

Eesti Tervishoiu Kvaliteedipoliitika

1998

Eesti Tervishoiu Kvaliteedipoliitika töörühm

Töörühma juht	Evi Lindmäe	Sotsiaalministeeriumi litsentsibüroo juhataja
Sekretär	Raul Kiivet	TÜ Tervishoiu Instituudi tervishoiukorralduse õppetooli korraline professor
Liikmed	Helvi Tarien	Keskhaigekassa nõunik
	Arvi Vask	Sotsiaalministeeriumi asekantsleri kt. tervishoiu alal
	Kaja Põlluste	TÜ Tervishoiu Instituudi tervishoiukorralduse õppetooli vanemassistent
	Alli Intelmann	Sotsiaalministeeriumi meditsiinitehnoloogia büroo juhataja
	Elle Ende	Tallinna Keskhaigla ülemõde
	Teisi Remmel	Tallinna Sotsiaal-ja Tervishoiuameti arendusosakonna spetsialist
	Indrek Oro	Eesti Arstide Liidu president

Eesti tervishoiu kvaliteedipoliitika kontseptsioon on läbi vaadatud Vabariigi Valitsuse 25. novembri 1997 a. istungil.

Eesti tervishoiu kvaliteedipoliitika on välja töötatud Eesti-Hollandi koostööprojekti "Eesti tervishoiu kvaliteet" raames. Projekti finantseeris Hollandi Välisministeerium.

Kvaliteedipoliitika töörühm tänab kõiki asutusi ja organisatsioone, kes esitasid dokumendile parandusettepanekuid.

Development of this policy document has been supported by Estonian-Dutch co-operation project "Quality Improvement of Estonian Health Care, Strengthening Primary Care and Reforming Hospital Network" sponsored by a grant of the Ministry of Foreign Affairs of the Netherlands.

Sisukord

	lk.
1. Sissejuhatus	5
2. Milleks riiklik kvaliteedipoliitika tervishoius?	7
3. Kvaliteedi hindamine	11
4. Kvaliteeditagamine ja -juhtimine	17
5. Kvaliteedi tagamise ja edendamise osapooled	18
6. Terminid	26
7. Summary of the Quality Policy of Estonian Health Care	29
8. Kirjandus	31

EESTI TERVISHOIU KVALITEEDIPOLIITIKA

I Sissejuhatus

Viimase aastakümne jooksul on maailmas üha enam kõne all kvaliteediprobleemid tervishoius ja kvaliteet on muutunud võtmesõnaks 90-ndate aastate tervishoius. See teema on muutunud aktuaalseks nii tervishoiujuhtide, tervishoiuteenuste pakkujate, teenuste eest tasujate kui ka tervishoiuteenuste tarbijate (patsientide) jaoks.

Maailma arenenud riikide tervishoiusüsteemides on toimunud käesoleva sajandi teisel poolel olulised muutused - arstide ja haiglate arvu kiire suurenemine ning tehniliste võimaluste paranemine, mistõttu tervishoiule tehtavad kulutused on järsult kasvanud. Nimetatud asjaolud on tõstnud esile vajaduse piirata kulutusi, samaaegselt aga tagada elanikele nende vajadustele vastavate tervishoiuteenuste osutamine. Seoses tervishoiu finantseerimise põhimõtete muutumisega on viimase paari aasta jooksul kvaliteediteema jõudnud ka Kesk- ja Ida-Euroopa maade tervishoiupoliitikasse ja -strateegiasse. Piiratud rahalised vahendid, tugevsem keskkonna kiire muutumine ja konkurentsi kasv tervishoiuteenuste turul nõuavad tervishoiujuhtidelt pidevat protseduuride, teenuste ja tehnoloogia kvaliteedi hindamist ja tagamist ning ressursside sihipäraselt ja otstarbekalt kasutamist.

Kvaliteedisüsteemi **eesmärgid** tervishoiuasutuse ja kliendi/patsiendi jaoks on osaliselt vastandlikud. Tervishoiuasutus peab soovitud kvaliteedi saavutama ülemääraste kulutusteta. Kliendil/patsiendil seevastu on vaja kindlustunnet, et tervishoiuasutus on suuteline tagama soovitud kvaliteedi ning seda pidevalt hoidma. Need eesmärgid nõuavad alati in-

formatsiooni ja andmeid, mis objektiivselt tõendavad süsteemi kvaliteeti ja tervishoiuteenuste kvaliteeti.

Kvaliteedisüsteemi puudumisel on tervishoiuasutusel nõuetele mittevastavate teenuste osutamisega seotud **risk**, mis on seotud turu vähenemisega, kaebustega, hüvitusnõuetega, vastutusega, inim- ja finantsressursside raiskamisega. Kliendi/patsiendi jaoks on risk seotud ohuga tervisele, rahulolematusega teenuste suhtes, nende kättesaadavusega ning usalduse kaotusega.

Kvaliteedisüsteemi puudumisel tekivad tervishoiuasutusel **kulud**, mis on põhjustatud turunduse ja kavandamise puudustest, sealhulgas ebarahuldavatest tehnoloogiatest, töökorraldusest, ressursside ebaotstarbekast kasutamisest (raiskamisest), tootmiskadudest, garantii- ja välisremondist, ümbertegemistest. Kliendi/patsiendi jaoks on kulud seotud teenuse kättesaadavuse, ohutuse ja kasutamisega.

Kvaliteedisüsteemist saavad **kasu** kõik ühiskonna liikmed, sest tervishoiuasutusel suureneb rentaaclus ja turuosa ning kliendi/patsiendi (nii üksikisiku kui kogu elanikkonna) jaoks vähenevad kulud, paraneb teenuste kasutussobivus, rahuldatus ja usaldatavus tervishoiusüsteemi vastu.

Tervishoiuteenuste kvaliteet peab rahuldama kõiki ühiskonna liikmeid. Eestis on praegu põhirõhk asetatud ravimeetodite efektiivsuse ja ohutuse hindamisele, vähem pööratakse tähelepanu kulu efektiivsuse hindamisele ning patsiendi funktsionaalsele seisundile, heaolule, rahulolule ja elukvaliteedile. Pakutud tervishoiuteenused peavad aitama säilitada ja edendada nii üksikisiku kui kogu elanikkonna tervist; teenuste ja tervishoiuorganisatsioonide struktuur peab vastama elanikkonna vajadustele, teenuste pakujad peavad olema pädevad. Tervishoiu ressursse tuleb kasutada otstarbekalt ja tulemuslikult, teenuste pakujate valikul tuleks aluseks võtta hinna ja kvaliteedi suhe.

Käesoleva dokumendi eesmärk on teadvustada Eesti tervishoiutöötajatele, tervishoiu juhtidele, haigekassade töötajatele, poliitikutele, tervishoiuteenuste tarbijatele ning üldsusele Eesti tervishoiu kvaliteedipoliitika põhiseisukohti ning kvaliteedi hindamise, tagamise ja edendamise vajalikkust ja võimalusi Eesti tervishoius. Kvaliteedipoliitika nurgakiviks on kliendi/patsiendikeskne lähenemine, teenuste kasutajate rahulolu ning pakutavate teenuste vastavus tarbijate vajadustele.

Kvaliteedipoliitika peab saama Eesti kavandatava tervishoiupoliitika lahutamatuks koostisosaks. Riikliku kvaliteedipoliitika eesmärgiks on anda juhiseid tervishoiuteenuste pakujatele ja tervishoiu juhtidele, kuidas kvaliteeti arendada, milliseid strateegilisi eesmärke püstitada ja kuidas neid eesmärke saavutada.

II Milleks riiklik kvaliteedipoliitika tervishoius?

Eesti kuulub alates 1993. aastast Maailma Tervishoiuorganisatsiooni (MTO) liikmesriikide hulka, mistõttu riikliku tervishoiupoliitika kavandamisel tuleks suuremal või vähemal määral lähtuda MTO juhistest. Vastavalt dokumendile "Tervis kõigile aastaks 2000" peab MTO liikmesriikides vähenema ebavõrdsus elanikkonna tervise seisundi osas ja kõigile inimestele tuleb tagada sotsiaalsed ning majanduslikud võimalused tervise edendamiseks ja kaitseks. See tähendab võrdset juurdepääsu kõrgekvaliteedilisele arsti- ja õendusabile nende inimeste jaoks, kes võiksid oma terviseprobleemidega kaasaegsest meditsiinist abi saada.

Kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamisel lasub vastutus teenuste pakkujal. Kvaliteedi tagamisel tuleb eelkõige lähtuda elanikkonna tervise vajadustest ja piiratud ressursside võimalikult otstarbekast kasutamisest elanikkonna tervise hoidmisel ja taastamisel. Ka konkurentsi kasv ning tegutsemiskeskonna kiire muutumine nõuavad tervishoiutöötajatelt ja -juhtidelt pidevat protseduuride, teenuste ja tehnoloogia kvaliteedi tagamist ja hindamist, süsteemi patsiendikesksemaks muutmist ning ressursside sihipärast kasutamist.

Valitsuse ülesandeks on tagada tervishoiuteenuste kättesaadavus elanikkonnale ning luua eeldused ja tingimused tervishoiuteenuste, -asutuste, -tehnoloogia ja -personali prima kvaliteeditaseme kujunemiseks, samuti kvaliteedialase teadus- ja arendustegevuse koordineerimine. Valitsusel on koordineeriv (kontrolliv) osa selles, kes ja millistel tingimustel pääseb tervishoiuturule ning võib osutada elanikkonnale vastavaid teenuseid.

Tervishoiuteenuste pakkujad ja tarbijad on huvitatud teenuste kättesaadavusest. Keskse kohal kvaliteedi hindamisel on tervishoiuteenuse vastavus kliendi/patsiendi tegelikele vajadustele. Tervishoiusüsteemi patsiendikeskseks muutmine ei tähenda ainult patsiendi rahulolu parandamist. Teenust tarbiva patsiendi rahulolu on tähtis, kuid peab olema garanteeritud, et osutatud teenus vastab tema vajadustele.

Tervishoid võib rahuldada patsiendi nõudmisi ja vajadusi kõrgel professionaalsel tasemel, kuid teenindus ei ole kvaliteetne, kui patsientide vajadusi rahuldatakse kulutusi arvestamata. Sellisel juhul on teenuse osutamine ressursside kasutamise seisukohalt ebaefektiivne ja ülemäära priiskav. Kvaliteetse teenuse osutamine tähendab vajaduste rahuldamist võimalikult madalate kulutustega ning vastavust seadustes ja lepingutes sätestatud nõudmistele ja ühiskonna eetilistele tõekspidamistele.

Tervishoiuteenuse ostjaks Eestis on ravikindlustusrahade haldajana haigekassad, kelle põhieesmärgiks on kindlustatule prima teenuse pakumine kõige efektiivsemal (säästlikumal) viisil. Seega on haigekassad huvitatud kindlustatule tema vajadustele vastava kõrgel professionaalsel tasemel osutatud teenuse ostmisest võimalikult madala hinna eest.

Eeltoodu põhjal võib kokku võtta riikliku kvaliteedipoliitika vajaduse Eestis nii tervishoiuteenuste tarbijate, teenuste osutajate kui kogu ühiskonna seisukohalt:

1. Igale abivajajale, sõltumata tema east, sotsiaalsest seisundist, elukohast, tervise seisundist ja muudest teguritest tuleb tagada tervishoiuteenuste kättesaadavus. Samuti on igal inimesel õigus ja kohustus osaleda nii individuaalselt kui kollektiivselt oma tervise planeerimisel ja otsuste rakendamisel (MTO 1978). Kvaliteedi hindamist, parandamist ja tagamist nõuab ka tulevikus vastuvõetav "Patsiendi õiguste kaitse seadus", mis annab patsiendile suurema õiguse ja võimaluse nõuda tema vajadustele vastavat võimalikult kõrgekvaliteedilist arstiabi.
2. Poliitikute, ametnike ja tervishoiuasutuste juhtide jaoks seostub tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamisega eelkõige kulutuste efektiivsuse hindamine. Kulutuste jälgimine ja vahendite kasutamise hindamine võimaldavad piiratud ressursside tingimustes osutada teenuseid võimalikult suurele hulgale abivajajatele. Efektiivne ressursside kasutamine eeldab kvaliteetse infosüsteemi olemasolu ning tervishoiuasutuste ja kaadri hästi läbi mõeldud planeerimist. Planeerimine, infosüsteemide arendamine vastavalt tänapäeva vajadustele ning majandamine piiratud ressursside tingimustes on ka Eestis käesoleval ajal olulisteks kvaliteediga seostuvateks probleemideks tervishoius.
3. Tervishoiutöötajate (arstide ja õdede) võimalused pakkuda üha suuremal hulgal ning erinevamaid teenuseid on seotud kaasaegse meditsiini

siinitehnoloogia arenguga, kuid sellega kaasneb ka rida probleeme, kus teenuse pakkuja teadmiste ja oskuste tase ei vasta kasutatavale tehnilisele varustusele. Selleks, et tagada tervishoiuteenuste osutamise kõrge professionaalne tase, on vajalik tervishoiuteenuste pakkujate (nii asutuse kui individuaalselt praktiseeriva isiku) kvalifikatsiooni hindamine (litsentseerimine), töötajate pidev täiendõpe ja teadmiste ning oskuste taseme perioodiline hindamine (sertifitseerimine). Tervishoiuteenuste kvaliteeti suurendab ka iseenda ja kolleegide tegevuse pidev hindamine ja analüüs, samal ajal on kvaliteedi tagamine võimalus oma tegevuse hindamiseks, parandamiseks ja arendamiseks.

4. Kasvavad ootused, suurenenud vajadused ning väljendunud nõudlus teenuste järele on vastuolus piiratud ressursidega. Ühiskonna seisukohalt aitab kvaliteedi tagamine kasutada tervishoiu ressursse võimalikult otstarbekalt üksikisiku ja elanikkonna vajaduste rahuldamiseks. Suured erinevused tervishoiuteenuste osutamisel ja variatsioonid tulemustes on põhjustanud üha enam arutlusi kvaliteedi üle. Siiani on haigekassad lähtunud raviteenuste ostul raviteenuste hinnast ja hulgast, süsteemi arenedes on tekkinud aga vajadus planeerida ravikindlustusvahendeid ka teenuse sisu ja kvaliteedi järgi. Selleks puuduvad aga sageli selged standardid ja vajalikud teadmised. Seetõttu on üheks valdkonnaks kvaliteedi tagamisel kriteeriumide ja standardite ning tegevusjuhiste väljatöötamine, mis võimaldavad nii teenuse pakkujal kui ka ostjal orienteeruda osutatavate teenuste kvaliteedis, mahus ja otstarbekuses.

III Kvaliteedi hindamine

Kvaliteedi hindamise, parandamise ja tagamise süsteemi eesmärgiks on tagada tervishoiuteenuste usaldusväärsus alati ja kõikjal, s.t. parima võimaliku tulemuse saavutamine kõigi vastavate teenuste pakkujate poolt.

Kvaliteedi **hindamine** tähendab seda, et mõõdetakse tegevuse vastavust ootustele ehk hinnangut, missugusel määral teadmised ning praktilised kogemused on ellu rakendatud. Kvaliteedi mõõtmisel võrreldakse saadud tulemusi püstitatud kvaliteedinõuetega ja tehakse selle alusel juhtimisotsuseid.

Tervishoiusüsteemi kvaliteedi hindamisel tuleks lähtuda järgmistest kriteeriumidest:

- 1) tervishoiuteenuse vastavus indiviidi või elanikkonna tegelikele vajadustele (*Appropriateness*),
- 2) võrdne juurdepääs tervishoiuteenustele ja võrdne võimalus neid tarbida (tervishoiuteenuste sotsiaalselt õiglane jaotus elanikkonna rühmade vahel) (*Equity*) ja
- 3) tervishoiuteenuste kättesaadavus sõltumata inimese elukohast (*Accessibility*), mis tagatakse riiklikul tasandil tegelike vajaduste hindamise ja planeerimise abil;
- 4) tõhusus (meditsiiniline efektiivsus): indiviidi ja elanikkonna jaoks soovitud kasu saavutamine (*Effectiveness*);

- 5) vastuvõetavus: tervishoiuteenuseid osutatakse nii, et see vastab patsientide, teenuse pakujate ja ühiskonna põhjendatud ootustele ja vajadustele (*Acceptability*);
- 6) saavutusvõime (majanduslik efektiivsus): ressursse ei kulutata ühe asutuse või patsiendi jaoks nii, et see kahjustaks teisi (*Efficiency*).

Kolm viimati nimetatud kriteeriumi on esmatähtsad tervishoiuasutuse igapäevases tegevuses ning need seostuvad MTO poolt soovitatud kõrgekvaliteedilise tervishoiuteenuse tunnustega (MTO 1995):

- kogu personali kõrged professionaalsed oskused patsiendi hooldamisel ja ravis;
- ressursside kasutamise efektiivsus ja ratsionaalsus;
- diagnostiliste ja raviprotseduuride minimaalne risk patsiendile;
- patsiendi maksimaalne heaolu ja rahulolu;
- võimalikest parim tulemus tervisele.

Kvaliteedi hindamine ei ole ühekordne, vaid pidev tegevus, mis seostub kõigi kvaliteeditagamise põhietappidega: tegevuse tulemuslikkuse mõõtmine ja hindamine; tegevuse tulemuse võrdlus seatud eesmärkidega; taseme säilimise ja teostatud muudatuste jälgimine.

Kvaliteedi hindamise võimalused

MTO poolt kirjeldatud kõrgekvaliteedilise tervishoiuteenuse tunnustest lähtuvalt hinnatakse:

- 1) professionaalset tegevust ehk tehnilist kvaliteeti – missugusel määral vastab tervishoiualane ja erialasel tasemel aktsepteeritud tegevus patsiendi vajadustele;

- 2) ressursside kasutamist – patsiendi vajaduste rahuldamiseks efektiivseim ja produktiivseim ressursside kasutamine, mis ei ole vastuolus seadusandluse ja ühiskonna eetiliste tõekspidamistega;
- 3) riski juhtimist – tervishoiuteenuste osutamisega kaasnevate vigastuste või muude tervisekahjustuste riski hindamine ja juhtimine (kas patsiendi vajadustele vastav erialasel tasemel aktsepteeritud tegevus on nõuetekohaselt läbi viidud);
- 4) patsiendipoolset hinnangut – patsiendi kogemus ja teenusega rahulolu (missugusel määral vastab osutatud tervishoiuteenus patsiendi ootustele ja vajadustele).

Kvaliteedi hindamisel tuleb silmas pidada teenuse tarbijate, pakujate ja ostjate vajadusi nii struktuuri, protsessi kui tulemuste osas.

1. Struktuur: ressursid, personal, hooned, varustus ja infosüsteem.

- personali kvalifikatsiooni, s.t. põhi- ja jätkuhariduse tagamine;
- personali optimaalse töökoormuse tagamine;
- litsentseerimise ja sertifitseerimise korraldus;
- hoonete ja varustuse füüsilised tingimused, vastavus eesmärgile;
- informatsiooni dokumenteerimine ja kogumine;
- informatsiooni säilitamine ja kättesaadavus.

2. Protsess: haigusi ennetav, diagnostiline, ravi- ja õendustegevus ning rehabilitatsioon koos patsiendi informeerimise ja õpetamisega.

- spetsialisti ametijuhendid (iga eriala pädevus ja vastutus);
- ravi-, õendusabi juhised (maksimaalne erialane efektiivsus ja minimaalne abi maht);
- patsiendi informeerimine ja õpetamine, suhtlemine.

3. Tulemus: teenuse mõju patsiendi tervisele, heaolule ja rahulolule ning tulemuse seos ressursside kasutamisega.

- teenuse kättesaadavus;
- tulemuse meditsiiniline efektiivsus;
- tulemuse majanduslik efektiivsus;
- patsiendi suhtumine saadud teenusesse.

Kvaliteedi hindamisel on põhimõtteliselt kaks võimalust.

1. Tegevuse kvaliteedi hindamine olemasoleva informatsiooni (näiteks haigusloo) alusel, vastates ühele järgmistest küsimustest:

- kas tegevus vastas patsiendi tegelikele vajadustele, s.t. analüüsitakse ja hinnatakse ravi- ja õendustegevuse protsessi;
- kas mõni teine tegevus muudaks tulemused paremaks, s.t. hinnatakse ravi- ja õendustegevuse tulemusi;
- kas tegevus oli vastuvõetav, võttes arvesse nii protsessi kui tulemust?

Nimetatud hindamismeetodit kasutatakse siis, kui puuduvad ühtselt mõistetavad ning defineeritud kriteeriumid ja standardid, mille kohaselt saaks hinnata kvaliteeti heaks või halvaks. Meetod võimaldab hinnata käesolevat situatsiooni (näiteks arutelu kliinilise ja lahangudiagnoosi erinevuse korral).

2. Tegevuse hindamine vastavalt kokkulepitud kriteeriumidele ja standarditele:

- protsessi vastavus kriteeriumidele (näiteks arsti tegevuse vastavus diagnostika- ja ravijuhistele, õe tegevuse vastavus protseduuri tegevusjuhendile, õendusabi psühhosotsiaalsed aspektid);

- tulemuse võrdlemine standardiga;
- struktuuri (hoonete, aparatuuri, personali oskuste ja teadmiste taseme) vastavus kehtestatud nõuetele.

IV Kvaliteeditagamine ja -juhtimine

Kvaliteeditagamise (*quality assurance*) all mõistetakse kõiki planeeritud ja süstemaatilisi toiminguid, mis on vajalikud piisava usaldatavuse tagamiseks, et toode või teenus rahuldab kvaliteedile esitatud nõudeid. (EVS-ISO 8402:1994)

Kvaliteedijuhtimine (*quality management*) on üldise juhtimistegevuse osa, mis määratleb ja realiseerib kvaliteedipoliitika (EVS-ISO 8402:1994). Kvaliteedijuhtimise eesmärk on asetada inim- ja materiaalsed ressurssid oma kohtadele ja luua efektiivne kvaliteeditagamise süsteem võimalikult väikeste kulutustega, mitte ainult püüda kogu tegevust viia vastavusse standarditega ja seeläbi lahendada kvaliteediprobleeme.

Tervishoius on rida tegevusi, millest igaüks mõjutab tervishoiu kvaliteeti. Kvaliteedi juhtimine läbi hindamise ja tagamise on suunatud kolmele tervishoiu aspektile ehk valdkonnale: struktuur, protsess ja tulemus.

Kvaliteeditagamine on pidev, dünaamiline protsess, mille eesmärgiks on parimate tervishoiutehnoloogiate ja -meetodite leidmine pideva professionaalse enesehinnangu ja tegevuste/teenuste tulemuslikkuse hindamise ja jälgimise alusel.

Kvaliteeditagamise eelduseks on infosüsteemi loomine, mis tagab pideva andmekogumise tegevuste/teenuste tulemuste kohta, andmete kättesaadavuse ning adekvaatse ülevaate tervishoiu struktuurist ja protsessidest.

Maailma Tervishoiuorganisatsiooni määratluse kohaselt tuleb kvaliteeditagamise ja -edenduse protsessis läbida järgmised etapid (MTO 95):

1. Professionaalse vastutuse tunnetamine.
2. Olukorra hindamine: prioriteetsete tervishoiuprobleemide määramine, kvaliteediprobleemide ja -puuduste identifitseerimine.
3. Eesmärgi püstitamine: tegevuse/teenuse hindamise kriteeriumide määramine, sealhulgas tarbija ootuste ja vajaduste selgitamine.
4. Kvaliteedi hindamine: andmete kogumine ja analüüs tegevuse/teenuse pakkuja kohta, tervishoiuteenuste pakkuja enesehinnangu andmise meetodite arendamine.
5. Tagasiside tegevuse/teenuse pakkujale: enesehinnangute andmine võrdluses teistega, kvaliteedipuuduste identifitseerimine.
6. Kvaliteedi võrdlemine: kvaliteedi hindamise mehhanismi rakendamine võrdlevate andmebaaside alusel; mitmepoolsete referentsprogrammide käivitamine, tulemuste järjepidev dokumenteerimine.
7. Muutuste sisseviimine: kvaliteedipuuduste parandamine/kõrvaldamine, info levitamine parimate tulemuste (*best practices*) saavutamise võimalustest ja parima kogemuse rakendamisest.
8. Kvaliteedi mõjutamise tulemuslikkuse hindamine: pidev tulemuste hindamine ja tagasiside, tulemusuuringute (*outcome research*) läbiviimine ja teaduslike meetodite väljatöötamine kvaliteedi hindamise edasiarendamiseks.

Sarnaselt kvaliteeditagamise etappidega kirjeldatakse ka kvaliteedijuhimise protsessi, mille abil asetatakse inim- ja materiaalsed ressursid oma kohtadele ning luuakse efektiivne kvaliteeditagamise süsteem võimalikult väikeste kulutustega.

1. Kvaliteeditagamise missiooni sõnastamine, mis toob esile kvaliteeditagamise kasulikkuse kogu organisatsioonile; kvaliteeditagamisel lähtutakse pakutavatele teenustele esitatud nõuetest ning kvaliteeditagamine peab olema kooskõlas organisatsiooni võimalustega ja võtma arvesse seniseid kogemusi kvaliteedi vallas.
2. Missioonist tulenevate eesmärkide ja ülesannete püstitamine: organisatsiooni eesmärkide selgitamine, igaühe vastutuse ja kohustuste määramine ning personali nõusoleku saavutamine.
3. Kvaliteedistrateegia arendamine: pikemaajalise plaani kavandamine, kuidas saavutada püstitatud eesmärke ning täita enesele võetud ülesandeid, prioriteetsete valdkondade määramine.
4. Kvaliteedisüsteemide ja struktuuride arendamine ja rakendamine: olemasolevaid ja funktsioneerivaid mehhanisme (näiteks kvaliteedikontrolli laborites, tegevusjuhiseid, rahulolu-uuringuid, kaebustega tegelemist, auditit) arendatakse edasi vastavalt eesmärkidele (näiteks õendustegevuse dokumenteerimine, haigusjuhtude perioodiline arutelu, standardite määramine); kvaliteedialase koolituse läbiviimine ning koolitusvajaduste määramine.
5. Kvaliteedisüsteemi ja -strateegia hindamine: tegevuse ja saavutuste hindamine, uute probleemide, prioriteetide ja eesmärkide määramine.

V Tervishoiu kvaliteedi tagamise ja edendamise osapooled

Kvaliteedialase tegevuse edu tagatiseks on kõigi tervishoiusektori osapoolte (tervishoiuteenuste pakkujate, ostjate ning tarbijate) koostöö ja vastutuste määratlemine kõigil tasanditel. Tervishoiu kvaliteeti ei saa tagada ainult seaduste, määruste ning ettekirjutustega valitsuse tasandil, vajalik on ka kvaliteedisüsteemi olemasolu tervishoiuasutustes. Kvaliteeditagamise tervishoiuasutustes ei saa olla järjepidev, kui puudub ühtne riiklik poliitika ja strateegia nimetatud valdkonnas.

Eestis on käesoleval ajal siiski põhiline vastutus tervishoiuteenuste pakkujatel (tervishoiuasutustel) ning teenuste ostjal (haigekassal). Tänapäeval on paljudes maades suur osatähtsus ka patsientide organisatsioonidel, kuid Eestis on patsientide organisatsioonid kujunenud peamiselt haigusrühmade järgi ja nende tegevus ei ole oluliselt suunatud patsiendi kui tarbija õiguste ja huvide kaitsele.

Tervishoiu kvaliteeti on võimalik parandada, kui kõigi tervishoiusektori osapoolte taotlused on suunatud järgmistele tegevustele:

- struktuuri kvaliteedi tagamine (spetsialistide erialane ettevalmistus, litsentseerimine ja sertifitseerimine, tervishoiuasutuste litsentseerimine ja akrediteerimine);
- protsessi kvaliteedi tagamine (ameti- ja tegevusjuhiste väljatöötamine ning nende juhiste järgimine praktikas, tervishoiutöötajate koorumnormide ja tööaja määratlemine);

- nõuetele vastava infosüsteemi loomine;
- tervishoiuteenuste ostja (haigekassa) poolsete kvaliteedinõuete esitamine ning kvaliteetse teenuse osutamise motiveerimine;
- kvaliteedisüsteemide juurutamine tervishoiusektoris (koos sisemine kontrolli ja järelevalvemehhanismi olemasoluga);
- tervishoiuteenuste pakkujate koolitamine kvaliteedi valdkonnas;
- kvaliteedialaste uuringute teostamine;
- tervishoiuteenuste tarbija positsiooni tugevdamine ning üldsuse informeerimine.

Sotsiaalministeeriumi tervisesektori missioon on luua ühiskonna osaluse ning igaühe vastutuse kaudu eeldused Eesti elanikele hea tervise saavutamiseks regulatiivsete mehhanismide, heatasemelise tervisedenduse ja -kaitse abil, inimestele kättesaadavate ja efektiivsete ravi-, taastusravi- ning õendusabiteenuste korraldamisega.

Sotsiaalministeeriumi ja Keskhaigekassa ülesandeks on riiklikku kvaliteedisüsteemi reguleerivate dokumentide ja finantseerimismehhanismide väljatöötamine ja juurutamine tervishoiusüsteemis. See eeldab tihedat koostööd nii riiklikul, regionaalsel kui kohalikul tasandil tervishoiutöötajate, nende kutseliitude, erialaühingute, ravikindlustusorganisatsiooni ning teadusasutuste vahel. Kvaliteedistrateegia väljatöötamise tuleks kaasata ka patsientide organisatsioonid.

Vastavalt Maailma Tervishoiuorganisatsiooni poolt soovitatud pideva kvaliteediedenduse poliitikale (*Continuous Quality Development*) lasub riiklikul tasandil vastutus järgnevate ülesannete täitmise eest **Eesti Vabariigi Sotsiaalministeeriumil**:

- kvaliteeditagamise ja -juhtimise meetodite ja printsiipide väljatöötamine, eesmärkide, prioriteetide ja tegevuskava määratlemine;

- järelvalve mehhanismide väljatöötamine riiklikul tasandil ning kvaliteedialase seadusloomega tegelemine;
- tervishoiuasutuste nõustamine kohalike kvaliteedisüsteemide kavandamiseks, alalhoidmiseks ja edendamiseks;
- kriteeriumide, standardite ja kvaliteediindikaatorite väljatöötamine, tervishoiupersonali koormusnormide ja tööaja määratlemine;
- kvaliteedi hindamiseks ja tagamiseks vajaliku riikliku infosüsteemi arendamine ning prioriteetsetes valdkondades statistilise teabe kogumine, mis võimaldaks kirjeldada ja võrrelda arsti- ja õendusabi kvaliteeti esmatasandil ja haiglates nii antud regioonis kui kogu maal;
- meditsiinitehnoloogia riikliku vajaduse määramine tervishoiusüsteemi erinevatel tasanditel;
- kvaliteedialase tegevuse koordineerimine, kvaliteediga seotud teadusuuringute tellimine;
- kvaliteedialase koolituse korraldamine tervishoiutöötajatele;
- osalemine rahvusvahelises kvaliteedialases tegevuses.

Nimetatud ülesannete täitmiseks peab Sotsiaalministeerium kasutama olemasolevaid riiklikke, regionaalseid ja lokaalseid institutsioone ning asutama vajadusel uusi organeid või komisjone. Sotsiaalministeerium peab arvestama ka toetava seadusloome vajadusega. Kuna seadusandlus iseenesest ei saa tagada kvaliteedi arengut, siis on oluline üles ehitada koostöö osapoolte vahel, et tagada eneseregulatsiooni tekkimine ning kiirendada kvaliteedisüsteemide juurutamist.

Haigekassade roll seisneb kvaliteedi tagamisel organisatoorse toetuse pakkumises:

- läbipaistvuse loomine tervishoiusüsteemist ja ravikindlustusvahendite kasutamiseks;

- ravikindlustuse kui tervishoiusüsteemi institutsionaalseid piire ületava "kollektiivse" mälu kasutamine töös avalikkuse ja patsientidega;
- uuringute korraldamine patsiendi rahulolu kohta;
- ravistandardite ja ravijuhiste loomisele kaasaaitamine;
- patsienditreeningu juurutamine, parandamaks arsti ja patsiendi suhteid;
- tervishoiuasutuste motiveerimine teenuste kvaliteedi arendamiseks raviteenuste ostmisel;
- haigekassade ja lepingupartnerite (tervishoiuasutuste ja individuaalselt praktiseerivate arstide) vahelise koostöö ja infovahetuse arendamine.

Arstlikud erialaseltsid ja õendusalsed ühingud peavad tunnetama oma professionaalseid ja eetilisi kohustusi, et tuua esile prioriteedid kvaliteediedenduses oma erialal (sealhulgas tegevusjuhiste loomine ning meditsiinitehnoloogia vajaduste hindamine). Erialaseltsid peaksid konsensuse alusel välja töötama indikaatorid, mida oleks võimalik kasutada ravitulemuste hindamisel ning jälgimisel.

Euroopa Arstide Liidu Foorum (*European Forum of Medical Associations, EFMA*), Euroopa Õenduse ja Ämmaemandusalane Foorum (*European Forum of Nursing and Midwifery Associations*) ja MTO Euroopa Osakond soovitavad **arstide ja õdede liitudel** võtta endale juhtroll kvaliteediedenduse poliitika väljatöötamisel. Foorumid ja MTO tunnustavad tervishoiu kvaliteedi kindlustamist kui arstide ja õdede esmast vastutust. Selleks peavad riiklikud arstide ja õendusalsed liidud:

- arendama professionaalset vastutust ning käivitama sisemisi enesehinnangulisi mehhanisme oma liikmeskonna hulgas;
- välja töötama erialade lõikes strateegilised kvaliteediindikaatorid, võttes arvesse ka patsientide kogemust;

- välja töötama ravi-, diagnostika- ja õendustegevuse juhised;
- juurutama välise kvaliteedihindamise mehhanisme, mis põhineksid võrdleval kliinilisel andmebaasil, tagades seejuures nii patsiendi kui ka arsti ja õe konfidentsiaalsuse;
- levitama informatsiooni parima tulemuse saavutamise võimalustest ja seda rakendama;
- edendama hea praktika kirjeldamist (näit. konsensuskonverentsid ravi küsimustes, õendustegevuse alaste kogemuste vahetamine);
- tunnustama tõsiasja, et ehkki teadusuuringud on kvaliteediedenduse alus, vajab ka kvaliteediedendus ise teadusuuringuid.

Nimetatud ülesanded lasuvad Eestis järgmistel organisatsioonidel ja ühendustel:

- Eesti Arstide Liit ja erialaseltsid
- Eesti Haiglate Liit
- Eesti Õdede Ühing ja erialaseltsid
- Eesti Ämmaemandate Ühing
- Eesti Keskastme Tervishoiutöötajate Kutseliit
- Eesti Maakonnaarstide Koda
- Tartu Ülikool
- Eesti Haigekassade Liit
- Eesti Eraarstide Ühing
- Patsientide ühendused ja Eesti Puuetega Inimeste Koda

Käesoleval ajal puudub Eestis asutus, mis koordineeriks riiklikul tasandil kvaliteediedenduse alast tegevust, nõustaks ja juhendaks tervishoiuasutusi ning osaleks Eesti esindajana rahvusvahelises kvaliteedi-

edenduse alases tegevuses. Kvaliteedistrateegia rakendamiseks oleks vajalik asutada **Tervishoiu Kvaliteedi Keskus**, mille peamisteks funktsioonideks oleksid:

- kvaliteedialase tegevuse koordineerimine;
- kvaliteedialase koolituse korraldamine;
- tervishoiuasutuste kvaliteediprogrammide nõustamine ja tegevuse koordineerimine;
- ravi- ja diagnostikajuhendite väljatöötamise koordineerimine;
- tervishoiuasutuste kvaliteedi hindamise korraldamine ja koordineerimine;
- kvaliteedialaste uuringute teostamine.

Keskuse tegevust peaks finantseerima osaliselt riik ning osaliselt tervishoiuteenuste pakkujad ja ostjad.

Tervishoiuorganid **maakonna tasandil** ja Tallinna sotsiaal- ja tervishoiuamet koos piirkondlike haigekassadega peaksid oma regiooni tervishoiu arengukavas määratlema prioriteedina kvaliteediedenduse. Samuti peaksid regionaalsed tervishoiuorganid toetama oma piirkonna tervishoiuasutuste osalemist kvaliteediedenduse protsessis ja tagama vastava aruandluse ja tagasiside.

Maakonnaarsti ülesandeks peaks ennekoike olema esmatasandi arstiabi tegevuse hindamine ja jälgimine, mistõttu ei piisa ainult ravitegevuse kriteeriumide ja standardite väljatöötamisest, vaid vajalik on ka esmatasandi tervishoiuasutuste ja arstide tegevuse hindamine haiguste ennetamise ja tervisedenduse valdkonnas. Maakonnaarst kui riikliku tervishoiupoliitika elluviija maakonna tasandil peab sama funktsiooni täitma ka kvaliteedipoliitika rakendamisel, tagades vajaliku aruandluse, info edastamise ja tagasiside oma piirkonna tervishoiuasutustele ja arstidele.

Vajalik on ka maakonnaarsti enda kvalifikatsiooni tõstmine kvaliteedi tagamise ja juhtimise osas. Lisaks maakonnaarstile tuleks luua ka maakonnaõe ametikoht õendusabi efektiivsuse jälgimiseks ja tagamiseks.

Väga tähtis ülesanne on erialadevahelise koostöö ja infovahetuse hõlbustamine. Kohalikud tervishoiuorganid võiksid sel eesmärgil asutada regionaalseid komisjone või töörühmi, et paremini juhtida vastavat tegevust igas tervishoiu valdkonnas vastavalt piirkondlikele ja kohalikele vajadustele.

Tervishoiuasutuse tasandil peaksid kvaliteediedenduse planeerimise ja juurutamise eest igapäevatöösse, samuti vastava aruandluse esitamise eest vastutama haiglate ja esmatasandi tervishoiuasutuste (polikliinikute, perearstikeskuste ja -kabinettide) juhid. Tervishoiuasutuse juhid peaksid hõlbustama ka erialadevahelist (interdistsiplinaarset) ja intersektoraalset tegevust. Tähtis on pöörata tähelepanu meeskondade loomisele, mis ühendaksid nii arste kui õendusala töötajaid ja kelle ülesandeks võiks olla kvaliteediprobleemide lahendamine.

Kvaliteeditagamise tervishoiuasutuse tasandil lähtub riigi kvaliteedipoliitikast ja -strateegiast, kuid tegevus on määratletud asutuse sisemiste probleemide ja vajadustega (tervishoiuasutuse kvaliteediprogramm).

Kvaliteedialane tegevus tervishoiuasutuses peaks esimese viie aasta jooksul sisaldama järgmist:

- eesmärkide ja vastutuse määratlemine;
- oluliste kvaliteediprobleemide identifitseerimine ja lahendamine;
- kriteeriumide/näitajate määratlemine;
- kriteeriumide/näitajate mõõtmine ja analüüs;
- standardite seadmine ja väljatöötamine.

Pikemaajalises plaanis (5-20 aastat) peaks tervishoiuasutuse arengukas olema ette nähtud:

- täieliku kvaliteedisüsteemi arendamine ning
- kvaliteediprobleemide ennetamine kvaliteeditagamise kaudu.

Kvaliteeditagamise tervishoiuasutuses võib alata erinevatest lähtepunktidest, mille määratleb asutus ise, sõltuvalt oma vajadustest. Tervishoiuasutuse kvaliteediprogramm võib sisaldada erinevaid tegevusi:

- sisemine kvaliteedikontroll ja -järelvalve, konsultatsioonid, haigusjuhtude arutelu, kolleegide tegevuse hindamine (*peer review*);
- patsientide rahulolu hindamine ja kaebustega tegelemine;
- organisatsioonilise ja finantstegevuse analüüs;
- asutusesisese infosüsteemi arendamine;
- personali koolitusvajaduste määratlemine;
- inimestevaheliste suhete reguleerimine (patsientide ja personali ning personali ja juhtkonna vahelised suhted) ning nendest tulenevate probleemide lahendamine jne.

Patsiendi rahulolu hindamiseks tuleks välja töötada ühtne metoodika, mis võimaldaks tervishoiuasutusi omavahel võrrelda ning garanteeriks tulemuste rakendamise võimalikkuse praktikasse. Patsiendile orienteeritud kvaliteedi puhul on oluline, et eesmärgiks ei oleks ainult meditsiinilise tegevuse tulemus, vaid ka patsiendi poolt soovitud tulemus. Patsiendikeskset kvaliteeti on võimalik saavutada üksnes eesmärkide, arusaamade ja tegevusorienteerituse vastastikusel mõjul patsiendi, arsti, õendus- ja hooldusalatöötajate koostöös.

Võtmepositsiooni kvaliteediedenduse protsessis omavad **tervishoiuteenuse pakkujad** ning igasugune kvaliteeditegevus algab **isiku** tasandilt, tema soovist ja oskusest pakkuda kvaliteetset teenust. Iga töötaja on

vastutav oma tegevuse tulemuste ning oma erialaste oskuste ja teadmiste taseme arendamise eest. Edukas tegevus eeldab erinevate erialade head koostööd kvaliteediedenduse protsessis. Tervishoiuteenuste pakujad peavad olema teadlikud oma töö kvaliteedist ning omama vastutust ja autoriteeti, et identifitseerida esiletulevaid kvaliteediprobleeme ja neid lahendada.

VI Terminid

Tervis on inimese füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu seisund, mitte ainult puuete ja haiguste puudumine (*Rahvatervise seadus 14.06.95*).

Tervishoid on tervisekaitse ja arstiabi süsteem, mille ülesandeks on inimeste tervise kaitsmine ja tugevdamine, haiguste, puuete, vigastuste ja mürgistuste vältimine ning nende diagnostika ja ravi (*Tervishoiukorralduse seadus 18.01.94*).

Arstiabi on meditsiinilist kõrgharidust omavate arstide tegevus inimese tervise kaitsmisel, eluea pikendamisel ja elukvaliteedi parandamisel (*Tervishoiukorralduse seadus 18.01.94*).

Õendusabi on õe kutsealane tegevus, mille eesmärgiks on tervise edendamine ja säilitamine, haiguste vältimine, tervise ja töövõime taastamine ning kannatuste leevendamine.

Kvaliteet on eenuse omaduste ja karakteristikute kogum, mis võimaldab rahuldada kindlaksmääratud või eeldatavaid vajadusi. Vajadused võivad hõlmata kasutatavuse, ohutuse, kättesaadavuse, töökindluse, hooldatavuse, ökonoomsuse ja keskkonna aspekte (*ISO 8402:1994*).

Kvaliteeditagamine (*quality assurance*) – kõik planeeritud ja süste-

maatilised toimingud, mis on vajalikud piisava usaldatavuse tagamiseks, et toode või teenus rahuldab kvaliteedile esitatud nõudeid (*ISO 8402:1994*).

Kvaliteedihje (*quality control*) – operatiivsed menetlused ja tegevused, mida kasutatakse kvaliteedinõuete täitmiseks ja majandusliku efektiivsuse saavutamiseks, silmas pidades niihästi protsessi seiret kui ka ebarahuldava teostuse põhjuste kõrvaldamist (*ISO 8402:1994*).

Kvaliteedijuhtimine (*quality management*) on üldise juhtimistegevuse osa, mis määratleb ja realiseerib kvaliteedipoliitika (*ISO 8402:1994*).

Täielik kvaliteedijuhtimine (*total quality management*) on organisatsiooni juhtimise stiil, mis põhineb kõigi organisatsiooni kuuluvate isikute osalemisel ning organisatsiooni tegevuse pikakajaline edu tagatakse klientide rahulolu ning organisatsiooni liikmete ja kogu ühiskonna heaolu saavutamisega.

Kvaliteedisüsteem (*quality system*) on organisatsiooniline struktuur, vastutused, protseduurid, protsessid ja ressursid kvaliteedijuhtimise teostamiseks (*ISO 8402:1994*).

Kvaliteedipoliitika (*quality policy*) on organisatsiooni üldised kvaliteedialased eesmärgid ja suunad, esitatuna ametlikult tippjuhtkonna poolt; kvaliteedipoliitika on ettevõtte üldpoliitika koostisosa ja selle kinnitab tippjuhtkond (*ISO 8402:1994*).

Juhtimise kvaliteet (*management quality*) on efektiivseim ja produktiivseim ressursside kasutamine kliendi vajaduste rahuldamiseks, mis ei ole vastuolus seadusandluse ja ühiskonna eetiliste tõekspidamistega (*Øvretveit*).

Kliendikvaliteet ehk kvaliteet kliendi jaoks (*client-quality*) on kliendipoolne hinnang pakutavale teenusele; kuivõrd teenindus pakub kliendile seda, mida klient (indiviid või elanikkond) ootab teeninduselt oma vajaduste rahuldamiseks (*Øvretveit*).

Professionaalne kvaliteet (*professional quality*) hindab, kas teenuste tase ja osutamine vastavad professionaalsetele nõuetele ning rahuldavad patsiendi (kliendi) vajadusi (*Øvretveit*).

Kvaliteedistrateegia (*quality strategy*) on pikemaajaline plaan (3-5 aastat) teeninduse hoiakute, kultuuri ja süsteemide muutmiseks, et pakuda kliendi nõudmistele vastavat teenust võimalikult madalate kulu-
tustega kvaliteedi filosoofiat ja meetodeid järgides (*Øvretveit*).

Kvaliteediprogramm (*quality program*) on lühemaajaline plaan (1-2 aastat) strateegias püstitatud prioriteetsete eesmärkide saavutamiseks (*Øvretveit*).

Kvaliteediprojekt (*quality project*) on spetsiifilise eesmärgiga projekt, mille pikkuseks ei ole enam kui kaks aastat ja mis on seotud kvaliteediprogrammiga (*Øvretveit*).

Akrediteerimine on indiviidide, toodete, teenuste, hoonete või organisatsioonide kvaliteedi hindamisele allutamise ja standarditele vastavaks tunnistamise protsess (Ellis & Whittington, 1993).

Litsentseerimine on protsess, millega valitsusorgan või valitsuse volitatud sõltumatu organ annab isikule õiguse praktiseerida antud erialal, kui taotleja on demonstreerinud minimaalset kompetentsust oma erialal (Longest, 1990).

Sertifitseerimine on vabatahtlik protsess, millega valitsusväline või eraorganisatsioon tunnustab isiku erialase kvalifikatsiooni taset. Selline tunnustus antakse juhul, kui isik on saavutanud teatud kvalifikatsiooni taseme, läbinud nõutava täienduskoolituse ja omandanud teatud tööko-
gemuse (Longest, 1990).

VII Summary of the Quality Policy of Estonian Health Care

During the last decade problems in health care have received increasing attention, leading to the recognition that quality is a key word for health care in the 90s. The level of quality in health care is confronted daily by health care managers, providers, and purchasers as well as patients. In order to assure quality, we have to begin with the health needs of the population and apply rational use of the limited resources to preserve and restore the health of the population where-ever possible. Moreover, the growth of competition and increasing rate of change in the health system environment requires health care workers and managers to constantly evaluate procedures, services and technology to make the system more patient-centered and make reasonable use of resources.

In 1996 a working group was formed at the Ministry of Social Affairs that initiated development of the quality policy of Estonian health care within the framework of the Estonian Health Project. The Dutch-Estonian co-operation project "Quality Improvement of Estonian Health Care, Strengthening Primary Care and Reforming Hospital Network", administered by CBO (National Organisation for Quality Assurance) and supported by a grant of the Ministry of Foreign Affairs of the Netherlands started in September 1996.

This document explains the need for a national quality policy and identifies ways to assure quality in health care. Principles of managing and assuring quality are described and the responsibilities for implementing the policy are defined for different levels, including, Government (Ministry of Social Affairs of Estonia), regional level (county doctors), medical establishment level, the sick funds, and professional organisations of doctors and nurses.

Quality of health care services have to satisfy all members of the society. The responsibility for rendering high-quality health care services lies with the provider. In Estonia the main emphasis during the present period has been on assessing the efficiency and safety of treatment methods. Less attention is paid to assessing cost-efficiency and the functional situation of the well-being, satisfaction and quality of life of patients.

The cornerstone for the quality policy is the client or patient-centered approach, where services are provided in accordance with the satisfaction and the needs of the clients. Therefore, health care services which are offered must help to preserve and promote the health of both individuals and the whole population. The structure of these services and health care organisations must correspond to the needs of the population. The providers of these services have to be competent. And health care resources have to be used reasonably and effectively, in order that the choice of services is based on a relationship between price and quality.

The quality policy has become a priority issue in the planned Estonian health care program. The objective of the national quality policy of health care is to give guidelines to providers, health care officials and organisations on how to assure quality with a focus on strategic aims and means to achieve those aims.

The objective of the present document is to present the main themes of the quality policy of Estonian health care to the workers, health managers, sick fund workers, the consumers of health care services, politicians and the public. These main themes of the policy on quality of Estonian health care are the necessity for and ways to assess, guarantee and promote quality in Estonian health care.

VIII Kirjandus

1. *Continuous quality development: a proposed national policy*. WHO, Regional Office for Europe. Copenhagen 1993
2. *Health for all targets*. WHO, Regional Office for Europe. Copenhagen, 1991.
3. *Alma-Ata documents*. WHO, Geneva, 1978.
4. *Kvaliteet. Sõnavara*. Eesti Standardiameti ametlik väljaanne EVS-ISO 8402:1994.
5. *Kvaliteedijuhtimine ja kvaliteedisüsteemi elemendid. Juhised*. Eesti Standardiameti ametlik väljaanne EVS-ISO 8402:1994.
6. Ellis R., Whittington D. *Quality Assurance in Health Care: a Handbook*, Edward Arnold, London, 1993.
7. Longest Beaufort B., Jr. *Management Practices for the Health Professional*, 4th edition. Appleton & Lange, Norwalk, Connecticut, 1990.
8. Shaw Ch. *Introducing quality assurance*. King Edward's Hospital Fund for London 1986.
9. Øvretveit J. *Quality Health Services*. Brunel Institute of Organisation and Social Studies, Brunel University, Uxbridge. UK. 1990