



Tervise Arengu Instituut
National Institute for Health Development



Tervise edendamise rakendamine haiglates:

Käsiraamat ja enesehindamise vormid



Täname kõiki, kes aitasid kaasa raamatu valmimisele:

Jarno Habicht, Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) Eesti esindaja
Andrus Lipand, Sotsiaalministeeriumi peaspetsialist
Aili Laasner, SA Rapla Maakonnahaigla ravijuht

Toimetanud Tiiu Härm, Eesti Tervist Edendavate Haiglate (TEH) Võrgustiku rahvuslik koordinaator

Tõlkinud ja eesti keelele kohandanud: Aili Laasner ja Andrus Lipand
Tehniliselt toimetanud: Raul Laasner

Originaal avaldatud inglise keeles

Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa Regionaalbüroo poolt 2006.aastal pealkirjaga
"Implementing health promotion in hospitals: Manual and self-assessment forms". ©
Maailma Terviseorganisatsioon, 2006

Tõlkija vastutab tõlke vastavuse eest

© Tervise Arengu Instituut, 2007

Eestikeelse tõlke osaliseks või täielikuks reprodutseerimiseks pöörduda:

Tervise Arengu Instituut
Hiiu 42, 11619 Tallinn, Estonia
Tel: + 372 6 593 900
Faks: +372 6 593 901
E-post: tai@tai.ee

Trükitud OÜ B2 Eesti

ISBN 978-9985-9720-4-5



Tervise Arengu Instituut
National Institute for Health Development



Tervise edendamise rakendamine haiglates:

Käsiraamat ja enesehindamise vormid

Toimetaja:

Oliver Groene

Tehniline toimetaja, Tervise Süsteemide ja Teenistuste Kvaliteet

Riigi Tervise Süsteemide Divisioon

Riigi Poliitikate, Süsteemide ja Teenistuste Üksus

Barcelona Büroo

ABSTRAKT

Tervisedendus on tervishoiu protsessi lahutamatu osa ning on seotud kliiniliste, hariduslike, käitumuslike ja organisatsiooniliste küsimustega. Kvaliteedi parandamiseks on vaja tervisedenduslikke tegevusi, veendumaks, et kasutatakse efektiivseid meetodeid ning paremate tulemuste eesmärgil toimub järjepidev monitooring. Kuna paljud igapäevased kvaliteedi juhtimise töövahendid ei ole otseselt seotud tervisedenduslike tegevustega, oleme koostanud "*Haiglates Tervisedenduse Rakendamise Käsiraamatu*". Selle eesmärk juhtidele ja tervise valdkonna professionaalidele on: õpetada hindama haigla tervisedenduslikke tegevusi; parandada tervishoiu organisatsioonide suutlikkust tervise edendamise valdkonnas; formuleerida soovitusel tervise edendamiseks haiglates; kaasata kõiki spetsialiste ja patsiente tervishoiukvaliteedi parandamise protsessi; parandada koordineeritust tervishoiuteenuse pakkujate ja teiste sellega seonduva teenuse pakkujate vahel; parandada haigla personali ja patsientide tervist ning turvalisust. Üksikud haiglad ja kvaliteedi agentuurid, aga eriti Tervist edendavate haiglate rahvusvahelise võrgustiku liikmed on palutud seda töövahendit/käsiraamatut kasutama, et hinnata ja parandada tervisedenduslike tegevuste kvaliteeti tervishoius.

Sisukord

	Leheküljed
Tänusõnad	lk 5
Joonised ja tabelid	lk 6
1. Sissejuhatus	lk 7
2. Sageli esitatavad küsimused	lk 9
3. Taust ja metodoloogilised aspektid	lk 11
3.1. Haiglate osa tervisedenduses	lk 11
3.2. Tervisedenduse kontseptsioon	lk 12
3.3. Sisemine ja väline kvaliteedi hindamine	lk 13
3.4. Tervisedenduse standardid	lk 15
3.5. Tervisedenduse indikaatorid	lk 19
3.6. Indikaatorite ja standardite täiendav kasutamine	lk 22
4. Projekti elluviimine	lk 24
4.1. Vastutuste selgitamine	lk 24
4.2. Andmete kogumine	lk 25
4.3. Tulemuste tõlgendamine	lk 26
4.4. Kvaliteedi parandamise plaani arendamine	lk 27
5. Hindamise vormid	lk 29
Standard 1: Juhtimise poliitika	lk 33
Standard 2: Patsiendi hindamine	lk 38
Standard 3: Patsiendi informeerimine ja sekkumised (interventsioonid)	lk 43
Standard 4: Tervisliku töökoha edendamine	lk 47
Standard 5: Järjepidevus ja koostöö	lk 52
6. Kirjeldavad töölehed indikaatorite jaoks	lk 59
7. Sõnaseletused/sõnastik	lk 80

Tänuõnad

See dokument on valminud tänu paljude inimeste panusele. Tänu kõigile neile, kes on toetanud ja juhendanud seda tööd nii tervisedenduslike haiglate rahvusvahelise võrgustiku töögruppides kui ka ekspertidena väljastpoolt.

Eriline tänu rahvuslikele koordinaatoritele, kes toetasid selle töövahendi piloottestimist ning haiglate tervise professionaalidele, kes hindasid sobivust standarditega ja kogusid andmeid tervisedenduse indikaatorite kohta. Lõpuks, peaksime nimetama Dr Svend Juul Jorgensen´i, kes avaldas arvamuse projekti kohta, Dr Mila Garcia-Barbero´t, tema pideva toetuse eest projektile ja Dr Kiki Lomberts´it, lõppdokumendile ekspertarvamuse andmise eest.

Tabelid ja joonised

Joonis 1:	Tervisedenduse strateegiad	lk 12
Joonis 2:	Kliiniline, patsientidele suunatud ja juhtimise perspektiiv	lk 16
Joonis 3:	Tervisedenduse standardite kolmetasandiline struktuur	lk 18
Joonis 4:	Planeeri-tee-kontrolli-tegutse tsükkel	lk 27
Tabel 1:	Ülevaade tervisedenduse indikaatoritest	lk 21
Tabel 2:	Kirjeldav leht haiglapersonali poliitikateadlikkuse kohta	lk 62
Tabel 3:	Kirjeldav leht haigete ja nende sugulaste teadlikkuse kohta	lk 63
Tabel 4:	Kirjeldav leht tervisedenduse eelarve kohta	lk 64
Tabel 5:	Kirjeldav leht patsientide üldise riski tegurite hindamiseks	lk 65
Tabel 6:	Kirjeldav leht patsientide spetsiifiliste riskide tegurite hindamiseks	lk 66
Tabel 7:	Kirjeldav leht patsiendi rahulolu kohta	lk 67
Tabel 8:	Kirjeldav leht patsiendi enesega toimetuleku koolituse kohta	lk 68
Tabel 9:	Kirjeldav leht patsiendi riskifaktorite koolituse kohta	lk 69
Tabel 10:	Kirjeldav leht patsientide informeerituse ja sekkumiste kohta (skoorid)	lk 70
Tabel 11:	Kirjeldav leht haiglapersonali suitsetamise kohta	lk 71
Tabel 12:	Kirjeldav leht suitsetamisest loobumise kohta	lk 72
Tabel 13:	Kirjeldav leht haiglapersonali kogemuste/ arvamuse kohta	lk 73
Tabel 14:	Kirjeldav leht lühiajalise töölt puudumise kohta	lk 74
Tabel 15:	Kirjeldav leht tööõnnetuste kohta	lk 75
Tabel 16:	Kirjeldav leht läbipõlemise sündroomi hindamiseks	lk 76
Tabel 17:	Kirjeldav leht haiglast lahkunutele antud epikriisi/soovituste kohta	lk 77
Tabel 18:	Kirjeldav leht haiglasse tagasipöördumiste osakaalu kohta	lk 78
Tabel 19:	Kirjeldav leht patsiendi haiglast lahkumiseks ettevalmistamiseks	lk 79

1. Sissejuhatus

Tervisedenduse roll haiglates on muutumas. See pole enam piiratud täiendava informatsiooni pakkumisega eluviisi muutustest patsiendile, tema haiglast lahkumise järgselt, kui raviprotseduurid on lõpetatud. Tervisedendusest on saamas tervishoiuprotsessi lahutamatu osa ning see on seotud nii kliiniliste, hariduslike, käitumuslike kui ka organisatsiooniliste küsimustega¹. Krooniliselt haigete ja pikaravi haigete ravi kvaliteedi parandamiseks on haiglate tervisedenduslikud tegevused vaja paremini kinnistada suuremasse tervisesüsteemi raamistikku. Tervisedenduslike tegevuste laiem ulatus tõstatab küsimuse nende tegevuste kvaliteedi hindamisest ja parandamisest.

Tervishoiu kvaliteedi parandamise peamiste vahendite hulgas, nagu spetsialistide poolt kooskõlastatud juhendid, standardid ja täitmise hindamise indikaatorid, on vähe tähelepanu pööranud tervisedenduse küsimustele. Seepärast olemegi koostanud haiglate tervisedenduse jaoks enesehindamise töövahendi järgmiste probleemide jaoks: haiglate juhtimispoliitika; patsientide hindamine, mis puudutab riskifaktoreid ja tervisevajadusi; patsientide tervisedendusala informeerimine ja sekkumised; tervisliku töökoha arendamine ja haigla jätkusuutlik koostöö teiste tervise- ja sotsiaalteenuste ning mitteformaalse hoolduse pakkujatega².

See dokument pakub iseseisvat töövahendit tervisedenduslike tegevuste hindamiseks, monitoorimiseks ja parandamiseks haiglates. See põhineb kvaliteedihindamise kahel teineteist täiendaval lähenemisel: standardid, mis väljendavad professionaalsel tasandil kooskõlastatud väiteid tervishoiu struktuuridest ja protsessidest, mis peaksid olema paika pandud, ja indikaatorid, mis suunatud tervishoiu protsessidele ja tulemustele ning mis pakuvad kvantitatiivset töövahendit, et hinnata erinevaid tegevusi/saavutusi ajas või erinevate institutsioonide kontekstis. Täpsemalt, see dokument peaks olema abiks, et: hinnata tervisedenduslike tegevusi haiglates; arendada tervishoiuasutuste suutlikkust tervisedenduse paremal korraldamisel; sõnastada soovitusi haiglate tervisedendustöö parandamiseks; kaasata kõiki spetsialiste ja patsienti tervisedenduse paremaks korraldamiseks; muuta paremaks tervishoiu ja teiste hooldusteenuse pakkujate vahelist koostööd;

1. Groene O, Garcia-Barbero M. eds. Health promotion in hospitals. Evidence and quality management. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/document/E86220.pdf>, accessed 08 May 2006).

2. Standards for Health Promotion in Hospitals. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (<http://www.euro.who.int/document/e82490.pdf>, accessed 08 May 2006).

parandada haiglapersonali ja patsientide tervist ja turvalisust; kaasa aidata tervishoiupraktika ja -teenuse muutmisel ja kaasajastamisel, tehes seda tõhusamaks ja efektiivsemaks.

Selle trükise järgmine osa toob ära sagedamini esitatavad küsimused ja vastused, mis puudutavad antud töövahendi vormi ja rakendamist (2.osa). Järgnevalt on kirjeldatud töövahendi koostamise tausta ja metodoloogiat (3.osa). Samuti käsitleb see trükis projekti elluviimise praktilisi küsimusi: kuidas läbi viia enesehindamist, kuidas määratleda andmete allikaid, interpreteerida tulemusi ja edasi kasutada neid kvaliteedi parandamise plaanis (4.osa). Et aidata andmete kogumist, on 5. ja 6. osasse lisatud hinnangu andmise vormid, mida saab kasutada, hindamaks sobivust standarditega (5.osa) ja kirjeldavad lehed tervisedenduse indikaatoritele (6.osa). Viimane osa on kvaliteedi ja tervisedenduse sõnaseletustik (7.osa).

Oma tähendusest tulenevalt hõlmab tervisedendus suure ringi tegevustest, sekkumistest, meetoditest ja lähenemistest, millest mõned oleksid liiga mahukad selle trükise ulatuse jaoks. Seepärast otsustati selles enesehindamise töövahendis käsitleda vaid neid küsimusi, mis on kõige paremini mõistetavad patsientidega töötavatele professionaalidele, ja mille kohta on olemas tõeliselt arvestatav tõendusmaterjal. Siit saab ka järeldada, et mõned tervisedenduse tegevused, mis olid lülitatud varasematesse Tervist edendavate haiglate võrgustiku juhendmaterjalidesse, pole leidnud täielikku kajastamist siin^{3,4}. Kõikehõlmav raamistik, juhendamaks tervisedenduse strateegilist rakendamist haiglates ja juhendamaks tervisedenduse standardite edasist arendamist, on esitatud kirjutises "Kaheksateist põhistrateegiat tervise edendamiseks haiglates."⁵ Mõned standarditest (nagu patsientide hindamised, nende informeerimine või neile suunatud interventsioonid) on seotud otseselt haigete turvalisusega⁶; siiski, see dokument pakub täiendavaid töövahendeid, n.ö. laiemat vaatenurgaga, et võimestada patsiente ja haiglapersonali ning täiendada olemasolevaid kvaliteedile ja turvalisusele suunatud tegevusi.

See trükis on koostatud kõikidele haiglatele ja kvaliteediprobleemidega tegelevatele institutsioonidele, kelle huviks on edasi arendada tervise edendamist. Kvaliteedi parandamise valdkonnas töötavad organisatsioonid saavad haiglate tervisedenduse standardid ja indikaatorid üle vaadata ja inkorporeerida need olemasolevatesse süsteemidesse.

3. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva, World Health Organization, 1986. (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf, accessed 08 May 2006).

4. The Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997 (http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227_1, accessed 08 May 2006)

5. Pelikan J, Dietscher C, Krajic K, Nowak P. Eighteen core strategies for Health Promoting Hospitals. In: Groene O, Garcia-Barbero M, eds: Health promotion in hospitals. Evidence and quality management. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005: 48-67. (<http://www.euro.who.int/document/E86220.pdf>, accessed 08 May 2006).

6. Forward Programme 2005. World Alliance for Patient Safety. Geneva, World Health Organization, 2004. (http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf, accessed 08 May 2006)

2. Sageli esitatud küsimused

K1 Kas WHO Tervist edendavate haiglate (TEH) võrgustiku liikmed on kohustatud viima läbi enesehindamist?

Ei - sel tasandil on enesehindamine vabatahtlik evalvatsioon/ hinnang. Töövahend on kasutuseks liikmeshaiglatele, määratlemaks neid valdkondi, kus on võim alik paremaid tulemusi saavutada.

K2 Milline on kasu minu haiglale, kui selle enesehindamise läbi viin?

Haiglad võivad enesehindamise läbi teha sel eemärgil, et paraneks patsientide ravi/ hooldus, haigete elukvaliteet ja haiglapersonali tervis. Enesehindamise töövahend aitab määratleda lünki tervisedenduslike teenuste kvaliteedis ja toetab tegevusplaani edasiarendamist.

K3 Kuidas sobitub see teiste kvaliteedialgatustega?

Standardite seadmise protsess on kvaliteedi pideva parandamise lahutamatu osa. Selles käsiraamatus toodud tervisedenduse standardite eesmärgiks on pakkuda täiendust olemasolevatele kvaliteedi standarditele, millised ei ole otseselt suunatud tervisedendusele. On lisatud täiendavad indikaatorid, mis võimaldavad tegevustele kvantitatiivse hinnangu andmist aja möödudes. On tõepoolest väga soovitatav siduda tervisedenduse standardite-põhine enese-hinnang haiglas juba varemalt kasutusel olevate kvaliteedi standarditega.

K4 Mida annab see juurde patsiendi turvalisusele?

Teavitamine, tervisealase informatsiooni andmine ja kommunikatsioon - need on põhitegurid, mis kindlustavad patsiendi turvalisuse. See puudutab mõlemaid - nii haiglapersonali kui haigeid, tõstes nende teadlikkuse taset, motivatsiooni ja reageerimisvõim et. N äiteks võivad teadlikud patsiendid mängida olulist rolli riskide määratlemisel ja lahenduste leidmisel nii nende haiglas oleku ajal kui pärast sealt lahkumist. Teadlikud haiglatöötajad saavad olla abiks tervisliku ja turvalise töökoha loomisel ning hoidmisel.

K5 Mis on standard?

Selles trükises/dokumendis kirjeldavad standardid nõutud saavutuste taset. See dokument defineerib viis standardit, millest igaüks käsitleb tervisedenduse dimensiooni. Iga standard on jagatud alastandarditeks, millele siis omakorda vastab teatud arv mõõdetavaid elemente.

K6 Kuidas me saame mõõta või hinnata kooskõla standarditega?

Sobivust/kooskõla standarditega näitab mõõdetud elementide ja alastandardite summa. Mõõdetavaid elemente hinnatakse kui täielikult täidetud, osaliselt täidetud või mitte täidetud.

K7 Kuidas me peaksime interpreteerima kooskõla või sobivust standarditega?

Sobivuse standarditega määrab tervisedenduse hea praktika, mida te võite/saate näitena kasutada ka mujal oma haiglas. Mittesobivus ütleb teile, kus on võimalusi paremaks muutmiseks.

K8 Mis on indikaatorid?

Kui standardid määravad taseme, milleni oleks vaja jõuda ning mida saame hinnata skaalal `osaliselt`, `täielikult` või `üldse mitte`, siis indikaatorid on käesoleva dokumendi huvides kvantitatiivsed näitajad, mis iseloomustavad kvaliteediarengu protsessi ja tulemusi. Üldjuhul on indikaatorid väljendatud `loendatavates` ja `nimetatavates` suurustes.

K9 Kuidas on omavahel seotud standardid ja indikaatorid?

Selles trükises toodud indikaatoreid ei hinnata nende sobivuse osas viie standardiga. Pigem on need suunatud täiendavatele küsimustele, mida peaks arvesse võtma tervisedenduslike tegevuste monitooringul, hindamisel ja parandamisel. Indikaatorid väljenduvad numbrilistes väärtustes, mis muudavad parendamist vajava valdkonna või tegevusala rohkem nähtavaks.

K10 Kuidas me saame mõõta indikaatoreid?

Indikaatoreid mõõdetakse korduvalt taas mingi ajaperioodi möödudes, selleks, et paremini peegeldada pidevat kvaliteedi paranemist. K äsiraamat täpsustab iga indikaatori põhiprintsiibi, annab loendatavate ja nimetatavate suuruste kirjeldused, andmete allikad ja nende klassifitseerimise võimalused.

K11 Kuidas me koostame tegevusplaani?

Tegevusplaani peaks arendama tuginedes hinnangule standarditest ja indikaatoritest ning enesehindamise protsessis lisandunud kommentaaridele ja tähelepanekutele. Samuti peaksid tegevusplaanis kajastuma need põhilised lüngad, mis tulid välja enesehindamise protsessis ning samuti peaksid peegeldust leidma organisatsioonilised prioriteedid.

K12 Mis juhtub või muutub meie tegevusplaanis?

Et kindlustada tegevusplaani rakendamine ja monitooring, on see vaja esitada haigla juhtkonnale ning lülitada haigla kvaliteedijuhtimise süsteemi.

K13 Kas seda töövahendit võiks kasutada oma haiglat teiste haiglatega võrdlemise eesmärgil?

Selles etapis on see töövahend mõeldud haiglale vaid enesehindamiseks. WHO ja TEH võrgustiku koordinaatorid arvestavad sellise kasutamisevõimalusega tulevikus.

K14 Kas meile antakse ka sertifikaat?

Ei, WHO ei anna välja tunnistust. Enesehindamisel, pideval kvaliteedi parandamisel ja tegevusplaani arendamisel ei saa olla tulemust stiilis `läbi saanud` või `läbi kukkunud`. Haiglad erinevad üksteisest ja seepärast on igal haiglal välja arendatud ka omanäolised tegevusplaanid. Siiski, Tervist edendavate haiglate rahvusvaheline võrgustik võib tulevikus võtta vastu otsuse, et arendada süsteem, kus saavutuste taset vaadeldakse kooskõlas selles dokumendis toodud standardite ja indikaatoritega.

3. Taust ja metodoloogilised küsimused

3.1. Haiglase osa tervisedenduses

1990ndate alguses pakkus WHO välja rahvusvahelise algatuse toetamiseks haiglaid tervisedenduslikus tegevuses. Rahvusvahelise TEH võrgustikuga ühinenud haiglase eesmärgiks on pakkuda kõrgekvaliteedilist mitmekülgset ravi- ja õenduseteenust, tutvustades tervisedenduslikke tegevusi patsientidele, haiglapersonalile ja paikkonna elanikele nende igapäevases praktikas⁷.

Tervishoiuteenust pakkuvates institutsioonides on palju võimalusi ja rahvatervisepõhinevat motivatsiooni tervisedenduse strateegiate rakendamiseks⁸. Haiglad kasutavad riigi tervishoiu eelarvest 40-70% ja üldjuhul annavad tööd 1-3% töötavast populatsioonist⁹. Haiglaid kui töökohti iseloomustab rida füüsilisi, keemilisi, bioloogilisi ja psühhosotsiaalseid riskifaktoreid. On paradoksaalne, et haiglates - institutsioonides, mille eesmärgiks on taastada tervist - on teadmine teguritest, mis ohustavad oma töötajate tervist, küllalt vilets, ja seda vaatamata heale tõendusmaterjalile, mis on olemas töötajate tervise, tööpanuse ja haigete ravi/hoolduse kvaliteedi vahelistest seostest¹⁰.

Veel enamgi, haiglad saavad pikka aega mõjutada patsientide ja nende sugulaste käitumist, kes on ehk isegi enam vastuvõtlikud tervisesoovitustele, kuna teavad oma kogemusest, mis tähendab haige olla¹¹. Kuna Euroopas ja kogu maailmas on üha enam kroonilisi haigusi, mis halvasti alluvad ravile, siis on nn terapeutilisel haridusel ka üha enam tähendust¹². Paljude haiglaravide kohta võib öelda, et need niivõrd ei ravi, vaid pigem on suunatud patsientide elukvaliteedi parandamisele. Selle kvaliteedi säilitamiseks peavad haiged ja nende sugulased olema tervise mõistes hästi haritud ja üha enam ettevalmistatud ajaks, mil nad haiglast välja kirjutatakse. Kuna haigla põhivastutus haige puhul lõpeb just patsiendi haiglast kojuminekuga, on tervishoiusüsteemi poolelt tähtis rõhutada, et eesmärk oleks ennetada suurt tagasipöördujate arvu, samuti kõrget tuisistuste arvu, ning see on võimalik juhul, kui patsiendid oleksid paremini ettevalmistatud ja informeeritud ning järgmise etapi tervishoiu- ja sotsiaalhoolduse pakkujad oleksid juba varemalt protsessi haaratud.

7. Health Promotion Glossary. Geneva, World Health Organization, 1998 (<http://www.who.int/hpr/nph/docs>, accessed 08 May 2006)

8. Tonnesen H, Fugleholm AM, Jorgensen SJ. Evidence for health promotion in Hospitals. In: Groene O, Garcia-Barbero M, eds. Health promotion in hospitals. Evidence and quality management. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005: 22-47 (<http://www.euro.who.int/document/E86220.pdf> accessed 08 May 2006).

9. Mckee M, Healy J, eds. Hospitals in a changing Europe. Oxford, Open University Press, 2001

10. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. JAMA. 2002 Oct 23-30;288(16):1987-93.

11. Ogden J. Health Psychology: A Textbook. Oxford, Open University Press, 1996.

12. Sabaté E. Adherence to Long-Term Therapies. Geneva, World Health Organization, 2003. (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>, accessed 08 May 2006.)

Haiglad tarbivad palju ja samas toodavad ka palju prügi ning ohtlikke jäätmeid. Tervisedenduse strateegiate rakendamine aitaks keskkonna saastatust vähendada, toetaks kohaliku toodangu ja tervislike toodete ostmist ning tootmist.

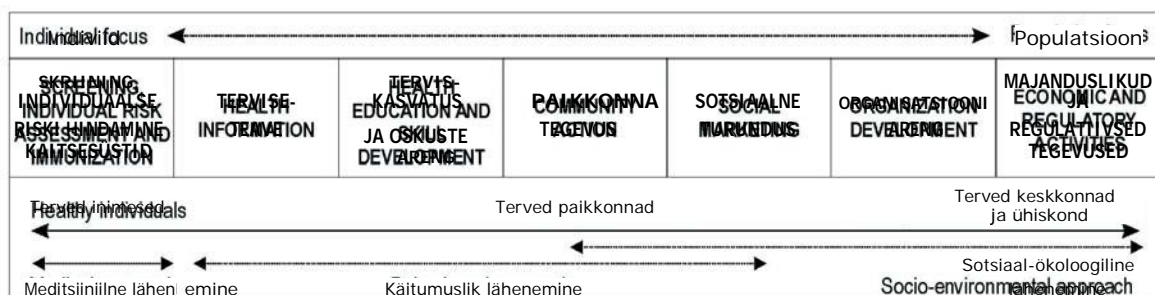
Ja lõpuks, haiglad kui uurimistöo- ja õppeasutused, toodavad, akumulēerivad ja levitavad suure hulga teadmisi ning neil on mõju kohalikele tervisestruktuuridele ja erialasele praktikale ka väljaspool haiglat.

3.2. Tervisedenduse põhimõtted

Mõiste "tervisedendus" ei ole sageli väga selgelt eristatud teistest terminitest nagu "haiguste ennetamine", "terviskasvatus" ja "võimestamine"¹³. "Haiguste ennetamise" mõiste ja ulatus on tervisedenduse sõnaseletusraamatus defineeritud kui "meetmed, mis ainult ei ennetata haiguse avaldumist, nagu nt riskifaktorite vähendamine, vaid samuti tõkestavad haiguse progresseerumist ja kergendavad tagajärgi, kui haigus siiski on kord juba avaldunud". Sama allikas annab seletuse "terviskasvatusele", mis tähendab "teadlikult võimaluste loomist õppimiseks, mis kaasab mõningaid kommunikatsiooni vorme, mis suunatud tervisealase kirjaoskuse parandamisele, ja mis omakorda tähendab teadmiste parandamist ja eluga toimetulekuoskuste arendamist, aitamaks kaasa nii inimese enda kui ka paikkonna tervisele". Võimestamine ja tervisedendus viitavad laiemale kontseptsioonile, mis on avaldatud WHO Ottawa hartas ja kus tervisedendust on defineeritud kui "protsessi, mis võimaldab inimestel suurendada kontrolli oma tervise üle ja seda parandada"¹⁴.

Igapäevaelus on neid mõisteid kasutatud sageli üksteist täiendavalt või ka üksteist vahetavalt ning meetmed nende elluviimiseks võivad kattuda, kuigi on suured kontseptuaalsed erinevused, rääkides tervisedenduslike tegevuste fookusest ja mõjust (Joonis 1):

Joonis 1: Tervisedenduse strateegiad¹⁵



13. For full definitions and further references please see the Glossary in Section 7.

14. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva, World Health Organization, 1986.

15. Bensber M. What are health promoting emergency departments? Melbourne, Department of Human Services, Victoria State Government, 2000.

Arvestades asjaolu, et nn. kliiniline lähenemine on keskendunud füsioloogilistele riskifaktoritele (nt. kõrge vererõhk, immuniseerituse tase), on käitumuslik lähenemine suunatud just eluviisi teguritele (nt. suitsetamine, füüsiline liikumisvaegus) ning sotsiaal-keskkondlik lähenemine omakorda üldistele probleemidele (nagu töötus, madal haridustase või vaesus). Niisiis, tervisedendus küll mõnevõrra hõlmab, kuid siiski ulatub oluliselt kaugemale eelnimetatud meditsiinilisest lähenemisest, mis on suunatud haigete ravimisele. Kuigi me tunnustame erinevaid teooriaõpetusi, mis selgitavad eelpool toodud termineid, viitab see käsiraamat vaid neile tervisedenduslikele tegevustele, mis on määratletud väga konkreetsetl, nagu patsientide hindamine, samuti spetsiifilise teave andmine neile, mis aitaks haiguse sümptomeid ära tunda ja teisalt, igasugused sekkumised/interventsioonid, mis toetavad haiget, et ta suudaks etendada aktiivset osa oma olukorra, st. haiguse (ravi) juhtimisel. Selles käsiraamatus ei leia tutvustamist tegevused nagu skriining ja kaitsesüstimid, mille jaoks on olemas teised kvaliteedikriteeriumid.

Me teame, et siin toodud standardid ei kata WHO Tervist edendavate haiglate võrgustiku tegevuste koguspektrit. Standardid, mis mõeldud paikkonna tervisele ja haigla-keskkonna probleemidele, võivad saada edasi arendatud hiljem. Veel enam, selles dokumendis toodud standardid ei peagi katma tervishoiukvaliteedi koguulatust. Ravi/hoolduse kvaliteet on defineeritud kui "tase, milleni üksikisikute ja populatsiooni terviseteenused võivad ulatuda, et saavutada enam-vähem oodatud tervisetulemused ja mis on kooskõlas olemasolevate erialaste teadmistega." ¹⁶, ning mille võib jagada erinevatesse kvaliteedidimensioonidesse, nagu kliiniline ravi, patsiendi-kesksus, personalile-suunitlus, vastutustundlik juhtimine või saavutusvõime. Selles trükises kirjeldatud standardid ja indikaatorid on keskendunud tervishoiukvaliteedi tervisedenduse dimensioonile. Kvaliteedihindamise mitmemõõtmeline perspektiiv on arendatud haiglate kvaliteedi parandamise tegevusehindamise töövahendi abil PATH¹⁷.

3.3. Sisemine kvaliteedi hindamine ja hindamine väljastpoolt

Laias plaanis võib kvaliteedi hindamise grupeerida sisemiseks ja väliseks hindamiseks. Sisemine hindamine tähendab standarditel põhinevat arvamust või institutsionaalset enesehindamist. Väljastpoolt hindamine põhineb ekspertvaatlusel või akrediteerimisel¹⁸. Standardeid ja tegevuse indikaatoreid võib kasutada nii sisemiseks hindamiseks kui ka pikemaajaliseks monitooringuks või väliseks hindamiseks ja tegevuse võrdlevaks analüüsiks (nagu kontrolltestimiseks). Enesehindamine ja akrediteerimine on vastavalt ka kõige tavalisemad sisemise ja välise hindamise vormid.

16. Glossary. European Observatory on Health Systems and Policies. (<http://www.euro.who.int/observatory/glossary/toppage> , accessed 08 May 2006).

17. Measuring hospital performance to improve the quality of care in Europe: a need for clarifying the concepts and defining the main dimensions. Report on a WHO Workshop, WHO Regional Office for Europe (

18. Shaw CD. External quality mechanisms for health care: summary of the EXPERT project. International journal for quality in health care , 2000, 3: 169-175

Enesehindamine on protsess, mida tervishoiu asutused kenasti kasutavad oma tegevuste taseme hindamiseks, arvestades paikapandud standardeid, ja ka parema kvaliteediga tegevuste pidevaks elluviimiseks. Enesehindamine võib hõlmata haigla kõiki tegevusi või ka olla keskendunud spetsiifilistele küsimustele, nagu näiteks tervisedendus. See võimaldab haiglapersonalil määratleda hea praktika valdkonnad ja need valdkonnad, kus on vaja paremaid tulemusi. Haigla töötajad saavad prioritseerida ja planeerida vajalikud tegevused või kasutada hea praktika olemasolevaid näiteid haigla teistes osakondades.

Ka **akrediteerimine** põhineb tavaliselt enesehindamisel, kuid järgneb väljastpoolt tehtud evalvatsiooni protsessile. Väline hindamine lõpeb tavaliselt üldise hinnanguga haiglatöö kvaliteedile, mis väljendub formaalses deklaratsioonis, et haigla on akrediteeritud, aga kus on ära näidatud ka need valdkonnad, mis vajavad parendamist, kuigi tegevuste nõutav tase on saavutatud. Paljudes maades on selline akrediteerimine oluline seadusandlikes, finantsilistes ja müügiteemades.

Tõenduspõhine materjal kinnitab, et enesehindamine aitab kvaliteedi kindlustamisele kaasa mitmeti. See on odav võimalus, et jõuda käitumuslike muutusteni ja seejuures oluliselt arvestada etteantud standardeid ning selgitada neid valdkondi, kus on arenguvõimalusi, samas annab see osalejatele nõ. omanikutunde (tehtud töö või projekti osas) ning parandab kommunikatsiooni superviisorite ja alluvate vahel ¹⁹.

Enesehindamisega seonduv põhiküsimus on: kas hindamise kriteeriumid on sellised, mis otsustavad meie üle õigesti. Sellest protseduurist saadud kogemus ütleb, et hästitöötavad haiglad on sageli palju enesekriitilisemad kui need, kes ei ole oma tegevustes nii head. Haiglad, mis võtavad omaks pideva kvaliteedi parandamise traditsiooni, on palju tundlikumad positiivse arengu võimalustes kui need haiglad, kus selline suhtumine puudub ²⁰. Näiteks, üks uuring enesehindamise kohta näitas, et ravivigade ja haiglameeskonna kvaliteedi kontekstis töid nõ. head meeskonnad esile palju rohkem vigu kui teised. Edasi uurides, intervjuuerides meeskondade juhte, selgus, et halvemaid grupe juhtisid autoritaarsed dikteerivad juhid ja need grupid, ehk mitte isegi üllatuslikult, raporteerisid vähematest vigadest. Nende puhul oli enesehindamise protsess nõ. eelmõjutatud ja seda peaks arvestama üldtulemuste interpreteerimisel.

On kaks põhilist õppetundi, mida rõhutada enesehindamise protsessist: kvaliteedi parandamiseks on vaja andmeid tegevuste kohta ja teiseks, edasiarenemise/parendamise kultuuri. Kui puuduvad andmed tegevuste kohta, mis on mõõdetud standardite ja indikaatoritega, ei saa anda soovitusi kvaliteedi parandamiseks. Ja ilma nn. osalemise ja toetuse traditsioonideta, isegi juhul, kui ravi/hoolduse kvaliteedi andmed on olemas, pole kvaliteedi parandamise ettepanekuid võimalik rakendada. Kahjuks on sageli nii, et kogutakse küll palju andmeid, kuid neid ei kasutata kvaliteedi parendamise eesmärkidel. Sellistel juhtudel avaldab

19. Bose S, Oliveras E, Edson WN. How can self-assessment improve the quality of healthcare? Operations Research Issue Paper 2(4). Published for the U.S. Agency for International Development (USAID) by the Quality Assurance (QA) Project, Bethesda, MD and JHPIEGO Corporation, Baltimore, MD. 2001.

20. Edmondson AC. Learning from mistakes is easier said than done: group and organizational influences on the detection and correction of human error. Journal of Applied Behavioural Sciences, 1996. 32: 5-28

andmete kogumine negatiivset mõju ravile/hooldusele, kuna andmete kogumise protsess kaldub kõrvale aja ja teiste ressursside kasutamise raamidest.

Enesehindamise strateegia on üks nn. ergutamise ja teadmiste andmise võimalus, mis on abiks tervishoiukorraldajatele pideva kvaliteedi parandamise protsessi arendamisel. WHO ei kavatse kasutada standardeid ja indikaatoreid üksikute võrgustikku kuuluvate tervist edendavate haiglate formaalseks hindamiseks, akrediteerimiseks või reastamiseks. Standardite arendamise peamine eesmärk on pakkuda haiglatele töövahendit tervisedenduslike tegevuste hindamiseks ja parandamiseks. Siiski oleks haiglatel, ja eriti tervist edendavate haiglate võrgustiku liikmetel, väga soovitatav seda töövahendit kasutada. Kuna standardid on ka üldine teema, me soovime kõigil kvaliteedi hindamisega ja akrediteerimisega tegelevatel institutsioonidel lülitada haiglate tervisedenduse standardid juurde juba olemasolevatesse standarditesse.

3.4. Tervisedenduse standardid

Paljudes maades on kvaliteediga tegelevad institutsioonid arendanud välja haiglate ravikvaliteedi standardid. Praeguseaja prominentsemad institutsioonid on näiteks: Austraalias, Austraalia tervishoiu standardite nõukogu (the Australian Council on Healthcare Standards - ACHS); Kanadas, Kanada terviseteenuste akrediteerimise nõukogu (the Canadian Council on Health Services Accreditation - CCHSA); Prantsusmaal, the Haute Autorité de Santé (HAS); Ühendatud Kuningriigis, tervise kvaliteedi teenistus (the Health Quality Services - HQS); Ameerika Ühendriikides, tervishoiu organisatsioonide akrediteerimise ühendatud komisjon (the Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations - JCAHO)²¹. Lisaks on rahvusvahelised standardid arendatud ka standardiseerimise rahvusvahelise organisatsiooni (International Organization for Standardization) poolt ja eelpool nimetatud JCAHO rahvusvahelise haru poolt (Joint Commission International - JCI). Kuna enamuse nende institutsioonide töö on suunatud standarditele, siis teiste kvaliteediga tegelevate organisatsioonide, nagu näiteks Euroopa kvaliteedi juhtimise fondi (European Foundation for Quality Management) tegevus põhineb kõrge kvaliteedi taotlemise printsiipidele²².

Suurte akrediteerimise agentuuride poolt arendatud standardite ülevaade näitas, et seal oli vähe seost tervisedenduslike tegevustega²³. Seepärast on WHO tervisedenduse standardid töötatud välja lisaks eksisteerivatele akrediteerimisstandarditele, kooskõlas organisatsioonide pideva kvaliteedi parandamise üldise filosoofiaga.

Kuigi standardeid kasutatakse laialdaselt kesksetes meditsiinilistes üksustes (nt. laboratooriumides, radioloogias, endoskoopias, ambulatoorses praktikas, operatsioonitubades), ei saa tervishoiu professionaalid neid universaalselt kohaldada, kuna neis puudub orienteeritus patsiendile ja ravitulemustele.

21. Quality and accreditation in health care services. A global review. ISQuA and WHO. Geneva, World Health Organization, 2003. (EIO/OSD/2003) (http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_EIP_OSD_2003.1.pdf, accessed 08 May 2006).

22. Möller J. The EFQM excellence model. German experiences with the EFQM approach in health care. International Journal for Quality in Health Care, 2001, 13 (1): 45-49

23. Developing standards for Health Promotion in Hospitals. Background paper for the 1st Workshop on Standards for Health Promotion in Hospitals. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (5038045/5).

Kõrge kvaliteedi mudelid on rajatud organisatsiooni standarditele ning kohaldades neid tervishoiule, selgub, et puuduvad standardid haigete hooldusprotsessi jaoks. Kliendile ja personalile suunatud mudelite osas võiks WHO tervisedenduse standardites näha vajalikku täiendust.

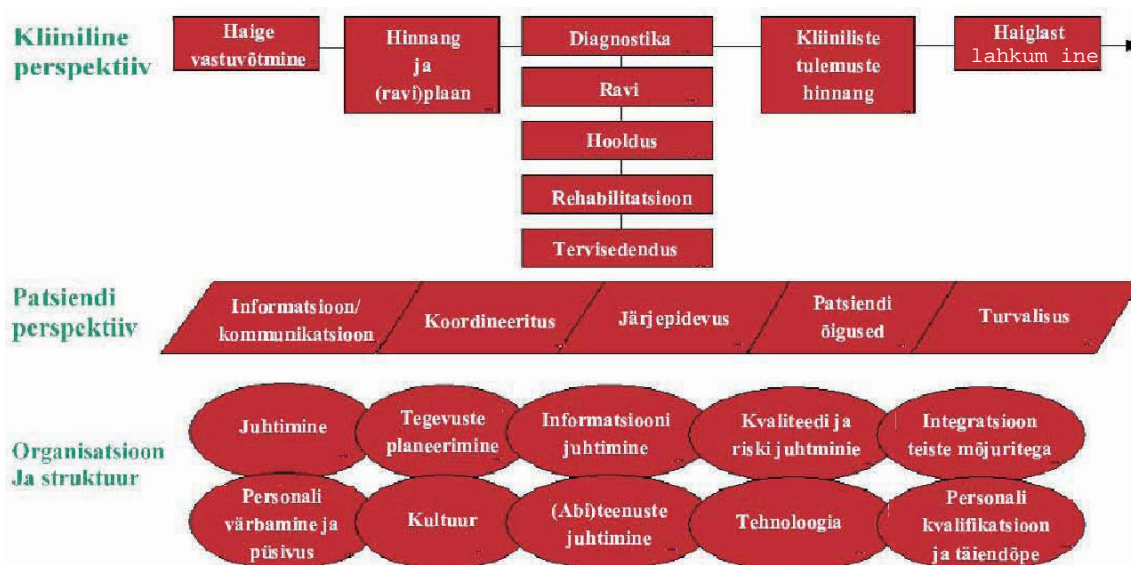
Haiglate akrediteerimise standardid on kasutusele võetud paljudes maades ning osaliselt sisaldavad need ka komponente, mis seotud patsientide õpetamisega, kuigi neis omakorda puudub jälle haiglapersonali tervisele orienteeritud osa. WHO standardid on täienduseks ses plaanis, et toetavad suuremat tähelepanu kroonilistele haigetele oma haigusega toimetuleku juhtimisel, ja samuti haiglapersonali tervise parandamisele.

Standardite sisu

Standardid arvestavad indiviidide tervisepotentsiaali ja rõhutavad nende aktiveerimise tähtsust informatsiooni andmise, motiveerimise, nõustamise, koolituse ja teiste tegevuste kaudu, et seda tervisepotentsiaali veelgi paremini realiseerida. Kuna informeerimine, teadmiste andmine, nõustamine viivad püsivatele käitumuslikele muutustele vaid siis, kui üldtunnustatud normid, reeglid ja üldine elukultuur neid toetavad, peavad organisatsioonide tervisedenduslikud tegevused olema suunatud just neile toetavatele teguritele. Põhinedes Tervist edendavate haiglate (TEH) võrgustiku filosoofiale, ei keskendu standardid vaid haigete ravile ja hooldusele, aga ka haiglapersonali tervisele ning haigla ja paikkonna seostele ning organisatsioonilisele arengule. Standardite sisu on defineeritud tulenevalt TEH võrgustiku filosoofiast, haiglate tervisedenduslike tegevuste tõenduspõhisusest ning organisatsioonide kvaliteedijuhtimise rakendamise tõenduspõhisusest. Standardeid saab rakendada tervishoiuorganisatsiooni kõigile sektoritele, kus toimub patsiendi ravi/hooldus, otseselt või kaudselt, riiklikes ja erahaiglates, rehabilitatsiooni üksustes, samuti sobivad need ka psühhiaatrilistele ja pediatrilistele haiglatele.

Standardid esindavad haigla kui organisatsiooni kvaliteedi eesmärke, mis on seotud kolme erineva perspektiiviga: kliiniline ja patsientide perspektiiv ning organisatsiooni/ juhtimise perspektiiv (Joonis 2):

Joonis 2: Kliiniline, patsientide ja juhtimise perspektiiv



Areng

Tulenevalt Taani Tervist edendavate haiglate töögrupi soovituselt, pandi kokku WHO ekspertide tööühm tervisedenduse standardite väljatöötamiseks. Viis standardit kirjeldavad põhimõtteid ja tegevusi, mis peaksid olema osa iga haigla ravi/hoolduse protsessist²⁴. Need töötati välja kooskõlas ALPHA programmi rahvusvaheliste nõuetega, mis sisaldavad kirjanduse arvestatavat ülevaadet, ettepanekuid standarditeks, standardite ülevaadet, esmaste standardite visandamist, piloottestimist, "löplike" standardite väljatöötamist, rakendamist, jätkuvat revideerimist ja parandamist ning kohandamist vastavalt ilmnevatele muutustele täienevas tõendusmaterjalis ja tervishoiuteenuste pakkumises²⁵.

Kirjanduse ülevaade andis tõenduse, et olemasolevad standardid käsitlevad haiglate tervisedenduse küsimusi ainult piiripealselt. Siis, kui oli saavutatud kokkulepe standardite viies dimensioonis, mida need peaksid käsitlema, töötati välja nende alastandardid, et rakendada standardite normatiivset/tasemelevastavat sisu. Alastandardid baseeruvad tervisedendusliku tegevuse parimale tõendusle. Sellest edasi tuletati mõõdetavad elemendid, parandamaks hindamise protseduuri kehtivust ja usaldatavust. Need peavad olema dokumenteeritud hindamise spetsiifilise tõendusena (nt. kui alastandard ` kindlaks tehtud vastutused tervisedenduse hindamiseks ja rakendamiseks ` on hinnatud/ evalveeritud positiivsena, peab see olema dokumenteeritud nt. aruande kaudu, mis määrab ära need vastutused). Eesmärk mõõdetavate elementide/osade puhul ja seostamine eeltoodud tõendusega on seega vajalik selleks, et vähendada võimalikke kõrvalekaldeid, mis hinnangut andvate inimeste puhul võivad hindamisprotseduuris ilmnedada.

Mõõdetavaid elemente hinnatakse kas ` jah-`, ` osaliselt-` või ` ei-` vormis, ja kvalitatiivse informatsiooni lisamise tähtsust sellisele hinnangule on rõhutatud alloleva tekstiruudustiku abil, kuhu saab märkida tõenduse või selgituse, nt. "üksikasjalikult välja töötama" - et miks mõõdetav element oli märgitud ainult "osaliselt" või " mitte", või saab lisada mingit informatsiooni, mis oleks oluline kvaliteedi parandamise plaani arendamisel. Kuna väljastpoolt tehtav evalvatsioon jälgib seda, kas on olemas vastavus mingile konkreetsele standardile, siis eelpool kirjeldatu on rohkem oluline organisatsioonisisesele kvaliteedi hindamisele, et saada teavet, kuidas kvaliteeti edaspidi parandada. Kvalitatiivse informatsiooni lisamine teenib seda eesmärki.

Standardeid, alastandardeid ja mõõdetavaid elemente testiti pilootprojektis 36 haiglas 9 Euroopa riigis²⁶. Piloottestimise peamine eesmärk oli hinnata, kas tervise professionaalide poolt tajutakse neid asjakohastena ja rakendatavatena Euroopa riikide erinevates haiglatüüpides. Lisaks, käesolevalt kehtivaid standardeid hinnati ka nende võimaliku mõju. Samal ajal saadeti esialgsed standardid kommentaarideks ja soovitusteks

24. Developing standards for health promotion in hospitals. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (<http://www.euro.who.int/Document/IHB/hphstandardsfinrpt.pdf> , accessed 08 May 2006).

25. International Standards for Health Care Accreditation Bodies. International Society for Quality in Health Care (<http://www.isqua.org/isquaPages/Accreditation/ISQualAPPPrinciplesV2.pdf>, accessed 08 May 2006).

26. Groene O, Jorgensen SJ, Fugleholm AM, Moeller L, Garcia-Barbero M. Results of a pilot test of standards for health promotion in nine European countries. International Journal for Quality Assurance in Health Care, 2005, 18 (4): 300-307 (www.emeraldinsight.com/0952-6862.htm , accessed 08 may 2006).

rahvusvahelistele akrediteerimise agentuuridele ja teistele organisatsioonidele, mis kaasatud tervishoiu kvaliteedi parandamisse.

Sissejuhatus standarditele

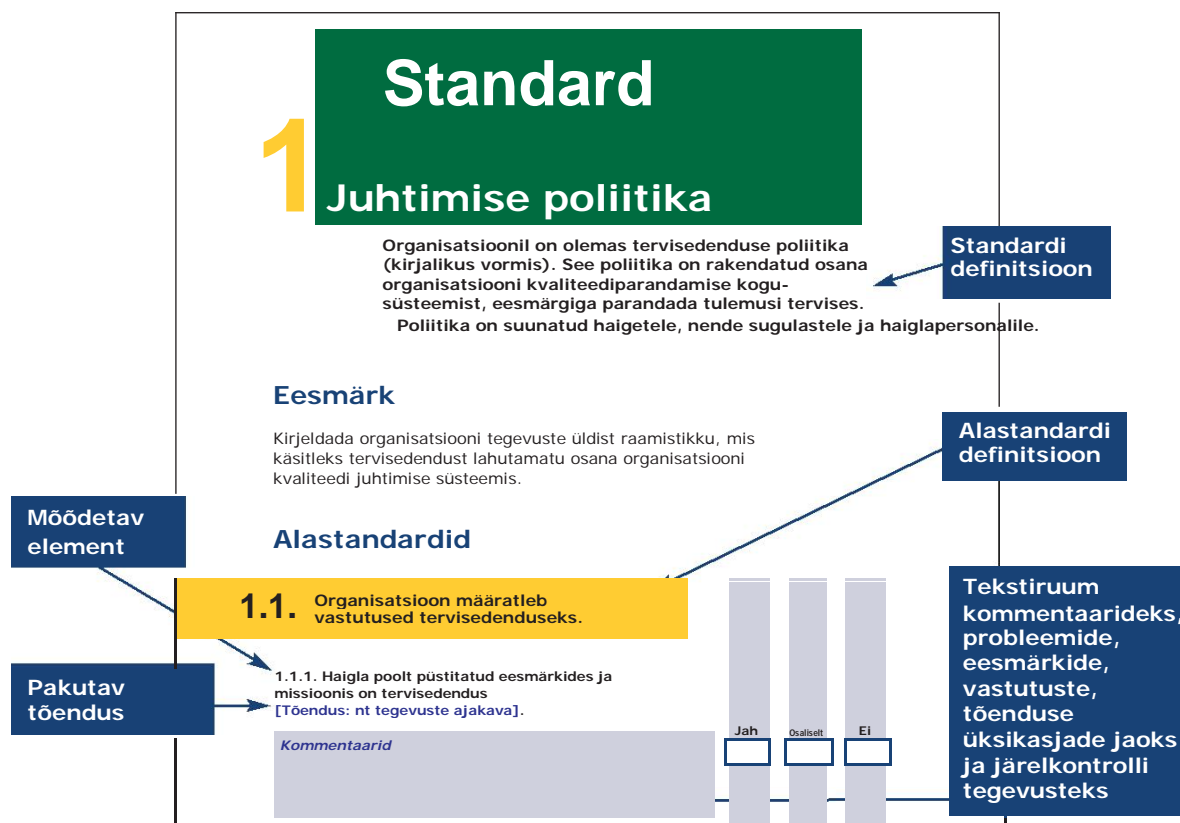
Igal standardil on kolm tasandit (Joonis 3):

Esimene tasand ongi **standardi** oma tasand. Viis standardit käsitlevad juhtimise poliitikat, patsiendi hindamist, patsiendi informeerimist ja talle mõeldud interventsioone, tervisliku töökoha edendamist, järjepidevust ja koostööd.

Teine tasand on **alastandardite** tasand. Alastandardid, mis jagavad standardi põhimõteteks osadeks, võimaldavad standardeid eesmärgipäraselt kasutada. Kokku on 24 alastandardit; ühe standardi kohta on 4 - 6 alastandardit.

Kolmas tasand on **möödetavad elemendid**. See on nimekiri, mis nõutud, saavutamaks täielikku kooskõla standarditega. Möödetavate elementide loetelu on mõeldud selleks, et pakkuda paremat selgitust standardite kohta ja aidata organisatsioonidel neid selgitada oma töötajatele ja valmistada ette akrediteerimiseks. Möödetavad elemendid on need standardile vastavad nõuded, mida vaadatakse üle ja hinnatakse täitmise osas, st mitte täidetud, täidetud osaliselt või täielikult. Kokku on 40 möödetavat elementi; nende arv ühe standardi kohta varieerub 6st - 10ni.

Joonis 3: Standardite kolmetasandiline struktuur tervist edendavate haiglate jaoks



3.5. Tervisedenduse indikaatorid

Et standardeid täiendada ja pakkuda pideva, töös oleva protsessi kvantitatiivseks hindamiseks töövahendit, töötati välja tegevuse indikaatorid. Indikaatorite eesmärgiks on täita lünk oodatavate tulemuste hindamises, eeldusel, et standardites soovitatud struktuurid ja tegevused on olemas ja toimunud. Erinevalt standarditest, annavad indikaatorid evalvatsiooniks, monitoorimiseks ja ravi/ hoolduse parandamiseks kvantitatiivse aluse ning võivad aidata tervishoiu professionaalidel ja juhtidel paremini välja töötada arengusuunad ja hinnata kvaliteedi parandamise progressi.

Indikaatorite definitsioon ja karakteristikud

Indikaatorid võivad teenida väga erinevaid eesmärke, nt. kirjeldada/dokumenteerida ravi/hoolduse kvaliteeti, teha erinevate kohtade võrdlusi teatud ajavahemiku möödudes, teha otsuseid ja püstitada prioriteetidid, toetada aruandlust, mitmesuguseid eeskirju ja akrediteerimist, toetada kvaliteedi parandamist, toetada patsientide valikute tegemist teenuse pakkujate vahel²⁷. Seega saab indikaatoreid kasutada asutusesisestel ja/ või välistel eesmärkidel. Sisemised eesmärgid on seotud haigla mitmesuguste juhtimisfunktsioonidega, nt terviseteenuste pakkumise organiseerimine, nagu monitoorimine, hinnangud, haigla funktsioonide parandamine nii pikemas perspektiivis (strateegia) kui lähemas ajaperioodis. Välised eesmärgid on seotud aruandlusega huvigruppidele, nagu nt. finantseerija (ükskõik kas kindlustuse poolelt või riik), patsiendid/ tarbijad ja elanikkond üldiselt.

Indikaatorid käsitlevad peamiselt ravi/ hoolduse protsessi ja tulemuste dimensiooni, aga need võivad seostuda ka struktuuriliste iseärasustega (nt. spetsialistide proportsioon teiste arstide hulgas). Indikaatoreid võib kirjeldada erineval viisil, nt. määraga/suhtarvuga (sündmuste või ürituste arv antud populatsioonis võrrelduna mingi ühise nimetajaga), osana/proportsioonina (sündmuste protsent antud populatsioonis), suhtega/relatsiooniga (suhe kahe proportsiooni e. osa vahel), keskmisega, mis on tulemus uuringust või ülevaatest, või ka absoluutsete väärtustega (arvudega). Samuti võivad indikaatorid viidata mingile tegurile, mis on otseselt seotud lõpptulemusega, st. tegemist on fenomeniga, mis on tegelikult ebasoovitatav ning iga selline tulemus võib omakorda olla tõukeks täiendavale süva-uuringule. Siinkohal võiks näiteks olla kirurgiline protseduur, mis pole kooskõlas kehtestatud/ senise tõestust leidnud meetodiga. Need võivad olla üldised (nt. mitteplaneeritud tagasipöördumiste osakaal operatsioonituppa) või haigusespetsiifilised (nt. müokardi infarktiga patsientide osakaal, kes saavad beeta-blokaatoreid vähem kui 24 tunni jooksul peale haiglasse vastuvõtmist). Selle haiglate tervisedenduse jaoks oleva enesehindamise töövahendi raames annavad indikaatorid kvantitatiivse mõõtmise võimaluse, et hinnata progressi teatud aja möödudes väljavalitud protsesside ja tulemuste osas, mis omakorda seotud tervisedenduse selekteeritud indikaatoritega. Need on mõeldud, et toetada just jätkusuutlikku asutusesisest kvaliteedijuhtimist, aga mitte toetada mingeid aruandekohustusest tulenevaid otsuseid. Siiski, tulevikus võib neid kasutada tervisedenduslike tegevuste võrdlemiseks, aga seda hiljem, kui on saadud ka teaduslikult arvestatav tõendus ja kasu tervisedenduslike tegevuste parandamise hindamiseks.

27. Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. International Journal for Quality in Health care, 2003, 15 (6): 523-530.

Indikaatorite sidumine tegevustega

Üks indikaator annab informatsiooni mingi spetsiifilise küsimuse kohta, ent indikaatorite kogum annab teavet juba kompleksse fenomeni kohta (nt. ravi/hoolduse kvaliteet), mis iseenesest polegi nii kergesti piiritletav. Indikaatorite kehtivus sõltub seose tugevusest mõõdetava elemendi ja aluseks oleva kontseptsiooni vahel. Indikaatorid on vaid mõõtmiseks ning kindlasti mitte otsuste tegemiseks. Üksikut indikaatorit ei saa kasutada otsustamiseks haigla tegevuse üle, kuid teatud hulk probleemile koondatud indikaatoreid annab selleks juba võimaluse. Täiendav informatsioon, nagu viited mingile alusmaterjalile või selgitust andvad muutuvad suurused, peavad olema arvesse võetud, kui indikaatori põhjal tehakse järeldus otsuse jaoks. Näiteks, kas keskmiselt 10 päeva haiglaravi ajuinsuldi korral on hea või halb? Vastus sellele küsimusele sõltub keskmisest haiglaravil viibimise ajast sellel maal, rehabilitatsiooniteenuste (-voodite) olemasolust, või kui raskete ajuinsultidega patsiente ravitakse antud haiglas, milline on haige seisund, kui ta sellest haiglast välja kirjutatakse, sõltub ka sellest, millist toetust pakub haigla või kuidas on see toetus haigla poolt korraldatud, kui haige lahkub koju jne.

Indikaatorite kasutamine võrdlemiseks teistega

Indikaatoreid võib kasutada tegevuste võrdlemiseks haiglate vahel. Suur töö on vaja teha, et töötada välja indikaatorid ning saada selged definitsioonid (loendajad ja nimetajad) ja kohandada need teguritele, mis võiksid neid võrdlusi häirida. Näiteks suremuse näitajate võrdlemine pole kuigi usaldusväärne, kui see pole kohandatud eale, haiguse ägedusele ja kaasnevatele haigustele. Kuid isegi peale küllalt ulatuslikku riskide arvestamist ja kohaldamist ning multivariaabelse statistika kasutamist võib jääda kõrvalekalle, mis vähendab võrdluse tulemuste usaldusväarsust.

Eristama peab lihtsat võrdlemist ja põhimõttelist kontseptuaalset võrdlemist. Kuna võrdlemine on rohkem lahtine mõiste, tähendades üksteisega ühenduses või seoses olevaid mõõtmisi, siis kontseptuaalne põhimõtteline võrdlemine on ühe organisatsiooni evalvatsiooni tulemuste võrdlemine teistega, ja protsesside uurimine võrreldes teistega, mis on juba tunnistatud suurepäraseks, - seega abinõu paremate tulemuste saavutamiseks. Kontseptuaalne võrdlemine tähendab võrdlust, parima taseme äranäitamist ja lõpuks nende faktorite uurimist, mis tegid organisatsiooni/ asutuse paremaks mingis näitajas, - võrreldes teistega.

Tervisedenduse indikaatorite areng

Et välja tuua tervisedendusega seotud kasutusel olevad indikaatorid, vaadati üle üldised tegevuste hindamise raamistikud ja ainult mõned indikaatoritest olid relevantssed tervisedendusele - enamus 300st identifitseeritud indikaatorist olid suunatud kliinilisele efektiivsusele ja tõhususele²⁸. Seepärast töötati töögruppide toel ja kasutades konsensusmeetodit, välja indikaatorid, et täiendada haiglate tervisedenduse enesehindamise töövahendit. Toimus kaks rahvusvahelist koosolekut,

28. Champagne F, Guisset AL. A review of the indicators currently used in performance evaluation systems. Background paper. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (5038066/9).

kus osalesid eksperdid indikaatorite arendamise, kvaliteedi parandamise, akrediteerimise ja tervisedenduse valdkonnast²⁹.

Kindlaks tehtud tervisedenduse indikaatorid pole ehk teaduslikult nii kõlavad kui praktikas pikka aega kasutatud kliinilise töö indikaatorid. Olgu rõhutatud, et tervisedenduslike tegevuste hindamine tervishoius on küllaltki uus valdkond ja kasu võib sellest olla edasise arengu tulemusena. Mis seotud andmete kogumisega, siis paljude tervisedenduse indikaatoritega on vaja täiendavalt tööd teha, kuna üldjuhul pole vastav informatsioon kogutud tavapäraste infosüsteemide kaudu. Sellegipoolest kaasneb võimalus koguda rohkem detailsemaid andmeid, mis annavad paremaid võimalusi võrdlemisteks või organisatsiooniliste prioriteetide määratlemiseks.

Järgmised indikaatorid on välja valitud täiendamaks tervisedenduse viit standardit, mis toodud haiglate tervisedenduse enesehindamise töövahendis (Tabel 1).

Tabel 1: Tervisedenduse indikaatorite ülevaade

Standard/valdkond	Indikaator
Juhtimise poliitika	% personalist, kes on teadlik tervisedenduslikust poliitikast % patsientidest, kes on teadlikud tervisedenduse standarditest % eelarvest, mis on määratud personali tervisedenduslikele tegevustele
Patsientide hindamine	% patsientidest, kelle kohta on antud hinnang üldiste riskide osas % patsientidest, keda on hinnatud haigusespetsiifiliste riskide osas vastavalt juhendmaterjalidele Tulemus (skoor) ülevaatest, mis puudutab patsientide rahulolu koos hindamise protseduuri kirjeldusega
Patsientide informeerimine ja sekkumised	% patsientidest, kellele on õpetatud teatud tegevusi oma haigusega paremaks toimetulekuks % patsientidest, kellele on õpetatud riskitegurite modifitseerimist ja haiguse ravi erinevaid võimalusi oma haigusega paremaks toimetulekuks Tulemus (skoor) ülevaatest, mis puudutab patsientide kogemust oma informeeritusest ja interventsiooni/sekkumise protseduuridest.
Tervisliku töökooha edendamine	% personalist, kes suitsetab suitsetamisest loobumine Tulemus (skoor) ülevaatest, kuidas haiglapersonal hindab oma töötingimusi % lühiajalise töölt puudumise kohta % tööga seotud õnnetustest Tulemus (skoor) läbipõlemise skaalal
Järjepidevus ja koostöö	% perearstidele või teisele konsulteerivale kliinikule saadetud epikriisidest 2 nädala jooksul või epikriis antud haigele kätte haiglast lahkumisel Haiglasse tagasituleku määr juhtudel, mil ambulatoorne ravi/jälgimine polnud võimalik - viie päeva jooksul peale haiglast lahkumist Tulemus (skoor) ülevaatest, kuidas on patsiendid ette valmistatud haiglast lahkumiseks

29. Standards for health promotion: development of indicators for a self-assessment tool. WHO Regional Office for Europe, 2003. (<http://www.euro.who.int/document/E84988.pdf>, accessed 08 May 2006).

Need indikaatorid on üksikasjalisemalt kirjeldatud 7.osas. Iga indikaatori jaoks on ette valmistatud oma kirjeldav leht, mis käsitleb järgmisi küsimusi: valdkond, nimetus, põhiprintsiip ja selgitus, loendaja, nimetaja, andmete allikas, andmete klassifitseerimine ja märkused.

3.6. Standardite ja indikaatorite täiendav kasutamine

Kui standardid keskenduvad peamiselt struktuurile ja protsessile, siis indikaatorid on põhiosas suunatud protsessile ja tulemustele. Indikaatoritel on erinevad mõõdetavad omadused ja ning nõutavad on loendajad ja nimetajad. Standardid peavad olema arusaadavalt defineeritud ega pea tingimata olema väljendatud numbrites/arvudes. Standardite ja indikaatorite vaheline seos on täiendava väärtusega - järgides erinevaid filosoofiaid, ja omavahel ühendatuna - toetavad nad haigla tegevuste kvaliteedi parandamist.

Standardite ja indikaatorite kasutamine kvaliteedi hindamisel

Standardipõhine evalvatsioon baseerub hinnangu andmisel sobivate struktuuride, süsteemide ja protsesside olemasolu ning funktsioneerimise kohta, et järjekindlalt oleks võimalik saavutada häid tulemusi. Eeldatakse, et kui standardeid on arvestatud, on kõik vajalikud elemendid olemas, et tõsta võimalusi headeks tulemusteks haigete ja haiglapersonali jaoks, samuti elanikkonna jaoks üldiselt. Standardid hindavad püüdeid edendada/soodustada paremat kvaliteeti. Standardite sobivuse hindamise kaudu tõusetunud/ üles kerkinud küsimused on seega: "kas organisatsioon teeb õigeid asju?" ja "kas ta teeb õiget asja järjepidevalt?". Sellegipoolest, standardite hindamine ei anna veel informatsiooni organisatsiooni tegeliku olukorra/ tegevuse kohta.

Indikaatoritel põhinev tegevuse hinnang, teiselt poolt, mõõdab, mis on tehtud ja kui hästi on tehtud. Kuigi tegevuse mõõtmine/hindamine võib osundada/osutada struktuuralsele tunnusele või protsessile, on tegevuse hindamised ideaalsel juhul suunatud siiski tulemustele, nagu tervise tulemustele, tervise seisundile, patsiendi rahulolule ja ravi/hooldusega seotud ressursside kasutamisele. Tegevuse hindamine on piiratud andmete kompleksi kogumise ja analüüsi keerukuse tõttu, mis peavad sel juhul olema kohandatud võimalikele segavatele ja tulemust mõjutavatele faktoritele. Üksikuid indikaatorid on raske tõlgendada, pigem on need teatud indikaatorite omavahelised seosed, mis peegeldavad kvaliteedi parandamise võimet.

Vastavalt Donabedian'i tüpoloogiale, saab kvaliteeti hinnata struktuuri, protsessi ja tulemuste kaudu. Kuigi lõpuks on tulemus see, mis loeb, siis kvaliteedi parandamise perspektiivist on oluline uurida seoseid struktuuri, protsessi ja tulemuste vahel. Täiendavate standardite ja indikaatorite kombinatsioon võimaldab tähelepanu pöörata struktuuri, protsessi ja tulemuste vahelistele seostele. Standarditega mitteühtivus võib anda vihje struktuuri või protsessi muutusteks, mis võib osutada vajalikuks, kui tahetakse suurendada võimalusi positiivseteks tulemusteks. Näiteks, informatsiooni negatiivsete tulemuste kohta, mis johtunud mingist protseduurist, kui on kasutatud teist meetodit, on oluline monitoorida, sest kui midagi juhtub, võib osutada raskeks või võimatuks seda muuta.

Standardite ja indikaatorite kasutamine enesehindamise töövahendis

WHO enesehindamise töövahendis hinnatakse standardeid vaid mõõdetavate elementide/ osade kaudu. Tervisedenduse indikaatorid on mõeldud täiendamaks standardite sobivuse hindamist, mis peaks peegeldama jätkuvat kooskõlas olemist nende standarditega. See on haigla otsustada, milliste täiendavate indikaatorite jaoks peaks andmeid koguma, kuid vähemalt ühe indikaatori jaoks igast valdkonnast. Enesehindamise vahendis sisaldub täiendavate indikaatorite osa, kuhu saab märkida kohalikult (asutusele) tähtsad või rutiinselt kasutusel olevad indikaatorid. Kui haigla kavatseb lisada uusi täiendavaid indikaatoreid, peab meeles pidama, et need peaksid olema kirjeldatud samal viisil nagu selles käsiraamatus toodud indikaatorid.

Indikaatorite peamine kasutusala enesehindamise protseduuris on luua tegevuslik alus kvaliteeti parandavateks tegevusteks, mida tuleb arvestada kvaliteedi parandamise tegevusplaani arendamisel. Selliselt loodud aluspõhi pakub tugevat toetust tegevuste korduvale hindamisele ajavahemike möödudes.

4. Projekti elluviimine

4.1. Vastutuste selgitamine

On oluline rõhutada, et haiglas ei saada tervisedendust delegeerida konkreetselt kellegi vastutuseks, vaid haiglas on see igaühe vastutus, kus patsiendid ja iga haiglapersonali liige saavad oma panuse anda. Nii nagu teisi kliinilise tegevuse kvaliteedi küsimusi, peaks ka tervisedenduse kvaliteeti hindama tulenevalt standarditest ja indikaatoritest. Ses kontekstis võib seda vaadelda kui `lisaväärtust` olemasolevatele kvaliteedi-tegevustele ning tervisedenduslike tegevuste enesehinnang peaks olema integreeritud haigla kvaliteedijuhtimise olemasolevasse süsteemi.

On tähtis rõhutada, et projekti edu sõltub kogu haiglapersonali pühendumisest. Selle kohustumuse võtmine võib varieeruda vastavalt huvile ja motivatsioonile, kuid kaks peamist tugisammast projektile on haiglas tehtud lobby-töö ja samuti haiglas kujundatud "omanikutunne". Projekti meeskond peab olema kokku pandud selgelt defineeritud kohustuste ja vastutustega:

Partnerid:

Haigla juhtkond: Projekti eduks on olulised haigla juhtkonna (sh otsuseid täideviivate juhtide) ja haigla nõukogu toetus ja kohustumus - selleks, et jõuda tegevusplaani rakendamiseni ja pakkuda vajalikke ressursse ülesannete täitmiseks.

Projektijuht: Samuti on tähtis, et haiglasiseselt oleks nimetatud projektijuht, kes juhhib protsesse ja koolitab ülejäänud personali enesehindamise läbiviimiseks. Ideaalsel juhul on seesama isik haiglas juba vastutav teiste kvaliteedi parandamise algatuste eest, kuna see projekt on samuti kvaliteedi parandamise algatus teiste analoogsete seas.

Juhtiv isik tervisedenduse valdkonnas: Projektijuht võib nimetada juhtivad isikud iga viie tervisedenduse valdkonna jaoks (kuid juhtiv isik võib olla vastutav enam kui viie standardi eest). Need juhid võtavad vastutuse hindamiseks sobivust standardite ja ja alastandarditega. Nad vastutavad tõendusmaterjali kogumise eest, mis toetab nende vastuseid. Samuti on neil vastutus koostöö sujumise eest juhtgrupi (steering-grupi) teiste liikmetega, et koguda andmeid tervisedenduse indikaatorite jaoks.

Multidistsiplinaarne juhtrupp: Projektijuhil on vaja kokku panna multidistsiplinaarne juhtgrupp, mis esindaks haiglapersonali kõiki tasandeid. Juhtgrupp peab regulaarselt kokku tulema, et arutada enesehindamise progressi, genereerida erinevaid distsipliine läbivaid ideid ja edendada suuremat "omanikutunnet" projekti suhtes. Iga haigla peab määrama juhtgrupi liikmed vastavalt nende organisatsiooni eripärale.

Sellegipoolest on antud soovitus, et multidistsiplinaarsesse juhtgruppi peaksid olema kaasatud järgmised personali esindajad:

- ülem(vanem)õde, kes samuti võib olla vastutav kvaliteedi/kliinilise auditi eest
- vanemarst ja nooremarsst,
- vanem (osakonna)juhataja/ juht
- haigla personali esindaja,
- kliinilise poolega seotud abiteenistuste esindaja (nt. füsioteraapia, (töötervishoid), üldiste meditsiiniteenuste esindaja (nt. radioloogia) ja/või mitte-kliiniliste teenistuste esindaja.

4.2. Andmete kogumine

Haigla erinevate tasandite personal peaks olema kaasatud andmete kogumise protsessi ning toetama sellist nn. kollektiivset vastust standardite sobivuse osas. Tuleb rõhutada, et on väga vähe kasu, kui vaid üks inimene täidab enese-hindamise küsimustiku, kaasamata sellesse ülejäänud asjatundlikku personali, kuna see ei soodusta "omanikutunde" tekkimist ja seega hoiab eemale ka õppimise protsessist.

Standardite ja indikaatorite hindamiseks on haigla piires kasutada kolm põhilist andmete allikat: rutiinne informatsiooni süsteem, eraldi tehtud uuringud ja auditid. Lisaks, mõningaid andmeid saab ka välise koostööpartnerite käest, nt. võib kindlustusseltsidel olla andmeid ka personali terviskäitumise ja töölt puudumiste kohta.

Igapäevastest infosüsteemidest võib saada teavet mõnede tervisedenduse standardite ja indikaatorite kohta; eriti kasulikeks võivad osutuda patsientide elektroonilised andmed, mis taasvõimaldavad saada informatsiooni tervisedenduse eriliste vajaduste hinnangu või tegevuste kohta.

Teatud määraneni võivad administratiivsed andmebaasid sisaldada informatsiooni töökoha tervisedenduse indikaatorite kohta. Kui andmed on olemas ja saadaval rutiinses infokogumise süsteemis, peaks neid enesehindamiseks kasutama, et seeläbi vähendada eraldi tehtava andmekogumise töökoormust. Siiski, ei pruugi andmebaasis sisalduv informatsioon olla piisav tervisedenduse spetsiifiliste eesmärkide hindamiseks. Enamgi veel, seal võib olla ka vähe võimalusi kohandada seda kasutamiseks teistel eesmärkidel.

Uuring/küsitlus on vaja läbi viia rea tervisedenduse indikaatorite jaoks. See võib olla ülevaade patsientide kogemuste ja läbielamiste kohta, või sama ka haiglapersonali kohta. Kuna uuringuid saab teha, kasutades vaid kehtivaid ja usaldusväärseid meetodeid, mis omakorda võivad olla ka ressursimahukad, tuleb tõeliste uuringute arvu vähendada nii palju kui võimalik. Alternatiivse variandina, tervisedenduse standardite ja indikaatorite hindamiseks, saab arvestada vajalike küsimuste lülitamist juba toimuvatesse patsiendi ja personali uuringutesse.

Kliiniliste aruannete auditit on vaja, et hinnata mõningaid patsiendi hindamise standardeid, haigete informeerimist ja nendele suunatud sekkumisi/interventsioone.

Auditi protseduuri üksikasjad on kokku võetud allpool.

Standardid

Juhtimise tasandi kohta käivaid standardeid ja neid, mis katavad kogu haigla erinevaid osi/ tegevusi (juhtimispoliitika, tervisliku töökoha edendamine, järjepidevus ja koostöö) peaks hindama haigla juhtimise või kvaliteedi komitee, juhul, kui selline eksisteerib. Kliiniliste tegevuste standardeid (patsientide hinnangud, nende teavitamine ja neile suunatud sekkumised) peaks hinnatama kliinilise üksuse või osakonna tasandil. Hindamiseks soovitatakse juhuvalimiga leida 50 patsienti, kes on haiglast välja kirjutatud ja on kolme kuu jooksul sinna tagasi pöördunud. Auditi tegemise meeskond on interdistsiplinaarne spetsialistide grupp, kel on head teadmised osakonna igapäevase dokumentatsiooni osas. Mõiste `dokumentatsioon patsiendi kohta` hõlmab igasugust patsienti puudutavat teavet (haiguslugu, õenduslugu, füsioterapeudi ja dieetoloogi märkeid) - neid kõiki tuleb arvestada konkreetse haigla ja standardite kokkusobivuse hindamisel.

Indikaatorid

Enesehindamise töövahendis peavad olema märgitud ka indikaatorid. Kuid andmete kogumine indikaatorite väljatöötamiseks peab olema läbi viidud eraldi. See on haigla otsustada, millise indikaatori nad valivad, kuid täiendamaks viit standardit, peab igaühe jaoks olema vähemalt üks indikaator.

Enesehindamise töövahendisse on vaja indikaatoreid tegevusplaani väljatöötamiseks, mis põhineb sobivusel nii standarditega kui tegevusega - vastavalt indikaatoritele. Teatud aja möödumisel tehtavaid korduvaid indikaatorite hindamisi/ mõõtmisi on vaja, et nõ. peegeldada muutusi indikaatoris. Andmeid indikaatorite kohta soovitatakse koguda iga kuue kuu järel.

4.3. Tulemuste tõlgendamine

Kvaliteedi hindamine nõuab patsientidele osutatud tervisehoiuteenuste kohta käivate andmete summeerimist ja tulemuste väljendamist määrana, osasuhtena, sagedusena, mingi jaotumuse või levimuse näitajana, keskmiste tulemuste näitajana.

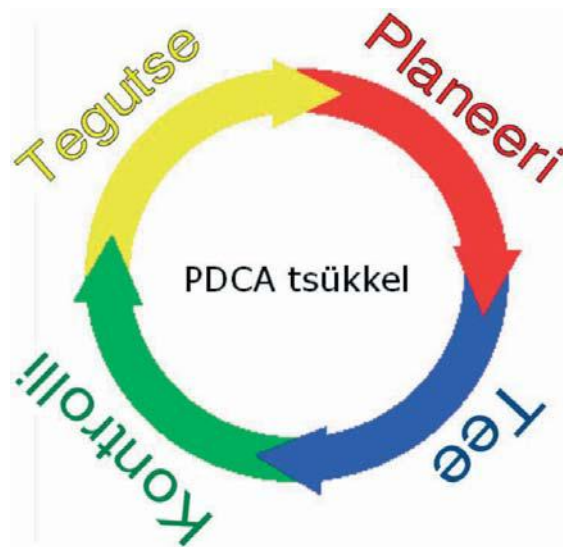
`Mõõdus` kui sellises on sageli number ja mõõtmise üksus koos arvulise suurusjärguga. Mõõtmise üksus annab selgituse arvulise väärtuse interpreteerimise kohta. Raske on tõlgendada kvaliteedi mõõtmise tulemusi `heaks` või `halvaks`, ilma et seal oleks võrdlemise standardit, millega saaks tulemusi võrrelda. Võrdluse erinevad tüübid on sama teenuse pakujate väline võrdlus samal ajahetkel, sisemine võrdlus ajaperioodi möödudes (võrdlustulemused (skoorid) enne ja pärast kvaliteedi parandamise üritusi), ja määrav või korraldav standard (nt. on eesmärgid määratud regionaalses tervise plaanis).

Head ravistandardid on olemas mõnede tervishoiu valdkonna ravi jm. teenuste jaoks. Neist juhtudest on võimalik järeldada, et - kvaliteedi probleemi kas on või ei ole. Kui ravistandardit pole, on tulemustel tähendust juhul, kui neid saab võrrelda püstitatud eesmärkidega, nt. mille on võtnud asutus/ organisatsioon mõõtindikaatori rakendamiseks või riikliku eesmärgi saavutamiseks. Enesehindamise tulemusi soovitatakse arutada mitte ainult haiglasiseselt, vaid ka teiste haiglatega, mis on samuti hinnanud oma tegevust tervise edendamisel.

4.4. Kvaliteediparandamise plaani arendamine

Selle projekti rakendamisel on soovitatud järgida planeeri - tee - kontrolli - tegutse (PDCA- plan-do-check-act) tsüklit. PDCA skeemi pakkus esimesena välja Walter Shewhart 1930ndatel aastatel, ja hiljem võttis selle kasutusele W. Edwards Deming. Mudel annab põhimõttelise raamistiku protsessi või süsteemi parandamiseks. Seda saab kasutada kogu parendamisprojekti suunamiseks või spetsiifiliste projektide arendamiseks, kui parendamiseesmärgid on kord selgeks tehtud. PDCA tsüklil on esitatud kasutamiseks dünaamilise mudelina (Joonis 4). Tsükli ühe ringiga lõpetamine on alguseks teisele ringile. Järgides kvaliteedi parandamist kui pidevat protsessi, saab ja peab seda alati uuesti analüüsima ja muudatuse uus testimine võib alata.

Joonis 4: Planeeri - tee - kontrolli - tegutse tsüklil



Planeeri: parandamisele suunatud tegevuse, projekti või protseduuri planeerimine.

See nõuab analüüsi selle kohta, mida kavatakse parandada, valdkondade väljaselgitamist, kus on võimalusi muudatusteks ja otsustamist, kus on võimalik parimat kasu tehtud investeeringust tagasi saada.

Tee: muudatuse või testi läbiviimine (soovitavalt väiksema ulatusega) ja muudatuse rakendamine, mida oli otsustatud teha planeerimise faasis.

Kontrolli: tulemuste ülevaatamine ning vigade ja edu analüüs. See on PDCA tsükli oluline faas. Pärast seda, kui muudatus on lühiajaliselt

Kas see tõesti viib parematele tulemustele sel viisil nagu olite lootnud? Te peate otsustama paljude mõõtmiste/hindamiste üle, millega saate monitoorida parenemise astet.

Tegutse: aktsepteeeri muudatust, loobu sellest, või katseta seda taas läbi eelkirjeldatud tsükli.

Enesehindamise protseduuris on töövahendi igal osal oma n.ö. ruum tekstiks, kuhu saab kirja panna tegevused kvaliteedi parandamiseks, mis on selgunud standardite ja indikaatorite hindamise kaudu, ja samuti peavad olema määratud vastutajad iga tegevuse jaoks. Edasi, on samuti nõue kirja panna tegevuste ajaraamistik ja oodatavad tulemused. Enesehindamise viimases osas on veel ruumi kirja panna üldised kvaliteedi parandamise tegevused ja samuti need tegevused, mis seotud spetsiifiliste standarditega.

Projektijuhi kohustus, koos multidistsiplinaarse juhtgrupiga, on esitada andmed nii korrektset kui võimalik ja samal ajal olla realistlik võimalike kvaliteeti parandavate tegevuste suhtes, et saada juhtkonnalt toetust oma ettepanekute rakendamiseks. Kui enesehindamine on lõpetatud, saab juhtgrupp välja tuua nn. hea praktika valdkonnad edasiseks arenguks, need, kus haigla senini ei olnud veel jõudnud standardite ja alastandarditeni. Neid küsimusi saab tegevusplaani arendamisel arvestada. On oluline, et plaani need tegevused oleksid seotud rahvuslike/riiklike prioriteetide ning sihtidega ja haigla oma olemasolevate ressurssidega. Ka tegevusplaani peab olema integreeritud haigla olemasolevasse juhtimissüsteemi, et arengut oleks võimalik monitoorida.

Peale edukat kvaliteedi parandamise võimaluste, planeerimise ja tegevuste rakendamise võimaluste identifitseerimist ja sellele järgnevat eneseanalüüsi on vaja läbi viia järgnev kvaliteedi parandamise tsükkel. Kuna iga täielikult läbi tehtud PDCA tsükkel kord lõpeb, siis sellele järgneb uus ja eelmisest natuke keerukam projekt, et teenuste kvaliteeti jätkuvalt parandada.

5. Enesehindamise vormid

Vastutused enesehindamiseks

Kes vastutab enesehindamise läbiviimise eest, peab olema dokumenteeritud selles osas. Üks inimene peab võtma üldise vastutuse (projektijuht). Igasugused lisavastutused on jagatud erinevate standardite vahel, vastavalt haigla struktuurile ja olenevalt inimressursi olemasolust (nt. 1. ja 5. standardi hindamise vastutus võib olla määratud haigla nõukogu liikmetele, kusjuures teiste standardite hindamise eest võivad vastutada kliiniliste teenistuste liikmed). Iga liige peaks allkirjastama nõusoleku, kinnitamaks, et nad koguvad andmeid või superviseerivad andmete kogumist.

Tegevusplaani arutab läbi ja kavandab kogu juhtgrupp koos. Projektijuht kiidab tegevusplaani heaks ja aitab kaasa selle rakendamisele. Tegevusplan tuleb tutvumiseks esitada haigla juhtkonnale.

Projektijuht

(Võtab vastutuse üle vaadata kogu enesehindamise protsess ja vastutab esitatavate tulemuste eest)

Nimi		
Funktsioon		
Kuupäev	/	/

Allkiri

Juhtgrupi liikmed

Nimi	Osakond	Tiitel/ funktsioon	Amet/ eriala

Projektijuht 1.standardi jaoks: Juhtimispoliitika

Nimi
Funktsioon
Kuupäev / /

Allkiri

Projektijuht 2.standardi jaoks: Patsientide hindamine

Nimi
Funktsioon
Kuupäev / /

Allkiri

Projektijuht 3.standardi jaoks: Patsientide informeerimine ja interventsioonid neile

Nimi
Funktsioon Kuupäev
/ /

Allkiri

Projektijuht 4.standardi jaoks: Tervisliku töökoha edendamine

Nimi
Funktsioon
Kuupäev / /

Allkiri

Projektijuht 5.standardi jaoks: Järjepidevus ja koostöö

Nimi
Funktsioon
Kuupäev / /

Allkiri

1

Standard

Juhtimise poliitika

Organisatsioonil/asutusel on kirjapandud poliitika tervisedenduse jaoks. See poliitika on rakendatud osana kogu organisatsiooni kvaliteedi parandamise süsteemist, eesmärgiga saada paremaid tervisetulemusi. Poliitika on suunatud patsientidele, nende sugulastele ja haiglapersonalile.

Eesmärk

Kirjeldada organisatsiooni tegevuste raamistikku, milles tervisedendust on käsitletud lahutamatu osana organisatsiooni kvaliteedi juhtimise süsteemist.

Alastandardid

1.1.

Organisatsioon/asutus määratleb vastutused tervisedenduseks

1.1.1. Haigla püstitab tervisedenduse eesmärgid ja missiooni
[Tõendus: nt. tegevuste ajakava].

Kommentaariid

Jah

Osaliselt

Ei

1.1.2. Haigla juhtkonna taaskinnitus viimase aasta jooksul osalemiseks WHO TEH projektis
[Tõendus: nt. aastamaksu tasumise kuupäev või otsustamise kuupäev maksu tasumiseks].

Kommentaariid

Jah

Osaliselt

Ei

1.1.3. Haigla käesolev kvaliteedi- ja äriplaan sisaldab tervisedendust (TE) patsientidele, personalile ja paikkonnale [Tõendus: nt. tervisedendus on väga selgesõnaliselt väljendatud tegevuste plaanis].

Kommentaarisid

Jah

Osaliselt Ei

1.1.4. Haigla määrab inimesed ja funktsioonid TE koordineerimiseks [Tõendus: nt. personali esindaja, kes on määratud TE tegevuse koordineerimiseks].

Kommentaarisid

Jah

Osaliselt Ei

1.2.

Organisatsioon eraldab ressursid tervisedenduse rakendamiseks.

1.2.1. On olemas määratud eelarve TE teenuste ja materjalide jaoks [Tõendus: nt. eelarve või ressurss personali näol].

Kommentaarisid

Jah

Osaliselt Ei

1.2.2. Tegevuslikud protseduurid nagu kliinilise praktika juhendid või hästi läbimõeldud teed, kuidas olemasolevad TE tegevused inkorporeerida kliiniliste osakondade töösse [Tõendus: nt. juhendite olemasolu selgitamine].

Kommentaarisid

Jah

Osaliselt Ei

1.2.3. Spetsiifilised struktuurid ja abivahendid, mis vajalikud tervisedenduseks (kaasaarvatud igasugused ressursid, ruum, varustus), on vaja määratleda [Tõendus: nt. millised vahendid on olemas haigete töstmiseks].

Kommentaarisid

Jah

Osaliselt

Ei

1.3. Organisatsioon tagab protseduurid andmete kogumiseks ja hindamiseks, et saaks monitoorida tervisedenduslike tegevuste kvaliteeti.

1.3.1. Andmed, mis rutiinselt kogutud TE interventsioonide kohta, on personalile evalvatsiooniks kättesaadavad [Tõendus: nt. personali küsitlustes hinnatud andmete kättesaadavus].

Kommentaariid

1.3.2. Tervisedenduslike tegevuste kvaliteedi hindamise programm on välja töötatud [Tõendus: nt. on olemas ajakava uuringuteks/küsitlusteks].

Kommentaariid

Jah	Osaliselt	Ei
Yes	No	
Jah	Osaliselt	Ei

Standard nr 1: Juhtimise poliitika

Täiendavad indikaatorid

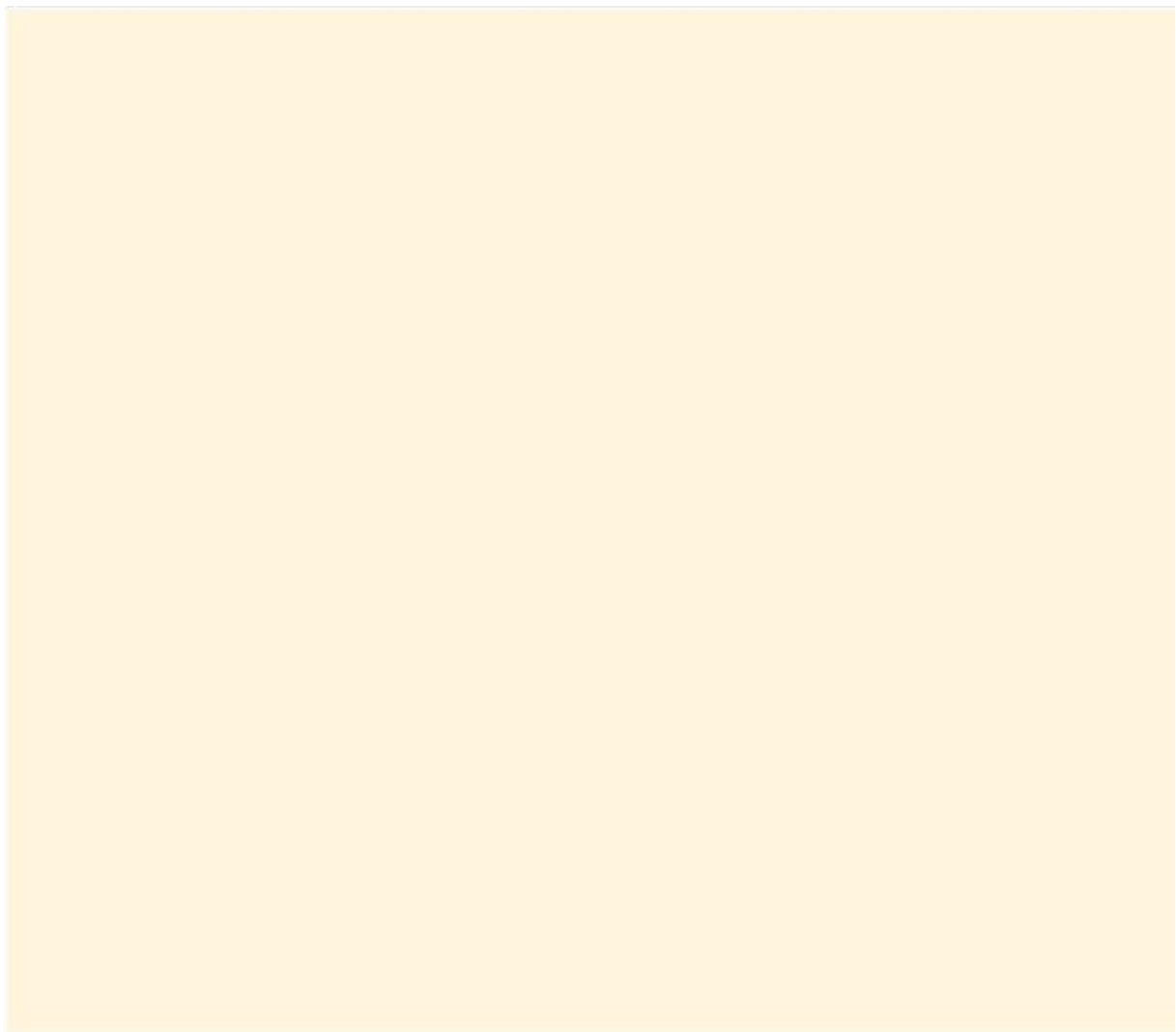
_____ % personalist, kes on teadlik tervisedenduse poliitikast

_____ % patsientidest (ja sugulastest), kes on teadlikud tervisedenduse standarditest

_____ % eelarvest, mis eraldatud personalile TE tegevusteks

Lisaindikaatorid

(kohalikud indikaatorid, mida tahate arvestada tegevuste plaanis)



Standard nr 1: Juhtimise poliitika

Tegevuste plaan

	Tegevus	Vastutaja	Ajaraamid	Oodatav tulemus
Üldised märkused				
1.1.				
1.2.				
1.3.				

2

Standard Patsientide hindamine

Organisatsioon kindlustab, et tervise professionaalid, koos patsientidega, süstemaatiliselt hindavad vajadusi tervisedenduslikeks tegevusteks.

Eesmärk

Toetada patsientide ravi, parandada prognoosi ja edendada haigete tervist ja heaolu.

Alastandardid

2.1. Organisatsioon kindlustab kõikidele patsientidele võimalused hinnata nende vajadusi tervisedenduseks.

2.1.1. Juhised, kuidas määratleda suitsetamise staatust, alkoholi tarvitamise ulatust, toitumisharjumusi, psühhosotsiaalmajanduslikku staatust [Tõendus: nt. kontrollida, et juhised oleksid olemas].

Kommentaariid

Jah	Osaliselt	Ei
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.1.2. Juhised/protseduurid on üle vaadatud viimase aasta jooksul [Tõendus: nt. kontrollida juhiste ülevaatamise kuupäeva, vastutava isiku nime].

Kommentaariid

Jah	Osaliselt	Ei
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.1.3. On olemas juhised, kuidas määrata erinevate patsientide gruppide vajadusi TE-ks (nt astmaatikud, diabeetikud, kroonilise obstruktiivse kopsupatoloogiaga haiged, kirurgilised haiged, rehabilitatsiooni vajavad haiged) [Tõendus: nt. juhised patsientide gruppidele, kes ravitud haigla spetsiaalsetes osakondades].

Kommentaariid

Jah

Osaliselt Ei

2.2. Patsientide vajaduste hindamine tervisedenduseks on tehtud nende esimesel kokkupuutel haiglaga. Seda vaadatakse üle ja kohandatakse vastavalt haige kliinilise staatuse muutusele või patsiendi soovile.

2.2.1. Hindamine on dokumenteeritud patsiendikaardis tema haiglasse tulekul [Tõendus: nt. patsiendikaartide auditi tulemused].

Kommentaariid

Jah

Osaliselt

Ei

2.2.2. On olemas juhendid/protseduurid patsientide vajaduste ümberhindamiseks haiglast lahkumisel või antud interventsiooni/sekkumise lõppemisel [Tõendus: nt. nimetatud juhised on olemas].

Kommentaariid

Jah

Osaliselt

Ei

2.3. Patsientide vajaduste hindamine peegeldab informatsiooni, mida on teised andnud ja omakorda annab kindluse/teadmise sotsiaalse ja kultuurilise tausta osas.

2.3.1. Arstilt või teistest relevantsetest allikatest saadud informatsioon on olemas patsiendi kaardis [Tõendus: selline teave kõikide patsientide kohta, kelle info pärineb arstilt].

Kommentaariid

Jah

Osaliselt

Ei

2.3.2. Patsiendi tervisekaart dokumenteerib tema sotsiaalse ja kultuurilise tausta sobival kujul [Tõendus: kui patsiendi usuline tõekspidamine nõuab eridieeti või on teised tähelepanuväärivad üksikasjad. Sotsiaalsed tingimused võivad viidata, et patsient kuulub riskirühma]

Kommentaariid

Jah

Osaliselt

Ei

Standard nr 2: Patsiendi hindamine:

Täiendavad indikaatorid

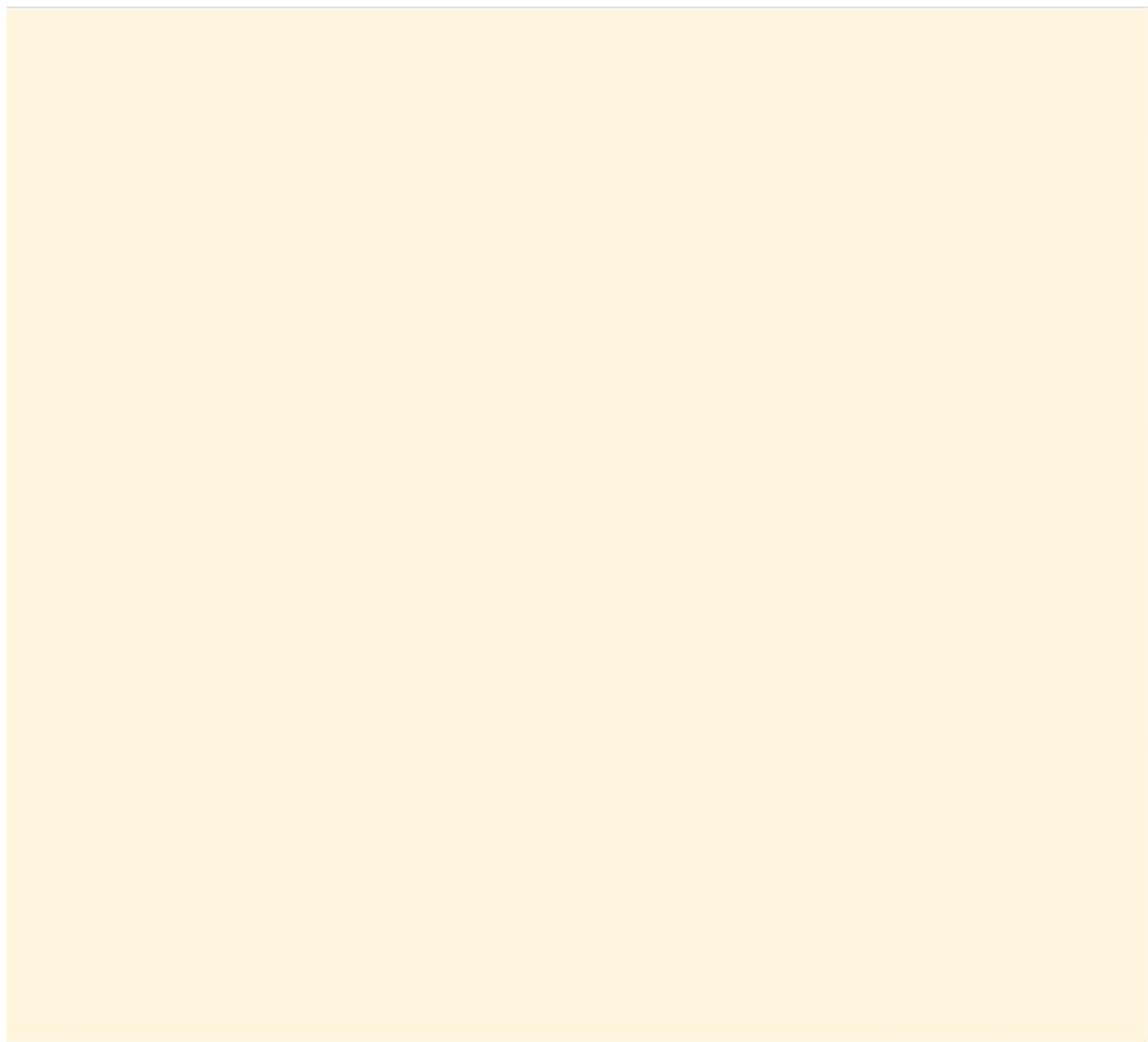
_____ % patsientidest, kelle puhul on hinnatud üldisi riskifaktoreid

_____ % patsientidest, kelle puhul on vastavalt juhistele hinnatud haiguse spetsiifilisi riskifaktoreid.

_____ patsientide hindamise protseduuriga rahulolu uuringu tulemus (skoor)

Lisaindikaatorid

(kohalikud indikaatorid, mida te tahate arvestada oma tegevuskavas)



Standard nr 2: Patsiendi hindamine

Tegevusplaan

	TegevusAction		ResponsibleVastutaja TimeframeAiaramid	
Üldised märkused				
2.1.				
2.2.				
2.3.				

3

Standard Informeerimine ja interventsioon/sekkumine

Organisatsioon/asutus annab haigetele nende haiguse või terviseseisundiga seotud oluliste tegurite kohta teavet, samuti informatsiooni selle kohta, millised on patsiendile mõeldud tervisedenduslikud tegevused tema mistahes olukorras.

Eesmärk

Tagada, et haige oleks informeeritud kavandatud tegevustest, võimestada patsienti aktiivseks osalemiseks selles tegevuses ja kergendada tema liitumist tervisedenduslike tegevustega tema mistahes olukorras.

Alastandardid

3.1. Tulenevalt tervisedenduse vajaduse hinnangust on patsient informeeritud tema tervist mõjutavatest teguritest, ning koos patsiendiga koostatakse talle sobiv tervisedenduslike tegevuste plaan.

3.1.1. Patsiendile antud informatsioon on dokumenteeritud tema terviseloos. [Tõendus: nt. patsiendikaartide valikuline ülevaade].

Kommentaarisid

3.1.2. Tervisedenduslikud tegevused ja oodatavad tulemused on dokumenteeritud ja hinnatud patsiendikaardis. [Tõendus: nt. patsiendikaartide audit].

Kommentaarisid

Jah	Osaliselt	Ei
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jah	Osaliselt	Ei
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.1.3. Patsiendi rahulolu hinnang talle antud informatsiooni suhtes on kirjapandud ja tulemused on integreeritud kvaliteedi juhtimise süsteemi. [Tõendus: nt. mitmesugused hindamise meetodid: uuring/ülevaade, fookus-grupi intervjuu, küsimustikud. Ajakava].

Kommentaarisid

Jah

Osaliselt

Ei

3.2. Organisatsioon/ asutus tagab, et kõikidel patsientidel, haiglatöötajatel ja külastajatel on olemas üldine informatsioon tervist mõjutavatest teguritest (tervisemõjuritest).

3.2.1. Üldine terviseteave on kättesaadav. [Tõendus: nt. kättesaadav on printitud või online informatsioon, või eraldi infolaud].

Kommentaarisid

Jah

Osaliselt

Ei

3.2.2. Üksikasjalik informatsioon kõrge riskiga haiguste kohta on kättesaadav. [Tõendus: nt. kättesaadav on printitud või online informatsioon, või eraldi infolaud].

Kommentaarisid

Jah

Osaliselt

Ei

3.2.3. Informatsioon on kättesaadav patsientide ühendustele [Tõendus: nt. on antud kontakt-aadress].

Kommentaarisid

Jah

Osaliselt Ei

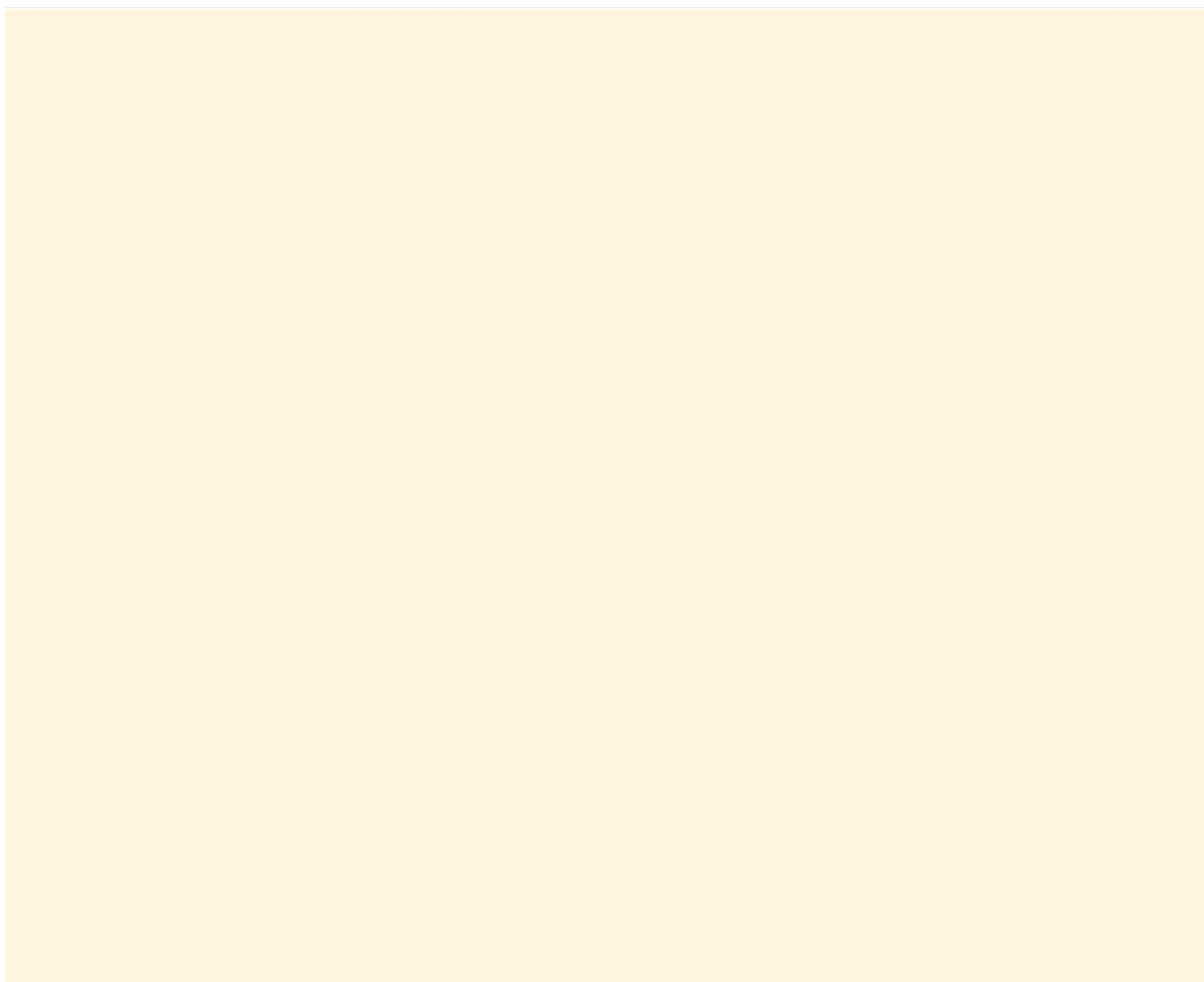
Standard nr 3 Patsiendi informeerimine ja interventsioon/sekkumine

Indikaatorid

- _____ % patsientidest, kellele on antud eriõpetust toimetulekuks oma haigusega
- _____ % patsientidest, kellele on õpetatud riskifaktorite modifitseerimist ja haiguse ravimise võimalusi toimetulekuks oma haigusega
- _____ Uuringu/ülevaate tulemus (skoor) patsientide arvamusest/kogemusest informatsiooni saamise ja interventsioonide osas.

Lisaindikaatorid

(kohalikud indikaatorid, mida tahate arvestada tegevusplaanis)



Standard nr 3: Patsiendi informeerimine ja interventsioon/sekkumine

Tegevusplaan

	Tegevus	Vastutaja	Ajaraamid	Oodatav tulemus
Üldised märkused				
3.1.				
3.2.				

4

Standard

Tervisliku töökoha edendamine

Juhtkond loob tingimused tervisliku töökoha arendamiseks haiglas.

Eesmärk

Toetada tervisliku ja turvalise töökoha arendamist ning toetada haiglapersonali tervisedenduslikke tegevusi.

Alastandardid

4.1. Organisatsioon kindlustab tervisliku ja turvalise töökoha arendamise ja rakendamise.

4.1.1. Töökoha tingimused on kooskõlas riiklike/regionaalsete direktiivide ja indikaatoritega [Tõendus: nt. kinnitus selle kohta, et on tunnustatud riiklikke ja rahvusvahelisi (EL) regulatsioone].

Kommentaariid

4.1.2. Personal on nõus tervise ja turvalisuse nõudmistega, samuti tunnistab kõiki loetletud töökoha riske [Tõendus: nt. tööõnnetuste kohta käivate andmete kontrollimine].

Kommentaariid

Jah	Osaliselt	Ei
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jah	Osaliselt	Ei
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.2. Organisatsioon tagab laiaulatusliku

Inimressursside strateegia arendamise ja rakendamise, milles sisaldub haiglapersonali koolitamine tervisedenduslike oskuste osas.

4.2.1. Haigla uued töötajad saavad sissejuhatava koolituse haigla tervisedenduse poliitikast [Tõendus: nt. uute töötajatega tehtud intervjuud].

Kommentaariid

4.2.2. Kõikide osakondade personal on teadlik asutuse tervist edendava poliitika sisust [Tõendus: nt. iga-aastane tegevuste analüüs personali osalemisest TE programmis].

Kommentaariid

4.2.3. Tegevuste väärtustamise süsteem ja jätkuv professionaalne areng, milles sisaldub ka tervise edendamine [Tõendus: nt. personali kaadri-kaartide ülevaade või intervjuud töötajatega].

Kommentaariid

4.2.4. Töö/toimingute praktikad (protseduuride reeglid ja juhised) on väljaarendatud multidistsiplinaarsete meeskondade poolt [Tõendus: nt. protseduuride ülevaatamine, kontrollimine koos personaliga].

Kommentaariid

Jah	Osaliselt	Ei
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jah	Osaliselt	Ei
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jah	Osaliselt	Ei
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jah	Osaliselt	Ei
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.2.5. Personal on kaasatud haigla poliitika kujundamisse, auditi ja ülevaadete tegemisse [Tõendus: see tõendus on vaja saada haiglatöötajatelt; töögruppide koosolekute protokollid, kust järeldeb personali esindajate osalus].

Kommentaariid

Jah

Osaliselt Ei

4.3.

Asutus tagab vastavate protseduuride olemasolu, et arendada ja säilitada haiglapersonali terviseteadlikkust.

4.3.1. Personalile on kättesaadavad tervisepoliitika dokumendid, mis toetavad terviseteadlikkuse arengut [Tõendus: nt. ülevaade poliitikate olemasolust, mis suunatud suitsetamisele, alkoholi tarbimisele, narkootiliste ainete kasutamisele ja füüsilisele liikumisele].

Kommentaariid

Jah

Osaliselt

Ei

4.3.2. Suitsetamisest loobumise programmid on olemas (ja neid pakutakse vajajatele) [nt. tõenduseks programmide faktiline olemasolu].

Kommentaariid

Jah

Osaliselt

Ei

4.3.3. Iga-aastaselt läbiviidavatesse personaliuuringutesse on sisse võetud hinnang individuaalsele (tervis)käitumisele, teadmised toetavatest teenustest/ poliitikatest ja osalemine toetavatel seminaridel [Tõendus: küsimustik ja tulemused, mida on kasutatud personali uuringuks].

Kommentaariid

Jah

Osaliselt

Ei

Standard nr 4: Tervisliku töökoha edendamine

Täiendavad indikaatorid

_____ % haiglapersonalist, kes suitsetavad

_____ Suitsetamisest loobumine

_____ Uuringu tulemus (skoor) personali arvamusest töötingimuste osas

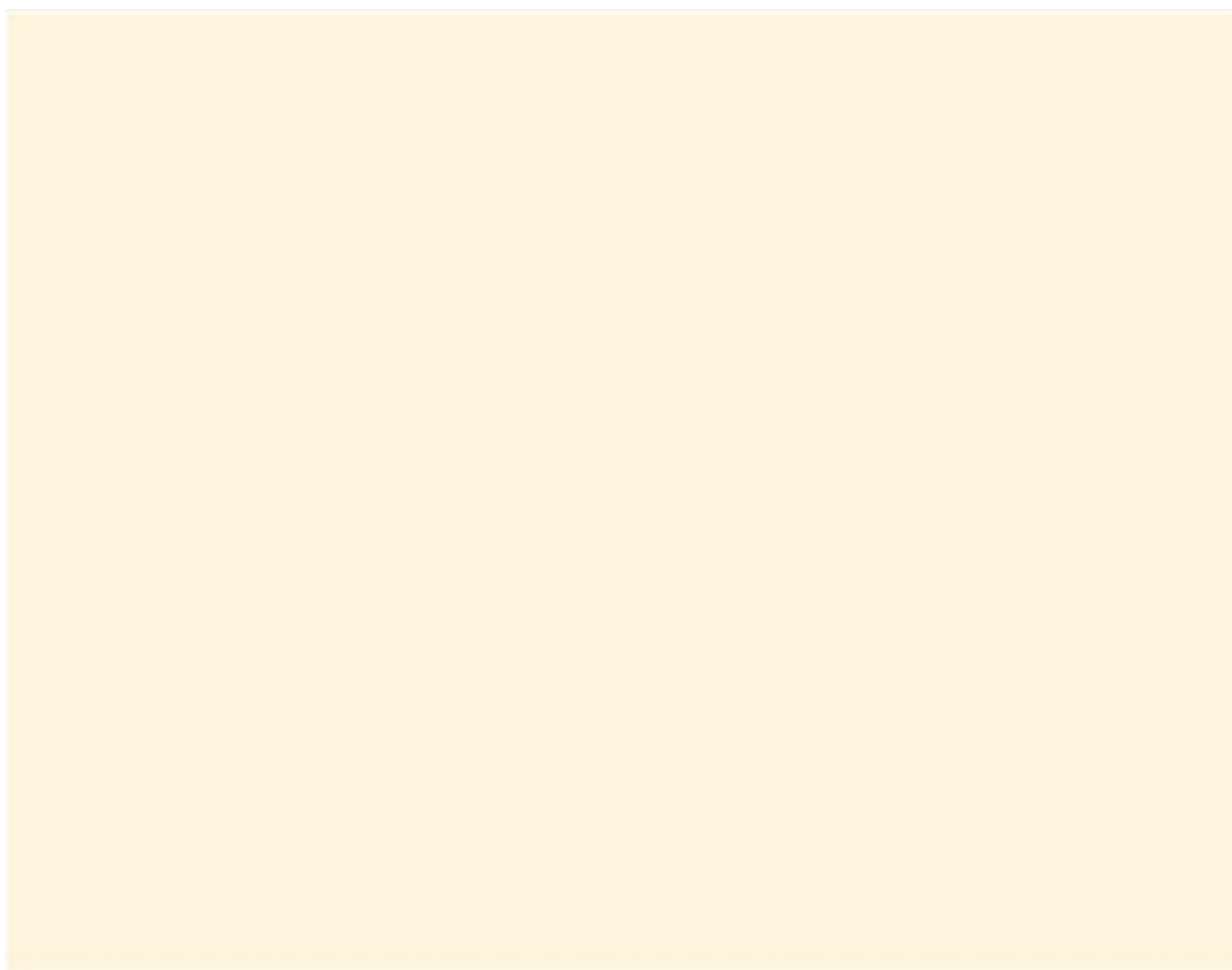
_____ % lühialalise töölt puudumise kohta

_____ % tööga seotud õnnetuste kohta

_____ Tulemus (skoor) läbipõlemise skaalal

Lisaindikaatorid

(kohalikud indikaatorid, mida tahate arvestada tegevusplaanis)



Standard nr 4: Tervisliku töökooha edendamine

Tegevusplaan

	Tegevus	Vastutaja	Ajaraamid	Oodatav tulemus
Üldised märkused				
4.1.				
4.2.				
4.3.				

5

Standard Järjepidevus ja koostöö

Organisatsioonil/asutusel on kavandatud jätkuvalt toimiv koostöö teiste tervise teenuse pakkujatega, teiste institutsioonide ja sektoritega.

Eesmärk

Kindlustada koostöö relevantsete pakkujatega ja algatada partnerlus saavutamaks patsiendi tervisedenduslike tegevuste parimat integratsiooni.

Alastandardid

5.1. Asutus kindlustab, et tervisedenduslikud teenused on selgelt ja loogiliselt seotud praeguste tingimustega ja tervise poliitika regionaalsete plaanidega.

5.1.1. Juhtnõukogu võtab arvesse regionaalse tervise poliitika plaani [Tõendus: nt. regulatsioonid ja tingimused on määratletud ning läbi räägitud juhtnõukogu koosolekul].

Kommentaarisid

Jah

Osaliselt Ei

5.1.2. Juhtnõukogu saab pakkuda nimekirja haiglaga koostöös olevatest tervise- ja sotsiaalteenuse pakkujatest [Tõendus: nt. kontrollida, et sel nimekirjal oleksid viimased, kõige uuemad andmed].

Kommentaarisid

Jah

Osaliselt

Ei

5.1.3. Intra- ja intersektoraalne koostöö teistega põhineb regionaalse tervisepoliitika plaani täideviimisel [Tõendus: nt. tegevuse ühildumise hindamine].

Kommentaariid

Jah

Osaliselt Ei

5.1.4. On olemas kirjalik plaan koostöök partneritega, mille eesmärgiks on parandada patsientide jätkuravi. [Tõendus: nt. haiglasse vastuvõtmise kriteeriumid, haiglast väljakirjutamise kord/ edasine ravikorraldus].

Kommentaariid

Jah

Osaliselt

Ei

5.2.

Asutus tagab tervisedenduslike tegevuste ning protseduuride kättesaadavuse ja rakendamise haigete ambulatoorsel vastuvõtul ja patsientidele peale nende haiglast

5.2.1. Patsientidele (ja nende perekondadele kui nii sobib) on antud arusaadavad instruktsioonid, kuidas toimida ambulatoorsel konsultatsioonil, haiglasse tagasitulekul või haiglast lahkumisel. [Tõendus: nt. patsientide uuringus antud haigetepoolne hinnang].

Kommentaariid

Jah

Osaliselt

Ei

5.2.2. On olemas kokkulepitud protseduur informatsiooni vahetamiseks erinevate organisatsioonide vahel, kõiges, mis puudutab patsientidele jagatavat teavet [Tõendus: nt. sellise protseduuri/tegevuste kirjelduse olemasolu kontrollimine].

Kommentaariid

Jah

Osaliselt

Ei

5.2.3. Haiglast saadetakse õigeaegselt kirjalik kokkuvõte patsiendi olukorrast ja tervisevajadustest ning haiglast tehtud uuringutest ja ravist asutusele, kus jätkub ambulatoorne ravi

[Tõendus: nt. koopia epikriisist].

Kommentaariid

Jah

Osaliselt

Ei

5.2.4. Kui on asjakohane, siis rehabilitatsiooniplaani kohta, milles märgitud antud asutuse ja koostööpartnerite roll, võiks olla märges patsiendi tervisekaardis

[Tõendus: nt. tervisekaartide sissekannete ülevaatamine].

Kommentaariid

Jah

Osaliselt

Ei

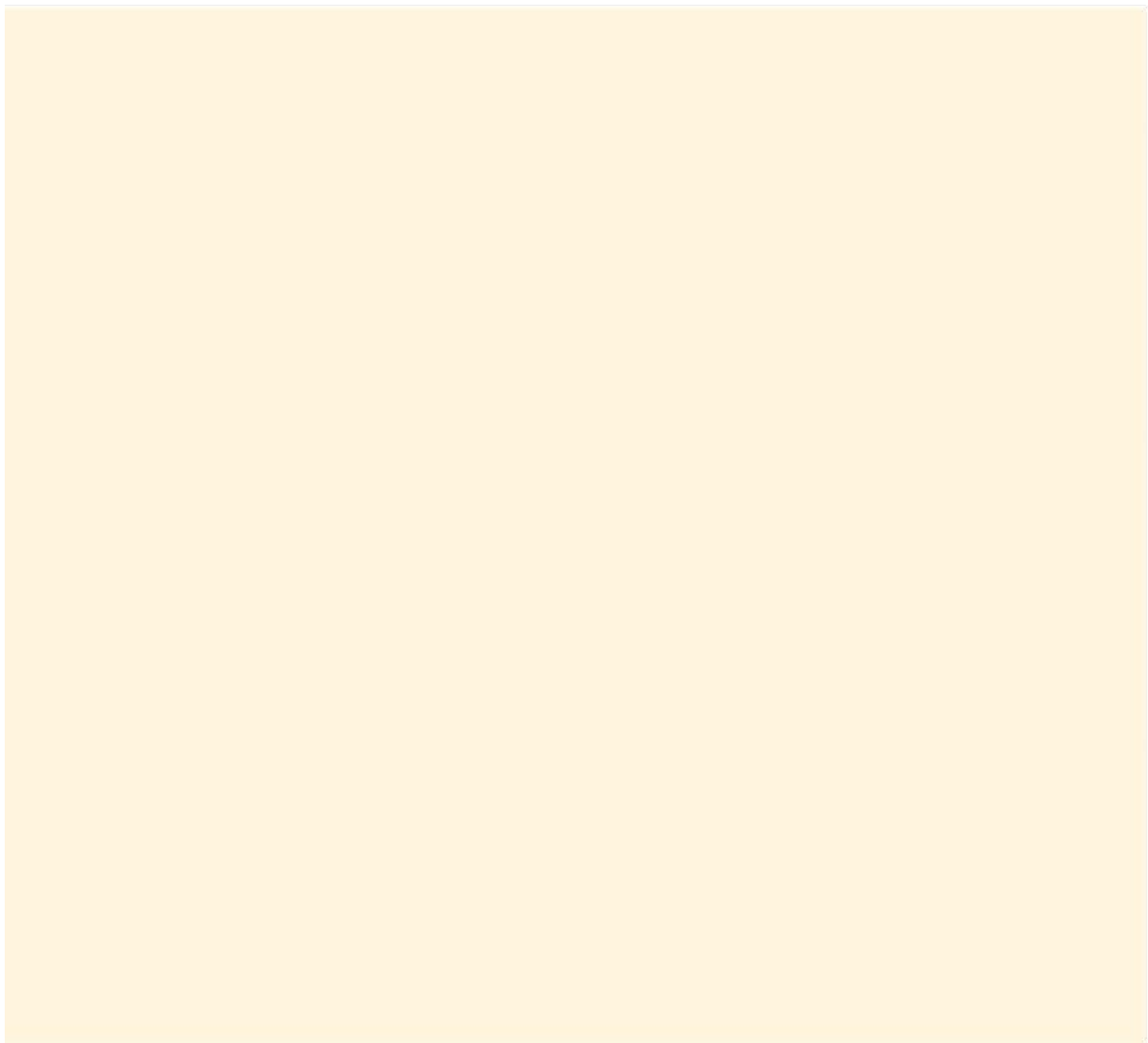
Standard nr 5: Järjepidevus ja koostöö

Täiendavad indikaatorid

- _____ % haiglast lahkunute epikriisidest, mis saadetud perearstile või teisele haiglale kahe nädala jooksul või antud haigele kätte tema haiglast väljakirjutamise päeval
- _____ Taaspöördumine haiglasse ambulatoorseks raviks keeruliseks osutunud juhtudel 5 päeva jooksul
- _____ Tulemus (skoor) ülevaatest/uuringust, kuidas oli haige ettevalmistatud haiglast

Lisaindikaatorid

(kohalikud indikaatorid, mida tahate arvestada tegevusplaanis)



Standard nr 5: Järjepidevus ja koostöö

Tegevusplaan

	Tegevus	Vastutaja	Ajaraamid	Oodatav tulemus
Üldised märkused				
5.1.				
5.2.				

Üldine hinnang standardite sobivuse kohta

Juhtimise poliitika

1

Kokku:

Jah	Osaliselt	Ei
9	9	9

Patsiendi hindamine

2

Kokku:

Jah	Osaliselt	Ei
7	7	7

Patsientide informeerimine ja interventsioon/sekkumine

3

Kokku:

Jah	Osaliselt	Ei
6	6	6

Tervisliku töökoha edendamine

4

Kokku:

Jah	Osaliselt	Ei
10	10	10

Järjepidevus ja koostöö

5

Kokku:

Jah	Osaliselt	Ei
8	8	8

Kõik kokku:

Jah	Osaliselt	Ei
40	40	40

Kõikehõlmav tegevusplaan

(vajadusel lisa rohkem lehekülgi täielikuks raportiks)

Üldised tegevused

Spetsiifiliste standardite ja indikaatorite hindamisega seotud tegevused

Kirjeldavad lehed

6. Kirjeldavad lehed indikaatorite jaoks

Kirjeldav lehekülg on ette valmistatud iga pakutud indikaatori kohta.³⁰ Neil kirjeldavatel/selgitavatel lehekülgedel on indikaatori tegevuslik definitsioon, põhiprintsiip ja kasutamise põhjendus (peamine sisu, tähtsus, üldine levimus, potentsiaal millegi paremaks muutmiseks), andmete allikad ja saadud andmete õige klassifitseerimine, nende paikapidavus ja juhend tõlgendamiseks.

Vajab rõhutamist, et mõningaid pakutud indikaatoreid ei saa kirjeldada nagu kliinilisi indikaatoreid, mis väljendatud Rahvusvahelise Haiguste Klassifikatsiooni (RHK) koodides ja olemasolu või välistamise selgetes kriteeriumides, vaid pigem on need sõltuvad uuringu tulemuste mõõtmistest ja auditi läbiviimise protseduuridest. Mõnede indikaatorite kehtivus ja usaldatavus on siiski küllalt piiratud võrreldes hästikoostatud kliiniliste indikaatoritega, kuna haiglate tervisedenduse indikaatorid on suures osas veel arenguetapis. Ka järgnevalt toodud indikaatorite kirjeldavaid lehti on perioodiliselt vaja uuendada, et peegelduksid uus saadud tõendusmaterjal ja samuti nende indikaatorite kehtivuse kohta antud hinnangud. Laialdane ülevaade kliiniliste ja teiste tervishoiu kvaliteediga seotud indikaatorite kohta on olemas internetis.³¹

1. lõik: Põhiprintsiip ja kirjeldus

See lõik annab lühikese põhjenduse, miks seda indikaatorit peaks kasutama. On oluline teha selgeks, mida indikaator peaks mõõta (mille mõõtmiseks on see indikaator mõeldud), selle tugevad ja nõrgad küljed (piirangud). Samuti oleks suur väärtus selles, kui kasutajad mõistavad, miks on tähtis koguda andmeid indikaatori kohta, et see motiveeriks neid indikaatorit oma töös kasutama, kandma andmete kogumise rasket koormat ja kindlustama andmete kvaliteedi.

2. lõik: Tegevuslik definitsioon

Selle lõigu eesmärgiks on leida nõ. ühine keel. Tegevuslikud definitsioonid on pakutud selleks, et toetada ühetaolist andmete kogumist ajaperioodilises plaanis ja haiglate ning riikide piires. Kui indikaatoreid kasutatakse võrdluseks, tuleb tegevuslikud definitsioonid (ja nende aluseks olevad andmed) korralikult standardiseerida.

30. Some of the indicators chosen are congruent with those selected in the WHO Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH). For those indicators we used the same definition. For further information on the PATH project, please see www.euro.who.int/ihb

31. National quality measures clearinghouse (www.qualitymeasures.ahrq.gov , accessed 08 May2006).

3. lõik: Andmete allikad ja andmete klassifitseerimine

Selles lõigus pakume mõningast informatsiooni andmete kogumise kohta. Kuna antud projekti peamine eesmärk pole teha organisatsioonide/asutuste võrdlevat analüüsi, on selged definitsioonid ja ühesugused andmete kogumise protseduurid olulised indikaatorite usaldusväarsuse ja kehtivuse parandamiseks vaid longitudinaalses (mingi ajavahemiku järel toimivas) analüüsis. Mõnede indikaatorite kohta anname teavet, et milliseid andmeid on nende jaoks vaja koguda, kust neid saada, kes neid kogub ja millised on andmete kvaliteedi kontrollimehhanismid.

4. lõik: Juhend tõlgendamiseks

Viimane lõik pakub informatsiooni selle kohta, kuidas kasutada indikaatorite tulemusi.

Selle projekti eesmärk on peegeldada käimasolevaid praktikaid ja algatada kvaliteedi parandamise tegevusi, mis põhinevad enesehindamise tulemustel. Seejuures ei peaks indikaatoreid kasutama lihtsalt asutuse `hea või halva` tegevuse järeldamiseks, aga samuti ei peaks indikaatoreid tõlgendama vaid isoleeritult.

Tabel 2: Kirjeldav leht personali teadlikkuse kohta (tervisedenduse) poliitikast

Valdkond	Juhtimise poliitika
Indikaator 1 Põhiprintsiip ja kirjeldus	<p>% personalist, kes on teadlik tervisedenduse poliitikast</p> <p>Vastava standardi põhieesmärk on, et juhtkond arendaks haiglapersonalile, patsientidele ja nende sugulastele suunatud tervisedenduslikku poliitikat. Selle protsessi põhikomponendid on vastutuste defineerimine, kompetentsi areng ja infrastruktuuride määratlemine.</p> <p>Kuna eesmärgiks pole otseselt hinnata sobivust standardite ja alastandarditega, vaid nende pidevat rakendamist, peaks arvestama, et haiglapersonali teadlikkus TE poliitikast on kaudne ja peegelduslik, kuid siiski väga oluline (assotsieerunud) nõ. mõõde. Kui personal on poliitikast teadlik, olgugi et sellega nt. mitte rahul, on see tulemus otsustav, rõhutades demokraatlikku ja läbipaistvat tööprotsessi.</p>
Loendaja	Personali liikmete arv, kes oskavad nimetada tervisedenduse poliitika põhikomponendid.
Nimetaja	Kogu personal
Andmete allikas	Audit või erinevad uuringu meetodid. Paljudes haiglates viiakse läbi korduvaid uuringuid personali tervise ja rahulolu kohta. Uuringusse saab lisada küsimusi, et hinnata personali teadlikkust juhtkonna tervisedendava poliitika osas. Teiselt poolt võib olla just selleks tarbeks korraldatud uuring, mis põhineb sobival valimil ning mida saab arvestada hea abinõuna andmete saamiseks antud indikaatori kohta.
Klassifitseerimine	Osakondade kaupa, erialade kaupa
Märkused/Tõlgendus	<p>See indikaator pole süstemaatiliselt valideeritud (pole kehtivust testitud). Sellegipoolest on kasutusel analoogseid indikaatoreid, hindamaks personali teadlikkust organisatsiooni juhtpõhimõtete osas, ja need on osutunud päris otsustavateks,³² ja samuti on olemas suur hulk organisatsiooni-teaduste kohta käivat kirjandust, kus kirjeldatakse personali osalemise/kaasahaaratuse mõju organisatsiooni efektiivsusele³³. Personali liikmete kõrgel tasemel teadlikkus juhtimispoliitikast peegeldab juhtkonna ja personali vahelist head kommunikatsiooni, iseenesest on oluline, et potentsiaalsed algatajad/kaasamõtlejad toetavad otsuste tegemist, jagatud identiteetide loomist ja organisatsiooni õppimise protsesse.</p> <p>Teiselt poolt pole teadlikkus üksi see, mis tagaks personali tervisedendusliku tegevuse, eriti veel, kui personalil puuduvad ressursid poliitika rakendamiseks. Seega on indikaator kasuks monitoorimisel: kuidas juhtimise poliitika on personalile edastatud/mõistetavaks tehtud, ning see indikaator ei mõõda tegelikku tervisedendusala tegevust. Peale edasiliikumist PDCA tsüklis, võivad olla järgnevad meetmed, et saada andmeid personali teadmistest poliitika sisuliste küsimuste kohta ning hinnangut personali potentsiaalset ja ressursidest poliitika rakendamisel.</p>

32. Roberts KH. Managing high reliability organizations. Calif Manage Rev 1990, 32: 101-113.

33. Dierkes M, Antal AB, Child J, Nonaka I. Handbook of organizational learning and knowledge. Open University Press, 2001.

Tabel 3: Kirjeldav leht patsientide (ja sugulaste) teadlikkuse kohta

Valdkond	Juhtimise poliitika
Indikaator 2	% patsientidest (ja sugulastest), kes on teadlikud tervisedenduse standarditest
Põhiprintsiip ja kirjeldus	<p>Sarnaselt eelmisega on ka patsientidel vaja olla teadlik tervisedenduse poliitikast, et sellest võimalikult suuremat kasu saada. Patsiendid, keda on kord sellest poliitikast teavitatud, oskavad tõenäoliselt küsida rohkem informatsiooni oma olukorra kohta, eluviisi muutuste kohta ning teiste asutuste, liitude ja eneseabi gruppide kohta. Selle aluseks on oletus, et mida võimestatum on patsient, seda tõenäolisemalt küsib ta rohkem infot, et mõista oma tervise seisundit, raviprotsessi ja edasise olukorra tähendust.</p> <p>On olemas väga veenev tõendus, et rohkem võimestatud patsientidel on paremad tervisetulemused³⁴. Samuti peaks selline informatsioon olema kasuks sugulastele; kuigi andmete kogumisel on siis koormus suurem, kuna pole ju mingeid süsteemseid märkeid haiglat (haiget) külastavate sugulaste kohta.</p>
Loendaja	Patsientide arv, kes teab tervisedenduse poliitikast.
Nimetaja	Kõik patsiendid
Andmete allikas	Uuringud/ küsitlused. Paljudes maades saadavad haiglad rahuolu küsimustikud patsientidele peale nende haiglast kojuminekut, et teada saada haigete arvamust ja kogemust neile osutatud ravi/hoolduse kohta. Selline uuring võib sisaldada ka küsimust patsientide teadmise kohta tervisedenduse poliitikast. Haiglast lahkumisel teatud hulga (valimiga) tehtud intervjuudel saab hinnata, kuivõrd olid patsiendid teadlikud sellisest poliitikast.
Klassifitseerimine	Haigla jaoks: osakondade kaupa. Patsiendi jaoks: vanuse, soo ja haridusliku tausta järgi.
Märkused/Tõlgendus	See indikaator pole süstemaatiliselt valideeritud. Sellegipoolest on olemas tugev uurimustel põhinev tõendus võimestamise ja tervise vahelisest seosest. See indikaator tuleb kasuks monitoorimisel: kuidas tervise valdkonna professionaalid suhtlevad haigetega ja kas nad on võimelised selgitama, mida nende haigla teeb tervisedenduse alal. Peale edasiliikumist PDCA tsüklis, saab järgnevate meetmetega infot spetsiifilistest tervisedenduse interventsioonidest/ sekkumistest, mida nad on kas ise kogunud või mida peavad olulisteks. See informatsioon võiks olla kasuks edaspidiste tervisedenduslike tegevuste algatamisele.

34. McKee M. In: The evidence for health promotion effectiveness. Report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. Brussels, 2000.

Tabel 4: Kirjeldav leht tervisedenduse eelarve (protsendi) kohta

Valdkond	Juhtimise poliitika
Indikaator 3	% eelarvest, mis eraldatud personali TE tegevusteks
Põhiprintsiip ja kirjeldus	<p>See indikaator on otseselt suunatud finantsressurssidele, mis on olemas tervisedendusega seotud koolitustele, kohtumistele ja infrastruktuuridele. On siiski vähe andmeid tervisedendavate tegevuste ulatuse kohta haiglatesiseselt. Uuring, mille valim oli enam kui 1400 äriühingut seitsmes Euroopa riigis, osutas, et "tegevused, mille kohta võiks öelda, et need tulevad tervisedenduse areenilt (nt toitumise-, alkoholi- või suitsetamisepoliitika), leiavad aset harva"³⁵.</p> <p>Tervisedenduslike tegevuste valdkondi võib grupeerida järgmiselt: 1) tervise skriining, 2) tervisliku käitumise edendamine, 3) organisatsioonilised interventsioonid/sekkumised, 4) turvalisus/füüsiline keskkond, 5) sotsiaalsed tegevused ja heaolu. Illustratsiooniks: töökohal suitsetamisest loobumise programmid, stressiga toimetuleku nõustamise teenus, töökohal lastehoidmise keskus (lasteaed), gripi vastu vaktsineerimine, alkoholist sõltuvuses olemise skriining, jne.</p> <p>Haiglatepoolselt rahaliste vahendite eraldamise võimalused on väga erinevad erinevates maades, samuti olenevalt haigla riiklikust või erastaatusest ja sõltuvad haigla kogueelarvest.. Samuti oleneb see töökoha tervisedenduse riiklikust poliitikast ja seadusandlusest. Võimalik teistpidine (ebasoodsam) tulemus on juhul, kui haiglaid evalveeritakse vaid tervisedendusele eraldatud eelarve järgi ning mitte tervisedenduslike tegevuste tegeliku mahu ja kvaliteedi järgi; eelarve võib olla määratud, olemata veendunud selle kasulikkuses, või et seda tegelikkuses ei kasutatagi.</p>
Loendaja	Eelarve, mis eraldatud personali tervisedenduslikuks tegevuseks
Nimetaja	Töötajate keskmine arv palgalehel teatud ajaperioodi vältel (alternatiivvariant: täistööajaga töötajate keskmine arv)
Andmete allikas	Finantsandmed
Klassifitseerimine	Vastavalt tervisedenduse valdkonnale (vaata definitsioonid eespool)
Märkused/Tõlgendus	See indikaator pole süstemaatiliselt evalveeritud. Puudub tõendus, et tervisedendusele eelarve määramisel oleks mõju tervisetgevuste ulatusele ja kvaliteedile. Siiski, isegi kui tegevused ei anna oodatud tulemusi, võib nende elluviimist vaadelda kui tööandja muret töötajate tervise pärast ja seega ka kui orienteeritust personalile.

35. European Foundation for the Improvement of Living and Working Condition (EFILWC) Workplace Health Promotion in Europe – Programme summary. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, ed., 1997: 40.

Tabel 5: Kirjeldav leht patsientidele, kelle puhul on hinnatud üldisi riske

Valdkond	Patsiendi hindamine
Indikaator 4	% patsientidest, keda on hinnatud üldiste riskide osas
Põhiprintsiip ja kirjeldus	Indikaatoriga mõõdetakse, kas oli hinnatud patsientide üldisi riskitegureid. Üldistel riskifaktoritel on oma osa paljude haiguste arengus; ometi, sageli neid ei hinnata ega ka dokumenteerita haiguslugudes või õenduslugudes. Indikaatori eesmärk on toetada kõikide patsientide üldiste riskitegurite järjekindlat hindamist ja nende dokumenteerimist, et need oleksid lugeda ka teistel tervise professionaalidel, peale nende, kes hindamise läbi viisid.
Loendaja	Patsientide koguarv, märkega nende (tervise)kaardis, et oli hinnatud riskifaktoreid, sealhulgas suitsetamine, toitumine, alkoholi tarvitamine
Nimetaja	Patsientide arv (juhuslikus valimis)
Andmete allikas	Haiguslugude või õenduslugude kliiniline audit (valim)
Klassifitseerimine	Lahterdatakse vanuse järgi
Märkused/Tõlgendus	-

Tabel 6: Kirjeldav leht patsientidele, keda on hinnatud spetsiifiliste riskifaktorite osas

Valdkond	Patsiendi hindamine
Indikaator 5	% patsientidest, kellel hinnati vastavalt juhisele haiguse spetsiifilisi riskifaktoreid
Põhiprintsiip ja kirjeldus	<p>Indikaator mõeldakse, kas patsienti hinnati riskifaktorite osas vastavalt juhendile. Paljud krooniliste haigustega haiglasse tulekud võivad olla seotud teatud riskiteguritega, mis on vägagi mõjutanud antud seisundini jõudmist, nt. suitsetamine, ülemäärane alkoholi tarvitamine, vilets toitumine ja kehalise aktiivsuse puudumine.</p> <p>Haiglad pakuvad sageli ravi, mis kergendab kroonilise haiguse sümptomeid, ilma, et tegeldaks nende põhjuseks olevate riskiteguritega. Kuigi haigla kohustus/vastutus pole tingimata tutvustada suitsetamisest loobumise programme, peaks sellegipoolest a) andma patsiendile informatsiooni, kus ta saaks sellist teenust ja b) andma tagasisidet esmatasandi arstile riskifaktorite olemasolust ja nende seosest haige seisundiga, mille pärast ta võeti haiglaravile.</p>
Loendaja	Patsientide koguarv, tõendusega nende (tervise)kaardis, et on hinnatud vastavalt juhendile nende riskitegureid, sealhulgas suitsetamise, toitumise ja alkoholi tarvitamise osas.
Nimetaja	Patsientide arv (juhuslikus valimis)
Andmete allikas	Haiguslugude või õenduslugude kliiniline audit (valim)
Klassifitseerimine	Lahterdamine vanuse järgi.
Märkused/Tõlgendus	Neljanda indikaatori eripära on seotud tema fookusega erinevatele haigustele ja juhendite kasutamise hindamise protsessis. Põhimõte on selles, et spetsiifilise haiguse konkreetsed riskifaktorid on olulisemad üldistest riskiteguritest nagu suitsetamine ja kehalise aktiivsuse puudumine.

Tabel 7: Kirjeldav leht patsiendi rahulolu osas

Valdkond	Patsiendi hindamine
Indikaator 6	Uuringu tulemus (skoor): patsientide rahulolu hindamise protseduuriga
Põhiprintsiip	Patsiendi rahulolu uuringu küsimustikud on aktsepteeritud töövahend, hindamiseks ravi/ hoolduse üldist kvaliteeti patsiendi vaatenurgast. Hindamine tehakse sageli haige haiglast lahkumisel või küllalt kiiresti pärast seda (nt. kahe nädala jooksul). Patsiendi rahulolu küsimustikud on kasulik töövahend ravi/ hoolduse üldise kvaliteedi hindamiseks; kuna haiged võivad olla mittesuutelised hindama interventsioonide tehnilisi komponente, milleks neid haiglasse võeti, on nad sedavõrd paremad hindamiseks (eriti)hoolduse küsimusi, mis on haigete jaoks väga tähtsad, nagu privaatsus, ravi/ hoolduse pidevus, tunne, et oli arvestatud kõikide tema vajadustega, sealhulgas emotsioonidega. Patsiendi rahulolu ja tema saadud kogemuse küsimustikud on peamine töövahend, mille abil saab hinnata ravi/ hoolduse neid aspekte, mida Tervist edendavad haiglad peavad oma eesmärgiks jõustada.
Loendaja	Uuringu tulemus (skoor) (nt. patsientide rahulolu raviga/hooldusega sõltub hindamise töövahendi kasutamisest; haiglad võivad valida oma täpsustatud küsimused, millele keskendumine on just nende eesmärgiks).
Nimetaja	Kõik patsiendid
Andmete allikas	Uuring
Klassifitseerimine	Haigla osakondade kaupa ja haigete vanuse, soo ja haridusliku tausta järgi.
Märkused	Sageli viivad haiglad läbi uuringuid, mis on ettevalmistatud `oma majas` ja see võib tähendada kõrvalekallet patsientide rahulolu või saadud kogemuse hinnangus, kuigi internetis on olemas terve hulk uuringu läbiviimise töövahendeid erinevates keeltes. Me väga soovime kasutada standardiseeritud hindamise töövahendit, mis on läbi teinud kõikehõlmava psühhomeetrilise sobivustesti. Näited on: nt. `Picker Questionnaire` , ServQual või Consumer Health Plan Assessment` .

Tabel 8: Kirjeldav leht patsiendi enesega toimetuleku koolituse kohta

Valdkond	Patsiendi informeerimine ja interventsioon/sekkumine
Indikaator 7	% patsientidest, kellele on õpetatud spetsiifilisi tegevusi oma haigusega paremaks toimetulekuks
Põhiprintsiip ja kirjeldus	<p>Suuremahulist hooldust pakutakse krooniliste haigustega haigetele Sellegipoolest tuleb arvestada, et haiglas viibimine on vaid väike komponent koguahelas, mida vajab selline haige. Hoolduse teised olulised komponendid on väljaspool haiglat - ambulatoorses võrgus või juhivad seda patsient ise ja tema sugulased. Tegelikult tähendab haige võimestamine, et talle jääks aktiivsem osa oma hoolduses, peamine panus hoolduse kvaliteedi parandamises ja tervisesüsteemi kulutuste vähendamises.</p> <p>Et haigeid aktiivsemalt kaasata enda eest hoolitsemise protsessi, on selle eelduseks anda rohkem informatsiooni nende haiguse kohta ja võimalike tegevuste kohta, mis aitavad seisundit parandada. Paremini õpetatud haigetel on vähem tuisistusi ja vähem tagasipöördumisi haiglaravile ja seega aitab see kaasa nii elukvaliteedile kui ka kulude ohjeldamisele^{36,37}.</p>
Loendaja	Patsiendid, kes oskavad nimetada tegevusi oma haigusega toimetulekuks
Nimetaja	Kõik patsiendid (valim)
Andmete allikas	Uuring, intervjuud
Klassifitseerimine	Osakonnad, vanus, sugu
Märkused	Uuringu meetod peaks spetsifitseerima põhilise enesega toimetuleku tegevuse, mida haige oli võimeline nimetama.

36. Tattersall RL. The expert patient: a new approach to chronic disease management for the twenty-first century. *Clinical Medicine*, 2002, 2(3): 227-9.

37. Lorig K. et al. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. *Medical Care* 1999, 37(1): 5-14.

Tabel 9: Kirjeldav leht patsiendi riskifaktorite koolituse kohta

Valdkond	Patsiendi informeerimine ja interventsioon/sekkumine
Indikaator 8	% patsientidest, kellele on õpetatud riskitegurite modifitseerimist ja haiguse ravi erinevaid võimalusi oma olukorra juhtimisel
Põhiprintsiip ja kirjeldus	Sama nagu indikaator 7. Erinevuseks on keskendumine spetsiifilisele seisundile
Loendaja	Patsiendid, kes oskavad nimetada tegevusi enesega toimetulekuks oma haiguse tingimustes
Nimetaja	Patsiendid, kellel on diagnoositud vastav haigus/ seisund (nt. insult, krooniline obstruktiivne kopsuhaigus, müokardi infarkt, suhkruhaigus)
Andmete allikas	Uuring, intervjuud
Klassifitseerimine	Osakond, vanus, sugu, haigu
Märkused	Uuring peab ära määratlema põhiprobleemid riskifaktorite modifikatsioonis ja haiguse ravi võimalustes, iga seisundi jaoks, mida haige oskab nimetada. See indikaator on väga sarnane 7. indikaatorile ja andmed võib koguda samaaegselt, järgides nende klassifitseerimist seisundite järgi.

Tabel 10: Kirjeldav leht patsientide informeerituse/sekkumiste kohta (skoor)

Valdkond	Patsiendi informeerimine ja interventsioon/sekkumine
Indikaator 9	Uuringu tulemus (skoor) patsientide arvamusest/kogemusest, kuidas neid informeeriti ja millised olid interventsioonid/sekkumised
Põhiprintsiip ja kirjeldus	Sama nagu indikaator 6. Küsimustikud patsientide arvamusest hoolduse kohta on aktsepteeritud töövahend, mille abil saab hinnata hoolduse üldist kvaliteeti haige seisukohast. Lisaks 6.indikaatorile, mis hindab hoolduse/hoolitsuse üldist kvaliteeti, hindab 7.indikaator arvamust/ kogemust informatsiooni saamise ja interventsiooni protsessi kohta, nt. kas arsti poolt haigele antud informatsioon haiguse kohta oli patsiendile arusaamatu?
Loendaja	Uuringu tulemus (skoor) (nt. haiged, kes olid hoolduse/hoolitsusega rahul, sõltub hindamise töövahendi kasutamisest; haiglad võivad valida oma täpsustatud küsimused, millele keskendumine on just nende eesmärgiks).
Nimetaja Andmete allikas Klassifitseerimine	Kõik patsiendid Uuring/küsitlus Haigla osakondade kaupa ja patsientide vanuse, soo ja haridusliku tausta järgi.
Märkused	Sageli viivad haiglad läbi uuringuid, mis on ettevalmistatud ` oma majas` ja see võib tähendada kõrvalekallet patsientide rahulolu või saadud kogemuse hinnangus, kuigi internetis on olemas terve hulk uuringu läbiviimise töövahendeid erinevates keeltes. Me väga soovitame kasutada standardiseeritud hindamise töövahendit, mis on läbi teinud kõikehõlmava psühhomeetrilise sobivustesti. Näited on: nt ` Picker Questionnaire` ³⁸ , ` ServQual` ³⁹ või ` Consumer Health Plan Assessment` ⁴⁰ .

38. Jenkinson C, Coulter, A, Bruster S. The Picker patient experience questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 2002, 14: 353-358.

39. Buttle F. SERVQUAL: review, critique, research agenda. *European Journal of Marketing*, 1996, 30 (1): 8-32

40. Hibbard JH, Slovik P, Jewett JJ. Informing consumer decisions in health care: implications from decision-making research. *The Milbank Quarterly*, 1997, 75(3): 395-414.

Tabel 11: Kirjeldav leht personali suitsetamise kohta

Valdkond	Tervisliku töökoha edendamine
Indikaator 10	% haiglatöötajatest, kes suitsetavad
Põhiprintsiip ja kirjeldus	<p>Tervist edendavad haiglad on võtnud endale kohustuse saavutada suitsuvaba keskkond ja seega on suitsetavate haiglatöötajate osakaal ainuke indikaator, mis peegeldab haiglate üldist edu tervisedenduse rakendamisel.</p> <p>Suitsetamisel on tervisele vaieldamatult negatiivne efekt. Vaatamata sellele suitsetab veel suur hulk tervise ala professionaale^{41,42}. Personali suitsetamine on edasiselt seotud patsientide eluviisi nõustamisega, st. kuivõrd tõsiselt haiged seda tajuvad. Haiged, kes võeti haiglasse seisundis, milleni viis seos suitsetamisega, on palju vastuvõtlikumad eluviisi nõustamisele. Aga siiski, kui neid nõustab tervise professionaal, kes ise on suitsetaja, piirab see eduvõimalusi haigete suitsetamisest loobumiseks.</p>
Loendaja	Suitsetavate haiglatöötajate arv
Nimetaja	Kogu personal
Andmete allikas	Uuring/küsitlus
Klassifitseerimine	Osakondade kaupa, erialade kaupa, vanuse ja soo järgi
Märkused/Tõlgendus	Euroopa suitsuvabade haiglate võrgustik ⁴³ on välja töötanud uuringu/küsitluse, mille 13 standardküsimust annavad võimaluse võrdlusteks haiglate vahel erinevates Euroopa riikides.

41. Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *British Medical Journal*, 2002, 325: 188

42. Moller AM, Villebro N, Pedersen T, Tonnesen H. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomized clinical trial. *Lancet* 2002, 359: 114-117

43. European Network of Smoke-free hospitals (<http://ensh.free.fr> , accessed 08 May 2006).

Tabel 12: Kirjeldav leht suitsetamisest loobumise kohta

Valdkond	Tervisliku töökoha edendamine
Indikaator 11	Suitsetam isest loobumine: % personalist, kes on hetkel suitsetajad või on suitsetamise hiljuti maha jätnud ning kes on saanud suitsetamisest loobumiseks nõustamist.
Põhiprintsiip ja kirjeldus	<p>Suitsetamisel on märkimisväärne mõju suremusele ja suitsetamisega seotud haigustele. Suitsetamisest loobumine vähendab varajase surma riski, ja suur osa suitsetajatest on tegelikult huvitatud suitsetamisest täielikult loobumisest. See abinõu on suunatud praeguste suitsetajatele ja hiljutistele loobunutele, kes olid asutuse spetsialisti (nõustaja) vastuvõtul vaatluse all oleva aasta jooksul ja olid saanud nõuandeid suitsetamisest loobumiseks. On selgunud, et arsti soovitus suitsetamise mahajätmiseks parandab loobumise tulemust kuni 30%⁴⁴.</p> <p>Abinõu on adresseeritud 18-aastastele ja vanematele (st. % -le nende hulgast), kes on pidevalt olnud nimekirjas uuringuperioodi aastal ja kes on praegused suitsetajad või hiljuti suitsetamisest loobunud isikud, kes olid asutuse spetsialisti (nõustaja) vastuvõtul vaatluse all oleva aasta jooksul ja saanud nõuandeid suitsetamisest loobumiseks.</p>
Loendaja	Inimeste arv "nimetaja" hulgast, kes osalesid uuringus ja vastasid, et nad olid saanud nõustamist suitsetamisest loobumiseks asutuse spetsialistilt (nõustajalt) vaatluse all oleva aasta jooksul.
Nimetaja	Inimeste arv, kes osales uuringus ja osutas, et nad on kas praegused suitsetajad või hiljutised loobujad ning neil oli üks või rohkem külastusi asutuse suitsetamisest loobumise nõustaja juurde vaatluse all oleva aasta jooksul.
Andmete allikas	Administratiivsed andmed ja patsiendi uuring (AHRO).
Klassifitseerimine	Lahterdatud osakondade, eriala, soo ja vanuse järgi
Märkused/Tõlgendus	See on standardi indikaator HEDIS süsteemis. Üksikasjad Rahvusliku kvaliteedi kindlustamise komitee (National Committee on Quality Assurance - NCQA) meetmetest on: HEDIS Volume 2: Technical Specifications, saadaval NCQA kodulehel www.ncqa.org .

44. National Quality Measures Clearinghouse (<http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/>, accessed 08 May 2006).

Tabel 13: Kirjeldav leht personali kogemuse/arvamuse kohta

Valdkond	Tervisliku töökoha edendamine
Indikaator 12	Uuringu tulemus (skoor) personali arvamusest töötingimuste kohta
Põhiprintsiip ja kirjeldus	On terve rida vahendeid, et hinnata personali arvamust, nende kogemust töötingimuste osas. Tööteemalise küsimustiku tulemused (kus mõõdetud psühholoogilisi vajadusi, töö kohta käivate otsuste nõ. tegevusvabadust, sotsiaalset toetust töökohal) on seotud arsti poolt tõendatud kui ka mittetõendatud puudumisega töölt haiguse tõttu ödede hulgas ⁴⁵ . See indikaator on väga tihedalt seotud 10. indikaatoriga (tööga rahulolu korreleerub töölt puudumisega negatiivselt).
Loendaja	Uuringu tulemus (skoor) (nt. töötingimustega rahulolev personal - sõltub hindamise töövahendi kasutamisest; haiglad võivad valida oma täpsustatud küsimused, millele keskendumine on just nende eesmärgiks).
Nimetaja	Kogu personal
Andmete allikas	Uuring/küsitlus
Klassifitseerimine	Haigla osakondade kaupa, personali vanuse, soo ja haridusliku tausta järgi
Märkused	Haigla võib ise uuringu valida, nt. Katsek'i tööteemaline küsimustik ⁴⁶ . Informatsioon võib ka olla juba olemas läbiviidud personali tervise uuringutest. Sellegipoolest on soovitatav kasutada vaid neid uuringuid või küsimusi, mille kehtivus ja usaldusväärsus on tõendatud psühhomeetrilise testisobivusega.

45. Bourbonnais R, Mondor M. Job strain and sickness absence among nurses in the Province of Québec. American Journal of Industrial Medicine, 2001, 39:194-202.

46. Karasek R, BRisson C, Kawakami N et al. The job content questionnaire: an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. Journal of Occupational Health Psychology, 1998, 3(4): 322-5.

Tabel 14: Kirjeldav leht lühiajalise töölt puudumise kohta

Valdkond	Tervisliku töökoha edendamine
Indikaator 13	lühiajalise töölt puudumise %
Põhiprintsiip ja kirjeldus	Töölt puudumisel on suur koormus haigla tegevusele: kaotatud töötundide kompenseerimise kulu; suurenenud töökoormus ülejäänud personalile; kaotatud tootlikkus; madalam töö kvaliteet, kui nt. suurte kogemustega personali, kes pakuvad olulisi teenuseid, pole võimalik asendada. Lühiajaline töölt äraolek on väga häiriv, kuna oma olemuselt pole see etteennustatav ja seega jätab vähem aega töö korraldamiseks/kohandamiseks, et midagi ette võtta puuduva töötaja asendamiseks jne. Kuid puudumisel on ka oma positiivne mõju: lühiajaline puudumine võib osutada efektiivseks toimetuleku strateegiaks stressirohkes töökeskkonnas/ tingimustes. "Töö tõttu läbi" haigus: juhtude sagedus, mil töövõtja läheb haigena tööle, on sagenemas SRÜ riikides, peamiselt vallandamise kartuses või finantsilistel motiividel (sissetuleku kaotus). ⁴⁷ Euroopas kõigub töölt puudumise määr 3,5%lt Taanis kuni 8%ni Portugalis (kaasaarvatud ajutine ja püsiv töösuutmatus). ⁴⁸ Erinevad interventsioonid haigla tasandil võivad töölt puudumist vähendada: töötajate abistamise programmid, koolitused ja eesmärgi-seadmise programmid, haiglasisesse poliitika muutused, et tõsta töövõtjate nn. aruandekohustust töölt puudumise pärast, muudatuste kavandamine, nagu nt. paindlik tööaeg, konkurentsi tähtsustamine ja sümboolsed rahalised mõjutused. Töölt puudumise ettekuulutajad (olukorraga seonduvad) nagu asutuse lubav suhtumine, rolli probleemid, palk, töö iseloom - need on osaliselt haigla enda mõjusfääris. ⁴⁹
Loendaja	Arsti poolt tõendatud või mittetõendatud töölt puudumine järjestikku 7 päeva või vähem (lühiajaline puudumine) või 30 päeva või rohkem (pikaajaline puudumine), väljaarvatud puhkused - ödede ja hooldusödede hulgas.
Nimetaja	Täielikult samaväärsse täistööajaga ödede ja hooldusödede arv täistööajaga töötavatest personali liikmetest (arvestatud aasta lepingulisi päevi, nt. 250 päeva)
Andmete allikas	Haigla või osakondade rutiinne informatsiooni süsteem või andmed tervisekindlustuse seltsidelt.
Klassifitseerimine	Andmed koguda vanuse, soo ja kvalifikatsiooni järgi (öde või hooldusöde)
Märkused/Tõlgendus	Seda indikaatorit mõõdetakse ainult ödede ja hooldusödede kohta. Administratsioon ja abiteenistused ning arstid pole hõlmatud. Samuti jäävad välja pikaajaline puudumine, lapsepuhkused, sh. ka sünnituseelne töövõimetus. Haigusleht raseduse perioodil on aqa arvesse võetud.

47. Arford CW. Failing health systems: Failing health workers in Eastern Europe. Report on the Basic Security Survey for the International Labour Office and Public Services International Affiliate in the Health Sector in Central and Eastern Europe. Geneva, International Labour Office, 2001 (Available on www.ilo.org/ses, accessed 08 May 2006).

48. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions – European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1997.

49. Dalton DR, William DT. Turnover, transfer, absenteeism: an independent perspective. *Journal of Management*, 1993, 19(2): 193-219.

Tabel 15: Kirjeldav leht tööga seotud õnnetuste kohta

Valdkond	Tervisliku töökoha edendamine
Indikaator 14	% tööga seotud õnnetustest
Põhiprintsiip	<p>Haiglapersonalil on suur terviserisk kaitsetuse tõttu HIV ja teiste vere kaudu levivate viiruste vastu (nt. B- ja C- hepatiid). Risk C-hepatiidi viiruse ülekandeks nõelatorke vigastusest on arvestatud 1,8%-3%. Ägeda C-hepatiidi varakult alustatud antiviraalsel ravil on head tulemused. Vigastustel on omamoodi pikem mõju töötajate ärevustundele ja stressile⁵⁰ ning vahetu (rahaline)kulu riskis olnute meditsiinilise jälgimise osas.</p> <p>Kirjandusest leitud metanalüüsi andmetel on teravate vigastuste keskmine hulk (suhtarv) verega kanduvate patogeenide osas 10 000 tervishoiu töötaja kohta 4%, ja peamiselt on vigastada saanud kirurgid⁵¹. Vaid 35% arstidest pidas kinni üldistest ettevaatusabinõudest ning nende nõuetega mittearvestamine põhjustas arvestatavalt suuremat riski, eriti mittekirurgilistel erialadel. Märkus: raske on võrrelda tulemusi (suhtarvused), kuna on kasutatud erinevaid definitsioone ja meetodeid. Ühendriikide üldise arvestuse büroo (The US General Accounting Office (GAO) hinnangul oli 75% nõelatorke vigastustest ennetatavad, kui jätta ära nende mittevajalik kasutamine (25%), kui kasutada turvaliste omadustega nõelu (29%), kui kasutada turvalisemaid töövõtteid (21%). Vigastused on märkimisväärselt seotud töökeskkonna iseärasustega (tähtaegade surve tööol). Laiken jt (1997), töötades professionaalse õepraktika mudelitega haiglates ja kasutades ettevaatusabinõusid, vältimaks kontakti verega, said tulemuseks oluliselt väiksema vigastuste arvu õdede hulgas.</p>
Loendaja	Nahavigastuste arv ühe aasta jooksul (sealhulgas nõelatorke vigastused ja vigastused teravate instrumentidega)
Nimetaja	Täistööajaga samaväärselt töötavate haiglatöötajate keskmine arv (arstid, õed, fleboloogid)
Andmete allikas	Personali uuring ise-raporteeritud vigastustest; edasised andmed - kindlustusjuhud, inimressursside spetsiifiline register
Klassifitseerimine	Erialade kaupa, juhtumise koha järgi (operatsioonisaal, kirurgilise vältimatu abi ruum, haavaosakond jt), kellaaja järgi, millal juhtus (ka nädalapäev vs nädalalõpp), töökogemuse järgi
Märkused	Alternatiivselt võib see indikaator olla suunatud kõigile tööga seotud vigastustele ja seejärel andmed klassifitseeritakse vigastuse tüübi järgi.

50. Fisman DN, Mittelman MA, Sorock GS, Harris AD. Willingness to pay to avoid sharp-related injuries: a study in injured health care workers. AJIC: American Journal of Infection Control, 2002, 30(5): 283-287.

51. Trim JC, Elliott TS. A review of sharps injuries and preventive strategies. Journal of Hospital Infection 2003, 53(4): 237-242.

Tabel 16: Kirjeldav leht läbipõlemise sündroomi hindamiseks

Valdkond	Tervisliku töökoha edendamine
Indikaator 15	Tulemus (skoor) läbipõlemise skaalal
Põhiprintsiip ja kirjeldus	<p>Läbipõlemine on füüsiline, vaimne ja emotsionaalne vastus pidevale kõrgele stressile. Enamus juhtudest on seotud tööga. Läbipõlemise tulemusena tekib füüsiline ja vaimne väsimus ja võivad olla lootusetuse, jõuetuse ja ebaõnnestumise tunded. Sageli tuleneb läbipõlemine ülemäärastest nõudmistest, mis on kas inimese enda poolt peale pandud (nagu väga kõrged ootused iseendale) või esitatud väljastpoolt (perekonna, töö, ühiskonna poolt) ja sageli on need seotud olukorraga tööl, kus inimene tunneb end ületöötanuna; vähe-tunnustatuna; segaduses olevana ootustest ja prioriteetidest; määratud vastutusest, mis ei vasta töötasule; ebakindlana töölt vallandamise osas ja/või endale liiga palju kohustusi võtnuna nii kodus kui tööl.⁵² Kui stress on "kiirustamise haigus", siis läbipõlemine on "kurnatuse sündroom". Need on väga erinevad kontseptsioonid. Läbipõlemine pole lihtsalt ülemäärane stress. Pigem on see kompleksne inimlik reaktsioon stressile ning see seonduv tundeaga, et su sisemised ressursid pole adekvaatsed juhtima esitatud ülesandeid ja olukordi.⁵³</p> <p>Läbipõlemise põhjustavad (teiste hulgas): muutused organisatsioonis; nõudmised, mis tulenevad su tööst, sinu otsese ülemuse poolt või tööalalt; sinu enda huvide või väärtushinnangute muutused, mis tööga seotud; sinu võimete ja oskuste mittetäielik kasutamine; väljapääsmatu olukorra tunne, mis pakub vähe tunnustust ja hüvitust hästi tehtud töö eest; kui sulle on antud täita rohkem ülesandeid, kui sa tõenäoselt suudad täita; kui sulle pole antud võimalust kaasaraakimiseks oma ülesannete ja töötingimuste reguleerimises või oled hädas ülesannetega, mis on üle su võimete. Haiglapersonali läbipõlemise tulemuseks võivad olla psühhosomaatilised haigused (psühholoogilised/ emotsionaalsed probleemid, mis manifesteeruvad füüsiliselt), seedehäired, peavalud, kõrge vererõhk, südameatakid, hammaste lagunemine ja väsimus. Parem haiglatöö korraldus, töökeskkond, juhtimismeetodid saavad vähendada personali läbipõlemist.⁵⁴</p>
Loendaja	Tulemus (skoor) läbipõlemise skaalal (loendil)
Nimetaja	Tulemus (skoor) läbipõlemise skaalal (loendil)
Andmete allikas	Uuring/küsitlus
Klassifitseerimine	Osakondade kaupa, soo, eriala gruppide ja vanuse järgi
Märkused/Tõlgendus	Vastuoluline küsimus erialakirjanduses on: kas kliendi tõsine olukord korreleerub positiivselt läbipõlemisega või mitterahuloluga tööst. Erinevate osakondade (sisemeditiin, onkoloogia) võrdlemisel selgub, et olukorra tõsidust võiks kontrollida, vähemasti mõju erinevatele gruppidele, ja töötingimused peaksid olema arvesse võetud.

52. Cordes C., Dougherty TW. A review and integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*, 1993, 18 (4): 621-656.

53. Collins MA. The relation of work stress, hardiness, and burnout among full-time hospital staff nurses. *Journal for Nurses in Staff Development*. 1996, 12(2): 81-5.

54. Schulz R, Greenley JR, Brown R. Organization, management, and client effects on staff burnout. *Journal of Health and Social Behavior*, 1995, 36(4): 333-45

Tabel 17: Kirjeldav leht haiglast lahkunutele antud epikriisi/soovituste kohta

Valdkond:	Järjepidevus ja koostöö
Indikaator 16	% epikriisidest, mis saadetud perearstile või järgmisele haiglale kahe nädala jooksul või epikriis antud patsiendile kätte tema haiglast lahkumisel.
Põhiprintsiip ja kirjeldus	<p>Indikaator hoolduse/hooli Krooniliste haigustega haiged nõuavad pidevat jälgimist, seejuures tuleb paljudel juhtudel ette, et terviseteenuse pakkuja ja sotsiaalhoolduse vaheline kommunikatsioon on ebapiisav. Selline fragmenteeritud hooldus võib põhjustada viivitusi komplikatsioonide avastamises või halveneb tervis mittetäielike või ebaregulaarselt seisundile antud hinnangute pärast või mitteametlikult jälgimise tõttu; võib olla põhjuseks patsiendi passiivsusest või asjatundmatusest tingitud ebaõnnestumistele haigusega või riskifaktoritega toimetulekuks, mis omakorda tulenenud mittevastavast ja ebajärjekindlast haige olukorrale antud hinnangust, tema õpetamisest, motiveerimisest ja tagasiside saamisest; võib põhjustada hoolduse kvaliteedi langust, kuna efektiivsed tegevused võivad olla kõrvale jäetud või asendatud ebaefektiivsetega; võib põhjustada avastamata või ebaõigesti käsitletud psühhosotsiaalset stressi.</p> <p>Kuna see indikaator ei kata järjepideva hoolduse koguspektrit,⁵⁵ ei ole vaja koguda väga suurt hulka andmeid. Indikaator peegeldab hoolduse jätkuvuse tähtsat komponenti: informatsiooni liikumist haiglatasandi (teisene tasand) ja esmatasandi teenuse pakkuja vahel.</p> <p>See indikaator vajab klassifitseerimist terviseseisundite järgi: epikriisi tähtsus varieerub olenevalt seisundist, mille tõttu patsient haiglaravile võeti. Edasine tegevus võib selgitada, kuivõrd on epikriisis andmeid haiglas teostatud laboriuuringute kohta, mis on vajalikud esmatasandi arstile ravi/hoolduse jätkamiseks.</p>
Loendaja	Perearstile saadetud epikriisid 2 nädala jooksul peale haiglast lahkumist või antud patsiendile kätte.
Nimetaja	Kõik epikriisid
Andmete allikas	Administratiivne audit või uuring
Klassifitseerimine	Osakondade kaupa või eriala järgi
Märkused/Tõlgendus	Olenevalt sellest, kas andmed on saadaval rutiinses infosüsteemis või mitte, võib see indikaator anda tõsise koormuse andmete kogumiseks. Mõnedes maades on tavaks, et epikriisi ei saadeta otse järgnevale teenuse osutajale, vaid haiglast kojukirjutamisel antakse see patsiendile kätte. Kuna oluline on epikriisis sisalduva teave õigeaegne kättesaamine, ei hinda see indikaator epikriisi sisu terviklikkust ja kõikehõlmavust. Edasised kvaliteedi parandamise tsüklid võivad kaasata ka nende küsimuste hindamise.

55. For a review of measures of continuity of care see: Groene O. Approaches towards measuring the integration and continuity in the provision of health care services. In: Kyriopoulos, J, ed. Health systems in the world: From evidence to policy. Athens, Papazisis, 2005.

Tabel 18: Kirjeldav leht haiglasse tagasipöördumiste osakaalu kohta

Valdkond	Järjepidevus ja koostöö
Indikaator 17	Haiglasse tagasipöördumiste osakaal ambulatoorseks (jätku)raviks keerukaks osutunud juhtudel 5 päeva jooksul peale haiglast lahkumist
Põhiprintsiip ja kirjeldus	<p>Tagasipöördumised peegeldavad haiglaravi/-hoolduse mõju patsiendi tervises seisundile peale tema haiglast lahkumist⁵⁶. Selle aluseks on eeldus või arvamus, et teenusepakkujad tegid midagi või jätsid tegemata patsiendi haiglas viibimise perioodil, mis põhjustas taashospitaliseerimise. See võis olla mittestandardse ravi/hoolduse tõttu haiglas oleku perioodil, haiglast kojuminekuks viletsa ettevalmistuse või sellele järgneva mittepiisava jälgimise pärast. Eelpool kirjeldatud haiglasse tagasipöördumise puhul peab olema nõ. täidetud neli tingimust: 1) need on teatud diagnoosid või protseduurid 2) (haiglaravile) järgnev erakorraline või edasilükkamatu vastuvõtt (teist valikut pole), 3) aeg haiglast lahkumise järgselt avaldunud haiguse episoodi ja järgneva haiglasse vastuvõtu vahel on kindlaks määratud periood, 4) esmane episood ei lõppenud patsiendi omapoolse otsusega haiglast lahkuda vastupidiselt arsti soovitusel (või suri). Teised võimalikud välistavad kriteeriumid on: patsient juba saab pidevat ravi esmatasandi kliinikus, keemiaravi või kiiritusravi; patsient juba elab või kavatseb asuda elama õendus-hoolduskodusse; vastuvõetud haiglasse vaid mingi protseduuri läbimiseks. Astma ja diabeet on kaks ambulatoorseks raviks/hoolduseks probleemset seisundit. Selliste ambulatoorsete probleemsete tervises seisundite käsitlemiseks on tõendusmaterjali, et haiglasse taaspöördumist on vähemasti mõnevõrra võimalik vältida, kui parandada ambulatoorset/haiglavälisest hooldust/ravi. Kõigist taaspöördumistest 9%-48% on ennetatavad, kui haiget on paremini õpetatud oma haigusega toime tulema, on antud seisundile õige hinnang haiglast lahkumise eel, on parem kodune hooldus/ravi.⁵⁷</p> <p>Haigla mõju on piiratud, kuna statsionaarse ravi järgsed taaspöördumised sageli osutavad pigem haiguse progresseerumisele kui mittepideva hoolduse/ravi tagajärgedele. Keskendudes varajastele tagasipöördumistele ja pakkudes selleks rohkem täpsemaid ajaraame, on haiguse loomuliku progressiooni mõju ja haigla järgsel perioodil rakendatud hoolduse/ravi mõju samuti limiteeritud.</p>
Loendaja	Haigete koguarv, kes võetud EMO osakonna kaudu haiglasse tagasi peale statsionaarse ravi lõppu - määratud jälgimisaja piires - samast haiglast ja diagnoosiga, mis taasvastuvõtul on relevantne algsele ravile.
Nimetaja	Haigete koguarv, kes on vastu võetud valitud, nõ. piiripealse diagnoosiga (nt. astma, diabeet, pneumoonia)
Andmete allikas	Rutiinsed informatsiooni süsteemid ja haigla kliinilised sissekanded. Tagasinõuded (vahendite)ostufirmadele.
Klassifitseerimine	Kohandatud vanusele, soole, haiguse raskusele. Kuna projekti pilootrakenduse eesmärk pole teha kergemaks haiglatevahelisi võrdlusi, pole edasised kohandamised/sobitamised ses etapis vajalikud.
Märkused	Välistused: haiged, kes hospitaliseerimise aegu surid või kes olid saadetud teise intensiivravi haiglasse, on andmetest välja jäetud.

56. Westert GP, Lagoe RJ, Keskimäki I, Leyland A, Murphy M. An international study of hospital readmissions and related utilization in Europe and the USA. Health Policy, 2002, 61: 262-278.

57. Benbassat J, Taragin M. Hospital readmissions as a measure of quality of health care. Archives of Internal Medicine, 2000, 160:1074-1081.

Tabel 19: Kirjeldav leht haiglast lahkumiseks ettevalmistamiseks

Valdkond	Järjepidevus ja koostöö
Indikaator 18	Uuringu tulemus (skoor), kuidas oli haige ettevalmistatud haiglast lahkumiseks
Põhiprintsiip	<p>Haiglast lahkumiseks ettevalmistus on eriti oluline neile haigetele, kes kannatavad krooniliste haiguste all ja vajavad haiglaravile järgnevat hooldust/ravi. Patsiendid peavad olema võimelised oma olukorrast aru saama, olema teadlikud riskiteguritest ja remissiooni sümptomitest, nad peavad aru saama ravi valikutest ja ravimite võtmise režiimist ning järgima haiglajärgse hoolduse/ ravi plaani. Paljud haiged siiski pole neist küsimustest teadlikud, millel on suur mõju hoolduse/ravi kvaliteedile kaugemas perspektiivis ja samuti võimalikele tüsistustele, vajadusele haiglasse tagasi minna ja langenud elukvaliteedile.</p> <p>See indikaator mõõdab/näitab, kuivõrd hästi valmistab asutus/haigla oma haigeid ette haiglast lahkumiseks. Mitmesuguseid töö-/mõõtmisvahendeid on välja töötatud just sel eesmärgil ja mõnedesse patsiendi rahulolu ja arvamust käsitlevatesse küsimustikesse on lisatud eriosa ka ettevalmistusest haiglast lahkumiseks. Soovitatakse kasutada olemasolevaid töövahendeid või siis standardiseeritud ja valideeritud küsimustikke, kus neid seni veel pole.</p> <p>Juhul kui kohandatakse olemasolevaid küsimustikke, siis juurdelisatavad küsimused võiksid olla näiteks: "Kas võiksite nimetada põhjuse/seisundi, miks Teid haiglasse võeti?", "Kas võiksite nimetada oma seisundit/haigust kirjeldavaid sümptomeid?", "Kas olete kindel, et olete õigesti aru saanud, kuidas ravimeid võtta?", "Kas Te teate, kelle poole pöörduda juhul, kui Teie seisund halveneb?"</p>
Loendaja	— Tulemuse (skoori) selle indikaatori jaoks peab selgitama uuringu mõõtmiste/ hindamiste põhjal —
Nimetaja	Tulemuse (skoori) selle indikaatori jaoks peab selgitama uuringu mõõtmiste/ hindamiste põhjal
Andmete allikas	Uuring/küsitlus
Klassifitseerime	Osakondade kaupa ja patsiendi tunnuste järgi (sugu, vanus, terviseseisund)
Märkused/Tõlgendus	Kohandamine osakondade ja patsiendi tunnuste järgi võib osutada oluliseks, kuna tajutavat ettevalmistust haiglast lahkumiseks mõjutab terve rida tegureid.



Sõnastik

7. Sõnastik (glossary)

Järgnev sõnastik tutvustab peamisi mõisteid, mida on kasutatud selles käsiraamatus esitatud tähtsamates teemades nagu:

Põhimõisted
Kvaliteedi ulatus
Huvirühmad
Hindamisprotseduurid/andmete kogumine
Meetmete mõistmine
Tulemuste tõlgendamine
Tervisedenduslikud tegevused
Kvaliteeditõusu meetmed

Mõisted on kogutud üldkasutatavatest sõnastikest nagu Rahvusvaheline Tervishoiu Kvaliteedi Ühing (International Society for Quality in Health Care - ISQuA), Rahvusvaheline Ühendkomisjon (Joint Commission International - JCI) ja Euroopa Tervishoiu Süsteemide ja Poliitikate Vaatluspunkt (European Observatory on Health Systems and Policies) jne.

Põhimõisted (Underlying concepts)

Aruandekohustus (Accountability)

Kohustus ja vajadus vastutada ülesannete ja tegevuste täitmisest. See vastutus peab olema läbipaistev ning seda ei tohi delegeerida.

Risk (Risk)

Hädaohu, kaotuse või vigastuse võimalus. See võib olla seotud töötajate ja avalikkuse tervise ja heaoluga; vara, maine, keskkonna, organisatsiooni tegevuse, majandusliku stabiilsuse, turuosa ja muude väärtust omavate asjadega.

Tervis (Health)

Tervis on WHO 1984. aasta põhikirjas defineeritud kui täielik füüsilise, sotsiaalse ja vaimse heaolu seisund ning mitte ainult kui haiguste või puuete puudumine. Tervisedenduse seisukohalt on tervis mitte abstraktne seisund, vaid pigem vahend eesmärgi saavutamiseks; ressurss, mis võimaldab inimestel elada individuaalselt, sotsiaalselt ja majanduslikult produktiivset elu. Tervis ei ole elamise eesmärk, vaid igapäevase elu vahend. See on positiivne mõiste, mis toonitab sotsiaalseid ja individuaalseid ressursse, rääkimata füüsilistest võimetest.

Kultuur (Culture)

Väärtuste, uskumuste ja käitumiste ühine süsteem.

Eetika (Ethics)

Moraalselt õiged käitumise standardid.

58. International Society for Quality in Health Care: <http://www.isqua.org.au/isquaPages/Links.html> (accessed 08 May 2006).

59. Joint Commission International <http://www.jointcommission.org/> (accessed 08 May 2006).

60. European Observatory on Health Systems and Policies: <http://www.euro.who.int/observatory/glossary/toppage> (accessed

Õigused (Rights)

Midagi, mida võib õiglaselt, ausalt, õiguslikult või moraalselt lugeda enda omaks. Ametlik kirjeldus teenustest, mida klient võib organisatsioonilt eeldada ning nõuda.

Väärtused (Values)

Filosoofilised põhimõtted, tõekspidamised või väited, mis juhivad käitumist ja mis võivad olla seotud sotsiaalsete või eetiliste küsimustega.

Kujutlus (Vision)

Kirjeldus sellest, missugune sooviks organisatsioon olla.

Tervise areng (Health development)

Rahvastiku tervise areng on üksikisikute ja elanikkonna gruppide tervisliku seisundi jätkuva ja progressiivse parendamise protsess.

Viide: Terminology Information System, WHO, Geneva, 1997

Djakarta Deklaratsioon kirjeldab tervisedendust kui tervise arengu olulist elementi.

Missioon (Mission)

Laiaulatuslik kirjalik avaldus, milles organisatsioon väljendab millega ta tegeleb ja miks ta eksisteerib. Missioon eristab üht organisatsiooni teisest.

Vajadus (Need)

Heaoluks vajalik kehaline, vaimne, emotsionaalne, sotsiaalne või hingeline seisund. Vajadused võivad olla või ka mitte olla tajutavad või väljendatud vajajate poolt. Neid peab eristama nõudmistest, mis on väljendatud soovid, mitte tingimata vajadused.

Filosoofia (Philosophy)

Organisatsiooni põhimõtted ja tõekspidamised, mille alusel toimub organisatsiooni juhtimine ja teenuste pakkumine.

Kvaliteedi ulatus (Quality dimensions)

Kvaliteet (Quality)

Edukuse määr, suurus, millega organisatsioon rahuldab klientide vajadusi ja ületab nende ootusi.

Juurdepääs (Access)

Klientide või potentsiaalsete klientide võimalus saada vajadusel nõutud või olemasolevaid teenuseid neile sobival ajal.

Sobivus (Appropriateness)

Suurus, millisel määral teenus on vastavuses kliendi poolt väljendatud vajadustega ning on pakutud vastavuses kehtiva parima praktikaga.

Järjepidevus (Continuity)

Kestev koordineeritud teenuste pakkumine programmide ja organisatsioonide siseselt ja koostööna.

Kultuuriline sobivus (Cultural appropriateness)

Teenuste kavandamise ning edastamise sobivus neid tarbivate klientide kultuuriliste väärtustega.

Toimivus (Effectiveness)

Pakutud teenuste, sekkumiste või tegevuste vastavuse ulatus parima praktikaga, et saavutada eesmärgid ja jõuda optimaalsete tulemusteni.

Tõhusus (Efficiency)

Ressurside kokku koondamise ulatus tulemuste saavutamiseks minimaalsete kulutuste, ümberkujunduste ja jõupingutusteta.

Ohutus (Safety)

Võimaliku riski ja tahtmatute tagajärgede ärahoidmise või nende miinimumini viimise ulatus.

Huvirühmad (Stakeholders)

Akrediteeriv organ (Accreditation body)

Organisatsioon, mis vastutab akrediteerimise programmi ning volituste omistamise eest.

Klientuur (Customers)

Teenust pakuva organisatsiooni patsiendid/kliendid. Organisatsiooni sisene klientuur/personal.

Kogukond (Community)

Ühes asukohas või keskkonnas üksteisega lävivate, ühistes tegevustes koostööd tegevate, ühiseid muresid lahendavate üksikisikute, perekondade, inimrühmade ja organisatsioonide kollektiiv.

Kogukond (Community)

Teatud kindlal määratletud geograafilisel territooriumil elav inimgrupp, mis jagab ühist kultuuri, väärtusi ja norme, olles organiseerunud sotsiaalsesse struktuuri vastavalt kogukonnas mingi aja jooksul arenenud suhetele. Kogukonna liikmed omandavad oma isikliku ja sotsiaalse identiteedi, jagades üldisi töökspidamisi, väärtusi ja norme, mis on kogukonna poolt välja kujunenud minevikus ja mis võivad muutuda tulevikus. Nad identifitseerivad end mõningal määral grupina ning jagavad üldisi vajadusi ja pühendumust nende vajaduste rahuldamiseks.

Valitsemine (Governance)

Tegevus, mis annab organisatsiooni suuna, seab eesmärgid ning arendab tegevuskava organisatsiooni missiooni saavutamiseks ning kontrollib nende eesmärkide saavutamist ja tegevuskava elluviimist.

Juhtiv organ (Governing body)

Üksikisikud, grupp või organisatsioon, mis omab ülimalt võimu ning vastutust organisatsiooni üldiste strateegiliste suundade ning tegutsemisviiside eest. Tuntud ka kui nõukogu, juhatus, volikogu jne.

Tervishoiu asjatundjad (Health professionals)

Arsti- ja õendusabi või tervise ühendatud asjatundjad, kes pakuvad kliinilist ravi ning hoold klientide eest, omavad liikmelisust vastavas ametlikus organis ning vajadusel omavad registritunnistust ning sertifikaati seadusjärgsest asutusest.

Organisatsioon (Organization)

Hõlmab juhtiva organi/omaniku juhtimise alla ning vastutusalasse kuuluvad kohad/asukohad.

Partnerid (Partners)

Organisatsioonid, kellega teatud organisatsioon teeb koostööd, et pakkuda täiendavaid teenuseid.

Partnerlus (Partnership)

Organisatsioonidevahelised formaalsed või mitteformaalsed tööalased suhted, kus teenuseid arendatakse ja pakutakse ühiselt või jagatakse.

Personal (Staff)

Organisatsiooni töötajaskond.

Huvirühmad (Stakeholder)

Üksikisikud, organisatsioonid või inimrühmad, kes on huvitatud osa saama teenustest.

Hindamisprotseduurid/andmete kogumine (Assessment procedures/Data collection)

Dokumentide kontrollsüsteem (Document control system)

Organisatsioonisene kavakindel kontrollsüsteem, eriti strateegiaid ja tegevusi puudutavate tähtsate dokumentide avalikustamise, muutmise ja kasutamise üle. Süsteem nõuab, et igal dokumendil oleks identifitseeriv tunnus, et oleks näha välja andmise kuupäev, uuendamised ja kinnitus. Dokumentide ringlus organisatsioonis on kontrollitav ja kõikide dokumentide koopiad on kergesti kättesaadavad ning jälgitavad.

Volitamine (Accreditation)

Tervishoiu organisatsioonide poolt kasutatav enese hindamise ning välise eksperthinnangu saamise protsess, et täpselt määratleda toimimise taset vastavuses kehtestatud standarditega ning rakendada meetmeid jätkuvaks parenemiseks.

Hindamine (Assessment)

Protsess mille raames hinnatakse või määratakse kindlaks klientide, inimrühmade või situatsioonide iseloom ning vajadused, et nendega tegeleda. Hindmine kujundab teenuste- ja tegevusplaani aluse.

Audit (Audit)

Iseseisev süstemaatiline uurimistegevus ja analüüs, et kindlaks määrata, kas reaalsed tegevused ja tulemused vastavad planeeritud meetmetele.

Pädevus (Competence)

Tagatis, et indiviidi teadmised ja oskused on sobivad pakutud teenustele ning kinnitus, et teadmiste ja oskuste taset hinnatakse regulaarselt.

Pretensioon (Complaint)

Suuline või kirjalik probleemi, küsimuse või teenusega rahulolematuse väljendamine.

Üksteist täiendav (Complementary)

Teenused või koostisosad, mis sobivad kokku või täiendavad üksteist, et moodustada täielikumat teenust.

Usalduslikkus (Confidentiality)

Organisatsioonidelt või üksikisikutelt kogutud informatsiooni kasutamise ja levitamise tagatud piirangud.

Nõusolek (Consent)

Kliendi antud vabatahtlik nõusolek või kinnitus.

Andmed (Data)

Korrastamata faktid, millest võib tekitada informatsiooni.

Hinnang (Evaluation)

Arvamus organisatsiooni, teenuste, programmide või klientide eesmärkide ja oodatavate tulemuste saavutamise edust.

Tõendusmaterjal (Evidence)

Otsuse tegemiseks kasutatud andmed ja informatsioon. Tõendusmaterjal võib pärineda uuringust, kogemuslikult õpitust, indikaatorandmetest ja hinnangust. Tõendusmaterjali kasutatakse kavakindlalt valikuvõimaluste hindamiseks ja otsuste tegemiseks.

Tervise tulemid (Health outcomes)

Üksikisiku, inimrühma või rahvastiku tervises seisundis toimuv muutus, mida võib omistada planeeritud sekkumisele või sekkumiste seeriale, vaatamata sellele, kas nimetatud sekkumine oli planeeritud tervises seisundit muutva tegevusena.

Vahepealsed tervise tulemid
Tervisedenduse tulemid

Teave (Information)

Kasutatud, tõlgendatud ja liigendatud andmed. Teave võib esineda kirjalikul, helilisel, pildistatud või video kujul.

Teabesüsteemid (Information systems)

Andmete ja informatsiooni planeerimise, korraldamise, analüüsimise ja kontrollimise süsteemid, sh nii arvutipõhised kui ka füüsilised süsteemid.

Suutlikkus (Performance)

Pidev protsess, milles ülemus ja personali liige analüüsivad koos liikme suutlikkust, püstivad vastavad eesmärgid ja hindavad edu nende eesmärkide täitmisel.

Kvalitatiivne (Qualitative)

Kirjeldustega ning jutustustega väljendatud andmed ja informatsioon. Meetod, mis uurib osalejate kogemust läbi vaatluse ja intervjuude.

Kvantitatiivne (Quantitative)

Arvudega ja statistikaga väljendatud andmed ja informatsioon. Meetod, mis uurib nähtusi mõõtmistega.

Töökindlus (Reliability)

Tulemuste järjekindlus korduvatel mõõtmistel erinevate mõõtjate poolt või erinevatel ajahetkedel sama mõõtja poolt, kui mõõdetav ei ole muutunud mõõtmistevahelises ajavahemikus.

Teadustöö (Research)

Panus olemasolevasse teadmiste kogumisse läbi uurimistöö, mis on suunatud faktide avastamisele ning tõlgendamisele.

Kehtivus (Validity)

Suurus, mis näitab millisel määral konkreetne mõõtmine tegelikult mõõdab seda, mille mõõtmiseks see on mõeldud.

Tulemid (Lõpptulemused) (Results(Outcomes))

Teenuse tagajärjed.

Kvaliteedi hindamine (Quality assessment)

Planeeritud ja süstemaatiline teenuste andmete kogumine ja nende analüüs, mis harilikult keskendub teenuse sisule, teenuse pakkumise üksikasjadele ning kliendi ootustele.

Ülevaade (Survey)

Väline eksperthinnang, mis mõõdab organisatsiooni toimimist kooskõlastatud standardi alusel.

Ülevaataja (Surveyor)

Välisretsensent - organisatsiooni toimimise hindaja kooskõlastatud standardite alusel.

Litsentsi väljaandmine (Licence)

Protsess, millega valitsusasutus annab üksikisikule või tervishoiuorganisatsioonile tegevusloa või praktiseerivale üksikisikule õiguse asumiseks töökohale või erialale.

Omasuguse hindamine (Peer assessment)

Protsess, mille raames organisatsiooni, inimrühma või üksikisiku tegevust hinnatakse sarnaste organisatsioonide liikmete poolt või hinnatavaga sama staatusega ning samal kutsealal või teadusharul olevate isikute poolt.

Personaliregister (Personnel record)

Personali andmete kogum, mis hõlmab informatsiooni nagu puhkused, kvalifikatsioonid, soovituskirjad, kompetents, staaž jne.

Meetmete mõistmine (Understanding measures)**Tegevusulatus (Scope)**

Organisatsiooni poolt pakutud teenuste liik ja valik ning mistahes teenuste ulatuse piirid ja tingimused.

Teenused (Services)

Organisatsiooni poolt klientidele pakutavad tooted või organisatsiooni allüksused, mis pakuvad tooteid klientidele.

Standard (Standard)

Soovitud ja saavutatav toimimise tase, mille vastu saab võrrelda tegelikku toimimist.

Kriteeriumid (Criteria)

Konkreetsetel ettevõtetud sammud või tegevused standardite või otsusteni jõudmiseks.

Protseduurid (Procedures)

Kirjalikud juhised, mis sisaldavad tunnustatud ja soovituslikke samme teatud kindlaks tegevuseks või tegevuste seeriaks.

Eeskirjad (Policies)

Kirjalikud avaldused, mis toimivad juhistena ja peegeldavad organisatsiooni positsiooni ja väärtusi antud teemal.

Mõõdetavad elemendid (Measurable elements)

Standardi mõõdetavad elemendid on standardi nõuded ning eesmärgi sõnastus, mida uuritakse ning hinnatakse volituse ülevaatuse protsessi käigus. Mõõdetavad elemendid on nimekiri sellest, mis peab olema täielikus kooskõlas standardiga. Iga element on toodud standardis või eesmärgi sõnastuses. Mõõdetavad elemendid tuuakse eraldi välja, et teha standardeid läbipaistvamaks ning abistada organisatsiooni selle personali koolitamisel standardite teemal ning valmistumisel volituse ülevaatuseks. (JCI International Standards, 2003).

Indikaator (Indicator)

Toimingu mõõtmise vahend, kuvar või tähis, mida kasutatakse kui juhti teenuste kvaliteedi parendamisel, hindamisel ja seirel. Indikaatorid on seotud struktuuri, protsessi ja tulemustega.

Tulemuste tõlgendamine (Interpreting results)

Võrdlev analüüs (Benchmarking)

Organisatsiooni hindamise tulemuste võrdlemine teiste interventsioonidega, programmidega või organisatsioonidega ning protsesside kõrvutamine suurepärasena hinnatud protsessidega, kui parendamise vahend.

Parim praktika (Best practice)

Lähenedamine, mis on andnud ülekaalukaid tulemusi, mis on valitud süstemaatilise protsessi abil ning hinnatud eeskujulikuna või on toimunud edukana. Seejärel on see sobitatud konkreetse organisatsiooniga.

Tervisedenduslikud tegevused (Health promotion activities)

Haiguste ennetus (Disease prevention)

Haiguste ennetus hõlmab mitte ainult olemasoleva haiguse vältimist riskiteguri vähendamise näol, vaid ka selle arenemise peatamist ja juba tekkinud tagajärgede vähendamist. Viide: kohandatud Tervis Kõigile seeria mõistete sõnastikust. WHO, Geneva, 1984.

Esmane ennetus on suunatud haiguse alguse ärahoidmisele. Teisene ja kolmandane ennetus püüavad peatada või aeglustada olemasolevat haigust ja tema tagajärgi varase avastamise ja asjakohase raviga; või vähendada juhtumi retsidiivi ja kroonilise staatuse väljakujunemist näiteks tõhusa rehabilitatsiooniga. Haiguste ennetust kasutatakse vahel täiendava mõistena tervisedenduse kõrval. Kuigi nende mõistete sisu ja strateegia paljus kattub, on haiguste ennetamine antud siin siiski omaette definitsioonina. Selles kontekstis tõlgendatakse haiguste ennetamist kui tegevust, mis tavaliselt tuleneb tervisesektorist ning tegeleb üksikisikute ja elanikkonnaga, keda samastatakse ilmsete, kuid erinevate riskikäitumistega seotud riskifaktoritega.

Koolitus (Education)

Sihipärane õpetus ja õppimine, et arendada või esile tuua muutusi teadmistes, hoiakutes, väärtustes või oskustes.

Suutlikkus tervise heaks (Empowerment for health)

Tervisedenduses tähendab suutlikkus (võimestumine) protsessi, mille kaudu inimesed saavutavad suurema sisemise kontrollitaju oma tervist mõjutavate otsuste ja protsesside üle.

Võimestumine võib olla sotsiaalne, kultuuriline, psühholoogiline või poliitiline protsess, mille kaudu üksikisikud ja sotsiaalsed grupid on võimelised väljendama oma vajadusi, esitama oma muresid, planeerima strateegiaid, olema kaasatud otsuste tegemisse ning saavutama poliitilist, sotsiaalset ja kultuurilist mõju nende nõuete rahuldamiseks.

Võimalikuks tegemine (Enabling)

Tervisedenduses tähendab võimaldamine tegevuse alustamist koostöös üksikisikute või inimgruppidega nende võimestamiseks, mobiliseerides materiaalseid ja inimressursse, et edendada ja kaitsta nende tervist.

Terviskäitumine (Health behaviour)

Igasugune üksikisiku poolt ettevõetud tegevus, hoolimata hetkelisest või eelnevast terviseseisundist, tervise edendamiseks, kaitsmiseks või säilitamiseks, olenemata sellest, kas selline käitumine on lõppkokkuvõttes objektiivselt efektiivne või mitte.

Terviseteabe edastamine (Health communication) Terviseteabe edastamine on võtmestrategie avalikkuse teavitamisel terviseprobleemidest ja tähtsate terviseprobleemide säilitamisel rahvatervise agendas. Massi- ja multimeedia ning teiste tehnoloogiliste uuenduste kasutamine terviseteabe levitamisel suurendab teadlikkust nii üksikisiku ja kollektiivse tervise spetsiifilistest aspektidest kui ka tervisearengu tähtsusest.

Viide: kohandatud Communication, Education and Participation: A Framework and Guide to Action. WHO (AMRO/PAHO); Washington, 1996.

Terviskasvatus (Health education)

Terviskasvatus sisaldab teadlikult loodud võimalusi õppimiseks, kaasates mõningaid kommunikatsiooni vorme terviseharituse parandamiseks, mis sisaldavad teadmiste täiendamist ning üksikisiku ja kogukonna tervisele kaasaaitavate eluks vajalike oskuste arendamist.

Terviskasvatus ei puuduta mitte ainult teabe levitamist, vaid ka tervise parendamiseks vajaliku motivatsiooni, oskuste ja tõhususe edendamist. Terviskasvatus sisaldab teabevahetust, mis puudutab tervist mõjutavaid sotsiaalseid, majanduslikke ja keskkondlikke tegureid, nagu ka individuaalseid riskitegureid, riskikäitumist ja tervishoiusüsteemi kasutamist puudutavat informatsiooni. Niisiis, terviskasvatus võib sisaldada teabe levitamist ja oskuste arengut, mis demonstreerivad poliitilist teostatavust ja organisatoorseid võimalusi sotsiaalsete, majanduse ja keskkonna tervise determinantide mõjutamiseks erinevates tegevusvormides.

Terviseharitus (Health literacy)

Terviseharitus kujutab endast tunnetuslikke ja sotsiaalseid oskusi, mis määravad üksikisikute motivatsiooni ja võime saada kätte, mõista ja kasutada informatsiooni viisil, mis edendab ja säilitab head tervist.

Terviseharitus tähendab teadmiste, isiklike oskuste ja eneseusalduse jõudmist tasemele, et tegutseda üksikisiku ja kogukonna tervise parendamisel, muutes inimeste eluviisi ja elamistingimusi. Niisiis, terviseharitus tähendab midagi enam kui lihtsalt juhendite lugemist ja kohtumiste kokkuleppimist. Terviseharitus omab kriitilist tähtsust inimeste suutlikkuse suurendamisel tervise teabe kättesaadavuse paranemiseks ja võimeks seda efektiivselt kasutada. Terviseharitus oleneb ise rohkem üldisest kirjaoskuse tasemest. Kehv kirjaoskus mõjutab inimeste tervist otseselt, piirates nende isiklikku, sotsiaalset ja kultuurilist arengut, pärssides samuti terviseharituse arengut.

Tervist edendavad haiglad (Health promoting hospitals)

Tervist edendav haigla ei paku üksnes igakülgset ja kvaliteetset arsti- ja õendusteenust, vaid arendab ühtlasi ka korporatiivset samasust, mis hõlmab tervisedenduse püüdlusi, arendab tervist edendava organisatsiooni struktuuri ja kultuuri, sisaldades aktiivseid, kollegiaalseid rolle patsientidele ja personali kõikidele liikmetele, arendab end tervist edendavaks füüsiliseks keskkonnaks ja teeb aktiivset koostööd oma kogukonnaga. Viide: põhineb tervist edendavate haiglate Budapesti deklaratsioonil, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1991.

Tervisedendus (Health promotion)

Tervisedendus on protsess, mis võimaldab inimestel muuta tervist määravaid tegureid juhitavaks ning selle kaudu tugevdada tervist. Viide: Ottawa Charter for Health Promotion, WHO, Geneva, 1986. Tervisedendus kujutab endast laiaulatuslikku sotsiaalset ja poliitilist protsessi, mis hõlmab mitte ainult üksikisiku oskuste ja suutlikkuse tugevdamisele suunatud tegevust, vaid ka tegevust, mis on suunatud sotsiaalsete, keskkonna- ja majandustingimuste muutmisele, leevendamaks nende võimalikku negatiivset koosmõju nii üksikisikule kui rahva tervisele. Osavõtt protsessist on oluline, et toetada tervist edendavat tegevust.

Sektoritevaheline koostöö (Intersectoral collaboration)

Tunnustatud seos ühiskonna üksikute või mitmete erinevate sektorite vahel, mis on tekkinud tervisetulemuste või vahepealsete tervisetulemuste saavutamiseks viisil, mis on tõhusam, töövõimelisem ja jätkusuutlikum tervisesektori eraldi tegutsemisest.

Eluks vajalikud oskused (Life skills)

Eluks vajalikud oskused on kohanemisvõimelise ja positiivse käitumise võime, mis võimaldab üksikisikul tegeleda tõhusalt igapäevaelu nõudmiste ja väljakutsetega.

Tervist soodustav eluviis (Lifestyles conducive to health)

Eluviis on kindlal käitumismudelil põhinev elamisviis, mis on määratletud üksikisikute iseloomude, sotsiaalse koostöö ning sotsiaalmajanduslike ja keskkonna elamistingimuste vastastikuse mõju kaudu.

Tervisteenuste ümberorienteerimine (Re-orienting health services)

Tervisteenuste ümberorienteerimist iseloomustab tervise süsteemi organiseerimise ja rahastamise meetodite juures suurema tähelepanu pööramine rahvastiku tervise tulemuste saavutamisele. See peab viima tervisteenuste suhtumise ning organiseerimise muudatusteni, mis pööravad enam tähelepanu üksikisiku kui terviku vajadustele, mis on tasakaalustatud rahvastikurühmade vajadustega.

Kvaliteeditõusu meetmed (Quality improvement actions)

Järelkontroll (Follow-up)

Protsessid ja tegevused, mida tehakse peale teenuse lõpuleviimist.

Eesmärgid (Goals)

Laiaulatuslikud seisukohavõtted, mis kirjeldavad organisatsiooni poolt taotletud lõpptulemusi ning mis pakuvad juhatus igapäevastele tegevustele ja otsustele. Eesmärgid toetavad organisatsiooni missiooni.

Juhised (Guidelines)

Tegevust suunavad ja teedjuhatavad põhimõtted.

Võimekused (Capacities)

Üksikisikute või gruppide võimed, ressursid, kasulikud omadused ning tugevus tulla toime olukorraga ja rahuldama vajadusi.

Leping (Contract)

Ametlik kokkulepe, mis määrab teisest organisatsioonist saadud või teisele organisatsioonile pakutud teenuste tingimused ja tähtajad. Lepingut ja lepingualuseid teenuseid kontrollitakse ja kooskõlastatakse organisatsiooni poolt ning need vastavad nii organisatsiooni kui ka valitsuse standarditele.

Kooskõlastamine (Coordination)

Tõhus koostööprotsess teenuse pakkujate, organisatsioonide ja teenistustega nii organisatsioonis kui ka selle väliselt, et vältida dubleerimist, lünki või lahknevusi.

Juhtimisoskus (Leadership)

Oskus anda suund ning tulla toime muutustega. See hõlmab visiooni loomist, strateegiate arendamist visiooni rakendamiseks vajalike muutuste loomise tarvis, koostöö tekitamist inimeste vahel ning inimeste motiveerimist ja inspireerimist ületamiseks takistusi.

Juhtimine (Management)

Tuleviku eesmärkide ja sihtide seadmine läbi planeerimise ja eelarvete koostamise, kehtestades nende sihtide saavutamise protsessid ning eraldades ressursid nende plaanide elluviimiseks. Plaanide realiseerimise tagamine personali komplekteerimise, probleemide lahendamise, korralduste ning järelevalvega.

Lähieesmärk (Objective)

Siht, milleni tuleb jõuda kui organisatsioon soovib täita oma eesmärgid. See on eesmärkide tõlgendamine kindlateks, konkreetseteks väärtusteks, mille abil saab määratleda tulemuste edukust.

Tegevusplan (Operational plan)

Kavandatud strateegia, mis sisaldab protsesse, tegevusi ja ressursse organisatsiooni eesmärkide ja sihtide saavutamiseks.

Kvaliteedialane tegevus (Quality activities)

Tegevused, millega mõeldakse teenuse pakkumise toimimist, määratletakse võimalusi selle parendamiseks ning mis sisaldavad vastavalt tegutsemist ning järelkontrolli.

Kvaliteedikontroll (Quality control)

Tulemi seire kontrollimiseks, kas see vastab nõutele ning kirjeldusele ning puudujääkide korral tegevus nende kõrvaldamiseks. See kindlustab turvalisuse, täpse informatsiooni edasikandumise, protseduuride täpsuse ning taasloome võimaluse.

Kvaliteedi tõus (Quality improvement)

Kestev reageering teenuse kvaliteedihindamise andmetele viisil, mis parendab protsesse, mille abil teenus jõuab kliendini.

Kvaliteedi tagamise plan (Quality plan)

Kehtiv tegevuskava teenuste kvaliteedinõuete tagamiseks.

Kvaliteedi kava (Quality project)

Teatud kindlale teenusele või valdkonnale suunatud ajaliselt määratletud kvaliteedi parendamise plan.

Riski juhtimine (Risk management)

Süsteemaatiline protsess, mis määratleb, hindab ja võtab kasutusele abinõud, et vältida või juhtida organisatsiooni kliinilisi, administratiivseid, omandi ja töötervishoiu ning turvalisuse riske.

Strateegia plan (Strategic plan)

Vormikohane plan, millega kehtestatakse organisatsiooni üldised eesmärgid, taotledes sellega määratleda organisatsiooni positsiooni vastavalt tema keskkonna tingimustele.



TERVIST
EDENDAVALD
HAIGLAD



HEALTH
PROMOTING
HOSPITALS



Tervise Arengu Instituut
National Institute for Health Development



Eesti Haigekassa
Estonian Health Insurance Fund

Finantseeritud Eesti Haigekassa eelarvest. Tasuta