



Centar

EESTI RAKENDUSUURINGUTE
KESKUS CENTAR



Inimkeskse tervishoiu seiremetoodika väljatöötamine

Lõpparuanne

Epp Kallaste, Janno Järve, Marko Sõmer, Ailen Lang



Euroopa Liit
Euroopa
Regionaalarengu Fond



Eesti
tuleviku heaks

2019

Uuring tehti Sotsiaalministeeriumi tellimusel. Uuringut rahastas Euroopa Regionaalarengu Fondi valdkondliku teadus- ja arendustegevuse tugevdamise programmi (RITA) tegevus 2 „Teadmistepõhise poliitikakujundamise toetamine“ ja Sotsiaalministeerium.

Poliitikasoovitused Eesti tervishoiu inimkesksuse arendamiseks töötati välja koos Triin Habichtiga.

Elanikkonna silmast silma küsitluse tegi Turu-uuringute AS.

Sisukord

LÜHIKOKKUVÕTE	5
ELANIKKONNA KÜSITLUSE TULEMUSED	5
TERVISHOIUTÖÖTAJATE KÜSITLUSE TULEMUSED	6
SOOVITUSED.....	6
SISSEJUHATUS.....	8
1 UURINGU METOODIKA	9
1.1 INIMKESKSUSE MÕISTE MÄÄRATLEMINE	9
1.2 KÜSIMUSTIKE KOOSTAMINE	10
1.2.1 Elanikkonna küsimustiku koostamine.....	10
1.2.2 Tervishoiutöötajate küsimustiku koostamine	12
1.3 VALIMID	13
1.3.1 Elanikkond	13
1.3.2 Tervishoiutöötajad	13
1.4 KÜSITLUS.....	14
1.4.1 Elanikkond	14
1.4.2 Tervishoiutöötajad	15
1.5 KÜSITLUSTE TULEMUSTE ANALÜÜSI MEETODID	16
2 ELANIKKONNA KÜSITLUSE TULEMUSED	18
2.1 TERVISEHARITUS	18
2.2 KÄTTESAADAVUS.....	24
2.3 ÜLDINE RAHULOLU KASUTATUD TERVISHOIUTEENUSEGA	27
2.4 INIMESKNE SUHTLUS PATSIENDIGA	29
2.5 PATSIENDIOHUTUS.....	30
2.6 RAVI KOORDINEERIMINE	32
2.7 LÄHEDASTE KAASAMINE	33
3 TERVISHOIUTÖÖTAJATE KÜSITLUSE TULEMUSED.....	35
3.1 PATSIENDIKESKSUSE MÕÕDIKU KESKMISED HINNANGUD	35
3.2 PATSIENDIOHUTUS.....	43
4 ETTEPANEKUD TERVISHOIU INIMKESKSUSE MÕÕDIKUTE KORRIGEERIMISEKS	47
4.1 ELANIKKONNA KÜSITLUS.....	47
4.2 TERVISHOIUTÖÖTAJATE KÜSITLUS	48
4.2.1 Küsimustik	48
4.2.2 Küsitluse korraldus	50
5 ETTEPANEKUD TAGASISIDE KÜSIMISEKS PÄRAST TEENUSE KASUTAMIST	52
6 POLIITIKASOOVITUSED INIMKESKSEMA TERVISHOIU ARENDAMISEKS	54
KASUTATUD ALLIKAD.....	56
LISA 1. ELANIKKONNA KÜSITLUSE FAKTORANALÜÜS MEETOD	58
LISA 2. TERVISHOIUTÖÖTAJATE KÜSITLUSE FAKTORANALÜÜSI MEETOD	59

LISA 3. ELANIKKONNA KÜSITLUSE TULEMUSED	60
LISA 4. TERVISHOIUTÕÖTAJATE KÜSITLUSE TULEMUSED	84
LISA 5. ELANIKKONNA KÜSIMUSTIK	99
LISA 6. TERVISHOIUTÕÖTAJATE KÜSIMUSTIK	109

Lühikokkuvõte

Uuringu eesmärk oli välja töötada küsimustikud inimkeskse tervishoiu ja elanike terviseharituse mõõtmiseks. Küsimustikud koostati tervishoiutöötajate ja elanikkonna jaoks eraldi.

Inimkeskne tervishoid on mitmetahuline mõiste, millel puudub ühtne laialt kasutusel olev mõõtmisinstrument. Inimkeskne tervishoid on seotud mõnevõrra erinevate mõistetega – patsiendikeskne, isikukeskne ja inimkeskne tervishoid. Ühtsena on kõigi nende mõistete keskmes inimene tervikuna, mitte tema haigus, diagnoos või tervishoiusüsteem. Samuti on olulisel kohal inimese ja tema lähedaste igakülgne kaasamine raviprotsessi, inimese teadlike otsuste ja isiklike eelistuste arvestamine raviotsuste planeerimisel ja elluviimisel.

Elanikkonna sihtgrupis küsitleti silmast silma meetodil 1000 elanikku vanuses 15 või rohkem. Tervishoiutöötajate sihtgruppi kuulusid kõik Eesti arstid, õed ja ämmaemandad. Küsitlus tehti veebiküsitlusena ja koguti 1036 vastust.

Elanikkonna küsitluse tulemused

Terviseharitus. Üle poole elanikkonnast hindab terviseoteabe leidmist, mõistmist ja tõlgendamist ning kasutamist pigem lihtsaks või väga lihtsaks. Tervisekäitumise juhiste ja soovitude mõistmist hindab valdav osa Eesti elanikest lihtsaks (85–90% elanikkonnast). Enim raskusi valmistab haiguse või ravi kohta kättesaadava teabe usaldusväärsuse üle otsustamine, mida hindab raskeks ligi kolmandik (27–33%) elanikkonnast.

Üldine rahulolu tervishoiuteenustega on kõrge. Viimasel 12 kuul tervishoiuteenust kasutanute keskmine hinnang teenuse ootustele vastavuse kohta on 10-palliskaalal vahemikus 7,7–8,5. Hinnang on madalam oma tervise seisundit halvemaks hindavate ja erakorralise meditsiini osakonna (EMO) / traumapunkti teenust kasutanute hulgas.

Tervishoiuteenuste kättesaadavuse peamine probleem on pikk järjekord. Veidi üle kolmandikul elanikkonnast oli viimasel 12 kuul terviseprobleem, millega ta ei pöördunud tervishoiutöötaja poole. Tervishoiutöötaja poole mittepöördumisel said inimesed terviseprobleemi lahendamiseks ise hakkama (ca 60%) ja tegemist ei olnud nii tõsise terviseprobleemiga (ca 50%). Tervishoiuteenuste kättesaadavuse probleemile viitab põhjus, et tervishoiutöötaja juurde on liiga pikk järjekord (ca 27%).

Rahalistel põhjustel on retseptiravimite kättesaadavuse probleem esinenud veidi enam kui kümnendikul neist, kellele viimase 12 kuu jooksul retseptiravimeid välja kirjutati.

Inimkeskne suhtlus. Suhtlust tervishoiutöötajaga tajuvad patsiendid valdavalt inimkesksena. Enamikke uuringus käsitletud inimkeskse suhtluse tunnusjooni tajus viimati kasutatud tervishoiuteenusel tervishoiutöötajaga suheldes üle 70% neist, kes aasta jooksul olid mõnda tervishoiuteenust kasutanud.

Lähedaste kaasamine. Ligi viiendik elanikkonnast on viimase 12 kuu jooksul vajanud oma täisealise lähedase tervise või ravi kohta infot tema arstilt, õelt või ämmaemandalt. Lähedase tervise või ravi kohta info saamisel esines **probleeme arsti, õe või ämmaemandaga kontakteerumisel ligikaudu kolmandikul infot vajanutest.** Lähedase tervise või ravi kohta infot vajanutest ca 75% soovis lisaks arutada tervishoiutöötajaga ravi või hoolduse planeerimist ning valdav osa neist (ca 80%) sai seda ka teha.

Patsiendiohutus. Valdavalt tuntakse (ligikaudu 85% viimase 12 kuu jooksul mõnda tervishoiuteenust kasutanutest), et **tervishoiuasutuses tehtud ravi, uuringud ja analüüsid olid ohutud.**

Ravi koordineerimine. Viimase kahe aasta jooksul on haigla- või päevaravil (sh sünnitamine) viibinud ligikaudu neljandik elanikkonnast. Nendest **valdav osa (ca 90%) sai haiglaravilt lahkudes edasiseks**

hoolduseks, taastumiseks ja raviks juhised ning ligikaudu 80%-le anti kontakt, kuhu tervisemurega pärast haiglaravi pöörduda.

Tervishoiutöötajate küsitluse tulemused

Patsiendikeskset käitumist mõõdeti 27 küsimusega, mis koonduvad kolmeks faktoriks: 1) patsiendi perspektiivi tajumine, 2) informatsiooni jagamine, 3) kommunikatsioonihaldus. **Tervishoiutöötajad hindasid oma suutlikkust käituda patsiendikeskselt küllaltki kõrgelt.** Kõikide väidete keskmised vastused 5-palliskaalal on 3 või enam (0 on „väga vähesel määral“ ja 4 on „väga suurel määral“). Erinevused patsiendikeskse käitumise hinnangutes on seotud ametiala, soo, vanuse, rahvuse ja tööstaažiga. Naised on võrreldes meestega kindlamad oma suutlikkuses tajuda patsiendi perspektiivi, õed ja ämmaemandid on seda võrreldes arstidega ning mitte-eestlased võrreldes eestlastega. Informatsiooni jagamisel tunnevad ennast kindlamini ämmaemandid (võrreldes arstidega), mitte-eestlased (võrreldes eestlastega) ja pikema erialase kogemusega tervishoiutöötajad (võrreldes lühema staažiga). Võrreldes arstidega valdavad kommunikatsioonihalduse oskusi enda hinnangul paremini õed ja ämmaemandid ja võrreldes noortega vanemad tervishoiutöötajad.

Oma patsiendiohutuse teadmisi ja oskusi hindavad tervishoiutöötajad valdavalt heaks (ca 93%). Samuti teab enamik (ca 80%), kuidas toimida, kui patsiendiohutuses on tehtud viga. Teadlikkus, kuidas toimida, kui patsiendiohutuses on tehtud viga, on mõnevõrra madalam perearstide hulgas (ca 67%).

Ligi 75% tervishoiutöötajatest leiab, et asutuses, kus ta töötab, õpitakse patsiendiohutuses tehtud vigadest ja viiakse sisse muudatusi. Ca 15% hinnangul on töökeskkonnas takistusi patsiendiohutuse tagamisel. Takistused hõlmavad järgmisi tegureid: aega, personali, töövahendeid ja füüsilist keskkonda.

Patsiendiohutuse tagamisel tunnevad töökohas takistusi sagedamini õendushaigla või koduõendust pakkuva asutuse tervishoiutöötajad.

Soovitused

Mõõdikute täiendamise ettepanekud. Käesolev uuring tehti selleks, et testida uusi mõõdikuid tervishoiu inimkesksuse mõõtmiseks. Praegune lahendus võimaldab saada pealiskaudselt teavet kogu laia tervishoiuteenuste spektri kohta, kuid teenuste ja gruppide vahel esinevaid erisusi ei ole võimalik tuvastada. Testimise tulemusena soovitame elanikkonna küsitluses edaspidi süvendatult keskenduda mõnele poliitikakujundamise vaatest olulisemale tervishoiu inimkesksuse alakomponendile selle asemel, et kogu inimkeskset tervishoidu tervikuna vaid mõne küsimusega mõõta.

Tervishoiutöötajate küsitlus on arstidele rahvusvaheliselt välja töötatud mõõdik. Testimise tulemusena selgus, et küsimuste sõnastuse ja rõhuasetuse tõttu ei taju õed ja ämmaemandid mitme küsimuse juures kokkupuudet oma tööga. Soovitame lisaks mõnele tehnilisele nüansile nende sihtrühmade jaoks küsimusi korrigeerida.

Patsiendiohutuse küsimusi käsitletakse küsimustikus vaid väga põgusalt ning analüüsist ilmnevad soovitused on valdavalt asutusespetsiifilised. Selle tõttu on vajalik patsiendiohutuse uurimine just asutuse tasandil, et kogutavat infot oleks võimalik otse tervishoiuteenuste pakkumise kvaliteedi parandamisse suunata.

Poliitikasoovitused inimkesksema tervishoiu arendamiseks

1. Soovitame senisest enam rõhku pöörata sellele, et inimestel oleks üks usaldusväärne kanal, mille kaudu on võimalik saada tõenduspõhist teavet tervise ja haigusseisundite ning ravi kohta. Selleks soovitame Sotsiaalministeeriumil koostöös haldusala asutustega luua või valida kanal ning kokku

leppida, kelle ülesanne on sellise kanali haldamine ning kuidas teised osapooled saavad sellesse panustada.

2. Soovitame Sotsiaalministeeriumil koostöös Haridus- ja Teadusministeeriumiga arutada, millised võimalused on üldharidusõppe käigus õpetada eri allikatest saadavat teavet kriitiliselt hindama ning kasutama.
3. Soovitame Sotsiaalministeeriumil teha konkreetsele patsiendirühmale (näiteks vähipatsiendid, kõrge riskiga krooniliste haigustega patsiendid jne) suunatud uuringuid, mis võimaldaks paremini mõista selle patsiendirühma vajadusi ning välja töötada praktilised poliitikasekkumised.
4. Soovitame analüüsida olemasoleva retseptiravimite hüvitamise süsteemi mõju eri elanikerühmadele (sotsiaalmajanduslik taust, tervisevajadus) ning kaaluda selle põhjal täiendavate poliitikameetmete rakendamist, mis oleks ennekõike suunatud haavatavamatele elanikerühmadele.
5. Soovitame Sotsiaalministeeriumil põhjalikumalt analüüsida patsiendiohutuse tagamise võimalusi õendusabi osutavates asutustes, et välja selgitada seal esineva patsiendiohutuse takistuse juurpõhjused ning nende tulemuste põhjal välja töötada vajalikud meetmed.
6. Soovitame Sotsiaalministeeriumil koostöös Eesti Perearstide Seltsiga arutada, millist tuge perearstid vajavad patsiendiohutuse teadlikkuse tõstmiseks ning koostöös välja töötada tõenduspõhised lahendused perearstide patsiendiohutuse teadmiste tõstmiseks.
7. Lisaks eelnevale, soovitame Sotsiaalministeeriumil elanikkonna küsitluse tulemuste põhjal uurida:
 - a. EMO-ga madalama rahulolu põhjuseid;
 - b. oma lähedase kohta teabe saamise võimalusi;
 - c. haiglaravi lõppemise järgselt patsientidele edasiseks hoolduseks, taastumiseks ja raviks juhiste andmist ning nende juhiste piisavust ja kvaliteeti.

Sissejuhatus

Inimkeskne tervishoid on väga lai ja mitmetahuline mõiste, millel puudub ühtne kokkulepitud määratlus ning laialdaselt kasutatav mõõtmisinstrument. Kasutusel on mitu sisult sarnast mõistet, nagu nt patsiendikeskne (*patient-centered*) ja isikukeskne (*person-centered*) tervishoid. Küll aga hõlmavad kõik kolm üldiselt sama ideed, et tervishoiu keskmes on inimene, mitte haigus, diagnoos või süsteem iseenesest. Samuti seatakse kõigis kolmes esikohale patsientide ja lähedaste kaasamine raviprotsessi ning inimeste otsuste ja eelistustega arvestamine raviotsuste ning -tegevuste planeerimisel ja elluviimisel. Käesolevas uuringus on inimkeskse tervishoiu määratlemisel võetud aluseks nii Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) välja töötatud inimkeskse tervishoiu raamistik, kui ka Eestis selle raamistiku põhjal koostatud Rahvastiku Tervise Arengukava 2020–2030 (koostamisel) alaeesmärk „Inimkeskne tervishoid“. Kuna inimkeskse tervishoiu mõiste on lai, tuli selle mõõtmiseks täpsustada komponendid, mida mõõdetakse. Inimkeskse tervishoiu peamised komponendid ja nende alakomponendid määras tellija.

Uuringu eesmärk on välja selgitada Eesti elanike ja tervishoiutöötajate hinnangud inimkesksele tervishoiule ning elanike tervisealased teadmised. Uuringu tulemuste alusel tehakse järeldusi ja ettepanekuid väljatöötatud küsitlusinstrumentide kohta ning edasisi ettepanekuid, kuidas saada inimestelt tagasisidet vahetult pärast teenuse kasutamist, ning anda poliitikasoovitusi inimkesksema tervishoiu arendamiseks.

Uuringu aluseks on kahe küsitlusega kogutud andmed. Küsimustike koostamisel kombineeriti teistes riikides kasutatud tervishoiu inimkesksuse komponentide küsimustike küsimusi ja varasema iga-aastase küsitluse „Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile“ (edaspidi EHTA) küsimusi. Elanikkonna küsimustik hõlmab järgnevaid inimkesksuse komponente: patsiendikeskne suhtlus, terviseharitus, ravi koordineerimine, kättesaadavus, lähedaste kaasamine, patsiendiohutus. Tervishoiutöötajate küsimustik koosneb kahest osast: tervishoiutöötajate hinnang enda patsiendikesksele käitumisele ja patsiendiohutus. Patsiendikesksuse mõõdik on Taanis välja töötatud küsimustiku kohandus ja jaguneb kolmeks alakomponendiks: patsiendi perspektiivi tajumine, informatsiooni ja otsuste tegemise jagamine ning kommunikatsioonihaldus.

Elanikkonna sihtgrupis küsitleti silmast silma meetodil 1000 Eesti elanikku vanuses 15-aastased ja vanemad. Tervishoiutöötajate sihtgrupis, kuhu kuulusid kõik Eesti arstid, õed ja ämmaemandad, koguti 1036 inimese vastused. Uuringuraportis esitatakse tulemused nende taustatunnuste kaupa, milles oli statistiliselt olulisi erinevusi.

Uuringu raporti esimene peatükk kirjeldab uuringu metoodikat. Teine ja kolmas peatükk annab ülevaate elanikkonna ja tervishoiutöötajate küsitluse peamistest tulemustest. Neljas, viies ja kuues peatükk võtavad kokku soovitud Eesti tervishoiu inimkesksuse arendamiseks uuringus läbiviidud küsitluste tulemuste põhjal, ettepanekud tervishoiu inimkesksuse mõõdikute korrigeerimiseks ja pärast teenuse kasutamist vahetu tagasiside küsimiseks. Raporti lisades on elanikkonna ja tervishoiutöötajate valimi kirjeldused, faktoranalüüsi metoodika kirjeldused, raporti põhiosast välja jäetud tulemused ning kasutatud küsimustikud.

1 Uuringu metoodika

1.1 Inimkesksuse mõiste määratlemine

Inimkeskne tervishoid hõlmab mõnevõrra erinevaid ingliskeelseid mõisteid: *patient-centered*, *person-centered* ja *people-centered health care* (patsiendikeskne, isikukeskne ja inimkeskne tervishoid). Kuigi neid mõisteid võib käsitleda nii, et inimkeskne tervishoid on kõige laiem ja hõlmab endas isikukeskset tervishoidu ning see omakorda hõlmab patsiendikeskset tervishoidu, siis praktikas kasutatakse neid mõisteid läbisegi¹ (vt nt Santana *et al.* 2018).

Inimkeskne tervishoid (*people-centered*) on neist kõige laiem mõiste. Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) määratluse kohaselt on inimkeskne tervishoid lähenemisviis, mis aitab tervishoiutöötaja ja inimese suhtlust muuta selliseks, kus inimene on aktiivne osaleja enda ravis ja hoolduses, mille juures arvestatakse inimese tahte, tunnete ja vajadustega, inimeste vastutuse võtmisega enda tervise eest laiemalt kui ainult kliiniline kontakt, tähelepanu pööramisega inimeste tervisele nende kogukonnas ning inimeste kaasamisega tervisepoliitika ja tervishoiuteenuste kujundamisse (WHO 2016).

WHO on välja töötanud inimkeskse tervishoiu raamistiku, mis hõlmab viit omavahel seotud strateegiat tervishoiu inimkesksemaks muutmiseks (WHO 2016):

- inimeste ja kogukondade kaasamine ja võimestamine;
- juhtimise ja vastutuse tugevdamine;
- tervishoiumudeli ümberkujundamine;
- teenuste koordineerimine sektorite sees ja vahel;
- tervishoiu inimkesksust soodustava keskkonna loomine.

WHO raamistik inimkeskse tervishoiu saavutamiseks hõlmab väga laialdaselt nii riigi, kogukondade kui ka inimeste endi panust strateegiate elluviimisse. Samuti käsitleb WHO raamistik inimkesksust tervishoius väga üldistatud kujul. Eesti tervishoius kannab inimkesksuse edendamise ideed rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 (edaspidi RTA), mis käesoleva uuringu projekti alguseks oli eelnõu etapis. RTA-s kirjeldatakse alaeesmärgi inimkeskse tervishoiu arendamise lahendusteid ehk suuniseid tervishoiu inimkesksemaks muutmiseks järgnevalt:

- 1) inimeste ja kogukondade võimestamine ja kaasamine, terviseharitus;
- 2) personali võimekuse suurendamine, juhtimise ja vastutuse tugevdamine;
- 3) teenuste mudeli ümberkujundamine ning koostöö ja koordineerimine sektorite sees ja vahel;
- 4) tervishoiu kvaliteeti ja patsiendiohutust toetavate tegevuste arendamine;

¹ Stewarti (2001) sõnastatud **patsiendikeskse** (*patient-centered*) tervishoiusüsteemi käsitleluse puhul arst (a) uurib patsiendi peamist visiidi põhjust, tema muresid ja vajadust tervise teabe järele; (b) püüab kõikehõlmavalt mõista patsiendi maailma ehk patsienti kui tervikut oma emotsionaalsete vajaduste ja eluoluga; (c) leiab patsiendiga ühiselt arusaama, milles on probleem, ja selle lahendamises lepatakse ühiselt kokku; (d) tegeleb ennetamise ja terviseedendusega ja (e) edendab patsiendi ja arsti vahelise kontakti hoidmist. Patsiendikesksuse edasiarendus on **isikukeskne tervishoid** (*person-centered*). Ekman *et al.* (2011) on välja toonud, et isikukeskne tervishoid läheb kaugemale patsiendikesksest tervishoiust. Kirjeldades isikukeskset tervishoidu sellisena, kus patsient on tervishoiuteenuse pakkumise siht ja eesmärk, seatakse sisse vastastikune suhe, milles patsient on enda ravis ja selle kohta otsuste tegemisel aktiivne osaline. Isikukeskne tervishoid rõhutab patsiendi taga oleva inimese põhjuste, tahte, tunnete ja vajadused tundmist, eesmärgiga teda aktiivse partnerina ravi ja hoolduse protsessi kaasata. Võrreldes Stewarti (2001) käsitlelusega, ei ole isikukeskne tervishoid oluliselt erinev Ekmani *et al.* (2011) määratlusest. Samas, Silva (2014) ütleb, et isikukeskne tervishoid on patsiendi eelistuste, väärtuste, pere olukorra, sotsiaalsete tingimuste ja elustiiliga arvestamine – inimese nägemine indiviidina ja koos tegutsemine asjakohaste lahenduste väljatöötamisel. Kokkuvõttes on isikukeskne tervishoid koostootmine, mitte tarbimine.

- 5) ebavõrdsuse vähendamine ja patsientide põhiõigused tervishoius.

Jättes kõrvale inimkeskse tervishoiu kõige laiemal komponendi (inimeste kaasamise tervishoiu ja teenuste kujundamisse), on nt Pickerti patsiendikeskse tervishoiu käsitluses kaheksa komponenti (Oneview 2015):

- 1) patsiendi väärtuste, eelistuste ja väljendatud vajadustega arvestamine;
- 2) ravi ja hoolduse koordineeritus ning integreeritus;
- 3) informeerimine ja haridus (kliiniline olukord, raviprotsess, autonoomia, enese eest hoolitsemine ja terviseedenduseks vajaliku teabe jagamine);
- 4) füüsiline mugavus (valu juhtimine, abi igapäevaste tegevuste ja vajaduste rahuldamisel, tervishoiuasutuse ümbrus ja keskkond);
- 5) emotsionaalne tugi ning ärevuse ja mure leevendamine;
- 6) pere ja sõprade kaasamine;
- 7) ravi jätkuvus ja ülekandmine (kuidas pärast teenuselt lahkumist tagada, et ravi jätkub);
- 8) ligipääs ravile ja hoolitsusele.

Kokkuvõttes on inimkeskne tervishoid liialt lai mõiste, et lugeda see üheks nähtuseks, mida saab kompaktselt ühe (küsitlus)instrumendiga mõõta. „Patsiendikesksus on mitmetahuline nähtus, mille tervikkontseptsiooni ei kirjelda ükski üksik teooria piisava täpsusega“ (Ishikawa *et al.* 2013, viidatud Silva 2014 kaudu). Seetõttu on tervishoiu inimkesksuse uurimiseks vajalik defineerida üldmõiste, selle alakomponendid, ja määrata, mida soovitakse täpsemalt mõõtmisega saavutada (Silva 2014: 23).

Silva (2014) on välja toonud, et inimkeskse tervishoiu või selle komponentide mõõdikuid on väga palju ja erinevaid (ta toob välja 160 mõõdikut/küsimustikku). Sageli keskenduvad need üksikule sekkumisele (nt inimkesksele suhtlusele suunatud koolituste mõju hindamine), konkreetse tervishoiuteenuse või teenuse episoodi mõõtmisele või on seotud mingi kliinilise situatsiooni ja sihtrühmaga, kuid need ei sobi kogu elanikkonna küsitlemiseks.

Praeguses uuringus on kombineeritud ühe inimkeskse tervishoiu käsitust terviklikult hõlmava mõõdiku puudumise tõttu erinevate inimkeskse tervishoiu alakomponentide mõõdikute küsimusi.

1.2 Küsimustike koostamine

1.2.1 Elanikkonna küsimustiku koostamine

Uuringu tellija edastas tervishoiu inimkesksuse komponendid, millele uuringus keskendutakse. Elanikkonna küsimustikuga uuritavate tervishoiu inimkesksuse komponentide ja nende alla kuuluvate alakomponentide loetelu on esitatud Tabel 1. Nende põhjal töötati välja küsimustik, kombineerides küsimusi teistes riikides kasutatud inimkeskse tervishoiu alakomponentide eri mõõdikutest. Neile lisati mõned küsimused EHTA küsimustikust, mida kasutatakse OECD tervishoiu ravikvaliteedi indikaatorite arvutamiseks ja mis sobitusid sisult tervishoiu inimkesksuse komponentide alla. Elanikkonna küsimustiku koostamisel arvestati asjaolusid, et küsimustik sobiks elanikkonna küsitlemiseks ega oleks pikem kui 40 küsimust. Küsimuste mahu piirang on seotud seetõttu, et liiga pika küsitluse puhul vastajad väsivad, nende tähelepanu hajub ning seetõttu väheneb vastamise täpsus. Küsimustiku koostamise tegi keerukaks see, et inimkeskse tervishoiu mõiste on väga lai ning hõlmab mitmeid komponente ja alakomponente. Selleks, et koostada etteantud pikkusega küsimustik, tuli teha valikuid, mida ja kui põhjalikult küsitlusuuringuga saab küsida. Seetõttu arvestati, et iga komponent oleks küsimustikus kaetud vähemalt ühe küsimusega.

Tabel 1. Küsimustikus kasutatud tervishoiu inimkesksuse komponendid ja nende alakomponendid

Tervishoiu inimkesksuse komponent	Alakomponent	Küsimuste arv
Patsiendikeskne suhtlus	jagatud otsustamine	1
	patsiendi austamine, väärtustamine ja emotsionaalne toetamine	3
	info arusaadav edastamine	2
	patsiendi eelistustega arvestamine	1
Terviseharitus	oskus infot leida	2
	oskus infot mõista	2
	oskus infot kasutada	2
	vastutus oma tervise eest	1
Ravi koordineerimine	visiidijärgne koordineerimine	5
Kättesaadavus	geograafiline kättesaadavus	1
	arstivisiidi broneerimise lihtsus	1
	rahaline kate	2
Lähedaste kaasamine	lähedaste informeerimine	2
	lähedaste kaasamine otsustamisse	1
Patsiendiohutus	ravi, uuringute ja analüüsides ohutus	1
	patsiendi isiku tuvastamine	1
	tervishoiutöötaja käte desinfitseerimine	1

Pärast küsimustiku koostamist ja kooskõlastamist tellijaga testiti küsimustikku üheksa vastajaga. Testitavate inimeste valikul peeti silmas, et hõlmatud oleks inimesed eri vanuserühmadest, soost ja piirkonnast. Testimise käigus paluti küsimustele vastata ja lisaks välja tuua, kui nad mingil põhjusel ei saa või ei oska küsimusele vastata. Samuti paluti täpsustada, kuidas nad küsimusest aru said ja mille põhjal oma vastuse andsid. Testimise tulemuste põhjal tehti küsimuste sõnastuses parandusi. Lisaks tehti ettepanek välja jätta mõned küsimused, mis testimise tulemusena olid vastajatele arusaamatud või mõisteti küsimuse sisu väga varieeruvalt. Tellija soovil jäeti küsimustikku alles järgmised küsimused, mille analüüsimisel tuleb arvestada testimisel ilmnunud piirangute ja probleemidega.

- **Palun hinnake, kui lihtne või raske on Teie jaoks leida asjakohast infot Teid puudutavate haiguste või ravi kohta?** – Testvastajad said küsimuse sisust aru väga erinevalt ja vastasid kas patsiendiportaalist oma terviseandmete vaatamise, perearstilt info saamise, guugeldamisoskuse jne kohta. See tähendab, et vastajad mõistavad küsimust erinevalt ja võivad vastata erinevate infoallikate kohta.
- **Kas viimati tervishoiuteenust kasutades tervishoiutöötaja desinfitseeris käsi või vahetas kindaid?** – Testvastajate kommentaaridest ilmnnes, et vastati pigem lähtudes usaldusest tervishoiutöötajate vastu või lähtuti enesestmõistetavusest (nt „Loomulikult, operatsiooni oli ju“; „Eeldan, et desinfitseeris käsi“). Samas, ükski testvastaja ei toonud otseselt välja käte desinfitseerimise või kinnaste vahetamise nägemise või tähelepaneku kogemust. Samuti on tõenäoline, et sellist detaili ei mäletata, kui visiidist on möödas mitu kuud. Seega võivad vastused kajastada inimeste arvamust sellest, kas tervishoiutöötajad tavapäraselt selles olukorras käsi desinfitseerivad, mitte asjaolu, et käsi desinfitseeriti.
- **Kas viimati tervishoiuteenust kasutades tervishoiutöötaja tuvastas Teie isiku (küsis nime, isikukoodi või dokumenti)?** – Testimisel kasutatud küsimuse sõnastusel oli sulgudes tekst „küsis nime ja isikukoodi“. Pärast testimist küsimuse sõnastust mõnevõrra muudeti, kuid analüüsimisel tuleb arvestada probleemidega, mis testvastajatel tekkisid. Vastajates tekitas segadust, millise hetke kohta küsiti (kas nime küsimine registratuuris, vastuvõtukabinetti kutsumisel, arstiga suhtlemist

alustades vms). Samuti tekitas mõnevõrra probleeme mõistmine, mida isiku tuvastamisena määratleda ehk kui inimest kõnetatakse eesnime järgi, siis kas see on isiku tuvastamine.

Lõplik küsimustik koosneb 47 küsimusest (tervishoiu inimkesksuse komponente katvad küsimused ja filterküsimused). Eesmärgiks seatud küsimuste arvu ei suudetud saavutada, sest küsimustikku on hõlmatud mitmeid tervishoiu inimkesksuse komponente ja seda väga vähese hulga küsimustega. Küsimusi vähendades oleks mõni komponent käsitlest välja jäänud. Küsimustiku testimisel kulus vastamisele umbes 20 minutit, mis on silmast silma küsitluse puhul aktsepteeritav.

Pärast küsimustiku lõppversiooni kinnitamist tellijaga tõlgiti see vene keelde ning vormistati ja programmeeriti nii, et küsitlust saaks teha TAPI meetodil ehk silmast silma intervjuuna, kus küsitleja täidab küsimustikku tahvelarvutis. Küsimustik on leitav uuringuraporti lisas (Lisa 5. Elanikkonna küsimustik).

1.2.2 Tervishoiutöötajate küsimustiku koostamine

Tellijal valikul kasutati tervishoiutöötajate küsimustikuna Taanis välja töötatud mõõdikut, mis käsitleb patsiendikesksust (Kjaer *et al.* 2015). Mõõdik sisaldab 27 küsimust, mis faktoranalüüsi tulemusel moodustavad kolm faktorit:

- patsiendi perspektiivi tajumine (*exploring the patient perspective*);
- informatsiooni ja otsuste tegemise jagamine (*sharing information and power*);
- kommunikatsioonihaldus (*dealing with communicative challenges*).

Mõõdiku kasutamiseks küsiti luba selle väljatöötajalt. Mõõdiku autorid andsid kasutamiseks loa ja küsimustiku ingliskeelse versiooni. Küsimustik tõlgiti eesti keelde edasi-tagasi-tõlke meetodil: uuringumeeskond tõlkis küsimustiku eesti keelde, seejärel tõlkis tõlkija küsimustiku taas inglise keelde. Inglisekeelset algversiooni ja tagasitõlget võrreldi ning eestikeelses versioonis korrigeeriti küsimuste sõnastusi nii, et see vastaks võimalikult täpselt küsimustiku ingliskeelsele versioonile. Lisaks patsiendikesksuse mõõdikule lisati tervishoiutöötajate küsimustikku viis küsimust patsiendiohutuse komponendi kohta. Küsimustik on lisatud uuringuraportile (vt Lisa 6. Tervishoiutöötajate küsimustik).

Pärast küsimustiku esimest kooskõlastamist tellijaga testiti küsimustikku õe, ämmaemanda ja arstiga. Kasutatav patsiendikesksuse mõõdik on loodud arstidele või arstiteaduse üliõpilastele vastamiseks. Seetõttu testimisel osalenud õe ja ämmaemanda hinnangul ei sobinud mitmel juhul patsiendikesksuse küsimused nende töö iseloomuga. Kuigi üldiselt puutuvad õed ja ämmaemandid oma töös kokku kõigi küsimustikus käsitletud patsiendikesksuse komponentidega, siis ilmselt on probleem küsimuste (väidete) sõnastuses ja rõhuasetuses, sest need kõnetavad eelkõige arste. Näiteks ei saanud õde ega ämmaemand vastata küsimusele raviplaani kokkuleppimisest patsiendiga, sest nende hinnangul raviplaani koostamine ei kuulu nende tööülesannete hulka ega ole nende pädevuses. Enamik selliseid küsimusi kuuluvad mõõdikus faktor kahe – informatsiooni ja otsuste tegemise jagamine (*sharing information and power*) – alla.

Mõõdikus olevast 27 küsimusest ei sobinud õdedele või ämmaemandatele 12 küsimust. Selle olukorra lahendamiseks oli mitu alternatiivi, mille kaalumisel otsustati lisada vastuste skaalale vastusevariant „ei puutu minu töösse“.

Patsiendikesksuse mõõdiku küsimuste sõnastusi testimise tulemusena ei muudetud. Kuigi testvastajatel oli mõne küsimuse sõnastuse kohta kommentaare, ei olnud probleemid vastamise juures oluliseks takistuseks ning otsustati jääda algselt ingliskeelsele originaalversioonile kõige lähema sõnastuste juurde.

Patsiendiohutuse küsimuste juures tõi arstist testvastaja välja, et patsiendiohutus on väga lai mõiste. Eesmärgiga saada teada patsiendiohutuse tagamise takistusi, mis vastaja töökeskkonnas võivad esineda, lisati küsimustikku avatud vastusega küsimus. Küsimustikust jäeti välja küsimus: „Asutuses, kus ma töötan, tegeletakse patsiendiohutuse parendamisega“, kuna testvastajad ei eristanud seda küsimusest „Asutuses,

kus ma töotan, õpitakse patsiendiohutuses tehtud vigadest ja viiakse sisse muudatusi“. Viimane küsimus, mis on täpsem ja konkreetsem ning väljendab patsiendiohutuse parendamist, jäeti küsimustikku.

Pärast küsimustiku lõppversiooni kinnitamist tellijaga tõlgiti see vene keelde. Nii eesti- kui ka venekeelne küsimustik sisestati veebiküsitluskeskkonda ning seejärel testiti küsimustiku elektroonilist toimimist.

1.3 Valimid

1.3.1 Elanikkond

Elanikkonna sihtgrupp oli 15-aastased ja vanemad Eesti elanikud ja valimi suurus 1000 vastajat. Valimi koostamisel kasutati üldkogumile proportsionaalset mudelit maakondade ja asulatüüpide kaupa, mille põhjal tehti esinduslik mitmeastmeline juhuvalik. Valimi mudel koostati Eesti Statistikaameti rahvastikustatistika andmete alusel, mille põhjal määratleti eri asulatüüpides ja piirkondades valimipunktide arv, kokku moodustati 103 valimipunkti ja igas punktis ligikaudu 10 vastajat vanuses 15-aastased ja vanemad. Selle tulemusena vastab küsitlute struktuur elanikkonna struktuurile ja küsitluse tulemused on laiendatavad kogu Eesti vastavaealisele elanikkonnale.

1.3.2 Tervishoiutöötajad

Uuringu tervishoiutöötajate sihtgruppi kuuluvad arstid ja õendustöötajad (õed ja ämmaemandad). Valimi koostamiseks kasutati Tervise Arengu Instituudi (TAI) 2017. aasta kohta kogutud tervishoiutöötajate andmeid, kus oli kokku 12 740 arsti, õde ja ämmaemandat. Tervishoiutöötajate sihtgrupis koostati kihistatud juhuvalim, mis jagati järgmistesse kihtidesse: perearstid, muud arstid, pereõed, muud õed ja ämmaemandad. Valimi suuruseks määrati 5000 tervishoiutöötajat, eeldusel et veebiküsitluse vastamismäär on ligikaudu 20%, ning küsitlusega sooviti koguda 1000 tervishoiutöötaja vastust.

TAI andmete kohaselt töötab osa tervishoiutöötajaid korraga kahes või enamas asutuses või mitmel ametikohal. Maksimaalselt töötas üks valimisse sattunud inimene seitsmes asutuses. Üldkogumis oli 10 isikut, kelle andmed näitasid, et tervishoiutöötaja tegutseb nii õe kui ka arsti või ämmaemandana. Andmete täpsustamisel selgus, et tegelikult olid neist seitse arstid, kaks õed ja ainult üks töötaski kahel ametikohal (arst ja õde). Lisaks oli andmetes 51 isikut, kes töötasid korraga õe ja ämmaemandana. Kuna ämmaemandaid on üldkogumis vähem, valiti kõik 51 isikut ämmaemandate kihti. Isikud, kes töötasid korraga perearsti ja muu arstina või pereõe või muu õena, võeti valimisse vastavalt perearstide ja pereõdedena (vt Tabel 2).

Tabel 3 on toodud viis valimikihti, mis moodustati täpsustatud valimi põhjal. Üldkogumi ja lõpliku valimi kirjeldus on esitatud Tabel 4.

Tabel 2. Kolm tervishoiutöötajate valimi kihti – isikute arv enne ja pärast andmete täpsustamist

	Tervishoiu- töötajaid kokku	Arstid	Õed	Ämma- emandad	Arsti ja õena töötavad	Õe ja ämmaemandana töötavad
Algne üldkogum	12 801	4189	8157	455	10	51
Täpsustatud üldkogum	12 740	4187	8098	455		

Tabel 3. Viis tervishoiutöötajate valimi kihti – isikute arv enne ja pärast andmete täpsustamist

	Arstid kokku			Õed kokku			Ämmaemandad
	Perearstid	Muud arstid	Perearstina ja muu arstina töötav	Pereõed	Muud õed	Pereõena ja muu õena töötav	
Enne	921	3350	84	1231	7046	179	455

	Arstid kokku			Õed kokku			Ämmaemanda
	Perearstid	Muud arstid	Perearstina ja muu arstina töötav	Pereõed	Muud õed	Pereõena ja muu õena töötav	
Pärast	921	3266	0	1231	6867	0	455
Kokku			4187			8098	455
Tervishoiutöötajad kokku 12 740							

Tabel 4. Üldkogumi ja valimi kirjeldus – isikute arv ja osakaal (%)

Amet	Perearst	Muu arst	Pereõde	Muu õde	Ämmaemand	Kokku
Üldkogumi suurus	921	3266	1231	6867	455	12 740
Ameti osakaal (%)	7,22	25,64	9,66	53,9	3,58	100
Valimi suurus	361	1282	483	2695	179	5000
Kaal	2,55	2,55	2,55	2,55	2,54	

TAI saatis Centarile valimi, kus tervishoiutöötaja kohta oli välja toodud järgmine info: isikukood, amet; asutuste arv ja nimed, kus tervishoiutöötaja 2017. aastal töötas. Nende asutuste kohta, kus tervishoiutöötaja töötas, oli välja toodud pakutava teenuse tüüp, asutuse tüüp, omandivorm, töötajate arv ja asutuse üldine või kontaktisiku meiliaadress. Centar saatis valimisse valitud tervishoiutöötajate isikukoodid Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskusele, kus tervishoiutöötajate riikliku registri (edaspidi register) andmetest lisati iga isikukoodi juurde tervishoiutöötaja ees- ja perekonnanimi. Andmete ühendamisel selgus, et 58 isikukoodile ei olnud registris vastet, selle põhjused on teadmata. Kuna TAI valimi väljavõtte põhineb 2017. aasta andmetel, siis võib eeldada, et need 58 isikut ei tööta enam tervishoiutöötajana ja seetõttu ei ole neid registris kirjas. Arvestades valimi suurust (5000 isikut), oli registrist puuduvaid isikuid vähe, seetõttu otsustati ilma nimeta isikukoodid valimist eemaldada ning valimisse jäi alles 4942 tervishoiutöötajat.

1.4 Küsitlus

1.4.1 Elanikkond

Turu-uuringute AS tegi elanikkonna küsitluse 2019. aastal perioodil 16.04–29.04. Küsitletud leibkonnad valiti lähteaadressi meetodil. Linnades, alevites ja alevikes alustati küsitlust etteantud stardiaadressist ja liiguti edasi majanumbrite kasvavas suunas, külastades korrusmajades iga korterit. Kui stardiaadressiks oli paarisarvuline majanumber, külastati tänaval paarisnumbrilisi maju, kui stardiaadressiks oli paaritu majanumber, siis külastati tänaval paaritunumbrilisi maju. Eramajade puhul külastati ühel pool tänavat järjest iga maja. Tänaval lõppedes pöörati esimesse rist- või põiktänavasse ja jätkati küsitlust eeltoodud reeglite alusel. Marsruuti jätkati seni, kuni vajalik arv intervjuusid oli tehtud.

Külades valis küsitaja ise stardiaadressi. Järgmiste vastajate leidmiseks valiti edasiliikumise suund lähima talu/maja järgi ning jätkati marsruuti samas suunas, külastades järjest kõiki talusid/maju, sõltumata nende paiknemisest teede eri pooltel. Kui marsruudile sattus kortermaja, külastati iga korterit. Teede hargnemiskohas jätkati marsruuti samuti lähima maja/talu suunas. Marsruuti jätkati seni, kuni vajalik arv intervjuusid oli tehtud.

Vastaja valik leibkonnas tehti nn noore mehe reegli alusel, mille kohaselt valiti vastajaks kodusolevatest 15-aastastest ja vanematest pereliikmetest kõige noorem mees, selle puudumisel noorim vastavas vanuses naine. Selline valikumeetod annab neile küsitletavate kategooriatele, keda on vähem tõenäoline kodust

eest leida (eelkõige noored inimesed ja mehed), täiendava võimaluse valimisse sattuda. Eakamate ülesindatuse vältimiseks jälgiti vanemate vanuserühmade ealisi kvoote (maksimaalselt ühes valimipunktis kolm vastajat vanuses 60 ja vanemad, nendest üks üle 74 eluaasta). Kui reegli järgi valitud inimene keeldus küsitluses osalemast, siis samas leibkonnas uut valikut ei tehtud, vaid jätkati marsruuti. Kui kedagi ei olnud kodus või ei olnud kodus sihtrühma kuuluvaid pereliikmeid, siis tehti samale aadressile kordusvisiit.

Rahvusvaheliste uuringustandardite kohaselt rakendati pärast intervjuusid küsitlustöö järelkontrolli 10% küsimustike puhul juhuslikult valitud küsitluspunktides, kasutades tagasisidekirju. Kontrolliti küsitluse toimumise fakti, samuti vastaja valiku reeglit, küsitlusreeglite järgimist jms. Järelkontrolli käigus küsitlusreeglite rikkumisi ei tuvastatud.

Elanikkonna küsitlusele vastas kokku 1000 inimest. Selleks, et tasandada mudeli ja lõppvalimi erinevusi vastanute sotsiaaldemograafilistes tunnustes (sugu, vanuserühm, rahvus, regioon, asulatüüp), tehti ka andmete kaalumine. Kaalumisel võeti mudeli aluseks Eesti Statistikaameti andmed seisuga 01.01.2019.

1.4.2 Tervishoiutöötajad

Tervishoiutöötajate hulgas korraldati veebiküsitlus. Selleks oli tarvis saada valimisse valitud tervishoiutöötajate e-posti aadressid. Valimi koostamisel kasutatud andmeallikates tervishoiutöötajate e-posti aadresse ei ole, seetõttu tuli need uuringu jaoks eraldi koguda. Kuna osa tervishoiutöötajaid töötas 2017. aastal mitmes asutuses, valiti iga tervishoiutöötaja puhul välja üks asutus, kust tema kontakti küsiti. Eesmärgiga korraga võimalikult suur hulk tervishoiutöötajate kontakte kätte saada, valiti eelistatult need asutused, kus oli valimisse valitud mitu isikut. Seejärel jäi alles 579 tervishoiuasutust. Igale asutusele saadeti 23. mail uuringut tutvustav e-kiri, mille manusesse lisati Exceli dokument nimekirjaga sellest asutusest valimisse sattunud isikutest. Asutustel paluti lisada Exceli dokumenti iga isiku töömeiliaadress ja saata andmed kirjaga tagasi 30. maiks².

Tervishoiutöötajate kontaktide kogumisel ilmnesisid järgnevad asjaolud.

- Paljudel tervishoiutöötajatel puudus töömeiliaadress ja isiklikku e-posti aadressi asutusel polnud või ei võinud nad seda väljastada – sellistel juhtudel eemaldati isikud valimist.
- Kuna TAI andmed olid 2017. aasta seisuga, ei töötanud paljud valimis olnud inimesed andmetes toodud asutuses – on vahetanud töökohta, lapsehoolduspuhkusel, läinud pensionile või surnud. Üldjuhul eemaldati need isikud valimist. Erandina paluti asutustel kontaktide tabelis võimalusel asendada lapsehoolduspuhkusel olev töötaja mõne teise nende asutuses samal ametialal (õde, arst) töötava töötajaga, kuid selliseid asendusi tehti vähe.
- Mitmetel asutustel (eelkõige väiksematel) on õdedel või arstidel üks üldine e-posti aadress. See tähendab, et mitme isiku puhul saadeti korduvad e-posti aadressid. Sellisel juhul eemaldati need isikud valimist, sest uuringu kutse otsustati saata isiku individuaalsele e-posti aadressile, vältimaks olukordi, kus ühes e-posti postkastis on mitu uuringukutset ja üks töötaja võib kogemata täita teisele töötajale mõeldud küsimustiku.
- Valimis oli asutusi, mis on praeguseks oma tegevuse lõpetanud, nende asutuste töötajad eemaldati valimist.

31. maiks oli kokku kogutud 2363 tervishoiutöötaja kontaktid ja 451 isikut oli kirjeldatud põhjustel eelnevalt valimist eemaldatud. Tähtajaks ei olnud kontaktipäringule vastanud 311 asutust. Puudu oli kahe

²Sotsiaalministeerium taotles kontaktide kogumiseks, registriandmetest isikuandmete sidumiseks ja isikuandmete kasutamiseks ilma isiku nõusolekuta Andmekaitse Inspeksioonilt (AKI) loa. AKI-st loa taotlusele vastuse ja registrist andmete sidumiseks volituse saamine tekitas uuringu ajakavas nihke ja küsitlustega alustati planeeritud ca kolm kuud hiljem.

suure haigla (Lääne-Tallinna Keskhaigla ja Põhja-Eesti Regionaalhaigla) tervishoiutöötajate kontaktid. Kogutud tervishoiutöötajate kontaktide hulk oli küsitluse jaoks väike – 20% vastamismäär puhul oleks see tähendanud ca 472 vastust. Seetõttu otsustati kontaktide kogumise aega pikendada nädala võrra. Eesmärgiga koguda nädalaga veel tervishoiutöötajate kontakte, tehti järgmist.

- Vaadati üle vastamata asutuste e-posti aadressid ja võimalusel otsiti juurde kontakte (üldjuhul personalijuhi vms).
- Saadeti nii uutele kui esialgu kasutatud e-posti aadressidele veel kord kontaktipäringu kiri, milles rõhutati nende panuse olulisust uuringu õnnestumisele. Samuti pikendati vastamise tähtaega 7. juunini.
- Lisaks võeti telefoni teel ühendust nende asutustega, kus oli valimisse sattunud vähemalt 10 isikut. Puudu olid 311 asutuse tervishoiutöötajate kontaktid ning kõikide asutustega individuaalselt telefoni teel ühendust võtmine oleks olnud liialt ajamahukas.

Kontaktipäringule vastamise aja pikendamise ja tervishoiuasutustega lisaks telefoni teel ühendustvõtmise tulemusena koguti veel suur hulk tervishoiutöötajate e-posti aadresse. 10. juuniks oli kokku 3568 tervishoiutöötaja e-posti aadressi 288 asutuselt (vaata Tabel 5).

Tabel 5. Tervishoiutöötajate e-posti aadresside kogumise tulemused – isikute ja asutuste arv

	Isikut	Asutust
Tervishoiutöötajate esialgne valim	4942	579
Valimist eemaldatud isikud*	777	
Asutus likvideeritud / asutuse töötaja(d) ei soovi uuringus osaleda		18
Kontaktipäringule ei saanud vastust	597	273
Kogutud e-posti aadressid	3568	288

* Puudub tööalane ja/või isiklik e-posti aadress, ei tööta enam selles asutuses, lapsehoolduspühkudel, pensionil või surnud.

Küsitluseks kasutati LimeSurvey vabavaralist tarkvara. Kõigile valimisse sattunud tervishoiutöötajatele saadeti 10. juunil e-posti aadressile uuringu kutse koos individuaalse lingiga küsimustikule ning toodi välja, et vastamiseks on aega kuni 20. juunini. Küsitluse alustamisest esimese nädala möödumisel saadeti meeldetuletus küsitluse toimumise kohta kõigile neile, kes polnud küsimustiku täitmist alustanud või olid täitmise pooleli jättnud. Küsitluse viimasel päeval saadeti teine meeldetuletus.

Küsitlusele vastas kokku 1036 tervishoiutöötajat. Kogutud andmetes ja üldkogumis esines arstide, õdede ja ämmaemandate jaotuses erisusi (vaata Tabel 6). Seetõttu kaaluti andmed proportsioonide järgi tervishoiutöötajate üldkogumis. Kaalumisel võeti aluseks TAI kogutud tervishoiutöötajate andmed 2017. aasta kohta.

Tabel 6. Küsitlusele vastanute arv ning tervishoiutöötajate osakaal ametialade kaupa valimis ja üldkogumis

	Pearst	Muu arst	Pereõde	Muu õde	Ämma- emand	Kokku
Vastajate arv	83	354	75	480	44	1036
Küsitlusele vastanute osakaal (%)	8,01	34,17	7,24	46,33	4,25	100
Osakaal üldkogumis (%)	7,22	25,64	9,66	53,90	3,58	100

1.5 Küsitluste tulemuste analüüsi meetodid

Küsitlustulemuste kirjeldav analüüs esitab küsitluse käigus kogutud vastajate hinnangute osakaalud (kategoriaalsete valikvastustega küsimuste puhul) või keskvärtused (pidevate arvtunnuste korral) nii

eraldiseisvalt (üldhinnangute leidmiseks) kui ka taustatunnuste kaupa. Kuna elanikkonna ja tervishoiutöötajate puhul kasutati erinevat lähenemist ja erinevat küsimustikku, analüüsiti andmeid eraldi. Taustatunnusteks on elanikkonna küsitluse andmetel sotsiaalmajanduslikud ja -demograafilised tunnused nagu sugu, vanus, haridus, elukoht, tööalane seisund, kroonilise või pikaajalise terviseprobleemi olemasolu jms. Tervishoiutöötajate küsitluse andmete analüüsis on taustatunnusteks vanus, sugu, rahvus, eriala (arst, õde või ämmaemand), tööstaaž jms.

Lisaks kirjeldavale analüüsile tehti elanikkonna küsitluse andmete faktoranalüüs ning selleks, et hinnata taustatunnuste mõju faktoritele, tehti regressioonanalüüs. Tervishoiutöötajate küsitluses kasutatud eestindatud mõõdikus kirjeldatud tervishoiu patsiendikeskuse komponentide kehtivuse ning valiidsuse kinnitamiseks Eesti kontekstis kasutati struktuurivõrrandite mudelite raamistikku. Nimetatud analüüside meetodeid on kirjeldatud põhjalikult Lisa 1. Elanikkonna küsitluse faktoranalüüsi meetod“ ja Lisa 2. Tervishoiutöötajate küsitluse faktoranalüüsi meetod“.

Kvantitatiivsete küsitlusandmete üldkogumile üldistava analüüsiga käib paratamatult kaasas statistiline ebakindlus, mille tähelepanuta jätmine päädib potentsiaalsete valede hinnangute ja tulemuste tõlgendamisega. Seetõttu arvestati määramatuse tasemega hinnangutes ja kõik tulemused esitatakse 95%-liste usalduspiiridega. Usalduspiirid võimaldavad teatud tõenäosusega hinnata valimi põhjal leitud hinnangute ning gruppidevaheliste erisuste kehtimist üldkogumis. Juhul, kui hinnangute usalduspiirid ei kattu või kattuvad väga vähesel määral (väiksemas ulatuses kui ca kolmandik), on erinevused hinnangute vahel statistiliselt olulised.

Elanikkonna ja tervishoiutöötajate küsitluste peamised tulemused on esitatud peatükkides 2 ja 3. Raporti lisas on esitatud

- 1) küsimuste üldjoonised koos kõigi vastusevariantide osakaaludega nendes küsimustes, mille kohta on raporti põhiosas tulemuste üldistamiseks vastusevariante ühendatud või välja jäetud, kuid mille puhul on küsimuse toimimise hindamiseks oluline vaadelda kõigi vastusevariantide osakaalusid;
- 2) joonised küsimuste seostest taustatunnustega, kus küll statistiliselt oluline erinevus taustatunnuse kaupa on tuvastatud, kuid olemasolevate andmete põhjal ei ole erinevustele sisulist järeltõlgendust või põhjendust;
- 3) faktoranalüüsi joonised elanikkonna küsitluses terviseharituse ning patsiendikeskse suhtluse komponentide kohta, sest analüüsist ei ilmnenud nende komponentide puhul järelduste tegemiseks olulist lisainfot;
- 4) tervishoiutöötajate ja elanikkonna küsitluste valimite kirjeldused.

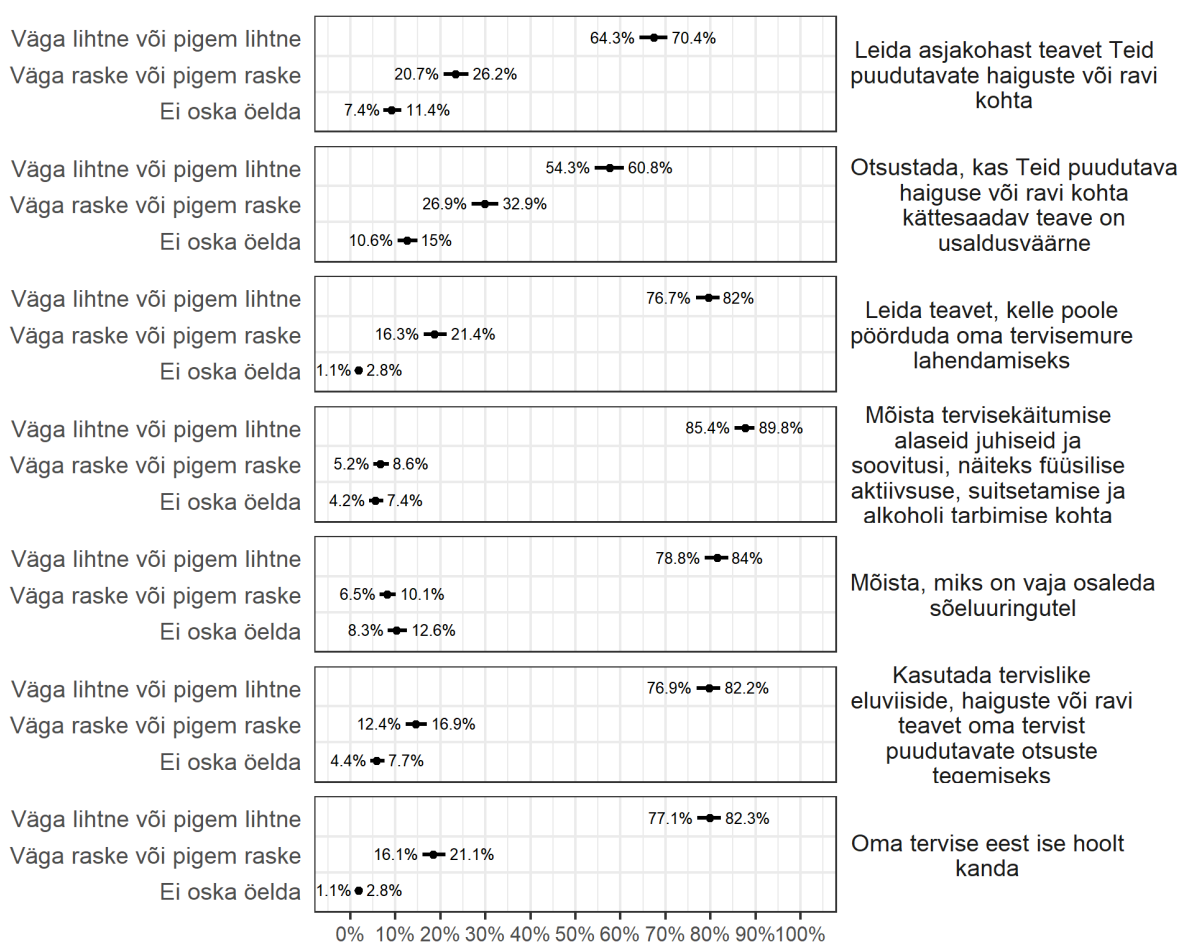
2 Elanikkonna küsitluse tulemused

2.1 Terviseharitus

Üle poole elanikkonnast hindab tervise teabe leidmist, mõistmist ja tõlgendamist ning kasutamist pigem lihtsaks või väga lihtsaks (Joonis 1). Kõige suurem osakaal (85–90% elanikkonnast) hindab lihtsaks tervisekäitumise juhiste ja soovitude mõistmist. Enim raskusi valmistab enda haiguse või ravi kohta kättesaadava teabe usaldusväärsuse üle otsustamine, mida hindab väga või pigem raskeks ligi kolmandik (27–33%) elanikkonnast.

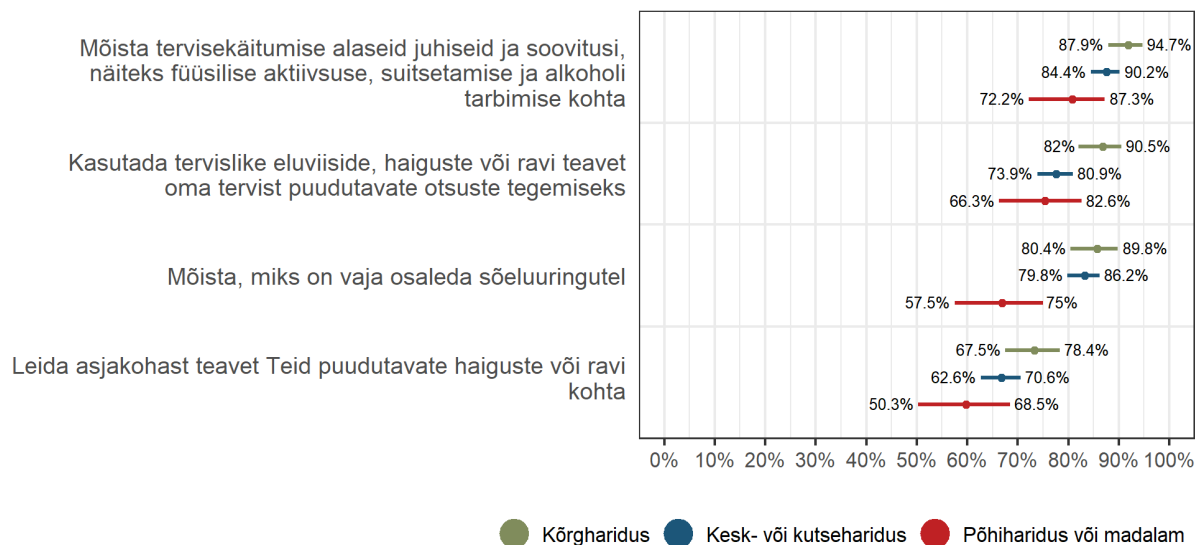
Ligikaudu kümnendik elanikkonnast ei oska hinnata, kui lihtne või raske on tema jaoks leida asjakohast teavet teda puudutavate haiguste või ravi kohta; otsustada, kas teda puudutava haiguse või ravi kohta kättesaadav teave on usaldusväärne; mõista sõeluuringutel osalemise vajalikkust.

Joonis 1. Palun hinnake, kui lihtne või raske on Teie jaoks...? (% elanikkonnast)



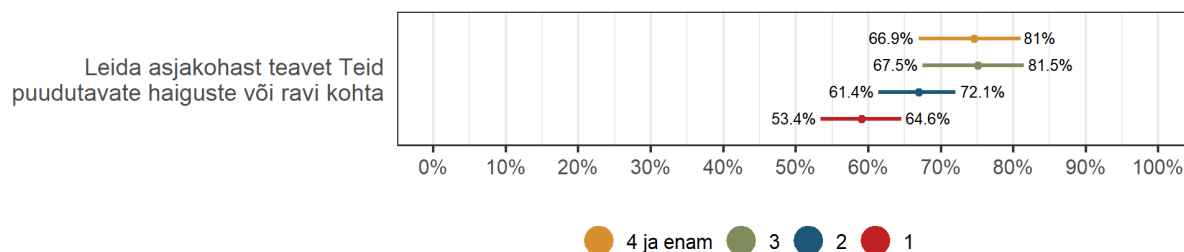
Kõrgema haridustasemega inimesed hindavad enda teadmisi terviseharituses paremaks kui madalama haridusega inimesed. Kõrgema haridustasemega elanike seas on enam kui madalama haridustasemega elanike seas neid, kelle jaoks on lihtne mõista tervisekäitumise juhiseid ja soovitusi; kasutada tervislike eluviiside, haiguste või ravi teavet oma tervist puudutavate otsuste tegemiseks; mõista, miks on vaja osaleda sõeluuringutel; leida asjakohast teavet ennast puudutavate haiguste või ravi kohta (Joonis 2).

Joonis 2. Pigem lihtsaks või väga lihtsaks hinnatud terviseharituse alakomponendid haridustaseme kaupa (% elanikkonnast)



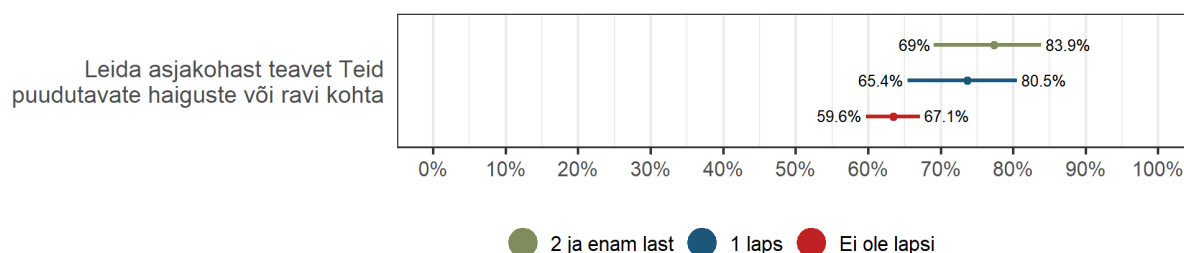
Ennast puudutavate haiguste või ravi kohta asjakohase teabe leidmist lihtsaks hinnanuid on kolme või enama liikmega leibkondade elanike seas rohkem kui nende seas, kes elavad üksi (Joonis 3). Selle põhjuseks võib olla, et teabe leidmisel on teiste leibkonnaliikmete tugi oluline ning samas võib suurema liikmete arvuga leibkondades olla ka laialdasem ja sagedasem kogemus haiguste või ravi teabe otsimisega.

Joonis 3. Ennast puudutavate haiguste või ravi kohta asjakohase teabe leidmist pigem või väga lihtsaks hinnanud leibkonnaliikmete arvu kaupa (% elanikkonnast)



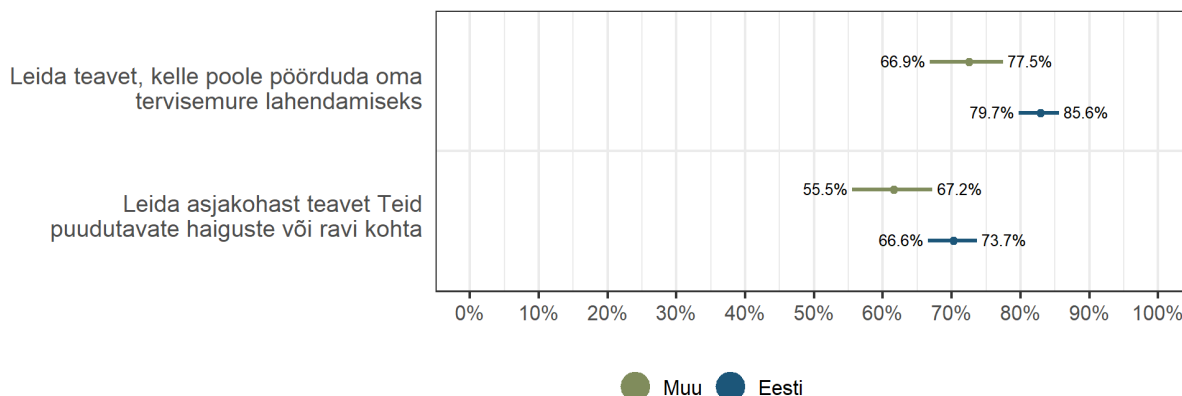
Kahe või enama alla 18-aastase lapsega leibkondades elavate inimeste seas on haiguste või ravi kohta teabe leidmist lihtsamaks hinnanuid enam kui nende elanike seas, kelle leibkonnas ei ole alla 18-aastaseid lapsi (Joonis 4). Sarnaselt seosega leibkonnaliikmete arvus võib põhjuseks olla see, et lastega peredes on laialdasem ja sagedasem teabe otsimise kogemus ning tänu sellele kogemusele on muutunud teabe otsimine ka lihtsamaks.

Joonis 4. Ennast puudutavate haiguste või ravi kohta asjakohase teabe leidmist pigem või väga lihtsaks hinnanud leibkonnas alla 18-aastaste laste arvu kaupa (% elanikkonnast)



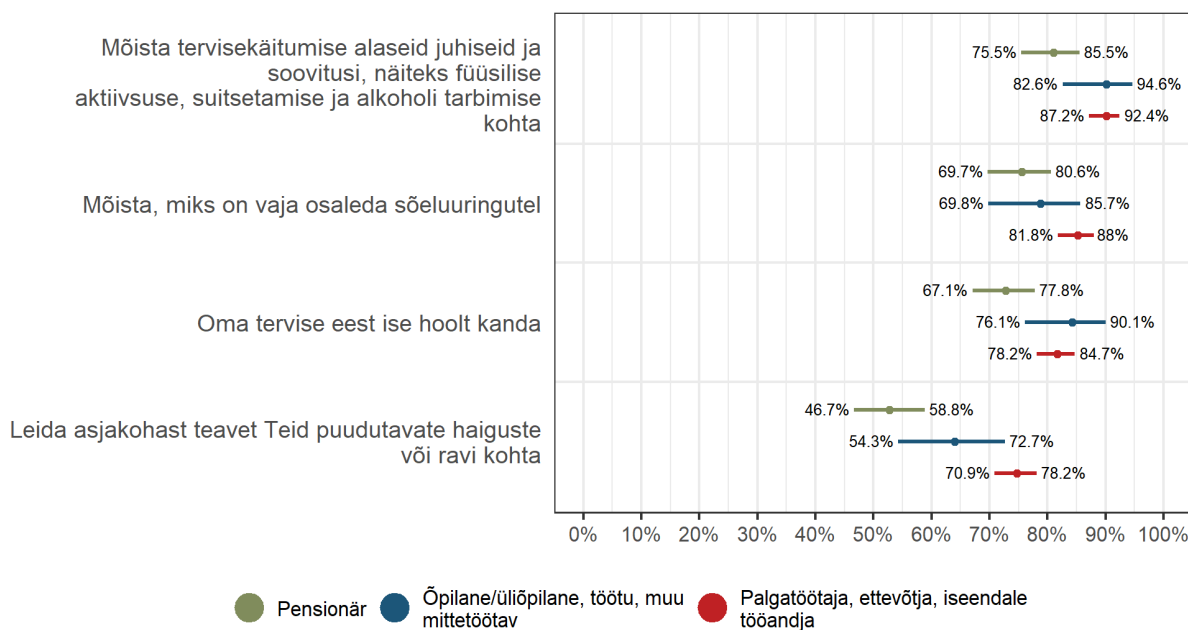
Teabe leidmises on rahvusesti erinevusi. Eestlaste seas on mõnevõrra enam kui muust rahvusest elanike seas neid, kelle jaoks on lihtne leida teavet, kelle poole pöörduda oma tervisemure lahendamisel ja leida asjakohast teavet ennast puudutavate haiguste või ravi kohta (Joonis 63). Selline seos rahvuse ja teabe leidmise vahel võib viidata, et muus keeles on terviseteadet vähem ja seda on mõnevõrra keerulisem leida.

Joonis 5. Pigem lihtsaks või väga lihtsaks hinnatud terviseharituse alakomponendid rahvuse kaupa (% elanikkonnast)



Terviseharituse alakomponentides esineb erisusi ka elanike peamise tööalase seisundi kaupa, kuid statistiliselt oluline erisus ilmneb vaid pensionäride ja palgatöötaja, ettevõtja, iseenda töandjate vahel (Joonis 6) – pensionäride seas on vähem neid, kelle hinnangul on neil lihtne mõista tervisekäitumise juhiseid ja soovitusi; mõista, miks on vaja osaleda sõeluuringutel; oma tervise eest ise hoolt kanda; leida asjakohast teavet ennast puudutavate haiguste ja ravi kohta.

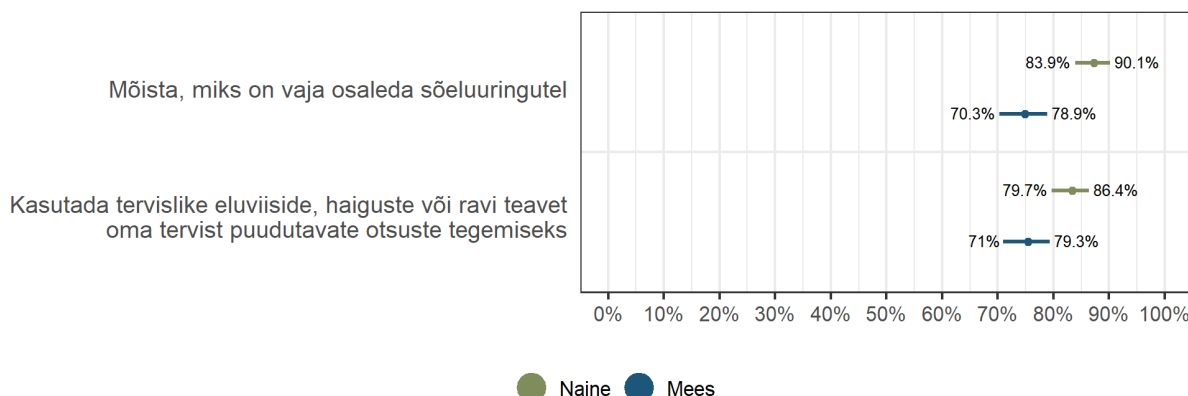
Joonis 6. Pigem lihtsaks või väga lihtsaks hinnatud terviseharituse alakomponendid peamise tööalase seisundi kaupa (% elanikkonnast)



Naised hindavad sagedamini kui mehed enda jaoks lihtsaks tervislike eluviiside, haiguste või ravi teabe kasutamist ning sõeluuringutes osalemise vajalikkuse mõistmist (Joonis 7). Kuna sõeluuringud olid pikalt

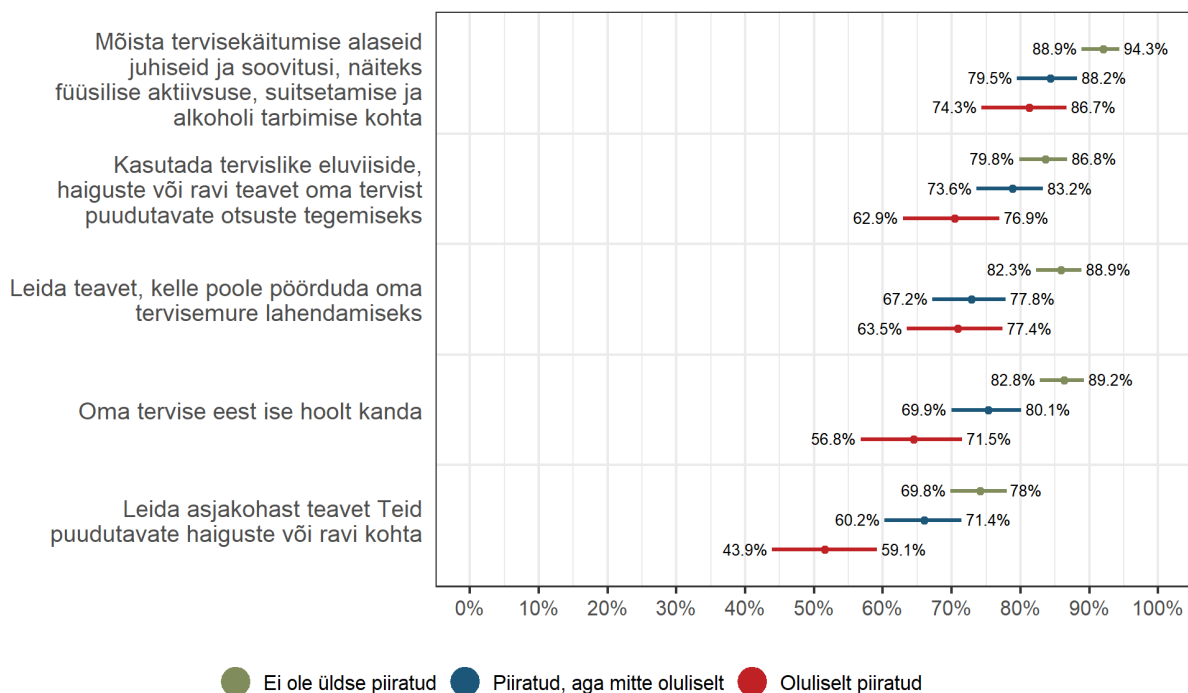
(alates 2003. aastast) suunatud vaid naistele (emakakaela- ja rinnavähi sõeluuringud) ja jämesoolevähi sõeluuringutega alustati alates 2016. aastast, siis on naiste hulgas suurem teadlikkus sellega seostatav.

Joonis 7. Pigem lihtsaks või väga lihtsaks hinnatud terviseharituse alakomponendid soo kaupa (% elanikkonnast)



Elanikud, kes pole viimasel kuuel kuul olnud piiratud tegevustes, mida inimesed tavaliselt teevad, hindavad oma terviseharitust kõrgemalt mitmes alakomponendis: tervisekäitumise juhiste ja soovitude mõistmises; tervislike eluviiside, haiguste või ravi teabe kasutamises; selle teabe, kelle juurde tervisemure lahendamiseks pöörduda, leidmises; oma tervise eest ise hoolt kandmises; ennast puudutavate haiguste või ravi teabe leidmises (Joonis 8).

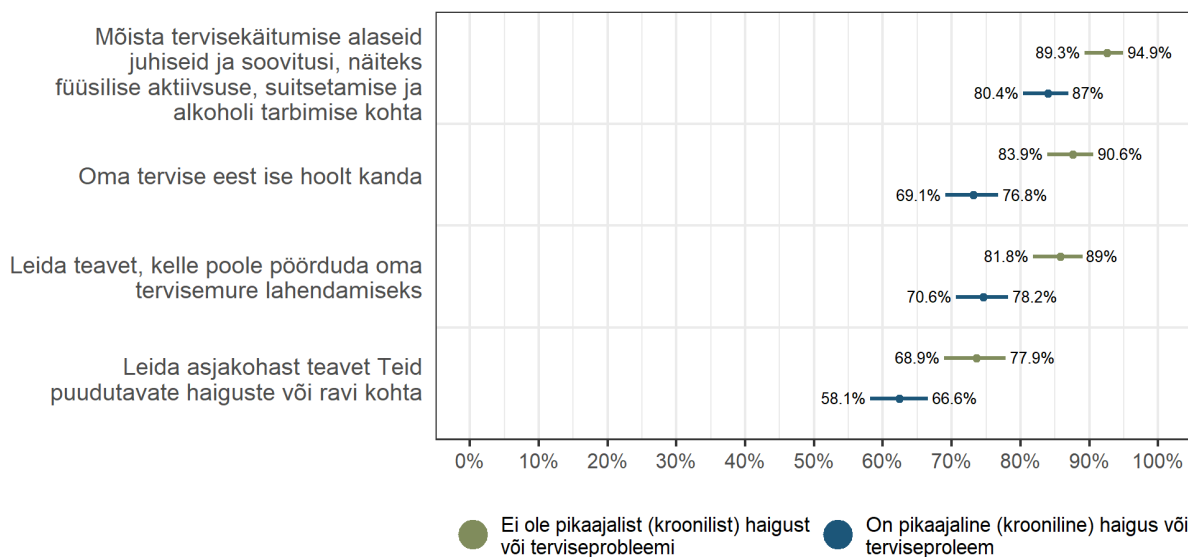
Joonis 8. Pigem lihtsaks või väga lihtsaks hinnatud terviseharituse alakomponendid terviseprobleemist tingitud tegevuste piiratuse kaupa (% elanikkonnast)



Sarnaselt piirangutega tegevustes mõjutab ka pikaajalise (kroonilise) haiguse või terviseprobleemi olemasolu elanike hinnanguid terviseharituse alakomponentidele (Joonis 9). Nimetatud kaks taustatunnust on korrelatsioonis, sest suur osa kroonilistest haigustest võib põhjustada inimesele piiratust igapäevastes tegevustes. Inimestest, kellel ei ole pikaajalist haigust või terviseprobleemi, hindavad enamad lihtsaks tervisekäitumise juhiste ja soovitude mõistmist; ise oma tervise eest hoolt kandmist, ennast puudutavate

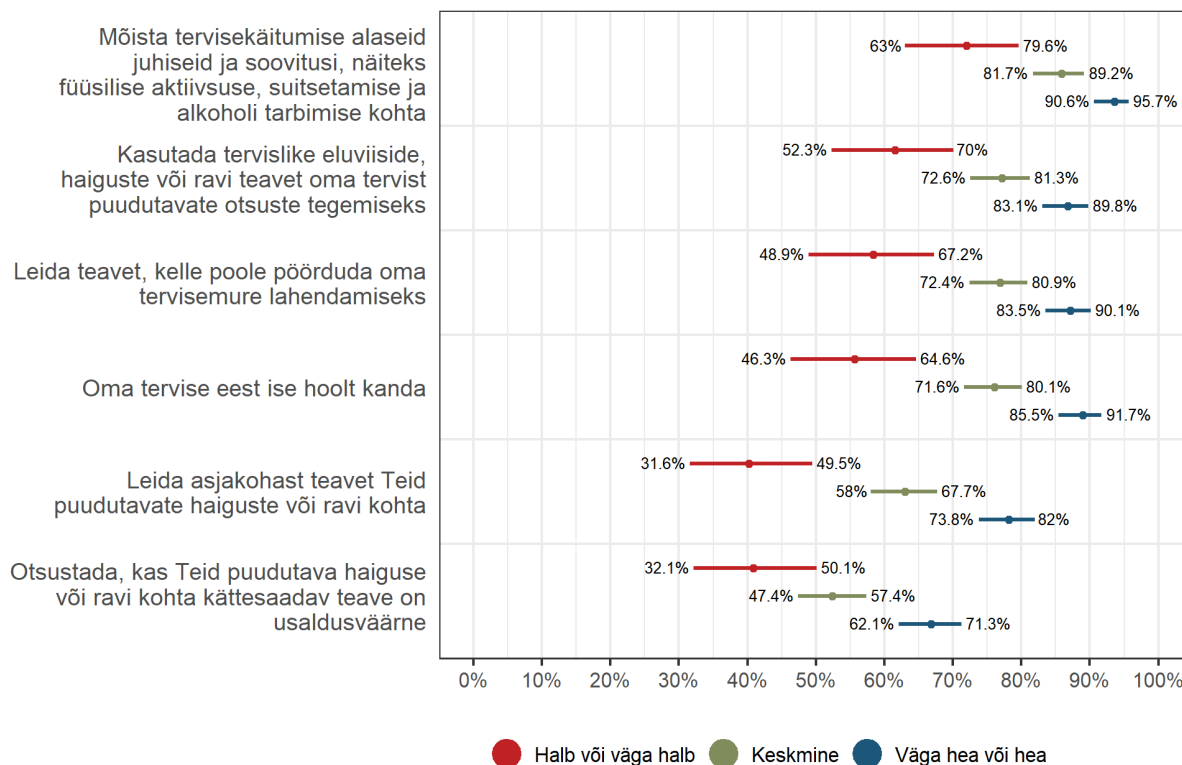
haiguste või ravi kohta teabe leidmist; teabe, kelle poole pöörduda oma tervisemure lahendamiseks, leidmist.

Joonis 9. Pigem lihtsaks või väga lihtsaks hinnatud terviseharituse alakomponendid pikaajalise haiguse või terviseprobleemi olemasolu kaupa (% elanikkonnast)



Hinnangud terviseharituse alakomponentidele on seotud ka inimeste üldise hinnanguga oma tervisele. Mida paremaks inimene oma terviseseisundit hindab, seda suurema tõenäosusega peab ta lihtsaks mitmeid terviseharituse alakomponentide tegevusi (Joonis 10). Oma terviseseisundile kõrgema hinnangu andnud elanikest hindab suurem osakaal lihtsaks tervisekäitumise juhiste ja soovitude mõistmist; tervislike eluviiside, haiguste või ravi kohta käiva teabe kasutamist; oma tervise eest ise hoolt kandmist; ennast puudutavate haiguste või ravi kohta käiva teabe leidmist; ennast puudutava haiguse või ravi kohta kättesaadava teabe usaldusväärsuse üle otsustamist; teabe, kelle poole pöörduda oma tervisemure lahendamiseks, leidmist. Parema tervisliku seisundiga inimeste kõrgemad hinnangud terviseharituse alakomponentidele on seotud tõenäoliselt sellega, et tervematel inimestel on vähem vajadust leida ja kasutada terviseteavet ning ka lihtsam oma tervise eest hoolt kanda.

Joonis 10. Pigem lihtsaks või väga lihtsaks hinnatud terviseharituse alakomponendid, enda tervisele antud hinnangu kaupa (% elanikkonnast)



Kokkuvõttes hindab suur osa Eesti inimesi oma terviseharituse oskuseid küllaltki kõrgelt. Väga lihtsaks või pigem lihtsaks hindab üle 75% elanikkonnast

- teabe, kelle poole tervisemure korral pöörduda, leidmist;
- tervisekäitumissoovituste ja -juhiste mõistmist;
- sõeluuringutel osalemise vajalikkuse mõistmist;
- teabe kasutamist tervislike eluviiside, haiguste või ravi kohta enda tervist puudutavate otsuste tegemiseks;
- oma tervise eest ise hoolt kandmist.

Eelnevatest punktides halvemini hinnatakse teabe leidmise ja usaldusväärsuse hindamise oskust. Ennast puudutava haiguse või ravi kohta kättesaadava teabe usaldusväärsuse üle otsustamist hindab väga lihtsaks või pigem lihtsaks 54–61% elanikkonnast. Enda haiguste või ravi kohta asjakohase teabe leidmist hindab pigem või väga lihtsaks 64–71% elanikkonnast. Seega eristub küsitluse tulemustest teabe usaldusväärsuse hindamine, mis valmistab suhteliselt suurele osale elanikkonnast raskusi.

Asjakohase teabe leidmine on lihtne keskmisest suuremale osale järgmistest gruppidest:

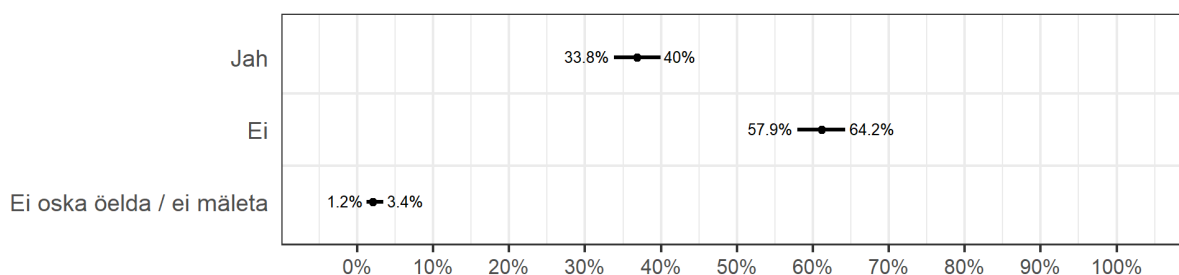
- kõrgema haridustasemega,
- eesti rahvusest,
- tööturul hõivatud,
- viimasel 6 kuul tavapäraistes tegevustes mittepiiratud,
- ilma kroonilise haiguseta,
- oma tervises seisundit kõrgemalt hindavate,
- suurema leibkonnaliikmete arvuga,
- alla 18-aastaste lastega leibkondades elavad elanikud.

Enda haiguse või ravi kohta kättesaadava teabe usaldusväärsuse üle otsustamist hindavad sagedamini lihtsaks oma tervises seisundit kõrgemalt hindavad elanikud.

2.2 Kättesaadavus

Veidi üle kolmandikul (34–40%) elanikkonnast on viimase 12 kuu jooksul juhtunud, et oli terviseprobleem, kuid sellega ei pöördunud tervishoiutöötaja poole (Joonis 11). 2016. aasta uuringus „Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile“ märkis 57% vastajatest, et ei pöördunud terviseprobleemi korral arsti poole. Küll aga ei saa järeldada, et selliste olukordade esinemine elanike seas on vähenenud, sest 2016. aastal küsiti vaid arsti poole pöördumise kohta, kuid käesolevas uuringus hõlmati laiemalt tervishoiutöötajate (arstid, õed, ämmaemandid) poole pöördumist. See tähendab, et inimesed, kes 2016. aastal märkisid, et tervisemurega arsti poole ei pöördunud, võisid pöörduda hoopis pereõe poole.

Joonis 11. Kas viimase 12 kuu jooksul on juhtunud, et Teil oli terviseprobleem, kuid Te ei pöördunud tervishoiutöötaja (arstid, õed, ämmaemandid) poole? (% elanikkonnast)



Olukorda, et terviseprobleemiga ei pöördunud tervishoiutöötaja poole, on esinenud sagedamini järgmiste sotsiaaldemograafiliste gruppide võrdluses:

- 25–64-aastastel elanikel mõnevõrra sagedamini kui 15–24-aastastel elanikel;
- eestlaste seas mõnevõrra vähem kui muust rahvusest elanike seas;
- oma terviseseisundit heaks või väga heaks hinnanute seas vähem kui nende seas, kes oma tervist keskmiseks või halvaks hindavad. Küll aga tuleb siinkohal arvestada, et väga hea või hea terviseseisundiga inimeste seas on tõenäoliselt ka vähem neid, kellel viimase 12 kuu jooksul oli mõni terviseprobleem;
- pikaajalise haiguse või terviseprobleemiga elanikest enamad võrreldes nendega, kellel sellist terviseprobleemi pole;
- elanikest, kes on viimasel 6 kuul mõne terviseprobleemi tõttu olnud piiratud tegevustes, mida inimesed tavaliselt teevad, võrrelduna nendega, kellel selline piirang puudub.

Levinuimad põhjused, miks terviseprobleemi korral tervishoiutöötaja poole ei pöördunud, on (Joonis 12):

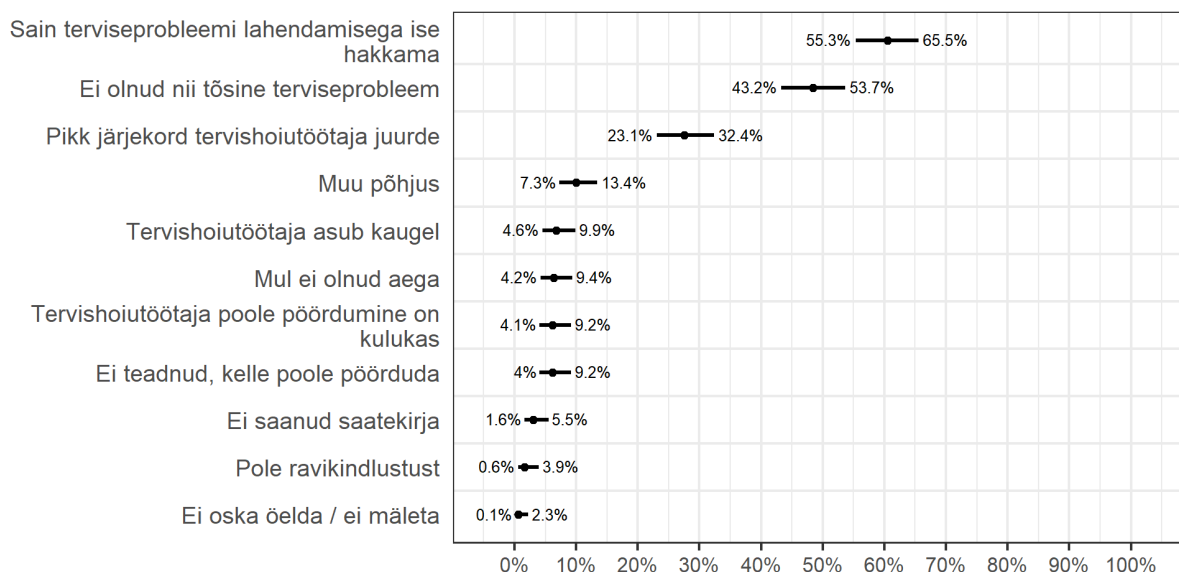
- inimene sai oma terviseprobleemi lahendamiseks ise hakkama (55–66%),
- terviseprobleem ei olnud nii tõsine (43–54%).

Nimetatud põhjused ei viita probleemile tervishoiuteenuste kättesaadavusega. Probleemile kättesaadavusega viitab aga põhjus, et tervishoiutöötaja juurde on pikk järjekord ja seda esines ligi kolmandikul elanikest, kes terviseprobleemi korral tervishoiutöötaja poole ei pöördunud. Muid põhjuseid, miks terviseprobleemiga tervishoiutöötaja poole ei pöördunud, esineb oluliselt vähem – kümnendik või vähem on toonud välja teisi põhjuseid.

2016. aasta uuringus oli kasutusel vastusevariandid „sain terviseprobleemi lahendamiseks ise hakkama“ ja „ei olnud nii tõsine terviseprobleem“ koos ühe vastusevariandina ning selle märkis 68% nendest, kes terviseprobleemi korral arsti poole ei pöördunud. Arvestades mõõtmisviga ka 2016. aasta uuringus, ei ole tõenäoliselt nende põhjuste esinemine vähenenud. Pikka järjekorda tõi 2016. aasta uuringus välja 35% tervisemurega arsti poole pöördumata jätnutest, mis on sarnane käesoleva uuringu tulemusele. Lisaks tuleb

arvestada, et 2016. aastal küsiti vaid arsti poole pöördumise kohta, kuid käesolevas uuringus käsitleti laiemalt tervishoiutöötajate (arstide, õdede ja ämmaemandate) poole pöördumist.

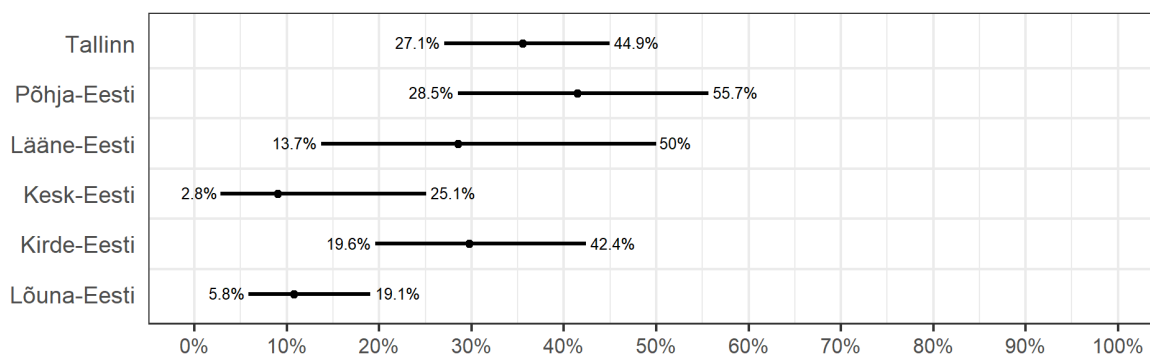
Joonis 12. Millised on peamised põhjused, miks Te ei pöördunud oma terviseprobleemidega tervishoiutöötaja (arstid, õed, ämmaemandad) poole? (% neist, kes terviseprobleemi korral ei pöördunud tervishoiutöötaja poole)*



*Vastajad võisid valida mitu vastusevarianti, seetõttu on vastusevariantide summa suurem kui 100%.

Terviseprobleemiga tervishoiutöötaja poole mittepöördumist pika järjekorra tõttu esineb Lõuna-Eesti elanike seas (6–19%) mõnevõrra vähem kui Kirde-Eestis (20–42%) ja Põhja-Eestis, sh Tallinnas (27–56%) (Joonis 13).

Joonis 13. Ei pöördunud tervishoiutöötaja poole, sest tervishoiutöötaja juurde oli pikk järjekord, elukoha regiooni kaupa (% neist, kes terviseprobleemi korral ei pöördunud tervishoiutöötaja poole)



Sotsiaaldemograafiliste gruppide võrdluses erinevad järgmised grupid, kelle seas on suhteliselt rohkem neid, kes ei pöördunud terviseprobleemiga tervishoiutöötaja poole, sest terviseprobleem polnud nii tõsine, või kes said ise hakkama:

- 15–24-aastased võrreldes 35-aastaste ja vanematega. Selle põhjuseks on tõenäoliselt, et nooremad on tervemad ning neil on kroonilisi haigusi vähem;
- inimesed, kellel ei ole piiranguid tavapäastes tegevustes, võrrelduna nendega, kellel on olulised piirangud;
- inimesed, kellel ei ole pikaajalist haigust või terviseprobleemi, võrrelduna pikaajalise haiguse ja terviseprobleemiga inimestega;

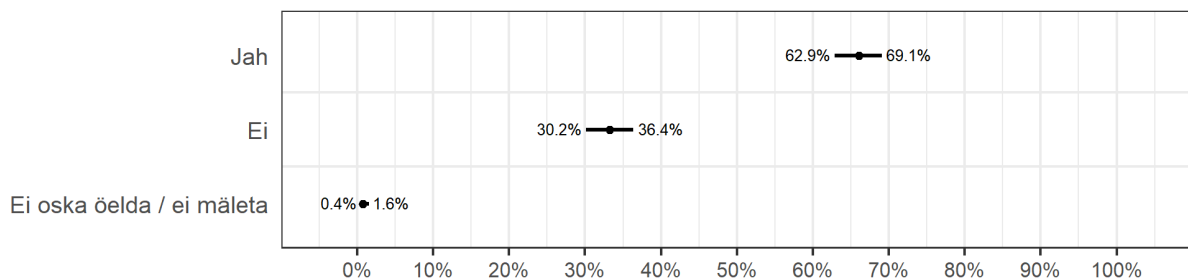
- oma tervisele kõrgema hinnangu andnud inimeste seas võrreldes madalama hinnangu andnutega.

Lisaks eelnevatele on pikk järjekord olnud suhteliselt enamatele pikaajalise haiguse või terviseprobleemiga inimestele tervishoiutöötaja poole mittepöördumise põhjus võrrelduna nendega, kellel sellist terviseprobleemi pole.

Lisaks eelkäsitletud taustatunnustele uurisime tervisemure korral tervishoiutöötaja poole mittepöördumise põhjuste seoseid inimeste terviseharitusega. Uuringus käsitletud terviseharituse küsimustest moodustuvad kaks faktorit ehk terviseharituse alakomponenti: faktor 1 – terviseprobleemidega tegelemine, faktor 2 – terviseedendamine ja haiguste ennetus (vaata Lisa 3. Elanikkonna küsitluse tulemused). Seoste analüüsimiseks kasutati regressioonanalüüsi. Ilmnes, et statistiliselt oluline seos on vaid terviseprobleemidega tegelemise alakomponendi (faktor 1) ja tervishoiutöötaja poole mittepöördumise põhjuse „sain oma terviseprobleemi lahendamisega ise hakkama“ vahel. See tähendab, et muude võrreldavate taustatunnustega inimestest³ jätab kõrgema terviseharitusega (faktor 1) inimene tõenäolisemalt terviseprobleemi korral tervishoiutöötaja poole pöördumata, sest arvab, et saab oma terviseprobleemi lahendamisega ise hakkama. Küll aga ei saa siinkohal järeldada, et kõrgem terviseharitus tagaks tingimata enda terviseprobleemidega parema hakkamasaamise, kuna käesoleva uuringu andmed ei võimalda hinnata, kui tõsise terviseprobleemiga oli tegu. Tulemuste tõlgendamisel tuleb arvestada, et need väljendavad pigem inimeste hoiakuid oma hakkamasaamise kohta.

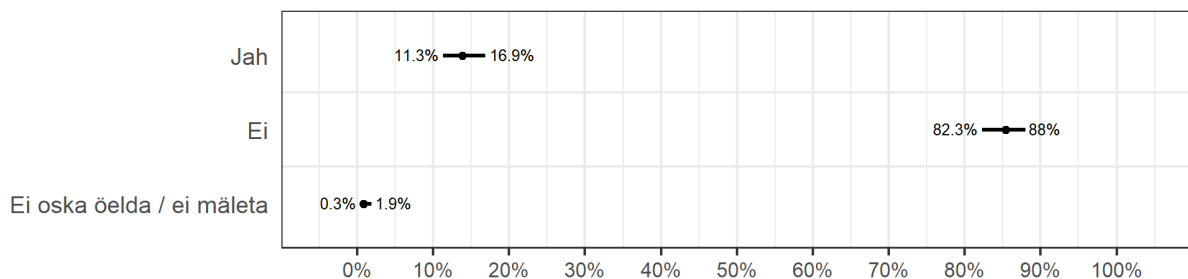
Viimase 12 kuu jooksul on retseptiravimeid kirjutatud välja ca kahele kolmandikule elanikest (Joonis 14).

Joonis 14. Kas Teile on viimase 12 kuu jooksul välja kirjutatud retseptiravimeid? (% elanikkonnast)



Veidi üle kümnendiku nendest, kellele on viimase 12 kuu jooksul välja kirjutatud retseptiravim, on selle jätnud rahalistel põhjustel välja ostmata (Joonis 15).

Joonis 15. Kas olete jätnud viimasel 12 kuul väljakirjutatud retseptiravimi apteegist välja ostmata rahalistel põhjustel? (% neist, kellele oli välja kirjutatud retseptiravimeid)

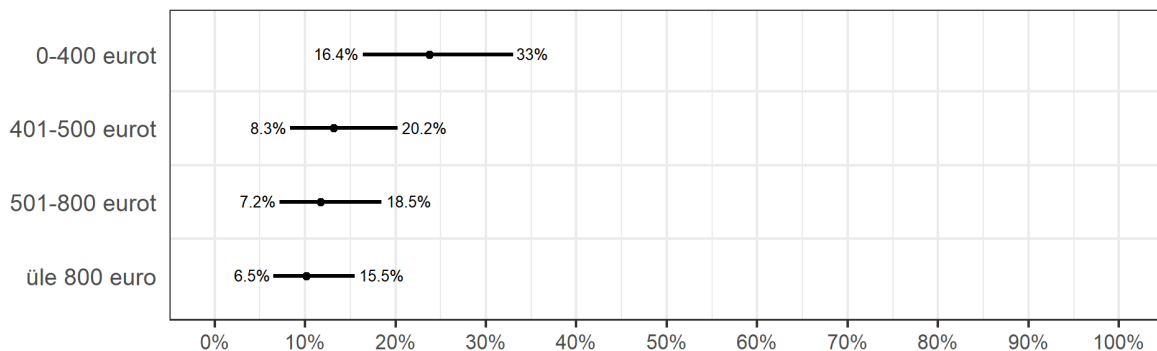


Nii madalama kui kõrgema sissetulekuga inimeste seas on neid, kes on jätnud väljakirjutatud retseptiravimi rahalistel põhjustel välja ostmata (Joonis 16). See näitab, et sissetulek ja ravimite ostmisega kaasnev rahaline koormus pole üksüheselt seotud. Siiski on ravimite väljaostmisega tõenäolisemalt probleem

³ Taustatunnustest võeti arvesse järgmisi: hinnang tervisele, sugu, vanus, haridus.

madalaima sissetulekuga inimestel. Nende seas, kelle netosissetulek kuus on kuni 400 eurot, on mõnevõrra enam (16–33%) kui üle 800-eurose netosissetulekuga inimeste seas (7–16%) neid, kes rahalistel põhjustel endale väljakirjutatud retseptiravimit välja ei ostnud.

Joonis 16. Jätanud väljakirjutatud retseptiravimi apteegist välja ostmata rahalistel põhjustel, isikliku keskmise kuu netosissetuleku kaupa (% neist, kellele oli välja kirjutatud retseptiravimeid)



Kokkuvõttes on veidi üle kolmandikul (34–40%) elanikkonnast viimase aasta jooksul esinenud olukord, mil oli terviseprobleem, kuid sellega tervishoiutöötaja poole ei pöördutud. Seda olukorda on juhtunud sagedamini 23–64-aastaste hulgas, muust rahvusest, oma tervises seisundit madalamalt hindavate, pikaajalise (kroonilise) haigusega ning viimasel kuuel kuul tavapärastes tegevustes piiratud olnud elanike seas.

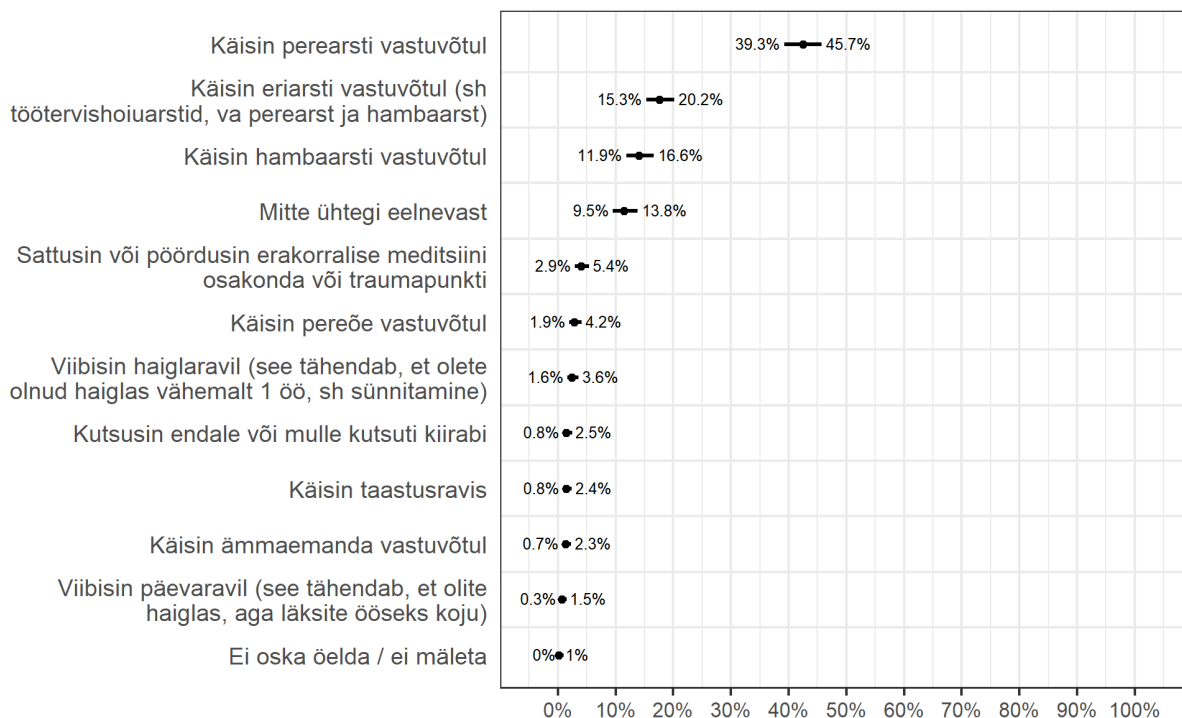
Kokkuvõttes esineb tervishoiutöötaja poole mittepöördumist kättesaadavuse probleemide tõttu küllaltki vähe. Probleemile tervishoiuteenuste kättesaadavusega viitab tervishoiutöötaja poole mittepöördumine pika järjekorra tõttu – seda esines ligi kolmandikul nendest elanikest, kes on jätanud tervisemure korral tervishoiutöötaja poole pöördumata. Pikka järjekorda tõid probleemina välja Põhja-Eesti (sh Tallinna) elanikud sagedamini kui Kesk- ja Lõuna-Eesti elanikud ning sagedamini pikaajalise (kroonilise) haigusega elanikud.

Retseptiravimite kättesaadavuse probleemi on rahalistel põhjustel esinenud veidi üle kümnendikul neist, kellele viimase 12 kuu jooksul retseptiravimeid välja kirjutati. Seda probleemi on esinenud kuni 400-eurose isikliku kuu netosissetulekuga sagedamini kui üle 800-eurose netosissetulekuga.

2.3 Üldine rahulolu kasutatud tervishoiuteenusega

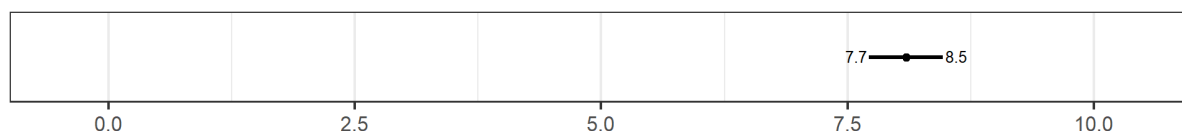
Tervishoiuteenustest on kõige sagedasem perearsti juures käimine. Tervishoiuteenustest, mida kasutati möödunud 12 kuu jooksul viimasena, oli kõige levinum perearsti vastuvõtt: 39–46% elanikest (Joonis 17). Viimaseks kasutatud tervishoiuteenuseks oli 15–20%-l elanikest eriarsti vastuvõtt ja 12–17%-l elanikest hambaarsti vastuvõtt. Teised uuringus nimetatud tervishoiuteenused olid viimaseks kasutatud tervishoiuteenuseks kuni 5%-l elanikkonnast.

Joonis 17. Millist tervishoiuteenust Te enda terviseprobleemi tõttu 12 kuu jooksul viimati kasutasite? (% elanikkonnast)



Viimasena kasutatud tervishoiuteenuste vastavust inimeste ootustele hinnati 10-palliskaalal keskmiselt 7,7–8,5 palliga (0 tähistab „üldse ei vastanud minu ootustele“ ja 10 tähistab „vastas täielikult minu ootustele“) (Joonis 18).

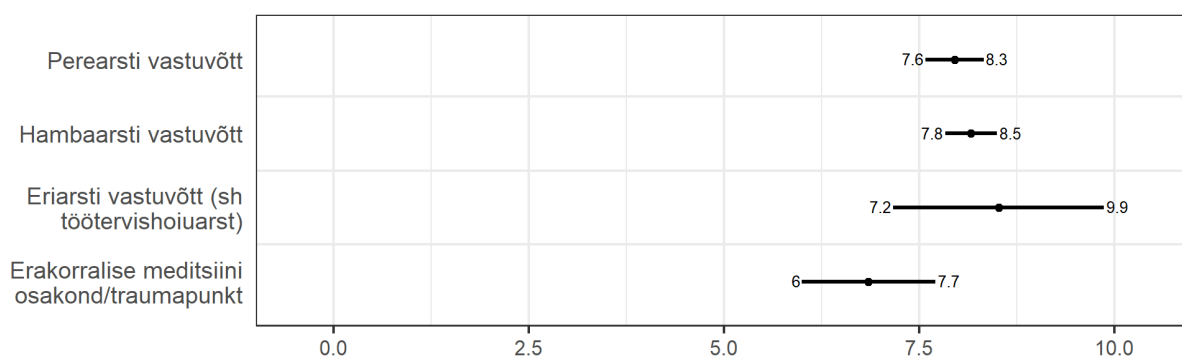
Joonis 18. Palun hinnake, kuivõrd vastas viimati kasutatud tervishoiuteenus Teie ootustele? (hinnangute keskmine)



* Skaalal tähistab 0 „üldse ei vastanud minu ootustele“ ja 10 tähistab „vastas täielikult minu ootustele“.

Hinnangud perearsti, hambaarsti ja eriarsti teenusele ei erine keskmisest. Hinnang erakorralise meditsiini osakonda (EMO) või traumapunkti teenusele on aga keskmisest madalam. Põhjused, miks EMO ja traumapunkti hinnangud on madalamad, võivad peituda nii inimeste ootustes kui teenuse kvaliteedis.

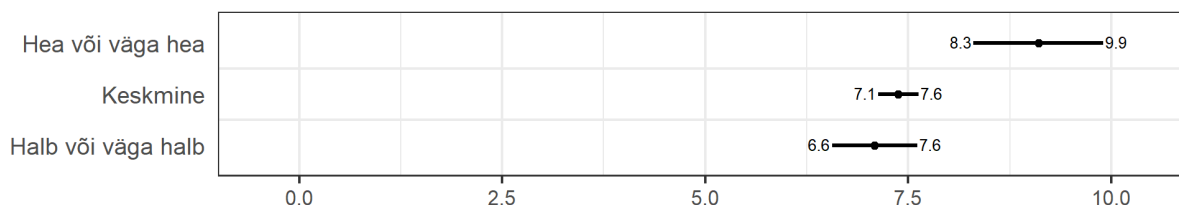
Joonis 19. Keskmine hinnang viimati kasutatud tervishoiuteenusele teenuste kaupa



* Skaalal tähistab 0 „üldse ei vastanud minu ootustele“ ja 10 tähistab „vastas täielikult minu ootustele“.

Oma tervises seisundit heaks või väga heaks hinnanud andsid viimati kasutatud tervishoiuteenusele kõrgema hinnangu, kui oma tervises seisundit keskmiseks, halvaks või väga halvaks hinnanud elanikud (Joonis 20).

Joonis 20. Keskmine hinnang kasutatud tervishoiuteenusele oma tervisele antud hinnangu kaupa



*Skaalal tähistab 0 „üldse ei vastanud minu ootustele” ja 10 tähistab „vastas täielikult minu ootustele”.

Kokkuvõttes on viimase 12 kuu jooksul tervishoiuteenust kasutanute seas keskmine hinnang viimati kasutatud teenusele kõrge – 10-palliskaalal on keskmine hinnang vahemikus 7,7–8,5. Keskmine hinnang on keskmisest madalam oma tervises seisundit madalamalt hindavate (6,6–7,6) ja erakorralise meditsiini osakonna / traumapunkti teenust kasutanute seas (6,0–7,7).

2.4 Inimkeskne suhtlus patsiendiga

Tervishoiutöötaja ja patsiendi vahelise suhtluse tunnusjooni küsiti viimase tervishoiuteenuse kasutamise kohta. Kokku oli kümme väidet selle kohta, kuidas tervishoiutöötaja käitus ja suhtles patsiendiga. Valdavalt leiti, et tervishoiutöötaja suhtles patsiendiga inimkeskselt. Enam kui 70% neist, kes olid viimase 12 kuu jooksul tervishoiuteenust kasutanud, leidsid, et tervishoiutöötaja (Joonis 21)

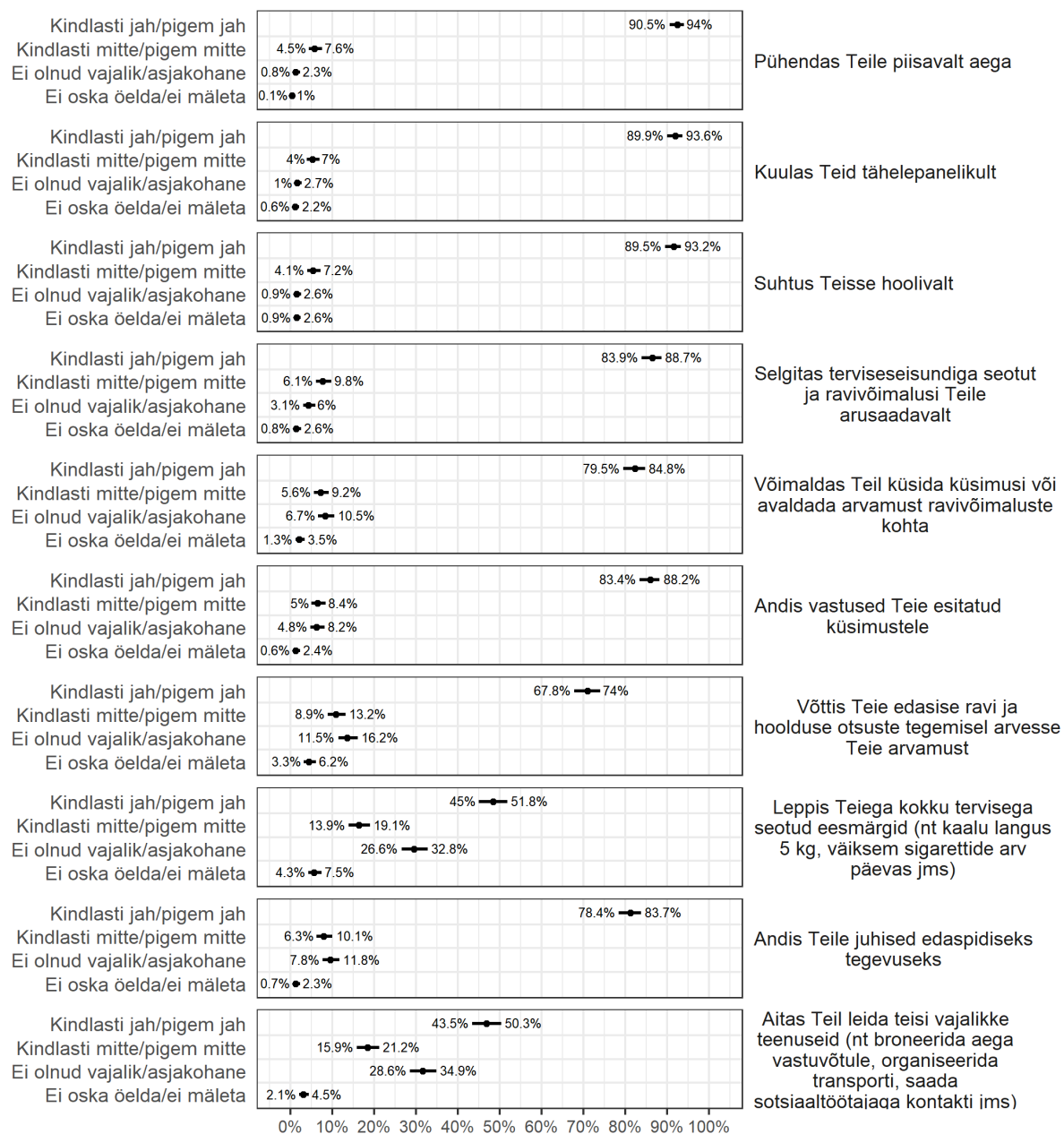
- pühendas piisavalt aega (91–94%),
- kuulas tähelepanelikult (90–94%),
- suhtus hoolivalt (90–93%),
- selgitas tervises seisundiga seotut ja ravivõimalusi arusaadavalt (84–89%),
- võimaldas küsida küsimusi ja avaldada arvamust ravivõimaluste kohta (80–85%),
- andis vastused esitatud küsimustele (83–88%),
- andis juhised edaspidiseks tegevuseks (78–84%).

Seega, valdava osa elanike hinnangul tervishoiutöötajad suhtlevad inimkeskselt (aeg, hoolivus, tähelepanelikkus). Samuti on laialt levinud informeerimine ning konsulteerimine patsientidega tervishoiuteenuse pakkumisel. Tervishoiutöötajatega kaasotsustamist tunnetab aga veidi väiksem hulk tervishoiuteenust kasutanutest. 68–74% leidsid, et tervishoiutöötaja võttis edasise ravi ja hoolduse otsuste tegemisel arvesse tema arvamust. Seejuures tunnetati võrreldes eelnevate väidetega sagedamini, et kaasotsustamine ei olnud kasutatud tervishoiuteenusel oluline. Kui eelnevate väidete puhul leidis alla 10% tervishoiuteenust kasutanutest, et need inimkeskse suhtluse tunnused polnud teenusel asjakohased, siis kaasotsustamise kohta leidis ca 14%, et see polnud asjakohane või vajalik.

Veelgi vähem on levinud tervisega seotud eesmärkide kokkuleppimine ja edasiste teenuste broneerimine. Ca pooled (44–52%) tajusid viimati kasutatud tervishoiuteenusel, et tervishoiutöötaja leppis nendega kokku tervisega seotud eesmärgid ja aitas leida teisi vajalikke teenuseid. Seda erinevust selgitab aga asjaolu, et ligi kolmandiku tervishoiuteenust kasutanute hinnangul ei olnud tervise-eesmärkide kokkuleppimine ning abi teiste vajalike teenuste leidmisel vajalik või asjakohane.

Kasutatud tervishoiuteenuse kaupa statistiliselt olulisi erisusi hinnangutes ei tuvastatud. Tegemist võib olla ühelt poolt väikeste valimimahtudega, aga teisalt võivad need erinevused ka teenuste vahel puududa.

Joonis 21. Kas viimati tervishoiuteenust kasutades tervishoiutöötaja(d)...? (% neist, kes viimase 12 kuu jooksul on kasutanud mõnda tervishoiuteenust)

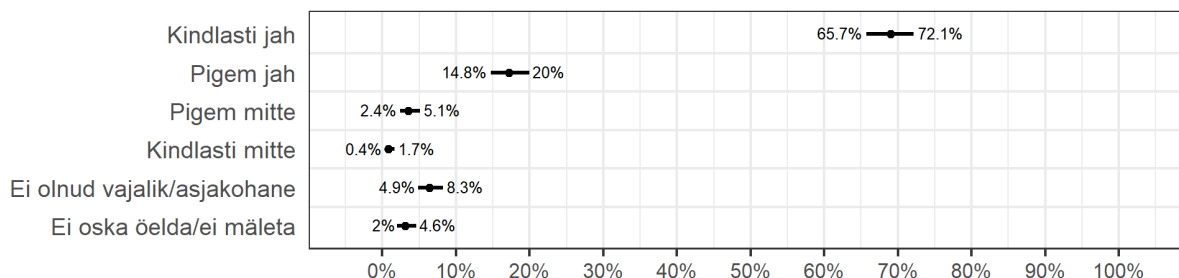


Kokkuvõttes tajuvad patsiendid suhtlust patsiendi ja tervishoiutöötaja vahel valdavalt inimkesksena. Teistest inimkeskset suhtlust iseloomustavatest tunnustest on patsientide hinnangul veidi vähem levinud patsiendiga kaasotsustamine, tervisega seotud eesmärkide kokkuleppimine ja abi jätkuteenuste leidmisel.

2.5 Patsiendiohutus

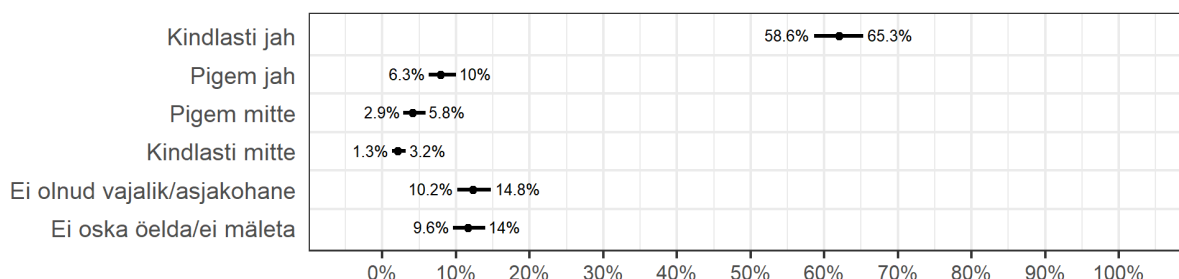
Valdavalt tajutakse tervishoiuteenuseid patsiendile ohututena. Viimati kasutatud tervishoiuteenusel tundis ca 85%, et tervishoiuasutuses tehtud ravi, uuringud või analüüsid olid talle ohutud (Joonis 22).

Joonis 22. Kas viimati tervishoiuteenust kasutades tundsite, et tervishoiuasutuses tehtud ravi, uuringud või analüüsid olid Teile ohutud? (% neist, kes viimase 12 kuu jooksul on kasutanud mõnda tervishoiuteenust)



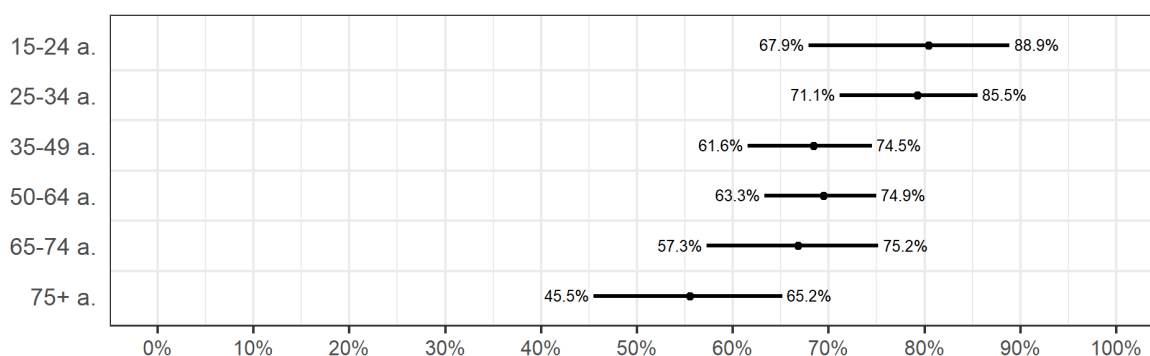
Viimase 12 kuu jooksul mõnda tervishoiuteenust kasutanutest ca 70% märkis, et tervishoiutöötaja desinfitseeris nende viimati kasutatud tervishoiuteenusel käsi või vahetas kindaid (Joonis 23). Ligi kümnendik ei mäletanud või ei osanud öelda, kas tervishoiutöötaja desinfitseeris käsi või vahetas kindaid, ning ligi kümnendik märkis, et see ei olnud vajalik või ei olnud asjakohane. Tulemuste puhul tuleb aga arvestada küsimustiku testimisel ilmnunud asjaoluga, et vastajad võisid märkida, et tervishoiutöötaja desinfitseeris käsi, olenemata sellest, kas nad seda ka tegelikult nägid. Küsimustiku testimisel oli vastajaid, kes pidasid käte desinfitseerimist enesestmõistetavaks ning vastasid seetõttu, et tervishoiutöötaja seda tegi. Siinkohal tuleb arvestada, et käte desinfitseerimine võib toimuda vahetult enne, kui patsient siseneb vastuvõtukabinetti, ja seetõttu ei ole patsiendil seda võimalik näha.

Joonis 23. Kas viimati tervishoiuteenust kasutades tervishoiutöötaja desinfitseeris käsi või vahetas kindaid? (% neist, kes viimase 12 kuu jooksul on kasutanud mõnda tervishoiuteenust)



Noorimasse vanusegruppi (15–24-aastased) kuuluvad märkisid sagedamini kui 75-aastased või vanemad, et tervishoiutöötaja desinfitseeris viimase tervishoiuteenuse ajal käsi või vahetas kindaid (Joonis 24).

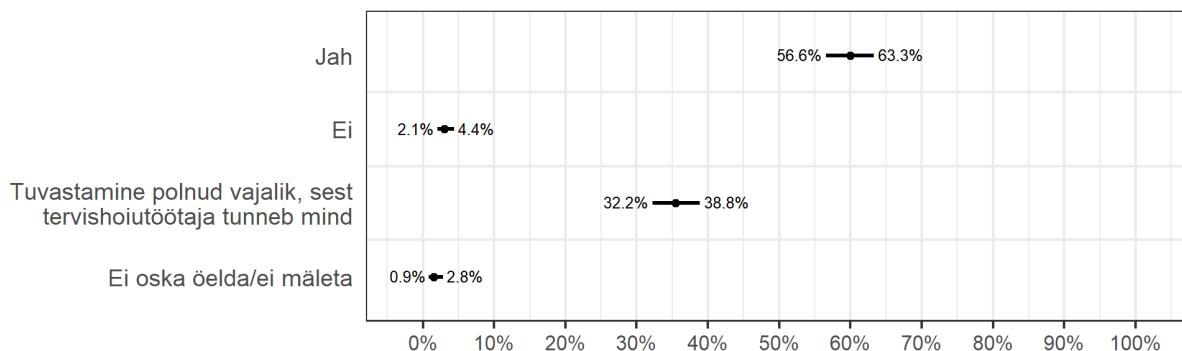
Joonis 24. Tervishoiutöötaja desinfitseeris käsi või vahetas kindaid, patsiendi vanuse kaupa (% neist, kes viimase 12 kuu jooksul on kasutanud mõnda tervishoiuteenust)



Pea kõik (ca 95%) viimase 12 kuu jooksul tervishoiuteenust kasutanutest märkisid, et viimati kasutatud teenusel tuvastas tervishoiutöötaja nende isiku või polnud tuvastamine vajalik, sest tervishoiutöötaja tundis neid. Olukordi, mil tervishoiutöötaja isikut ei tuvastanud, tõi välja vähem kui 5% tervishoiuteenust

kasutanutest. Siinkohal tuleb aga arvestada küsimuse sõnastuse kitsaskohtadega – küsimuse testimisel selgus, et inimesed saavad sellest küsimusest erinevalt aru. Näiteks ei ole üheselt selge, kas ainult eesnime küsimine on tuvastamine ja millise tuvastamise kohta küsiti (registratuuris, õe kutsel kabinetti, vestluse alguses arstiga vms).

Joonis 25. Kas viimati tervishoiuteenust kasutades tervishoiutöötaja tuvastas Teie isiku (küsis nime, isikukoodi või dokumenti)? (% neist, kes viimase 12 kuu jooksul on kasutanud mõnda tervishoiuteenust)

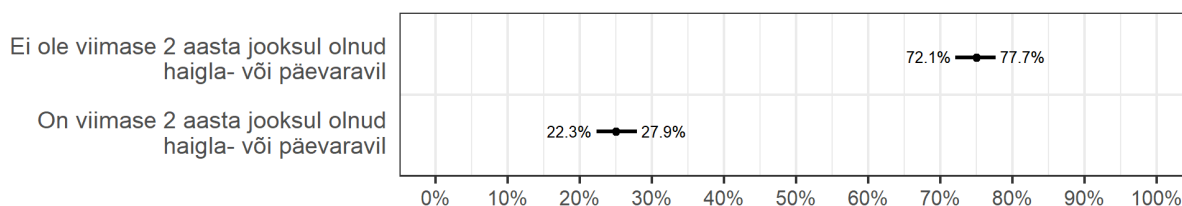


Kokkuvõttes tajub enamik patsientidest, et tervishoiuasutuses tehtavad ravi, uuringud ja analüüsid on neile ohutud. Valdav osa (ligi 85%) 12 kuu jooksul tervishoiuteenust kasutanutest tunneb, et viimati kasutatud teenusel olid ravi, uuringud või analüüsid talle ohutud. Ligi 70% tervishoiuteenust kasutanutest märkis, et viimasel tervishoiuteenuse kasutamisel desinfitseeris tervishoiutöötaja käsi või vahetas kindaid ning pea kõik (95%) märkisid, et tervishoiutöötaja tuvastas nende isiku või tuvastamine polnud vajalik, sest tervishoiutöötaja tundis neid.

2.6 Ravi koordineerimine

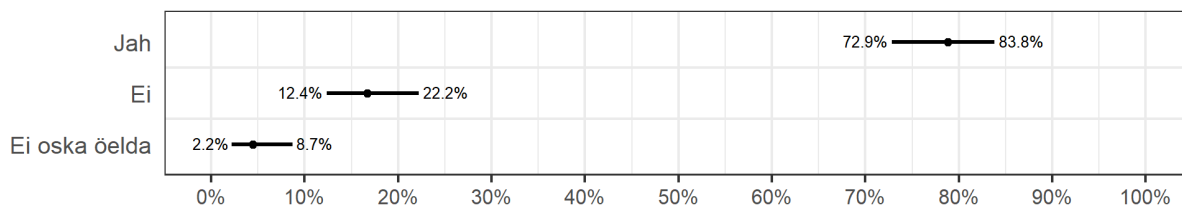
Ravi koordineerimise kohta küsiti vaid nende käest, kes olid viibinud haiglaravil. Viimase 2 aasta jooksul on haigla- või päevaravil (sh sünnitamine) viibinud ligikaudu neljandik (22–28%) elanikkonnast (Joonis 26).

Joonis 26. Viimase 2 aasta jooksul haigla- või päevaravil (sh sünnitamine) viibimine (% elanikkonnast)



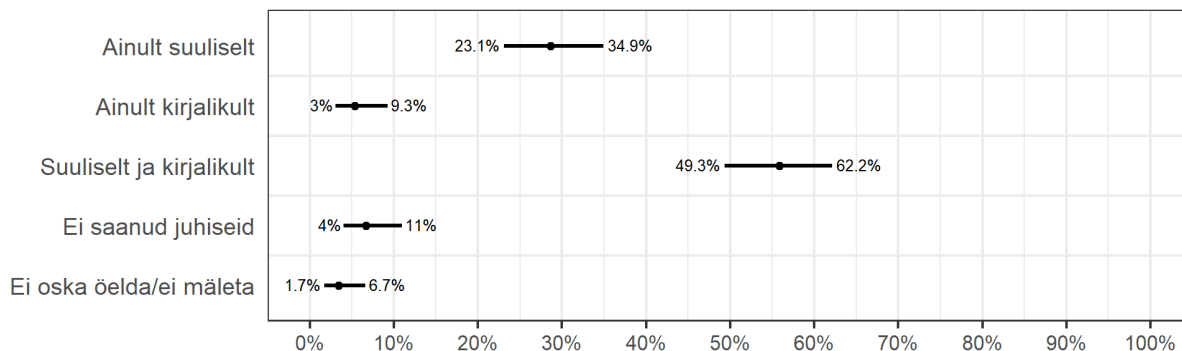
Haigla- või päevaravil viibinutest ca 80%-le anti haiglas kontakt, kuhu pöörduda oma tervisemurega pärast haiglaravi (Joonis 27).

Joonis 27. Kas haiglas anti Teile kontakt, kuhu pöörduda oma tervisemurega pärast haiglaravi? (% neist, kes on viimase 2 aasta jooksul olnud haigla- või päevaravil (sh sünnitamine))



Edasiseks hoolduseks, taastuseks ja raviks sai juhised suuliselt ja kirjalikult *ca* 50%, ainult kirjalikult *ca* 5% ja ainult suuliselt *ca* 30% viimase 2 aasta jooksul haigla- või päevaravil viibinutest (Joonis 28). 4–11% oli selliseid patsiente, kellele ei antud juhiseid hoolduseks, taastumiseks ja raviks.

Joonis 28. Kas haiglaravilt lahkudes saite edasiseks hoolduseks, taastumiseks ja raviks juhised ...? (% neist, kes on viimase 2 aasta jooksul olnud haigla- või päevaravil (sh sünnitamine))

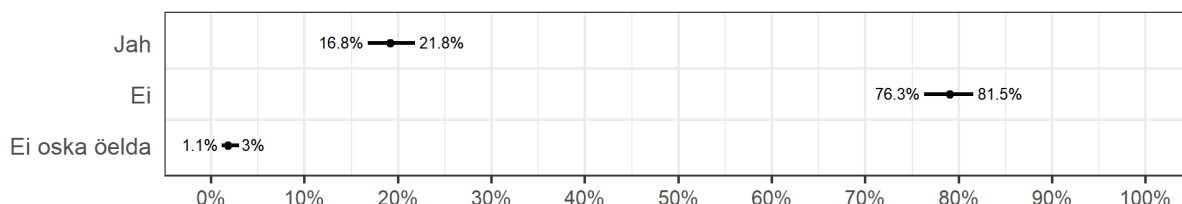


Kokkuvõttes on viimase 2 aasta jooksul haigla- või päevaravil (sh sünnitamine) viibinud ligikaudu neljandik elanikkonnast. Nendest valdav osa (*ca* 90%) sai haiglaravilt lahkudes edasiseks hoolduseks, taastumiseks ja raviks juhised ning ligikaudu 80%-le anti kontakt, kuhu tervisemurega pärast haiglaravi pöörduda.

2.7 Lähedaste kaasamine

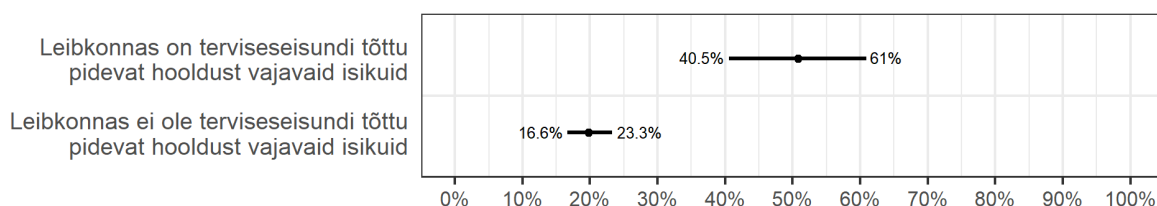
Lähedaste kaasamist saab hinnata ainult nendes olukordades, kus lähedaste kaasamine on vajalik olnud. Viimase 12 kuu jooksul on vajanud oma täisealise lähedase tervise või ravi kohta infot tema arstilt, õelt või ämmaemandalt ligi viiendik (17–22%) elanikkonnast (Joonis 29).

Joonis 29. Kas Teil on viimase 12 kuu jooksul olnud vaja oma täisealise lähedase tervise või ravi kohta infot tema arstilt, õelt või ämmaemandalt? (% elanikkonnast)



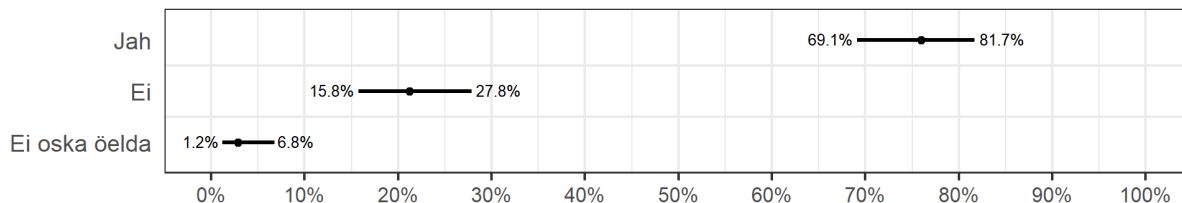
Ligikaudu pooled nendest, kelle leibkonnas on terviseseisundi tõttu pidevat hooldust vajavaid isikuid, vajasid oma täisealise lähedase tervise või ravi kohta infot tema arstilt, õelt või ämmaemandalt. Nende elanike hulgas, kelle leibkonnas pole pidevat hooldust vajavaid isikuid, oli lähedase kohta tervishoiutöötajalt infot vajavate osakaal oluliselt väiksem – vaid *ca* viiendik (Joonis 30).

Joonis 30. On viimase 12 kuu jooksul olnud vaja oma täisealise lähedase tervise või ravi kohta infot tema arstilt, õelt või ämmaemandalt, leibkonnas terviseseisundi tõttu pidevat hooldust vajava isiku olemasolu kaupa (% elanikkonnast)



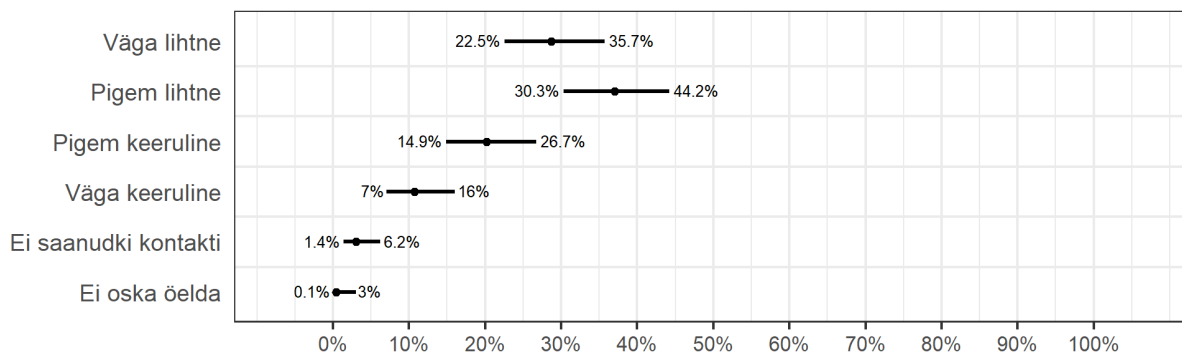
69–82%-l neist, kellel oli vaja infot oma täisealise lähedase tervise või ravi kohta, oli vaja tervishoiutöötajaga planeerida ka lähedase ravi või hooldust (Joonis 31).

Joonis 31. Kas Teil on viimase 12 kuu jooksul olnud vaja oma täisealise lähedase ravi või hoolduse planeerimist arutada tema arsti, õe või ämmaemandaga? (% neist, kellel on olnud vaja infot oma täisealise lähedase tervise või ravi kohta)



Nendest, kellel oli vaja täisealise lähedase kohta infot, leidis ligikaudu 65%, et arsti, õe või ämmaemandaga oli lihtne kontakti saada (Joonis 32). Keeruliseks hindas kontakti saamist ca kolmandik. Olukordi, kus kontakti ei saadudki, esines vähe, vaid 1–6%.

Joonis 32. Kui lihtne oli saada lähedase tervisega seoses kontakti tema arsti, õe või ämmaemandaga? (% neist, kellel on olnud vaja infot oma täisealise lähedase tervise või ravi kohta)



Enamik inimesi hindas, et tervishoiutöötaja andis vajaliku info ning arutas lähedase hoolduse või ravi planeerimist piisavalt. Valdav osa (ca 80%) neist, kellel oli vaja infot oma täisealise lähedase tervise või ravi kohta, on nõus väitega, et tervishoiutöötaja andis vajaliku info. Ligikaudu viiendik ei olnud väitega nõus või ei osanud hinnangut anda. Ca 82% nõustus, et tervishoiutöötaja arutas temaga lähedase ravi või hoolduse planeerimist.

Kokkuvõttes vajas ligi viiendik elanikkonnast viimase 12 kuu jooksul oma täisealise lähedase tervise või ravi kohta infot tervishoiutöötajalt. Probleeme tervishoiutöötajaga kontakteerumisel oli ligikaudu kolmandikul neist, kes vajasis infot lähedase tervise kohta. Küll aga oli valdav osa (ca 80%) infot vajanutest nõus väitega, et tervishoiutöötaja andis lähedase tervise või ravi kohta vajaliku info. Täisealise lähedase tervise või ravi kohta infot vajanutest ca 75%-l oli vaja arutada tervishoiutöötajaga ka lähedase ravi või hoolduse planeerimist. Valdav osa nendest, kes lähedase ravi või hoolduse planeerimise arutamist vajasisid, said seda ka teha.

3 Tervishoiutöötajate küsitluse tulemused

3.1 Patsiendikesksuse mõõdiku keskmised hinnangud

Patsiendikesksuse mõõdik sisaldab 27 väidet patsiendikeskse käitumise kohta. Tervishoiutöötajad hindasid 5-palliskaalal, kus 4 on „väga suurel määral“ ja 0 on „väga vähesel määral“, mil määral nad on kindlad, et suudavad käituda väidetes kirjeldatud viisidel. Tervishoiutöötajate keskmised hinnangud oma suutlikkusele kirjeldatud viisidel käituda on kõrged – valdavalt on patsiendikesksete käitumisviiside keskmine enesehinnang üle 3 palli (Joonis 33). Kõige kõrgemalt (3,6–3,7 palli) hindavad tervishoiutöötajad oma suutlikkust kohelda patsienti hoolivalt, olla tähelepanelik ja osavõtlik ning märgata patsiendi hirmu või murelikku olekut. Kõige madalamalt (2,9–3,1 palli) hinnati suutlikkust tagada, et patsient teeb oma otsused informeeritult.

Siinjuures tuleb arvestada, et uuringus kasutatud mõõdik on välja töötatud arsti erialal töötavatele. Seetõttu tundsid tervishoiutöötajad (peamiselt õed ja ämmaemandad) mõnede käitumisviiside kirjelduste juures, et nimetatud tegevused ei ole nende töö iseloomu arvestades asjakohased. Keskmiste hinnangute analüüsist jäid välja need tervishoiutöötajad, kes ei osanud hinnata oma suutlikkust uuringus käsitletud viisidel käituda või kes arvasid, et mõne käitumisviisi kirjeldusel ei ole kokkupuudet nende tööga (vaata Lisa 4. Tervishoiutöötajate küsitluse tulemused).

Joonis 33. Tervishoiutöötajate keskmine hinnang, mil määral nad on kindlad, et suudavad käituda järgnevates väidetes kirjeldatud moel



* Väiteid hinnati 5-palliskaalal, kus 0 on „väga vähesel määral“ ja 4 on „väga suurel määral“.

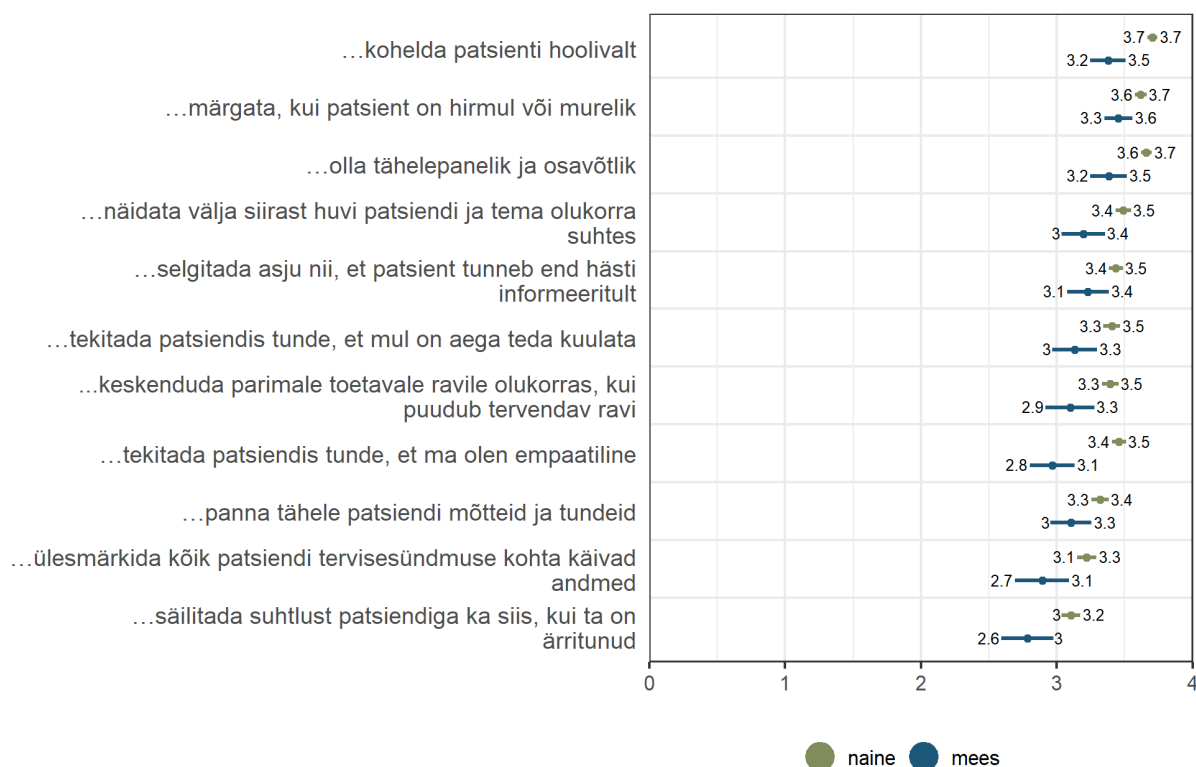
** Jooniselt ja keskmiste arvutustest on välja jäetud vastajad, kes märkisid, et see ei puutu nende töösse, või kes ei osanud hinnangut anda.

Faktoranalüüsi tulemusena koonduvad toodud väited kolmeks nähtuseks, mida need ühiselt mõõdavad (vt raporti lisa faktoranalüüsi detailide kohta). Väited koonduvad järgmiselt.

1. Patsiendi perspektiivi tajumist mõõdavad järgmised väited:
 - a. ...tekitada patsiendis tunde, et mul on siiras huvi teada, mida tema oma olukorrast arwab.
 - b. ...tekitada patsiendis tunde, et mul on aega teda kuulata.
 - c. ...panna tähele patsiendi mõtteid ja tundeid.
 - d. ...olla tähelepanelik ja osavõtlik.
 - e. ...märgata, kui patsient on hirmul või murelik.
 - f. ...kohelda patsienti hoolivalt.
 - g. ...tekitada patsiendis tunde, et ma olen empaatiline.
 - h. ...tekitada patsiendis tunde, et ta saab minuga rääkida konfidentsiaalsetel ja isiklikel teemadel.
 - i. ...näidata välja siirast huvi patsiendi ja tema olukorra suhtes.
 - j. ...keskenduda parimale toetavale ravile (kaastundele, hooldusele ja sümptomaatilisele ravile) olukorras, kui puudub tervendav ravi.
2. Informatsiooni jagamine:
 - a. ...jõuda patsiendiga raviplaanis kokkuleppele.
 - b. ...tagada, et patsient teeb oma otsused informeeritult.
 - c. ...selgitada diagnoosi ja raviplaaniga seonduvat patsiendile nii, et ta seda mõistab.
 - d. ...teavitada patsienti võimalikest kõrvalmõjudest nii, et patsient mõistab neid.
 - e. ...selgitada, kuidas ravi toimib või eeldatavasti toimib.
 - f. ...keskenduda sellele, mis on patsiendi jaoks parim, juhul kui diagnoosis ja ravis on professionaalseid eriarvamusi.
3. Kommunikatsioonihaldus:
 - a. ...tulla toime oma emotsioonide kontrollimisega minu jaoks keerulistes olukordades.
 - b. ...säilitada suhtlust patsiendiga ka siis, kui ta on ärritunud.
 - c. ...hoiduda sellest, et mind mõjutaksid eelarvamused patsiendi kohta.
 - d. ...hoida lahus oma isiklikud vaated professionaalsest käsitlusest.

Keskmites hinnangutes oma suutlikkusele patsiendikeskselt käituda on mõned erisused tervishoiutöötajate soo kaupa. 11 väite puhul on naiste hulgas keskmine hinnang kõrgem kui meeste hulgas (Joonis 34). Valdavalt on tegemist väidetega, mis mõõdavad patsiendi perspektiivi tajumist. Suurimad erinevused naiste ja meeste vahel on järgmistes väidetes: tekitada patsiendis tunde, et ma olen empaatiline; kohelda patsienti hoolivalt ja olla tähelepanelik ning osavõtlik.

Joonis 34. Tervishoiutöötajate keskmine hinnang oma suutlikkusele soo kaupa

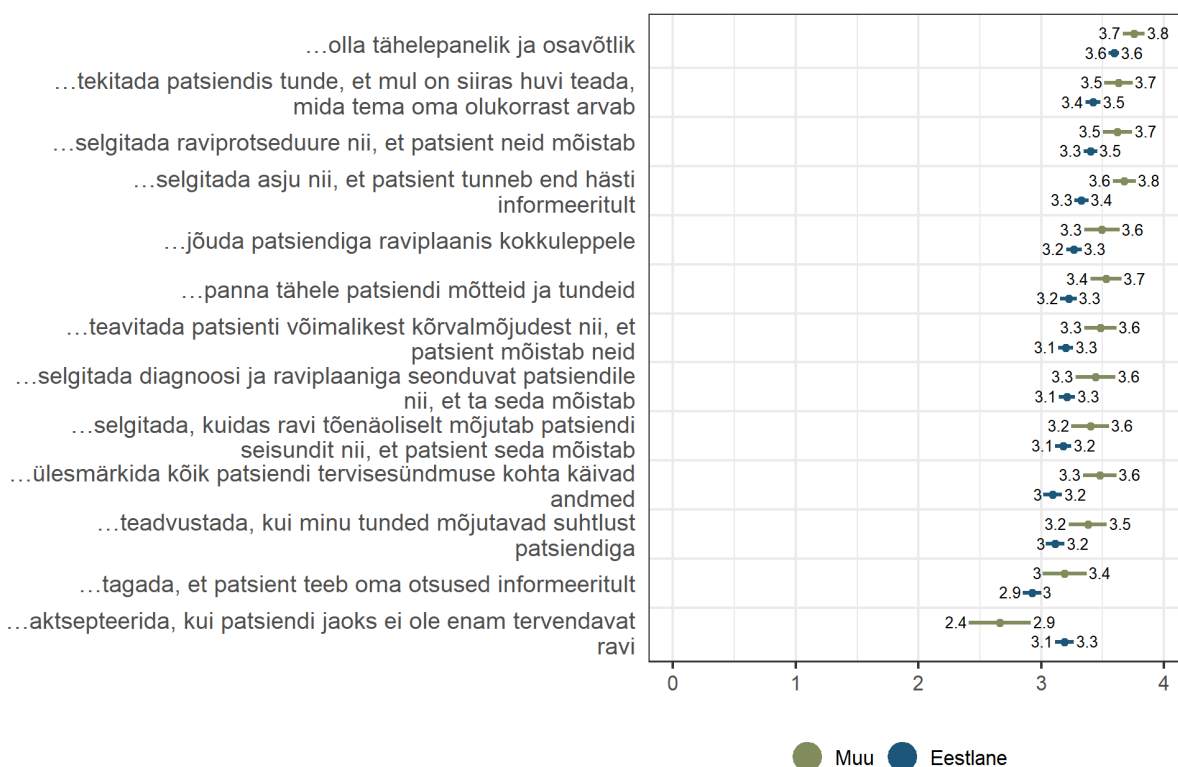


* Väiteid hinnati 5-palliskaalal, kus 0 on „väga vähesel määral“ ja 4 on „väga suurel määral“.

* Jooniselt ja keskmiste arvutustest on välja jäetud vastajad, kes märkisid, et see ei puutu nende töösse, või kes ei osanud hinnangut anda.

Patsiendikesksete käitumisviiside hinnangutes esineb erisusi ka tervishoiutöötaja rahvuse kaupa. 12 käitumisviisi puhul hindavad muust rahvusest tervishoiutöötajad oma suutlikkust kõrgemalt kui eesti rahvusest tervishoiutöötajad (Joonis 35). Suurem osa nendest käitumisviisidest puudutavad informatsiooni ja otsuste tegemise jagamist. Küll aga hindavad eestlased kõrgemalt kui muust rahvusest tervishoiutöötajad oma suutlikkust aktsepteerida, kui patsiendi jaoks ei ole enam tervendavat ravi.

Joonis 35. Tervishoiutöötajate keskmine hinnang oma suutlikkusele rahvuse kaupa



* Väiteid hinnati 5-palliskaalal, kus 0 on „väga vähesel määral“ ja 4 on „väga suurel määral“.

* Jooniselt ja keskmiste arvutustest on välja jäetud vastajad, kes märkisid, et see ei puutu nende töösse, või kes ei osanud hinnangut anda.

Keskmites hinnangutes suutlikkusele käituda väidetes kirjeldatud viisidel on erinevusi tervishoiutöötajate põhitöökoha asutuste kaupa. Õendushaiglas või koduõendust pakkuvas asutuses töötavad tervishoiutöötajad hindavad oma suutlikkust kõrgemalt eelkõige nende käitumisviiside puhul, mis puudutavad patsiendi perspektiivi tajumist (Joonis 36).

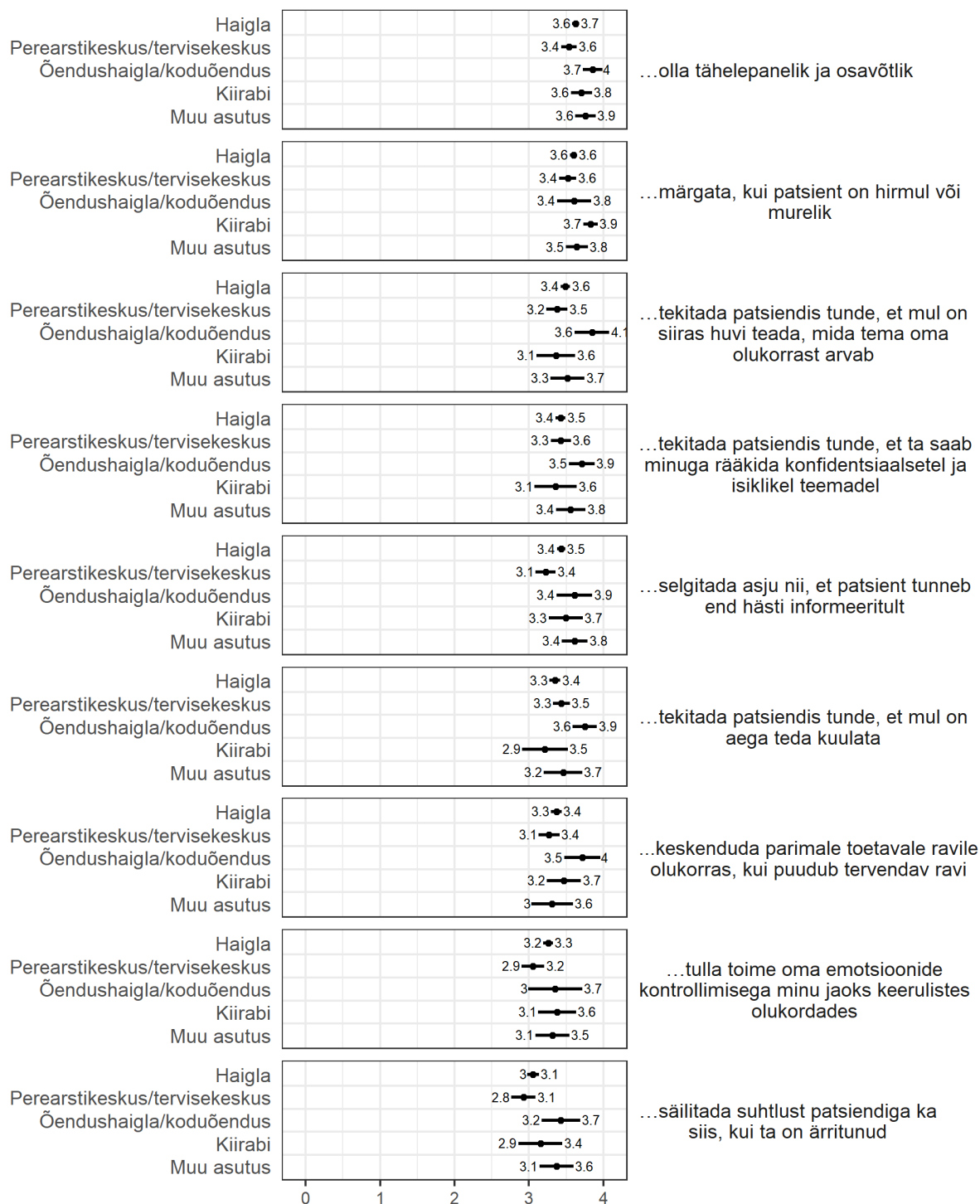
Õendushaiglas või koduõenduses töötavad on

- kindlamad kui perearstikeskuses, tervisekeskuses või haiglas töötavad tervishoiutöötajad, et nad
 - suudavad olla tähelepanelikud ja osavõtlikud;
 - tekitada patsiendis tunde, et neil on siiras huvi teada, mida patsient oma olukorrast arvab;
 - keskenduda parimale toetavale ravile olukorras, kus puudub tervendav ravi;
 - säilitada suhtlust patsiendiga ka siis, kui patsient on ärritunud.
- kindlamad kui haiglas töötavad, et nad suudavad tekitada patsiendis tunde, et ta saab nendega rääkida konfidentsiaalsetel ja isiklikel teemadel.
- kindlamad kui perearstikeskuses/tervisekeskuses töötavad, et nad suudavad selgitada asju nii, et patsient tunneb ennast hästi informeerituna.
- kindlamad kui haiglas, kiirabis või perearstikeskuses/tervisekeskuses töötavad, et nad suudavad tekitada patsiendis tunde, et neil on aega teda kuulata.

Kiirabis töötavad tervishoiutöötajad on kindlamad kui haiglas või perearstikeskuses või tervisekeskuses töötavad, et nad suudavad märgata, kui patsient on hirmul või murelik.

Haiglas töötavad tervishoiutöötajad on kindlamad kui perearstikeskuses või tervisekeskuses töötavad, et nad suudavad keerulistes olukordades tulla toime oma emotsioonide kontrollimisega.

Joonis 36. Tervishoiutöötajate keskmine hinnang oma suutlikkusele, töökoha asutusetüübi kaupa



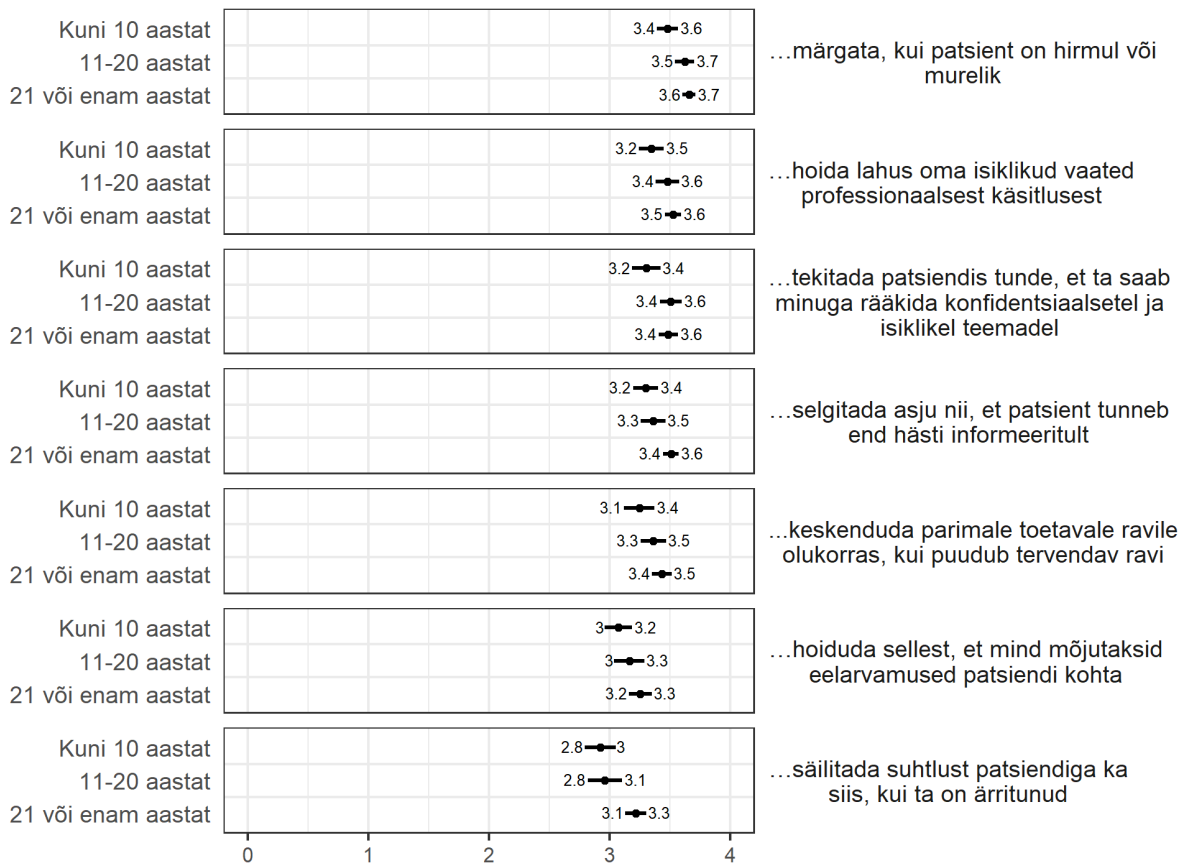
* Väiteid hinnati 5-palliskaalal, kus 0 on „väga vähesel määral“ ja 4 on „väga suurel määral“.

** Paljud tervishoiutöötajad töötavad mitmes asutuses, kuid joonisel on esitatud selle asutuse tüüp, mille tervishoiutöötaja märkis oma põhitöökohaks.

*** Jooniselt ja keskmiste arvutustest on välja jäetud vastajad, kes märkisid, et see ei puutu nende töösse, või kes ei osanud hinnangut anda.

Tervishoiutöötajate hinnangud oma suutlikkusele väidetes kirjeldatud viisidel käituda on seotud erialase töökogemuse pikkusega. Pikema erialase töökogemusega tervishoiutöötajad on kindlamad käitumisviisides, mis on seotud nii patsiendi perspektiivi tajumise, informatsiooni ja otsuste tegemise jagamise kui ka kommunikatsioonihaldusega (Joonis 37).

Joonis 37. Tervishoiutöötajate keskmine hinnang oma suutlikkusele, oma erialal töötatud aastate kaupa



* Väiteid hinnati 5-palliskaalal, kus 0 on „väga vähesel määral“ ja 4 on „väga suurel määral“.

** Jooniselt ja keskmiste arvutustest on välja jäetud vastajad, kes märkisid, et see ei puutu nende töösse, või kes ei osanud hinnangut anda.

Keskmesed hinnangud käitumisviisidele on tervishoiutöötaja ametiala kaupa varieeruvad (Joonis 38). Järgnevalt on toodud välja peamised erisused tervishoiutöötajate hinnangutes ametialade kaupa.

Õed ja ämmaemandad on kindlamad kui arstid suutlikkuses

- ...kohelda patsienti hoolivalt;
- ...olla tähelepanelik ja osavõtlik;
- ...märgata, kui patsient on hirmul või murelik;
- ...selgitada asju nii, et patsient tunneb end hästi informeerituna;
- ...säilitada suhtlust patsiendiga ka siis, kui ta on ärritunud.

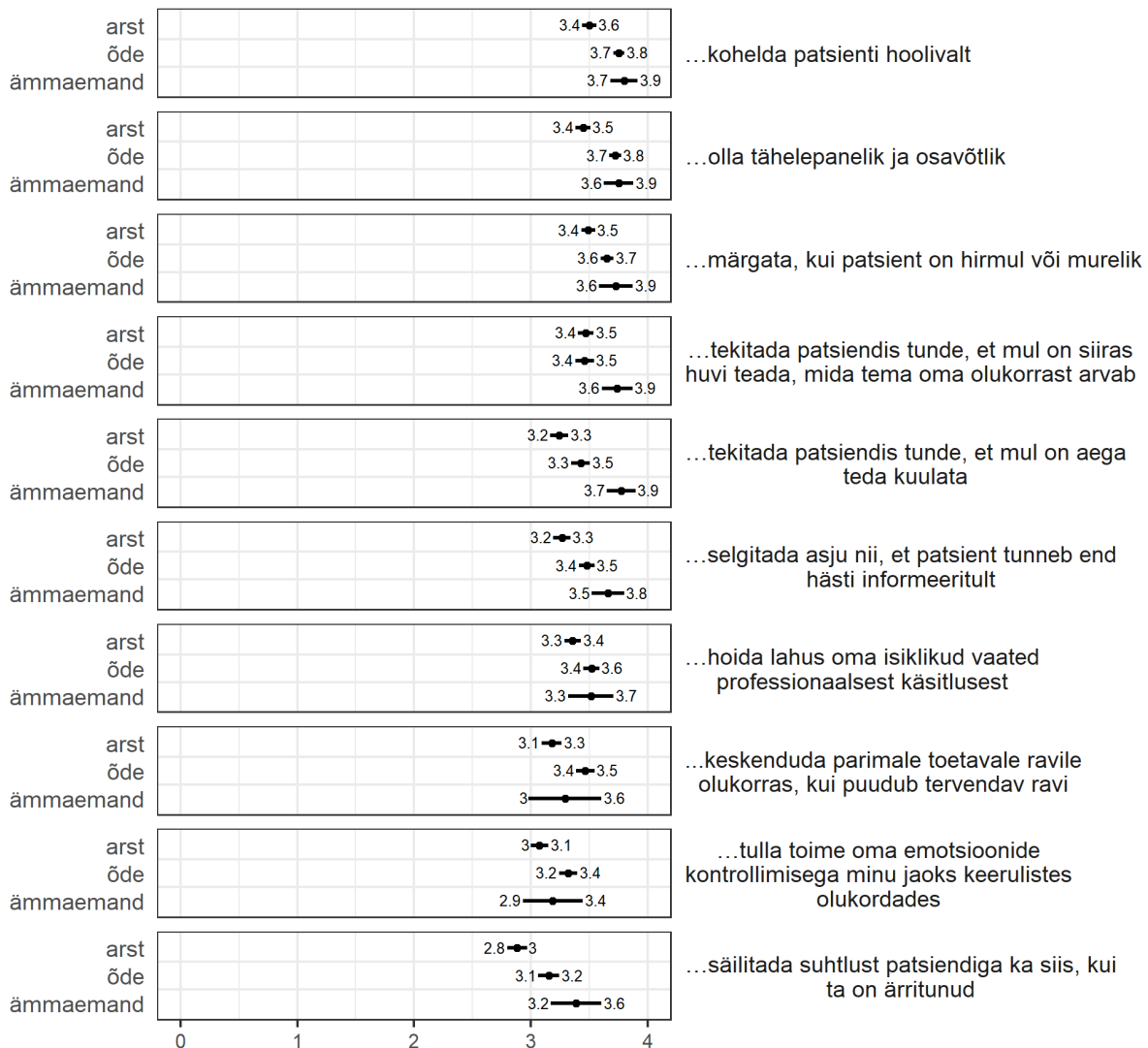
Ämmaemandad on kindlamad kui arstid ja õed suutlikkuses

- ...tekitada patsiendis tunde, et tal on siiras huvi teada, mida patsient oma olukorrast arvab;
- ...tekitada patsiendis tunde, et neil on aega teda kuulata.

Õed on kindlamad kui arstid suutlikkuses

- ...keskenduda primale toetavale ravile olukorras, kus puudub tervendav ravi;
- ...tulla toime emotsioonide kontrollimisega tema jaoks keerulistes olukordades.

Joonis 38. Tervishoiutöötajate keskmine hinnang oma suutlikkusele, ametiala kaupa



* Väiteid hinnati 5-palliskaalal, kus 0 on „väga vähesel määral“ ja 4 on „väga suurel määral“.

** Jooniselt ja keskmiste arvutustest on välja jäetud vastajad, kes märkisid, et see ei puutu nende töösse, või kes ei osanud hinnangut anda.

Järgnevalt on kirjeldatud taustatunnuste mõju patsiendikesksuse väidetest koonduvatele nähtustele (faktoritele). Ametiala, sugu, vanus ja tööstaaž on statistiliselt olulised tegurid, mis mõjutavad tervishoiutöötaja hinnanguid enda võimekusele patsiendikeskselt käituda ka juhul, kui võrrelda muude sarnaste taustatunnustega inimesi (vt struktuurivõrrandite mudeli spetsifikatsiooni Lisa 4. Tervishoiutöötajate küsitluse tulemused). Täpsemalt on taustatunnused, mis mõjutavad mõõdetud nähtusi, järgmised.

1. **Suutlikkuses patsiendi perspektiivi tajuda on**
 - a. naised kindlamad kui mehed,
 - b. õed ja ämmaemandid kindlamad kui arstid ning
 - c. mitte-eestlased kindlamad kui eestlased.

Vanus ja erialase kogemuse pikkus siinjuures olulist rolli ei mängi.

2. **Informatsiooni jagamise oskuses** on

- ämmaemandad kindlamad kui arstid,
- mitte-eestlased kindlamad kui eestlased ning
- mida pikem on erialane töökogemus, seda kõrgemalt hinnatakse oma informatsiooni jagamise oskusi.

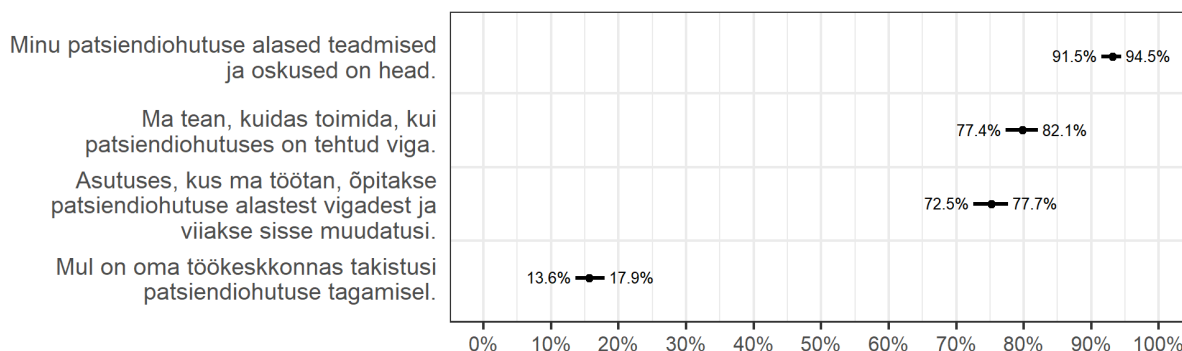
3. **Kommunikatsioonihaldusoskustes** on

- õed ja ämmaemandad kindlamad kui arstid ning
- mida kõrgem vanus, seda kõrgemalt hinnatakse oma kommunikatsioonihaldusoskusi.

3.2 Patsiendiohutuse

Patsiendiohutuse taset hindavad tervishoiutöötajad kõrgelt. Üle 90% tervishoiutöötajate hinnangul on nende patsiendiohutuse teadmised ja oskused head (Joonis 39). Ligikaudu 80% tervishoiutöötajatest teab, kuidas toimida, kui patsiendiohutuses on tehtud viga ning ¾ tervishoiutöötajate hinnangul asutuses, kus ta töötab, õpitakse patsiendiohutuses tehtud vigadest ja viiakse sisse muudatusi. Töökeskonnas on patsiendiohutuse tagamisel takistusi ligikaudu 15% tervishoiutöötajate hinnangul.

Joonis 39. Patsiendiohutusega seotud väidetega pigem nõus või täielikult nõus (% tervishoiutöötajatest)



Patsiendiohutuse tagamise takistused on enamasti töökohaspetsiifilised. Selle tõttu on asjakohane patsiendiohutuse takistuste hindamine just töökoha tasandil. See võimaldab ilmnevate takistuste kohaselt töökohas vajalikke muudatusi ellu viia. Tervishoiutöötajad kirjeldasid patsiendiohutuse tagamisel oma töökeskonnas järgmistesse kategooriatesse kuuluvaid takistusi:

- ajapuudus / ajaline surve;
- suur töökoormus;
- personalipuudus;
- probleemid töötajate
 - suhtumises,
 - käitumises,
 - teadlikkuses;
- psüühilise probleemiga / dementsed / agressiivsed patsiendid;
- kukkumised;
- keelebarjäär;
- info liikumise probleemid;
- töövahendite ebapiisavus / halb seisukord;
- kiirabitöö iseloomust tingitud ohud.

Lisaks eelnevatele toodi välja ka erinevaid spetsiifilisi **füüsilise keskkonna takistusi** patsiendiohutuse tagamisel:

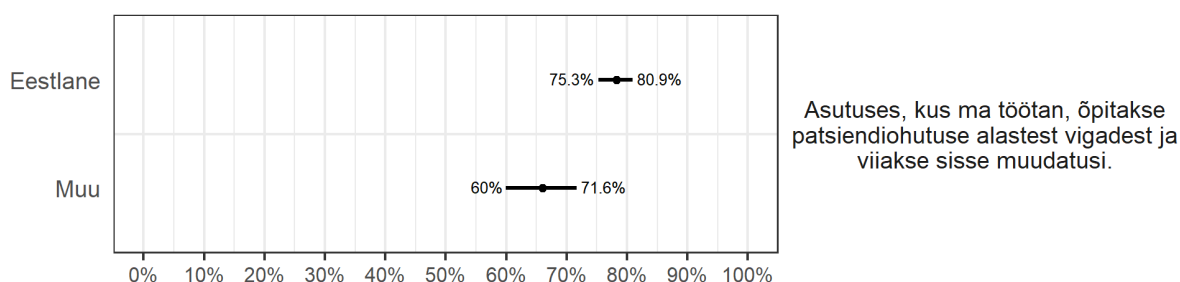
- | | | |
|---|---|---|
| a) vähe lifte; | e) häirekellade puudumine; | i) puuduv lüüs / spetsiaalne ventilatsioon, halb ventilatsioon; |
| b) järsud trepid; | f) vananenud küttesüsteemid, vale temperatuur; | j) pimedad koridorid; |
| c) ruumipuudus, kitsad ruumid/koridorid, koridorides seisev inventar segab liikumist; | g) libedad põrandad; | k) raskesti avatavad uksed; |
| d) õdede laud palatist liiga kaugel; | h) lävepakud / astmed / järsud kaldteed takistavad liikumist; | l) remontimata ruumid; |
| | | m) liiga vähe voodikohti. |

Viimased näitavad ilmekalt, et patsiendiohutuse hindamisest konkreetse asutuse tasandil oleks kasu selleks, et kavandada vajalikke muudatusi patsiendiohutuse parandamiseks.

Eesti rahvusest tervishoiutöötajatest arvab rohkem kui kaks kolmandikku, et tema töökohas õpitakse patsiendiohutuses tehtud vigadest. Muust rahvusest tervishoiutöötajate osakaal, kes leiavad, et nende töökohas õpitakse patsiendiohutuses tehtud vigadest, on aga väiksem (60–72%) (

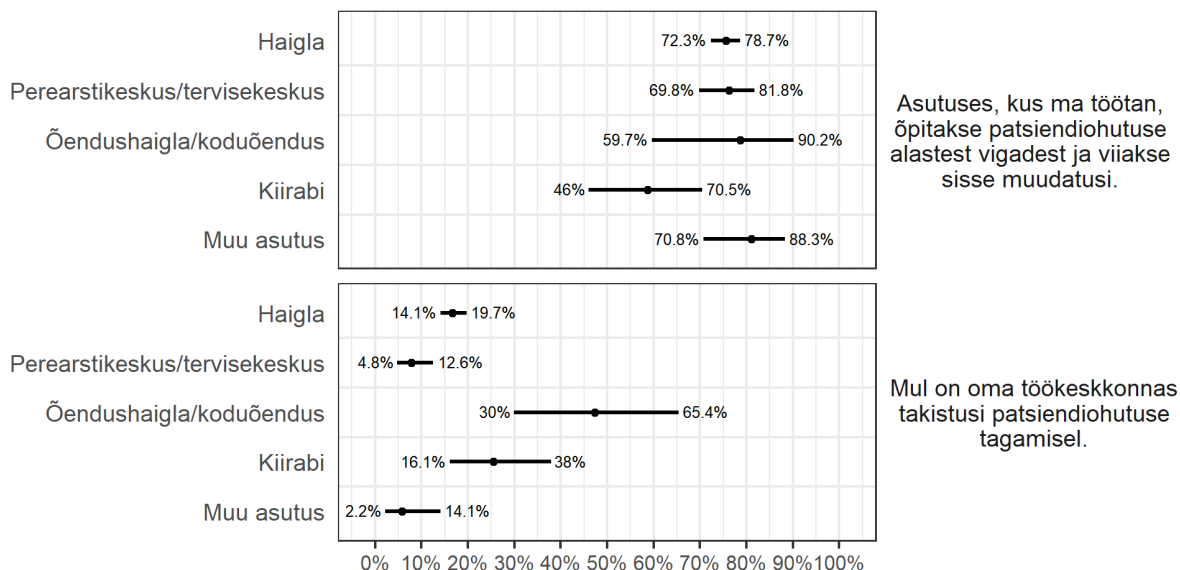
Joonis 40).

Joonis 40. Patsiendiohutusega seotud väitega pigem nõus või täielikult nõus, rahvuse kaupa (% tervishoiutöötajatest)



Haiglas või perearstikeskuses/tervisekeskuses töötavatest tervishoiutöötajatest arvab suurem osakaal (72–79%) kui kiirabis töötavatest (46–71%), et nende asutuses õpitakse patsiendiohutuses tehtud vigadest ja viiakse sisse muudatusi (Joonis 41). Õendushaiglas või koduõendust pakkuv asutuses töötavate hulgas hinnatakse sagedamini (30–65%) kui haiglas (14–11%), perearstikeskuses või tervisekeskuses (5–13%) töötavate seas, et töökeskkonnas on takistusi patsiendiohutuse tagamisel.

Joonis 41. Patsiendiohutusega seotud väidetega pigem nõus või täielikult nõus, asutuse tüübi kaupa (% tervishoiutöötajatest)*

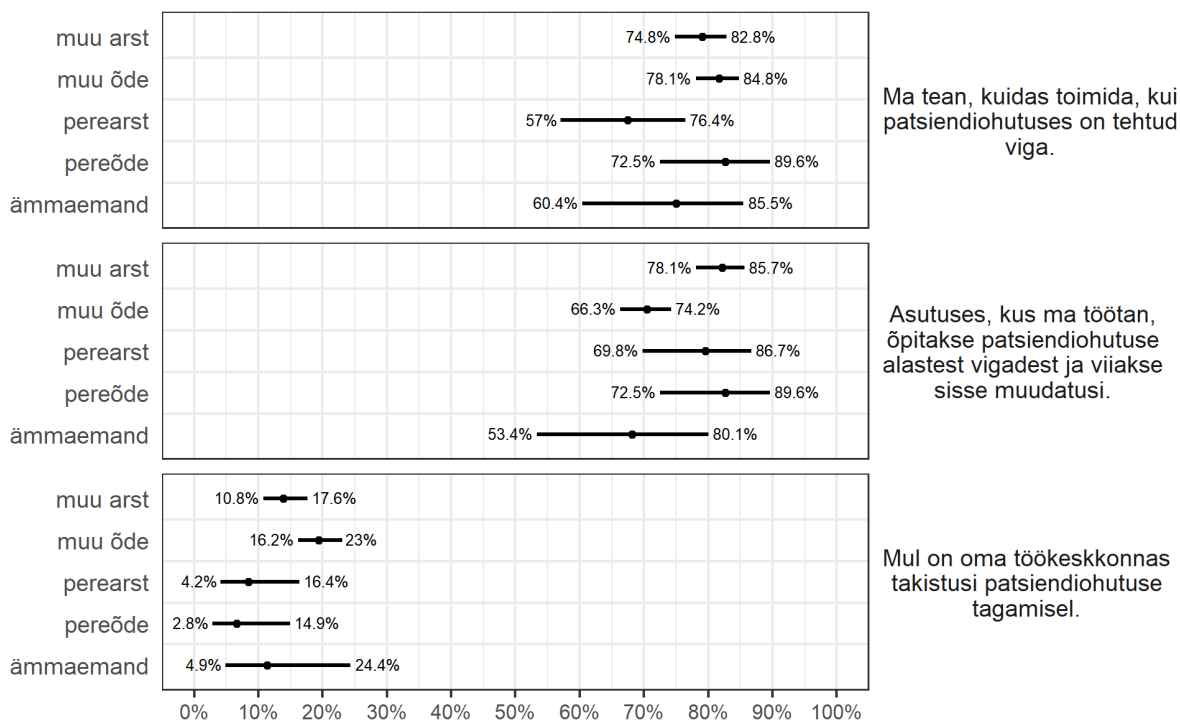


*Paljud tervishoiutöötajad töötavad mitmes asutuses, joonisel on märgitud selle asutuse tüüp, mille tervishoiutöötaja märkis oma põhitöökohaks.

Muudest õdedest (kõik õed peale pereõdede) suurem osakaal kui perearstidest arvab, et nad teavad, kuidas toimida, kui patsiendiohutuses on tehtud viga. Samuti leiab suurem osakaal muudest õdedest võrreldes perearstide ja pereõdedega, et neil on töökeskkonnas takistusi patsiendiohutuse tagamisel (Joonis 42).

Muude arstide (kõik arstid peale perearstide) seas on enam kui muude õdede (kõik õed peale pereõdede) seas neid, kelle hinnangul asutuses, kus nad töötavad, õpitakse patsiendiohutuses tehtud vigadest ja viiakse sisse muudatusi.

Joonis 42. Patsiendiohutusega seotud väidetega pigem nõus või täielikult nõus, ametiala kaupa (% tervishoiutöötajatest)



Kokkuvõttes hindab valdav osa tervishoiutöötajatest (ca 93%) oma patsiendiohutuse teadmisi ja oskusi heaks ning teab (ca 80%), kuidas toimida, kui patsiendiohutuses on tehtud viga. Nooremad tervishoiutöötajad hindavad sagedamini oma patsiendiohutuse teadmisi ja oskusi heaks. Tervishoiutöötajaid, kes teavad, mida teha, kui patsiendiohutuses on tehtud viga, on muude arstide (kõik arstid peale perearstide) ja muude õdede (kõik õed peale pereõdede) hulgas mõnevõrra enam kui perearstide hulgas.

Töökeskonna olukorda patsiendiohutuses hinnatakse suhteliselt kõrgelt – ca 75% tervishoiutöötajatest leiab, et asutuses, kus ta töötab, õpitakse patsiendiohutuses tehtud vigadest ja viiakse sisse muudatusi. Sellel arvamusel on sagedamini eesti kui muust rahvusest töötajad, haiglas või perearstikeskuses/tervisekeskuses sagedamini kui kiirabis töötavad ning muud arstid (kõik arstid peale perearstide) sagedamini kui muud õed (kõik õed peale pereõdede). Samas on ligikaudu iga neljas tervishoiutöötaja tööl asutuses, kus sellele küsimusele kas ei osata vastata või ei õpita patsiendiohutuses tehtud vigadest.

Ligikaudu 15% tervishoiutöötajate hinnangul on neil oma töökeskonnas takistusi patsiendiohutuse tagamisega. Esinevad takistused on väga varieeruvad, hõlmates nii aja, personali, töövahendite kui ka füüsilise keskkonna probleeme. Töökeskonna takistusi patsiendiohutuse tagamisel tajuvad õendushaigla või koduõendust pakkuva asutuse töötajad sagedamini kui haigla, perearstikeskuse/tervisekeskuse töötajad, muud õed (kõik õed peale pereõdede) sagedamini kui perearstid ja pereõed.

4 Ettepanekud tervishoiu inimkesksuse mõõdikute korrigeerimiseks

4.1 Elanikkonna küsitlus

Küsimustiku koostamisel tehti olulisi valikuid, milliseid inimkeskse tervishoiu komponente ja millise põhjalikkusega katta. Kuna küsimustikku jäeti palju komponente, siis on igaühe kohta väike arv küsimusi. Seetõttu kajastavad kogutud andmed väikest osa igast komponendist ega anna põhjalikku kõikehõlmavat vaadet inimkesksusest Eesti tervishoius. Näiteks patsiendihutuse komponendist on küsimustikus kolm küsimust⁴. Patsiendihutuse olukorda on patsiendi vaatest üldiselt vähe uuritud (Monaca 2017). Samas on erinevates uuringutes kasutatud küsimustikud olnud oluliselt pikemad. Näiteks on Šotimaal vaimse tervisega tegelevate haiglate osakondade patsientide uuringus lisaks taustatunnustele 24 valikvastustega küsimust (Patient Safety Climate Tool)⁵ patsiendihutuse kohta, millele lisanduvad vabade vastustega kommentaarid. Terviseharitust uuriva mõõdiku HLS-EU-Q kõige lühem versioon on 12 küsimusega⁶ (Finbråten 2018), käesoleva uuringu küsimustikus on aga seitse küsimust. Kuna küsitluse piiranguks on pikkus, siis selleks, et ühest või teisest inimkeskse tervishoiu komponendist põhjalikum ülevaade saada, tuleks loobuda mõne teise komponendi uurimisest sama küsitlusega. **Parema ülevaate saamiseks elanikkonna hinnangutest inimkeskse tervishoiu komponentidele soovitame teha eraldi põhjalikumad küsitlused erinevate komponentide kohta.** Inimkeskse tervishoiu komponentidest saab elanikkonna küsitlusega uurida põhjalikumalt neid, mis ei eelda teenuse kasutamist. Näiteks elanikkonna terviseharituse hindamiseks saab küsitluse teha põhjalikumalt kui käesolevas uuringus on seda komponenti käsitletud. Kuna tervishoiuteenuste kättesaadavust on oluline uurida ka nende seas, kes teenust mingil põhjusel ei ole kasutanud, sobib ka seda komponenti elanikkonna küsitluses uurida.

Enamiku inimkeskse tervishoiu komponentide kohta info kogumine eeldab vastaja eelnevat spetsiifilist kokkupuudet tervishoiuteenustega. Näiteks saab osa komponentidest hinnata vaid juhul, kui inimene on tervishoiuteenust saanud (nt patsiendikeskne suhtlemine) või spetsiifilises olukorras olnud (nt pere ja sõprade kaasamine ravi ja hoolduse korraldamiseks) või saanud spetsiifilist tervishoiuteenust, mis eeldab nt ravi koordineerimist. Seetõttu satub tervele elanikkonnale suunatud uuringusse liiga vähe neid, kes on spetsiifilist tervishoiuteenust kasutanud ning selle tulemusena on analüüsimiseks ja järelduste tegemiseks kasutada vähe vaatluseid. Vaatluste väikse arvu tõttu ei ole võimalik statistiliselt olulisi erinevusi vastajate sotsiaaldemograafiliste tunnuste või tervishoiuteenuste või tervishoiuasutuste kaupa tuvastada. Iga nähtuse kohta suurema arvu vaatluste kogumine on võimalik kahel moel: (1) suurendades oluliselt valimit; (2) muutes uuringu sihtrühma ja piiritledes see kas valitud teenust saanud inimestega, valitud tervishoiuasutuse tüüpidega või valitud meditsiinilise seisundiga. Küll aga on raske hinnata, kui palju täpselt peaks valimi mahtu suurendama, sest ei ole võimalik ette teada, kui suur osakaal mingisugust konkreetset teenust kasutanutest satub elanikkonna valimisse. Samuti tuleb arvestada, et valimi mahu

⁴ „Kas viimati tervishoiuteenust kasutades tundsite, et tervishoiuasutuses tehtud ravi, uuringud või analüüsid olid Teile ohutud?“, „Kas viimati tervishoiuteenust kasutades tervishoiutöötaja desinfitseeris käsi või vahetas kindaid?“ ja „Kas viimati tervishoiuteenust kasutades tervishoiutöötaja tuvastas Teie isiku (küsis nime, isikukoodi või dokumenti)?“.

⁵ Patient Safety Climate Tool <https://ihub.scot/media/1286/20170721-climate-tool-review-v08.pdf> (14.08.2019)

⁶ Finbråten *et al.* (2018) leiavad, et ELS-EQ-47 küsimused laaduvad 12 faktoriks. Faktorite üheks mõõtmeks on ligipääs informatsioonile, selle mõistmine, hindamine ja kasutamine, ning teiseks mõõtmeks tervishoid, haiguste ennetus ja terviseedendus. Nende kombinatsioonina kujuneb 12 terviseharituse faktorit, mis on 12-küsimuselise mõõdiku korral kaetud igaüks ühe küsimusega. Praeguses uuringus küsitud küsimustest laaduvad kuus küsimust kaheks faktoriks, mida võiks käsitleda tervishoiu ja ennetuse/edenduse alase kirjaoskusega.

suurendamine on kulukas ning sealjuures ei saa olla kindel, et mahtu suurendades saame kõigi tervishoiu inimkesksuse komponentide hindamiseks piisava hulga vaatlusi. **Seetõttu soovitame edaspidi muuta uuringu sihtrühma ja piiritleda see kas valitud teenust saanud inimestega, valitud tervishoiuasutuse tüüpidega või valitud meditsiinilise seisundiga.** Näiteks ravi koordineerimise hindamiseks tuleks küsitletavate sihtrühma piiritleda nendega, kes on tervishoiuteenust kasutanud ja kelle meditsiinilises seisundis oli järgnev ravi koordineerimine vajalik.

Lisaks ilmnesid probleemid ka konkreetsetes küsimustes. Soovitame järgmised küsimused edaspidi küsimustikust välja jätta või neid oluliselt muuta:

1. „Kas viimati tervishoiuteenust kasutades tervishoiutöötaja desinfitseeris käsi või vahetas kindaid“. – Käte desinfitseerimist patsiendid otseselt ei näe/märka, vaid vastavad tihti selle järgi, mis tundub enesestmõistetav. Lisaks on käte desinfitseerimine / kinnaste vahetamine vaid väike osa patsiendiohutusest, millest ei saa teha järeldusi patsiendiohutuse kohta üldiselt.
2. „Kas viimati tervishoiuteenust kasutades tervishoiutöötaja tuvastas Teie isiku (küsis nime, isikukoodi või dokumenti)“ – Küsimust mõistetakse erinevalt ja pole üheselt mõistetav, millise olukorra kohta küsitakse (kas nime küsimine registratuuris, vastuvõtukabinetti kutsumisel, arstiga suhtlemist alustades vms) ning kas eesnimist isiku tuvastamiseks piisab. Samuti uurib see küsimus väga väikest osa patsiendiohutusest ning ei võimalda anda üldist hinnangut patsientide tajutud patsiendiohutusele Eestis.
3. „Kas viimati tervishoiuteenust kasutades tervishoiutöötaja leppis Teiega kokku tervisega seotud eesmärgid (nt kaalu langus 5 kg, väiksem sigarettide arv päevas jms)“ ja küsimus „Kas viimati tervishoiuteenust kasutades tervishoiutöötaja aitas Teil leida teisi vajalikke teenuseid (nt broneerida aega vastuvõtule, organiseerida transporti, saada sotsiaaltöötajaga kontakti jms)“. Ligi kolmandik mõnda tervishoiuteenust kasutanutest leidis, et need tegevused ei olnud viimati kasutatud tervishoiuteenusel asjakohased või vajalikud. See näitab, et tegemist on spetsiifilisi olukordi eeldavate küsimustega ning ei ole kohased küsida kõigilt tervishoiuteenust kasutanutelt. Näiteks olukordades, kus minnakse tervishoiutöötaja visiidile vaid tervisetõendi saamiseks ning terviseprobleemi ei ilmne, siis ei ole teiste vajalike teenuste otsimine asjakohane. Seetõttu on need küsimused sobilikud kitsamale sihtgrupile, mitte kõikidele tervishoiuteenust kasutanud elanikele. Lisaks võib probleem olla ka küsimuste sõnastuse abstraktsuses – näiteks ei saa inimesed aru, milliseid teisi vajalikke teenuseid on küsimuses mõeldud. Samuti on võimalik, et inimesed ei oska hinnata, kas neil oleks olnud vaja teisi teenuseid.

4.2 Tervishoiutöötajate küsitlus

4.2.1 Küsimustik

Tervishoiutöötajate eestindatud mõõdikuga mõõdetakse kolme nähtust: patsiendi perspektiivi tajumine, informatsiooni jagamine ja kommunikatsioonihaldus. Lisaks hõlmatakse patsiendiohutust nelja küsimusega. Esmalt käsitleme esimese kolme nähtuse mõõtmise instrumenti ja seejärel patsiendiohutuse küsimusi.

Väidete vastused koonduvad skaala ülemisse otsa ja varieeruvust on vähe. Ühe võimaliku lahendusena võib kasutada vastuse skaala pikendamist – see võimaldab väiksematel erinevustel paremini esile tulla. Konkreetset skaala pikkust pole olemasoleva teadmise põhjal võimalik välja pakkuda. Näiteks võib katsetada 7- ja 10-punktiskaaladega. Samuti tuleks üle vaadata küsimuse sõnastus. Praegune küsimuse sõnastus võib mõjuda kontrolli või testina, millele vastatakse nii nagu oleks „õige“, mitte nii nagu on tegelik olukord. Küsimuse sõnastust võiks pehmendada, näiteks katsetades järgmist: „Palun hinnake, kuivõrd

käitute järgmistes väidetes kirjeldatud moel. Vastamisel lähtuge sellest, kuidas te tegelikult käitute, mitte sellest, kuidas te arvate, et peaksite käituma.“ Selline küsimuse ümbersõnastus muudab originaalmõõdikut, millel küsimustik põhineb. Samas on muudetud juba algse mõõdikuga võrreldes küsitluse sihtrühma ja eestikeelse küsimustiku küsimused ei laadunud sarnaselt algse mõõdikuga kolme faktori mõõtmiseks. Seetõttu on põhjendatud ka mõõdiku kui terviku alternatiivide testimine nii, et hinnatavate nähtuste (patsiendi perspektiivi tajumine, informatsiooni jagamine ja kommunikatsioonihaldus) mõõtmine oleks täpsem.

Faktoranalüüsil selgus, et eestindatud mõõdikuga kogutud andmetel ei sobi viis küsimust faktormudelisse. Faktormudel mõõdab kolme nähtust (patsiendiperspektiivi tajumine, informatsiooni jagamine, kommunikatsioonihaldus) ning kasutab nende kolme nähtuse mõõtmiseks küsimustikus olevaid väiteid. Viis väidet ei ole piisavalt tugevalt seotud mudeliga mõõdetava kolme nähtusega. Need väited on:

- (3) *...aktsepteerida, kui patsiendi jaoks ei ole enam tervendavat ravi,*
- (7) *...nõustada ja toetada patsienti, kui ta teeb otsuseid oma ravis,*
- (2) *...üles märkida kõik patsiendi tervisesündmuse kohta käivad andmed,*
- (8) *...teadvustada, kui minu tunded mõjutavad suhtlust patsiendiga,*
- (15) *...selgitada asju nii, et patsient tunneb end hästi informeerituna.*

Selle põhjus võib olla, et Eesti küsitluse sihtrühm on erinev originaalmõõdiku sihtrühmast, hõlmates lisaks arstidele õdesid ja ämmaemandaid. Aga põhjuseks võib olla ka erinev vastuste skaala, mida Eesti uuringus kasutasime (lisades „ei puutu minu töösse“). Uuringu kordamisel on võimalik nimetatud väited kas välja jätta või käsitleda sihtrühmi eraldi ja teha faktoranalüüsid eri sihtrühmadele, et hinnata, kas probleem on sihtrühmades või ei ole need väited Eestis faktorite aluseks olevate nähtustega üldisemalt seotud. **Soovitame uuringu kordamisel jätkata arstide küsitluses praeguse küsitlusega, kus kõik väited on praegusega samad, kohandada õdede ja ämmaemandate sihtrühma küsimustikku ning analüüsida tulemusi eraldi.** Juhul, kui arstide sihtrühma tulemustes samuti küsimused ei laadu, siis järgmise analüüsi põhjal otsustada väidete väljajätmine. Soovitust toetab see, et mitme küsimuse juures märkisid õed ja ämmaemandid, et see ei puutu nende töösse.

Kasutatud rahvusvaheline mõõdik on välja töötatud arstidele või arstieriala tudengitele. Nii nagu küsimustiku testimisel selgus, vastas märkimisväärne hulk ämmaemandaid ja õdesid, et mitu küsimust ei puutu nende töösse. Siinkohal on probleem küsimuste (väidete) sõnastuses, sest need kõnetavad eelkõige arste. Kuigi üldiselt puutuvad samade teemadega kokku ka õed ja ämmaemandid, siis küsimuste sõnastuse ja rõhuasetuse tõttu ei tajunud küsitluses osalenud mitmel juhul kokkupuudet oma tööga. Järgmiste küsimuste korral on 10–20% muu õe kategoorias neid, kelle hinnangul nende töösse teema ei puutu:

- *...nõustada ja toetada patsienti, kui ta teeb otsuseid oma ravi osas;*
- *...aktsepteerida, kui patsiendi jaoks ei ole enam tervendavat ravi;*
- *...selgitada, kuidas ravi tõenäoliselt mõjutab patsiendi seisundit nii, et patsient seda mõistab;*
- *...selgitada, kuidas ravi toimib või eeldatavasti toimib.*

Lisaks on kolm küsimust, kus muu kategooria õdede osakaal, kelle hinnangul nende töösse teema ei puutu, on veelgi suurem (20% või enam):

- *...jõuda patsiendiga raviplaanis kokkuleppele;*
- *...selgitada diagnoosi ja raviplaaniga seonduvat patsiendile nii, et ta seda mõistab;*
- *...keskenduda sellele, mis on patsiendi jaoks parim, juhul kui diagnoosi ja ravi osas on professionaalseid eriavamusid.*

Ämmaemandatest vastajate arv oli väiksem ja seetõttu on nende hinnangute usalduspiirid laiemad. Üldjoontes on aga ämmaemandate töösse mittepuutuvad küsimused samad mis muu õe kategoorias vastanutel. Praeguses uuringus lahendati olukord sellega, et lisati vastusevariant „ei puutu minu töösse“, millega selgitati välja rühmade, kelle vastused analüüsist välja jäävad, suurus. **Soovitame edaspidi mõõdiku paremaks vastavuseks õdede ja ämmaemandate tööga koostada neile eraldi küsimustikud, kus ülal**

väljatoodud küsimused on asendatud asjakohasematega. Kuna originaalmõdik on koostatud kolme nähtuse (patsiendi perspektiivi tajumine, informatsiooni jagamine ja kommunikatsioonihaldus) mõõtmiseks, siis tuleks asendada küsimused, mis praegu õdedele ja ämmaemandatele ei sobi, kohasematega. Küsimustikud tuleks koostada nii, et need mõõdaksid sama kolme nähtust, mida praegu mõõdetakse.

Lisaks eelnevas lõigus käsitletud küsimustele on väide (24) *...keskenduda parimale toetavale ravile (kaastundele, hooldusele ja sümptomaatilisele ravile) olukorras, kus puudub tervendav ravi*, mis ei puutu ka enam kui 10% arstide töösse. **Soovitame edaspidi hinnata, millest tuleneb olukord, et arstid selle väite puhul kokkupuudet oma tööga ei näe, ja sõnastada see väide saadud tulemuste järgi ümber.**

Kokkuvõttes, kuna praegusel mõdikul oli Eesti tingimustes puudujääke, siis soovitame valitud kolme faktori mõõtmise jätkamisel muuta ja testida mõdiku alternatiivseid versioone. Sel juhul küll kaugenetakse algsest rahvusvahelisest mõdikust, kuid astutakse Eesti tingimustes kolmele sihtrühmale (arstid, õed ja ämmaemandid) paremini sobivale mõdikule lähemale.

Sarnaselt elanikkonna küsitlusega puudutab tervishoiutöötajate küsimustik patsiendiohutuse komponenti kitsalt väikese arvu küsimustega. Patsiendiohutus on tervishoiu jaoks oluline, aga selle uurimise suurim väärtus tuleb just tööandjale. Praeguses uuringus toodi välja mitmeid takistusi patsiendiohutuse tagamisel, kuid tegemist on enamasti organisatsioonitasandi takistustega (nt erineva keelega inimeste omavaheline suhtlus, libastumise ja komistamise kohad vms). Tööandjal on võimalik puudujääkide korral ette võtta samme patsiendiohutuse parandamiseks oma töökeskkonnas. Praegune küsitlus ei võimalda asutuse tasandil analüüsi teha, kuna ühest asutusest on vähe vastajaid ja andmete kasutamisel ei küsitud luba isikuandmete sidumiseks konkreetse asutusega. Tööandja jaoks on praegune küsimustik patsiendiohutuse süsteemseks parandamiseks ka liiga pealiskaudne. Seetõttu tuleks kaaluda patsiendiohutuse komponendi asutustepõhist uurimist, ning seda põhjalikumalt kui käesoleva uuringuga on hõlmatud.

4.2.2 Küsitluse korraldus

Tervishoiutöötajate kontaktide kogumine alates valimi koostamisest kuni valimisse sattunud isikute e-posti aadresside päringuteni oli väga töö- ja ajamahukas. Eesmärk oli uuringuga hõlmata tervishoiutöötajad representatiivselt nende erialade kaupa. Seetõttu tuli koostada isikupõhine valim ning saata individuaalsed uuringukutsed. Kuna küsitlus tehti veebiküsitluse meetodil, eeldas see, et iga valimisse sattunu kohta peab olema e-posti aadress, millele ta saab uuringukutse ja küsimustiku lingi. Kuna tervishoiutöötajate riiklikus registris ei ole ajakohaseid andmeid tervishoiutöötajate töökohtade ja kontaktandmete kohta, tuli ühendada erinevaid andmestikke (Tervise Arengu Instituudi kogutud andmed ja tervishoiutöötajate riikliku registri andmed) ning küsida e-posti aadressid tervishoiuasutustest. Valimisse valitud töötajate kontaktide kogumiseks nende töökohtadest tuleb edaspidi varuda küsitluse korralduses pikem aeg, sest asutusi on palju (käesoleva uuringu valimis oli 579 asutust). Lisaks esines tervishoiuasutuste seas vastuseisu töötajate kontaktandmete edastamisel. Vastuseisu põhjuseks oli nii soovimatus uuringus osaleda kui ka mured andmekaitsega. Kõigile asutustele saadeti koos tervishoiutöötajate kontaktide päringuga Andmekaitse Inspektsiooni väljastatud luba, milles oli kirjeldatud töötajate kontaktandmete kogumist. Lisaks oli vaja selgitada uuringu käigus kogutud andmete kaitseks kasutatavaid meetmeid. Hoolimata takistustest koguti küsitluseks tervishoiutöötajate representatiivne valim. Seni, kuni puudub andmebaas, kus on kõigi Eesti tervishoiutöötajate ajakohased kontaktandmed, ei ole tervishoiutöötajate hulgas sarnase uuringu tegemiseks alternatiivset lahendust.

Kontaktide kogumisel selgus, et paljudel tervishoiutöötajatel ei ole isiklikke töömeiliaadresse. Näiteks on paljudes perearstikeskustes või maakondlikes haiglates kõikidel õdedel ühine töömeiliaadress. Seetõttu otsustati need inimesed küsitlusest välja jätta. Teeme ettepaneku kaaluda edaspidi küsitluse tegemist

kombineerida veebi- ja paberküsimustikke kasutades, millega saaks praegusest küsitlusest välja jäänud isikud küsitlusse hõlmata.

5 Ettepanekud tagasiside küsimiseks pärast teenuse kasutamist

Hanke üks alaeesmärke oli teha ettepanekuid, kuidas saada inimestelt tagasisidet vahetult pärast teenuse kasutamist, kasutades uuringus juba väljatöötatud ja testitud küsimustikku. Kuna vahetut tagasisidet küsitakse pärast teenust, on käesoleva uuringu küsimustikust kasutatavad need küsimused, mis puudutavad teenuse kasutamist. Tervishoiu inimkesksuse komponentidest saab teenuse tagasiside küsimustikus uurida üldist rahulolu kasutatud teenusega, inimkesket suhtlust patsiendiga, patsiendiohutust ning ravi koordineerimist. Järgnevalt on inimkeskse tervishoiu komponentide kaupa välja toodud uuringu elanikkonna küsimustiku küsimused, mida on võimalik kasutada selleks, et küsida teenuse kasutamise järgset vahetut tagasisidet.

Üldine rahulolu kasutatud teenusega

- Palun hinnake, kuivõrd vastas viimati kasutatud tervishoiuteenus Teie ootustele 10-palliskaalal, kus 0 tähistab „üldse ei vastanud minu ootustele” ja 10 tähistab „vastas täielikult minu ootustele”.

Inimkeskne suhtlus patsiendiga

Kas viimati tervishoiuteenust kasutades tervishoiutöötaja(d) ...

- ...pühendas Teile piisavalt aega?
- ...kuulas Teid tähelepanelikult?
- ...suhtus Teisse hoolivalt?
- ...selgitas terviseseisundiga seotut ja ravivõimalusi Teile arusaadavalt?
- ...võimaldas Teil küsida küsimusi või avaldada arvamust ravivõimaluste kohta?
- ...andis vastused Teie esitatud küsimustele?
- ...võttis Teie edasise ravi ja hoolduse otsuste tegemisel arvesse Teie arvamust?
- ...andis Teile juhised edaspidiseks tegevuseks?

Patsiendiohutust

- Kas viimati tervishoiuteenust kasutades tundsite, et tervishoiuasutuses tehtud ravi, uuringud või analüüsid olid Teile ohutud?

Ravi koordineerimine (küsimused on suunatud haigla- või päevaravil viibinutele)

- Kas haiglas anti Teile kontakt, kuhu pöörduda oma tervisemurega pärast haiglaravi?
- Kas haiglaravilt lahkudes saite edasiseks hoolduseks, taastumiseks ja raviks juhised...
 - ...ainult suuliselt,
 - ...ainult kirjalikult,
 - ...suuliselt ja kirjalikult,
 - ...ei saanud juhiseid.

Teenusejärgse patsientide vahetu tagasiside küsitluse korraldamisel tuleb täpsemalt paika panna andmekogumise eesmärk, sest sellest lähtuvad andmekogumise meetoodilised valikud. Juhul, kui vahetu tagasiside kogumise käigus asendatakse praegune asutuste endi kogutav vahetu tagasiside⁷ uue meetodikaga, peab andmekogumine olema korraldatud nii, et saadakse asutusepõhine tagasiside. See määratleb valimi moodustamise alusena iga tervishoiuasutuse patsiendid, mille kohta küsitluse põhjal

⁷ Kuus Eesti suuremat haiglat (Ida-Tallinna Keskhaigla, Tartu Ülikooli Kliinikum, Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Lääne-Tallinna Keskhaigla, Ida-Viru Keskhaigla ja Pärnu Haigla) teevad igal aastal ühiselt oma patsientide hulgas rahulolu-uuringut. Küsitlust korraldavad haiglate kvaliteediosakonnad ning kasutavad tulemusi teenuste kvaliteedi hindamisel.

järeldused tehakse. Juhul, kui tervishoiuasutuste sees on vajalik veel täpsemate üksuste (nt osakonnad, teenused vm) kohta järeldusi teha, peab küsitluse valim olema nende üksuste patsientide suhtes esinduslik.

Teenuse kasutamise järgset vahetut tagasisidet peab patsiendil olema võimalik anda hiljemalt nädala jooksul pärast teenuse kasutamist. Teenuse kasutamise kohta ei saa küsida tagasisidet mitu nädalat pärast teenust, sest siis võivad patsiendil olla tähtsad asjaolud juba ununenud ning tegemist ei ole vahetu tagasisidega. Kuna valim tuleb koostada inimestest, kes on teenust kasutanud, saab seda teha ainult teenuse kasutamise järel. Seega on vajalik koondada teenust kasutanud patsientide kontaktid, teha neist valim ning viia valimisse sattunud patsientide seas läbi küsitlus.

Eeldades, et patsientide vahetu tagasiside küsitluse eesmärk on kõikide patsientide suhtes representatiivne tulemus, on küsitluseks kaks võimalust:

- 1) küsitlajad on tervishoiuasutuses kohapeal ja küsitlevad inimesi kohe pärast teenust või jagavad paberküsimustikke, mida patsiendid ise täidavad;
- 2) küsitlus korraldatakse kombineeritult telefoni teel ja veebiküsimustikke kasutades.

Suur osa tervishoiuteenust kasutanutest on vanemaealised. Nende hulgas on tõenäoliselt palju inimesi, kellel puudub e-posti aadress ja kelle arvutikasutusoskus ei ole veebiküsitlusele vastamiseks piisav. Selle pärast on vajalik lisada veebiküsitlusele kas telefoniküsitluse komponent või teha küsitlus üldse n-ö ukse taga. Küsitlemine tervishoiuasutuses kohapeal on kulukas ning töömahukas, sest tervishoiuasutusi on palju. Seetõttu on ressursisäästlikum kasutada teist lähenemist ehk teha **küsitlus kombineeritult telefoni- ja veebiküsitlusena**. Sellisel juhul on vajalikud tervishoiuteenust kasutanute kontaktide loendid (e-posti aadressid ja telefoninumbrid). Patsientide kontaktandmed on olemas tervishoiuasutustel, kes peavad need edastama küsitluse läbiviijale.

6 Poliitikasoovitused inimkesksema tervishoiu arendamiseks

Poliitikasoovituste tegemisel on lähtepunktiks uuringu käigus tehtud elanikkonna ja tervishoiutöötajate küsitluste tulemused. Poliitikasoovitused tehakse neis valdkondades, kus küsitlusuuringute tulemused näitasid statistiliselt olulisi erinevusi, mida asjakohased poliitikameetmed võiksid mõjutada.

Soovitame senisest enam rõhku panna sellele, et inimestel oleks üks usaldusväärne kanal, mille kaudu on võimalik saada tõenduspõhist teavet tervise ja erinevate haigusseisundite ning ravi kohta. Selleks soovitame Sotsiaalministeeriumil koostöös haldusala asutustega luua või valida kanal ning kokku leppida, kelle ülesanne on sellise kanali haldamine ning kuidas teised osapooled saavad sellesse panustada. Uuringu tulemuste põhjal saab väita, et madalamaks hinnatakse oskust leida teavet haiguste või ravi kohta (64–70% elanikkonnast) ning kõigest 54–61% peab lihtsaks ennast puudutava haiguse või ravi kohta kättesaadava teabe usaldusväärsuse üle otsustamist. Hetkel on teave tervise ja erinevate haigusseisundite ning ravi kohta killustunud (Eesti Haigekassa teabematerjalid, Tervise Arengu Instituudi alamlehed, www.ravijuhend.ee keskkonnas olevad patsiendijuhendid, tervishoiuasutuste veebilehed, erinevad infoportaalid ja foorumid jne), teadmata on teabe ajakohasus ning eri allikate sõnumite samasuunalisus, teabe esitusviis pole enamasti tavainimesele lihtsal moel mõistetav. Nn riikliku garantiiga usaldusväärse teabe inimestele kättesaadavaks tegemine võimaldab inimestel olla tervishoiutöötajale asjatundlikum partner ning aitab ühtlasi võtta suuremat vastutust oma terviseküsimumustes. Näitena võib siinkohal tuua Ühendkuningriikide rahvusliku terviseteenistuse veebilehe www.nhs.uk. Lisaks võib eeskujuna võtta rahvusvahelist Ameerika Ühendriikidest alguse saanud kampaaniat „Choosing Wisely“, mille eesmärk on edendada patsientide ja tervishoiutöötajate vahelist suhtlust ning toetada tõenduspõhiste otsuste tegemist (www.choosingwisely.org).

Soovitame Sotsiaalministeeriumil koostöös Haridus- ja Teadusministeeriumiga arutada, millised on võimalused õpetada üldhariduse käigus eri allikatest saadava teabe kriitilist hindamist ning kasutamist. Lisaks usaldusväärse teabe olemasolule on tähtis, et inimestel oleks oskused ise kättesaadavat teavet ja selle usaldusväärsust hinnata. Selline oskus on terviseharituse oluline osa, mis peaks igal täiskasvanuks saanud inimesel olema.

Soovitame uurida põhjalikumalt haiglaravi lõppemise järgselt patsientidele juhiste andmist edasiseks hoolduseks, taastumiseks ja raviks. Küsitluse tulemusel ei saanud 4–11% haigla- või päevaravil viibinutest ravi lõppemise järgselt juhiseid. Ravi koordineerimisel on oluline edasise hoolduse, taastumise ja ravi juhiste andmine patsiendile ning seetõttu tuleks lisaks hinnata, millistel põhjustel osale patsientidest juhiseid ei anta ning kas ja kuidas oleks vaja seda praktikat muuta.

Soovitame Sotsiaalministeeriumil läbi viia konkreetsele patsiendirühmale (näiteks vähipatsiendid, kõrge riskiga krooniliste haigustega patsiendid jne) suunatud uuringuid, mis võimaldaks paremini mõista selle patsiendirühma vajadusi ning välja töötada praktilised poliitikasekkumised. Poliitikasekkumiste kujundamisel tuleb arvestada inimeste sotsiaalmajanduslikku ja rahvuslikku tausta, et toetada ennekõike haavatavamate elanikkonnarühmade hakkamasaamist. Küsitluse tulemused näitavad, et terviseharituse tase on madalam nendel inimestel, kellel on pikaajaline haigus või terviseprobleem või kelle hinnang oma tervisele on madalam. Selle põhjal ei saa teha põhjuslikku järeldust, et madalam terviseteadlikkus on põhjustanud nende inimeste halvema tervise. Tõenäolisemalt on kehvema tervisega inimestel vaja rohkem ja keerukamat teavet, mis omakorda osutub raskeks. Elanikkonna küsitluse tulemuste põhjal ei ole võimalik täpsemalt suurenenud ravivajadusega inimeste rühmi uurida, et välja selgitada nende madalama terviseharituse taseme põhjuseid ja võimalikke barjäre teabe saamisel.

Soovitame analüüsida olemasoleva retseptiravimite hüvitamise süsteemi mõju eri elanikerühmadele (sotsiaalmajanduslik taust, tervisevajadus) ning kaaluda selle põhjal täiendavate poliitikameetmete rakendamist, mis oleks ennekõike suunatud haavatavamatele elanikerühmadele (madalam sissetulek, suurem ravivajadus). Ligi kümnendik inimesi, kellele on viimase 12 kuu jooksul välja kirjutatud retseptiravim, on jätnud selle rahalistel põhjustel välja ostmata. Tegu on murettekitavalt suure osakaaluga, mis väärib kindlasti tähelepanu. Ravimite hüvitamisel on tehtud viimasel ajal muudatusi, sh on muudetud täiendavat ravimihüvitist suurte ravimikuludega inimeste jaoks toetavamaks. Seetõttu on üllatav, et rahaliste põhjuste osa ravimite välja ostmata jätmisel on küllaltki suur. Käesoleva uuringu käigus on valimi väiksuse tõttu keeruline tuvastada peamisi barjääre, kuid ühe tegurina eristuvad kõige madalama sissetulekuga inimesed, kelle puhul on rahalised takistused suurimad.

Soovitame Sotsiaalministeeriumil elanikkonna küsitluse tulemuste põhjal veel uurida

- **EMO-ga madalama rahulolu põhjuseid;**
- **Haiglaravi lõppemise järgselt inimestele antavate edasiste suuniste piisavust ja kvaliteeti;**
- **teabe saamise võimalusi oma lähedase kohta.**

Nende teemade puhul võivad tervishoiuasutuse tasemel abiks olla põhjalikumad uuringud, mis võimaldavad tuvastada konkreetse asutuse kitsaskohti ning seeläbi disainida kõige sobivamaid lahendusi olukorra parendamiseks. Uuringu põhjal joonistuvad välja mõned erisused, mis võivad viidata probleemidele, mille tagamaid ei ole võimalik uuringus kogutud andmetega avada, ja seetõttu soovitame neid teemasid põhjalikumalt ja eraldi käsitleda. Võrreldes teiste kasutatud tervishoiuteenustega on mõnevõrra madalam rahulolu erakorralise meditsiini osakonda või traumapunkti pöördunute seas. Selle põhjuseks võib olla EMO rolli ja inimeste ootuste mittevastavus, mida saab mõnevõrra juhtida pideva elanikkonna teavitusega, kuid täpsemalt ei ole praeguse uuringu põhjal võimalik tulemust selgitada. Samuti on madalamad hinnangud inimestele antavate edasiste suuniste piisavuse ja kvaliteedi kohta haiglaravi lõppemise järgselt. Lisaks näitavad käesoleva uuringu tulemused, et esialgse kontakti saavutamine oma lähedase kohta teabe saamiseks on keerukas, kuid üldjuhul on lõpuks vajalik teave olnud kättesaadav. Mõlemal juhul on tegu ravi järjepidevuse seisukohast kriitiliste aspektidega, mis peab olema poliitikakujundaja erilise tähelepanu all ning seetõttu väärivad need põhjalikumad uurimised.

Soovitame Sotsiaalministeeriumil põhjalikumalt analüüsida patsiendiohutuse tagamise võimalusi õendusabi osutavates asutustes, et välja selgitada seal esinevate takistuse juurpõhjused ning nende tulemuste põhjal välja töötada vajalikud meetmed. Tervishoiutöötajate uuringu põhjal eristub mõnevõrra vähem valdkondi, millele saab konkreetseid poliitikasoovitusi pakkuda. Üheks valdkonnaks on patsiendiohutuse tagamine õendushaiglates ja koduõendusasutustes, kuna nende puhul nähakse teistest sagedamini töökeskkonnas takistusi.

Soovitame Sotsiaalministeeriumil koostöös Eesti Perearstide Seltsiga arutada, millist tuge perearstid vajavad teadlikkuse tõstmiseks patsiendiohutuses ning koostöös välja töötada tõenduspõhised lahendused perearstide teadmiste parandamiseks patsiendiohutusest. Küsitlusest selgub, et perearstide teadlikkus, kuidas toimida, kui patsiendiohutuses on tehtud viga, on suhteliselt madalam. Põhjuseks võib siin olla perearstide töö iseloom, sh sageli töötamine üksikpraksises.

Kasutatud allikad

- Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D., Nay, R., Gibson, S. (2010). [Development and initial testing of the Person-centered Care Assessment Tool \(P-CAT\)](#). International Psychogeriatrics. 22(1): 101–108.
- Edvardsson, D., Koch, S., Nay, R. (2009). Psychometric evaluation of the English version Person-Centered Climate Questionnaire – Patient version. Western Journal of Nursing Research. 31: 235–244.
- Edvardsson, D., Koch, S., Nay, R. (2010). Psychometric evaluation of the English language Person-centred Climate Questionnaire – staff version. Journal of Nursing Management. 18:54–60.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I.-L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L.-E., Rosén, H., Rydmark, M., Sunnerhagen, K. S.. (2011). [Person-centered care – Ready for prime time](#), *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 10(4): 248–251.
- Finbråten, HS., Wilde-Larsson, B., Nordström, G., Pettersen KS., Trollvik, A., Guttersrud, Ø. (2018). [Establishing the HLS-Q12 short version of the European Health Literacy Survey Questionnaire: latent trait analyses applying Rasch modelling and confirmatory factor analysis](#). BMC Health Serv Res. 18(1):506.
- Hu, L., Bentler, P. M. (1999). [Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives](#). Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal. 6(1), 1–55.
- Ishikawa, H., Hashimoto, H., Kiuchi, T. (2013) [The evolving concept of “patient-centeredness” in patient–physician communication research](#). Social Science & Medicine 96: 147–153.
- Kjaer, L. B., Lasseisen, B., Morcke, A. M., O'Connor, M., Olesen, M. H., Thygesen, M., Zachariae, R. (2015). [The Self-Efficacy in Patient Centeredness Questionnaire \(SEPCO\)](#).
- Kline, R. B. (2011). Principles and Practice of Structural Equation Modeling (Third). New York: The Guilford Press.
- Marsh, H. W., Hau, K.-T., Wen, Z. (2004). [In Search of Golden Rules: Comment on Hypothesis-Testing Approaches to Setting Cutoff Values for Fit Indexes and Dangers in Overgeneralizing Hu and Bentler's \(1999\) Findings](#). Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal. 11(3): 320–341.
- Mezzich, J. E., Kirisci, L., Salloum, I. M., Trivedi, J. K., Kar, S. K., Adams, N., Wallcraft, J. (2016). Systematic Conceptualization of Person Centered Medicine and Development and Validation of a Person-centered Care Index. The International Journal of Person Centered Medicine. 6(4):219-247
- Monaca, C., Bestmann, B., Kattein, M., Langner, D., Müller, H., Manser, T. (2017). [Assessing Patients' Perceptions of Safety Culture in the Hospital Setting: Development and Initial Evaluation of the Patients' Perceptions of Safety Culture Scale](#). J Patient Safety.
- Onewiew. (2015). [The Eight Principles of Patient-Centered Care](#). Onewiew koduleht.
- [Patient Safety Climate Tool](#). Healthcare Improvement Scotland. 14.08.2019
- [Rahvastiku Tervise Arengukava 2020-2030 koostamise ettepanek](#). Sotsiaalministeerium. 08.03.2018.
- Rosseel, Y. (2012). [lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling](#). Journal of Statistical Software. 48(2).
- Santana, M. J., Manalili, K., Jolley, R. J., Zelinsky, S., Quan, H., Lu, M. (2018). [How to practice person-centred care: A conceptual framework](#), *Health Expectations*. 21:429–440.

- Silva, D. De.** (2014). [Helping measure person-centred care. A review of evidence about commonly used approaches and tools used to help measure person-centred care.](#) The Health Foundation.
- Stewart, M.** (2001). [Towards a global definition of patient centred care. The patient should be the judge of patient centred care.](#) *BMJ*. 322(7284): 444–445.
- Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., Välimäki, M.** (2005). [Development and psychometric properties of the Individualised Care Scale.](#) *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 11(1):7-20.
- WHO.** (2016). [Framework on integrated, people-centred health services. Report by the Secretariat.](#) World Health Organization, Sixty-Ninth World Health Assembly. Provisional agenda item 16.1. A69/39.

Lisa 1. Elanikkonna küsitluse faktoranalüüsi meetod

Lisaks kirjeldavale analüüsile tehti elanikkonna küsitluse andmete faktoranalüüs ning selleks, et hinnata taustatunnuste mõju faktoritele, tehti regressioonanalüüs. Tervishoiu inimkesksuse komponentide struktuuri analüüsiti eksploratiivse ehk kirjeldava faktoranalüüsiga. Üldjuhul kasutatakse teoreetiliselt määratletud komponentide reliaablus ja valiidsuse hindamiseks konfirmatiivset ehk kinnitavat faktoranalüüsi ning struktuurivõrrandite mudelite raamistikku, mis võimaldab erinevate seoste määratlemisel võtta täpsemalt arvesse küsitlusandmete kasutamisest tulenevat mõõtmisviga ning kontrollida erinevate gruppide struktuuride invariantisust. Konfirmatiivne analüüs eeldab aga täpselt määratletud teoreetilist komponentide struktuuri, iga alakomponendi (faktori) kohta kolme (üldjuhul) seda komponendi mõõtvat tunnust ning küllaltki suurt valimit. Kuna need tingimused ei olnud kõikide hinnatavate komponentide kaupa täidetud, otsustati eksploratiivse analüüsi kasuks.

Eksploratiivne faktoranalüüs eeldab, et tunnuste vaheline kovariatsioon on teatud osas põhjustatud mingite varjatud tunnuste (faktorite) mõjust neile tunnustele. Lisaks faktorite mõju abil seletatavale dispersioonile hõlmab iga indikaator ka unikaalset, tunnusespetsiifilist hajuvust. Faktoranalüüsi eesmärgiks on eristada indikaatorite vahelist ühtset dispersiooni (*common variance*) ja iga tunnuse unikaalset dispersiooni (*unique variance*). Eksploratiivses faktoranalüüsis ei seata faktorite struktuurile eelnevaid piiranguid, vaid lähtutakse leitavast indikaatorite kovariatsioonimaatriksit kirjeldavast optimaalsest struktuurist.

Analüüsi kaasati tunnused, mille puuduolevate väärtuste osakaal oli väiksem kui 25% (puuduolevate väärtustena defineeriti ka vastusevariandid „Ei oska öelda“). Analüüsi käigus eemaldati tunnused, mis faktorstruktuuri olulisel määral ei panustanud, ehk need tunnused, millel teiste analüüsitavate tunnustega oluline kovariatsioon puudus.

Analüüsi läbiviimiseks kasutati R-i analüüsikeskkonnas psych paketi fa() funktsiooni. Hindamismeetodina kasutati vähimjääkide meetodit (minres ehk *minimum residual factor analysis*). Selgema tõlgenduse huvides transformeeriti lahend kaldnurkse pööramise abil (*oblique rotation*), kasutades oblimin meetodit. Kaldnurkne pööramine võimaldab transformiooni käigus arvesse võtta võimalikku faktorite vahelist korrelatsiooni, eristudes seeläbi ortogonaalsest pööramisest. Faktorite optimaalse arvu määratlemiseks kasutati kombineeritult VSS meetodit, Velicer MAP meetodit ning BIC ja RMSEA väärtust. Faktorite arvu lõpliku valiku tegemisel lähtuti faktorstruktuuri interpreteeritavusest.

Faktorlahendi alusel moodustati igale valimi vaatlusele faktorskoor (regressioonipõhine), mis kirjeldab vaatluse seost faktori ehk latentse tunnusega. Seega võib faktorskoore käsitleda vaadeldud tunnuste alusel moodustatud latentsete tunnuste väärtustena. Faktorskoorid olid omakorda aluseks jätkuanalüüsile, mille käigus hinnati erinevate sotsiaaldemograafiliste tunnuste seost faktortunnustega. Selleks hinnati eraldi regressioonimudelid iga faktortunnuse kohta, kus faktortunnuseid käsitleti sõltuvate tunnustena.

Lisa 2. Tervishoiutöötajate küsitluse faktoranalüüsi meetod

Tervishoiutöötajate küsitluses kasutati eestindatud mõõdikut allikast Kjaer *et al.* (2015). Mõõdikus kirjeldatud patsiendikesksuse komponentide kehtivuse ning valiidsuse kinnitamiseks Eesti kontekstis kasutati struktuurivõrrandite mudelite raamistikku. Esmalt kontrolliti hüpoteetilise faktorstruktuuri kehtivust konfirmatiivse faktoranalüüsiga (CFA). Seejärel hinnati struktuurivõrrandite mudeli (SEM) abil erinevate sotsiaaldemograafiliste tunnuste seost selle struktuuriga.

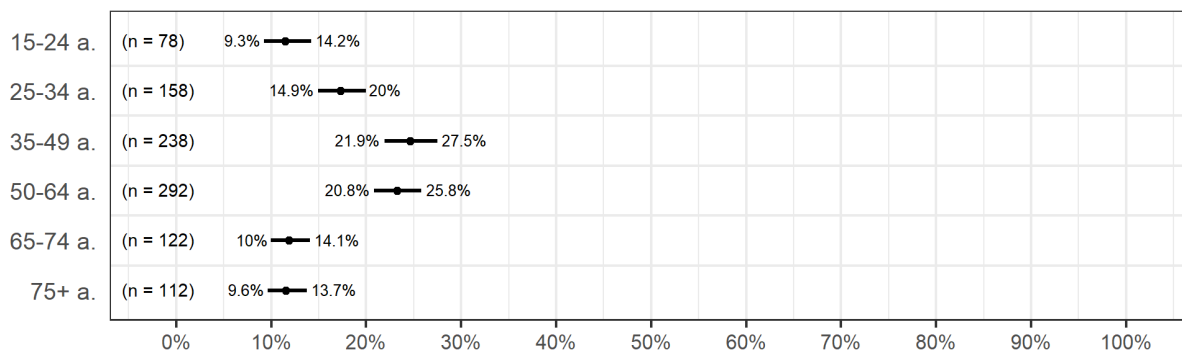
Lähtuvalt (Kjaer *et al.* 2015) kirjeldatud analüüsikäigust käsitleti 5-punktilisel Likerti skaalal mõõdetud komponentide indikaatoreid arvtunnustena. Kuna suurem osa indikaatoritest ei olnud normaaljaotuse kriteeriumitele vastavad, siis kasutati mudeli hindamisel suurima tõepära meetodi “robustsete” standardvigadega varianti (*maximum likelihood estimation with robust (Huber-White) standard errors*). Erinevalt Kjaer *et al.* (2015) küsimustikust oli käesolevas uuringus kasutatud küsimustikus vastusevariantidena võimalik ka „Ei oska öelda“ ja „Ei puutu minu töösse“. Antud vastusevariandid kodeeriti analüüsis puuduolevate vastustena. Et tagada piisav analüüsi kaastavate respondentide arv, kasutati kogu informatsioonil põhinevat suurima tõepära meetodit (*full information maximum likelihood*), mis võimaldab hindamisel arvesse võtta ka nende vastajate vastused, milles mõne tunnuse vastus on puudu. Mudelite sobivuse hindamisel kasutati enimkasutatavaid sobivusindekseid (CFI, TLI, RMSEA ja SRMR). Sobivusindeksite puhul ei ole võimalik välja tuua konkreetseid väärtusi või testitavaid statistikuid, mille abil mudeli kvaliteeti, ehk mudeli struktuuri ja andmete struktuuri vastavust hinnata. Kuigi mudeli hii-ruut statistiku statistilist olulisust on F-testi abil võimalik hinnata, ei sobi see test tänu suurele tundlikkusele suuremate valimite jaoks (isegi väiksed mudeli hälbimused andmete struktuurist tingivad negatiivse testitulemuse) (Kline 2011). Seetõttu kasutatakse suuremate valimite puhul üldjuhul mitmete sobivusindeksite kombinatsioone ning simulatsioonide tulemusel leitud piirväärtusi (Hu ja Bentler 1999; Kline 2011; Marsh *et al.* 2004). Antud analüüsi puhul lähtutakse järgmistest sobivusindeksite piirväärtustest, mis indikeerivad „head mudelit“: CFI > 0,95; TLI > 0,95; RMSEA < 0,05 ja SRMR < 0,08. sobivusindeksite piirväärtuse kriteeriumitele vastavus on küll „hea mudeli“ määratlemiseks vajalik, kuid mitte piisav (Marsh *et al.* 2004). Seetõttu uuriti lisaks mudeli jääkide struktuuri ning modifikatsiooniindekseid, et välja tuua ja korrigeerida mudeli ning andmete sobivuse seisukohast kõige probleemsemad kohad. Samuti kontrolliti indikaatorite R2 väärtusi.

Enne analüüsi kontrolliti kõikide respondentide vastamismustrit. Homogeensed vastamismustrid, mille puhul kõikidele tunnustele oli vastatud sama vastusevariandiga, jäeti analüüsist välja (välja jäi 48 vastanut). Analüüsiks kasutati programmi R paketti lavaan (vers. 06-3) (Rosseel 2012).

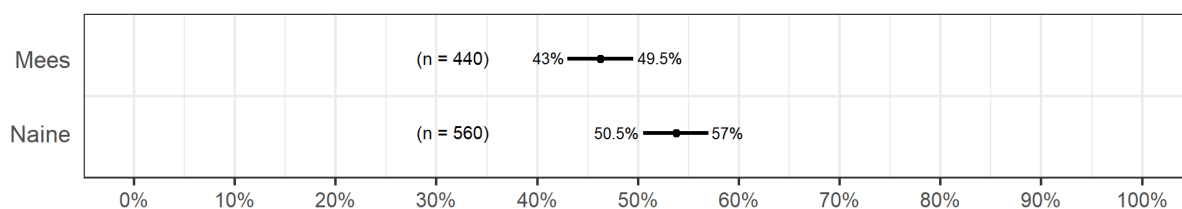
Lisa 3. Elanikkonna küsitluse tulemused

Valimi kirjeldus

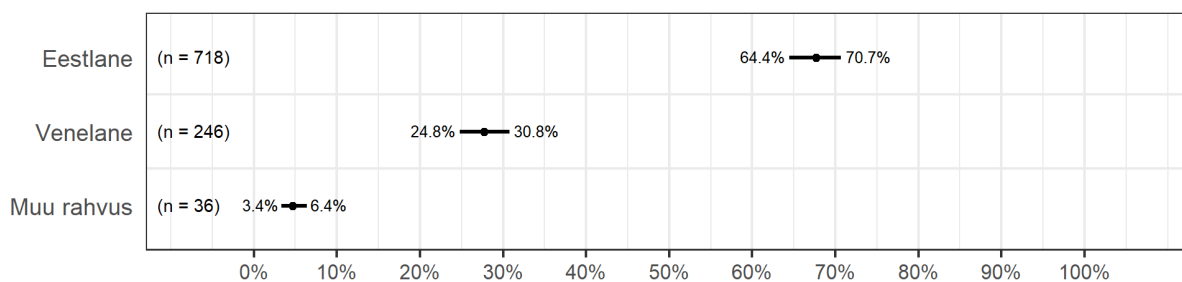
Joonis 43. Vanuseline jaotus valimis



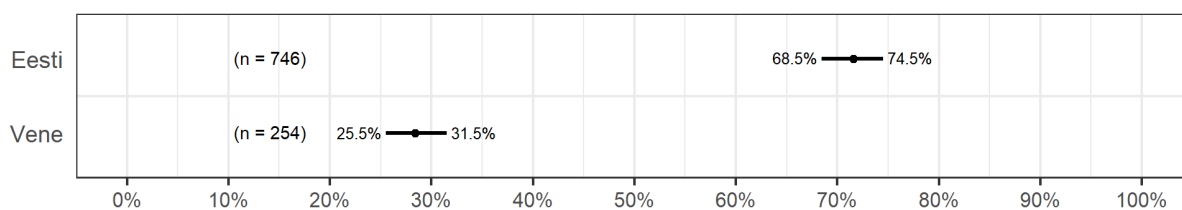
Joonis 44. Sooline jaotus valimis



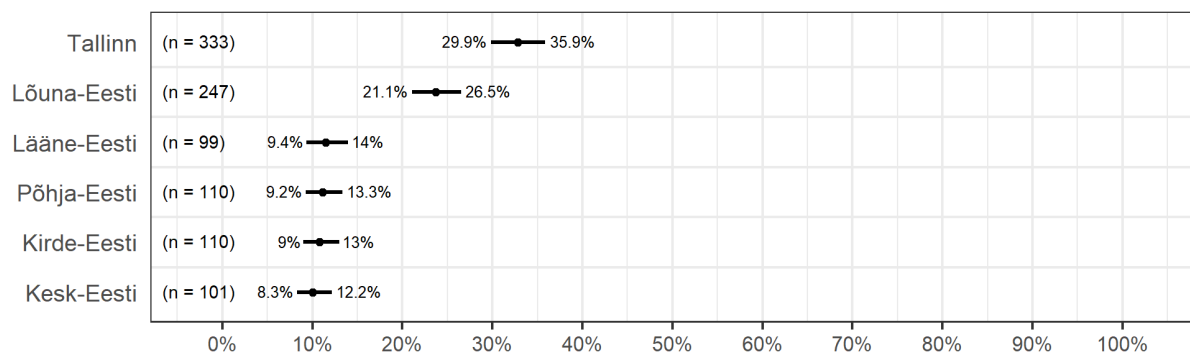
Joonis 45. Rahvuseline jaotus valimis



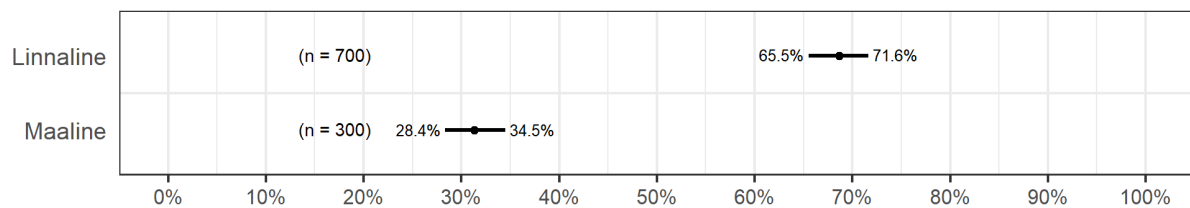
Joonis 46. Küsimustiku täitmise keele jaotus valimis



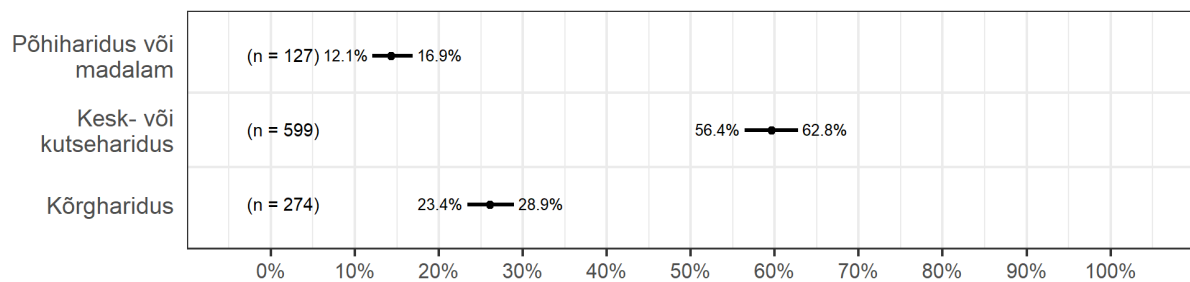
Joonis 47. Elukoha regiooni jaotus valimis



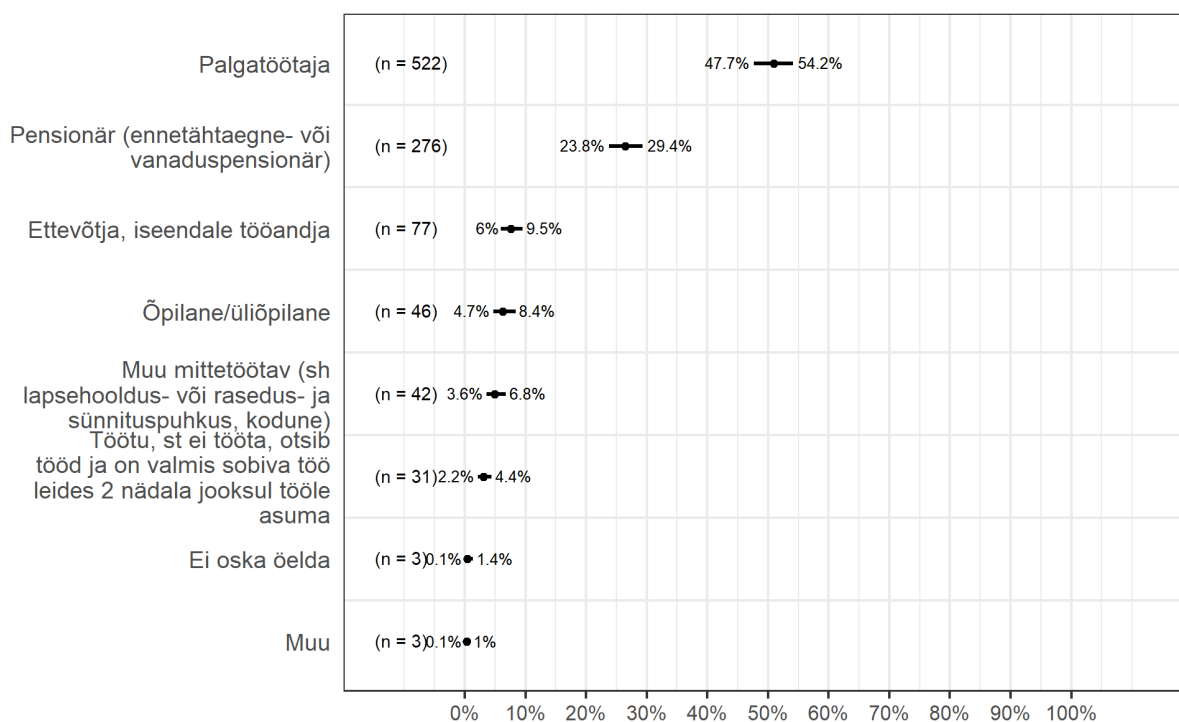
Joonis 48. Asulatüübi jaotus valimis



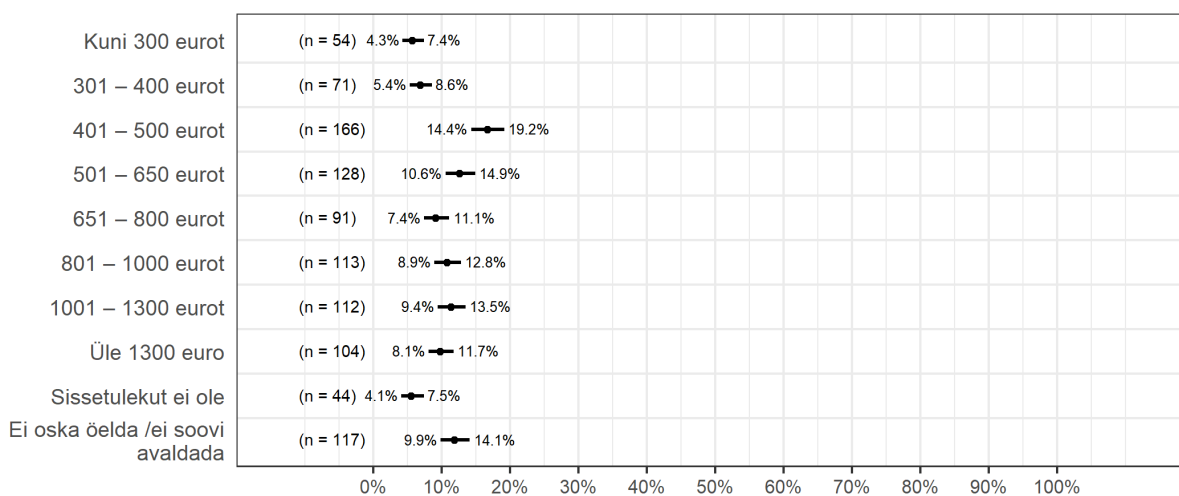
Joonis 49. Kõrgeima lõpetatud haridustaseme jaotus valimis



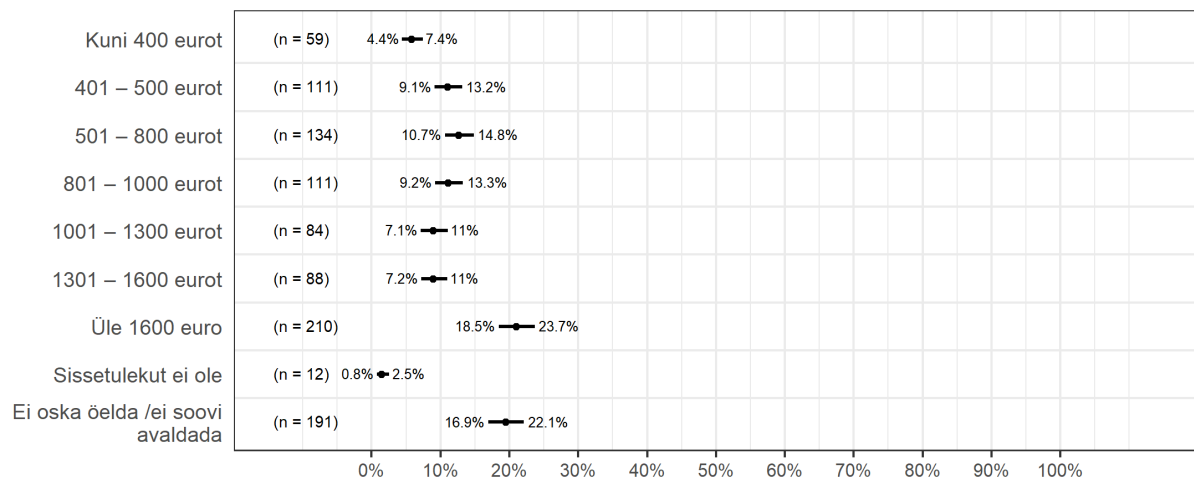
Joonis 50. Peamise tööalane seisundi jaotus valimis



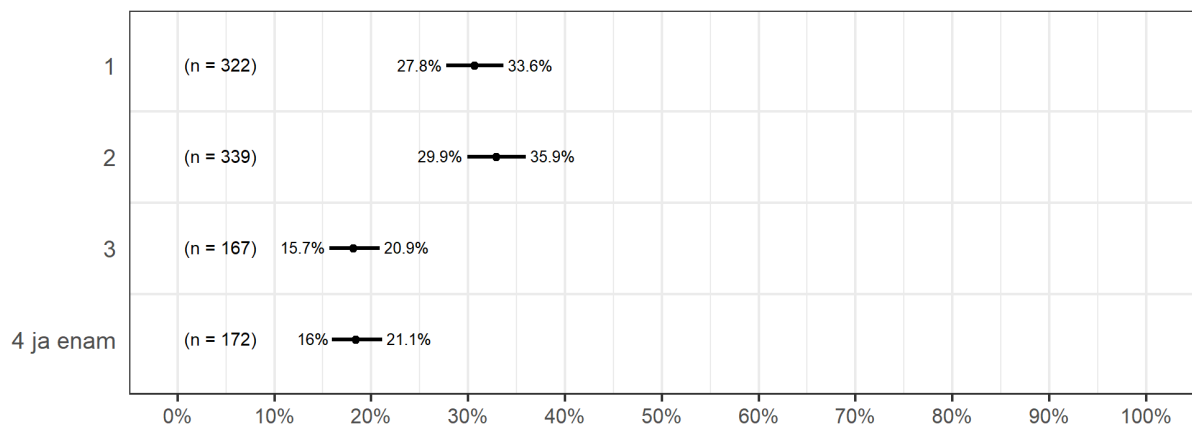
Joonis 51. Isikliku keskmise kuu netosissetuleku jaotus valimis



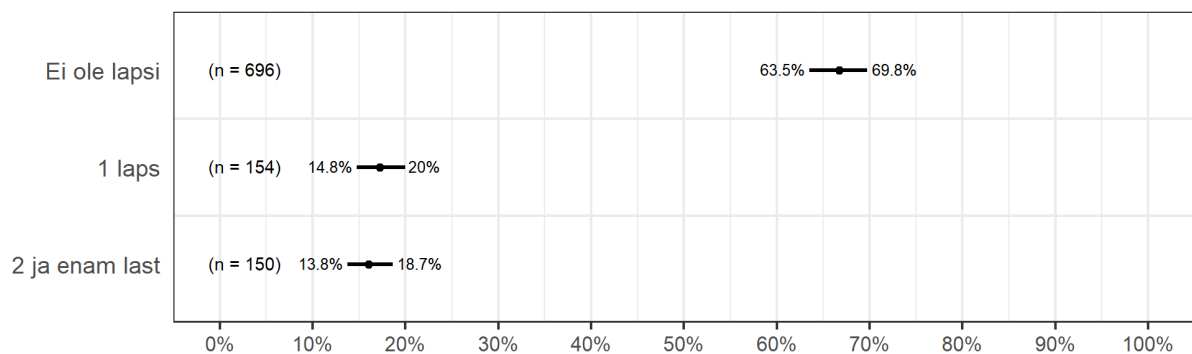
Joonis 52. Leibkonna keskmise kuu netosissetuleku jaotus valimis



Joonis 53. Leibkonnaliikmete arvu jaotus valimis

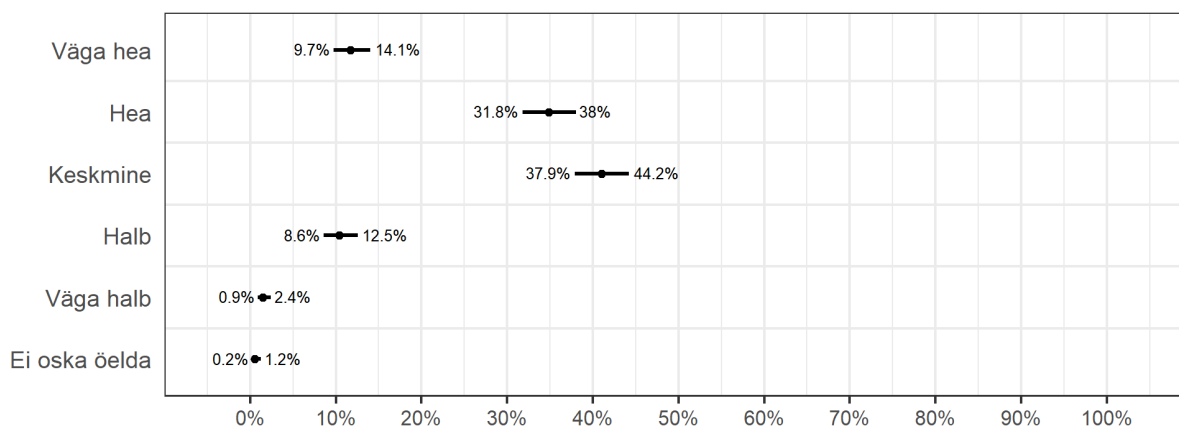


Joonis 54. Leibkonnas alla 18-aastaste laste arvu jaotus valimis

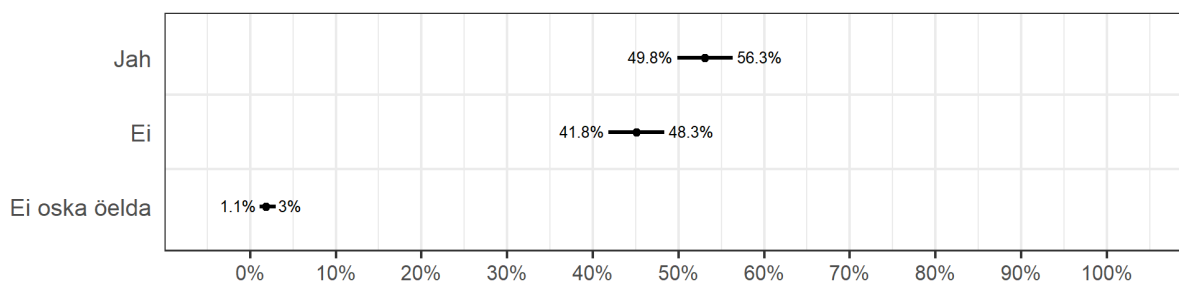


Tervislik seisund

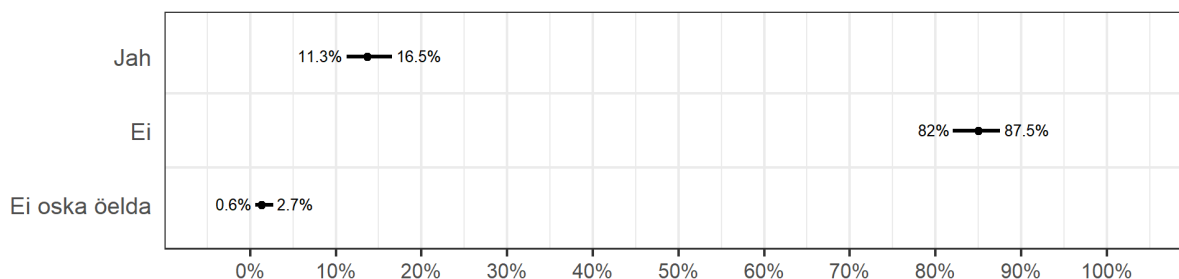
Joonis 55. Hinnang oma üldisele tervises seisundile (% elanikkonnast)



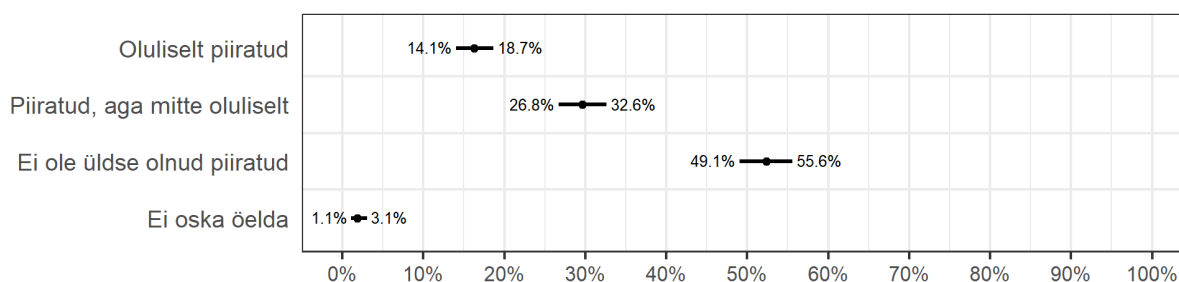
Joonis 56. Kas Teil on mõni pikaajaline (krooniline) haigus või terviseprobleem? Pikaajaliseks haiguseks loeme haigust, mis on kestnud või tõenäoliselt kestab 6 kuud või kauem? (% elanikkonnast)



Joonis 57. Kas Teie leibkonnas on oma tervises seisundi tõttu (pikaajaline terviseprobleem, krooniline haigus) pidevat hooldust vajavaid isikuid? (% neist, kelle leibkonnas vähemalt 2 liiget)

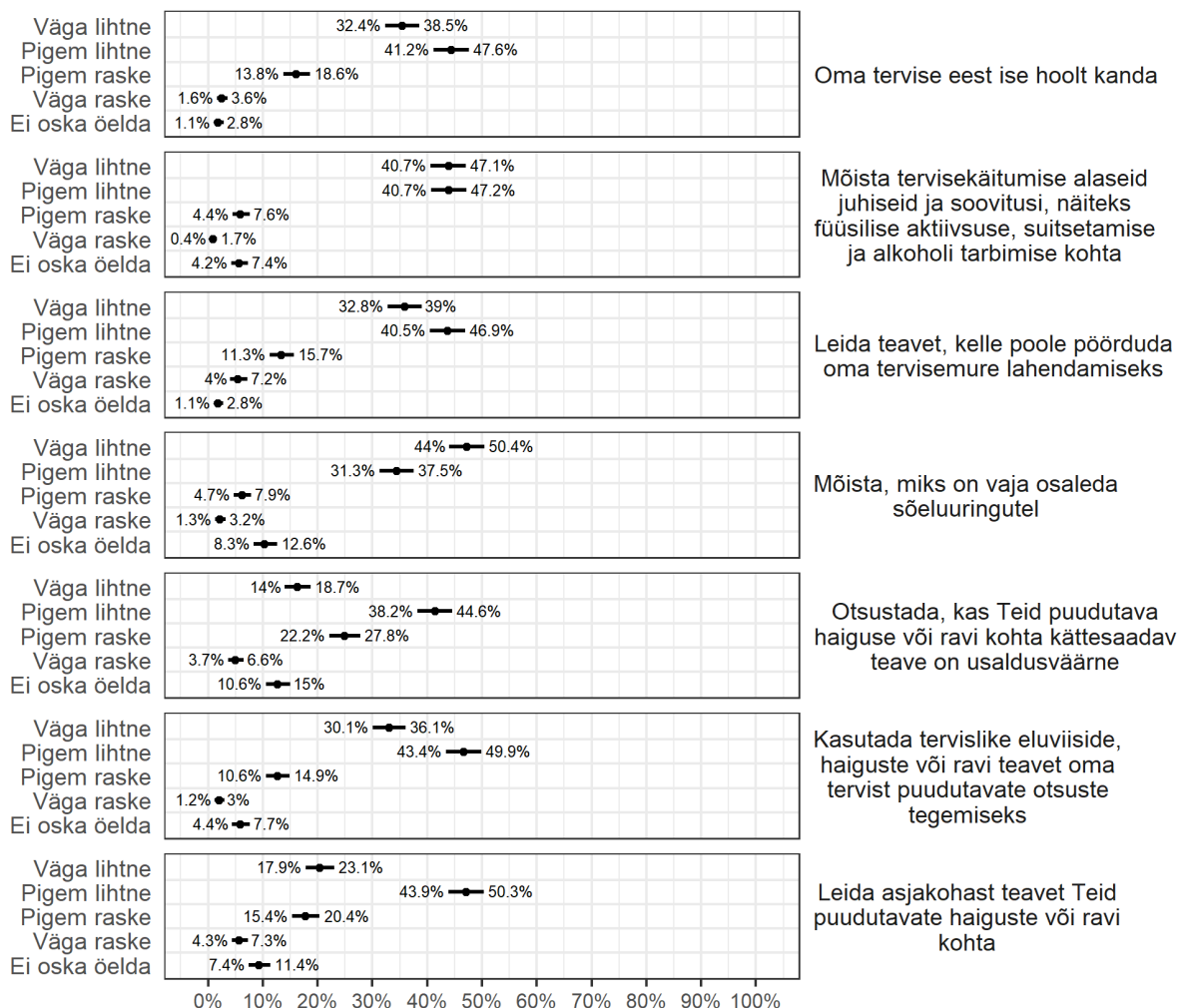


Joonis 58. Mil määral olete olnud vähemalt viimasel kuuel kuul mõne tervise probleemi tõttu piiratud tegevustes, mida inimesed tavaliselt teevad? (% elanikkonnast)

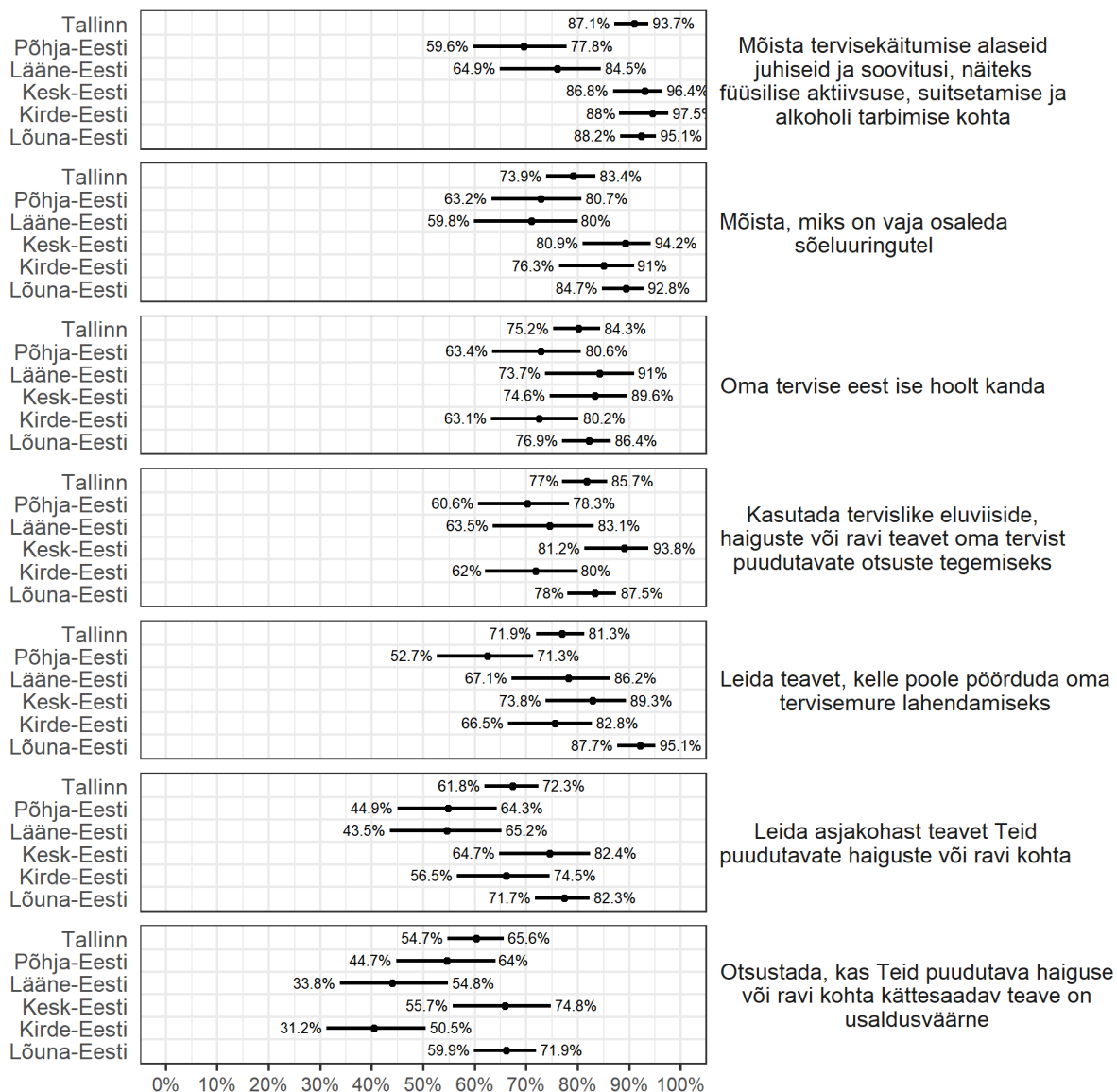


Terviseharitus

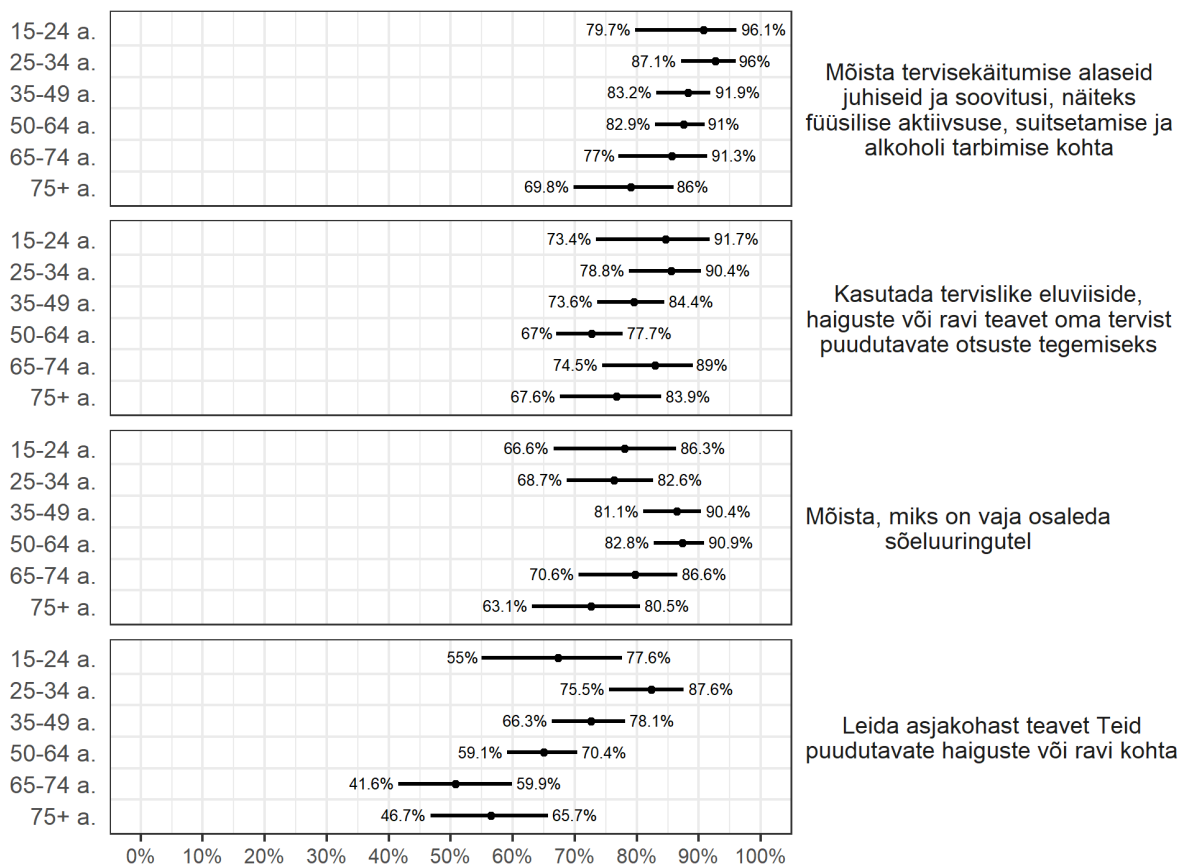
Joonis 59. Palun hinnake, kui lihtne või raske on Teie jaoks...? (% elanikkonnast)



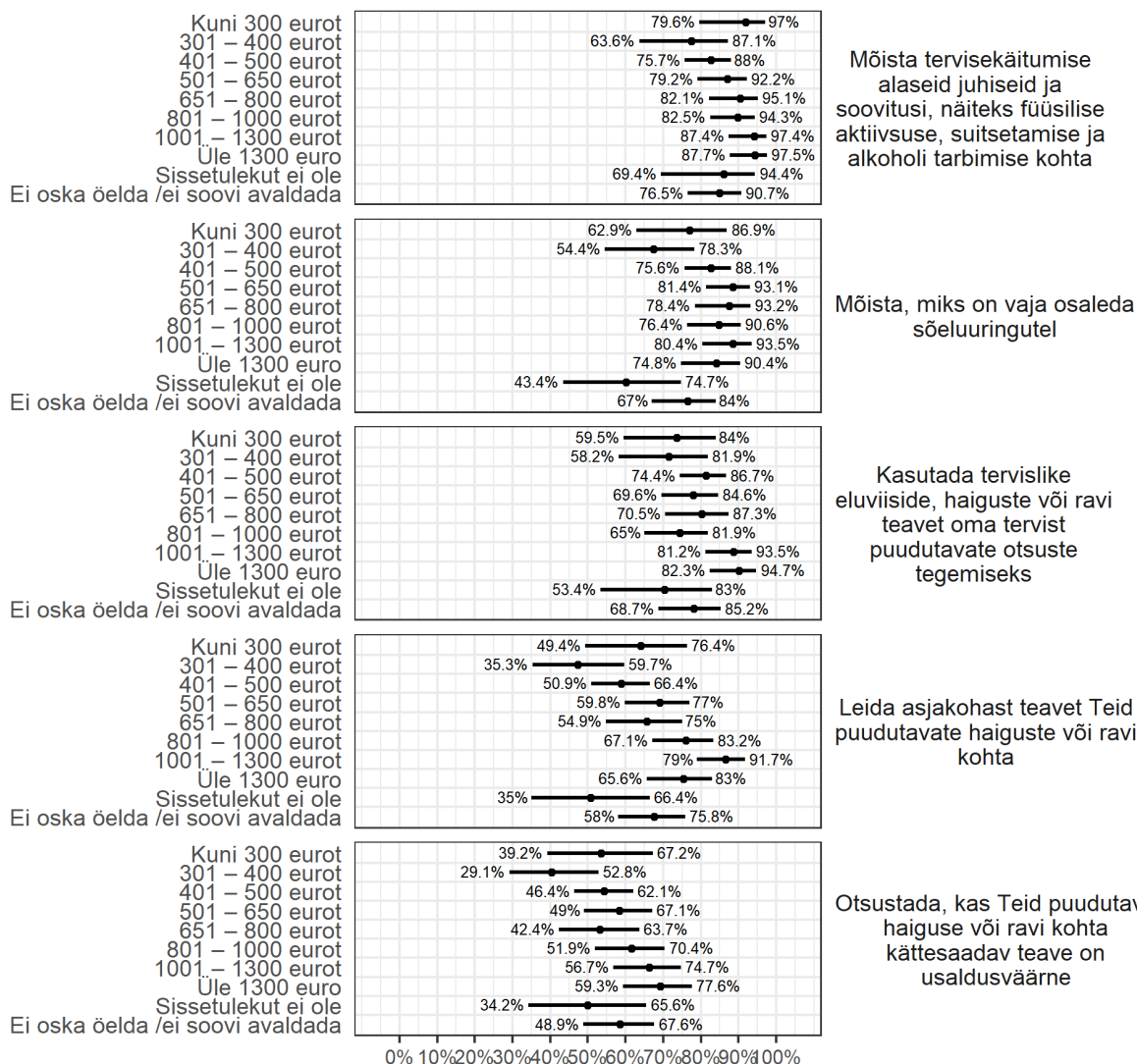
Joonis 60. Pigem lihtsaks või väga lihtsaks hinnatud terviseharituse alakomponendid regiooni kaupa (% elanikkonnast)



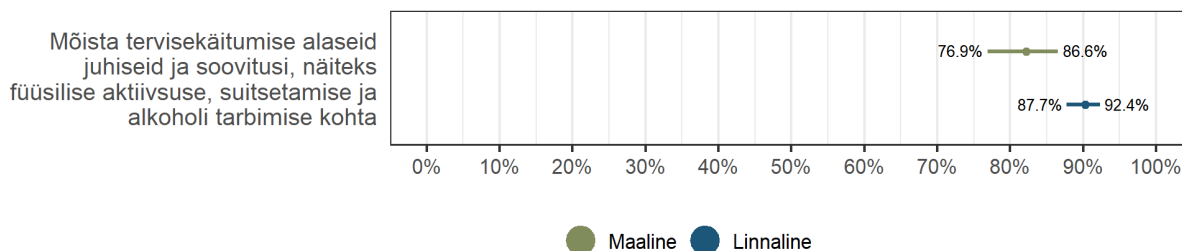
Joonis 61. Pigem lihtsaks või väga lihtsaks hinnatud terviseharituse alakomponendid vanusegruppide kaupa (% elanikkonnast)



Joonis 62. Pigem lihtsaks või väga lihtsaks hinnatud terviseharituse alakomponendid leibkonna keskmise kuu netosissetuleku kaupa (% elanikkonnast)



Joonis 63. Tervisekäitumise alaste juhiste ja soovitusete mõistmist enda jaoks pigem lihtsaks või väga lihtsaks hinnanud asulatüübi kaupa (% elanikkonnast)



Terviseharituse faktoranalüüs

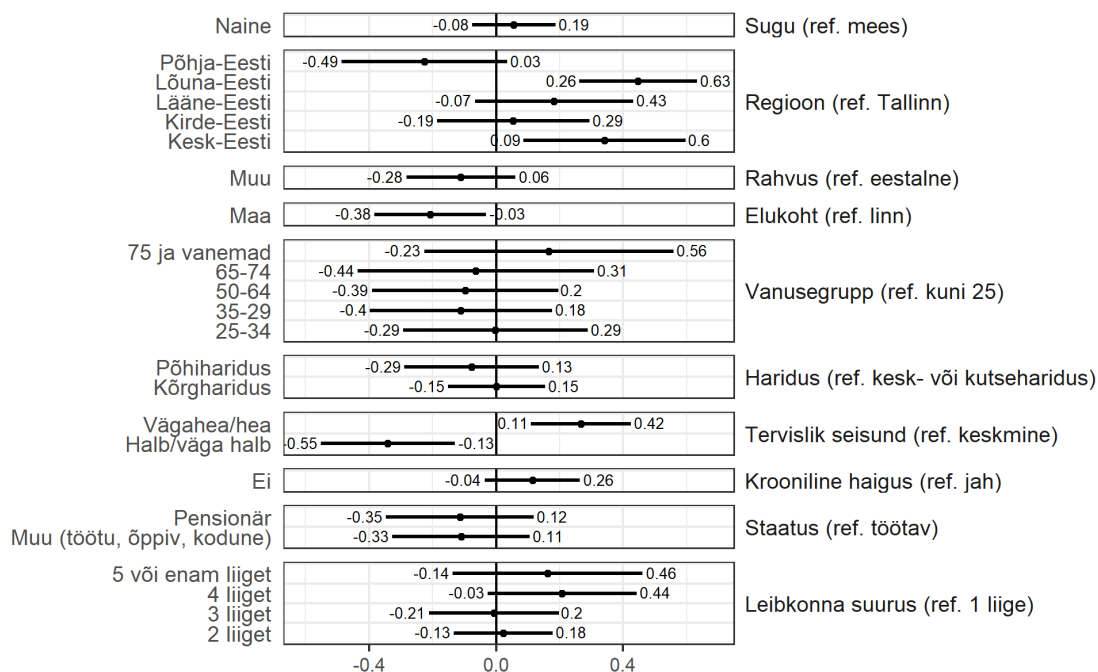
Terviseharitust puudutavatest küsimustest moodustub 2 faktorit (**Error! Reference source not found.**). Mudelist jäi välja küsimus: „...oma tervise eest ise hoolt kanda“, sest see faktoriks ei laadunud. Käesolevaid faktoreid saab käsitleda kui terviseharituse alakomponente, kus faktor 1 hõlmab terviseprobleemidega tegelemise alakomponendi ning faktor 2 terviseedendamise ja haiguste ennetuse alakomponendi.

Tabel 7. Terviseharituse faktormudel ja faktorlaadungid

Tunnus	Faktor 1	Faktor 2
Leida asjakohast teavet Teid puudutavate haiguste või ravi kohta	0.821	
Otsustada, kas Teid puudutava haiguse või ravi kohta kättesaadav teave on usaldusväärne	0.784	
Leida teavet, kelle poole pöörduda oma tervisemure lahendamiseks	0.554	
Mõista tervisekäitumise alaseid juhiseid ja soovitusi, näiteks füüsilise aktiivsuse, suitsetamise ja alkoholi tarbimise kohta		0.734
Mõista, miks on vaja osaleda sõeluuringutel		0.711
Kasutada tervislike eluviiside, haiguste või ravi teavet oma tervist puudutavate otsuste tegemiseks		0.632
Indikaator	Faktor 1	Faktor 2
Laadungite SS	1.610	1.500
Variatsiooni osakaal	0.268	0.250
Kumulatiivne variatsioon	0.268	0.518

Terviseprobleemidega tegelemisega seonduvat hindavad lihtsaks Lõuna-Eesti ja Kesk-Eesti elanikud tõenäolisemalt kui Tallinna elanikud ja linnas elavad tõenäolisemalt kui maal elavad (Joonis 64). Mida kõrgemalt inimene oma tervislikku seisundit hindab, seda lihtsamaks peetakse terviseprobleemidega tegelemist. Teiste taustatunnuste statistiliselt olulist mõju ei tuvastatud.

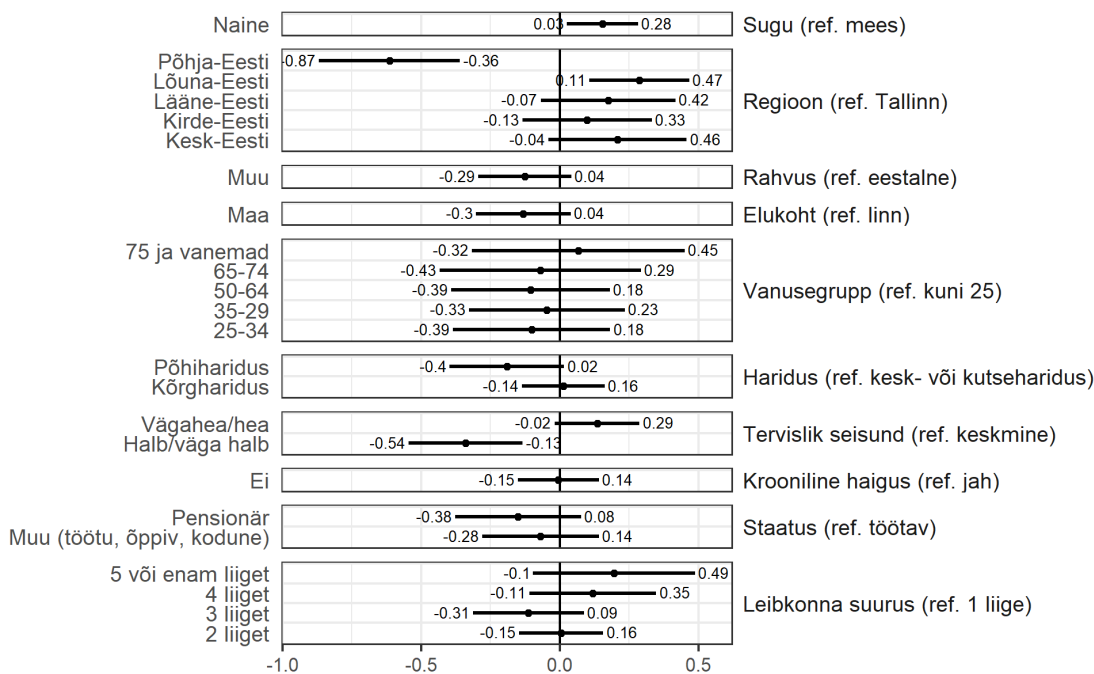
Joonis 64. Terviseharituse alakomponendi „terviseprobleemidega tegelemine“ (faktor 1) mõjutavate taustatunnuste regressioonikoefitsiendid usalduspiiridega



* Võrreldes referentsgrupiga, kui regressioonikoefitsient on nullist suurem on mõju positiivne, kui nullist väiksem on mõju negatiivne. Usalduspiirid näitavad valimi põhjal leitud näitajate usaldusväärsust üldkogumis. Kui regressioonikoefitsiendi usalduspiir kattub nulliga, siis mõju pole statistiliselt oluline.

Terviseedendamist ja haiguste ennetamist hindavad lihtsaks mehed tõenäolisemalt kui naised ning Tallinna elanikud tõenäolisemalt kui ülejäänud Põhja-Eesti elanikud (Joonis 65). Võrreldes oma tervise seisundit halvaks või väga halvaks hindavatega peavad terviseedendamist ja haiguste ennetamist lihtsaks tõenäolisemalt need, kes oma tervist keskmiseks hindavad.

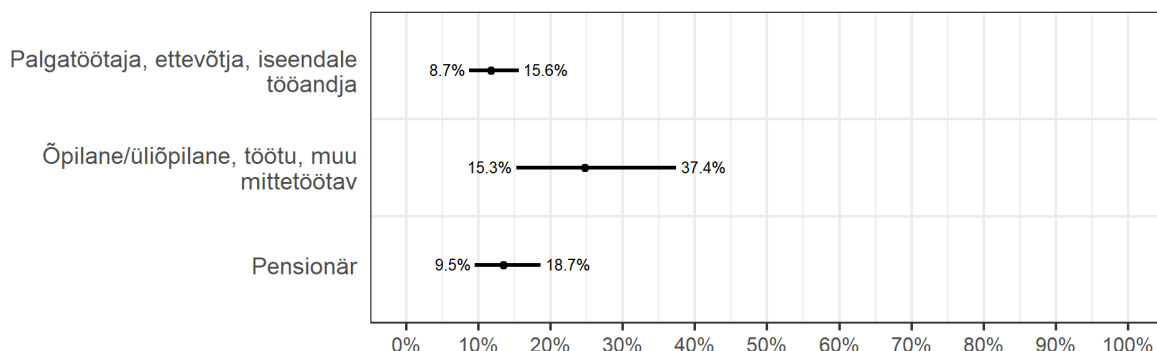
Joonis 65. Terviseharituse „terviseedendamine ja haiguste ennetamine“ (faktor 2) mõjutavate taustatunnuste regressioonikoefitsiendid usalduspiiridega



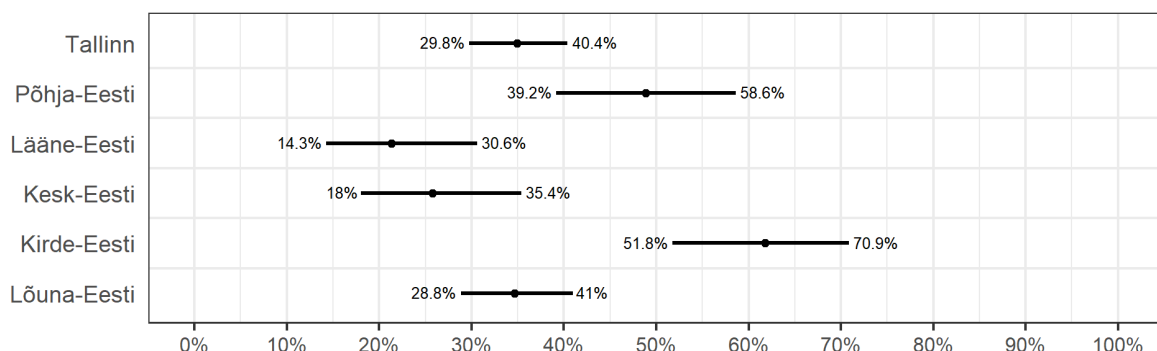
* Võrreldes referentsgrupiga, kui regressioonikoefitsient on nullist suurem on mõju positiivne, kui nullist väiksem on mõju negatiivne. Usalduspiirid näitavad valimi põhjal leitud näitajate usaldusväärsust üldkogumis. Kui regressioonikoefitsiendi usalduspiir kattub nulliga, siis mõju pole statistiliselt oluline.

Tervishoiuteenuste kättesaadavus

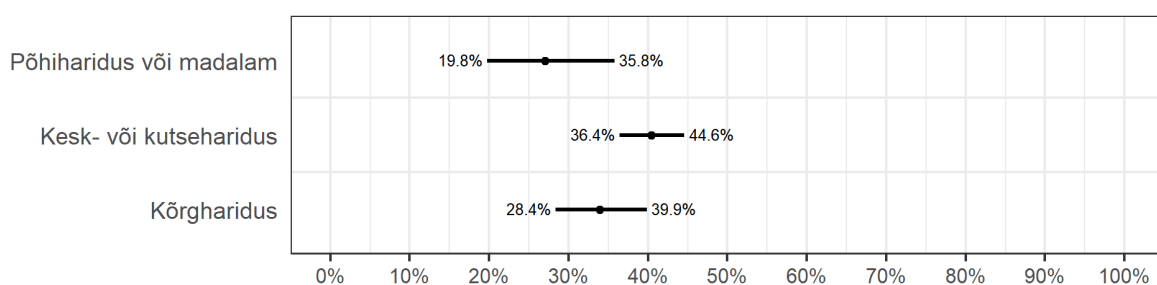
Joonis 66. Viimasel 12 kuul on jätnud väljakirjutatud retseptiravimi apteegist välja ostmata rahalistel põhjustel, tööalase seisundi kaupa (% neist, kellele on viimase 12 kuu jooksul välja kirjutatud retseptiravimeid)



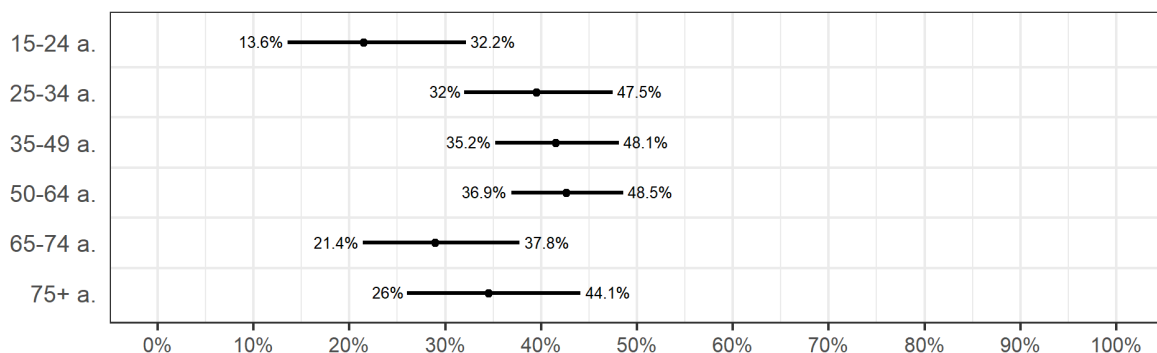
Joonis 67. Viimase 12 kuu jooksul on juhtunud, et oli terviseprobleem, kuid ei pöördunud tervishoiutöötaja (arstid, õed ämmaemandad) poole, elukoha regiooni kaupa (% elanikkonnast)



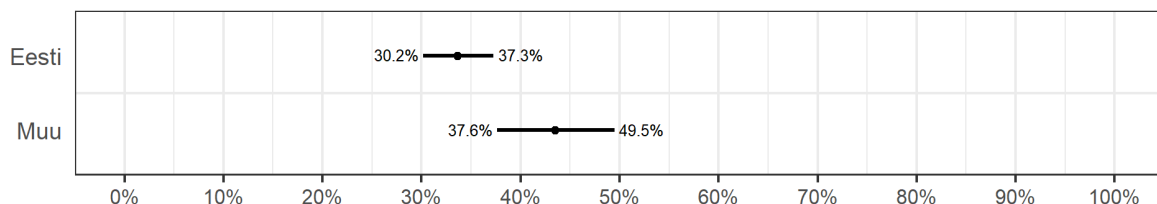
Joonis 68. Viimase 12 kuu jooksul on juhtunud, et oli terviseprobleem, kuid ei pöördunud tervishoiutöötaja (arstid, õed ämmaemandad) poole, kõrgeima lõpetatud haridustaseme kaupa (% elanikkonnast)



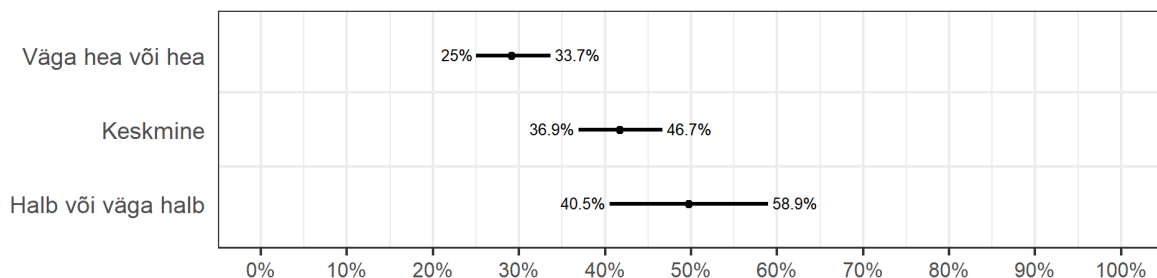
Joonis 69. Viimase 12 kuu jooksul on juhtunud, et oli terviseprobleem, kuid ei pöördunud tervishoiutöötaja (arstid, õed ämmaemandad) poole, vanusegruppide kaupa (% elanikkonnast)



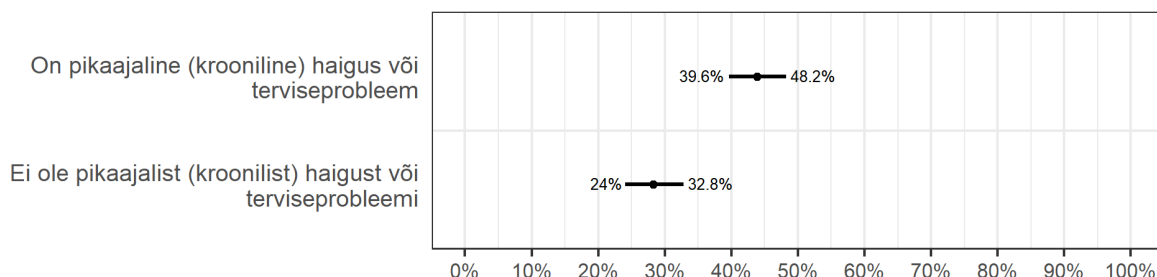
Joonis 70. Viimase 12 kuu jooksul on juhtunud, et oli terviseprobleem, kuid ei pöördunud tervishoiutöötaja (arstid, õed ämmaemandad) poole, rahvuse kaupa (% elanikkonnast)



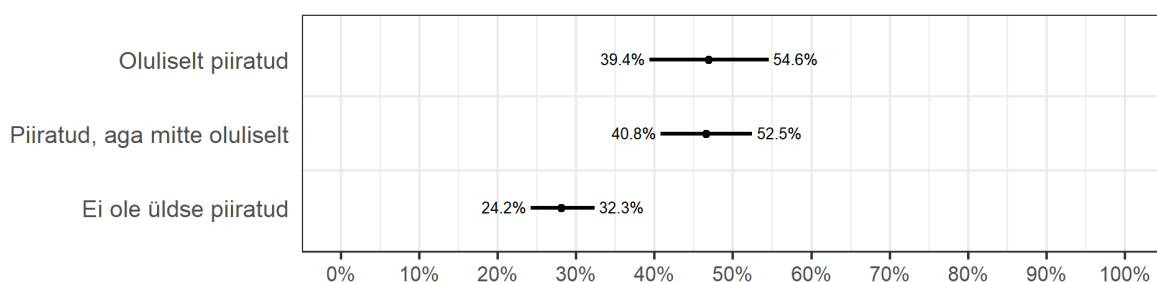
Joonis 71. Viimase 12 kuu jooksul on juhtunud, et oli terviseprobleem, kuid ei pöördunud tervishoiutöötaja (arstid, õed ämmaemandad) poole, enda tervisele antud hinnangu kaupa (% elanikkonnast)



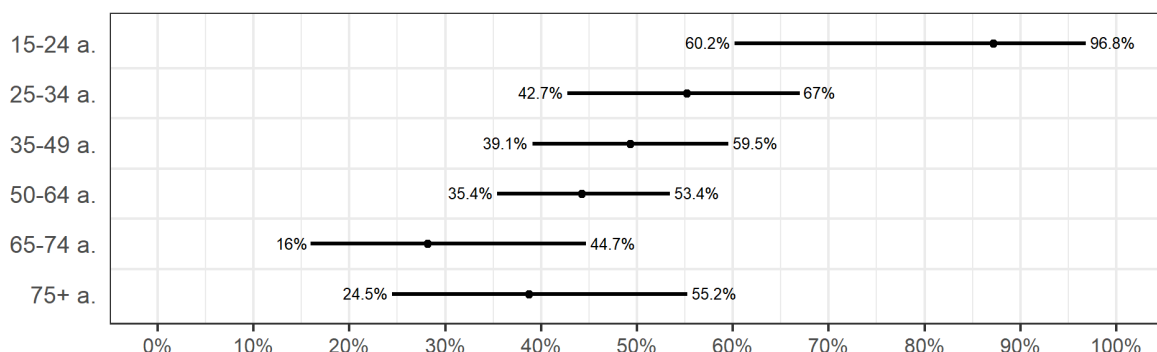
Joonis 72. Viimase 12 kuu jooksul on juhtunud, et oli terviseprobleem, kuid ei pöördunud tervishoiutöötaja (arstid, õed ämmaemandad) poole, pikaajalise haiguse või terviseprobleemi olemasolu kaupa (% elanikkonnast)



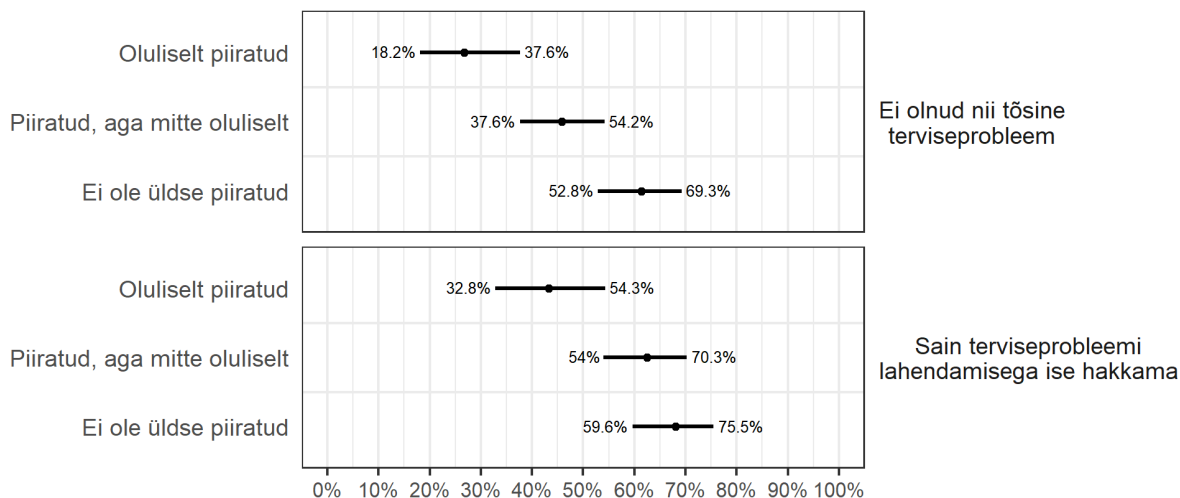
Joonis 73. Viimase 12 kuu jooksul on juhtunud, et oli terviseprobleem, kuid ei pöördunud tervishoiutöötaja (arstid, õed ämmaemandad) poole, viimasel 6 kuul terviseprobleemi tõttu tegevustes piiratuse kaupa (% elanikkonnast)



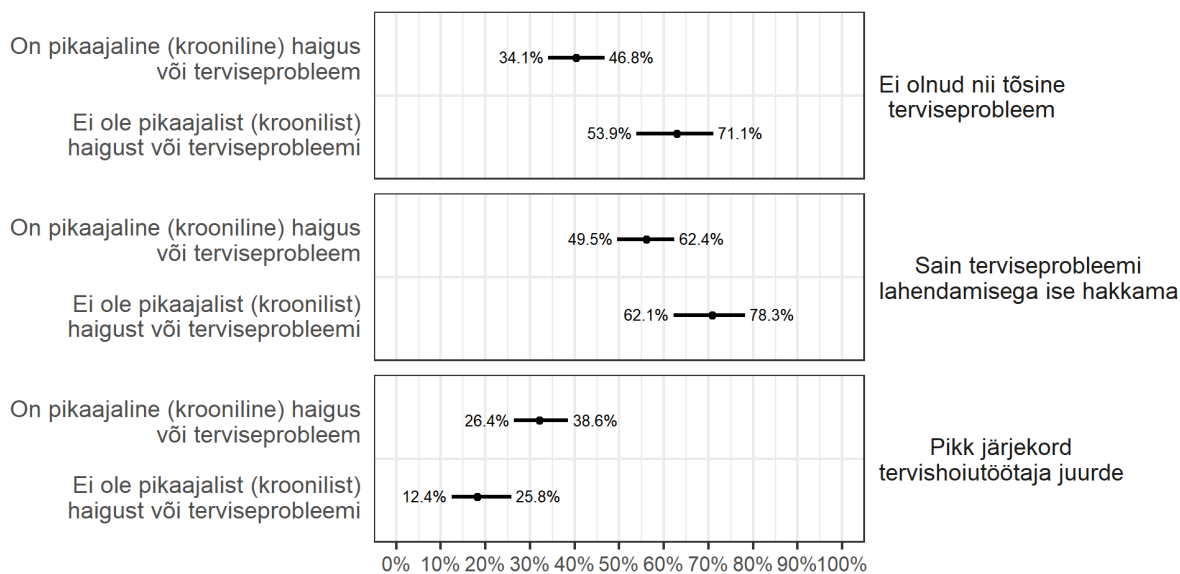
Joonis 74. Ei pöördunud tervishoiutöötaja poole, sest ei olnud nii tõsine terviseprobleem, vanusegruppide kaupa (% neist, kellel viimase 12 kuu jooksul juhtus, et oli terviseprobleem, kuid ei pöördunud tervishoiutöötaja poole)



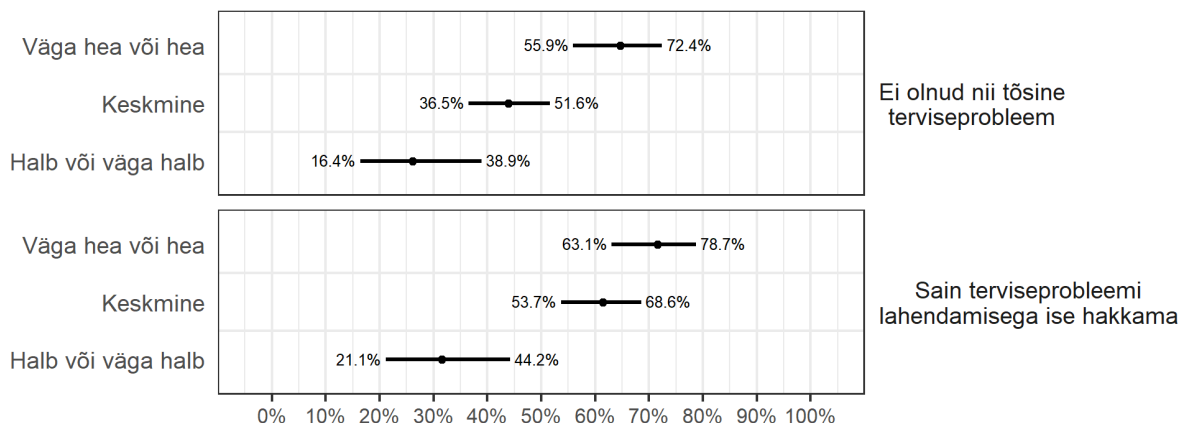
Joonis 75. Ei pöördunud tervishoiutöötaja poole järgnevatel põhjustel, viimasel kuuel kuul terviseprobleemi tõttu tegevustes piiratuse kaupa (% neist, kellel viimase 12 kuu jooksul juhtus, et oli terviseprobleem, kuid ei pöördunud tervishoiutöötaja poole)



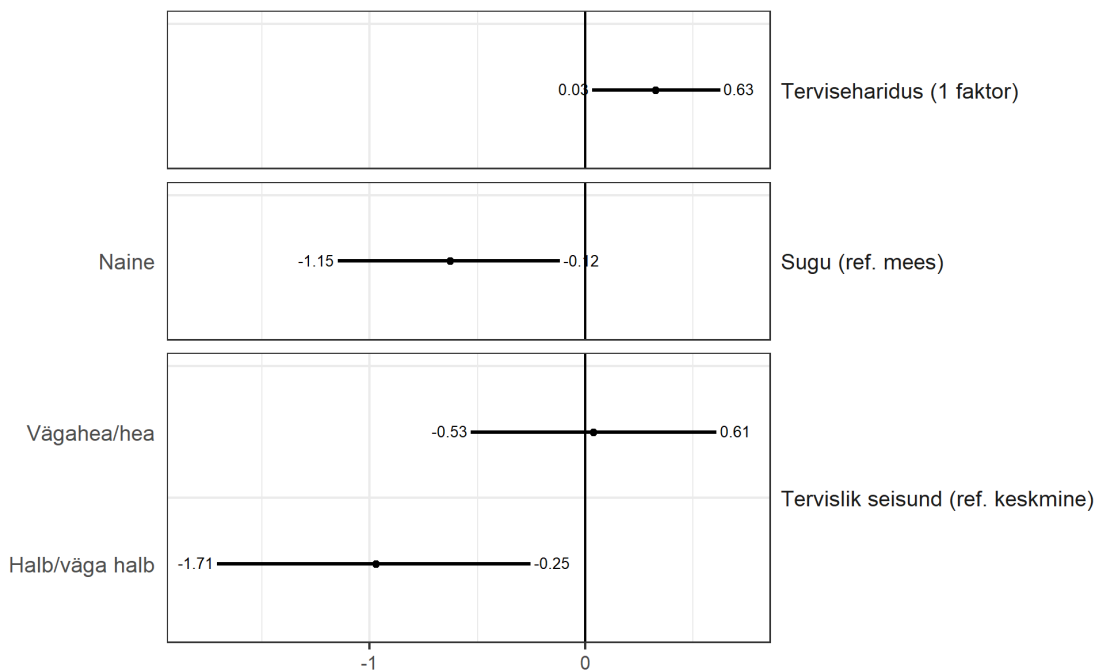
Joonis 76. Ei pöördunud tervishoiutöötaja poole järgnevatel põhjustel, pikaajalise haiguse või terviseprobleemi olemasolu kaupa (% neist, kellel viimase 12 kuu jooksul juhtus, et oli terviseprobleem, kuid ei pöördunud tervishoiutöötaja poole)



Joonis 77. Ei pöördunud tervishoiutöötaja poole järgnevatel põhjustel, enda tervisele antud hinnangu kaupa (% neist, kellel viimase 12 kuu jooksul juhtus, et oli terviseprobleem, kuid ei pöördunud tervishoiutöötaja poole)



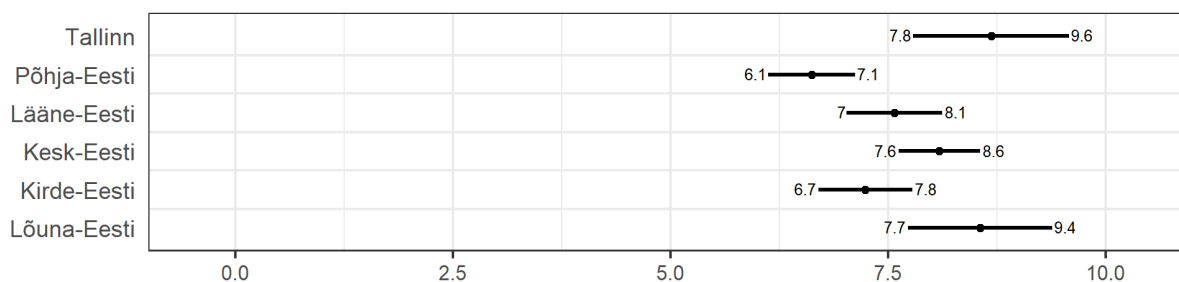
Joonis 78. Terviseprobleemi korral tervishoiutöötaja poole mitte pöördumist põhjused, et sai oma terviseprobleemi lahendamiseks ise hakkama, mõjutavate taustatunnuste regressioonikoefitsiendid usalduspiiridega



*Võrreldes referentsgrupiga, kui regressioonikoefitsient on nullist suurem on mõju positiivne, kui nullist väiksem on mõju negatiivne. Usalduspiirid näitavad valimi põhjal leitud näitajate usaldusväärsust üldkogumis. Kui regressioonikoefitsiendi usalduspiir kattub nulliga, siis mõju pole statistiliselt oluline.

Üldine rahulolu kasutatud tervishoiuteenusega

Joonis 79. Keskmise hinnang kasutatud tervishoiuteenusele 10-palli skaalal, kus 0 tähistab "üldse ei vastanud minu ootustele" ja "10 tähistab "vastas täielikult minu ootustele", regioonide kaupa



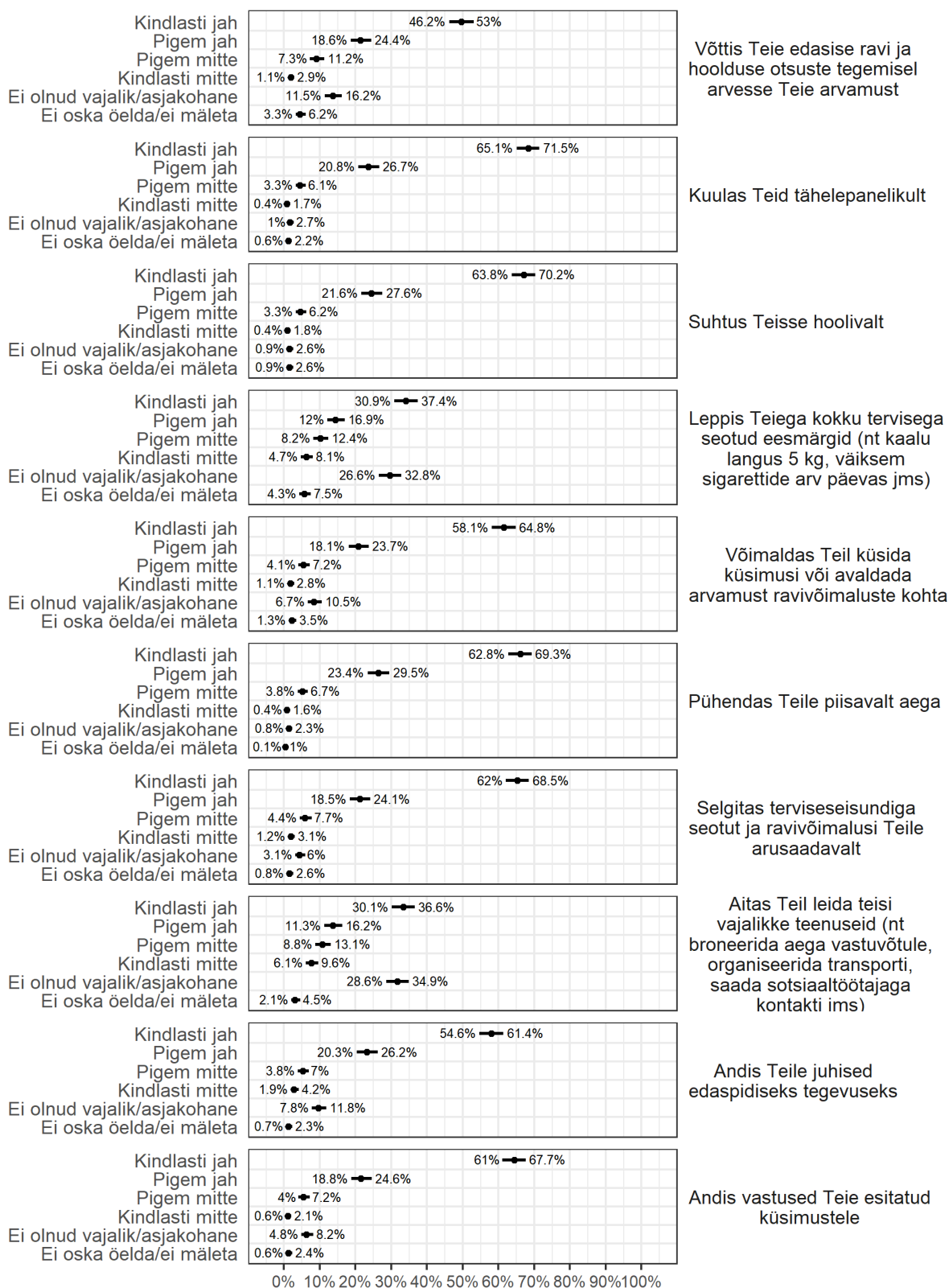
Tabel 8. Regressioonimudel taustatunnuste mõjust viimati kasutatud tervishoiuteenuse keskmisele hinnangule, regressioonikoefitsiendid

	Coef	SE	t-väärtus	p
Vabaliige	7.43	0.34	21.89	0 ***
Tervis (ref. Keskmine)				
Väga hea/hea	1.18	0.21	5.61	0 ***
Halb/Väga halb	-0.37	0.29	-1.27	0.2
On pikaajaline (krooniline) haigus või terviseprobleem	0.37	0.19	1.93	0.05 .
Viimati kasutatud teenus (ref. Perearsti vastuvõtt)				
Hambaarsti vastuvõtt	0.03	0.2	0.16	0.87
Eriarsti vastuvõtt (sh töötervishoiuarst)	-0.12	0.22	-0.57	0.57
Erakorralise meditsiini osakond/traumapunkt	-1.16	0.43	-2.7	0.01 **
Muu	-0.14	0.27	-0.5	0.62
Vanusegrupp (ref. 15-24 a.)				
25-34 a.	-0.62	0.32	-1.94	0.05 .
35-49 a.	-0.73	0.29	-2.49	0.01 *
50-64 a.	-0.2	0.31	-0.64	0.52
65-74 a.	-0.21	0.35	-0.6	0.55
75+ a.	-0.07	0.37	-0.2	0.84
Haridus (ref. keskharidus)				
Kõrgharidus	0.32	0.18	1.75	0.08 .
Põhiharidus või madalam	0.22	0.25	0.88	0.38

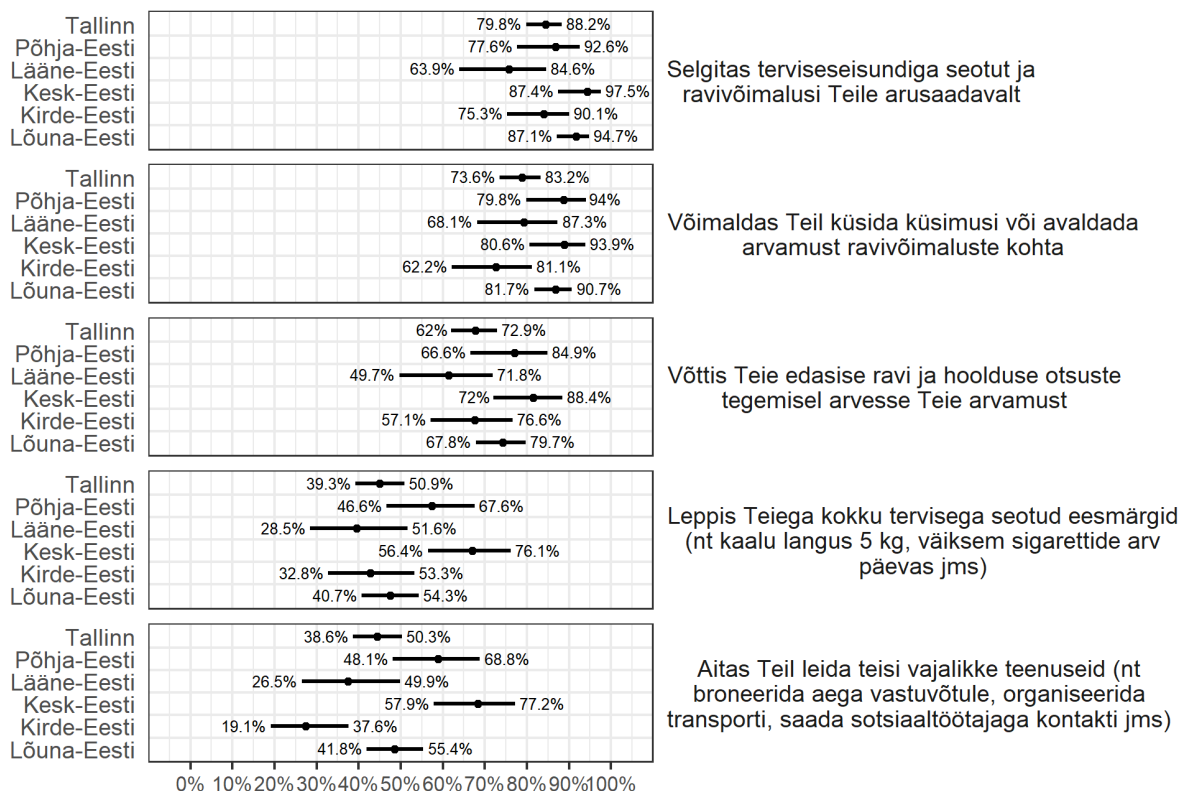
*** $p < 0.001$; ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$; . $p < 0.1$

Inimkeskne suhtlus patsiendiga

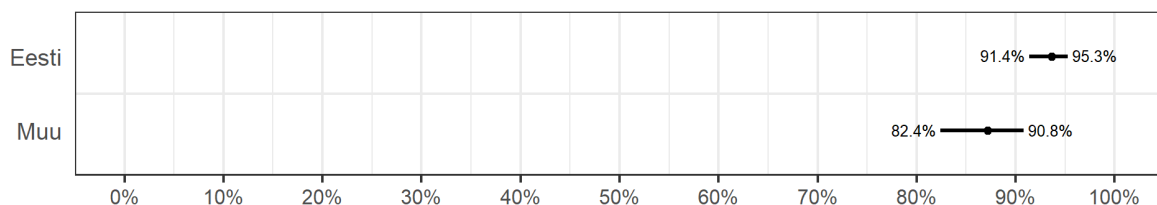
Joonis 80. Kas viimati tervishoiuteenust kasutades tervishoiutöötaja(d)...? (% neist, kes viimase 12 kuu jooksul on enda terviseprobleemi tõttu kasutanud mõnda tervishoiuteenust)



Joonis 81. Viimati kasutatud tervishoiuteenusel tervishoiutöötaja (kindlasti jah või pigem jah) tehtud tegevused elukoha regiooni kaupa (% neist, kes viimase 12 kuu jooksul on enda terviseprobleemi tõttu kasutanud mõnda tervishoiuteenust)



Joonis 82. Viimati kasutatud tervishoiuteenusel tervishoiutöötaja (kindlasti jah või pigem jah) suhtus Teisse hoolivalt, rahvuse kaupa (% neist, kes viimase 12 kuu jooksul on enda terviseprobleemi tõttu kasutanud mõnda tervishoiuteenust)



Inimkeskse suhtluse faktoranalüüs

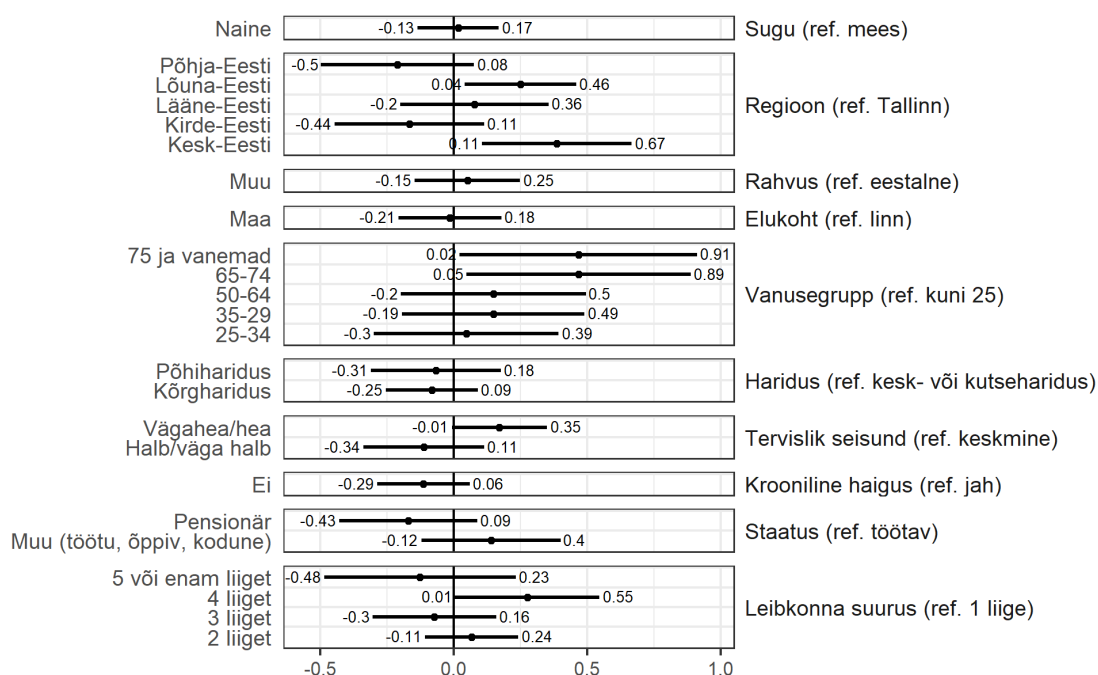
Patsiendikeskse suhtluse faktoranalüüsis moodustusid kaks faktorit (Tabel 9). Faktor 1 väljendab patsiendikeskse suhtluse alakomponendi „Patsiendi austamine, väärtustamine ja emotsionaalne toetamine“. Faktor 2 hõlmab „patsiendi eelistustega arvestamise“ ja „info arusaadava edastamise“ alakomponendi.

Tabel 9. Patsiendikeskse suhtluse faktormudel ja faktorlaadungid

Tunnus	Faktor 1	Faktor 2
Pühendas Teile piisavalt aega	0.907	
Kuulas Teid tähelepanelikult	0.905	
Suhtus Teisse hoolivalt	0.720	
Selgitas tervises seisundiga seotut ja ravivõimalusi Teile arusaadavalt		0.625
Võimaldas Teil küsida küsimusi või avaldada arvamust ravivõimaluste kohta		0.687
Andis vastused Teie esitatud küsimustele		0.941
Indikaator	Faktor 1	Faktor 2
Laadungite SS	2.236	1.793
Variatsiooni osakaal	0.373	0.299
Kumulatiivne variatsioon	0.373	0.672

Suhtlusel tervishoiutöötajaga tajutakse, et austatakse, väärtustatakse ja emotsionaalse toetusega seotud suhtlemist Lõuna-Eesti ja Kesk-Eesti elanike seas tõenäolisemalt kui Tallinna elanike seas ning 65-aastaste ja vanemate seas tõenäolisemalt kui kuni 25 aastaste seas (Joonis 83).

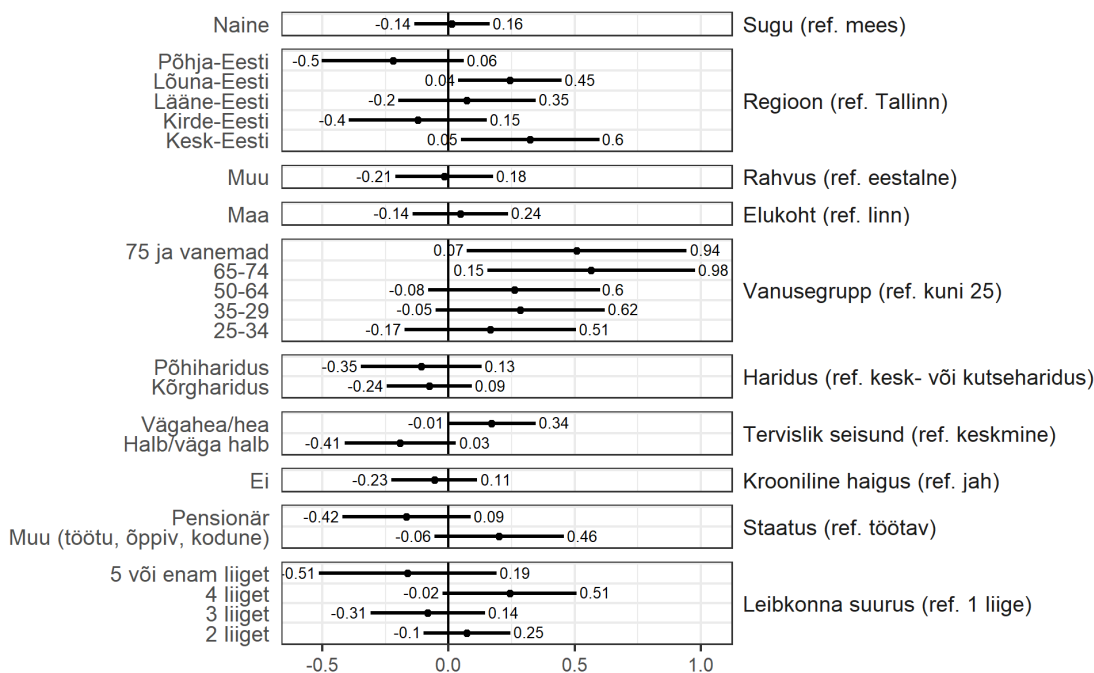
Joonis 83. Patsiendikeskse suhtluse alakomponente „patsiendi austamine, väärtustamine ja emotsionaalne toetamine“ (faktor 1) mõjutavate taustatunnuste regressioonikoefitsiendid usalduspiiridega



* Võrreldes referentsgrupiga, kui regressioonikoefitsient on nullist suurem on mõju positiivne, kui nullist väiksem on mõju negatiivne. Usalduspiirid näitavad valimi põhjal leitud näitajate usaldusväärsust üldkogumis. Kui regressioonikoefitsiendi usalduspiir kattub nulliga, siis mõju pole statistiliselt oluline.

Patsiendi eelistustega arvestamist ja info arusaadavat edastamist suhtlusel tervishoiutöötajaga tajuvad Lõuna- ja Kesk-Eesti elanikud tõenäolisemalt kui Tallinna elanikud (Joonis 84).

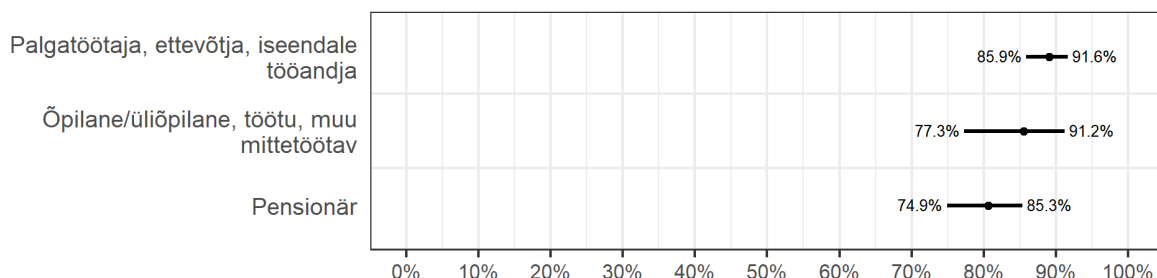
Joonis 84. Patsiendikeskse suhtluse alakomponente „patsiendi eelistustega arvestamine“ ja „info arusaadava edastamine“ (faktor 2) mõjutavate taustatunnuste regressioonikoefitsiendid usalduspiiridega



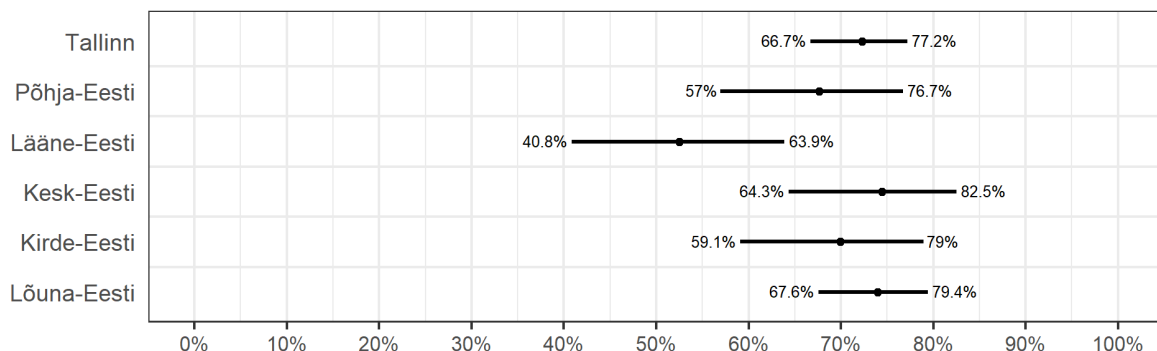
* Võrreldes referentsgrupiga, kui regressioonikoefitsient on nullist suurem on mõju positiivne, kui nullist väiksem on mõju negatiivne. Usalduspiirid näitavad valimi põhjal leitud näitajate usaldusväärsust üldkogumis. Kui regressioonikoefitsiendi usalduspiir kattub nulliga, siis mõju pole statistiliselt oluline.

Patsiendiohutus

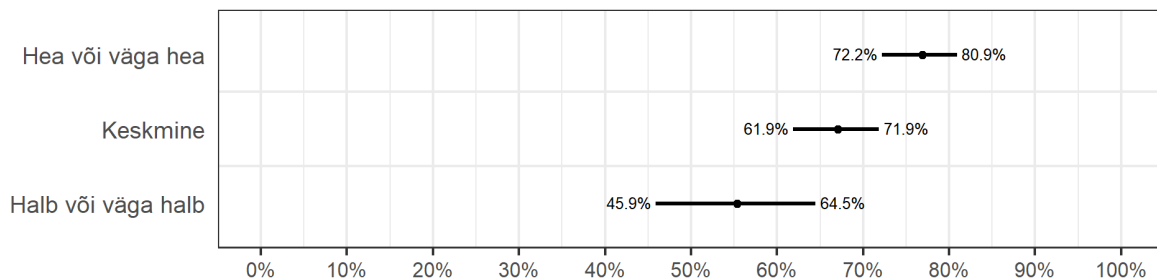
Joonis 85. Viimati tervishoiuteenust kasutades tundis (pigem jah või kindlasti jah), et tervishoiuasutuses tehtud ravi, uuringud või analüüsid olid talle ohutud, peamise tööalase seisundi kaupa (% neist, kes viimase 12 kuu jooksul on enda terviseprobleemi tõttu kasutanud mõnda tervishoiuteenust)



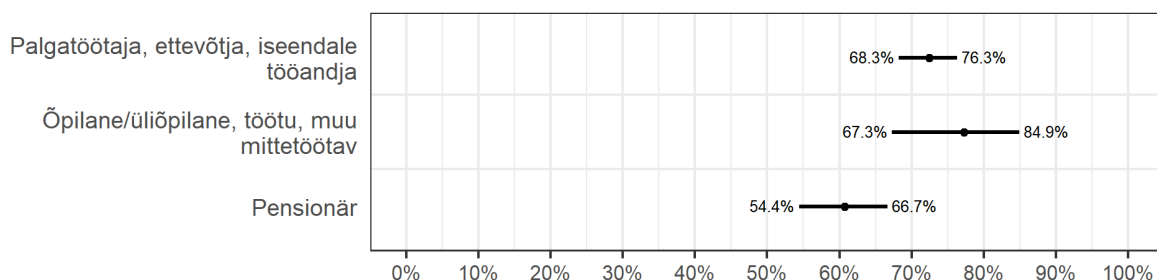
Joonis 86. Viimati kasutatud tervishoiuteenusel tervishoiutöötja (kindlasti jah või pigem jah) desinfitseeris käsi või vahetas kindaid, elukoha regiooni kaupa (% neist, kes viimase 12 kuu jooksul on enda terviseprobleemi tõttu kasutanud mõnda tervishoiuteenust)



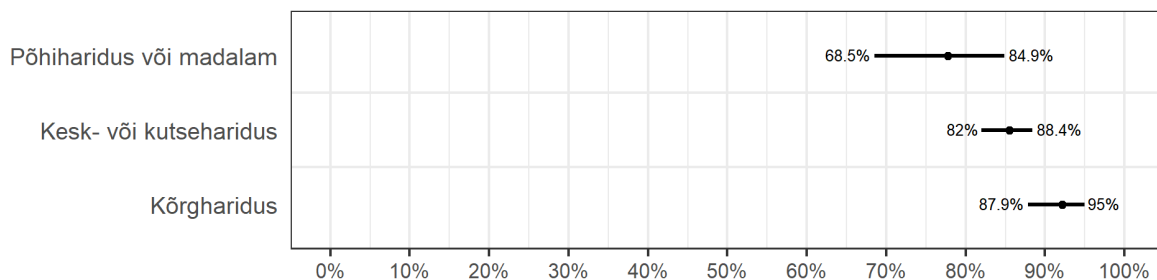
Joonis 87. Viimati kasutatud tervishoiuteenusel tervishoiutöötja (kindlasti jah või pigem jah) desinfitseeris käsi või vahetas kindaid, enda tervisele antud hinnangu kaupa (% neist, kes viimase 12 kuu jooksul on enda terviseprobleemi tõttu kasutanud mõnda tervishoiu teenust)



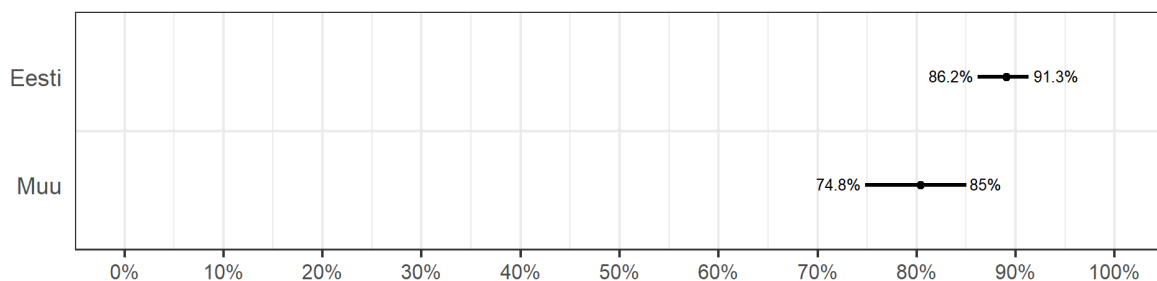
Joonis 88. Viimati kasutatud tervishoiuteenusel tervishoiutöötja (kindlasti jah või pigem jah) desinfitseeris käsi või vahetas kindaid, peamise tööalase seisundi kaupa (% neist, kes viimase 12 kuu jooksul on enda terviseprobleemi tõttu kasutanud mõnda tervishoiuteenust)



Joonis 89. Viimati tervishoiuteenust kasutades tundis pigem jah või kindlasti jah, et tervishoiuasutuses tehtud ravi, uuringud või analüüsid olid talle ohutud, kõrgeima lõpetatud haridustaseme kaupa (% neist, kes viimase 12 kuu jooksul on enda terviseprobleemi tõttu kasutanud mõnda tervishoiuteenust)

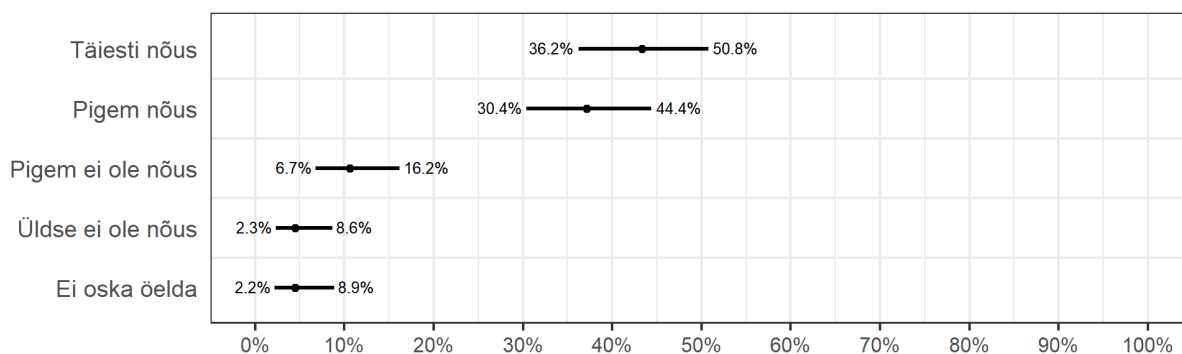


Joonis 90. Viimati tervishoiuteenust kasutades tundis (pigem jah või kindlasti jah), et tervishoiuasutuses tehtud ravi, uuringud või analüüsid olid talle ohutud, rahvuse kaupa (% neist, kes viimase 12 kuu jooksul on enda terviseprobleemi tõttu kasutanud mõnda tervishoiuteenust)

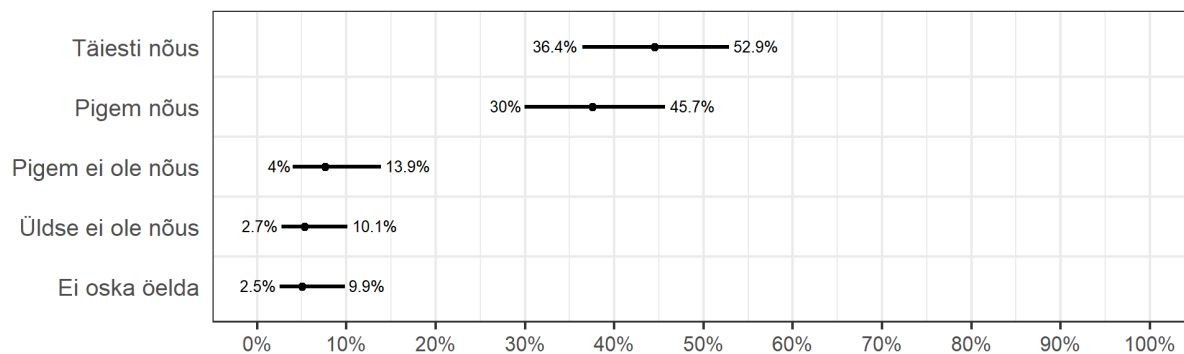


Lähedaste kaasamine

Joonis 91. Kuivõrd olete nõus väitega, et tervishoiutöötaja andis Teie lähedase tervise või ravi kohta vajaliku info (% neist, kellel on viimase 12 kuu jooksul olnud vaja infot oma täisealise lähedase tervise või ravi kohta tema arstilt, õelt või ämmaemandalt)



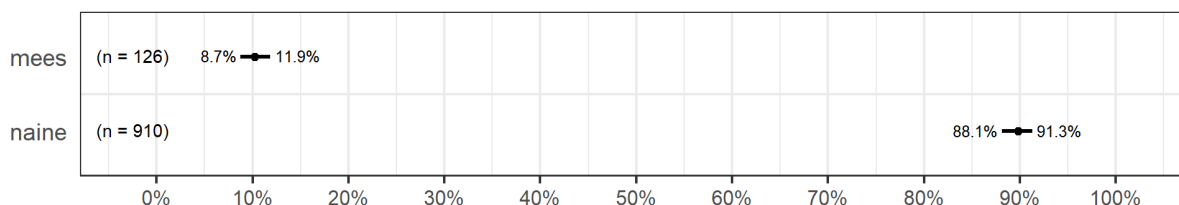
Joonis 92. Kuivõrd olete nõus väitega, et tervishoiutöötaja arutas Teiega lähedase ravi või hoolduse planeerimist (% neist, kellel on viimase 12 kuu jooksul olnud vaja arutada oma täisealise lähedase ravi või hoolduse planeerimist tema arsti, õe või ämmaemandaga)



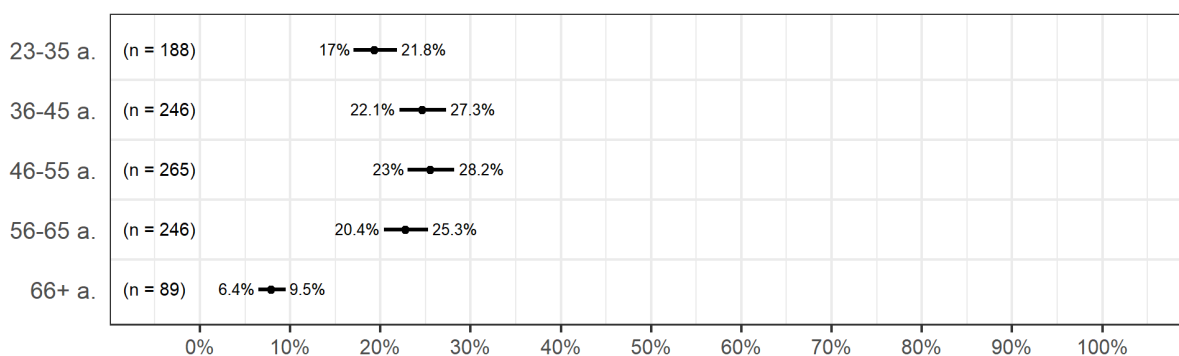
Lisa 4. Tervishoiutöötajate küsitluse tulemused

Valimi kirjeldus

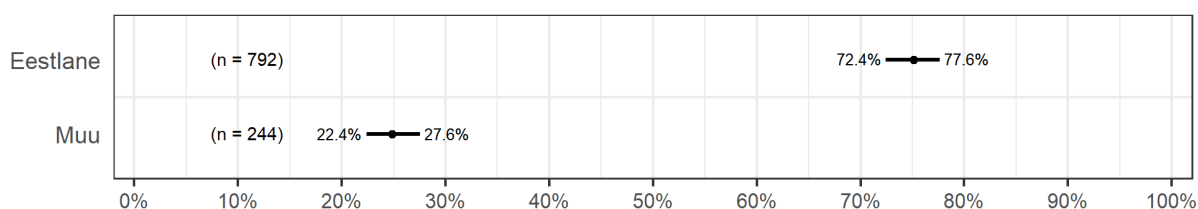
Joonis 93. Valimi jaotus soo kaupa (% tervishoiutöötajatest)



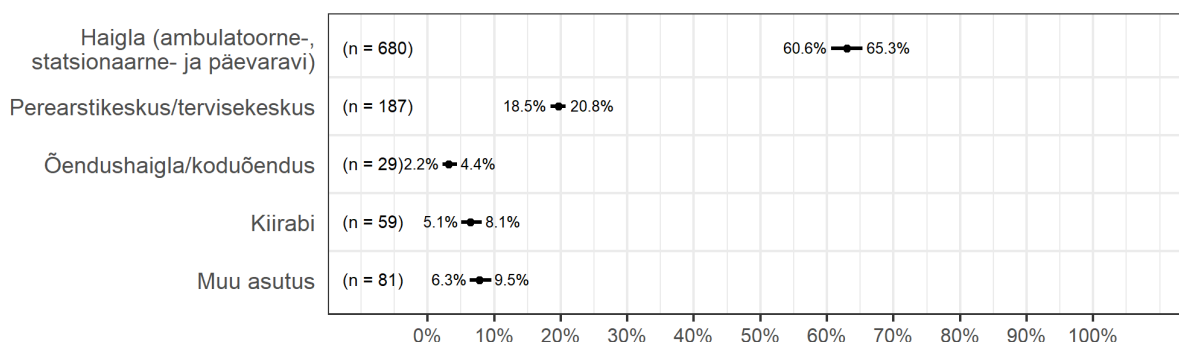
Joonis 94. Valimi jaotus vanusegruppide kaupa



Joonis 95. Valimi jaotus rahvuse kaupa



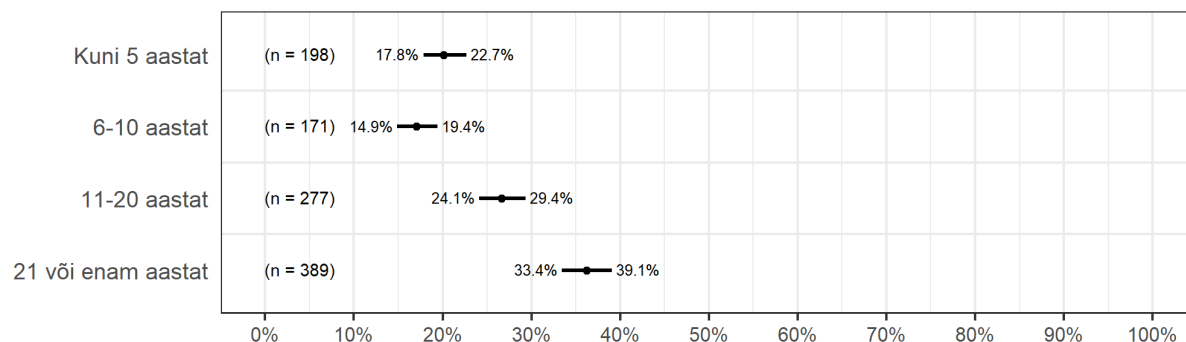
Joonis 96. Valim põhitöökoha asutuse tüübi kaupa



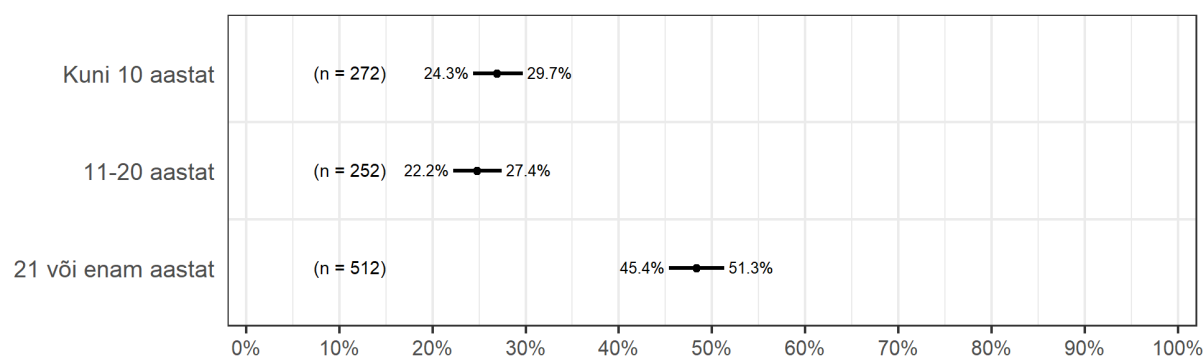
*Muu asutuse hulgas märgitud valdavalt erakliinikud, koolid, taastusraviasutused, SPAd

**Paljud tervishoiutöötajad töötavad mitmes asutuses, joonisel on märgitud selle asutuse tüüp, mille tervishoiutöötaja märkis oma põhitöökohaks.

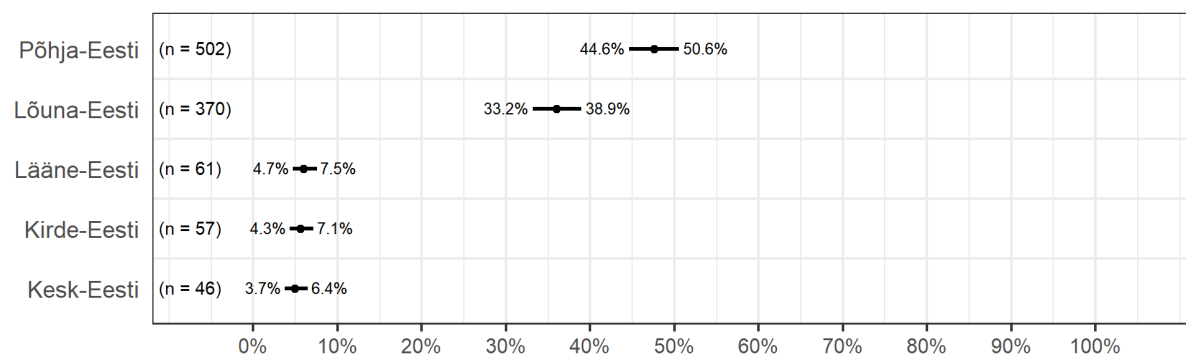
Joonis 97. Valimi jaotus põhitöökohal töötatud aastate kaupa (%t tervishoiutöötajatest)



Joonis 98. Valimi jaotus oma erialal töötatud aastate kaupa (% tervishoiutöötajatest)

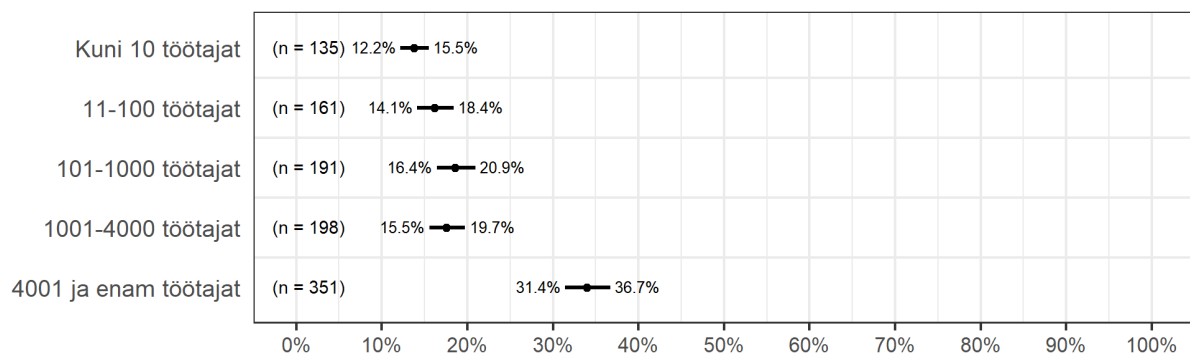


Joonis 99. Valimi jaotus töökoha asukoha regiooni kaupa (% tervishoiutöötajatest)



*Paljud tervishoiutöötajad töötavad mitmes asutuses, joonisel on märgitud selle asutuse regioon, millega tervishoiutöötaja sattus valimisse.

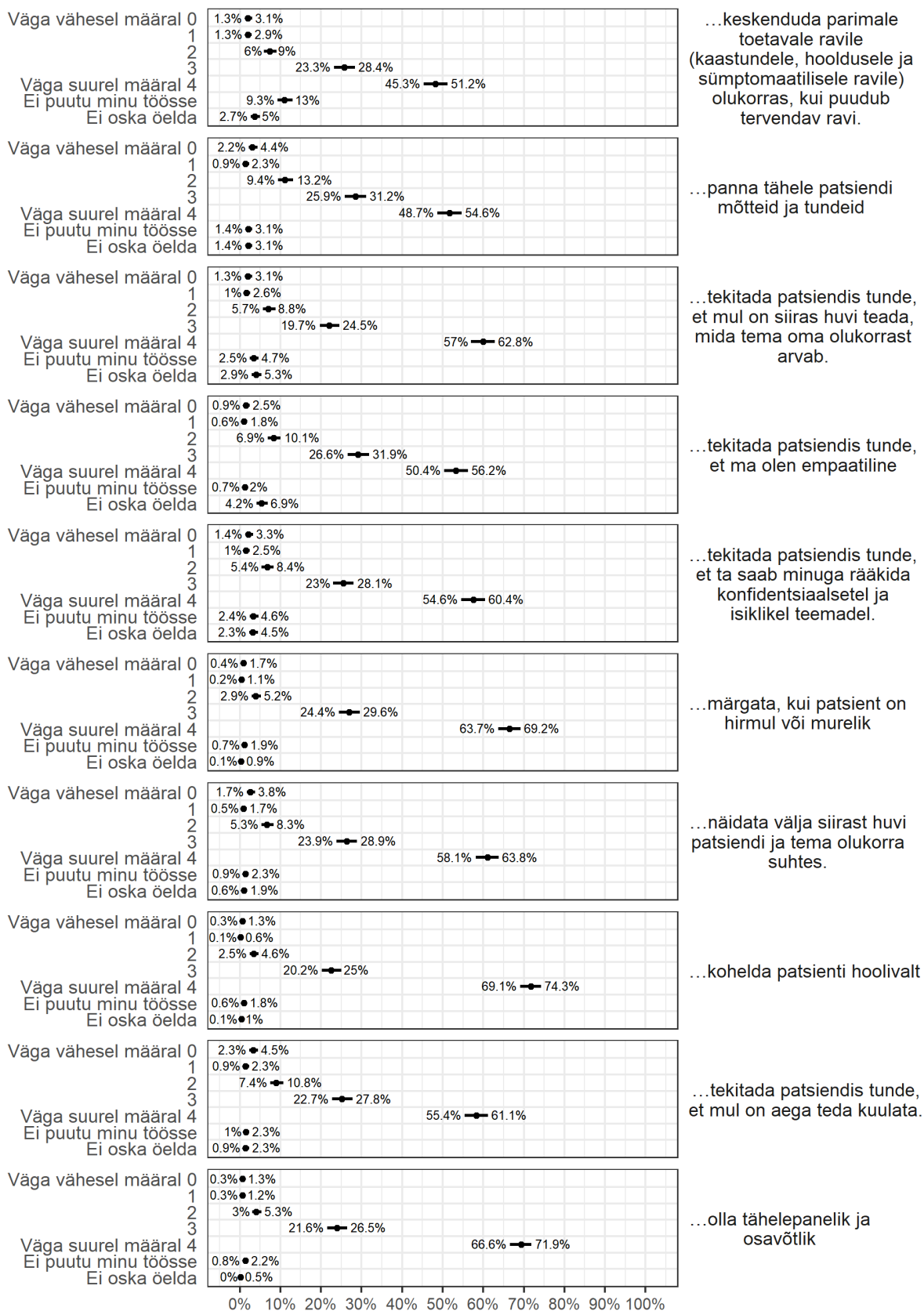
Joonis 100. Valimi jaotus töökoha asutuse töötajate arvu kaupa (% tervishoiutöötajatest)



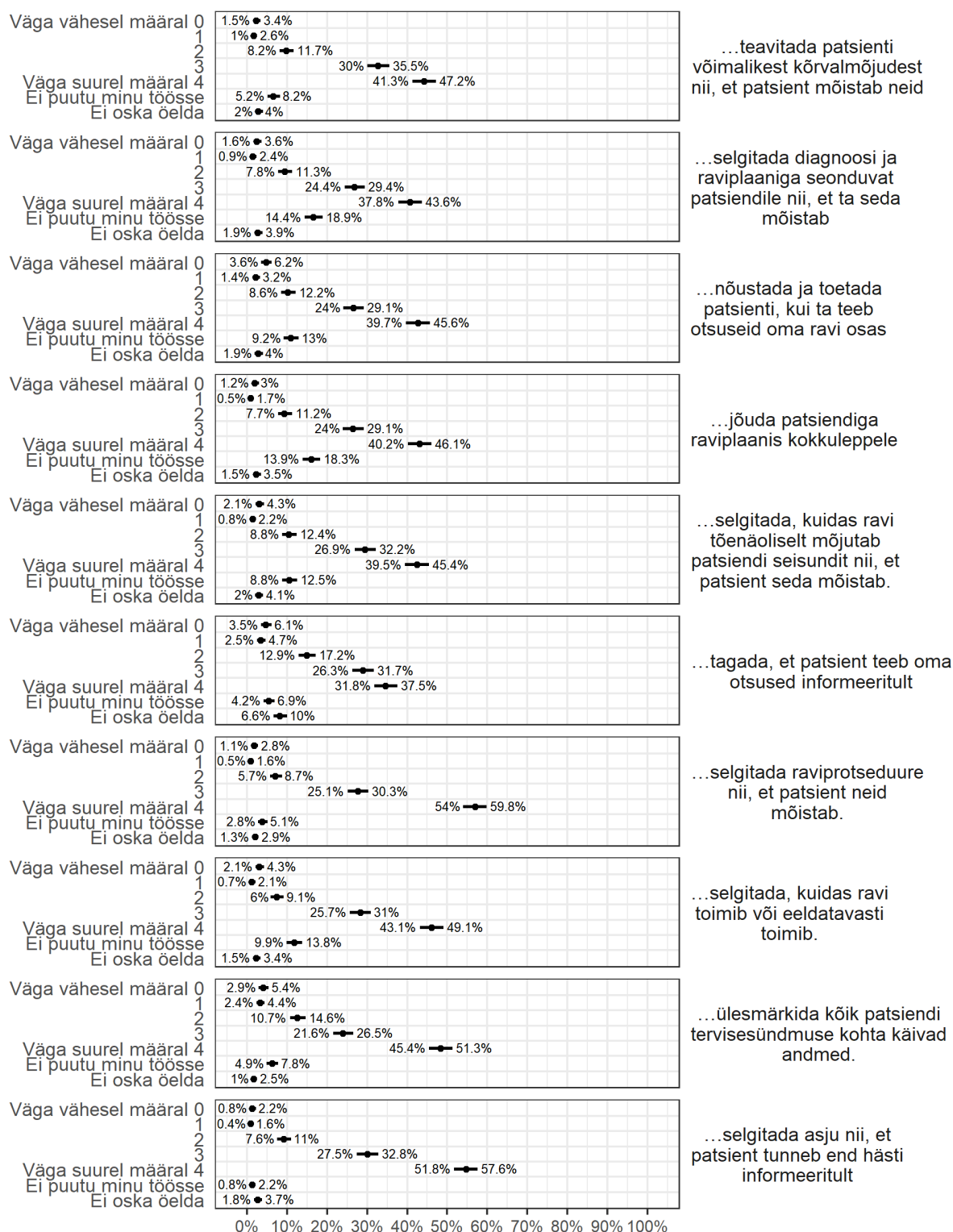
******Paljud tervishoiutöötajad töötavad mitmes asutuses, joonisel on märgitud selle asutuse töötajate arv, millega tervishoiutöötaja sattus valimisse.

Patsiendikesksus

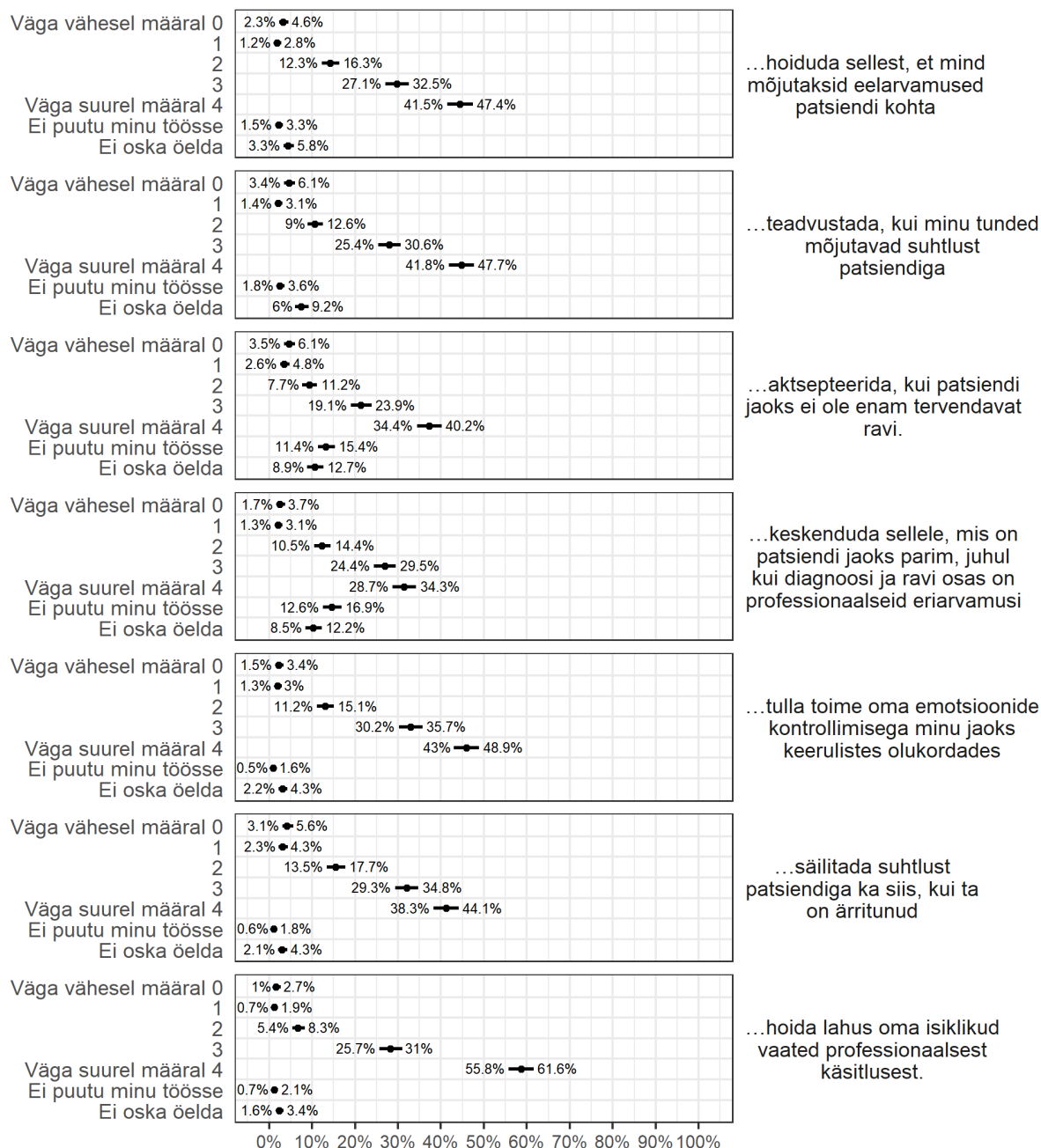
Joonis 101. Tervishoiutöötajate hinnangud, mil määral nad on kindlad, et suudavad käituda järgnevates väidetes kirjeldatud moel (Patsiendi perspektiivi tajumise faktor) (% tervishoiutöötajatest)



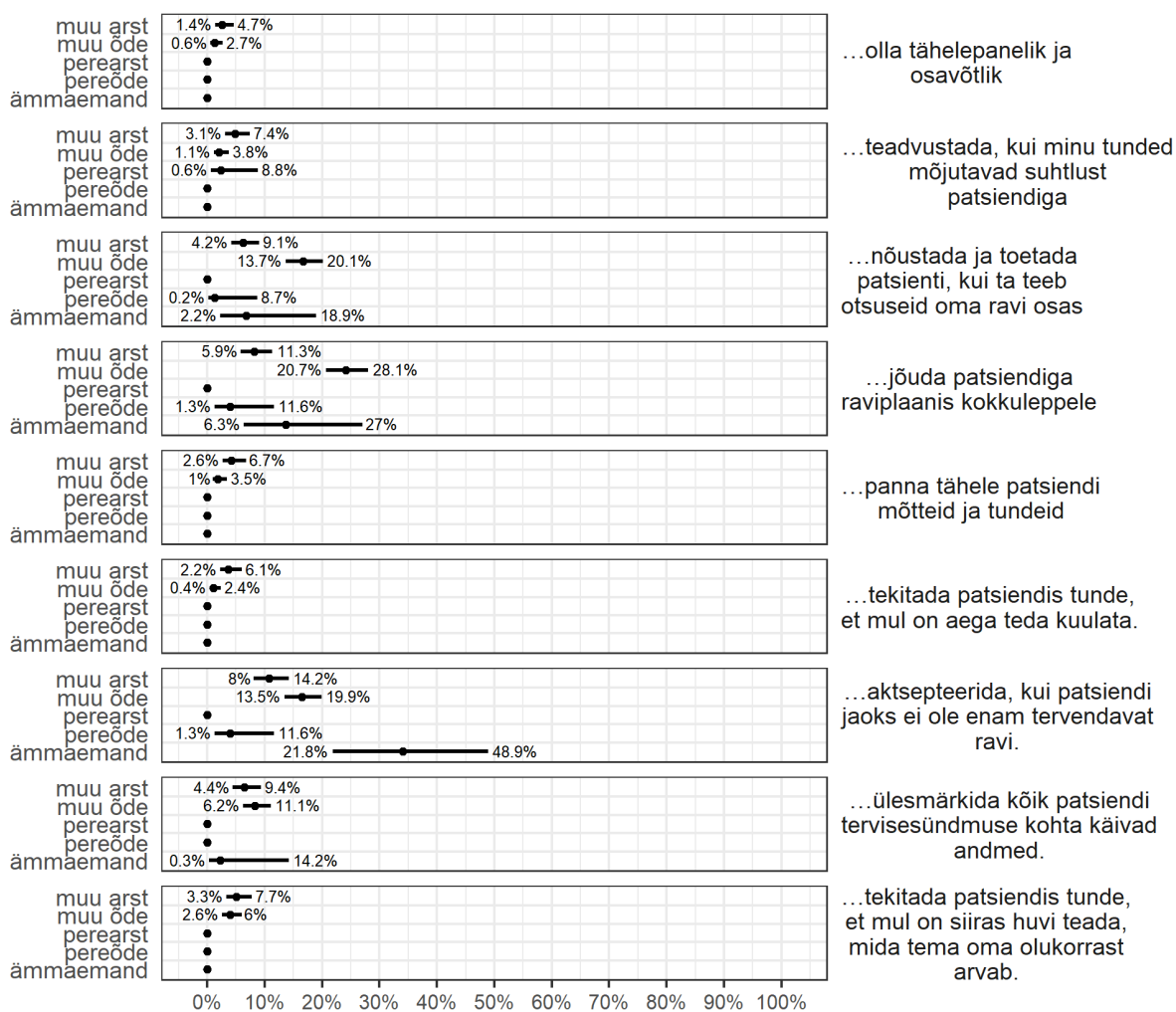
Joonis 102. Tervishoiutöötajate hinnangud, mil määral nad on kindlad, et suudavad käituda järgnevates väidetes kirjeldatud moel (Informatsiooni ja otsuste tegemise jagamise faktor) (% tervishoiutöötajatest)



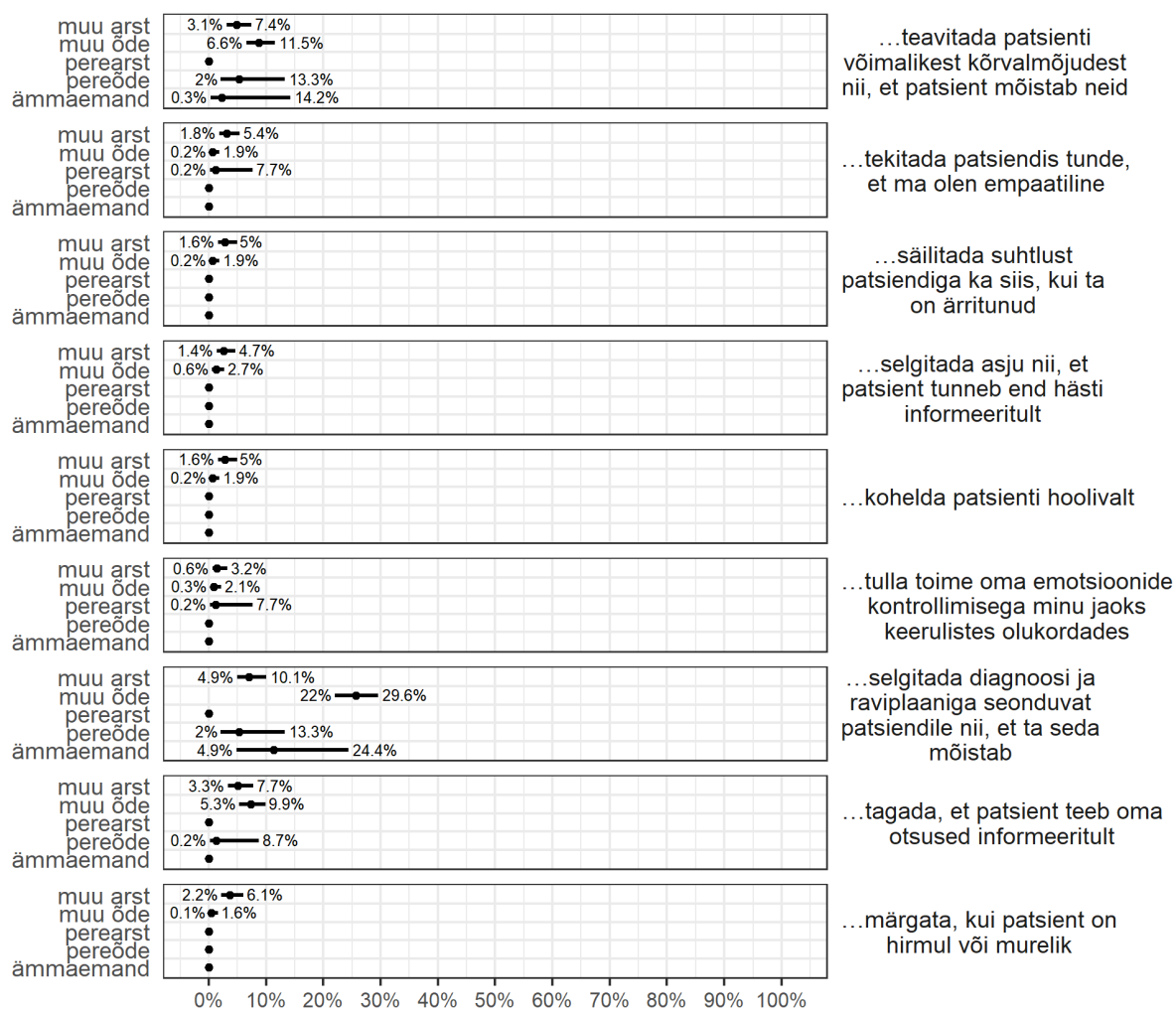
Joonis 103. Tervishoiutöötajate hinnangud, mil määral nad on kindlad, et suudavad käituda järgnevates väidetes kirjeldatud moel (kommunikatsioonihalduse faktor) (% tervishoiutöötajatest)



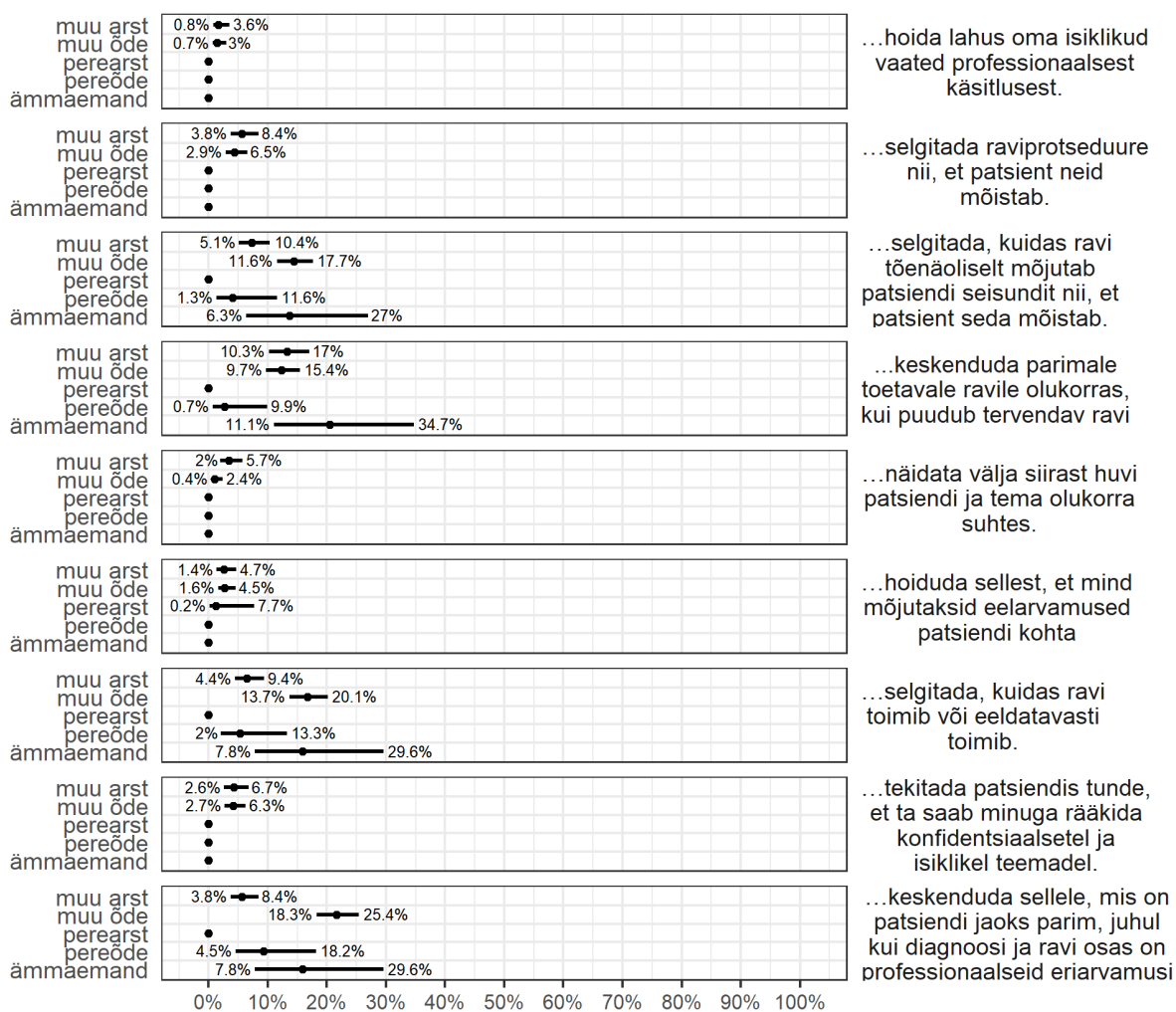
Joonis 104. Vastajad, kes märkisid, et nimetatud käitumisviis ei puutu tema töösse (%tervishoiutöötajatest)



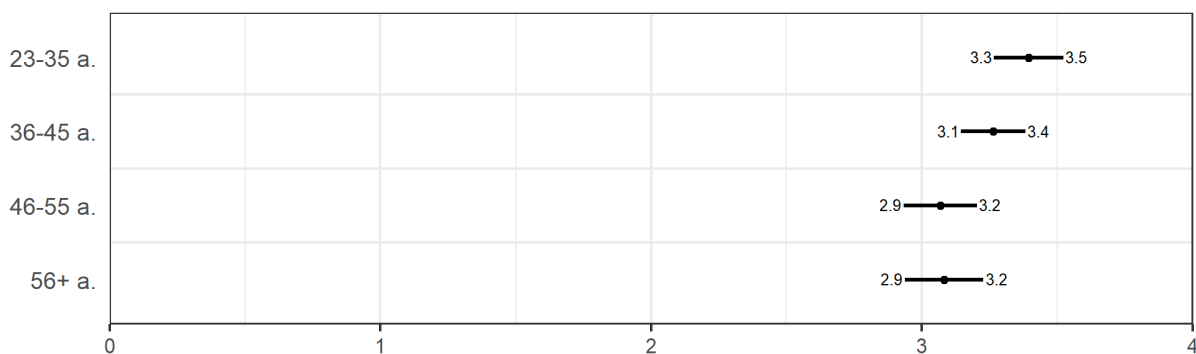
Joonis 105. Vastajad, kes märkisid, et nimetatud käitumisviis ei puutu tema töösse (% tervishoiutöötajatest)



Joonis 106. Vastajad, kes märkisid, et nimetatud käitumisviis ei puutu tema töösse (% tervishoiutöötajatest)



Joonis 107. Tervishoiutöötajate keskmine hinnang (5-palli skaalal, kus 0 on „väga vähesel määral“ ja 4 on „väga suurel määral“), mil määral nad on kindlad, et suudavad üles märkida kõik patsiendi tervisesündmuse kohta käivad andmed, vanusegruppide kaupa.



*Analüüsist on välja jäetud vastajad, kes märkisid käitumisviisi puhul, et see ei puutu nende töösse või ei osanud hinnangut anda.

Konfirmatiivne faktoranalüüs

Valideerida patsiendikesksuse mõõdiku alusel moodustuvat patsiendikesksuse komponentide struktuuri valideerimiseks hinnati esmalt mõõdiku aluseks olevas teadusartiklis esitatuga identne mudel. Esialgse mudeli sobivusindeksid (Tabel 10) ei vastanud üldlevinud piirväärtuste kriteeriumitele ning näitavad seega esialgse mudeli ebasobivust Eesti kontekstis. Lisaks asjaolule, et hii-ruudu p -väärtus on väiksem kui 0,05 (piirväärtuseks on $> 0,05$, kuid arvestades hii-ruut testi kõrget tundlikkust suurema valimi korral on antud tulemus ootuspärane) oli ka CFI väärtus 0,882, TLI väärtus 0.871 ja RMSEA väärtus 0,062. Vaid SRMR väärtus 0,062 oli aktsepteeritav.

Lähtuvalt indikaatorite R^2 väärtusest, jääkide struktuurist ning modifikatsiooniindeksitest korrigeeriti esialgset mudelistruktuuri ning üritati leida mudel, mille hälbus andmetest oleks minimaalne. Mudeli modifitseerimise käigus eemaldati mudelist tunnused:

- (3) ...aktsepteerida, kui patsiendi jaoks ei ole enam tervendavat ravi
- (7) ...nõustada ja toetada patsienti, kui ta teeb otsuseid oma ravi osas
- (2) ...ülesmärkida kõik patsiendi tervisesündmuse kohta käivad andmed
- (8) ...teadvustada, kui minu tunded mõjutavad suhtlust patsiendiga
- (15) ...selgitada asju nii, et patsient tunneb end hästi informeeritult

Lisaks modifitseeriti struktuuri nii, et tunnus: (19) ...keskenduda sellele, mis on patsiendi jaoks parim, juhul kui diagnoosi ja ravi osas on professionaalseid eriarvamusi oleks mõjutatud faktorist Informatsiooni jagamine. Samuti defineeriti kovariatsioonid tunnusepaaride vahel:

- (17) ...tekitada patsiendis tunde, et mul on aega teda kuulata ja (5) ...panna tähele patsiendi mõtteid ja tundeid,
- (9) ...olla tähelepanelik ja osavõtlik ja (14) ...kohelda patsienti hoolivalt
- (21) ...selgitada, kuidas ravi toimib või eeldatavasti toimib ja (25) ...selgitada, kuidas ravi tõenäoliselt mõjutab patsiendi seisundit nii, et patsient seda mõistab

Modifitseeritud mudeli sobivusindeksid (Tabel 10) indikeerivad sobivat mudelit (kuigi CFI ja TLI on mõnevõrra madalamad kui neile kehtestatud piirväärtused).

Tabel 10. Konfirmatiivse faktormudeli sobivusindeksid

	Algne mudel	Modifitseeritud mudel
Hii-ruut	983.270 (312)	450.532 (203)
(p)	0.000	0.000
CFI	0.882	0.947
TLI	0.871	0.940
RMSEA	0.062	0.048
SRMR	0.062	0.046
BIC	54349.482	42553.932

Tabel 11. Modifitseeritud faktormudel ja faktorlaadungid

Faktor	Indikaator	Faktor-laadung	SE	p
Patsiendi perspektiivi tajumine	...tekitada patsiendis tunde, et mul on siiras huvi teada, mida tema oma olukorrast arwab.	0.520	0.040	0.000
Patsiendi perspektiivi tajumine	...tekitada patsiendis tunde, et mul on aega teda kuulata.	0.560	0.038	0.000
Patsiendi perspektiivi tajumine	...panna tähele patsiendi mõtteid ja tundeid	0.542	0.037	0.000
Patsiendi perspektiivi tajumine	...olla tähelepanelik ja osavõtlik	0.513	0.036	0.000
Patsiendi perspektiivi tajumine	...märgata, kui patsient on hirmul või murelik	0.411	0.035	0.000
Patsiendi perspektiivi tajumine	...kohelda patsienti hoolivalt	0.473	0.035	0.000
Patsiendi perspektiivi tajumine	...tekitada patsiendis tunde, et ma olen empaatiline	0.625	0.032	0.000
Patsiendi perspektiivi tajumine	...tekitada patsiendis tunde, et ta saab minuga rääkida konfidentsiaalsetel ja isiklikel teemadel.	0.609	0.035	0.000
Patsiendi perspektiivi tajumine	...näidata välja siirast huvi patsiendi ja tema olukorra suhtes.	0.619	0.034	0.000
Patsiendi perspektiivi tajumine	...keskenduda parimale toetavale ravile (kaastundele, hooldusele ja sümptomaatilisele ravile) olukorras, kui puudub tervendav ravi.	0.568	0.035	0.000
Informatsiooni jagamine	...jõuda patsiendiga raviplaanis kokkuleppele	0.551	0.042	0.000
Informatsiooni jagamine	...tagada, et patsient teeb oma otsused informeeritult	0.708	0.041	0.000
Informatsiooni jagamine	...selgitada diagnoosi ja raviplaaniga seonduvat patsiendile nii, et ta seda mõistab	0.738	0.039	0.000
Informatsiooni jagamine	...teavitada patsienti võimalikest kõrvalmõjudest nii, et patsient mõistab neid	0.671	0.038	0.000
Informatsiooni jagamine	...selgitada, kuidas ravi toimib või eeldatavasti toimib.	0.622	0.042	0.000
Informatsiooni jagamine	...selgitada, kuidas ravi tõenäoliselt mõjutab patsiendi seisundit nii, et patsient seda mõistab.	0.755	0.039	0.000
Informatsiooni jagamine	...selgitada raviprotseduure nii, et patsient neid mõistab.	0.598	0.040	0.000

Faktor	Indikaator	Faktor-laadung	SE	p
Informatsiooni jagamine	...keskenduda sellele, mis on patsiendi jaoks parim, juhul kui diagnoosi ja ravi osas on professionaalseid eriarvamusi	0.683	0.042	0.000
Kommunikatsioonihaldus	...tulla toime oma emotsioonide kontrollimisega minu jaoks keerulistes olukordades	0.610	0.041	0.000
Kommunikatsioonihaldus	...säilitada suhtlust patsiendiga ka siis, kui ta on ärritunud	0.682	0.040	0.000
Kommunikatsioonihaldus	...hoiduda sellest, et mind mõjutaksid eelarvamused patsiendi kohta	0.645	0.042	0.000
Kommunikatsioonihaldus	...hoida lahus oma isiklikud vaated professionaalsest käsitlusest.	0.556	0.038	0.000

Struktuurivõrrandite mudel

Lisaks konfirmatiivsele faktoranalüüsile moodustati leitud faktorstruktuuri alusel ka struktuurivõrrandite mudel, mille kaudu hinnati patsiendikesksuse komponente mõjutavate taustategurite mõjusid. Mudeli sobivusindeksitest (Tabel 12) RMSEA ja CFI indikeerivad mudeli sobivust, samas CFI ja TLI on mõnevõrra allpool seatud piirväärtusi. Kuna jääkide struktuuri ja modifikatsiooniindeksid ei näidanud mudelis olulisi vajakajäämisi, võib mudelit siiski aktsepteeritavaks lugeda.

Tabel 12. Struktuurivõrrandite mudeli sobivusindeksid

	Regressioonidega mudel
Hii-ruut	737.934 (317)
(p)	0.000
CFI	0.929
TLI	0.918
RMSEA	0.046
SRMR	0.042
BIC	42496.166

Tabel 13. Struktuurivõrrandite mudeli regressioonikoefitsiendid

Faktor	Sõltumatu tunnus	Koef.	SE	p
Patsiendi perspektiivi tajumine	Mees (ref. naine)	-0.386	0.115	0.001
Patsiendi perspektiivi tajumine	Vanus	0.004	0.005	0.438
Patsiendi perspektiivi tajumine	Õde (ref. arst)	0.296	0.084	0.000
Patsiendi perspektiivi tajumine	Ämmaemand (ref. arst)	0.566	0.135	0.000

Faktor	Sõltumatu tunnus	Koef.	SE	p
Patsiendi perspektiivi tajumine	Mitte-eestlane (ref. eestlane)	0.230	0.096	0.016
Patsiendi perspektiivi tajumine	Erialase kogemuse pikkus	0.065	0.040	0.103
Informatsiooni jagamine	Mees (ref. naine)	-0.046	0.104	0.654
Informatsiooni jagamine	Vanus	-0.005	0.005	0.305
Informatsiooni jagamine	Õde (ref. arst)	-0.027	0.081	0.739
Informatsiooni jagamine	Ämmaemand (ref. arst)	0.376	0.139	0.007
Informatsiooni jagamine	Mitte-eestlane (ref. eestlane)	0.347	0.099	0.000
Informatsiooni jagamine	Erialase kogemuse pikkus	0.109	0.037	0.003
Kommunikatsioonihaldus	Mees (ref. naine)	-0.095	0.119	0.425
Kommunikatsioonihaldus	Vanus	0.012	0.005	0.025
Kommunikatsioonihaldus	Õde (ref. arst)	0.358	0.087	0.000
Kommunikatsioonihaldus	Ämmaemand (ref. arst)	0.550	0.156	0.000
Kommunikatsioonihaldus	Mitte-eestlane (ref. eestlane)	0.164	0.102	0.107
Kommunikatsioonihaldus	Erialase kogemuse pikkus	0.048	0.039	0.222

* Regressioonikoefitsiendid ilmestavad taustatunnuste mõju latentsetele faktortunnustele. Näiteks meeste hinnang oma patsiendi perspektiivi tajumise võimele on madalam kui naiste vastav hinnang (reg. koef. - 0.386), kuid ämmaemandate hinnang enda patsiendi perspektiivi tajumise võimele jällegi suurem kui arstidel (reg. koef. 0.566). Koefitsientide tõlgendamisel peab jälgima ka vastavaid p-väärtusi, mis näitavad koefitsientide nullist erinemise tõenäosusi. Kui p-väärtus on suurem kui 0.05, siis on tõenäosus, et uuringut korrates oleks antud regressioonikoefitsiendi väärtus 0 (mis tähendab et mõju ei ole), suurem kui 5% ehk see koefitsient ei ole statistiliselt oluline (usaldusnivool 95%).

Patsiendiohutuse

Tervishoiutöötajate kirjeldused, milliseid takistusi esineb nende töökeskkonnas patsiendiohutuse tagamisel:

1) Aja puudus / ajaline surve

„Pidev kiirustamine ja surve teha ajaühikus rohkem tööd kui üldse jõuab, ei võimalda enam muule üldse mõelda.“ – perearst, perearstikeskus/tervisekeskus.

„Ajapuudus kõhkleva/aeglaselt arusaava patsiendiga tegelemiseks veendumaks tema ohutuses.“ – arst, haigla.

2) Suur töökoormus

„Mitme erineva töökohustuse täitmine ühel ja samal ajal ei taga patsiendiohutust (intensiivravi palat, aktiivravi osakond ja EMO töö ühel ajal).“ – õde, haigla.

„Töökoormus on suur. Pereõel on korraga palju ülesandeid: tegelemine patsiendiga, telefonile vastamine, puudub registraator, protseduurid, perearsti korralduste täitmine jne.“ – pereõde, perearstikeskus/tervisekeskus.

„Suur töökoormus, suur ajapuudus, mis ei võimalda keskenduda ja süveneda patsiendi probleemidesse ega ka õppida/lugeda juurde konkreetse patsiendiga tegeluseks vajalikku kirjandust.“ – arst, haigla.

3) Personali puudus

„Personali on liiga vähe, et pt.-i korralikult aidata, jälgida ja juhendada“ – arst, haigla.

„Õenduspersonali suur puudus kogu haiglas tingib väga suure ületundide arvu olemasolevatele täiskohaga töötavatele õendustöötajatele.“ – õde, haigla.

„Personali ei jagu tagamaks piisavat ohutust.“ – arst, haigla.

4) Probleemid töötajate...

a) suhtumises

„Erinevate kutsete esindajad ei suhtu patsiendiohutusse ühte moodi. Niisugused inimesed ei püüa tegeleda ennetusega vaid vastu tahtmist tegeletakse tagajärgedega.“ – õde, haigla.

„...paraku ei võta personal vajaminevaid muudatusi omaks ning protseduure teostatakse ikkagi harjumuspäraselt ja mitte eeskirjadest/kokkulepitus lähtuvalt.“ – õde, õendushaigla/koduõendus.

b) käitumises

„Kui kogenud kolleegid ei järgi iga kord päriselt kõiki nõudeid, on minul algaja residendina keeruline samades küsimustes punktuaalne olla, veelgi enam kedagi teist korrektsusele manitseda.“ – arst, haigla.

„Kontaktisolatsiooni patsiendi puhul ei kasuta kogu personal nõutud kaitsevahendeid, ei desinfitseerita nõuete kohaselt.“ – õde, õendushaigla/koduõendus.

b) teadlikkuses

„Personali ebapiisav teadmiste tase ohutuse valdkonnas.“ – arst, haigla.

„Tihti jätab kesk med. personali ja hooldustöötajate ettevalmistus soovida.“ – arst, haigla.

5) Psüühilise probleemiga/dementsed/agressiivsed patsiendid

„Tihti puudub võimalus agressiivseks või psühhootiliseks muutunud patsient isoleerida või eraldada teistest patsientidest.“ – õde, haigla

„Psüühiliste probleemidega ja dementsed patsiendid on teistele patsientidele ohtlikud.“ – õde, haigla

6) Kukkumised

„Kõige suurem probleem on patsientide kukkumistega (eakad patsiendid).“ – õde, haigla

7) Keelebarjäär

„Aga võib välja tuua ka keelelise takistuse: eeldatakse, et ma räägin vene keelt, kuigi see arsti kutseoskuste alla ei käi. Tallinnas on arvestatav hulk inimesi, kes ei räägi eesti keelt, osa neist on patsiendid, osa ka haiglatöötajad. See takistab suhtlemist.“ – arst, haigla.

8) Info liikumise probleemid

„Oma tööst võin välja tuua informatsiooni puudulikkuse ja leidmise raskuse...“ – arst, haigla

„Piiratud ligipääs patsiendiga seotud meditsiinilisele infole. See puudutab ebapiisavat info edastamist patsiendiga varem tegelenud kolleegide poolt, aga ka piiratud või takistatud aktiivset juurdepääsu varasemale meditsiinilisele infole ... õigeid ja adekvaatseid meditsiinilisi otsuseid on väga raske (kui mitte võimatu) teha ebapiisava informeerituse tingimustes. See kätkeb endas potentsiaalselt väga tõsist ohtu patsiendi tervisele!“ – arst, haigla

9) Töövahendite ebapiisavus/ halb seisukord

„Aparatuur on vananenud, esineb ohtlikke rikkeid.“ – arst, haigla.

„Ma ei ole alati kindel, kas minu poolt kasutatavad instrumendid on töökorras...“ – arst, haigla.

„Osakonna varustus: voodite seisund (kõrge iga nõ just vooditel), vähe abivahendeid turvalise pesemise jaoks – tavalised veekindlat toolid, füsioteraapia varustus vajab uuendamist – rulaatorid on juba vanad ja tahavad vahetust.“ – õde, haigla.

„Töövahendite korrasolek on puudulik...“ – õde, kiirabi.

10) Kiirabi töö iseloomust tingitud ohud

„Kiirabi töökeskkond ei ole alati ohutu, olenemata kasutusele võetud abinõudest, võivad esineda ootamatud takistused (ilmastik, ohtlikud liiklussituatsioonid, ärevad kaaskodanikud).“ – õde, kiirabi.

„Kiirabiautos liikumine kõrgel kiirusel on alati ohtlik vaatamata turvavööde kasutamisele. Tugev müra ja vibratsioon ei mõju hästi patsiendile isegi kui ta on narkoosis. Seoses vibratsiooniga sõidu ajal on kõrgendatud oht et aparatuuri osad lähevad lahti.“ – õde, kiirabi.

Lisa 5. Elanikkonna küsimustik

Filter			Vastuste koodid					
KÜSIDA KÕIGILT		H1. Palun hinnake, kui lihtne või raske on Teie jaoks...? ÜKS VASTUS IGAL REAL						
			väga lihtne	pigem lihtne	pigem raske	väga raske	EI OSKA ÕELDA	
	H1.1	leida asjakohast teavet Teid puudutavate haiguste või ravi kohta	1	2	3	4	9	
	H1.2	otsustada, kas Teid puudutava haiguse või ravi kohta kättesaadav teave on usaldusväärne	1	2	3	4	9	
	H1.3	leida teavet, kelle poole pöörduda oma tervisemure lahendamiseks	1	2	3	4	9	
	H1.4	mõista tervisekäitumise alaseid juhiseid ja soovitusi, näiteks füüsilise aktiivsuse, suitsetamise ja alkoholi tarbimise kohta	1	2	3	4	9	
	H1.5	mõista, miks on vaja osaleda sõeluuringutel	1	2	3	4	9	
	H1.6	kasutada tervislike eluviiside, haiguste või ravi teavet oma tervist puudutavate otsuste tegemiseks.	1	2	3	4	9	
	H1.7	oma tervise eest ise hoolt kanda	1	2	3	4	9	
KÜSIDA KÕIGILT	K1	Kas viimase 12 kuu jooksul on juhtunud, et Teil oli terviseprobleem, kuid Te ei pöördunud tervishoiutöötaja (arstid, õed, ämmaemandad) poole? ÜKS VASTUS						
		Jah	1					
		Ei	2					
		EI OSKA ÕELDA / EI MÄLETA	9					

KÜSIDA K2 KUI K1=1	K2	Millised on peamised põhjused, miks Te ei pöördunud oma terviseprobleemidega tervishoiutöötaja (arstid, õed, ämmaemandad) poole? KUNI 3 VASTUST						
		Ei olnud nii tõsine terviseprobleem	1					
		Sain terviseprobleemi lahendamiseks ise hakkama	2					
		Pikk järjekord tervishoiutöötaja juurde	3					
		Tervishoiutöötaja poole pöördumine on kulukas	4					
		Pole ravikindlustust	5					
		Tervishoiutöötaja asub kaugel	6					
		Ei teadnud, kelle poole pöörduda	7					
		Ei saanud saatekirja	8					
		Mul ei olnud aega	9					
		Muu põhjus, palun öelge: _____	10					
		EI OSKA ÕELDA/EI MÄLETA	99					
KÜSIDA KÕIGILT	K3.	Kas Teile on viimase 12 kuu jooksul välja kirjutatud retseptiravimeid? ÜKS VASTUS						
		Jah	1					
		Ei	2					
		EI OSKA ÕELDA / EI MÄLETA	9					
KÜSIDA K4 KUI K3=1	K4	Kas Te olete jätnud viimasel 12 kuul väljakirjutatud retseptiravimi apteegist välja ostmata rahalistel põhjustel? ÜKS VASTUS						
		Jah	1					
		Ei	2					
		EI OSKA ÕELDA / EI MÄLETA	9					
KÜSIDA KÕIGILT	T1	Millist tervishoiuteenust Te enda terviseprobleemi tõttu 12 kuu jooksul viimati kasutasite? ÜKS VASTUS						
		käisin perearsti vastuvõtul	1					
		käisin pereõe vastuvõtul	2					

		käisin hambaarsti vastuvõtul	3					
		käisin ämmaemanda vastuvõtul	4					
		käisin eriarsti vastuvõtul (sh tervishoiuarstid, va perearst ja hambaarst)	5					
		viibisin haiglaravil (see tähendab, et olete olnud haiglas vähemalt 1 öö, sh sünnitamine)	6					
		viibisin päevaravil (see tähendab, et olite haiglas, aga läksite ööseks koju)	7					
		kutsusin endale või mulle kutsuti kiirabi	8					
		sattusin või pöördusin erakorralise meditsiini osakonda või traumapunkti	9					
		käisin taastusravis	10					
KUI T1=98, SIIS LIIGU EDASI KÜSIMUS R3 JUURDE		mitte ühtegi eelnevast	98					
KUI T1=99, SIIS LIIGU EDASI KÜSIMUS R3 JUURDE		EI OSKA ÕELDA/EI MÄLETA	99					
		Järgnevatele küsimustele vastates mõelge palun tervishoiuteenusele, mida kasutasite viimati.						
	D14	Kas viimati tervishoiuteenust kasutades oli Teil kehtiv ravikindlustus? ÜKS VASTUS						
		Jah	1					
		Ei	2					
		EI OSKA ÕELDA / EI MÄLETA	9					
	A1	Palun hinnake, kuivõrd vastas viimati kasutatud tervishoiuteenus Teie ootustele 10-palli skaalal, kus 0 tähistab	Üldse ei vastanud		Vastas täielikult			

		"üldse ei vastanud minu ootustele" ja 10 tähistab "vastas täielikult minu ootustele". ÜKS VASTUS	minu ootustele		minu ootustele			
			0	...	10			
		V4. Kas viimati tervishoiuteenust kasutades tervishoiutöötaja(d) ...? ÜKS VASTUS IGAL REAL. KÜSITLEJA PEAB TOONITAMA/JÄLGIMA, ET TERVE V4 KÜSIMUSE JOOKSUL VASTATAKSE VIIMATI KASUTATUD TEENUSE KOHTA						
			Ei olnud vajalik/ ei olnud asja- kohane	Kindlasti jah	Pigem jah	Pigem mitte	Kindlasti mitte	EI OSKA ÕELDA/ EI MÄLETA
	V4.1	pühendas Teile piisavalt aega	8	1	2	3	4	9
	V4.2	kuulas Teid tähelepanelikult	8	1	2	3	4	9
	V4.3	suhtus Teisse hoolivalt	8	1	2	3	4	9
	V4.4	selgitas tervise seisundiga seotut ja ravivõimalusi Teile arusaadavalt	8	1	2	3	4	9
	V4.5	võimaldas Teil küsida küsimusi või avaldada arvamust ravivõimaluste kohta	8	1	2	3	4	9
	V4.6	andis vastused Teie esitatud küsimustele	8	1	2	3	4	9
	V4.7	võttis Teie edasise ravi ja hoolduse otsuste tegemisel arvesse Teie arvamust	8	1	2	3	4	9
	V4.8	leppis Teiega kokku tervisega seotud eesmärgid (nt kaalu langus 5 kg, väiksem sigarettide arv päevas jms)	8	1	2	3	4	9
	V4.9	andis Teile juhised edaspidiseks tegevuseks	8	1	2	3	4	9
	V4.10	aitas Teil leida teisi vajalikke teenuseid (nt broneerida aega vastuvõtule, organiseerida transporti, saada sotsiaaltöötajaga kontakti jms)	8	1	2	3	4	9

		Järgnevad küsimused on seotud patsiendiohutusega Teie viimati kasutatud tervishoiuteenusel. VAJADUSEL LOE ETTE PATSIENDIOHUTUSE DEFINITSIOON: Patsiendiohutus on tervishoiuteenusena seotud tervisekahjude vältimine.						
			Ei olnud vajalik/ ei olnud asja- kohane	Kindlasti jah	Pigem jah	Pigem mitte	Kindlasti mitte	EI OSKA ÕELDA/ EI MÄLETA
		01. Kas viimati tervishoiuteenust kasutades...? ÜKS VASTUS IGAL REAL						
	O1.1	tundsite, et tervishoiuasutuses tehtud ravi, uuringud või analüüsid olid Teile ohutud	8	1	2	3	4	9
	O1.2	tervishoiutöötaja desinfitseeris käsi või vahetas kindaid	8	1	2	3	4	9
	O2	Kas viimati tervishoiuteenust kasutades <u>tervishoiutöötaja</u> tuvastas Teie isiku (küsis nime, isikukoodi või dokumenti)? ÜKS VASTUS						
		Jah	1					
		Ei	2					
		Tuvastamine polnud vajalik, sest tervishoiutöötaja tunneb mind	8					
		EI OSKA ÕELDA/EI MÄLETA	9					
KÜSIDA R3 KUI T1 ≠ 6 või 7	R3	Kas Te olete viimase <u>2 aasta</u> jooksul olnud haigla- või päevaravil (sh sünnitamine)? ÜKS VASTUS VAJADUSEL LOE ETTE PÄEVARAVI DEFINITSIOON: Päevaravi tähendab, et patsient on haiglas, aga läheb ööseks koju						
		Jah	1					
KUI R3=2, SIIS LIIGU EDASI KÜSIMUS L1		Ei	2					

		EI OSKA ÕELDA	9					
KÜSIDA R4 KUI R3=1 VÕI T1=6 VÕI 7	R4	Kas haiglas anti Teile kontakt, kuhu pöörduda oma tervisemurega pärast haiglaravi? ÜKS VASTUS. KUI ON VIIMASE 2 AASTA JOOKSUL OLNUD MITU KORDA HAIGLARAVIL, SIIS TULEB VASTATA VIIMASE KORRA KOHTA						
		Jah	1					
		Ei	2					
		EI OSKA ÕELDA	9					
KÜSIDA R5 KUI R3=1 VÕI T1=6 VÕI 7	R5	Kas haiglaravilt lahkudes saite edasiseks hoolduseks, taastumiseks ja raviks juhised....? ÜKS VASTUS						
		ainult suuliselt	1					
		ainult kirjalikult	2					
		suuliselt ja kirjalikult	3					
		ei saanud juhiseid	4					
		EI OSKA ÕELDA/EI MÄLETA	9					
		L1. Kas Teil on viimase 12 kuu jooksul olnud vaja ÜKS VASTUS IGAL REAL						
			Jah	Ei	EI OSKA ÕELDA			
KÜSIDA KÕIGILT	L1.1	oma <u>täisealise</u> lähedase tervise või ravi kohta infot tema arstilt, õelt või ämmaemandalt?	1	2	9			
KÜSIDA L1.2 KUI L1.1 ≠ 2 VÕI 9	L1.2	oma <u>täisealise</u> lähedase ravi või hoolduse planeerimist arutada tema arsti, õe või ämmaemandaga?	1	2	9			
KÜSIDA L2 KUI L1.1 VÕI L1.2 = 1	L2	Kui lihtne oli saada lähedase tervisega seoses kontakti tema arsti, õe või ämmaemandaga? ÜKS VASTUS. VAJADUSEL TÄPSUSTADA: Kontakti saamisel peame silmas nii näost-näkku kui ka telefoni teel kontakti saamist						
		Väga lihtne	1					

		Pigem lihtne	2					
		Pigem keeruline	3					
		Väga keeruline	4					
		Ei saanudki kontakti	5					
		EI OSKA ÕELDA	9					
KÜSIDA L3 KUI L2#5		L3. Palun hinnake, kuivõrd olete nõus väitega. ÜKS VASTUS IGAL REAL						
			Täiesti nõus	Pigem nõus	Pigem ei ole nõus	Üldse ei ole nõus	EI OSKA ÕELDA	
KÜSIDA L3.1 KUI L1.1=1	L3.1	Tervishoiutöötaja andis Teie lähedase tervise või ravi kohta vajaliku info	1	2	3	4	9	
KÜSIDA L3.2 KUI L1.2=1	L3.2	Tervishoiutöötaja arutas Teiega lähedase ravi või hoolduse planeerimist	1	2	3	4	9	
KÜSIDA KÕIGILT	D1	Palun hinnake oma üldist tervises seisundit? ÜKS VASTUS						
		Väga hea	1					
		Hea	2					
		Keskmine	3					
		Halb	4					
		Väga halb	5					
		EI OSKA ÕELDA	9					
	D2	Kas Teil on mõni pikaajaline (krooniline) haigus või terviseprobleem? Pikaajaliseks haiguseks loeme haigust, mis on kestnud või tõenäoliselt kestab 6 kuud või kauem ÜKS VASTUS						
		Jah	1					
		Ei	2					
		EI OSKA ÕELDA	9					
	D3	Teie sugu						
		mees	1					

		naine	2					
	D3A	Mil määral olete olnud vähemalt viimasel kuuel kuul mõne tervise probleemi tõttu piiratud tegevustes, mida inimesed tavaliselt teevad? ÜKS VASTUS						
		Oluliselt piiratud	1					
		Piiratud, aga mitte oluliselt	2					
		Ei ole üldse olnud piiratud	3					
		EI OSKA ÕELDA	9					
	D4	Kui vana Te olete?						
		_____ täisaastat						
	D5	Teie rahvus? ÜKS VASTUS						
		eestlane	1					
		venelane	2					
		muu rahvus	3					
	D7	Milline on Teie kõrgeim lõpetatud haridustase? ÜKS VASTUS						
		algharidus (või alghariduseta)	1					
		põhiharidus või lõpetamata keskharidus	2					
		keskharidus	3					
		kutseharidus põhihariduseta või põhihariduse baasil	4					
		kutseharidus keskhariduse baasil	5					
		kutsekeskharidus põhihariduse või keskhariduse baasil (sh keskeri- või tehnikumiharidus pärast põhi- või keskharidust)	6					
		kõrgharidus (kutsekõrgharidus, rakenduskõrgharidus, diplom, bakalaureus, magister, doktor/teaduskandidaat)	7					
	D8	Milline on Teie peamine tööalane seisund? ÜKS VASTUS						
		Palgatöötaja	1					
		Ettevõtja, iseendale tööandja	2					
		Töötu, st ei tööta, otsib tööd ja on valmis sobiva töö leides 2 nädala jooksul tööle asuma	3					

		Pensionär (ennetähtaegne- või vanaduspensionär)	4					
		Õpilane/üliõpilane	5					
		Muu mittetöötav (sh lapsehooldus- või rasedus- ja sünnituspuhkus, kodune)	6					
		Muu, kes? _____	7					
		EI OSKA ÕELDA	9					
	D9	Mitu inimest, Teie kaasaarvatud, elab praegu Teie leibkonnas?						
		Leibkonnaks nimetame inimesi, kes jagavad ühte elamispinda ning kasutavad ühiseid rahalisi ja/või toiduressursse.						
		_____ inimest						
	D10	Mitu alla 18-aastast last elab Teie leibkonnas?						
		_____ last						
	D11	Kui suur on Teie isiklik keskmine kuu netosissetulek. See tähendab sissetulek pärast maksude maha arvamist ehk see raha, mille Te saate kätte? ÜKS VASTUS						
		Kuni 300 €	1					
		301 – 400 €	2					
		401 – 500 €	3					
		501 – 650 €	4					
		651 – 800 €	5					
		801 – 1000 €	6					
		1001 - 1300 €	7					
		Üle 1300 €	8					
		Sissetulekut ei ole	9					
		EI OSKA ÕELDA /EI SOOVI AVALDADA	99					
	D12	Kui suur on Teie leibkonna keskmine kuu netosissetulek? ÜKS VASTUS						
		Kuni 400 €	1					

		401 – 500 €	2					
		501 – 800 €	3					
		801 – 1000	4					
		1001 – 1300	5					
		1301 – 1600	6					
		Üle 1600 €	7					
		Sissetulekut ei ole	9					
		EI OSKA ÕELDA/ EI SOOVI AVALDADA	99					
KÜSIDA D13 KUI D9>1	D13	Kas Teie leibkonnas on oma tervises seisundi tõttu (pikaajaline terviseprobleem, krooniline haigus) pidevat hooldust vajavaid isikuid? ÜKS VASTUS						
		Jah	1					
		Ei	2					
		EI OSKA ÕELDA	9					
		Elukoht						
		Küsitaja märgib						
		Asulatüüp						
		Küsitaja märgib						

Lisa 6. Tervishoiutöötajate küsimustik

T1. Palun hinnake, mil määral olete kindel, et suudate käituda järgnevates väidetes kirjeldatud moel.
Vastamisel lähtuge sellest, mil määral olete kindel, et suudate patsiendis oma käitumisega sellise tunde tekitada.

	Ma olen kindel, et suudan...	väga vähesel määral				väga suurel määral	Ei puutu minu töösse	Ei oska öelda
T1.1	...tekitada patsiendis tunde, et mul on siiras huvi teada, mida tema oma olukorrast arvab.	0	1	2	3	4	8	9
T1.2	...ülesmärkida kõik patsiendi tervisesündmuse kohta käivad andmed.	0	1	2	3	4	8	9
T1.3	...aktsepteerida, kui patsiendi jaoks ei ole enam tervendavat ravi.	0	1	2	3	4	8	9
T1.4	...tekitada patsiendis tunde, et mul on aega teda kuulata.	0	1	2	3	4	8	9
T1.5	...panna tähele patsiendi mõtteid ja tundeid	0	1	2	3	4	8	9
T1.6	...jõuda patsiendiga raviplaanis kokkuleppele	0	1	2	3	4	8	9
T1.7	...nõustada ja toetada patsienti, kui ta teeb otsuseid oma ravi osas	0	1	2	3	4	8	9
T1.8	...teadvustada, kui minu tunded mõjutavad suhtlust patsiendiga	0	1	2	3	4	8	9
T1.9	...olla tähelepanelik ja osavõtlik	0	1	2	3	4	8	9
T1.10	...märgata, kui patsient on hirmul või murelik	0	1	2	3	4	8	9
T1.11	...tagada, et patsient teeb oma otsused informeeritult	0	1	2	3	4	8	9
T1.12	...selgitada diagnoosi ja raviplaaniga seonduvat patsiendile nii, et ta seda mõistab	0	1	2	3	4	8	9
T1.13	...tulla toime oma emotsioonide kontrollimisega minu jaoks keerulistes olukordades	0	1	2	3	4	8	9
T1.14	...kohelda patsienti hoolivalt	0	1	2	3	4	8	9
T1.15	...selgitada asju nii, et patsient tunneb end hästi informeeritult	0	1	2	3	4	8	9
T1.16	...säilitada suhtlust patsiendiga ka siis, kui ta on ärritunud	0	1	2	3	4	8	9
T1.17	...tekitada patsiendis tunde, et ma olen empaatiline	0	1	2	3	4	8	9
T1.18	...teavitada patsienti võimalikest kõrvalmõjudest nii, et patsient mõistab neid	0	1	2	3	4	8	9
T1.19	...keskenduda sellele, mis on patsiendi jaoks parim, juhul kui diagnoosi ja ravi osas on professionaalseid eriarvamusi	0	1	2	3	4	8	9
T1.20	...tekitada patsiendis tunde, et ta saab minuga rääkida konfidentsiaalsetel ja isiklikel teemadel.	0	1	2	3	4	8	9

T1.21	...selgitada, kuidas ravi toimib või eeldatavasti toimib.	0	1	2	3	4	8	9
T1.22	...hoiduda sellest, et mind mõjutaksid eelarvamused patsiendi kohta	0	1	2	3	4	8	9
T1.23	...näidata välja siirast huvi patsiendi ja tema olukorra suhtes.	0	1	2	3	4	8	9
T1.24	...keskenduda parimale toetavale ravile (kaastundele, hooldusele ja sümptomaatilisele ravile) olukorras, kui puudub tervendav ravi.	0	1	2	3	4	8	9
T1.25	...selgitada, kuidas ravi tõenäoliselt mõjutab patsiendi seisundit nii, et patsient seda mõistab.	0	1	2	3	4	8	9
T1.26	...selgitada raviprotseduure nii, et patsient neid mõistab.	0	1	2	3	4	8	9
T1.27	...hoida lahus oma isiklikud vaated professionaalsest käsitlusest.	0	1	2	3	4	8	9

T2. Palun hinnake, kuivõrd nõustute või ei nõustu järgnevate väidetega patsiendiohutusega seonduva kohta.

		Üldse ei ole nõus	Pigem ei ole nõus	Pigem nõus	Täielikult nõus	Ei oska öelda
T2.1	Minu patsiendiohutuse alased teadmised ja oskused on head.	1	2	3	4	9
T2.2	Mul on oma töökeskkonnas takistusi patsiendiohutuse tagamisel.	1	2	3	4	9
T2.3	Ma tean, kuidas toimida, kui patsiendiohutuses on tehtud viga.	1	2	3	4	9
T2.4	Asutuses, kus ma töötan, õpitakse patsiendiohutuse alastest vigadest ja viiakse sisse muudatusi.	1	2	3	4	9

KÜSIDA T3 KUI T2.2 = 3 VÕI 4

T3. Palun kirjeldage, milliseid takistusi patsiendiohutuse tagamisel on Teie töökeskkonnas?

D1. Teie sugu

1. Mees
2. Naine

D2. Palun märkige oma vanus: _____

D3. Teie rahvus?

1. Eestlane
2. Venelane
3. Muu rahvus

D4. Millises asutuses töötate? Kui töötate mitmes tervishoiuasutuses, siis palun märkige see asutus, mis on Teie põhitöökoht.

1. Haigla (ambulatoorne-, statsionaarne- ja päevaravi)
2. Perearstikeskus/tervisekeskus
3. Õendushaigla/koduõendus
4. Kiirabi
5. Muu asutus, palun täpsustage: _____

D5. Kui kaua olete sellel põhitöökohal töötanud?

1. Alla aasta
2. 1-2 aastat
3. 3-5 aastat
4. 6-10 aastat
5. 11-15 aastat
6. 16-20 aastat
7. 21 või enam aastat
9. Ei oska öelda

D6. Kas Te olete ...?

1. Arst
2. Resident
3. Abiarst
4. Õde
5. Eriõde
6. Abiõde
7. Ämmaemand
8. Abiämmaemand

D7. Kui kaua olete sellel erialal töötanud?

1. Alla aasta
2. 1-2 aastat
3. 3-5 aastat
4. 6-10 aastat
5. 11-15 aastat
6. 16-20 aastat
7. 21 või enam aastat
9. Ei oska öelda