

**Tartu Ülikool
Tervishoiu instituut**

**TERVISHOIUTEENUSTE KVALITEEDI TAGAMINE EESTI
HAIGLATES**

Magistritöö rahvatervishoius

Jane Alop

Juhendaja: Kaja Põlluste, MPH, Tartu Ülikooli sisekliiniku teadur

Tartu 2006

Magistritöö tehti Tartu Ülikooli tervishoiu instituudis.

Tartu Ülikooli rahvatervise kraadinõukogu otsustas 15. mail 2006 lubada väitekirja rahvatervishoiu magistrikraadi kaitsmisele.

Oponent: Kalev Karu, MD,
kutsemagister MQI (Master in Health Care Quality Improvement),
AS Lasnamäe Tervisekeskus peaarst

Kaitsmine: 14. juunil 2006. aastal.

Sisukord

SISUKOKKUVÕTE	5
1. SISSEJUHATUS	6
2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE	8
2.1. Haigla roll tervishoiusüsteemis	8
2.2. Kvaliteet tervishoius	9
2.2.1. Kvaliteedi mõiste	9
2.2.2. Tervishoiu kvaliteet	10
2.2.3. Tervishoiu kvaliteet Eestis	11
2.3. Haiglad ja tervise edendamine	14
2.3.1. Tervist edendava haigla mõiste ja võrgustiku ideoloogia	14
2.3.2. Tervist edendavate haiglate standardid ja nende seos haiglate kvaliteedijuhtimissüsteemiga	15
2.3.3. Tervist edendavate haiglate liikumine Eestis	16
3. UURIMISTÖÖ EESMÄRGID	17
4. MATERJAL JA METOODIKA	18
4.1. Valimi moodustamine ja andmete kogumise meetodika	18
4.2. Andmete analüüs	19
5. TULEMUSED	21
5.1. Valimi kirjeldus	21
5.2. Tervishoiuteenuste osutajatele esitatud kvaliteedinõuete täitmine haiglas	22
5.2.1. Kvaliteedijuhtimissüsteemi olemasolu	22
5.2.2. Klienditeenindusstandardi olemasolu	22
5.2.3. Patsiendi rahulolu hindamine	23
5.2.4. Tüsistuste dokumenteerimine	25
5.2.5. Tegevusjuhiste olemasolu	27
5.2.6. Personali koolitus	28
5.3. TEH võrgustiku standardite jälgimine Eesti haiglates	28
5.3.1. Standard 1 – juhtimispoliitika	28
5.3.2. Standardid 2 ja 3– patsiendi hindamine ning patsiendi informeerimine ja sekkumine	33
5.3.3. Standard 4 – tervisliku töökoha edendamine	33
5.3.4. Standard 5 – järjepidevus ja koostöö	35
6. ARUTELU	38
6.1. Haiglate tegevuse vastavus tervishoiuteenuste osutajatele esitatud kvaliteedi tagamise nõuetele	39
6.2. Tervist edendavate haiglate võrgustiku põhimõtete rakendumine Eesti haiglates	42
6.3. Seos tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuete täitmise ja tervist edendavate haiglate võrgustiku põhimõtete rakendamise vahel	43
6.4. Kvaliteedi tagamise nõuete täitmise seos haigla liigiga	44
7. JÄRELDUSED	46
8. KASUTATUD KIRJANDUS	48
Lisad	51
Lisa 1. Küsitluslehe saanud haiglate nimekiri	51
Lisa 2. Küsimustik	52
Lisa 3. Patsientide kaebuste ja rahulolu uuringute tulemuste arvestamine haigla töö korraldamisel	57

Lisa 4. Patsientide tervise edendamisega seotud tegevuste rakendatus haigla juhtide hinnangul.....	59
Lisa 5. Tervist edendavate programmide teostamine TEH võrgustikuga liitunud ja mitteliitunud haiglate poolt.....	61
SUMMARY	63
TÄNUAVALDUSED.....	64
CURRICULUM VITAE	65

SISUKOKKUVÕTE

Töö eesmärk oli hinnata kvaliteedi tagamiseks vajalike tegevuste rakendatust Eesti haiglates ja kvaliteedi tagamise seost tervist edendavate haiglate (TEH) võrgustiku ideoloogia juurutamisega. TEH võrgustikuga on liitunud Eestis suurem osa aktiivravihaiglatest ja mõned hooldushaiglad.

Uuring hõlmas kõiki Tervishoiuameti tegevuslubade registrisse kantud Eesti haiglaid ja ühte TEH võrgustikuga ühinenud hooldekodu (n=54). Andmete kogumiseks saadeti küsitluslehed kõigi haiglate tippjuhtidele. Küsimustiku koostamisel võeti aluseks sotsiaalministri 15. detsembri 2004. aasta määrus nr. 128 “Tervishoiuteenuste tagamise nõuded” ja rahvusvaheline TEH standard. Küsitluse lõpuks tagastati 80% välja saadetud ankeetidest.

Uurimuse tulemusena selgus, et sotsiaalministri määrusega kehtestatud nõuded kvaliteedi tagamiseks ei ole täidetud kõigis haiglates. Suuremad puudused esinesid patsientide teavitamisega seotud valdkondades, aga ka tüsistuste dokumenteerimisel ja tegevusjuhiste koostamisel. Määruse nõuded olid nimetatud valdkondades paremini täidetud TEH võrgustikuga liitunud haiglates. Regulaarseid patsiendi rahulolu uuringuid teostati 83% TEH haiglatest ja 46% teistest haiglatest ($p<0,03$). Patsiendi rahulolu uuringuid ja uuringutulemuste kasutamist töö korraldamisel kirjeldati samuti rohkem TEH võrgustiku liikmeshaiglates. Raviga või diagnostiliste protseduuridega kaasnenud tüsistuste dokumenteerimise ja analüüsi süsteem oli rakendunud 71% tervist edendavates ja 33% TEH võrgustikuga mitte ühinenud haiglates ($p<0,03$). TEH haiglates on rohkem rakendatud ka mitmesuguseid tegevusjuhiseid. Nii patsiendi, personali kui ka paikkonna tervist edendavaid tegevusi teostati erineval määral kõigis haiglates. Kõigis TEH haiglates oli läbi viidud töökoha riskianalüüs, töötajate rahulolu oli hinnatud 89% TEH ja 41% teistes haiglates ($p<0,004$), koostöö patsientide organisatsioonidega toimus vastavalt 65% ja 35% haiglatest ($p<0,03$). TEH ideoloogia ja eesmärgid olid vähem tuttavad hooldushaigla juhtidele, suuremate haiglate puhul olulisi erinevusi ei ilmnenu.

Uurimuse järeldesteks on, et õigusakti olemasolu ei ole isenesest taganud kvaliteeti ja määrusega kehtestatud kvaliteedinõuded on TEH võrgustiku haiglates mõnevõrra paremini täidetud. Võrgustiku liikmeshaiglates pööratakse rohkem tähelepanu lisaks patsientide tervisele ka personali heaolule.

1. SISSEJUHATUS

Tänapäeva Eesti tervishoiusüsteem on mitmetasandiline. Esmatasandi ehk üldarstiabi teenuseid osutab perearst, spetsiifilisemate haiguste puhul tuleb pöörduda eriarsti poole. Eriarstiabi on korraldatud nii ambulatoorse kui statsionaarse teenusena. Haiglaravi sisaldab lisaks raviteenusele ka nn. hotelliteenust, mis muudab haiglaravi korraldamise keerukamaks ja kallimaks. Tervishoiu korraldamisel püütakse leida erinevaid teid kulude vähendamiseks – vähendada haiglapäevade arvu, kasutada rohkem päevakirurgia teenuseid jne, kuid nendel meetmetel on piiratud võimalused. Üha enam on nii tervishoiu korraldajad kui haiglarajad hakanud otsima võimalusi efektiivsuse parandamiseks kvaliteedisüsteemi kasutades. Tootmisest alguse saanud kvaliteedikontseptsioon on jõudnud teenindusse, avalikku sektorisse ja haiglatesse.

Haigla töö kvaliteet mõjutab populatsiooni tervist otseselt seal tehtava raviga. Kuid sama oluline on sõnum, mille haigla edastab nii oma patsientidele, personalile kui ka elanikkonnale. Mõistes just siin peituvat potentsiaali, on Maailma Terviseorganisatsioon algatanud tervist edendavate haiglate liikumise, mis on muutunud aktiivseks võrgustikuks, mille kaudu toimub kogemuste vahetus üle kogu maailma. Tervise edendamise idee on lihtne - mida rohkem me suudame haigusi ära hoida, seda rohkem jääb muu hulgas resursse juba haigestunud inimeste raviks. Haigla on koht, kus inimeste kontsentratsioon on suur (nii patsiendid kui personal) ja seega tervist edendava teavitustöö tegemiseks pole vaja sihtrühmani jõudmiseks teha suuri kulutusi. Lisaks on haigla üks suurema riskimääraga töökohtadest.

Kvaliteedi kontseptsiooni aluseks on rahulolev klient. Tervist edendava haigla ideoloogia rajaneb patsiendile, personalile ja paikkonnale eelduste loomisel tervise seisukohalt kõrge kvaliteediga eluks. Seega on nii kvaliteedijuhtimise põhimõtete kui ka tervist edendavate haiglate ideoloogia rakendamisel sarnane eesmärk – patsiendi heaolu ja võimalikult hea terviseseisundi saavutamine.

Eestis algas tervist edendavate haiglate liikumine 1999. aastal, enam-vähem samal ajal alustati Eestis ka Euroopa Kvaliteedijuhtimise Sihtasutuse (*European Foundation of Quality Management - EFQM*) poolt välja töötatud organisatsiooni täismudeli põhimõtete

kohandamist Eesti oludele. Alates 2001. aastast on Eestis toimunud Eesti Juhtimiskvaliteedi Auhinna konkurss, millel on igal aastal osalenud ka mõni tervishoiuasutus.

Käesolevas töös analüüsitakse ja võrreldakse nende kahe kontseptsiooni rakendatust ja nende omavahelisi seoseid Eesti haiglates. Kvaliteediga tegelemist haiglas on hinnatud lähtuvalt sotsiaalministri 15. detsembri 2004 aasta määrusest nr 128, mille täitmine on haiglatele kohustuslik. Tervist edendavate haiglate ideoloogia ja eesmärkide rakendamist hinnatakse aluseks võttes rahvusvaheliste tervist edendavate haiglate standardeid, mille järgimine on haiglale vabatahtlik.

2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE

2.1. Haigla roll tervishoiusüsteemis

Esimesed nn haiglad rajati 12ndal sajandil ning need olid religioosed, kloostrile kuuluvad institutsioonid, mis pakkusid abi vaestele, eakatele, psüühiliselt haigetele ja teistele abivajajatele. Esiplaanil oli majutamine, toitmine ja nakkushaigete isoleerimine, mitte haiguste ravi. 19 sajandil, kui hakkasid arenema aseptilised ja antiseptilised tehnikad, efektiivsem anesteesia, täienesid teadmised ja oskused kirurgias, muutus ka haiglaravi olemus (1). Tänapäeval on haiglad väga olulised tervishoiusüsteemi komponendid ja haiglate reformimisel on keskne koht tervishoiusüsteemi reformides. Haiglad kasutavad ära suure osa tervishoiueelarvest - Lääne Euroopa riikides ligikaudu 50% ja postsotsialistlikes riikides kuni 70%. Haiglatel on eriarstiabi osutajatena suur mõju tervishoiusüsteemile ja haiglates töötavatest spetsialistidest on saanud oma eriala liidrid. Haiglate baasil tehtav tehnoloogiline ja farmatseutiline arendustöö mõjutab kaudselt kogu populatsiooni (2).

2000 aasta aprillis valmis Sotsiaalministeeriumi tellimisel ja Maailmapanga rahastamisel *“Hospital Master Plan”* (HMP) ehk Eesti haiglate arengukava aastani 2015, milles kirjeldati Eesti haiglavõrku 1999. aasta seisuga ja anti soovitusid haiglavõrgu arenguks järgneva 15 aasta jooksul. Haiglate arengukavas esitatud põhimõtted seadustati 2001. aastal vastu võetud Tervishoiuteenuste korraldamise seaduses (3). Tarmo Bakler nimetas 2003. aasta Eesti Arsti erinumbris ühe HMP otsest rakendamist piirava tegurina asjaolu, et *“ettepanekute tegemisel on lähtunud arstiabi kvaliteedist ja majanduslikust otstarbekusest, pole arvestatud aga võimalikke regionaalseid huvisid olemasoleva haiglavõrgu säilimisel”* (4). Saavutamaks piisaval tasemel kvaliteeti, peab eri liiki haiglatel olema erineva suurusega, konkreetse haigla profiilile vastav teeninduspiirkond. Teeninduspiirkonna all mõistetakse arengukavas elanikkonda, kellele haigla on oma erialadel esmaseks erakorralise arstiabi osutajaks ja peamiseks plaanilise arstiabi osutajaks (3). 2002. aastal määratleti sotsiaalministri määrusega erinevate haiglatüüpide nõuded lähtuvalt Tervishoiuteenuste korraldamise seadusest (5). 2003. aastal kehtestati sotsiaalministri määrusega eriarstiabi ühtlase kättesaadavuse tagamiseks haiglate loetelu koos vajalike investeeringutega loetelus nimetatud haiglate ehitamiseks, renoveerimiseks ja ümberprofileerimiseks (6).

Kõik haiglad Eestis on eraõiguse alusel tegutsevad aktsiaseltsid või mittetulunduslikud sihtasutused ning nendel peab olema teenuse osutamiseks Tervishoiuametilt saadud tegevusluba. Enamik haiglaid on omavalitsuse omandis, kuid regionaalhaiglad on riigi asutatud. Sama ajal eksisteerivad ka erahaiglad, kuid need osutavad ainult eriteenuseid. Haiglatel on küllaltki suur autonoomia renoveerimise, personali värbamise, personali palkade ja finantsasutustelt laenude võtmise üle otsustamisel (7). Haiglate rahastamine toimub haigekassaga sõlmitud lepingute alusel, millele lisandub patsiendi omaosalus. 2005. aastal hüvitati haiglatele Eesti Haigekassa poolt statsionaarset raviteenust kokku summas 2,56 miljardit krooni (8).

Riigi poolt kontrolli all hoitud kulud tervishoiule on survestanud tervishoiusektorit sisemise efektiivsuse suurendamisele (perearstireform, haiglareform). Elanikkonna ootused arstiabi ulatuse ning tervishoiutöötajate ootused palkade osas on kasvanud, mille rahuldamiseks peab tervishoiusüsteemi sisemist efektiivsust oluliselt tõstma ja/või suurendama tervishoiu rahastamist (9). Peacoc ja kaasautorid defineerivad efektiivsust tegelike sisendite ja väljundite koguste suhte ja optimaalsete sisendite ja väljundite koguste suhte jagatisena (10). Eestis on tervishoiu efektiivsust vähe uuritud. Üheks vähestest on 2005. aastal Tartu Ülikooli majandusteaduskonnas kaitstud magistritöö, milles hinnati 19 haiglavõrgu arengukavas oleva haigla efektiivsust 2001-2003 aastate lõikes. Töö autor Kersti Esnar järelduse kohaselt ei tooda Eesti haiglad olemasolevate sisendite korral maksimaalset väljundit. Sisenditena vaadeldi kõnealuses töös arstide, õdede ja ülejäänud töötajate arvu ning aktiivravi voodite arvu. Väljunditeks olid ambulatoorsete vastuvõttude, operatsioonide, statsionaarsete ravipäevade ning ambulatoorsete ja statsionaarsete ravijuhtude arv (11).

2.2. Kvaliteet tervishoius

2.2.1. Kvaliteedi mõiste

Rahvusvahelise Standardiorganisatsiooni (ISO) definitsiooni kohaselt on kvaliteet määr, milleni olemuslike karakteristikute kogum täidab nõudeid ja nõue on vajadus või ootus, mis on üldiselt eeldatud või kohustuslik (12). Kvaliteedijuhtimise all mõeldakse kõigi organisatsiooni kvaliteediga seotud tegevuste koordineerimist, suunamist ja jälgimist püstitatud kvaliteedieesmärkide saavutamiseks (13).

Ajal, mil Soome oli Euroopa Liidu eesistujamaa, toimus tema eestvedamisel Helsingis Euroopa Kvaliteediorganisatsiooni (EQM) rahvuslike organisatsioonide esindajate kohtumine eesmärgiga piiritleda arusaamist kvaliteedist Euroopas. Üritusel osalejate hinnangul on süstemaatiline kvaliteedijuhtimine üks kõige tähtsamaid 20. sajandi organisatsioonilisi uuendusi, mis on teinud võimalikuks efektiivse tööstusliku tootmise, parandanud inimeste elu, sünnitanud rikkust ja väärtusi, tõstnud teadlikkust klientide vajaduste kohta ja inspireerinud töötajate osavõttu ja õigusi. Leiti, et süstemaatiline juhtimine on muutnud kvaliteedi eelindustriaalsest praktikast teaduslikuks metodoloogiks, luues teooriaid statistika, süsteemi dünaamika, õppimise, strateegia ja organisatsioonilise käitumise alusel (14). Udo Nabitzi ja kaasautorid peavadki üheks võimaluseks kasutada Euroopa Kvaliteediauhinna mudelit (inglise keeles *European Foundation for Quality Management – EFQM*) kõrgetasemelise tervishoiuorganisatsiooni loomisel (15).

2.2.2. Tervishoiu kvaliteet

Maailma terviseorganisatsiooni määratluse kohaselt on tervishoiuteenus kvaliteetne, kui see

- vastab patsiendi vajadustele ja ootustele,
- tagab patsiendi heaolu ja parima võimaliku tulemuse tervisele,
- vastab erialaselt aktsepteeritud nõuetele,
- vastab ühiskonna seadusandlikele ja eetilistele nõuetele,
- on osutatud põhimõttel maksimaalne tulemus võimalikult madalate kulutustega (16).

Kirjanduse allikates puudub konsensus tervishoiu kvaliteedi defineerimisel ja selles, kuidas seda mõõta. Charles D. Shaw ja Isuf Kalo arvates peaks iga riik identifitseerima oma legitiimsed ootused ja sobitama need tasakaalustatud ja vastutustundlikku tervishoiusüsteemi (17). Kõige sagedamini kasutatakse tervishoiusüsteemi kvaliteedi hindamisel Donabediani (18) poolt modifitseeritud industriaalset kontseptsiooni sisend-protsess-väljund. Tervishoiusüsteemi

- sisendiks on struktuur, mille moodustavad inim-, finants- ja tehnilised ressursid ja millest sõltub teenuse kättesaadavus ja võrdsus;
- protsess kirjeldab, kuidas ressursse kasutatakse mõjutades sellega efektiivsust, turvalisust, asjakohasust, jätkusuutlikkust, avatust;
- tulemuseks on populatsiooni tervis, kliiniline efektiivsus, vastavus ootustele ja kuluefektiivsus.

Charles D. Shaw ja Isuf Kalo hinnangul ei ole realistlik tegeleda kõigi nende dimensioonidega samaaegselt, vaid iga riik peaks defineerima oma üldise kvaliteedistrateegia (mis soovitavalt peaks vastu ka valitsuste vahetumisel), määrama prioriteedid ja seejärel koostama tegevuskava nende elluviimiseks (17). Maailma Terviseorganisatsioon püüab riike toetada tervishoiusüsteemide kvaliteediga tegelemisel arvestades turvalisust, asjakohasust, efektiivsust, aktsepteeritavust ja võrdsust (19).

Tervishoiusüsteemi kvaliteedi tagamiseks ja parendamiseks on erinevates riikides kasutatud erinevaid meetodeid. Haiglate kvaliteedi teema elav klassik John Øvretveit defineerib haigla kvaliteedistrateegiat kui pikaajalist (2-5 aastat) programmi patsiendi ja personali turvalisuse tõstmiseks ja haigla kvaliteedi parandamiseks. Oma 2003. aasta novembris avaldatud uurimuses püüdis ta leida tõendeid haiglas erinevate strateegiate olemuse, rakendamise ja tulemuste vaheliste seoste kohta. Toetudes mahukale kirjanduse analüüsile, jõudis Øvretveit järelduseni, et tõenduspõhiselt ei saa rääkida ühegi strateegia efektiivsusest, va kahel juhul, kus kasutati tervikliku kvaliteedijuhtimise (inglise keeles *total quality management* – TQM) tüüpi strateegiat, mis avaldas vähest mõju kahe aasta pärast. Uurimuse lõppu on lisatud soovitusel kvaliteeditegevuste kavandamisel. Esimese sammuna peale haigla kvaliteedi ja turvalisuse hindamist tuleks otsustada, missugust lähenemist kasutada ja kaaluda erinevaid strateegiaid, mis kohalduksid antud situatsioonile (20).

2.2.3. Tervishoiu kvaliteet Eestis

Tulenevalt tervishoiusüsteemi tsentraalsest planeerimisest ja juhtimisest puudus tervishoiuteenuse osutajatel Eestis kuni 1992. aastani sisuliselt vajadus tegeleda juhtimise kvaliteeti puudutavate küsimustega. Arstiabi kvaliteet tõusis Eestis, nagu mujalgi maailmas, päevakorda koos küsimusega ressursside kasutamisest ravikindlustussüsteemi käivitumisel (21). 1994. aastal kirjutasid oma eriala liidritena tunnustatud arstid Andres Ellamaa, Jüri Gross, Heino Kokk ja Rein Zupping: “*Käesoleval ajal puudub Eestis süsteem, mis tagaks arstliku tegevuse kvaliteedi hindamise ning tagamise. Selle tulemusena on haige (patsient) asetunud täielikku sõltuvusse arstkonnast. Puuduvad ka seaduslikud mehhanismid, mis tagaks haigele võimaliku tekitatud kahju hüvitamise teisalt ka arsti kaitse võimalike põhjendamatute pretensioonide eest. Arstil, kelle teenistuse ning antava arstiabi kvaliteedi vahel puudub seni otsene seos puudub ka otsene motivatsioon oma töökvaliteedi tõstmiseks. 1991.aastal rakendunud Ravikindlustusseadus on loonud edasiliikkamatu vajaduse alustada ravikvaliteedi kontrollimise ja tagamise programmide elluviimist ka Eestis.*” (22).

Aastatel 1995-1998 töötati Eesti Tervishoiuprojekti raames koostöös Hollandi valitsusega välja Eesti tervishoiu kvaliteedipoliitika. Kontseptsioon vaadati läbi Vabariigi Valitsuse 25. novembri 1997. aasta istungil (23). Paraku jäi see dokument valitsuse poolt kinnitamata, kuna riik ei soovinud olla rahastajaks Tervishoiu Kvaliteedi Keskusele, mille asutamist dokumendi koostajad vajalikuks pidasid. Sellest hoolimata on see dokument olnud paljudele tervishoiuasutustele nii õppematerjaliks kui töövahendiks kvaliteeditegevuste rakendamisel(21).

Kvaliteedinõuded tervishoiuteenuste osutajatele sõnastati esimest korda 2001. aastal vastu võetud ja 01.01.2002 jõustunud Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 56 alusel kehtestatud sotsiaalministri 20. detsembri määruses nr. 144. Määrusega kohustati tervishoiuteenuse osutajat välja töötama ja rakendama tervishoiuteenuste kvaliteedisüsteemi hiljemalt 31.detsembriks 2004 (24).

15. detsembril 2004. aastal andis sotsiaalminister välja uue määruse, millega tühistati nõue kvaliteedikäsiraamatu pidamiseks, kuid lisandus nõue, et tervishoiuteenuste osutajad peavad kvaliteedijuhtimissüsteemis käsitlema ka teenindamiskvaliteeti. Vastavalt kehtivale määrusele peab tervishoiuteenuse osutaja hindama patsientide rahulolu ja tagama organisatsiooni juhtimise ja töökorralduse kvaliteedi. Patsientidele tuleb teatavaks teha organisatsiooni klienditeeninduse standard, mis peab sisaldama kaebuste registreerimise ja lahendamise korda, patsientide õigusi ja kohustusi, suhtlemist patsiendi ja tema omastega, patsientide teavitamise korda. Professionaalse kvaliteedi tagamiseks ja riskide vähendamiseks peab tervishoiuteenuse osutaja protokollima tervishoiuteenuse osutamisel tekkinud transfusioonireaktsioonid, registreerima ravimite kasutamisel ilmnunud kõrvaltoimed jms. Eriarstiabi osutaja peab kehtestama tegevusjuhised haiglanakkuste kontrollimiseks ja vältimiseks, ravimite määramiseks, lamatiste vältimiseks, transfusioonravi korraldamiseks, patsiendi operatsioonieelse seisundi hindamiseks, kiirguse kasutamiseks diagnostika ja raviprotseduuride läbiviimisel. Tervishoiutöötajate arendamiseks ja pädevuse tõstmiseks tuleb koostada kalendriaastaks koolitusplaan (25).

2004. aasta sügisel kutsus Sotsiaalministeerium kokku 10-liikmelise töörühma, kelle ülesandeks oli Maailma Terviseorganisatsiooni kogemust kasutades koostada ministeeriumile ülevaade, milles on kaardistatud hetkeolukord tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise valdkonnas ja esitatud soovitusel edaspidiseks. Töörühma eestvedamisel korraldati

17. detsembril 2004. aastal seminar ja 2005. aasta alguses esitati Sotsiaalministeeriumile dokument “Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamine Eestis”, mis pidi olema aluseks tervishoiuteenuste kvaliteedisüsteemi strateegia koostamisel aastateks 2006-2010. Dokumendi koostajate hinnangul on õigusaktidega enamasti määratud struktuuri kvaliteedi nõuded, mõningal määral ka protsessi kvaliteedi nõuded. Lahendamist vajavateks valdkondadeks on autorite arvates kvaliteedialase tegevuse koordineerimine riiklikul tasandil, tervishoiuteenuste osutajate nõustamine ja juhendamine ning rahvusvahelise koostöö edendamine tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise valdkonnas (26).

Maailma Terviseorganisatsiooni eksperdi Bruno Bouchet hinnangul on Eesti tervishoiusüsteemis kvaliteedialased tegevused praegu (2004. aastal – autori märkus) tasakaalustamata – ülekaalus on regulatiivsed ja kontrollmehhanismid, kuid nende valdkondade areng, mis ei ole reguleeritud õigusaktidega, on ebapiisavalt koordineeritud (27).

Eesti Haigekassa seaduse §2 lg (2) p 4 järgi on haigekassa ülesandeks kontrollida tema poolt osaliselt või täielikult tasutavate teenuste kvaliteeti ja põhjendatust (28). Eesti Haigekassa põhikirja § 37 kinnitab piirkondliku osakonna pädevuseks kindlustatutele osutatavate tervishoiuteenuste kvaliteedi kontrollimise (29). Nende ülesannete täitmiseks on juhatus vastu võtnud otsuse, kus konstanteeritakse, et Eesti Haigekassa saab tervishoiuteenuste kvaliteeti mõjutada eelkõige tervishoiuteenuste osutajatega sõlmitud lepingute kaudu, kliente teavitades ja tagasisidesüsteemi toetades ning tervishoiuteenuste osutajaid motiveerides (30). Üheks selliseks tegevuseks võib lugeda 2005. aasta suvel Eesti Haigekassa initsiatiivi kutsuda kokku kuue suurema haigla esindajatest koosnev töörihm. Eesmärgiks oli analüüsida ja hinnata Maailma Terviseorganisatsiooni ekspertide poolt välja töötatud meetodika - *Performance Assesement Tool for quality improvement in Hospitals - PATH* (31), rakendamise võimalusi Eesti haiglate tegevuse kvaliteedi hindamiseks ja rahvusvahelises võrdlusrühmas osalemiseks (32).

2.3. Haiglad ja tervise edendamine

2.3.1. Tervist edendava haigla mõiste ja võrgustiku ideoloogia

Avalikkuse, poliitikute ja professionaalide rahulolematust tervishoiuteenustega on üldlevinud. See puudutab ravi kättesaadavust ja kestvust, kliinilist efektiivsust, patsiendi turvalisust, kaasnevaid kulusid, tarbija vastutust ja avalikustatust. Enamarenenud riigid on hakanud üha enam tähelepanu pöörama ennetusele, esmatasandi tervishoiule, tarbija kaasamisele ning valitsuse ja rahastajate poolsetele selgematele regulatsioonidele tervishoiu korraldamisel (17). Kuna arstiteaduse ja tehnika kiire areng on suurendanud haiglakulusid, hakati 20. sajandi viimastel kümnenditel otsima võimalusi kulude kontrollimatu kasvu piiramiseks ning tehti mitmeid uurimusi haiglaravi efektiivsuse ja seda mõjutavate tegurite kohta (1).

1993-1997 viidi Maailma Terviseorganisatsiooni poolt läbi pilootprojekt, et lisaks diagnostikale ja ravile pöörata rohkem tähelepanu tervise edendusele ja haiguste ennetamisele. Sellest tulenevalt hakati rohkem tähelepanu pöörama patsiendi ja personali tervisele ning tervist edendavatele tegevustele nii organisatsiooni kui paikkonna tasandil (33). Tervist edendavate haiglate kontseptsiooni tuleb mõista kui “vihmavarju”, mis ühendab erinevad meetodid fokuseerides eesmärgi haigla patsiendi, personali ja populatsiooni tervisele ja selle edendamisele. See kontseptsioon on sobilik, aktsepteeritav ja elluviidav väga erinevat tüüpi haiglates ja tervishoiusüsteemides (34). Tulenevalt Ottawa harta põhimõtetest tähendab tervise edendamise protsess haiglas olukorra loomist, kus nii patsiendil kui personalil on suurem kontroll ja vastutus oma tervise üle ja selle tulemusena paraneb ka paikkonna elanike tervis (35).

Erinevat liiki haiglad on huvitatud oma arengust mitmekülgses ja dünaamilises keskkonnas ning otsivad koostööks kontakte. Tervist edendavate haiglate võrgustik sobib selleks ideaalselt, pakkudes ka tervishoiukorraldajatele võimalusi kasutada haigla potentsiaali märksa laiemalt kui traditsiooniline ravitegevus (34). Võrgustiku kaudu toimub kogemuste vahetus nii paikkonna kui regiooni tasandil, leitakse ühised huvid ja ressursid, arendatakse sobilikke hindamissüsteeme ning moodustatakse kitsama valdkonna alavõrgustikke (1). Sagedamini pööratakse tähelepanu järgmistele valdkondadele: haigla hügieeni ja ohutuse tagamine, haiglainfektsioonide kontroll, patsiendi rahulolu uuringud, kirurgiliste teenuste kvaliteedi tagamine, kuid tervist edendava haigla suunaks võib olla ka näiteks töötervishoiu ja –ohutuse programmide või tubakavaba poliitika rakendamine haiglas (36, 37).

2.3.2. Tervist edendavate haiglate standardid ja nende seos haiglate kvaliteedijuhtimissüsteemiga

Tervist edendavate haiglate põhimõtete rakendamist saab vaadelda ka kui üht võimalust kvaliteedi arendamiseks haiglas, see on haigla kvaliteedisüsteemi loogiline osa. Paraku puudus kaua aega metoodika haiglate tervist edendava tegevuse süsteemseks hindamiseks. 2003. aastal kiideti Maailma Terviseorganisatsiooni töörühma poolt heaks tervise edendamise standardid haiglatele (38). Need standardid defineerivad eri etappide tervist edendavad tegevused ja vastutuse kogu patsiendi haiglas viibimise aja jooksul. Olles fokuseeritud patsiendile, personalile ja juhtimisele, määravad standardid erialaga, organisatsiooniga ja patsiendiga seotud kvaliteedi.

Standard 1 – juhtimispoliitika (inglise keeles *management policy*). Organisatsioonil on olemas kirjalik poliitika tervise edendamiseks. Seda poliitikat teostatakse osana kvaliteedi parendamise süsteemist ja selle eesmärk on parandada tervisealaseid tulemusi. Poliitika on suunatud patsientidele, omastele ja haigla personalile. Eesmärk on kirjeldada organisatsiooni tervist edendavate tegevuste raamistikku kvaliteedijuhtimise süsteemi lahutamatu osana.

Standard 2 – patsientide hindamine (inglise keeles *patient assessment*). Organisatsioon tagab, et tervisespetsialistid hindavad tervisedendusliku tegevuse vajadusi koos patsiendiga süstemaatiliselt. Eesmärk on toetada patsiendi ravi, parandada prognoosi ning edendada patsiendi tervist ja heaolu.

Standard 3 – patsiendi informeerimine ja sekkumine (inglise keeles *patient information and intervention*).

Patsiendile antakse informatsiooni haigust või tervist puudutavatest olulistest teguritest ja tervist edendav vahelesekkumine on sätestatud patsiendi raviprotsessis. Eesmärk on tagada, et patsient on kavandatud tegevustest informeeritud, selleks et aktiivse partnerluse kaudu tõsta patsiendi osalust kavandatud tegevustes ja integreerida tervist edendavaid tegevusi paranemisprotsessi.

Standard 4 – tervisliku töökoha edendamine (inglise keeles *healthy workplace*). Juhtkond tagab sellised tingimused, mis aitaksid luua haiglas tervisliku töökeskkonna. Eesmärk on toetada tervisliku ja ohutu töökoha loomist ning tervist edendavaid tegevusi personali jaoks.

Standard 5 – järjepidevus ja koostöö (inglise keeles *continuity and cooperation*). Organisatsioonil on olemas planeeritud ja pidev koostöö teiste tervisesektorite ja asutustega. Eesmärk on tagada koostöö partneritega tervist edendavate tegevuste integreerimisel kogu raviprotsessi (39).

Tervist edendavad standardid on suures osas kattuvad Euroopa Kvaliteedijuhtimise Sihtasutuse (*European Foundation for Quality Management – EFQM*) organisatsiooni täiuslikkusemudeli ja selle alusel välja töötatud Eesti Juhtimiskvaliteedi Auhinna mudeliga (40). Euroopas on mitmed haiglad rakendanud EFQM organisatsiooni täiuslikkusemudelit oma juhtimiskvaliteedi parandamiseks (15, 41), teadaolevalt on mudeli Eesti varianti rakendatud kolmes Eesti haiglas. Viimasel ajal on hakatud otsima võimalusi kvaliteedijuhtimise ja tervist edendava kontseptsiooni ühendamiseks. Näiteks Saksamaal on tervist edendavate haiglate võrgustiku algatusel alustatud projektiga, mille eesmärgiks on EFQM mudeli kohandamine TEH ideoloogiale (34).

Aasta-aastalt on laienenud nii võrgustik ise kui ka haiglasisesed tervist edendavad tegevused. Ei ole kahtlust, et tervist edendav tegevus haiglates on kasulik, kuid käesoleva ajani on siiski vähe tõenduspõhist infot selle kohta, et tervist edendavad haiglad oleksid paremad kui võrgustikuga mitte ühinenud haiglad (42).

2.3.3. Tervist edendavate haiglate liikumine Eestis

Eestis algatati TEH liikumine pilootprojektina juba 1999. aastal Tallinna Järve Haigla baasil, Eesti TEH võrgustik asutati 25. jaanuaril 2000. aastal. 2005. aasta alguseks olid võrgustikuga liitunud 20 haiglat, mis kõik kuuluvad ka Maailma Terviseorganisatsiooni rahvusvahelisse võrgustikku (33). Tervist edendavate haiglate projekti Eestis on finantseeritud Eesti Haigekassa eelarvest ning 2005. aastal teostati Tartu Ülikooli tervishoiu instituudis Eesti Haigekassa tellimusel projekti tulemuslikuse hindamine.

3. UURIMISTÖÖ EESMÄRGID

Töö eesmärgiks on analüüsida tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamiseks vajalike tegevuste rakendatust Eesti haiglates ning hinnata selle erinevust tervist edendavate haiglate võrgustikuga liitunud ja mitteliitunud haiglate vahel.

Uurimisküsimused:

- kuidas on Eesti haiglates täidetud sotsiaalministri 15. detsembri 2004. aasta määruses nr. 128 kehtestatud tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded?
- kuidas on rakendatud tervist edendavate haiglate võrgustiku põhimõtteid Eesti haiglates?
- missugused on seosed tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuete täitmise ja tervist edendavate haiglate võrgustiku põhimõtete rakendamise vahel?
- kas tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuete täitmine sõltub haigla liigist?

4. MATERJAL JA METOODIKA

4.1. Valimi moodustamine ja andmete kogumise meetoodika

Uuring on kirjeldav ja kvantitatiivne, andmete kogumiseks kasutati ankeetküsitlust. Uuring hõlmas kõiki Eesti haiglaid (n=53), mis olid uuringu toimumise ajal kantud Tervishoiuameti tegevuslubade registrisse ja ühte TEH võrgustikuga ühinenud hooldekodu (vt. lisa 1: nimekiri haiglatest, kellele väljastati küsimustikud). Uuring oli üks osa Eesti Haigekassa poolt rahastatava projekti “Eesti Tervist Edendavate Haiglate Võrgustik: väljakutsed ja võimalused 2004-2006” tulemuslikkuse hindamisest. Haiglate kontaktandmed saadi Tervishoiuameti tegevuslubade registrist (seisuga 09.veebruar 2005). Küsitlus toimus 2005. aasta veebruaris. Küsimustikud adresseeriti isiklikult haigla tippjuhile. Küsimustikule oli lisatud uuringu teostajate kontaktandmetega kaaskiri, milles selgitati uuringu eesmärgi, ja margistatud ümbrik küsitluslehe tagastamiseks uurimistöö läbiviijale. Nendele haiglajuhtidele, kes ei olnud tagastanud küsimustikku kaaskirjas esitatud tähtajaks, edastati telefoni ja elektronposti teel meeldetuletus.

Küsimustiku koostajateks olid magistritöö juhendaja Kaja Põlluste, Eda Merisalu Tartu Ülikooli tervishoiu instituudist, Lagle Suurorg SA Tallinna Lastehaiglast ja käesoleva töö autor. Küsimustiku koostamisel võeti aluseks sotsiaalministri 15. detsembri 2004. aasta määrus nr 128 “Tervishoiuteenuste tagamise nõuded” ja rahvusvaheline tervist edendavate haiglate (TEH) standard (39). Küsimustik sisaldas 24 küsimust või küsimuste rühma, uuritavaid tunnuseid oli kokku 66.

Küsimustik (vt. lisa 2) koosnes järgmistest osadest:

- haigla üldisloomustus (töötajate arv, voodikohtade arv);
- tervise edendamise ja kvaliteedi tagamisega seotud tegevused (kuulumine TEH võrgustikku, juhi informeeritus TEH tegevuste kohta, tervise edendamise ja kvaliteedi tagamisega seotud eesmärkide sõnastamine);
- patsiendi rahulolu hindamine ja patsiendi õpetus;
- professionaalse kvaliteedi tagamine (tüsistuste registreerimine, tegevusjuhiste olemasolu);

- personaliga seotud tegevused (personali rahulolu uuringud, töökoha riskianalüüs, koolitus);
- koostöö üldarstiabi ja kiirabi osutajatega ning patsiendiühendustega.

Küsimustiku sisemist kooskõla iseloomustava usaldatavuse (inglise keeles *internal consistency reliability*) hindamiseks kasutati Cronbach'i alfa koefitsienti, mis näitab tunnuste omavaheliste seoste tugevust ehk missugusel määral kõik kasutatud küsimused mõõdavad uuritavat valdkonda. Üht valdkonda mõõtvad küsimused peavad olema omavahel kooskõlas. Cronbach'i α kõrge väärtus ($\alpha \geq 0,80$) viitab sellele, et üksikute küsimuste omavahelised seosed on väga tugevad ja kasutatud küsimused dubleerivad üksteist. Kui alfa väärtus on liiga madal, s.t. $\alpha < 0,70$, tuleb iga üksikut küsimust eraldi analüüsida ning küsimused, mis viivad α väärtuse madalaks, küsimustikust välja jätta. Kui aga kõigi küsimuste puhul on seosed nõrgad, tuleks lisada skaalale rohkem väärtusi (43, 44).

Kogu küsimustiku Cronbach'i alfa väärtus oli 0,88. Küsimustiku erinevate osade analüüsimisel leiti järgmised väärtused:

- tervise edendamise ja kvaliteedi tagamisega seotud tegevused – 0,80;
- patsiendi rahulolu ja patsiendi õpetus – 0,83;
- professionaalse kvaliteedi tagamine – 0,90;
- personaliga seotud tegevused – 0,67;
- koostöö teiste tervishoiuteenuste osutajate ja patsiendiühendustega – 0,67.

4.2. Andmete analüüs

Uurimistöö on kirjeldav, empiiriline, kvantitatiivne ja osaliselt ka kvalitatiivne. Andmete analüüsimiseks kasutati tabelarvutusprogrammi Microsoft Excel 2000 ja statistikatarkvara paketti SPSS 10.0 for Windows. Andmete analüüsil kasutati sagedusanalüüsi. Rühmadevahelise erinevuse hindamiseks kasutati hii-ruut (χ^2) testi. Erinevus loeti oluliseks, kui $p < 0,05$.

Andmete esitamisel on arvesse võetud asjaolu, et mõned küsitletud olid jätnud osa küsimusi vastamata. Seetõttu on tunnuste sagedusanalüüsi tulemustes esitatud ka iga tunnuse puhul vastanute arv n.

Kuna ankeedis olid ka mõned avatud küsimused, siis seda osa analüüsiti kvalitatiivselt. Kvalitatiivne analüüs põhines süsteemsel subjektiivsel lähenemisviisil, et kirjeldada vastajate kogemust. Tulemused jaotati kategooriatesse. Iga kategooria pealkirjastati ja toodi näiteid ankeetidest, sõnastust mitte muutes.

5. TULEMUSED

5.1. Valimi kirjeldus

Küsimustiku kaaskirjas esitatud tähtjaks laekusid vastused 25 haigla juhilt (46%), telefoni ja elektronposti teel edastatud meeldetuletuse järel lisandus veel 18 ankeeti, seega tagastati kokku uuringu lõpuks 43 küsimustikku ehk 80% kõigist välja saadetud küsimustikest. Üldkogumi ja valimi võrdlus haigla liikide kaupa on esitatud tabelis 1. Üldkogumi ja valimi struktuuride võrdluses statistiliselt olulist erinevust ei ilmnenud ($p=0,96$).

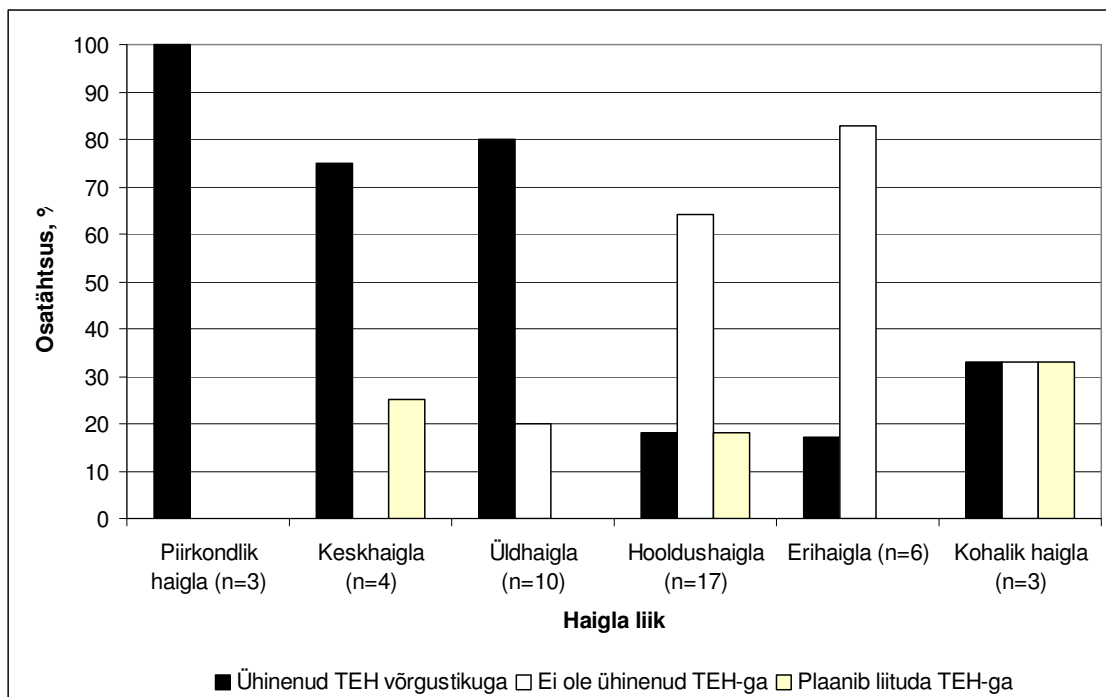
TEH võrgustikku kuuluvate haiglate juhtidelt laekus 19 küsimustikku ehk 95%, teistest haiglatest 24 ehk 73%. Viimaste hulgas oli kolm hooldushaiglat ja üks kohalik haigla, mille juhid märkisid, et plaanivad TEH võrgustikuga liituda 2005 aastal (joonis 1).

Tabel 1. Üldkogumi ja valimi võrdlus haigla liikide kaupa

Haigla liik	Üldkogum		Valim		Tagastatud küsimustike osatähtsus, %
	n	%	n	%	
piirkondlik haigla	3	6	3	7	100
keskhaigla	4	7	4	9	100
üldhaigla	11	20	10	23	91
hooldushaigla ¹	20	37	17	40	85
erahaigla ²	11	20	6	14	55
kohalik haigla	5	9	3	7	60
KOKKU	54	99	43	100	80

¹ sh Nõo Hooldekodu, kes on ühinenud TEH võrgustikuga

² sh taastusravi, psühhiaatria, sünnitusabi ja günekoloogia haiglad, südamekirurgia ja otorinolarüngoloogia teenuseid osutavad haigla



Joonis 1. Haiglate kuulumine tervist edendavate haiglate (TEH) võrgustikku haigla liikide kaupa (n – haiglate arv)

5.2. Tervishoiuteenuste osutajatele esitatud kvaliteedinõuete täitmine haiglas

5.2.1. Kvaliteedijuhtimissüsteemi olemasolu

Küsitlusele vastanud 43st haiglajuhist 21 (49%) kinnitasid, et neil on olemas juhtkonna poolt kinnitatud dokument (arengukava, strateegia, programm vm), mis sätestab ühe eesmärgina osutatavate tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise ja 18 (42%) haiglas oli vastav dokument koostamisel. Positiivselt vastanud haiglatest 12 ehk 57% olid liitunud TEH võrgustikuga. Nimetatud dokument puudus neljas haiglas (9%), neist kaks olid TEH võrgustiku liikmed.

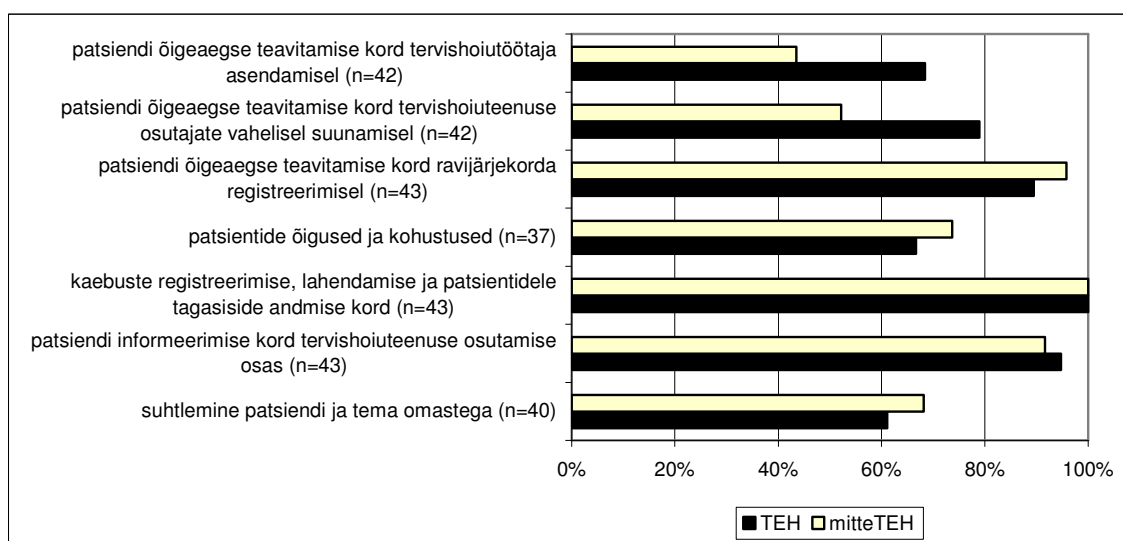
5.2.2. Klienditeenindusstandardi olemasolu

Tabelis 2 on esitatud määrusega determineeritud klienditeenindusstandardite täitmine haiglaliikide kaupa ja joonisel 2 võrdlus TEH võrgustiku kuuluvate ja mittekuuluvate haiglate vahel. Kuna standardis esitatud üksikute nõuete täitmise kohta puudusid mõnede küsitletute hinnangud, on iga nõude juurde märgitud vastanute arv.

Tabel 2. Klienditeenindusstandardi olemasolu haiglates (%)

Klienditeenindusstandardi nõuded	Haigla liik					
	PKH	KH	ÜH	HH	EH	KoH
suhtlemine patsiendi ja tema omastega (n=40)	0	100	56	69	83	50
patsiendi informeerimise kord tervishoiuteenuse osutamise osas (n=43)	67	100	100	88	100	100
kaebuste registreerimise, lahendamise ja patsientidele tagasiside andmise kord (n=43)	100	100	100	100	100	100
patsientide õigused ja kohustused (n=37)	33	50	78	69	83	100
patsiendi õigeaegse teavitamise kord ravijärjekorda registreerimisel (n=43)	67	100	100	88	100	100
patsiendi õigeaegse teavitamise kord tervishoiuteenuse osutajate vahelisel suunamisel (n=42)	67	75	90	53	50	50
patsiendi õigeaegse teavitamise kord tervishoiutöötaja asendamisel (n=42)	33	100	70	41	50	50

PKH – piirkondlik haigla, KH – keskhaigla, ÜH – üldhaigla, HH – hooldushaigla, EH – erihaigla, KoH - kohalik haigla
n - vastanute arv



Joonis 2. Klienditeenindusstandardite täitmine TEH võrgustikuga liitunud ja mitteliitunud haiglates (n – vastanute arv)

5.2.3. Patsiendi rahulolu hindamine

Küsimusele, kas haiglas on teostatud patsientide rahulolu uuringuid, vastasid 42 haiglajuhti, neist üheksa (21,4%) väitsid, et küsitluslehe saavad kõik haiglasse saabunud patsiendid ning

patsientide rahulolu hinnatakse ja analüüsitakse perioodiliselt. 17 (40,5%) vastajat kinnitasid, et rahulolu uuringuid teostatakse vähemalt kord aastas kogu haiglas. Kahes haiglas (4,8%) teostatakse patsientide rahulolu uuringuid mitte kogu haiglas, vaid mõningates osakondades või kliinikutes. Üksikuid küsitlusi viiakse läbi 10 (23,8%) haiglas ja neljas (9,5%) haiglas ei ole spetsiaalseid rahulolu uuringuid teostatud.

Haiglaliikide võrdluses ilmnes, et kõikides piirkondlikes haiglates viiakse uuring läbi vähemalt kord aastas, kusjuures ühes piirkondlikus haiglas saavad küsitluslehe kõik patsiendid. Keskhaiglatest ühes jagatakse küsitlusleht kõigile patsiendile, kahes viiakse uuring läbi vähemalt kord aastas ja ühes teostatakse patsientide rahulolu uuring mõnes struktuuriüksuses. Kümnest üldhaiglast neljas saavad kõik patsiendid küsitluslehe või viiakse uuring läbi kord aastas (5 haiglas). Hooldushaiglatest ei teostata patsientide rahulolu uuringut vaid ühes, kuues haiglas (35,3%) toimub uuring kord aastas ja seitsmes haiglas (41,2%) on toimunud üksikuid küsitlusi. Kuuest erihaiglast kahes (33,3%) küsitletakse kõiki patsiente, ühes tehakse seda kord aastas ja kolmes süstemaatilisi rahulolu uuringuid ei teostata. Statistiliselt olulisi erinevusi rahulolu uuringu teostamise ja haiglaliikide vahel ei ilmnenud.

TEH võrgustikuga liitunud 18 haiglast seitsmes (38,9%) saavad küsitluslehe kõik patsiendid, kaheksas (44,4%) toimub küsitlus vähemalt kord aastas. Ilmnes statistiliselt oluline erinevus TEH võrgustikuga liitunud ja mitteliitunud haiglate vahel ($p < 0,05$).

Küsimusele, kas patsientide rahulolu uuringute tulemusi kasutatakse tervishoiuteenuste osutamise ja teenuse kvaliteedi parandamiseks, vastasid 41 haiglajuhist 35 (85,4%) jaatavalt. Eitavalt vastanud (6 haiglat) olid kõik hooldushaiglad, kusjuures ülejäänud 11 hooldushaigla juhti kinnitasid tulemuste kasutamist oma haiglate kvaliteedi parandamisel. Kõik TEH võrgustiku liikmeshaiglate juhid väitsid, et rahulolu uuringute tulemusi kasutatakse kvaliteedi parendamiseks ja siin ilmnes statistiliselt oluline erinevus TEH võrgustikuga mitteliitunud haiglatega ($p < 0,03$).

Uuriti ka vastajate hinnangut patsientide rahulolu dünaamika kohta. Olulist langust võrreldes 2004. aastaga ei nimetanud 42st vastajast keegi. Olulist paranemist nimetasid viie hooldushaigla (11,9%) ja kahe erihaigla (4,8%) juhid. Paranemist mõnevõrra väitsid kokku 18 haiglajuhti (kõik piirkondlikud haiglad, kaks keskhaiglat, viis üldhaiglat, viis

hooldushaiglat ja kolm kohalikku haiglat). Kahe haiglajuhi hinnangul oli patsientide rahulolu mõnevõrra langenud ja kolm juhti ei osanud hinnangut muutusele anda.

Haiglajuhtidel paluti selgitada, kuidas on kasutatud patsientidelt saadud tagasisidet (kaebused ja patsientide rahulolu uuringute tulemused) tervishoiuteenuse osutamise ja teenuse kvaliteedi parandamiseks. Näited patsientidelt saadud hinnangute kasutamise kohta on esitatud lisas 3.

5.2.4. Tüsistuste dokumenteerimine

Uuringust selgus, et süstemaatiliselt dokumenteeritakse ja analüüsitakse raviga või diagnostiliste protseduuridega kaasnenud tüsistusi 20 haiglas (49%). Küsimusele vastasid 41 haiglajuhti.

Konkreetselt tüsistuse liigi dokumenteerimise kohta oli vastajate arv erinev. Anesteesia tüsistusi ja operatsioonijärgse puhta haava infektsioone registreerivad ainult anesteesia tegevusluba omavad haiglad, mistõttu hooldushaiglad on anesteesia ja operatsioonijärgsete puhta haava infektsioonide dokumenteerimist uurivast valimist välja jäetud. Vereülekannetega seotud tüsistusi, ravimite kasutamisel ilmnenud kõrvaltoimeid ja anesteesiaga seotud tüsistusi dokumenteeritakse haiglajuhtide väitel kõigis piirkondlikes ja keskhaiglates. Operatsioonijärgseid puhta haava infektsioone dokumenteeritakse kõigis keskhaiglates ja üldhaiglates ning kahes piirkondlikus haiglas. Mõnevõrra vähem on tüsistuste dokumenteerimise süsteem rakendunud erihaiglates – ravimite kasutamisel ilmnenud kõrvaltoimeid dokumenteeritakse nelja erihaigla juhi väitel ning teisi tüsistusi poolte küsitlusele vastanud erihaiglate juhtide hinnangul. Kaheksas hooldushaiglas registreeritakse ravimite kasutamisel ilmnenud kõrvaltoimeid, kuid tüsistusi hooldushaiglates ei dokumenteerita. Kohalikes haiglates dokumenteeritakse kõiki loetletud tüsistusi. Tüsistuste dokumenteerimist haiglaliikide kaupa kirjeldab tabel 3.

Tabel 3. Tüsistuste dokumenteerimine haigaliikide kaupa (%)

Tüsistuse liik	Haigla liik					
	PKH	KH	ÜH	HH	EH	KoH
vereülekannetega seotud tüsistused* (n=36)	100	100	100	0	50	100
ravimite kasutamisel ilmnenu d kõrvaltoimed (n=42)	100	100	90	50	67	100
anesteesiaga seotud tüsistused ¹ (n=24)	100	100	100	-	75	100
operatsioonijärgsed puhta haava infektsioonid ¹ (n=23)	67	100	100	-	75	100

PKH – piirkondlik haigla, KH – keskhaigla, ÜH – üldhaigla, HH – hooldushaigla, EH – erihaigla, KoH - kohalik haigla

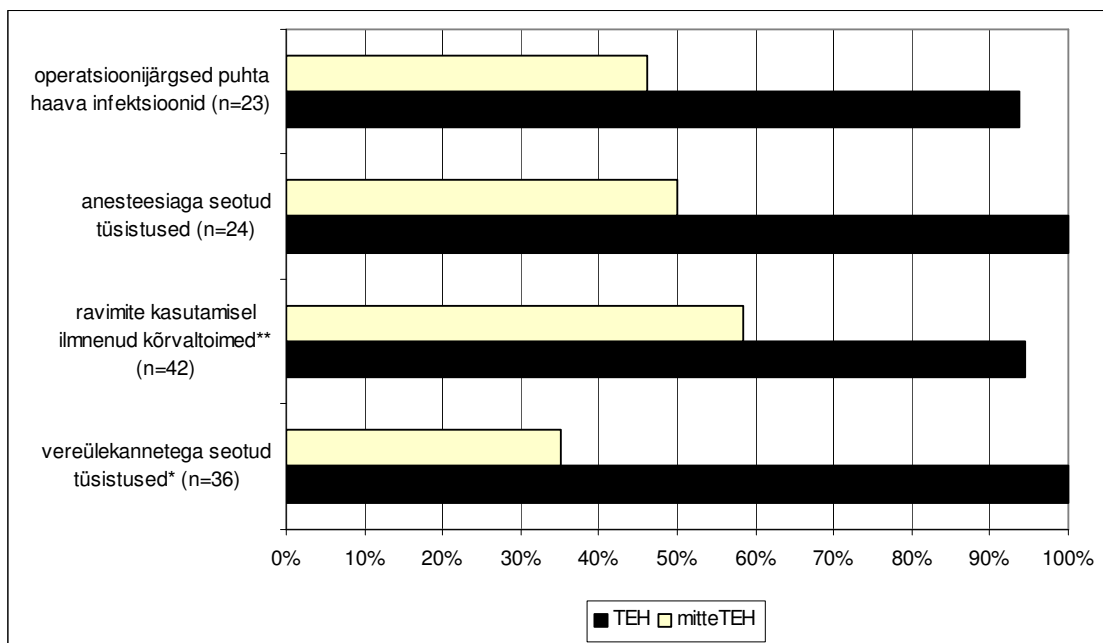
n- vastanute arv

* p < 0,0001

¹ vastava loa puudumise tõttu hooldushaiglad ei kuulu valimisse

Oluliselt sagedamini on tüsistuste dokumenteerimise ja analüüsi süsteem rakendunud TEH võrgustiku haiglates (70,6%) võrreldes võrgustikku mitte kuuluvate haiglatega (33,3%). Erinevus on statistiliselt oluline, p<0,02.

Joonisel 3 võrreldakse tüsistuste dokumenteerimist TEH võrgustikuga liitunud ja mitteliitunud haiglates, kusjuures hooldushaiglad on anesteesia ja vereülekande dokumenteerimist uurivast valimist välja jäetud.



Joonis 3. Tüsistuste dokumenteerimine TEH võrgustikuga liitunud ja mitteliitunud haiglates (n – vastanute arv, * p<0,0001, ** p<0,01)

5.2.5. Tegevusjuhiste olemasolu

Tabelis 4 on näidatud määrukses loetletud kohustuslike tegevusjuhiste olemasolu eri liiki haiglates. Kuna hooldushaiglates ei teostata operatsioone on nad operatsioonieelse seisundi hindamise valimist välja jäetud.

Tabel 4. Tegevusjuhiste olemasolu eri liiki haiglates (%)

Tegevusjuhise	Haigla liik					
	PKH	KH	ÜH	HH	EH	KoH
haiglanakkuse kontroll ja vältimine (n=43)	100	100	100	47	33	67
ravimite, sh antibiootikumide määramine* (n=41)	100	100	80	25	67	50
lamatiste vältimine ja ravi (n=42)	33	100	90	53	33	100
transfusioonravi korraldamine* (n=39)	67	100	70	20	40	100
patsiendi operatsioonieelse seisundi hindamine* (n=23)	67	50	80	-	25	100
kiirguse kasutamine diagnostika ja ravi protseduuride läbiviimisel** (n=40)	67	75	90	24	0	100

PKH – piirkondlik haigla, KH – keskhaigla, ÜH – üldhaigla, HH – hooldushaigla, EH – erihaigla, KoH - kohalik haigla

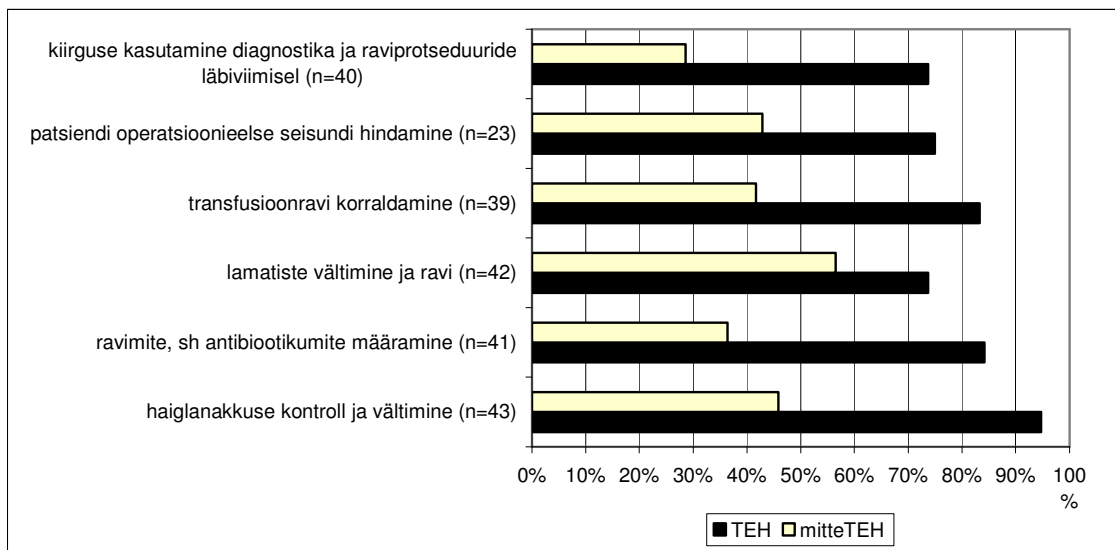
n- vastanute arv

*p<0,02

**p<0,002

** vastava loa puudumise tõttu hooldushaiglad ei kuulu valimisse

Tegevusjuhiste olemasolu võrdlus TEH võrgustikku kuuluvate ja mittekuuluvate haiglate vahel näitas, et TEH haiglates on oluliselt sagedamini erinevaid tegevusjuhiseid välja töötatud (vt. joonis 4). Olulised erinevused TEH võrgustiku liikmete ja mitteliikmete vahel ilmnesid järgmiste tegevusjuhiste olemasolus: nakkushaiguste kontrolli ja vältimine (p<0,001), ravimite määramine (p<0,002), transfusiooniravi korraldamine (p<0,0001) ning kiirguse kasutamine diagnostiliste ja ravi protseduuride läbiviimisel (p<0,004).



Joonis 4. Tegevusjuhiste olemasolu TEH võrgustikuga liitunud ja mitteliitunud haiglates (n – vastanute arv)

5.2.6. Personali koolitus

Uuringus paluti haiglajuhtidel vastata koolitusplaani olemasolu kohta ametigruppide kaupa. Kõikides keskhaiglates olid olemas koolitusplaani vähemalt osadele ametigruppidele. Koolitusplaani õdedele olid olemas kõikides haiglates, va ühes hooldushaiglas. Arstide koolitusplaani puudus ühes piirkondlikus ja ühes hooldushaiglas. Tipp- ja keskastme juhtide koolitus oli kalendriaastaks planeeritud ühes piirkondlikus haiglas. Tippjuhtide koolituse kohta oli jätnud vastamata neli, keskastme juhtide koolituse kohta kolm haigla juhti. Hooldushaiglates oli samuti juhtide koolitust kõige vähem planeeritud. Erihaiglates ühel puudus koolitusplaani tippjuhile ja kohalikest haiglatest oli see ühel juhil olemas. Statistiliselt olulisi erinevusi haigla liikide ega ka TEH võrgustikku kuulumise alusel ei ilmnenud.

5.3. TEH võrgustiku standardite jälgimine Eesti haiglates

5.3.1. Standard 1 – juhtimispoliitika

Küsimusele, kas liitumine TEH võrgustikuga on mõjutanud haigla visiooni, missiooni, strateegia kavandamist ja eesmärkide püstitamist, vastasid kõigi TEH haiglate juhid, neist seitse jaatavalt ja kaheksa eitavalt. Ülejäänud neli haigla juhti vastasid, et liitumine mõjutas mõningal määral. Avatud küsimuses paluti kirjeldada, kuidas on TEH võrgustikuga

ühinemise otsus mõjutanud haigla visiooni, missiooni ja strateegia kavandamist ning eesmärkide püstitamist. Haiglajuhtide arvamused on esitatud tabelis 5.

Tabel 5. TEH võrgustiku liikmeks olemise mõju haigla juhtimisele võrgustikuga ühinenud haiglate juhtide hinnangul

Kategooria	Kommentaar
TEH võrgustiku eesmärkidega arvestamine haigla strateegia kavandamisel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>eesmärkide ja tegevusplaanide kavandamisel arvestatakse TEH eesmärke ja tegevussuundi;</i> ▪ <i>tervise edendamine omab osa haigla arengukavas;</i> ▪ <i>eesmärkide püstitamisel on arvestatud ka võimalusi TEH võrgustiku kaudu arendada töötajate erialase, loomingulise, kultuurilise ja sportliku eneseteostuse võimalusi, tõstes selle kaudu tööalase tegevuse efektiivsust.</i>
TEH standardite rakendamine haigla kvaliteedijuhtimissüsteemi arendamisel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>tervise edendamine ja haiguste ennetamine on sisse kirjutatud haigla põhikirja. Rohkem rõhku tervislikule töökeskkonnale. Rohkem tähelepanu patsientidele ja nendega suhtlemise;</i> ▪ <i>arvestades TEH võrgustiku strateegiaid, oleme püüdnud liikuda samas suunas ravikvaliteedi tagamine (hooldus – põetus, haiglanakkus, patsiendi rahulolu jne);</i> ▪ <i>1) TEH võrgustiku tutvustamine personali hulgas tõstab töö kvaliteeti 2) TEH standard on rakendatavad kvaliteedijuhtimises.</i>
TEH põhimõtetega arvestamine	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>pöörame suuremat tähelepanu nii töötajate kui patsientide terviseteadlikkuse tõstmisele;</i> ▪ <i>jälgime tähelepanelikult õigeid toiduratsioone , nõustame patsienti tervisliku toitumise osas;</i> ▪ <i>peale ravitöö on hakatud rohkem tähelepanu pöörama haiguste ennetamisega seotud tegevustele, põhiliselt projektipõhiselt. Haigus- ja õenduslugudes on viited tervisedendusliku töö teostamise kohta.</i>

Küsitati ka haiglajuhtide isiklikku informeeritust TEH võrgustikku ideoloogiast, eesmärkidest ja tegevustest, sh Eestis. 19 liitunud väitsid kaheksa (18,6%) haigla juhid, et on hästi kursis

ideoloogiaga. Sama kinnitasid ka kaks (4,7%) võrgustikuga mitteliitunud haigla juhti. Üht-teist arvasid teadvat 11 (25,6%) TEH võrgustikuga liitunud haiglajuhti ja mitteliitunutest 13 (30,2%) juhti (n=43; p=0,002). Kuue (35,3%) hooldushaigla juhid ei teadnud TEH ideoloogiast iseenda hinnangul eriti midagi. Sama väitsid kahe erihaigla ja ühe kohaliku haigla juhid.

TEH eesmärkide ja tegevusvaldkondadega olid hästi kursis viie TEH võrgustikuga liitunud haigla juhid, 12 teadis üht-teist ja ühe tervist edendava haigla juht arvas, et ei tea eriti midagi. Võrgustikuga mitteühinenutest oli TEH eesmärkidega hästi kursis üks ja enam-vähem 13 haiglajuhti (n=41; p<0,02).

Konkreetsemalt taheti teada informeeritust TEH võrgustiku tegemistest Eestis. Hästi oli kursis kuue TEH võrgustikuga liitunud ja kahe mitteliitunud haigla juhid. Üht-teist teadsid 11 liitunud ja 10 mitteliitunud haigla juhid ja midagi ei teadnud ühe liitunud haigla juht (n=42; p<0,005).

Täiendavalt küsiti haiglajuhtidelt, missugustest allikatest on TEH võrgustiku kohta infot saadud. Ankeedis pakuti välja valikvastused ja võimalus vabaks vastuseks. Vastanute arv iga valikvastuse juures oli väga erinev. TEH võrgustiku üritustelt said informatsiooni 17 (48,6%) haiglajuhti, neist 13 olid võrgustikuga liitunud haiglate juhid ja siin ilmnes statistiliselt oluline erinevus võrgustikuga liitunud ja teiste haiglate juhtide vahel (p<0,004). Oma haigla töötajaid nimetasid infoallikana 14 juhti (43,8%), jaatavalt vastanutest oli 12 (85,7%) TEH juhid (n=32; p=0,001). Mitteliitunud haiglate juhid pidasid infoallikaks ajakirjandust 17 ja internetti 12 juhul (n=37). Tervise edendamise alastel koolitustel oli osalenud ja sealt informatsiooni saanud 59,5% vastanud haiglate personalist, sh kuus haiglat ei kuulunud TEH võrgustikku (n=42, p<0,0001).

Kõigilt haiglajuhtidelt küsiti ka TEH võrgustikuga liitumise või mitteliitumise põhjuseid. Oma kommentaari oli lisanud 30 vastajat. Neist 11 (37%) olid TEH võrgustikuga liitunud. TEH võrgustikuga liitunud haiglate juhtide hinnangud liitumise põhjuste kohta on esitatud tabelis 6.

Tabel 6. TEH võrgustikuga liitumise põhjused haiglajuhtide hinnangul

Kategooria	Kommentaar
Tervise edendamise väärtustamine haiglas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>TEH ideoloogia ja eesmärgid sobisid haiglale;</i> ▪ <i>haigla praegune struktuuriüksus oli võrgustiku asutajaliige 2000 aastal;</i> ▪ <i>haigla koosseisu liidetud X haigla liitus TEH võrgustikuga 2000, pärast ühinemist liitus kogu haigla, et jätkata tegevust kogu haiglas;</i> ▪ <i>tervise edendamine on üks oluline osa laste teenistuses.</i>
Patsientide, personali ja paikkonna tervise edendamine	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>tervisedendus on haigla igapäevatöö oluline osa. Lisaks ravitööle kaasab haigla ka patsiendi, personali ja paikkonna tervise edendamise ideed ja tegevused;</i> ▪ <i>tervise edendamine ja haiguste ennetamine on sisse kirjutatud haigla põhikirja. Rohkem rõhku tervislikule töökeskkonnale. Rohkem tähelepanu patsientide ja nendega suhtlemisele;</i> ▪ <i>haigla hindab TEH võrgustiku põhimõtteid. Võimalus saada infot</i> ▪ <i>saada toetust ja innustust tervisedendusliku töö läbiviimiseks haiguste ennetamisel. Osaleda ühistel ettevõtmistel, saada kogemusi ja teadmisi, mille abil hõlbustada personali toimetulekut nende tööst lähtuva füüsilise ja vaimse stressiga ja teostada ennetavat tööd haiguste ärahoidmiseks. Üldsõnaliselt – parandada inimeste ja paikkonna tervist, ennetada haigusi.</i>
Tervishoiuteenuste kvaliteedi parandamine	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>tervishoiuteenuste kvaliteedi parandamine läbi tervisedenduse strateegiate rakendamise haiglas;.</i> ▪ <i>- on liitunud, et sihipäraselt tegelda ravikvaliteedi ja patsiendi rahuloluga haiglas.</i>
Teadmiste, oskuste ja kogemuste vahetamine	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>kuna väga palju tegevusi on olemas ning seetõttu oleks hea kogemusi jagada ja üksteiselt õppida;</i> ▪ <i>- saada teavet ja tuge oma töö korraldamisel.</i>

Tabelis 7 on kirjeldatud TEH võrgustikuga mitteliitumise põhjusi.

Tabel 7. Põhjused, miks haigla ei ole liitunud TEH võrgustikuga haiglajuhtide hinnangul

Kategooriad	Kommentaar
Ebakindlus tuleviku suhtes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>liituks meelsasti, aga püsib alatine (igaaastane) ebaselgus edasise tegutsemisvõimalikkuses (rahalepingud);</i> ▪ <i>püsimajäämine on küsitav 2006-ks aastaks;</i> ▪ <i>meie perspektiiv on olnud küsitav: kuigi on olemas Tervishoiuprojekt 2015 ja Hooldusvõrgu arengukava, on pidevalt kohti vähendatud.</i>
Ressursside (tööjõud, aeg, raha) vähesus	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>ei näe vajadust, ega haiglasisest kindlust;</i> ▪ <i>finantsvahendite nappus;</i> ▪ <i>otseselt ei ole pakutud ühinemist, haigla prognoos –edasine saatus on ikka lahtine, lisatöö, nõuab ressursse, ei jätku raha – kartus;</i> ▪ <i>- ei ole inimest, kes võiks juhtida seda protsessi.</i>
Info puudumine ja võrgustiku eesmärkide ebaselgus	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>pole saanud siiani aru TEH eesmärgist, ehk kui tervis on seisund, siis kuidas seisundit edendada;</i> ▪ <i>ebapiisav informatsioon;</i> ▪ <i>see WHO projekt sobib pigem riikliku haiglavõrgu arengukava haiglatele;</i> ▪ <i>pole selget arusaama (infot)- mis tähendab TEH;</i> ▪ <i>ei oma infot;</i> ▪ <i>pole olnud aega tutvuda antud küsimusega;</i> ▪ <i>haigla on väike hooldusravihaigla;</i> ▪ <i>vähene informeeritus;</i> ▪ <i>- info puudus, suured ümberkorraldused, mis tervisekeskuses toimuvad ei võimalda tegelda tervise edendamisega.</i>
Muud põhjused	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>ilma erilise põhjuseta;</i> ▪ <i>oleme hoolekandekeskus, mis pakub ööpäevaringset hooldusteenust 27 inimesele, päevakeskuse teenust 10 inimesele ja hooldusravi teenust 13 inimesele.</i>

5.3.2. Standardid 2 ja 3– patsiendi hindamine ning patsiendi informeerimine ja sekkumine

Kuna küsimustiku ülesehitamisel ei lähtunud üksikutest standarditest, käsitletakse neid kahte standardit koos. Haigla juhtidelt küsiti, kas haiglas on mõni juhtkonna poolt kinnitatud dokument (arengukava, strateegia, programm vm), mis sätestab muu hulgas patsientide tervise edendamise eesmärgid ja tegevused. Jaatavalt vastasid kõik piirkondlike haiglate juhid, kesk- ja kohalikes haiglates vastav dokument puudus. Üldhaiglatest oli pooltel patsientide tervise edendamine eesmärgina kirjas mõnes juhtimisdokumendis, hooldushaiglatest 11,8% ja erihaiglatest 40%. Haiglaliikide vahel esines oluline statistiline erinevus ($p < 0,009$), kuid TEH võrgustikuga liitunud ja mitteliitunud haiglate vahel statistiliselt olulist erinevust ei ilmnud. Patsientide tervise edendamise oli oma juhtimisdokumenti kirja pannud seitse (38,9%) TEH võrgustiku haiglat ja viis (27,8%) oli vastavasisuline dokument koostamisel. Kokku vastas sellele küsimusele 42 haiglat.

40st haiglast seitsmes (17,5%) ei sisaldanud ravi- ja õendusplaan patsientide tervise edendamise ja patsiendiõpetusega seotud tegevusi, sh ühes TEH võrgustikku kuuluvas haiglas. 16 vastanud hooldushaigla juhi hinnangul puudus õendusplaanis patsiendiõpetus kuuel (37,5%) haiglal. Haiglates rakendatud patsientide tervise edendamisega seotud tegevuste loetelu on esitatud lisas 4.

Küsiti ka patsientide ja teiste asjast huvitatute informeerimist ja nõustamist haiglas erinevatel tervist puudutavatel teemadel (liikumine, tervislik toitumine, suitsetamise kahjulikkus, krooniliste haiguste ennetamine jne). Haigla liigiti statistiliselt olulisi erinevusi ei ilmnud. TEH võrgustikku kuulumise alusel oli oluline erinevus ($p < 0,02$) ainult krooniliste haiguste ennetamisalase teabe edastamisel patsiendile, millega TEH haiglad tegelevad aktiivsemalt.

5.3.3. Standard 4 – tervisliku töökoha edendamine

Personali tervise edendamine oli haigla juhtimisdokumentides (arengukava, strateegia, programm vms) eraldi eesmärgina välja toodud 11 (25,6%) haiglas ($n=43$). Statistiliselt olulist erinevust ei ilmenud ei haigla liikide ega TEH võrgustikku kuulumise alusel.

Juhtidelt küsiti, kas nende haiglas on läbi viidud hindamisi ja uuringuid, selgitamaks välja töötajate rahulolu, suitsetamisharjumusi, läbipõlemist aga ka töökohaga seotud riske. Personali rahulolu uuringuid oli teostatud 19 (47,5%) haiglas. Esmakordselt oli see uuringu

läbiviimise ajal toimumas kuues (15%) haiglas. Siin ilmnes statistiliselt oluline erinevus ($p < 0,004$) TEH võrgustikuga liitunud ja mitteliitunud haiglate vahel (vt. joonis 5).

Töökoha riskianalüüs oli tehtud 42 haiglast 28 (66,7%) ja üheksas (21,4%) teostati riskianalüüsi küsitluse toimumise ajal. TEH võrgustikuga ühinenud haiglate ja teiste vahel ilmnes statistiliselt oluline erinevus, $p < 0,04$ (vt. joonis 5).

Personali suitsetamisharjumusi oli püütud uuringuga välja selgitada kuues (14,6%) haiglas ja viies (12,2%) haiglas oli uuring teoksil. Vastajate arv oli 41 ja siin ei ilmnenud statistilisi erinevusi ei haigla liigiti ega ka kuulumisel TEH võrgustikku (vt. joonis 5).

Personali läbipõlemist oli hinnatud 40 haiglast 7 (17,5%) ja uuring oli parajasti käimas veel neljas (10%) haiglas. Erinevus TEH võrgustiku liikmetega oli statistiliselt oluline ($p < 0,02$) (vt. joonis 5).

Tervisliku töökoha edendamise seotud tegevuste esinemist haigla liikide kaupa kirjeldab tabel 8. TEH võrgustiku kuuluvate ja mittekuuluvate haiglate erinevusi selles küsimuses kajastab joonis 5.

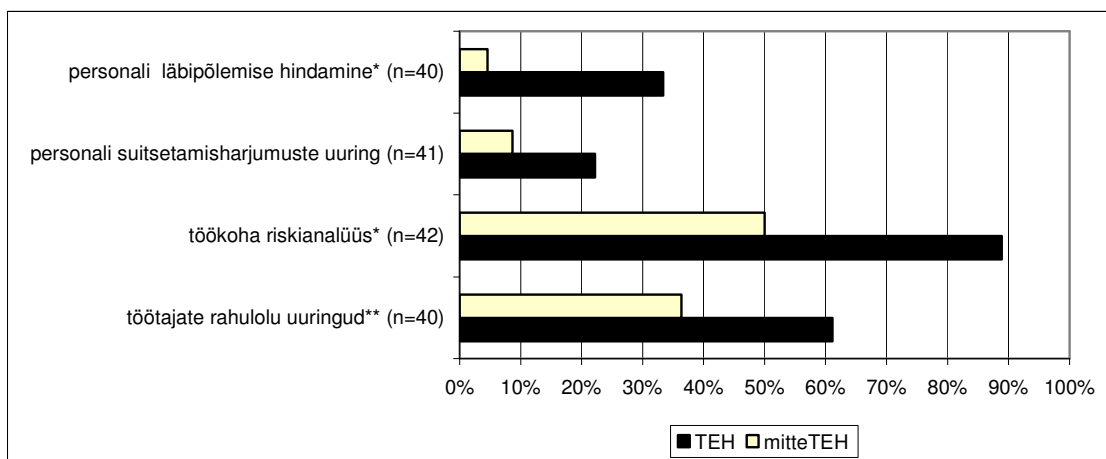
Tabel 8. Uuringud töötajate tervist puudutava informatsiooni saamiseks haigla liigiti (%)

Uuring	Haigla liik					
	PKH	KH	ÜH	HH	EH	KoH
töötajate rahulolu uuringud (n=40)	67	75	67	35	20	50
töökoha riskianalüüs (n=42)	67	75	100	53	50	67
personali suitsetamisharjumuste uuring (n=41)	0	25	22	0	33	50
personali läbipõlemise hindamine (n=40)	67	25	33	6	0	0

PKH – piirkondlik haigla, KH – keskhaigla, ÜH – üldhaigla, HH – hooldushaigla, EH – erihaigla,

KoH - kohalik haigla

n – vastanute arv



Joonis 5. Haigla personali tervist puudutavate uuringute läbiviimine TEH võrgustikuga liitunud ja mitteliitunud haiglates (n – vastanute arv, *p<0,05, **p<0,004)

Küsitlusega taheti teada ka uue töötaja sisseelamisprogrammi ja töötajate stressijuhtimise programmi olemasolu kohta. 42st haiglast oli uue töötaja adaptatsiooniprogramm olemas kaheksas (19,9%) haiglas ja stressijuhtimise programm kahes (4,8%) haiglas. Statistiliselt oluline erinevus (p<0,04) ilmnis haiglaliikide kaupa uue töötaja sisseelamisprogrammi olemasolus. Vastav programm puudus kõigis üld- ja kohalikes haiglates. Kahel (66,7%) piirkondlikul ja kahel (66,7%) keskhaiglal oli adaptatsiooniprogramm olemas, hooldushaiglatest oli programm kolmel (17,6%) ja erihaiglatest ühel (16,7%) haiglal.

5.3.4. Standard 5 – järjepidevus ja koostöö

Haiglajuhtide käest küsiti koostöö kohta patsientide organisatsioonidega ning teiste tervishoiu teenuse osutajatega. Küsimusele vastanutest (n=39) pooled väitsid, et nende haiglal või haigla struktuuriüksusel on koostöö mõne patsientide organisatsiooniga. Koostööd tegid haiglajuhtide väitel kõik piirkondlikud haiglad. Kõige vähem oli koostöösuhteid patsientide organisatsioonidega oli hooldushaiglatel. Haiglaliikide võrdluses esines statistiliselt oluline erinevus (p<0,003).

Üldarstiabi osutajatega tegid koostööd kõik piirkondlikud, kesk-, üld- ja kohalikud haiglad. Koostööd kiirabiga kinnitasid samuti kõik piirkondlikud, kesk- ja kohalikud haiglad ja siin esines statistiliselt oluline erinevus (p<0,03) haigla liigiti.

Haiglate koostööst partneritega annab ülevaate tabel 9.

Tabel 9. Haiglate koostöö haiglaväliste partneritega (%)

Koostööpartner	Haigla liik					
	PKH	KH	ÜH	HH	EH	KoH
patsientide organisatsioon* (n=39)	100	100	89	19	40	33
üldarstiabi osutaja (n=42)	100	100	100	65	67	100
kiirabi** (n=41)	100	100	80	35	40	100

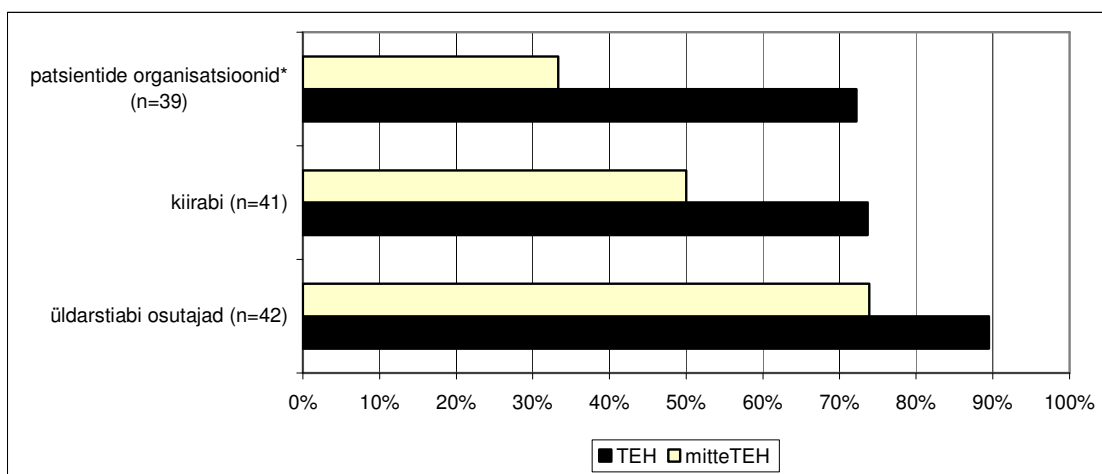
PKH – piirkondlik haigla, KH – keskhaigla, ÜH – üldhaigla, HH – hooldushaigla, EH – erihaigla, KoH - kohalik haigla

n – vastanute arv

*p<0,003

** p<0,03

TEH võrgustikuga liitunud ja mitteliitunud haiglate võrdluses ilmnes statistiliselt oluline erinevus ainult koostöös patsientide organisatsiooniga (p<0,02). Joonis 6 esitab erinevusi partneritega koostöös TEH võrgustiku haiglate ja teiste haiglate vahel.



Joonis 6. TEH võrgustikuga liitunud ja mitteliitunud koostöö erinevate partneritega
(n – vastanute arv, *p<0,02)

Üheks järjepidevuse näiteks tervise edendamise valdkonnas on tervist edendavate projektide teostamine haiglates. Tervist edendavaid projekte viidi läbi kõigis piirkondlikes ja keskhaiglates. Ülejäänud haiglates oli jaatavalt vastanute arv erinev – üldhaiglas 60%, hooldushaiglas 17,6%, erihaiglas 50% ja kohalikus haiglas 33,3% vastanutest (n=42). Ilmnes statistiliselt oluline erinevus (p<0,02). TEH võrgustiku liikmetest oli tervist edendavaid projekte läbi viinud 78,9%. Tervist edendavaid projekte oli teostatud ka haiglates, mis ei olnud võrgustiku liikmeks – jaatavalt vastasid nelja (17,4%) haigla juhid. TEH haiglate ja

teiste haiglate juhtide hinnangute vahel ilmnes statistiliselt oluline erinevus, $p < 0,0001$. Tervist edendavates ja teistes haiglates teostatud tervist edendavate ja haigusi ennetavate projektide loetelu haigla liikide kaupa on esitatud lisas 5.

6. ARUTELU

Käesolevas töös analüüsiti, missugused tervishoiuteenuste kvaliteeti mõjutavad tegevused on haiglates rakendunud ja hinnati seadusandliku jõu ja vabatahtlikkuse mõju selles protsessis. Seadusest tuleneva kohustuse täitmise hindamisel on töös piirdutud sotsiaalministri 15. detsembri 2004. aasta määrusega nr. 128. Haigla kvaliteediga tegelemise vabatahtlikuks vormiks on võetud tervist edendavate haiglate võrgustiku liikmeks olek ja käesolevas töös analüüsitakse tervist edendavate haiglate standardite järgimist Eesti võrgustikuga liitunud haiglates.

Kogu maailmas käib diskussioon tervishoiu, sh haiglate kvaliteedi ja selle parandamise teemal. Lähiajalooost on teada mitmete riikide katsed sundida õigusaktidega tervishoiuasutusi tegelema kvaliteedi tagamisega, mida aga ei ole kõige õnnestunumaks peetud ja seetõttu on riigid oma vastavat poliitikat korrigeerinud (45). Teisalt on haiglad oma otsingutes katsetanud erinevaid strateegiaid, programme ja meetodeid, et muuta oma tegevus mõõdetavaks, hinnatavaks ja korrektuuride sisseviimisel ka kvaliteetsemaks (14, 20, 31, 41).

Uurimistöös kasutatud küsimustik oli koostatud Eesti Haigekassa poolt tellitud tervist edendava projekti sisulise protsessi auditi läbiviimise käigus. Küsimustiku koostajateks olid magistritöö juhendaja Kaja Põlluste, Eda Merisalu Tartu Ülikooli tervishoiu instituudist, Lagle Suurorg SA Tallinna Lastehaiglast ja käesoleva töö autor.

Küsimustiku koostamisel võeti aluseks:

- rahvusvaheline tervise edendamise standard haiglatele,
- sotsiaalministri 15. detsembri 2004. aasta määrus nr 128 "Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded".

Uuring oli anonüümne ja osalejatele vabatahtlik. Tulemused on esitatud üldistatult ja anonüümselt. Küsitluse tulemusi on kasutatud tervist edendava projekti "Eesti Terviste Edendavate Haiglate (TEH) Võrgustik: väljakutsed ja võimalused (2004-2006)" auditi aruande koostamisel, samuti artiklite ja konverentside ettekannete ettevalmistamisel.

6.1. Haiglate tegevuse vastavus tervishoiuteenuste osutajatele esitatud kvaliteedi tagamise nõuetele

Uuringu tulemustest ilmnes, et vaatamata õigusaktiga kehtestatud nõuetele, mille kohaselt peavad teatud kvaliteedijuhtimissüsteemi elemendid olema kõigis tegevusluba omavates tervishoiuasutustes, sh haiglates rakendunud hiljemalt 31. detsembriks 2004, on haiglaravi protsessi kvaliteedi tagamiseks kehtestatud reeglid rakendunud haiglates erinevalt. Kvaliteedi tagamise nõudeid sätestavas määruses (25) loetletud klienditeenindusstandardi osadest oli kõigil haiglatel olemas kaebuste registreerimise, lahendamise ja patsientide tagasiside andmise kord. Selle punkti täitmise 100%lus tuleneb ilmselt järgmistest asjaoludest:

- nn kaebuste ja ettepanekute raamatud eksisteerisid ka nõukogude ajal;
- kaebuste registreerimise süsteemi on suhteliselt lihtne sisse seada;
- kuna kaebuse näol on enamasti tegemist konkreetse situatsiooni kirjeldamisega, siis selle lahendamine on suhteliselt lihtne võrreldes kogu süsteemi puudutava muudatusega;
- Eesti Haigekassa ja tervishoiuteenuse osutaja vahel sõlmitava ravi rahastamise lepingu üldtingimustes p 5.1.6 kohustab tervishoiuteenuse osutajat esitama Haigekassale kaebuste lahendamise korra (46).

Lisatud kommentaarid kinnitavad, et kõikides haiglates kasutatakse patsiendi tagasisidest saadud infot haigla töö korraldamisel. Kommentaarid viitasid patsiendikesksele lähenemisele muudatuste tegemisel haigla töökorralduses ning TEH võrgustikku kuuluvate ja mittekuuluvate haiglate puhul erinevusi selle info töötlemisel või kasutamisel ei selgunud.

Määruses loetletud kvaliteedistandardi osad, mis on seotud patsiendi teavitamisega erinevatest valdkondadest, olid haiglates erinevalt rakendunud. Paljudes haiglates oli reguleerimata patsientide teavitamine nende õigustest ja kohustustest, tervishoiuteenuste osutajate vahelisel suunamisel ning tervishoiutöötaja asendamisest. See osutab haiglate suhtumisele patsienti kui objekti, mitte kui subjekti. Ehkki võlaõigusseadus (47), mis sätestab patsiendi igakülgse informeerimise vajaduse, kehtib alates 2003. aasta teisest poolest, ei ole arstid ja raviasutused endale teadvustanud sellega kaasnevat kohustust tervishoiuteenuste osutajatele.

Patsiendi ja omastega suhtlemise standard on kehtestatud kõigis keskhaiglates, enamikes hooldus ja erihaiglates ning pooltes üldhaiglates. Piirkondlikes haiglates, kus teostatakse kõrgema etapi ravi, st patseintide seisund on raskem, nimetatud standard puudub. Haigekassa ja sotsiaalministeeriumi poolt tellitud rahulolu-uuringud nimetavad peamise probleemina just suhtlemist (48, 49) ja teatud reglementidest võiks siin kasu olla.

Uuringust ilmneb, et vaid osa haiglaid on oluliseks pidanud nn hea klienditeeninduse põhimõtete fikseerimist nii, nagu määrus nõuab. TEH võrgustikuga liitunud haiglates oli küll sellele rohkem tähelepanu pööratud, kuid statistiliselt olulist erinevus siin ei ilmnunud.

Kvaliteedijuhtimise ideoloogia seab kõige olulisemale kohale kliendi rahulolu ja vastavate uuringute läbiviimine on ka muudetud tervishoiuasutustele kohustuslikuks (25). Kuna enamik patsiente ei ole meditsiiniliste teadmiste puudumise tõttu pädevad hindama oma ravi kvaliteeti, keskenduvad haiglates läbiviidavad patsientide rahulolu-uuringud ravi ja teeninduse protseduurilisele aspektile. Paraku puudub enamikes haiglates kompetents metoodiliselt korrektsete uuringute läbiviimiseks ning seda ei peeta piisavalt oluliseks, et piiratud ressursside tingimuses vastavat teenust sisse osta. TEH võrgustiku haiglates on patsientidelt tagasiside saamiseks rahulolu-uuringuid sagedamini kasutatud kui võrgustikuga mitteliitunud haiglates. Selle põhjuseks võib olla asjaolu, et TEH võrgustikku kuuluvad kõik suured haiglad ja sellise uuringu korraldamine on neile suuremate ressursside tõttu jõukohasem.

Tüsistused iseloomustavad nii tervishoiuteenuse protsessi kui tulemuse kvaliteeti. Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuete määruuses vaadeldakse tüsistusi protsessi kvaliteedina ja indikaatoriks on dokumenteerimine. Pole võimalik kehtestada nn tüsistuste normi, kuid kirjanduse andmed näitavad, et juba dokumenteerimise korra sisseviimine on vähendanud tüsistuste arvu (50). Käesoleva uuringu andmetel enamikes haiglates tüsistusi dokumenteeritakse. Ühes piirkondlikus haiglas väidetavalt ei dokumenteerita operatsioonijärgseid puhta haava infektsioone ja ühes üldhaiglas ei dokumenteerita ravimite kasutamisel ilmnunud kõrvaltoimeid. Mõlemal juhul on tüsistuste tekkimise oht, millega kaasneks ebameeldivused nii patsiendile kui teenuse osutajale. Hooldushaiglatest dokumenteeriti ravimite kõrvaltoimeid vaid kaheksas haiglas, mis on tõenäoliselt seotud hoiakuga, et sealsetel patsientidel on pika kasutamise tulemusena optimaalne raviskeem välja töötatud. Ülejäänuid määruses loetletud tüsistusi hooldushaiglates nende eripära tõttu

üldjuhul ei esine. TEH võrgustiku haiglates oli tuisistuste dokumenteerimine oluliselt paremini korraldatud kui võrgustikku mittekuuluvates haiglates.

Erineva etapi haiglatel on raske oma tööd võrrelda, kuid kvaliteetsed andmed näiteks tuisistuste kohta aitaks nii juhtkonda muudatuste kavandamisel ja rakendamisel kui ka arste oma vigadest õppimisel. Tuisistuste andmebaas oleks abivahendiks ka tegevusjuhiste koostamisel. Uuringust ilmnas, et näiteks nii piirkondlikes kui hooldushaiglates nende spetsiifika tõttu aktuaalse valdkonna - lamatiste vältimise kohta puudus väga paljudel tegevusjuhised. Suuri ja keerukaid operatsioone teostavatest piirkondlikest ja keskhaiaglatest oli tegevusjuhised patsiendi operatsioonieelseks hindamiseks vaid osadel. Arvestades suurt voolavust haiglate meditsiinipersonali seas ei tohiks lootma jääda nn kirjutamata reeglitele. TEH võrgustik oleks hea toetus tuisistustega seotud info ja parima kogemuse vahetamisele. Ka tegevusjuhiste koostamisel saaksid võrgustiku liikmed “jalgratast leiutamata” üksteise vigadest ja kogemustest õppida.

Kokkuvõtvalt võiks öelda, et kohati eiratakse tervishoiuteenuse osutajate poolt õigusaktide nõudeid, mistõttu tuleks mõelda ühelt poolt kontrolli tõhustamisele kuid teiselt poolt täiendavale selgitustööle.

Personali koolitusplaanide olemasolu kinnitab õdede kui distsiplineeritud ametigrupi mainet – kõikides haiglates olid koolitusplaanid õdedele olemas. Tervise edendamise seisukohast on õdedel haiglas teiste ametigruppidega võrreldes suurem roll. Patsiendiõpetuse läbiviimine on õe kohustus ja see eeldab nii haiguse tundmist, kui pedagoogilist ja psühholoogilist pädevust. Tuleb tunnustada haiglate pingutust õdede koolituse planeerimisel. Määrusega kohustuslik aastane koolitustundide arv (60 tundi) on töökorralduslikult raske ülesanne nii suurtele kui väikestele haiglatele.

Mitmes haiglas ilmnenud koolitusplaanide puudumine juhtidele võib olla seletatav asjaoluga, et soovitakse säilitada teatud vabadus ja sõltumatus, aga teisalt on tänapäeva kiires elus teatud paindlikus hädavajalik. TEH võrgustiku liikmeks olemine uuringutulemuste põhjal koolituste planeerimist ei mõjutanud.

Käesoleva uuringu tulemused näitavad, et kõik haiglad ei ole täitnud õigusaktidega sätestatud kvaliteedinõudeid, st õigusakti olemasolu ei taga iseenesest kvaliteeti. Samale järeldusele on jõudnud ka teised uurijad (15,45).

6.2. Tervist edendavate haiglate võrgustiku põhimõtete rakendumine Eesti haiglates

Ligi poolte terviste edendavate haiglate missiooni, strateegia ja eesmärkide kavandamine oli rohkem või vähem mõjutatud tervist edendavate haiglate ideoloogia põhimõtetest. Aastal 2000 olid missiooni ja strateegia mõisted tervishoius veel vähe kasutusel, mistõttu liitumine TEH võrgustikuga oli haiglatele hea kogemus oma juhtimiskompetentsi arendamiseks. Kõige arvukamalt oligi Eestis liitujaid esimestel aastatel ja liitumise põhjuseks on üks haigla nimetanud ideoloogia ja eesmärkide sobivust nende haiglale, mis tõenäoliselt oli ajendiks ka teistele edumeelselt mõtlevatele haiglajuhtidele. Samas väitis ka üks 2005. aastal võrgustikuga ühinenud haigla juht, kelle juhivas haiglas on kvaliteedialane tegevus väga kõrgel tasemel, liitumise põhjusena soovi jagada kogemusi ja üksteiselt õppida.

TEH liikumise põhimõteteks on edendada patsiendi, personali ja paikkonna tervist ning muuta organisatsioon või institutsioon tervist edendavaks keskkonnaks (1). Uuringust ilmneb, et Eesti haiglates on rakendatud kõiki neid põhimõtteid, sh ka neis, mis ei ole ühinenud TEH võrgustikuga. Siiski on võrgustiku liikmeshaiiglates pööratud rohkem tähelepanu nii patsientide rahuloluga seotud asjaolude selgitamisele kui ka patsientide teavitamisele ja õpetamisele, tehes ka aktiivsemat koostööd patsientide ühendustega.

Ka personaliga seotud valdkondadele nagu uue töötaja sisseelamisprogrammi rakendamine, personali rahulolu ja personali läbipõlemise hindamine ning töökoha riskianalüüs olid TEH võrgustiku haiglad rohkem tähelepanu pööranud. Haiglajuhtide kommentaarides nimetasid TEH juhid ka personalile suunatud tervist edendavaid projekte (töötajate talvespordipäev jms).

Paikkonna tervist mõjutab haigla nii oma patsientide ja personali tervisliku seisundi kaudu kui ka aktiivset teavitustööd tehes. Uuringust ilmnnes, et enamikel TEH võrgustiku haiglatel olid erineva ulatusega projektid, mille kaudu edastati informatsiooni tervise edendamise kohta. Paljudel olid koostöösuhted kohalike omavalitsusetga. Haiglate juures olid avatud nõustamiskabinetid erinevatele sotsiaalsetele gruppidele ja osaleti aktiivselt skriiningprogrammides.

Tervist edendav mõtteviis on mõistetav enamikele küsitluses osalenutele, nagu järeldub haiglajuhtide kommentaaridest liitumise põhjuste kohta. Võrgustikuga mitteühinenute vastused ja kommentaarid viitavad aga teadmatusetele TEH ideoloogiast ja eesmärkidest. Mitteühinenute kirjeldustest, missuguseid patsiendi õpetuse ja tervise edendamisega seotud tegevusi sisaldab ravi- ja õendusplaan, on näha, et ka TEH võrgustikuga mitteühinenud haiglates on nimetatud tegevused olemas. Samuti on võrgustikku mittekuuluvad haiglad osalenud või ise korraldanud erinevaid tervist edendavaid projekte.

Uuringu tulemuste põhjal on näha vajadust paremaks selgitustööks TEH põhimõtete kohta, sh ka võrgustiku liikmete endi seas (üks TEH võrgustiku juht tunnistas, et ei tea eriti midagi TEH eesmärkidest ja ideoloogiast). Autori arvates on termin “tervise edendamine” olnud mõnel juhul segadusse ajav, mida illustreerib ühe mitteliitunud haigla juhi kommentaar: pole saanud siiani aru TEH eesmärgist, ehk kui tervis on seisund, siis kuidas seda edendada. Samas on selles haiglas rakendatud mitmeid patsiendi õpetuse juhendeid ja tegeletakse aktiivselt patsientidelt saadud tagasisidega.

6.3. Seos tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuete täitmise ja tervist edendavate haiglate võrgustiku põhimõtete rakendamise vahel

Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuete eesmärgiks on kirjeldada tegevuste miinimum (51), mis on vajalikud kvaliteetse teenuse osutamiseks. Nimetatud nõuetega püütakse tagada eelduste olemasolu tervishoiuasutuses kvaliteetse teenuse osutamiseks ehk struktuuri kvaliteeti. Määrus kohustab tervishoiuteenuse osutajat välja töötama korda, millega oleks reguleeritud teatud valdkonnad haigla töös. Kõik need valdkonnad (patsiendi teavitamine, kaebuste registreerimine, tuisistuste dokumenteerimine jne) on tihedalt seotud tervist edendavate haiglate põhimõtetega ja nagu uuringust ilmnes, on ka nende täitmine TEH võrgustikuga liitunud haiglates olnud parem. Kuid TEH ideoloogia on laiem. TEH standardid kirjeldavad konkreetsemalt, mida on antud standardi kehtestamisega taotletud ja see võimaldaks ka tulemusi süsteemsemalt ja sisulisemalt hinnata.

Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded keskenduvad rohkem teenuse osutajale. Tervist edendavate haiglate põhimõtted lähtuvad eelkõige patsiendist, rõhutades patsiendi

oma potentsiaali suuremat kasutamist ravi käigus. Selline lähenemine raviprotsessile võimaldaks kokkuhoidu nii tööjõus kui haiglas viibimise pikkuses, kuna aktiivse suhtumisega patsient vajab vähem kõrvalist abi ja paraneb kiiremini. Haiglates, kus jälgiti võrgustiku põhimõtteid, oli enamasti täidetud suurem osa kvaliteedi tagamise nõuetest. Uuringu tulemused ei võimalda hinnata põhjuslikku seost tervisedendusliku ideoloogia rakendamise ja tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise vahel, kuid on selge, et haiglates, kus on omaks võetud tervisedenduslik mõtteviis, on rohkem ära tehtud ka tervishoiuteenuse kvaliteedi tagamise vallas ning vastupidi – haiglates, kus on asutud rakendama kvaliteedijuhtimise põhimõtteid, on kergemini omaks võetud ka tervist edendav mõtteviis.

6.4. Kvaliteedi tagamise nõuete täitmise seos haigla liigiga

Statistiliselt oluline erinevus ilmnes eri liiki haiglate võrdlemisel tüsistuste dokumenteerimisel, tegevusjuhiste olemasolul, tervist edendavate projektide läbiviimisel ja koostöös kiirabi ja patsientide organisatsioonidega. Nimetatud valdkondadega tegelemiseks on oluline piisava inimressurssi olemasolu, kuna need väljuvad vahetult ravimisega seotud toimingute piiridest. Samuti eeldaks tüsistuste dokumenteerimine ja tegevusjuhiste koostamine vastavate olukordade piisavalt suurt esinemissagedust, et mõtestada tulemusi ja teha adekvaatseid järeldusi.

Uuringu tulemused kinnitavad seda väidet. Tüsistusi dokumenteeriti vähem hooldus- ja erihaiglates, mis on seletatav asjaoluga, et nimetatud haiglates on tüsistuste esinemissagedus madalam ja seetõttu ei ole ilmselt dokumenteerimist nii oluliseks peetud. Võrreldes teiste haiglatega, oli tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamiseks kõige rohkem ära tehtud keskhaiglates, kus klienditeeninduse valdkond kõige paremini standarditega kaetud, dokumenteeriti nõuetekohaselt kõiki tüsistusi ja olid olemas tegevusjuhised kuuest määrusega nõutud tegevusest neljale. See võib olla tingitud asjaolust, et haiglareformi käigus toimusid keskhaiglates väiksemad muudatused ja aastate pikkune toimingute rutiin säilis. Analoogiliselt ödede koolitusplaaniga viitab korrektne dokumenteerimine sisemisele distsipliinile. Võrreldes piirkondlike haigaltega võimaldab arvatavasti keskhaiglate suurus tööd paremini ja paindlikumalt korraldada.

Mitmed hooldushaigla juhid tunnistasid, et seoses ebaselgusega haigla tuleviku suhtes puudub motivatsioon kvaliteedi arendamiseks. Hooldushaiglad, kes olid liitunud TEH võrgustikuga, olid oma kommentaarides märksa optimistlikumad ja nende tegevus uuringu tulemuste põhjal paistis märksa eesmärgistatum.

7. JÄRELDUSED

Uuringust tulenevad järeldused:

- haiglad ei ole täitnud kõiki sotsiaalministri 15. detsembri 2004 aasta määrusest nr. 128 tulenevaid nõudeid;
- TEH põhimõtteid oli rakendatud nii võrgustikku kuuluvates kui mittekuuluvates haiglates. TEH võrgustiku haiglates pöörati rohkem tähelepanu patsiendi rahulolu väljaselgitamisele ja uuringu tulemuste kasutamisele; tervisliku töökohaga seotud valdkondadele ja krooniliste haiguste ennetamist puudutavale teabele;
- TEH võrgustiku haiglates olid määrusega kehtestatud kvaliteedinõuded mõnevõrra paremini täidetud;
- võrreldes teiste haiglaliikidega olid kvaliteedi tagamiseks vajalikud tegevused kõige paremini rakendunud keskhaiglates;
- uuringus ei ilmnenu põhjuslikku seost tervishoiuteenuste kvaliteediga seotud tegevuste sooritamise ja TEH võrgustikku kuulumise vahel, kuid TEH võrgustikku kuuluvates haiglates on tervishoiuteenuse kvaliteedi tagamiseks vajalikud tegevused paremini rakendunud ning haiglates, kus on asutud rakendama kvaliteedijuhtimise põhimõtteid, on kergemini omaks võetud ka tervist edendav mõtteviis;

Uurimustööst tulenevad üldised hinnangud:

- õigusakti olemasolu ei taga iseenesest kvaliteeti;
- haiglavõrgu arengukavasse kuuluvatel haiglatel on suurem kindlustunne tuleviku suhtes, kuna neile on tagatud haigekassa leping;
- tervist edendavate tegevuste rakendamine loob paremad võimalused nii patsiendi kui töötaja heaoluks;
- tervist edendavate standardite rakendamine oleks üks võimalus kvaliteedisüsteemi loomiseks haiglas.

Ettepanekud:

- TEH ideoloogia tutvustamisel võiks rohkem tähelepanu pöörata hooldushaiglatele, levitades infot ajakirjanduse ja interneti kaudu, kuna uuringutulemused näitasid, et

neid kanaleid kasutasid mitteliitunud haiglate juhid kõige sagedamini info saamiseks ja TEH võrgustiku üritustel osalesid peamiselt võrgustiku liikmed;

- TEH võrgustiku haiglad, kes moodustavad ligi poole Eesti haiglatest, võiks kasutada võrgustiku sünergiaid korrektsel meetodil ühtse patsiendi rahulolu-uuringu küsimustiku väljatöötamiseks;
-
- haiglate personali koolitusteemade hulka võiks kuuluda ka seadusandluse tutvustus ja kvaliteedijuhtimise põhialused, et teadvustada võimalikke probleeme ja lahendusteid ning saavutada olukord, kus kõik tervishoiuteenuste osutajad täidavad õigusaktides esitatud nõudeid tervishoiuteenuste ohutuse ja kvaliteedi tagamiseks.

8. KASUTATUD KIRJANDUS

1. Groene O. Health promotion in Hospitals-From principles to implementation. In: Groene O, Garcia-Barbero M (ed.): Health promotion in hospitals. Evidence and quality management. Copenhagen: WHO, 2005.
2. McKee M, Healy J.(ed.). Hospitals in a changing Europe. Buckingham;; Open University Press, 2002.
3. Haiglavõrgu arengukava 2002. <http://www.sm.ee/> (vaadatud 27.04.06).
4. Bakler T. "Hospital master Plan´ist" haiglavõrgu arengukavani. Eesti Arst, 2003 (Tervishoiufoorumi erinumber):23-7.
5. Sotsiaalministri 17. jaanuari 2002. a määrus nr 18 "Nõuded haigla liikidele", RT 2004;116:1816.
6. Vabariigi Valitsuse 3. aprilli 2003.a määrus nr 105 "Haiglavõrgu arengukava", RT I 2003:35:223.
7. Jesse M, Habicht J, Aaviksoo A, Koppel A, Irs A, Thomson S. Tervisesüsteem muutuses: Eesti. Tallinn: Euroopa Tervisesüsteemide ja Poliitika Vaatluskeskuse nimel WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2005.
8. Eesti Haigekassa 2005 aasta majandusaasta aruanne. Tallinn: Eesti Haigekassa, 2006.
9. Võrk A, Jesse M, Roostalu I, Jüristo T. Eesti tervishoiu rahastamissüsteemi jätkusuutlikkuse analüüs. Praxise toimetised 2005;21:1-43.
10. Peacoc S, Chan Ch, Mangolini M, Johansen D. Techniques for Measuring Efficiency in Health Services. Prductivity Commission, Staff Working Paper, 2001;97 <http://www.pc.gov.au/research/swp/tmeihs/tmeihs> (vaadatud 24.04.2006).
11. Esnar K. Haiglate efektiivsuse hindamine Eesti näitel. Tartu; Tartu Ülikool, 2005.
12. EVS- EN ISO 9000:2001. Kvaliteedijuhtimissüsteemid. Alused ja sõnavara. Quality management systems - Fundamentals and vocabulary. <http://www.lib.ttu.ee/exhs/fuajee.2002/oktoober.html> (vaadatud 24.04.2006).
13. Organisatsiooni juhtimise käsiraamatu/kvaliteedikäsiraamatu koostamine ja rakendamine tervishoiuteenuste osutamisel. Soovitused käsiraamatu koostamiseks. Tallinn: Sotsiaalministeerium, 2003.
14. Towards a European Vision of Quality – The way forward. Report version 1.0. European Organization for Quality, Center for Excellence Finland e.a., Helsinki, January 2000. http://www.eaq.ee/uudised/EQO_vision.pdf

15. Nabitz U, Klazinga N, Walburg J. The EFQM excellence model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in health care. *Int J Qual Health Care*, 2000;12:191-202.
16. Continuous quality development: a proposed national policy. Copenhagen: WHO, 1993.
17. Shaw D.C., Kalo I. A background for national quality policies in health systems. Copenhagen: WHO, 2002.
18. Donabedian A. Exploration in Quality Assessment and Monitoring Volume I. Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Ann Arbor: Health Administration Press, University of Michigan, 1980.
19. <http://www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/qhs/Home> (vaadatud 28.04.06).
20. Øvretveit J. What are best strategies for ensuring quality in hospitals? Copenhagen: WHO, 2003.
21. Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamine Eestis. Tallinn: Sotsiaalministeerium, 2005.
22. Ellamaa A., Gross J., Kokk H., Zupping R. Ravi kvaliteedi uuring Eesti haiglates. Tallinn: Medaudit, 1994.
23. Eesti Tervishoiu Kvaliteedipoliitika. Tallinn: Sotsiaalministeerium, 1998.
24. Sotsiaalministri 20. detsembri 2001.a. määrus nr. 144 "Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded", RTL 2002;2:21.
25. Sotsiaalministri 15. detsembri 2004.a. määrus nr. 128 "Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded", RTL 2004;158:2376.
26. <http://www.sm.ee/est/pages/goproweb0019> (vaadatud 28.04.06)
27. Bouchet B. Quality of Health System Policy and Strategy Development in Estonia. Trip report. Tallinn, 2004.
28. Eesti haigekassa seadus. RT I 2000;57:374.
29. Eesti haigekassa põhikiri. RT I 2001;5:14.
30. Eesti haigekassa juhatuse otsus 30. juuli 2004 nr. 155.
31. Pilot implementation of the performance assessment tool for quality improvement in hospitals (PATH). Copenhagen: WHO, 2005.
32. Alop J. Haiglase tegevuse hindamine. *Eesti Arst* 2005;84: 804-7.
33. Härm T (toim.) Viis aastat tervist edendavate haiglate võrgustikku Eestis. Tervise Arengu Instituut: Tallinn, 2004.
34. Pelikan J. M., Krajic K, Dietcher C. The health promoting hospital (HPH): concept and development. *Patient Educ Couns* 2001;45:239-43.
35. Ottawa Charter for Health Promotion. Copenhagen: WHO, 1986.

36. Tountas Y, Pavi E, Tsamandouraki K, Arkadopoulos N, Triantafyllou D. Evaluation of the participation of Aretaieion Hospital, Greece in the WHO Pilot Project of Health Promoting Hospitals. *Health Promot Int* 2004;19:453-62.
37. Johnson A, Baum F. Health promoting Hospitals: a typology of different organizational approaches to health promotion. *Health Promot Int* 2001;16:281-7.
38. Standards for Health Promotion in Hospitals. Self-Assessment Tool for Pilot Implementation. Copenhagen: WHO, 2004.
39. WHO Regional Office for Europe WHOLIS nr E82490 original: EU/03/5038045-S. 11-14.
40. Organisatsiooni käsiraamat. Kontseptsioonid ja vahendid. Tallinn: Ettevõtluse Arendamise Sihtasutus, 2004.
41. Moeller J. The EFQM Excellence Model. German experiences with the EFQM approach in health care. *Int J Qual Health Care* 2001;13:45-9.
42. Groene O, Jorgensen SJ. Health promotion in hospitals – a strategy to improve quality in health care. *Eur J Public Health*, 2005;15:6-8.
43. Dunn G, Everitt B. *Clinical Biostatistics. An introduction to Evidence-Based Medicine.* Toronto: Edward Arnold, 1995.
44. Sitzia J, Wood N. Response rate in patient satisfaction research: an analysis of 210 published studies. *Inter J Qual Health Care* 1998;10:311-7.
45. Giraud A. Accreditation and the quality movement in France. *Qual Health Care* 2001;10:111-6.
46. Ravi rahastamise lepingu üldtingimused.
http://veeb.haigekassa.ee/files/est_raviasutusele_lepingud_ravi_2006/Yldtingimused%2013.03.2006.pdf (vaadatud 17.05.06)
47. Võlaõigusseadus. RT I 2001;81:487.
48. Elanike rahulolu arstiabiga. Tallinn: Eesti Haigekassa, 2003.
49. Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile. Tallinn: Faktum uuringukeskus, 2005.
50. Bonetti PO, Waeckerlin A, Schuepfer G, Frutiger A. Improving time-sensitive processes in the intensive care unit: the example of 'door-to-needle time' in acute myocardial infarction. *Int J Qual Health Care* 2000;12:311-7.
51. Põlluste K. Kvaliteedijuhtimissüsteemi rakendamine tervishoiuteenuse osutamisel. *Eesti Arst* 2004;83:553-8.

Lisad

Lisa 1. Küsitluslehe saanud haiglate nimekiri

Abja Haigla SA
Ahtme Haigla SA
EELK Tallinna Diakooniahaigla SA
Elite Kliinik AS
Elva Haigla TM SA
Fertilitas AS
Haapsalu Neuroloogiline Rehabilitatsioonikeskus SA
Hiiumaa Haigla SA
Ida-Tallinna Keskhaigla AS
Ida-Viru Keskhaigla SA
Jõgeva Haigla SA
Jõhvi Haigla SA
Jõhvi Hooldekeskus SA
Järvamaa Haigla AS
Kallavere Haigla AS
Keila Südamekliiniku AS
Keila Taastusravikeskus AS
Kilingi-Nõmme Tervise- ja Hoolduskeskus SA
Kirde Kohalik Haigla SA
Kiviõli Tervisekeskus SA
Koeru Hooldekeskus SA
Kuressaare Haigla SA
Kõrva-Nina-Kurguhaiguste Kliinik SA
Loksa Haigla SA
Lõuna-Eesti Haigla AS
Lõuna-Läänemaa Tervishoiu ja Sotsiaalhoolekande Keskus SA
Läänemaa Haigla SA
Lääne-Tallinna Keskhaigla AS
Maardu Tervise Keskus AS
Mustvee Tervis SA
Märjamaa Haigla AS
Narva Haigla SA
Nõo Maavanuri Hooldekodu
Ortopeedia Arstid AS
Otepää Tervisekeskus SA
Peipsiveere Hooldusravikeskus SA
PJV Hooldusravi SA
Põhja-Eesti Regionaalhaigla SA
Põlva Haigla AS
Pärnu Haigla SA
Rakvere Haigla AS
Rapla Maakonna Haigla SA
Rõngu Hooldusravikeskus SA
Räpina Haigla AS
Sillamäe Haigla SA
Sillamäe Hooldushaigla SA
Suure-Jaani Ravikeskus AS
Tallinna Lastehaigla SA
Tapa Haigla AS
Tartu Ülikooli Kliinikum SA
Valga Haigla AS
Viimsi Haigla AS
Viljandi Haigla SA
Wismari Haigla AS
Võnnu Haigla SA

Lisa 2. Küsimustik

Haigla nimi:

1. Voodikohtade arv kokku (31.12.2004):

2. Täidetud ametikohtade arv kokku (31.12.2004):,

neist

1) arste

2) õdesid

3) hooldustöötajaid

3. Kas Teie haigla on liitunud Tervist Edendavate Haiglate (TEH) võrgustikuga?

1) jah, aastal

2) liitumine on plaanis käesoleval aastal

3) ei

Kirjeldage palun, mis on peamised põhjused, miks Teie haigla on või ei ole otsustanud liituda tervist edendavate haiglate võrgustikuga

.....
.....
.....

4. Kas TEH võrgustikuga ühinemise otsus on mõjutanud Teie haigla visiooni, missiooni ja strateegia kavandamist ning eesmärkide püstitamist? Kui Teie haigla ei ole ühinenud TEH võrgustikuga, minge palun edasi 5. küsimuse juurde

1) jah (palun kirjeldage, kuidas)

2) mingil määral (palun kirjeldage, kuidas)

3) ei

.....
.....
.....

5. Kui palju Teie ise olete informeeritud TEH võrgustiku

	Olen asjaga hästi kursis	Üht-teist tean	Ei tea eriti midagi
1) ideoloogiast?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) eesmärkidest ja tegevusvaldkondadest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) tegevustest Eestis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Missugustest allikatest Te olete saanud infot TEH võrgustiku tegevuste kohta?

Infoallikas	jah	ei
1) TEH võrgustiku üritustelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Oma haigla töötajatelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Ajakirjandusest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Internetist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mujalt (palun täpsustage)		

7. Kas Teie haiglas on olemas haigla juhtkonna poolt kinnitatud dokument (arengukava, strateegia, programm vms.), mis sätestab eesmärgid ja tegevused järgmistes valdkondades:

Valdkond	jah	koostamisel	ei
1) Osutatavate tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Patsientide tervise edendamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Haigla personali tervise edendamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Kas Teie haiglas on töötatud välja klienditeeninduse standard, mis reguleerib järgmisi valdkondi:

Valdkond	jah	ei
1) suhtlemine patsiendi ja tema omastega	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) patsiendi informeerimise kord tervishoiuteenuse osutamise osas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) kaebuste registreerimise, lahendamise ja patsiendile tagasiside andmise kord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) patsiendi õigused ja kohustused	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) patsiendi õigeaegse teavitamise kord <ul style="list-style-type: none"> • ravijärjekorda registreerimisel • tervishoiuteenuse osutajate vahelisel suunamisel • tervishoiutöötaja asendamisel 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

9. Kas Teie haiglas on teostatud patsientide rahulolu uuringuid (ankeetküsitlused, intervjuud haiglas, haiglast lahkunute postiküsitlused, telefoniintervjuud jne.)?

- 1) küsitluslehe saavad kõik haiglasse saabunud patsiendid, patsientide rahulolu hinnatakse ja analüüsitakse perioodiliselt
- 2) rahulolu-uuringuid teostatakse vähemalt kord aastas kogu haiglas
- 3) rahulolu-uuringuid teostatakse mõningates osakondades/ kliinikutes
- 4) on toimunud üksikud patsientide küsitlusi/ intervjuusid, süstemaatilisi rahulolu-uuringuid ei teostata
- 5) spetsiaalseid rahulolu-uuringuid ei ole teostatud

10. Kas kaebuste analüüsi ja/ või patsientide rahulolu-uuringute tulemusi on kasutatud/ kasutatakse tervishoiuteenuste osutamise ja teeninduse kvaliteedi parandamiseks?

- 1) jah (kirjeldage, palun, kuidas)
- 2) ei

.....
.....
.....

11. Kas patsientide rahulolu 2004. aastal võrreldes varasemate aastatega oli Teie hinnangul

- 1) Oluliselt paranenud
- 2) Mõnevõrra paranenud
- 3) Jäänud enam-vähem samale tasemele
- 4) Mõnevõrra langenud
- 5) Oluliselt langenud
- 6) Ei oska öelda

12. Kas Teie haigla patsientide ravi- ja õendusplaan hõlmab ka patsiendi tervise edendamise ja patsiendi õpetusega seotud tegevusi?

- 1) jah (*palun kirjeldage*)
 2) ei

.....

13. Kas Teie haigla pakub patsientidele ja teistele asjast huvitatud isikutele informatsiooni (haigla ruumides, ajakirjanduses, internetis, teabepäevad jne.) või nõustamist järgnevates valdkondades?

Valdkond	jah	ei
1) tervise edendamise alane teave <ul style="list-style-type: none"> • liikumine • tervislik toitumine • suitsetamisest loobumine • muu valdkond 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2) krooniliste haiguste ennetamise alane teave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) toitumisalane nõustamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) suitsetamisest loobumise nõustamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) diagnostika ja ravivõimalused Teie haiglas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) muu info või nõustamine (<i>palun kirjeldage</i>)		

Kui Te vastasite mõnele küsimusele jaatavalt, palun täpsustage, mis kujul infot edastatakse

.....

14. Kas Teie haiglal või haigla struktuuriüksustel on koostöö patsientide organisatsioonide (liidud, seltsid, Patsientide Esindusühing jne.) esindajatega?

- 1) jah (*kirjeldage palun, missuguste organisatsioonidega ja missuguses vormis*)
 2) ei

.....

15. Kas Teie haiglas toimub raviga või diagnostiliste protseduuridega kaasnenud tüsistuste dokumenteerimine ja süstemaatiline analüüs?

- 1) jah, süsteem on rakendatud (alates aastast)
 2) süstemaatiline registreerimine ja analüüs puudub

16. Kas Teie haiglas dokumenteeritakse

	jah	ei
1) vereülekannetega seotud tüsistusi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) ravimite kasutamisel ilmnunud kõrvaltoimeid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) anesteesiaga seotud tüsistusi ¹ ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) operatsioonijärgseid puhta haava infektsioone ¹ ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Kas Teie haiglas on olemas ja rakendatud järgnevalt loetletud tegevusjuhised?

Tegevusjuhised	jah	välja-töötamisel	juhised puudub/ ei ole rakendatud
1) Haiglanakkuste kontroll ja vältimine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Ravimite, sh antibiootikumide määramine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Lamatiste vältimine ja ravi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Transfusioonravi korraldamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Patsiendi operatsioonieelse seisundi hindamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Kiirguse kasutamine diagnostika ja raviprotseduuride läbiviimisel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Kas Teie haiglas toimub regulaarne koostöö (näit. ühised arutelud, teabepäevad vms.) oma piirkonna

	jah	ei
1) üldarstiabi osutajatega?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) kiirabi osutajatega?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Kas Teie haiglas on olemas töötajate koolitusplaan

	jah	ei
1) arstidele?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) õdedele?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) teistele töötajatele?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) tippjuhtidele?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) keskastme juhtidele?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Kas Teie haiglas on välja töötatud ja rakendatud

	jah	ei
1) uue töötaja sisseelamisprogramm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) töötajate stressijuhtimise programm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Kas Teie haigla töötajad on osalenud tervise edendamise alastel täiendkoolitustel?1) jah (*kirjeldage palun, missugustel*)

2) ei

.....

.....

.....

¹ Küsimustele 16.3 ja 16.4 vastavad ainult anesteesia tegevusluba omavad haiglad

22. Kas Teie haiglas on läbi viidud

	jah	hetkel esmakordselt toimumas	ei
1) personali rahulolu uuringuid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) töökoha riskianalüüs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) personali suitsetamisharjumuste uuringuid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) personali läbipõlemise hindamist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Kas teie haiglas on teostatud või teostatakse tervist edendavaid projekte?

- 1) jah (*palun kirjeldage, milliseid*)
- 2) ei

.....
.....
.....

24. Missugused tervise edendamisega seotud tegevused haiglas võiksid Teie arvates olla fikseeritud tervishoiuteenuste loetelus ja tasustatud Eesti Haigekassaga sõlmitud lepingu alusel?

.....
.....
.....

Lisage palun täiendavaid kommentaare ja arvamusi

.....
.....
.....
.....

Aitäh!

Lisa 3. Patsientide kaebuste ja rahulolu uuringute tulemuste arvestamine haigla töö korraldamisel

Piirkondlik haigla
<ul style="list-style-type: none">- parendusettepanekute rakendamise kohta küsib EKS (ettepanekute-kaebuste süsteem) koordinaator tagasisidet struktuuriüksusest kahe kuu möödumisel- registratuuri töö korraldamine patsiendisõbralikumaks, haiglasse vormistamine muudeti patsiendile mugavamaks, klienditeenindajatele korraldati koolitus, loodi paremad visiiditasu maksmise võimalused
Kesksaigla
<ul style="list-style-type: none">- registratuuride tööga seotud rahuloluuuringu küsitluse tulemusi on kasutatud reaalselt tööprotsesside parandamiseks n telefonikeskus, uus tööprotsess registratuurides. Käesoleval ajal viidi läbi statsionari patsientide rahulolu uuring- probleemide analüüs ja lahendus, patsientide nõustamine, personali koolitus- kirjalikud protseduuride kirjeldused- läbi töögruppide ja arenguprojektide samuti läbi ravinõukogu ja ravikvaliteedi hindamise komisjoni töö. Kõigist saab sisendi tegevus- ja tööplaanidesse (haigla plaanib liitumist TEH võrgustikuga)
Üldhaigla
<ul style="list-style-type: none">- oleme analüüsinud iga tekkinud olukorda asjaosalistega. Kaebuste osas teeme kokkuvõtteid ja vastavalt vajadusele saadame inimesi koolitusele või korraldame sisekoolitusi. Patsientide rahuloluuuringu põhjal saadud tagasisidest ja ettepanekutest oleme rakendanud jõudumööda tööle- erialased ja suhtluskoolitused teenindavale personalile. Kaebuste korras konkreetsete juhtude arutelu asjaosalistega- uuringu tulmused on läbi analüüsitud ja selle tulemusel on püütud parandada tervishoiuteenuste osutamise ja teeninduse kvaliteeti- on läbi arutatud ja analüüsitud, näiteks koos köögia on korrigeeritud menüüsid; arsti patsiendide vahelise suhte selgitamisel- üks kord kuus analüüsitakse ejuhatuses ja esitatakse ülevaade kvartaalselt nõukogule. Raskematel juhtudel toimub sisejuurdlus. On toimunud ka ühisarutelu tervishoiuameti ja Maavalitsuse esindajatega- võetud arvesse patsientide soove vastavalt võimalustele- kasutades administratiivseid hoobasid

Lisa 3. Patsientide kaebuste ja rahulolu uuringute tulemuste arvestamine haigla töö korraldamisel (järg)

Hooldushaigla
<ul style="list-style-type: none">- võetud arvesse patsientide ettepanekuid ja märkusi- muudetud on toidumenüüd, teostatud on remont tubades ning tööle on võetud inimene, kes sisustab eakate vaba aega- on juhend kaebuste käsitlemiseks, kaebusi ei ole esinenud- keeleprobleem – on korraldatud keeleõpe õdedele, suhtlemisprobleem-supervisioon personalile, psühholoogiline koolitus- enamus ankeetides mainitud puudustest on kõrvaldatud. Põhiliselt need, mis ei nõua üle jõu käivaid rahalisi vahendeid- hooldustöötajate koolitused. Palatitesse paigutamisel arvestatakse inimeste sobivust. Isiklike esemete hoidmiseks kappide ja riulite soetamine, telerite paigutamine palatitesse- võimalusel arvestatakse ja püütakse teeninduse kvaliteeti parandada- kuna patsiendid ei ole varmad esitama kirjalikke kaebusi, kuid on julged esitama oma nägemust suuliselt, siis oleme oma töö korraldamisel neid arvestanud- on korraldatud psühholoogilisi treeninguid töötajatele, supervisioone, on püütud ettepanekuid täita- analüüsist on tehtud kokkuvõtte, ettepanekud on läbi vaadatud ning ümberkorraldustöös ellu viidud- kui on läbi viidud patsientidega vestlused, siis nende poolt esitatud ettepanekud võetakse edasise töö planeerimisel arvesse
Erihaigla
<ul style="list-style-type: none">- Iga probleem arutatakse vastavate töötajatega läbi ja püütakse võtta kasutusele muutused selle vältimiseks edaspidi- leitakse juhenditest puudused ja parandatakse need. Tutvustatakse personalile- vastuvõtuaegade reguleerimine, olme parandamine- arsti vastuvõtt elukohale lähemale- arutatakse üksuste juhtide koosolekul, kirjalikud seletuskirjad ja vastused
Kohalik haigla
<ul style="list-style-type: none">- Kõik kaebused ja rahulolu uuringud on läbi vaadatud, registreeritud. Saadud andmed analüüsitakse ja võetakse aluseks parema teeninduse korraldamisel- üks kord aastas toimub arutelu juhtkonna hulgas- uute teenuste pakkumine, teenuste kvaliteedi parandamine, personali koolitus

Lisa 4. Patsientide tervise edendamise seotud tegevuste rakendatus haigla juhtide hinnangul

Piirkondlik haigla
<ul style="list-style-type: none">▪ Patsiendi haigus ja õendusloos on kohad, kuhu tuleb fikseerida õpetusega seotud tegevused;▪ - 1) juhendmaterjalid erinevate haiguste vältimiseks ja haigusseisunditega toime tulemiseks 2) konkreetsete protseduuridega õpetus, millega patsient peab kodus hakkama saama 3) uutingute, protseduuride läbiviimist ning kaasneda võivaid tüsistusi selgitavad juhendid (bronhoskoopia, kiiritusravi, nõelbiopsia, torakotsentees jne) õendusloos fikseeritakse, kas patsient vajab õpetust eluviiside, toitumise, suitsetamisest loobumise kohta.
Keskhaiгла
<ul style="list-style-type: none">▪ õendusdokumentatsioon sisaldab eraldi lahtrit kuhu märgitakse patsiendiõpetusega seonduv tegevus – märkides ära teema, õpetuse sisu ning kes õpetas. Vajadusel kaasatakse patsiendiõpetusse ka perekond (lähedaste koolitus on aktuaalne eriti hooldusravi osas ja toimetulekuõpetuse puhul, kui toimub patsiendi ettevalmistus▪ koolitused ja nõustamised toimuvad astma, diabeedi, liigestehaiguste, südame-veresoonkonna haiguste ja teiste haiguste puhul osakondades ja kabinettides, vähihaigete toetusravi kodus.▪ Õendustegevus on väga otseselt seotud patsiendiõpetusega▪ Lipiidikabineti õde – dieet, kolesterooli langetamise võimalused, ravimite tarvitamine, ravikehaskultuur; peritoneaaldialüüsi kabinet õde – fistli hooldus jne
Üldhaiгла
<ul style="list-style-type: none">▪ mingis osas kondlasti toitumine, kehaline aktiivsus▪ olulisel määral patsiendiõpetusega. NT: toitussoovitused, RKK liigesproteesimise järgselt jne▪ koduõenduses ja hooldusravi lugudes on õendusplaanis välja toodud patsientide õpetamine ja juhendamine▪ andmed patsientide tervisekäitumise kohta, sellest tehtavad järeldused ja soovitused▪ õendusplaan hõlmab patsiendi aktiveerimist, taastusravi, toimetulekuõpetust▪ õendusloos koht patsiendiõpetusele▪ arsti ja keskmed personali soovitusi edasiseks toimetulekuks ja haiguste ennetamiseks

Lisa 4. Patsientide tervise edendamiseks seotud tegevuste rakendus haigla juhtide hinnangul (järg)

Hooldushaigla
<ul style="list-style-type: none">▪ igale hoolduspatsiendile püstitatakse tegevusplaan eesmärgiga see ellu viia▪ õendusplaan sisaldab patsiendi tervisedenduse alast juhendamist – hooldusravi on oma olemuselt tervisedenduslik▪ rõhk on sellel, et õpetada patsiente võimalikult palju ise toimetama, aktiivsem olema, ise rohkem füüsiliselt liigutama (haigla plaanib liituda TEH võrgustikuga)▪ plaan koostamisel▪ õendusloos asuv õendusplaan kirjeldab patsiendi tervise jaoks vajalikke protseduure ja tegevust▪ suitsetamisvastane selgitustöö, liikumise ja enese eest hoolitsemise propageerimine, tervislik toitumine▪ õendusplaanis on dokumenteeritud ja viiakse läbi patsiendi ja tema lähedaste terviseõpetust
Erihaigla
<ul style="list-style-type: none">▪ patsiendid saavad haiglasse tulles juhendi, kuidas hoolitseda hügieeni ja kirurgilise haava eest. Lisaks juhendid kodus käitumiseks▪ vaimse häiretega patsiendile või tema sugulastele selgitatakse ravi vajalikust ja õpetatakse toime tulema▪ jooksva ambulatoorse ja statsionaarse ravi käigus <p>emade kool nii meil arvel olevatele rasedatele kui teistele soovijatele</p> <ul style="list-style-type: none">▪ patsiendi puudega kohanemine ja toimetulek
Kohalik haigla
<ul style="list-style-type: none">▪ õendusplaanis on märkmete koht tervisedendusliku töö läbiviimise kohta (nõuanded, patsiendi koolitus, haiguste ennetamine, suitsetamise vastase nõustamise läbiviimine jne▪ on tööle asunud koduõde, sotsiaaltöötaja hooldusosakonnas. Pidev vestlus patsientidega arstide kui ka õdede poolt, lisaks infolehed

Lisa 5. Tervist edendavate programmide teostamine TEH võrgustikuga liitunud ja mitteliitunud haiglate poolt

Haigla liik	Tervist edendavate haiglate võrgustikuga liitunud haiglad	Haiglad, mis ei ole liitunud tervist edendavate haiglate võrgustikuga
PKH	<ul style="list-style-type: none"> - TEH võrgustiku liikmehaiglane “patsiendi inforessursside loomine kliinikumi kodulehel” - Tuberkuloosiravi programm, rinnavähi ennetamise programm, suitsetamisest loobumise projekt, südamehaiguste ennetamise projekt 	
KH	<ul style="list-style-type: none"> - 2002-2003 “kvaliteetne tervisedendus kaasaegses raviasutuses on aja nõue”, 2004-2006 “teel harmoonilise haigla poole”, 2003,2004 “oleme Põhjamaa lapsed” projektist kasvas välja ITK talispordipäev, 1999 alanud “kunstid tervise teenistuses”, 2004 osalemine Kristiine keskuse tervispäeval - õde – tervisekoolitaja haiglas, tervispäevad haigla personalile 	<ul style="list-style-type: none"> - loengud stats. Haigetele: põiehäired, depressioon, kognitiivsed häired jne. Naistenõuandlas: perekool, moortekabinet, emakakaela vähi ennetus, sünnituseelne diagnostika - hambahaiguste profülaktika projekt, südame projekt, emakakaela sõeluuring, mammograafia skriining (haigla plaanib liitumist TEH võrgustikuga)
ÜH	<ul style="list-style-type: none"> - 2000 Võrumaa haigla tervisedenduslikuks haiglaks, 2000 perekool rasedatele ja tugiisikutele, 2002 naised koondugem vähihaiguste ennetama, 2004 tervem südamelöök. Südamenädala raames korraldame igal aastal nn tervisetunde - noorte nõustamiskabinet: EPPL projekt – reproduktiivsuse edendamiseks, südamehaiguste riski selgitamise projekt; emakakaela vähi ja vähieelsete seisundite väljaselgitamise projekt, ujumise projekt OV toel - Põlva perekool rasedatele, suitsetamisest loobumise nõustamine, südame ja veresoonekonna haiguste ennetamine ja nõustamine, seksuaaltervis ja pereplaneerimine, vähihaigete kodune toetusravi, naiste emakakela vähi ennetamine - Jätkub kolesterooli projekt - SHV ennetamise programm 2002-2006, emakakaela vähi varajane avastamine - Noorte seksuaalkäitumise nõustamine, suitsetamisest loobumise nõustamine, tervislikud töökohad, tuberkuloosi programm 	

Lisa 5. Tervist edendavate programmide teostamine TEH võrgustikuga liitunud ja mitteliitunud haiglate poolt (järg)

HH	- tervislik toitumine 2004 aastal	- peamiselt HIV leviku takistamise osas, noorte sõltuvusravi osas
EH	- UNICEF " <i>baby friendly hospital</i> "	- haigete hügieeniharjumuste parandamine - aktiivse puhkuse päevad 2 korda aastas (matkad, orienteerumine, süstamatkad jne)
KH	- igaaastased tervisedenduslikud projektid linnavalitsuse poolt finantseeritud – imikutele, vanuritele, linna töövõimelisele elanikkonnale. Töö pereplaneerimisega.	- lamatiste profülaktika ja ravi

PKH – piirkondlik haigla, KH – keskhaigla, ÜH – üldhaigla, HH – hooldushaigla, EH – erihaigla,
KoH - kohalik haigla

SUMMARY

Title: Quality assurance of health services in Estonian hospitals

The purpose of this study is to evaluate the implementation of activities for the quality assurance of health services in Estonian hospitals and to evaluate the correlation between the quality assurance and implementation the ideology of health promoting hospitals (HPH) network.

The study covered all the Estonian hospitals one nursing home, which has joined the HPH network (n=54). The questionnaires were sent to the top managers of all the hospitals. The regulation “Quality assurance requirements for health services” and an international standard for HPH were used as the basis to compile the questionnaire.

The response rate was 80%. The results of the study demonstrated that the requirements for the quality assurance set by the regulation were not fulfilled in all the hospitals. The requirements of the regulation were best fulfilled in the hospitals, which joined HPH network. Regular studies for patient satisfaction were implemented in 83% of HPH hospitals and in 46% of other hospitals ($p<0.03$). 71% of health promoting and 33% of non-HPH network hospitals ($p<0.03$) had implemented the system of documentation and analysis of complications and side effects. Also, the guidelines were implemented in HPH hospitals more often than others. The activities for promoting the health of patients, personnel and local regional health were implemented to a different extent in all the hospitals. The risk analysis of the workplace was conducted in all the HPH hospitals, 89% of HPH hospitals and 41% of other hospitals ($p<0.05$) had studied the staff’s satisfaction, and the cooperation with patient organisations was implemented accordingly in 65% and 35% of the hospitals ($p<0.03$). The HPH ideology and aims were less familiar to the leaders of nursing hospitals; the differences were not remarkable in bigger hospitals.

The conclusion of the study is that the existence of the regulation has not guaranteed the quality and that the quality requirements set by the regulation are better fulfilled in the HPH network hospitals. The HPH network hospitals also pay more attention besides their patients to the health of their own employees.

TÄNUAVALDUSED

Oma magistritöö valmimise eest võlgnen ma kõige suurema tänu oma juhendajale Kaja Põllustele, kes mind selle valdkonna juurde juhatas ning oli eeskujuks ja mentoriks igal ajahetkel.

Tänutundega mõtlen ka kõikidele Tartu Ülikooli õppejõududele, kellelt saadud tarkusi püüdsin siia töösse panna. Ilma Tervishoiu instituudi laborantide ja Ene Indermitteta oleks minu õpingud palju tülikamad, ilma õpingukaaslasteta palju igavamad olnud.

Eesti Haigekassa kolleegide abiga sai teooriast praktika.

Minu siiras tänu minu sõpradele, kursusekaaslastele eelmisest ülikooliajast, kellega koos veelkord tudengid olime ja kõike sellega kaasnevat nautisime.

Ja lõpetuseks – kõik sai alguse minu vanemast tütrest, kes ootamatult kiiresti minust palju targemaks oli saanud ja väikesest tütrest, kes endale rumalat ema ei tahtnud ning abikaasast, kes õpetas mind tugevaks.

CURRICULUM VITAE

JANE ALOP

Sündinud 25.01.1960
abielus, 2 last

haridus

1978-1984	Psühholoog, psühholoogia õpetaja	Tartu Ülikool
2004-	Magistriõpe tervishoiukorralduses	Tartu Ülikool

töökohad ja ametid

2005-.....	Eesti Haigekassa	tervishoiuspetsialist
2002 - 2004	SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla	koolitusteenistuse juhataja
2001-	OÜ Ad Hominem	juhatuse liige
1998-....	OÜ Veltiner	juhatuse liige
1995-1996	Professionaalse Psühholoogia Erakool	asutaja, dekaan
1996-.....		arendus
1999	Eesti Maapank	personalidirektor
1999 – 2000	Vantaa Rakenduslik Kõrgkool	lepinguline õppejõud
1996 – 2000	Tallinna Meditsiinkool	lepinguline õppejõud
1996 – 2001, 2005	Tallinna Pedagoogikaülikool (Tallinna Ülikool)	lepinguline õppejõud
1994	Eesti Sotsiaalpank	kantsleli juhataja
1991 - 1994	RE Tallinna Sadam	psühholoog, personali konsultant
1988 - 1990	väikefirma Vitalis	psühholoog
1986 – 1989	Kesklinna lastepolikliinik	psühholoog
1983 – 1991	A.Seppo nim MTULK	psühholoog

täiendus aastatel 2003-2006

2005-2006	Kvaliteedijuhi pädevuskoolitus	TTÜ, EKÜ	158 h
2005	Eesti Turismiettevõtete kvaliteediprogrammi assessorite koolitus	EAS	24 h
2004	Tervishoiuökonomika põhialused ja rahvusvahelised praktikad	prof. M.Kekomäki	8 h
2004	Juhtimiskvaliteedi infoseminar	EKÜ, EAS	8 h
2004	Rahvusvah. Konverents “Inimteadvus ja käitumine muutuv maailmas”	TPÜ, IUT Tallinna Konverentsid	16h
2004	Kvaliteedijuhtimine tervishoius – juhendi esitlus	TAI	8 h
2004	Muutuste juhtimine kvaliteedi parandamiseks	projekt HOPE	360 h
2004	Terviklik kvaliteedijuhtimine ja enesehindamine	Business Grain	8 h
2004	The North Karelia project in Finland and lessons for global chronic disease prevention	TAI, KTL	8 h
2003-2004	Innovatiivseid aspekte õppe ja teadusasutuse juhtimisel	TTÜ Spinno projekt	288 h
2003	Arstide ja õdede pädevusnõuded – rakendamise teed ja võimalused	Eesti Tervishoiujuhtide Kolleegium	8 h
2003	Soome noorsoopsühhiaatrite koolituspäev	Soome Psühhiaatrite ja Psühhoteraapeutide Ühing	8 h