Hariduskäik:

2022–2025 Tartu Ülikool, rahvatervishoid (magistrikraad)
2013–2016 Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, Bsc (tervisedendus)
2006–2009 Suupohjan Ammatti Instituutti, kutseõpe (audio-visuaalne meedia)
1993–2005 Pärnu-Jaagupi Gümnaasium, (keskharidus)

Keelteoskus:

eesti keel emakeel
inglise keel B2

Töökogemus:

2022–... Pärnu-Jaagupi Lasteaed Pesamuna, õpetaja
2019–2022 Pärnu-Jaagupi Lasteaed Pesamuna, õpetaja-abi
2020–2024 Tervise Arengu Instituut, Tervist Edendavate Koolide koordinaator

Erialane enesetäiendus:

29.09–05.10.2021 Vaimse Tervise Esmaabi, MTÜ Peasjad, 20 akad.tundi

Ühiskondlik tegevus:

2022–2024 Eesti Tervisedenduse Ühing, juhatuse liige
2016–... Eesti Tervisedenduse Ühing, liige

Lisad

Lisa 1. Otsistrateegiad

Otsistrateegia nr 1:

((("Patient Reported Outcome Measures"[Mesh] OR "patient reported outcome measures"[Title/Abstract] OR "patient reported experience measures"[Title/Abstract] OR patient-reported outcomes[Title/Abstract] OR patient-reported indicators[Title/Abstract] OR care experience[Title/Abstract] OR care Outcome[Title/Abstract]) AND (care quality[Title/Abstract] OR health systems[Title/Abstract] OR health services[Title/Abstract] OR quality[Title] OR "Quality of Health Care"[Mesh] OR "Surveys and Questionnaires"[Mesh])) AND (health policy[Title/Abstract] OR "Policy"[Mesh])

Otsistrateegia nr 2:

((("Patient Reported Outcome Measures"[Mesh] OR "generic patient reported outcome measures"[Title/Abstract] OR "patient reported experience measures"[Title/Abstract] OR generic patient-reported outcomes[Title/Abstract] OR generic patient-reported indicators[Title/Abstract] OR generic care experience[Title/Abstract] OR generic care Outcome[Title/Abstract]) AND (care quality[Title/Abstract] OR health systems quality[Title/Abstract] OR health services quality[Title/Abstract] OR life quality[Title/Abstract] OR quality[Title] OR "Quality of Health Care"[Mesh] OR "Patient-Centered Care"[Mesh:NoExp] OR "Surveys and Questionnaires"[Mesh] OR "Quality of Life"[Mesh])) AND (health policy[Title/Abstract] OR "Policy"[Mesh])

Lisa 2. Intervjuukava

Uurimisküsimused TTO–dele ja riigiasutustele

1. Tagasisidesüsteemi kujunemine ja ajalugu

Millal alustati Teie asutuses teenusekvaliteedi tagasisidestamisega?

Kirjeldage tagasisidestamise vajaduse tekkimist.

Kuidas on see aja jooksul muutunud?

Kui palju erineb või sarnaneb asutuste vaheline tagasisidestamise ülesehitus?

Milline on koostöö teiste haiglate kvaliteediosakondadega?

Millised on koostöös tugevused?

Kas ja millised on koostöö osas puudused?

2. Patsiendi (ravi)ootused ja patsiendi(ravi)kogemus

Millist tähendust omab teie jaoks patsiendi raviootus ja ravikogemus?

Kirjeldage üht tüüpilist patsiendi raviteekonda, milline roll selles on patsiendi raviootusel ja ravikogemusel täna? Milline oli olukord enne kui Teie sellel ametikohal alustasite?

Milliste vahenditega teie asutus hindab täna patsiendi raviootust ja ravikogemust?

Milliseid andmeid te kogute?

Kuidas neid andmeid muutuste loomiseks kasutate?

Milline olupilt teie arvates meil praegu selles valdkonnas Eestis on?

3. Uuendusvõimalused – tulevik

Milliseid muutuseid oleks teie arvates vaja Eesti haiglate teenusekultuuris?

Miks need on vajalikud?

Millised on teie arvates peamised keerukused Eesti tervisesüsteemi muut(u)misel?

Miks need on takistuseks?

Kuidas neid muutuseid võiks/peaks teie arvates ellu viima?

Milline on teie nägemus patsientide võimalusest muutuste protsessi suunata?

Milline roll on teie arvates uuendusprotsessis riigipoliitikal?

Miks riigipoliitika takistab uuendusi?

Kuidas teie arvates riigipoliitika saaks uuendusi soodustada?

Lisa 3. Koodipuu

1. Teenuseosutajate tagasisidestamise algus ja areng:

1.1. Tagasiside küsimise vajaduse tekkimine

1.2. Tagasisidestamise areng ajas

2. Tagasiside küsimise sarnasused ja erinevused teenusepakkujatel

2.1. Sarnasused

2.2. Erinevused

2.3. Koostöö

3. Patsiendi raviootus ja ravikogemus

3.1. Patsientide roll ootuste saavutamisel

3.2. Patsientide ravikogemuse kujunemine

3.3. Patsiendikogemuse kogumine ja hindamine

4. Uuendusvõimalused

4.1. Vajalikud muutused

4.2. Muutuste elluviimise võimalused

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Ave Vainu,

1. Annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Patsiendi raviootuse ja –kogemuse hindamisvahendid ning tagasisidesüsteemi kirjeldus ja analüüs Eesti suuremates haiglates”, mille juhendajad on Katrin Lang, Liisa Saare ja Mari–Liisa Parder reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
2. 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.
3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Ave Vainu

26.05.2025