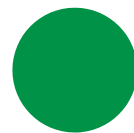




TERVIST
EDENDAVAD
HAIGLAD



HEALTH
PROMOTING
HOSPITALS

10 aastat tervist edendavate haiglate liikumist Eestis

VII Tervist Edendavate Haiglate Võrgustiku konverents

TERVIS HAIGLAS: PARIMAD PRAKTIKAD

Tallinnas, 12. juunil 2008



Tervise Arengu Instituut
National Institute for Health Development



Eesti Haigekassa
Estonian Health Insurance Fund

KONVERENTS „TERVIS HAIGLAS: PARIMAD PRAKTIKAD”

Uniquestay Tallinn Hotelli Kaval-Antsu Talus, Toompuiestee 23,
Tallinnas neljapäeval, 12. juunil 2008

10.00 – 10.30 Registreerimine. Hommikukohv. Konverentsimaterjalid.

I osa: Tervisedenduse integreerimine haigla kvaliteedijuhtimise süsteemi.

Suitsuvaba haiglakeskkonna kujundamine

Moderator Jarno Habicht, Maailma Terviseorganisatsiooni Eesti esinduse juhataja

10.30 – 10.50 Konverentsi avamine

Jarno Habicht, WHO Eesti esinduse juhataja

Maris Jesse, Tervise Arengu Instituudi direktor

Euroopa Suitsuvabade Haiglate Võrgustiku sertifikaatide pidulik kätteandmine

10.50 – 11.10 Eesti Tervist Edendavate Haiglate (TEH) Võrgustiku mudel 2007-2010

Tiiu Härm, Tervise Arengu Instituut, Eesti TEH Võrgustiku rahvuslik koordinaator

11.10 – 11.30 Enese- ja välishindamine tervist edendavates haiglates

Kaja Põlluste, Tartu Ülikooli (TÜ) Sisekliiniku teadur

11.30 – 11.50 Võimalikud lähenemisviisid juhtimiskvaliteedi arendamiseks raviasutuses

Hillar Imelik, SA Tartu Ülikooli Kliinikumi (TÜK) juhatuse kvaliteedinõunik

11.50 – 12.10 Smoke Free Seinäjoki Central Hospital – problems and solutions

Reetta-Maija Luhta, Finnish Network of Smoke Free Hospitals, national coordinator

12.10 – 12.25 Tubakavaba haiglakeskkonna hõbetasand Euroopa Suitsuvabade Haiglate Võrgustikus: motivatsioon, protsess, esialgsed hinnangud

Margit Rikka, AS Põlva Haigla ülemarst

12.25 – 12.45 Interactive web-based smoking cessation tools for health professionals

Helinä Mesiäislehto-Soukka, Seinäjoki University of Applied Sciences, senior lecturer

12.45 – 13.00 Arutelu. Kokkuvõte

13.00 – 13.45 Lõuna

13.45 – 14.15 Stendiettekanded

Expectations and satisfaction of patients with the quality of rehabilitation services received and perceived

Romualdas Mikelskas, Palanga Rehabilitation Hospital, Deputy Director for Treatment, Lithuania

II osa: Patsiendisõbralik haigla

Moderator Lagle Suurorg, SA Tallinna Lastehaigla kvaliteedijuht

14.15 – 14.30 Beebisõbraliku haigla initsiatiiv – õnnelikum laps, tervem täiskasvanu

Made Bambus, AS Ida-Tallinna Keskhaigla (ITK) kvaliteedispetsialist

14.30 – 14.45 Terve laps on kogu pere õnne alus

Maire Reinsalu, AS Valga Haigla laste- ja taastusarst

14.45 – 15.00 Klounid haiglas – laste heaolu parandajad

15.00 – 15.15 Patsiendiinfo arendamine Kliinikumis

Jane Freimann, SA TÜK projektijuht, patsiendiõpetuse koordinaator

15.15 – 15.30 **Probleemjuhtumite käsitlemine patsiendi turvalisuse tagamiseks**
Anita Priks, SA TÜK õenduskvaliteedi töörühma juht

15.30 – 15.45 Arutelu. Kokkuvõte

15.45 – 16.00 Karastavad mahlajeogid

III osa: Tervisliku haiglateskkonna kujundamine

Moderator Tiina Freimann, SA Tartu Ülikooli Kliinikumi ülemõde

16.00 – 16.15 **Haigla võimalused elukvaliteedi parandamiseks ravi, rehabilitatsiooni ja hooldusmeetodite integratsiooni kaudu psüühikahäiretega klientidel**
Urve Tõnisson, SA Viljandi Haigla tegevusjuhendaja

16.15 – 16.30 **Õendus-hoolduspersonali luu-lihasvaevuste ennetamine: hea tava näide**
Sally Maripuu, AS ITK töökeskkonna teenistusjuht

16.30 – 16.45 **Ajakohane toitlustamine haiglas**
Sirje Kiisküla, AS Rakvere Haigla ülemarst

16.45 – 17.00 **Töönõustamiseks valmisolek Ida-Tallinna Keskhaigla näitel**
Lea Karik, AS ITK taastusravikeskuse õde-koordinaator

17.00 – 17.15 Arutelu. Kokkuvõte

17.15 – 18.00 Konverentsi pidulik lõpetamine kohvilauas

Eessõna

Üheksakümnendate aastate algusest alates on WHO (Maailma Terviseorganisatsioon) pööranud tähelepanu erinevatele võrgustikele tervisesüsteemis, sh tervist edendavatele haiglatele. Praeguseks, 2008. aastaks pärast 15 aastat arengut on rahvusvaheline tervist edendavate haiglate ja terviseteenuste võrgustik (International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services) saanud uue aluse, hõlmates ligi 650 asutust rohkem kui 30 riigist. Selleks on läbitud pikk arengutee saavutamaks püstitatud eesmärgid – tõsta tervishoiuteenuse kvaliteeti, integreerida terviseteenus (sh ennetus ja edendus) selgemalt raviteenuse juurde tervishoiuasutuste igapäevatoos ja kvaliteedijuhtimise süsteemis, parandada patsiendi, tema lähedaste ja haiglapersonali tervist ning rahulolu ja kujundada koostöös paikkonna institutsioonidega tervist soodustav keskkond elanikkonnale.

Eestis on tervist edendavate haiglate võrgustik tegutsenud juba üheksa aastat, mis on piisav aeg, et teha kokkuvõtteid ja arutleda tulevikuplaane. Selle aja jooksul on jõuliselt arenenud, valmistatud juhiseid ja neid rakendatud ning hinnatud tegevuse edukust. Põhjust ja värskeid suuniseid on selleks andnud ka äsjalõppenud 16. rahvusvaheline tervist edendavate haiglate konverents "Haiglad ja terviseteenused terves ühiskonnas: Quo vadis, tervist edendavad haiglad?" Berliinis (mai 2008), kus käsitleti ühiskonna ja keskkonnavajadusi laiemalt. Olulisteks arengusuundadeks hinnati orientatsiooni patsiendile (sh turvaline haiglakeskkond, kliiniliselt tõendus põhine tervisedendus, kultuurilise tausta arvestamine), orientatsiooni personalile (psühhosotsiaalsed tervisemõjurid ja stressiennetus, vananeva üle 50aastase tervishoiukaadri oskuslik rakendamine tervishoiuasutustes), orientatsiooni paikkonnale ja rahvatervisele laiemalt. Tervist edendavate haiglate erinevuseks ongi just nende suurem rõhuasetus patsiendi, tema lähedaste ja personali terviseharidusele ning organisatsiooni tasandil tervist toetava keskkonna kujundamisele, parandades seeläbi üksikisiku ja paikkonna tervist.

Lisaks kohalikule tegevusele on Eesti tervist edendavate haiglate võrgustik osalenud aktiivselt rahvusvahelises koostöös, nagu laste ja noorukite tervise edendamine haiglates, suitsuvaba haiglakeskkonna kujundamine ja tervist edendavad töökohad. Samuti on Eesti tervishoiutöötajate delegatsioonid osa võtnud iga-aastastest rahvusvahelistest konverentsidest, osaledes tööühmades ja jagades oma töötulemusi ja kogemusi teiste Euroopa haiglatega.

Käesolev parimate praktikate kogumik kätkeb endas erinevaid praktilisi kogemusi ja näiteid tervise edendamise rakendamise valdkonnas tervishoiuasutustes nii rahvuslikul kui ka rahvusvahelisel tasandil. Soovida jääb vaid edu ja järjepidevust, et lähitulevikus pööraksid enamik haiglaid lisaks oma igapäevasele ravitööle tähelepanu ka tervisedendusele.

Jarno Habicht,
WHO Eesti esinduse juhataja

EESTI TERVIST EDENDAVATE HAIGLATE (TEH) VÕRGUSTIKU MUDEL 2007–2010

TIIU HÄRM, MD - EESTI TEH VÕRGUSTIKU RAHVUSLIK KOORDINAATOR,
TERVISE ARENGU INSTITUUT
E-POST: TIUU.HARM@TAI.EE



WHO HPH NETWORK



EESTI TEH VÕRGUSTIK

SVH ennetamise riiklik strateegia Eestis 2005–2020
SLN kabinetid (24)

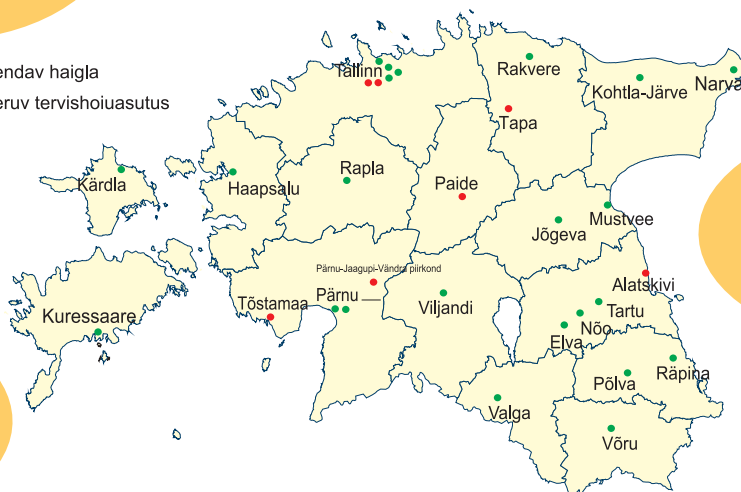


Eesti TEH Võrgustik asutati 2000. aastal.
Võrgustikku kuuluvad 23 liikmehaiglat
(45% haiglate üldarvust ja 76% avatud ravivooditest).
TEH Võrgustiku tegevustesse on kaasatud seitse kollaboreeruvat
institutsiooni (haiglat, tervisekeskust, tervishoiu kõrgkooli).

Soome rahvusvaheline
tervise sektori töötajate
kaadrivahetusprogramm



● tervist edendav haigla
● kollaboreeruv tervishoiuasutus



Paikondlik tasand ja
võtmeisikud
MV, LV, LOV,
tervisenõukogud, meedia

Koostöö asjakohaste
asutuste ja
institutsioonidega
TAI, WHO Eesti esindaja,
SoM, Eesti HK, TÜTI,
ERSI, TAL, HL, EÖL jt.

ENSH

Eesti Suitsuvabade
Haiglate (ESVH)
Võrgustik



ENWHP

Eesti Tervist
Edendavate
Töökohtade
(TET) Võrgustik



HP-CA-H

Laste ja noorukite
tervise
edendamine
haiglas



HP in DRG

Tervisedendus
haiglas
haigustega
seotud gruppides



PATH

Haigla hindamise
metoodika
kvaliteedi
parendamiseks



WHO HPH/ ENSH programmide töödokumendid,
tõlgitud eesti keelde ja jaotatud haiglatele:

- Tervise edendamise rakendamine haiglates: käsiraamat ja enesehindamise vormid, 2007
- Suitsuvabade Haiglate Euroopa Võrgustik: poliitika, standardid, koodeks, tegevused ja enesehindamise küsimustik, 2006
- Tervishoiutöötaja roll tubaka tarbimise leviku vähendamisel, 2006
- Tervisedenduse standardid haiglatele, 2005
- 18 põhistrateegiat tervist edendavatele haiglatele, 2005

Teised terviseteenust
osutavad ja sotsiaalsed
võrgustikud
rahvuslikul tasandil
Perearstid, TEL, TEK, TEL,
haigete liidud jt.

Enese- ja välishindamine tervist edendavates haiglates

Kaja Põlluste - Tartu Ülikooli (TÜ) Sisekliinik; Eda Merisalu - TÜ Tervishoiu Instituut;
Lagle Suurorg - Tallinna Lastehaigla (TLH); Mari Pöld - Rapla Maakonnahaigla

2007. aasta novembris toimus projekti „Haiglate tervisedenduse võrgustik“ raames Eesti Tervist Edendavate Haiglate (TEH) Võrgustikku kuuluvates haiglates tervise edendamise rakendamise enesehindamine. Enesehindamise aluseks oli WHO 2006. aasta publikatsiooni „Implementing health promotion in hospitals: Manual and self-assessment forms“ eestikeelne redaktsioon (1). Enesehindamise käigus hinnati haiglate tegevuse vastavust WHO välja töötatud viiele standardile: juhtimise poliitika, patsiendi hindamine, patsiendi informeerimine ja sekkumine, tervisliku töökoha edendamine ning järjepidevus ja koostöö. Tulemuste analüüsist selgus, et kõige paremini oli hinnatud tervisliku töökoha edendamine (standard 4) ja kõige tagasihoidlikum vastavus TE nõuetele oli patsiendi hindamises.

Enesehindamisele järgnes valideerimine e välishindamine. Valideerimise eesmärk oli hinnata tervise edendamise rakendumist haiglates vastavalt WHO haiglate tervise edendamise standarditele ning tõhustada ja täiustada tervise edendamise integreerimist kvaliteedijuhtimise süsteemi. Juhtimispoliitika poolest (standard 1) olid hinnatavates haiglates olulisemad saavutused järgmised: tervisedendus (TE) on integreeritud haiglate igapäevatöösse ja seda rahastatakse enamasti haigla eelarvest; tegevusi koordineerivad juhtrühmad, kuid info TE tegevuste kohta on kõigile töötajatele kättesaadav. Analüüsides patsientide hindamist ja informeerimist (standard 2 ja 3), selgus, et TE vajaduste hindamine toimub kõigil patsientidel nende saabumisel haiglasse, patsientidele antud informatsioon on dokumenteeritud ning haiglates toimuvad süstemaatilised patsiendi rahulolu hindamised. Olulisel kohal on patsiendiõpetus, mis lähtub erinevate patsiendirühmade vajadustest. Üldine tervise teave on kõigis haiglates hästi kättesaadav. Kõige kõrgemalt on enesehindamise protsessis hinnatud tervisliku töökoha edendamise standard (standard 5). Kõiki töötajaid teavitatakse TE tegevustest, aktiivselt tegeldakse töökoha riskianalüüsi ja tööohutuse küsimustega. Haiglates on välja töötatud töötajate motivatsioonimehhanismid. Tagatud on järjepidevus ja koostöö (standard 5). Tervist edendavate tegevuste planeerimisel arvestatakse kõigis haiglates nii riikliku kui ka regionaalse tervisepoliitikaga ning on määratletud koostöö teiste tervishoiu ja sotsiaalteenuste pakkujatega. Tihe koostöö toimub nii maavalitsuse kui ka kohalike omavalitsustega, sotsiaaltöötajatega ja koolidega. Tänu TEH Võrgustikule on tihenunud koostöö teiste

haiglatega – toimub piirkondlik koostöö, aga mitmes valdkonnas ka Eesti teiste piirkondade TEH Võrgustikku kuuluvate haiglatega. Haiglast lahkumisel antakse patsientidele juhised, kuidas edasi toimida, samuti edastatakse kogu patsiendi kohta käiv haigusega seotud informatsioon teistele tervishoiuteenuste osutajatele epikriisina.

Edasiarendamist vajaks TE tegevuste ja haiglate kvaliteedijuhtimissüsteemide integreerimine, rohkem tuleks TE tegevustesse öändustöötajate kõrval kaasata ka arste. Oluline oleks rohkem teadvustada, kuivõrd käimasolevad tegevused on seotud tervist edendavate haiglate ideoloogiaga, samuti tervishoiuteenuse kvaliteedi tagamisega ning haigla kvaliteedijuhtimissüsteemiga. Kuna kõigis haiglates ei ole patsiendiõpetuse metoodikat valdavaid spetsialiste, oleks TEH Võrgustiku raames vajalik selles valdkonnas üleriigiliste koolituste korraldamine. Tarvis on lisada väljatöötatavasse e-haigusloo epikriisi öendusloos terviseriskide hindamise ja sekkumise osa.

Patsiendi rahulolu küsimustikku tuleks lisada küsimused tervisedenduse kohta. Tähtis on ka koostöö arendamine patsiendiühendustega, seda eriti suurematest keskustest kaugemal asuvates haiglates. Edaspidi võiks kaaluda kõigis haiglates perioodiliste töötajate rahulolu-uuringute rakendamist, millega seonduvalt on oluline dünaamiliselt hinnata ka töötajate terviseseisundit, tööstressi ja läbipõlemist.

Töötajate terviseriskide objektiivseks hindamiseks tuleks välja töötada haigla riskihindamise juhend, mis võtab arvesse haigla töökeskkonnas esinevaid spetsiifilisi riskitegureid. Heaks töökoha TE näitajaks on töövigastuste ja haiguspäevade osakaalu muutumine. Selleks tuleks kasutusele võtta kindlad arvulised TE indikaatorid – töövigastused, haiguspäevad, läbipõlemise näitajad, töötajate rahulolu ning olulised tervisekäitumise ja terviseseisundi näitajad. Töötajate haiguspäevade hindamisel on siiski probleemiks asjaolu, et käesoleval ajal ei eristata töövõimetuslehtede puhul, mis liiki töövõimetusega on tegemist.

Ka edaspidi tuleks jätkata ning vajadusel tihendada koostööd nii oma regiooni kui ka teiste TEH Võrgustiku haiglatega. Arenguruumi on haiglatel koostöös sotsiaalvaldkonnaga. Et tagada ravi järjepidevus, on oluline edastada nii perearstile kui ka teistele tervishoiuteenuse osutajatele koos haiguse epikriisiga ka öendusepikriis.

Haiglate enesehindamise valideerimise tulemusel selgus, et kasutatud enesehindamise metoodika võimaldab mitmekülgselt kirjeldada erinevate tervist edendavate tegevuste rakendatust haiglas. Nii nagu mis tahes enesehindamine või analüüs, on ka TEH enesehindamise protsess oluline edasises arendustegevuses. Enesehindamise küsimustikuga kogutav informatsioon on küsimustiku täitjate hinnangul osaliselt ühildatav tervishoiuteenuste kvaliteedi hindamiseks vajaliku infoga.

Olulisemate probleemidena esitasid enesehindamist teostanud inimesed esitatud küsimuste raskes- ti mõistetavust ja mitmeti tõlgendamise võimalust. Kuna kõik TEH Võrgustiku haiglad on nüüdseks enesehindamise protsessi läbinud, oleks otstarbekas läbi viia ühine arutelu, et olemasolevat enesehindamise metoodikat paremaks muuta. Kaaluda tuleks ka iga küsimuse mõistetavust, otstarbekust ja asjakohasust. Kindlasti tuleb küsimustik keeleliselt korrastada ja haaratavamaks kujundada.

Käesoleval ajal on raskendatud TE indikaatorite arvutamine, kuna haiglas kasutatav andmete kogumise süsteem ei võimalda kohe nimetatud indikaatoreid leida. Osad indikaatorid, nagu personali töövigastused, on andmebaasides fikseeritud ja raamatupidamisest on võimalik väljavõtteid teha. Enamasti tuleks aga koguda täiendavat infot, mis nõuab lisaressursse ja ei ole seetõttu praegu enamasti teostatav. Indikaatorite andmebaasi loomine on võimalik ja olukorra dünaamiline jälgimine on oluline ka haiglale endale. Probleemi lahenduseks võiks olla rakendatav e-haiguslugu, kus on vajalik informatsioon talletatud. Tulevikus võiks TE indikaatorsüsteem kajastuda aastaruannetes ja see annaks võimaluse haiglaid omavahel võrrelda.

Haiglate enesehindamise valideerimine näitas, et TEH Võrgustikuga ühinenud haiglates on paljuski saavutatud kooskõla rahvusvaheliste TEH standarditega. Suur osa selles on võrgustiku juhendavatel ja võimestavatel tegevustel, mistõttu edasine koostöö selles valdkonnas peaks kindlasti jätkuma. WHO välja töötatud enesehindamise metoodika sobib haiglate tervist edendavate tegevuste rakendatuse hindamiseks, kuid küsimustik vajaks laiemat arutelu ja lihvi nii sisus kui ka vormis. Kuna Eesti TEH Võrgustik on esimene WHO TEH Võrgustike hulgas, kus selline valideerimine on läbi viidud, siis puuduvad käesoleval ajal võrdlusandmed teiste riikidega. Puudub ülevaade enesehindamise tulemustest, kas ja missuguseid probleeme on teiste riikide TEH Võrgustikuga ühinenud haiglates esinenud. Kuna Eesti TEH-liikumine on teistest sammu võrra ees, siis on oluline Eesti TEH Võrgustiku kogemusi teadvustada ka rahvusvaheliselt. Eesti TEH Võrgustiku enesehindamise tulemuste publitseerimine ja kogemuste jagamine selles valdkonnas annab võimaluse ka teistele riikidele end Eestiga võrrelda.

Kirjandus

Groene O. Tervise edendamise rakendamine haiglates: Käsiraamat ja enesehindamise vormid. WHO Regional Office for Europe. WHO, 2006. Tõlge: Tallinn, 2007.

Kontakt

Kaja Põlluste, rahvatervise doktor, TÜ Sisekliiniku teadur.

Telefon 731 8606, kaja.polluste@ut.ee.

Enesehindamine kui üks võimalikest lähenemisviisidest juhtimiskvaliteedi arendamisele haiglas

Hillar Imelik - SA Tartu Ülikooli Kliinikum (TÜK)

Kvaliteedijuhtimisega tervishoius on aktiivselt tegeletud üle 30 aasta, püüdes põhimõtteliselt üle võtta tööstuses edukalt rakendatavat kvaliteedisüsteemi.

On eristatud ja vastandatud mitut võimalikku tervishoiule sobivat lähenemisviisi ning püütud hinnata nende edukust. Sellest pikaajast tööst kokkuvõtteid tehes on tänaseks teatava pettumusega tõdetud, et märkimisväärsed mõõdetavad tulemused puuduvad.^{1,2} Üheks oluliseks probleemiks on olnud raskused meditsiiniprofessionaalide kaasamisel kvaliteedi arendustegevusse.³ Enesehindamine kui kõigi haigla tegevusvaldkondade süsteemse ülevaatamise protsess on üks kaasamise võimalusi.

Kliinikum viis läbi laiapõhjalise enesehindamise 2007. a novembris–detsembris, kasutades EFQM täiuslikkuse mudelil 4 põhinevat küsimustikku.

Metoodika

1. Küsimustiku koostamine: üheksa hindamiskriteeriumi 32 allkriteeriumi kohta koostas töögrupp 170 suunavat näidet/selgitust, milles püüti lühidalt kirjeldada antud kriteeriumile vastavat ideaalolukorda. Tööstus- ja teenindusettevõtetele suunatud lähenemisviise muudeti haiglaspetsiifiliseks ja püüti võimalikult vältida asjasse pühendamata raskesti mõistetavat kvaliteediterminoloogiat. Iga allkriteeriumile lisati vorm võimalike parendusettepanekute esitamiseks. Tulemuseks oli enesehindamise tööviik mahuga 39 A4-lehekülge.
2. Hindamismetoodika valik: üksustel soovitati moodustada eri tasandite töötajatest koosnevad meeskonnad, mille ülesandeks on teatud alakriteeriumite hindamine vastavalt soovituslikule loetelule. Hindamisprotsess üksustes soovitati lõpule viia konsolideerimiskoosolekuga.
3. Meeskonnajuhtide ettevalmistamine: võimalik oli kasutada 90-minutilise seminare eraldi iga üksuse esindajate jaoks. Seminar sisaldas lühikese ettekande kvaliteedijuhtimise põhimõtetest tervishoius ning enesehindamise küsimustiku ja vastamise soovitusliku metoodika tutvustamist.
4. Küsimustiku täitmine: toimus kahe kuu vältel.
5. Vastuste töötlemine: enesehindamise raportite

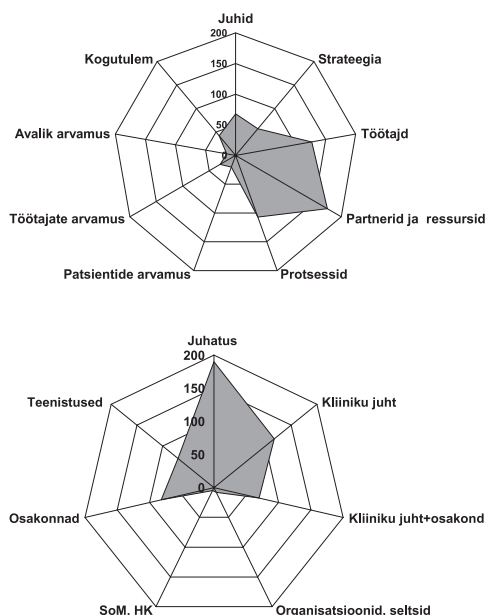
sisu koondati töötlemiseks Exceli tabelisse. Eraldi sisestati praktika kirjeldused enesehinnangutega viiepalliskaalas ning parendusettepanekud. Vastuseid analüüsiti nii üksuste, allkriteeriumite kui ka enesehinnangu punktide viisi. Tehtud ettepanekuid töödeldi samal moel.

6. Tulemused esitati Kliinikumi juhtkonnale kahepäevasel arendusseminaril, mille käigus toimunud töötubades ka konsolideeriti ettepanekud ning määratleti prioriteedid.
7. Juhatus arvestas määratletud prioriteete Kliinikumi arengukava koostamisel.

Tulemused

1. **Meditsiiniprofessionaalide suhtumine enesehindamisse.** Esialgne suhtumine oli valdavalt negatiivne järgmistel põhjustel: küsimustiku mahukas ja vastamise eeldatav ajakulu; enesehindamise eesmärgi nägemine väljaspool Kliinikumi osalemisena organisatsiooni täiuslikkuse auhinna taotlemisel; usu puudumine, et tegevuse analüüs enesehindamise meetodil võiks olla igale üksusele töökorralduslike parendusmeetmete leidmise vahendiks; usu puudumine, et tehtavaid ettepanekuid tööpoolest arvestatakse. Ettevalmistavad seminarid arenesid sageli tormilisteks aruteludeks, mille jooksul esitati rohkesti nõudmisi, kuid suhteliselt vähe konstruktiivseid ettepanekuid. Eraldi märkimist vajab ödede parem ettevalmistus ning suhtumine kvaliteediarendusesse võrreldes arstidega. Kvaliteedimeeskonna jaoks olid ettevalmistavad seminarid väga informatiivsed ja võimaldasid määratleda mitmeid valdkondi, millega lähemal ajal on vaja tegeleda.
2. **Raportite kirjeldava osa sisukus.** Kogunenud tegevuspraktika kirjeldus on hea lähtematerjal tulevastele audititele, osutades nii tugevatele kui ka parendamist vajavatele valdkondadele. Mitmel juhul kasutati vastustes küll suunavate näidete *copy-paste*'i, ent rõhuv enamus oli sisukas ja võimaldas hinnata organisatsiooni kvaliteedisüsteemi rakendatust või vähemalt selle tundmist. Tervisedendust käsitlevatest lõikudest selgus, et sellealased protsessid on edukalt käivitunud. Nii patsientidega tehtava töö kui ka oma töötajate osas on veel rohkesti arenguruumi.

3. **Enesehinnang.** Viiepalliskaalas antud enesehinnangud ületasid enamikul juhtudest märkimisväärselt taseme, millega audiitorid on hinnanud Eesti ja Euroopa parimaid. Üksustes, kus kvaliteedijuhtimisega oli tegeletud põhjalikumalt ning töötajate sellealane ettevalmistus parem, olid enesehinnangud märksa madalamad, st realistlikumad.
4. Raportites tehti 859 parandusettepanekut, mida võib pidada selle protsessi üheks väärtuslikumaks tulemiks. Erinevalt ettevalmistavate seminaride meeolust oli enamik ettepanekuid konkreetseid ning konstruktiivsed. Ettepanekute jaotus teemade ja oodatavate täitjate lõikes on esitatud joonisel 1. Täiuslikkusemudeli valdkondade jaotus võimaldab töötajatel ettepanekuid teha kindla struktuuri alusel, mis näib olevat märksa parem, kui spontaansete ettepanekute süsteem.



Joonis 1.

5. **Enesehindamise tulemuste arutelul** juhtkonna arendusseminaril avaldasid paljud juhid arvamust, et tülikas enesehindamise protsess võimaldas näha oma tegevust mõneti uudest vaatenurgast ning märgata fakte ja faktoreid, mis on igapäevase töö käigus märkamata jäänud. Valdavalt negatiivne suhtumine kvaliteediprobleemidesse oli asendunud "äkki tõesti"-suhtumisega.

Arutelu

Peab kindlasti silmas pidama, et enesehindamine ei anna hinnangut niivõrd ravitegevuse professionaalsele kvaliteedile, kuivõrd selle realiseerumist tagava struktuuri kvaliteedile. Ravitöö tulemusenäitajad, mis on statistikaks kättesaadavad ja mida me praegu kvaliteedinäitajatena arvestame, on põhiliselt tervishoiuteenuse osutaja, mitte patsiendipõhised.

Kvaliteediarenduse tulemuslikkust inimeste tervise seisukohalt on nende põhjal raske hinnata.

Ravi kaugtulemused sõltuvad väga paljudest muutujatest, millest olulisemateks on haigla tööprotsesside hea korraldus ning patsiendi ettevalmistus ja tahe koostöös ravijatega. Paljudel juhtudel ei ole võimalik haigust kõrvaldada, vaid ainult selle ilminguid leevendada. Seetõttu on patsiendi ettevalmistus oma haigusega kohaneda ning sellega edasi elada äärmiselt oluline tema elukvaliteedi ja rahulolu jaoks. Samuti sõltuvad ravitulemused haigestumisele eelnevast perioodist, sellest, kuidas inimene oma tervise eest on hoolitsenud, see tähendab tervisedenduslikust tegevusest. Tervisedenduse alane küsimustik peaks olema integreeritud haiglate üldisesse enesehindamise süsteemi vältimaks ressursikulusid paljude täiuslikkusemudelis patsiendisuhete, töötajate ja protsessiarenduse valdkondades juba sisalduvate teemade korduva käsitlemisele. See on väljakutse haiglate kvaliteedijuhtide ja TEH-Võrgustiku koostöös.

Mida saame mõõta – kas teeme õigeid asju õigel ajal ja kas haigla struktuur seda võimaldab ning soodustab. Suur hulk töötajaid haiglas on erinevate tasandite juhid või täidavad meeskonnajuhi rolli perioodiliselt. Seetõttu on juhtimiskvaliteedi hindamine, selle probleemide avastamine ning arendamine sama oluline kui erialaste teadmiste ja vilumuste arendamine. Enesehindamise protsess võimaldab arstidel ja õdedel vaadelda oma tegevust kvaliteedijuhtimise seisukohalt ning anda oma panus struktuuri parendamisse. Juhtimiskvaliteedi arendamise esmaseks eelduseks on arusaam, et kvaliteedialane tegevus ei ole igapäevasesest tööst eraldiseisev, vaid selle lahutamatu osa.

Kirjandus

What are the best strategies for ensuring quality in hospitals? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network, November 2003

Donald M. Berwick, *The Science of Improvement*. JAMA 2008;299(10):1182-1184

Reinertsen JL, Gosfield AG, Rupp W, Whittington JW. *Engaging Physicians in a Shared Quality Agenda*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2007.

http://files.eaq.ee/taiuslikkusmudel/taiuslikkuse_hindamine.pdf

Kontakt

Hillar Imelik, MD, SA TÜK juhatuse kvaliteedinõunik. Telefon 731 8217, hillar.imelik@kliinikum.ee

Expectations and satisfaction of patients with the quality of rehabilitation services received and perceived

Romualdas Mikelskas, Virginijus Biskys, Violeta Valvonienė,
Darius Kurlys - Palanga Rehabilitation Hospital, Lithuania

Rehabilitation is an involved and complex process in addition to health care issues including social, pedagogical and legal aspects. Rehabilitation service package is a combination of primary services, namely medical, and additional services, which satisfy biosocial needs of a customer.

The needs of a patient are rather indeterminate in terms of health care service. Expectations of a patient almost always exceed actual capacities of a health care institution and in many cases possibilities of medicine as a whole.

With the aim to determine expectations and satisfaction of patients with the quality of rehabilitation services received and perceived, we, time from time, perform anonymous survey based on questionnaire developed by the authors. The results of surveys then are systemised and dynamics of change evaluated.

Methodology

1. Questionnaire including 51 questions.
2. Patients' survey.

The first 20 questions of the questionnaire reflect expectations of a client, the remaining questions serve for evaluation of satisfaction of expectations.

The results of the study show that the quality experienced and perceived by the patients exceeds expectations in a considerable part of the survey questions (8 out of 20). Expectations were exceeded in terms of timing of service provision, consideration and respect shown to the patients by the medical workers, attention and polite behaviour, competence of the medical workers and other is-

ues. Expectations according to 12 survey questions were higher than the quality experienced. These include issues relating to clarification of the matter of treatment prescribed and effect of the medical procedures, evaluation of medical consultations, etc. Notwithstanding the fact that expectations at the hospital are higher than the quality received in regard to individual parts of the service package, 94% respondents expressed positive evaluation of the services provided by the hospital, 92,8% respondents, if need be, would choose this hospital again and would recommend it to their friends and relatives for treatment.

Conclusions

1. Patients' survey is a fast and convenient method to evaluate the quality of the services provided at the hospital.
2. The survey data show that expectations vary with evaluations of patients regarding individual parts of the service package, and the services of the hospital are generally evaluated as good by the majority of patients.
3. It is practical to perform surveys of patients periodically as they produce valuable information on the quality of operations of the institution, efficiency of the corrective actions used, trends of activities, provide for conditions to influence formation of the external image of the hospital.

Contact

Romualdas Mikelskas, MD, Deputy Director of Treatment of Palanga Rehabilitation Hospital, Lithuania.

Telefon +370 4604 1313, info@prl.lt

Smoke Free Seinäjoki Central Hospital, Problems and Solutions

Reetta-Maija Luhta - Hospital District of South Ostrobothnia, Finland

Preparation for Smoke Free Hospital programme

Hospital District of South Ostrobothnia is a middle-sized one, consisting of 26 municipalities and approximately 195,000 inhabitants.

Smoking in hospitals causes a number of adverse effects. Most importantly, staff smoking is contradictory to the hospital health education policies. A smoke-free role model is important to the patients, especially since the smoking staff members are less likely to approach the patients to discuss their smoking habits. Furthermore, smoking near hospital entrances subjects non-smokers to smoke and health risks. Finally, smoking staff members frequently take breaks to smoke, while non-smokers take over a greater part of the duties, which has been found to be detrimental to the work atmosphere.

In South Ostrobothnia, the problems caused by staff smoking were discussed at the collaborative committee of the Hospital District. The committee proposed a smoking ban during working hours, and on October 21 in 2002, the Hospital District became the first in Finland to prohibit staff smoking in its facilities. At the time, the 10 % of the staff, who were daily smokers, were offered Bupropion or nicotine replacement therapy and support from the occupational health nurse to quit smoking during working hours.

The hospital's decision to ban smoking was influenced by its membership in the Finnish and worldwide Health Promoting Hospitals networks, which entails a commitment to incorporate the patients', staff members', population's and organization's health promotion into the hospital's daily activities. Another incentive came from the clinical practice guidelines on smoking, nicotine dependency and interventions for cessation, published in December of 2002 in Finland.

A great deal of publicity and debate resulted from the declaration, which only fortified the hospital's commitment to a smoke-free policy. The Finnish Health Promoting Hospitals designated the network of smoke-free hospitals as its key development project. The nurse responsible for the smoking cessation services in the Hospital District was nominated the Finnish Co-ordinator for the European Network for Smoke-Free Hospitals (ENSH). The meetings of

this network were instrumental in encouraging the hospital to initiate a wider range of activities. The tools adopted include the ENSH standards and self-audit and a questionnaire to monitor staff smoking prevalence.

Training arrangements

A Smoke-free Hospital Working Group was established early in 2003 to start preparing for a full programme policy. The Group has the full support of the Hospital Management Team, and representatives from various professional groups. It has been well received among staff.

In 2004, the South Ostrobothnia Hospital District, together with the Central Finnish Hospital District joined the Smoke-Free Life Project, initiated by the North Carelia Hospital District. The aim of the project has been to develop the care of smoking patients in primary health care and specialized medical services.

The position of the smoking cessation nurse was made permanent in the Health Promotion Profit Centre in 2005. At the same time, a network of smoking cessation contact persons was created in the Hospital District by naming 1-2 contact persons in each unit or health centre. Currently (2008) there is a network of 100 persons, coordinated by the smoking cessation nurse, who arranges meetings semi-annually.

The contact persons have undertaken a two-day course on how to support smoking cessation. There is also a programme tailored for maternity services, child health clinics, obstetrics & gynaecology and paediatrics to help mothers and fathers to quit smoking even 6 months before the planned pregnancy, if possible. However, the workers stress that quitting will benefit the foetus and the mother at any stage of pregnancy. Approximately 10 % of the mothers continue smoking after the first trimester, which means that 200 foetuses are still exposed to tobacco in the Hospital District.

The hospital staff training started in the above mentioned internal medicine, lung diseases and obstetrics & gynaecology, but was later extended to include all specialities and health centres. The

training is directed to both nursing and medical staff and it takes place in small groups. The participants are instructed to ask all patients about their smoking status, and to record their findings. According to the training programme, smokers will be advised to quit and they will be assessed for their level of dependence and willingness to quit. Nicotine dependence will be measured by the Fagerstrom questionnaire and by carbon monoxide levels in breath samples. During their hospitalization, all patients will be supported by instruction on nicotine dependence, by practical advice on quitting and by information about pharmacotherapy, nicotine replacement therapy (NRT) in particular. A similar regimen will be implemented among pregnant women, but the programme will start already at the health centre, and if NRT is being used, intermittent delivery forms (gum, lozenge and inhaler)

will be recommended rather than continuous delivery forms (patch). Cardiac infarction patients, for example, have a specific care plan, which enables them to seek cessation support from their own occupational health services or from a designated professional in health centre. Hospitals inform patients of the smoking cessation services available in primary health care. There is no smoking cessation clinic, because the aim in both primary and specialized medical services is to integrate the cessation services into total patient care.

Contact

Reetta-Maija Luhta, RN, smoking cessation nurse, smoke-free hospital coordinator.

Telefon +358 444 153122, reetta-maija.luhta@epshp.fi.

Tubakavaba haiglakeskkonna hõbetasand Euroopa Suitsuvabade Haiglate Võrgustikus: motivatsioon, protsess ja esialgsed hinnangutulemused

Margit Rikka, Aili Tilgre - AS Põlva Haigla

AS Põlva Haigla (115 voodikohta, teeninduspiirkond 32 000) liitus Eesti Tervist Edendavate Haiglate (TEH) Võrgustikuga 2000. a-l ning Euroopa Suitsuvabade Haiglate Võrgustikuga (ENSH) 2006. a-l.

AS Põlva Haigla TEH projektinõukogusse ja ESVH juhtgruppi kuuluvad kuus inimest: osakondade vanemõed, ülemarst ja juhiks on haigla ülemõde Aili Tilgre. Projektinõukogu ja juhtgrupi tegevusel on haigla juhatuse heakskiit.

Haigla teeb koostööd teiste maakonna tervist edendavate institutsioonidega, haigla esindaja kuulub maakonna tervisenõukogusse.

Tervisedendus on integreeritud haigla igapäevatöösse, sealhulgas tubakakontrolli poliitika.

Euroopa Suitsuvabade Haiglate Võrgustiku liikmete tasandid määratletakse rahvusvahelise siseauditi küsimustiku alusel: liikmelisus (I), pronkstasand (II), hõbetasand (III) ja kuldtasand (IV e kõrgeim tasand). Arengu tagamiseks või olemasoleva tasandi säilitamiseks on vaja igal aastal läbi viia siseaudit.

2007. a-l viisime Põlva haiglas läbi siseauditi suitsuvaba organisatsiooni toimingute hindamiseks, mis kätkeb kümmet standardit: pühendumine, teavitamine, koolitus ja väljaõpe, suitsetajate tuvastamine ja loobumiseabi, suitsetamise järelevalve, keskkond, tervisedendav töökoht, tervisedendus, vastavuse seire ja poliitika elluviimine. Meie eesmärk oli pronkstasand, mis näitab tervishoiuteenistuse juhtkonna pühendumist, töörühmade aktiivsust ja suitsuvaba poliitika teavitamist. Oma üllatuseks ületasime pronkstasandi lae (30–125 punkti), saavutasime 129 punkti, mis tähendab meie jõudmist napilt hõbetasandile. Oleme veendunud, et meil on kõvasti arenguruumi, sest see tasand näitab standardite kõrgetasemelist rakendamist.

Eesmärgid: tervist toetava keskkonna kujundamine haiglas, tervislike töökohtade edendamine (TEH Standard IV): tubakavaba elukeskkonna kujundamine haiglas, suitsetamisest loobumise nõustamine, tervishoiutöötajate motiveerimine tervist edendavaks tööks iseenda ja patsiendiga.

Sihtgrupid: haigla töötajad, patsiendid ja nende

omaksed, Põlva maakonna elanikud.

Tubakaseaduse järgi on keelatud tervishoiuasutuses suitsetada, seega oleks kõige lihtsam olnud suitsetamine täielikult keelustada. Meie haigla on otsustanud liikuda tubakavaba keskkonna poole samm-sammult, me oleme mittersuitsetamise poolt, soodustame seda igati ja kaitseme mittersuitsetajaid passiivse suitsetamise ohu eest. Samas toetame ja motiveerime ka suitsetajaid, kes tahavad suitsetamisest loobuda.

Tegevused

- Koostöös linna ja maakonna tervisedenduse spetsialistidega korraldame tubakast loobumist toetavaid üritusi paikkonna tasandil, jagame infot ja kirjutame artikleid maakondlikus ajalehes.
- Alates 2002. a-st on haiglas avatud suitsetamisest loobumise nõustamise (SLN) kabinet, mis liitus 2004. a-l TEH-i SLN-kabinettidega (kus töötavad õde ja arst). Kabinet on avatud kogu paikkonna elanikele. Informeerime personali ja patsiente suitsetamisest loobumise võimalustest.
- Osakondade tasandil teavitame töötajaid suitsuvaba haiglakeskkonna põhimõtetest töögrupi liikmete kaudu.
- Personali suitsetamisharjumuste kohta teeme regulaarset seiret.
- Haiglas on olemas mittersuitsetajatest eraldi suitsetamiskohad (üks personalile ja kaks patsientidele), mujal on suitsetamine keelatud.
- Seintel ja avariilulitel on väljas plakatid, infokirjad ja meeldetuletused, et tegemist on suitsuvaba haiglagaga.
- Alates 2006. a-st premeerime juhatuse käskkirja järgi mittersuitsetavat töötajat ühe täiendava puhkusepäevaga, suitsuvaba osakond saab rahalise toetuse osakonna tervisepäeva läbiviimiseks ning kompenseerime suitsetamisest loobuda soovijatele nõustamiskabinetti pöördumisel ravi-kuuri maksumuse.

Tulemused

Suitsetamine (S) / mittersuitsetamine (MS): 2005. a-l 29 S ja 184 MS (13,6 %), 2006. a-l 30 S ja 192 MS (13,5 %), 2007. a-l 32 S ja 189 MS (14,5 %). Suitsetajate ja mittersuitsetajate protsent on tõusnud/vähenenud ka uute töötajate arvelt.

Loobujad: 2006. a personali suitsetamislevimuse uuringus soovis ainult 27 % suitsetajatest suitsetamisest loobuda, 2005. a-l oli haiglas kolm loobujat, 2006. a-l samuti kolm ning 2007. a-l kaks loobujat.

Suitsuvabad osakonnad: administratsioon, sünnitusgünekoloogia, lasteosakond, EMO, taastusravi, funktsionaaldiagnostika, radioloogia, apteek ja köök.

Meie maja nn mustad lambad on kirurgia ja siseosakond ning majandusosakond.

2008. a personali rahuloluküsitluses on küsi-

mus, et kas te olete nõus Põlva haigla muutmisega täielikult suitsuvabaks haiglaks järgnevate meetmete abil: personali suitsetamise keelustamisega tööl ja patsientide suitsuruumi likvideerimisega.

Maja õhkkond on muutunud n-ö selgemaks, mittersuitsetajad tunnetavad toetust ja nad on muutunud aktiivsemaks oma meeldetuletustes suitsetajatele.

Positiivne ja tervist väärtustav õhkkond peegeldub ka haiglast välja, see annab haiglale positiivse imago nii praeguste kui ka tulevaste patsientide ja nende lähedaste hulgas.

Kontakt

Margit Rikka, MD, AS Põlva Haigla ülemarst.

Telefon 799 9102, Margit.Rikka@polvahgl.ee

Interactive Internet Based Smoking Cessation Tools for Health Professionals

Helinä Mesiäislehto-Soukka - Seinäjoki University of Applied Sciences,
School of Health Care and Social Work, Finland

The National Care Guidelines on "Smoking, nicotine addiction and interventions for cessation" were published in 2002 and updated in 2006 in Finland. One tool in their implementation is Internet based interactive "Tobacco Dependence and Cessation Treatment Training in Health Care". The project was started at the National Public Health Institute, KTL, Finland. Later, the University of Kuopio and three Universities of Applied Sciences, including the one in Seinäjoki, have joined the project.

The Health Behaviour and Health Among the Finnish Adult Population (AVTK) 2006 reports the opinions of daily adult smokers in Finland 1978-2006: 1) smokers were worried about health hazards of smoking, 2) smokers wanted to quit 3) smokers had tried to quit during the past 12 months. Stopping smoking is not easy because of considerable physical, psychological and social addiction. All health professionals have an important supportive role. There is a lack of specific smoking cessation training both for undergraduate students and in specialist training. It is also important to focus on the attitudes and opinions of health professionals. We do not have time; or we consider smoking a private matter of our clients or patients.

As easy-to-use tools were required, online multidisciplinary training was designed for physicians,

dentists, pharmacists, nurses and public health nurses. The training involves a pre-seminar on the theory of tobacco and health, nicotine addiction and cessation. The participants answer interactive multiple choice exams specific for each medical specialty and get feedback. The seminar concentrates on addiction theory and practical tools for effective smoking cessation. A multidisciplinary approach is encouraged. This part is based on case studies and takes place on the same day in several universities. The post-seminar assignment means that the participants reflect on the learning experience and get a comprehensive picture of tobacco control in small groups. The current collaborators involve 30 Nursing schools and 5 Medical, 3 Dental and 3 Pharmacy faculties. The pilot was maiden spring 2007 and 15 students from Seinäjoki were with. The pilot results from 2007 are very encouraging.

Contact

Helinä Mesiäislehto-Soukka, PhD, MA., RN., RM.,

Seinäjoki University of Applied Sciences, School of Health Care and Social Work Senior Lecturer

Telefon + 358 20 124 5170,
helina.mesiaislehto-soukka@seamk.fi

Beebisõbraliku haigla initsiatiiv – õnnelikum laps, tervem täiskasvanu

Made Bambus - AS Ida-Tallinna Keskhaigla

Eesmärk: edendada ja toetada imetust, sest tänapäeval on hulgaliselt tõenduspõhist materjali rinnapiima ja imetamise positiivsest mõjust nii ema kui ka lapse tervisele.

1991. aastal WHO ja UNICEF-i ühisalgatusena loodud beebisõbraliku haigla initsiatiiv rajaneb tänapäeva teadussaavutustel, propageerides nn kümmet samu rinnapiimaga toitmisel, et aidata imikuid ja emasid. Sünnitusmaja töötajate hoiakutel, teadmistel ning tõenduspõhise teabe edastamisel on märkimisväärt osa emade hoiakute kujundamisel, mis omakorda on aluseks kogu edaspidise imetusprotsessi õnnestumisele.

Sihtgrupp: rasedad ja sünnitanud.

Kogu programmi tuum on eduka imetamise kümme reeglit, milles sätestatud põhimõtted tuleb esmalt haiglas kehtestada ja edaspidi nende toimivust regulaarselt jälgida.

Beebisõbraliku haiglatava indikaatorid:

Reegel 1: omage kirjalikku imetamisstrateegiat, mida reeglipäraselt õpetatakse kogu meditsiinilisele personalile

Reegel 2: treenige meditsiinipersonali vajalike vilumuste omandamiseks

Reegel 3: teavitage kõiki rasedaid imetamise kasulikkusest ja selle korraldamisest

Reegel 4: aidake emal alustada imetamisega juba pool tundi pärast lapse sündi

Reegel 5: õpetage emadele, kuidas imetada ja laktatsiooni säilitada isegi siis, kui ema ja laps asuvad eraldi

Reegel 6: vastsündinu söök ja jook on rinnapiim, kui arst ei ole määranud teisiti

Reegel 7: võimaldage emal ja lapsel olla koos kogu ööpäeva

Reegel 8: ergutage emasid imikut rinnaga toitma lapse nõudmisel

Reegel 9: ärge andke rinnaga toidetavatele lastele luttu imeda

Reegel 10: suhtuge pooldavalt imetamise tugigruppide moodustamisse ja suunake emasid nendesse pärast sünnitusmajast lahkumist

Ida-Tallinna Keskhaigla naistekliinikus tegutseb imetamise nõustamise kabinet alates 2002. aastast, kus töötavad ämmaemand - imetamise nõustajad. Teenus on suunatud varasel sünnitusjärgsel perioodil tekkinud imetusega seonduvate probleemide lahendamisele.

Juba 1990-ndatel alustati kogu naistekliiniku emadushooldusega seotud personali imetamisalase koolitamisega, aastast 2003 toimuvad regulaarsed 24 tunnimahuga (kolm päeva) koolitused kõikidele naistekliiniku ämmaemendatele, õdedele, naistearstidele, lastearstidele ja vastsündinute intensiivravi õdedele. Koolitus on kohustuslik ka kõikidele uutele töötajatele.

Tulevastel emadel on võimalik imetamise põhitõedega tutvuda (või teadmisi värskendada/ajakohastada) juba raseduse ajal meie perekooli külastades. Regulaarselt toimuvad imetamisteemalised loengud, sünnitusjärgselt on võimalik pöörduda koos titaga tugigruppidesse, kus emadele jagavad nõuandeid meie imetamisnõustajad.

Projektipõhiselt on välja töötatud temaatilist patsiendiõppematerjali, valminud on imetamisteemaline voldik ja plakatid.

Hindamine: Beebisõbraliku haiglatava hindajatena tegutsevad UNICEF-i sertifitseeritud hindajad.

Hindamine koosneb kolmest osast:

- hinnatakse dokumentatsiooni
- intervjuueeritakse rasedaid ja äsjasünnitanuid
- intervjuueeritakse töötajaid ja hinnatakse nende teadmisi

Kokkuvõte: Hindamise edukalt läbinud haiglaid tunnustatakse UNICEF-ilt väljastatava sertifikaadiga.

Ida-Tallinna Keskhaigla naistekliinik sai nimetatud sertifikaadi omanikuks märtsis 2008.

Sertifikaat kehtib viis aastat, mille kestel tuleb regulaarselt jälgida beebisöbraliku haiglatava põhimõtete toimivust.

Kontakt

Made Bambus, AS Ida-Tallinna Keskhaigla kvaliteedispetsialist

Telefon 620 7218, made.bambus@itk.ee

Terve laps on kogu pere õnne alus

Maire Reinsalu, Helve Niedrais - AS Valga Haigla;
Aasa Pöder - Valgamaa Tervisenõukogu

AS Valga Haiglas on mitu näidet hea praktika mudelitest. Siinkohal tahaks tutvustada kahte mudelit, mis töötavad käikides. 90-ndate lõpus pöörduti Valga haigla tervisedenduses tähelepanu terve lapse arengule ja sihtrühmaks võeti imikud koos nende vanematega.

1998. a oktoobris avati taastusravi osakonnas bassein. Basseinis käivad imikud alates 3. elukuust koos ema või isaga. Vanematele õpetatakse imikute ujutamist. Vesi aitab lõõgastada pinges olevaid lihaseid ja seetõttu muutuvad imiku liigutused vabamaks ning koordinatsioon paraneb. Imikul kaob veekaratus ja tekib hea füüsiline ja emotsionaalne kontakt vanemaga. Imiku ujutamine on mänguline tegevus. Ujutamise kestvus on 30 minutit ja tavaliselt kaks kuni kolm korda nädalas. Selle aja sisse mahub imiku harjutamine veega, ujumisevõtted, sukeldumine ja vesimassaaž. Vesimassaaž on eriti hea kõhukinnisusele kalduvatele imikutele. On oluline, et ujutamine valmistaks lapsele rõõmu ja ei väsitaks teda liialt. Lapsevanemale räägitakse ka veeprotseduuridega kaasneva võivatest ohtudest.

Ujutamise tulemusel on imikud rõõmsamad ja rahulikumad, uinuvad paremini ja magavad rahulikumalt, paraneb söögiisu. Vesi soodustab imiku motoorset ja emotsionaalset arengut, normaliseerib lihastoonust, leevendab gaasivalusid ja karastab. Emad-isad on tulemustega väga rahul. Huvi veeprotseduuride vastu aina kasvab.

Igal aastal käib basseinis ujumas 150 imikut, veeprotseduure on 1400. Ka sihtgrupp laieneb. Lisaks imikutele on ka suurematel lastel võimalus käia basseinis end karastamas ja ujumise algõpetust saamas.



Samalaadsest basseiniga avati perekool, et pakkuda vanematele võimalust käia koos imikuga nõustamisel ja koguda teadmisi. Sihtgrupiks on imikud ühest elukuust kuni ühe eluaastani. Sooviks on anda vanematele rohkem teadmisi, et kindlustada terve ja mitmekülgsete huvidega lapse areng. Üheks eesmärgiks on noorte emade psüühilise pinget vältimine ja positiivsete emotsioonide andmine.

Perekoolis saavad vanemad käia igal neljapäeval kestvusega kolm tundi, läbiviijaks on lastearst ja taastusrst Maire Reinsalu. Mõnele vanemale meeldib perekoolist osa võtta iga nädal, mõnele korra kuus. Põhiliseks töövormiks on vanemate nõustamine eesmärgiga parendada lastevanemate probleemidega toimetulekuoskust.

Perekooli alustatakse lühiülevaatega eelmise nädala tegevustest ja kordaminekutest või muredest. Imikutel lastakse teineteisega tutvuda ja ruumi uurida. Sageli küsivad vanemad nõu imiku hoolduse ja karastamise kohta. Emadele õpetatakse õigeid ergonoomika võtteid imiku hooldamisel. Selgitatakse, miks on ujumine ja ravivõimlemine nii tähtsad. Koos arstiga õpitakse võimlemisharjutusi, mida kodus järgneva nädala jooksul jätkatakse. Antakse selgitusi vaktsineerimise tähtsusest, et arutelu kaudu vähendada vanemate hirmu ja eelarvamusi vaktsineerimise kohta. Selgitatakse, et õigeaegne vaktsineerimine kaitseb last nakkushaiguste eest.

Erilist tähelepanu pööratakse vanemate nõustamisele imiku toitmisel. Rõhutatakse rinnapiima tähtsust. Vanematele selgitatakse, et õigeaegne ja õige lisatoit tagab tervise ja aitab vältida allergilisi reaktsioone ning antakse nõu pere õigete toitumisharjumuste

kujundamiseks. Lisaks toitmisele räägitakse, millal ja kuidas imikut harjutada potirežiimile.

Lapsevanemaid nõustatakse peresuhetes, et imik oleks kõigi pereliikmete jaoks kallis ja kuidas vanematel õdedel-vendadel oleks vähem stressi.

Samuti nõustatakse vanemaid suitsuvaba ja imikule tervisliku kodu loomisel. Antakse nõu viimistlusmaterjalide ja puhastusvahendite valikul.

Kuna perekool toimub üks kord nädalas, siis on võimalik jälgida imiku arengut ja tervislikku seisundit ja vajadusel jagada uusi soovitusi. Antakse nõu, millal imikuga arsti juurde minna.

Tulemuseks on teadlikumad pereliikmed terve lapse kasvatamisel. Tänu pikemaajalisele rinnaga toitmisele on lapsed tervemad ja rõõmsamad. Piisav ja vahel-

dusrikas toit on vähendanud rahhiiti ja aneemiat põhjustavate imikute arvu. Statsionaaris viibinud imikute arv on samuti vähenenud. Viimase nelja aasta näit:

aasta	poisid	tüdrukud	=	kokku
2004	57	55	=	112
2005	44	37	=	81
2006	37	27	=	64
2007	42	27	=	69

Mida teadlikumaks saavad vanemad, seda tervemad ja õnnelikumad on nende lapsed.

Kontakt

Maire Reinsalu, MD, AS Valga Haigla lastearst ja taastusarst

Telefon 766 5181 , Maire.reinsalu@valgahaigla.ee

Patsiendiinfo arendamine Kliinikumis

Jane Freimann - SA Tartu Ülikooli Kliinikum

Kliinikumis on patsiendiinfo arendamiseks tõeke ja vajaduse andnud patsientide rahulolu-uuringud. Uuringutest selgub, et patsiendid on kõige vähem rahul enesehoolduse kohta saadava info ja õpetusega ning kirjalike materjalide kättesaadavusega. Suurenenud vajaduse informeerimise ja õpetamise järele tingib ka lühenenud haiglaravi kestvus ning patsiendi kiire suunamine ambulatoorsele ravile.

Patsientide parem informeeritus parandab koostöövalmidust tervishoiutöötajatega, aitab ära hoida võimalikke tüsistusi ja haiguse ägenemist, vähendab tervishoiuasutuste korduvkülastuste arvu ja suurendab patsiendi omavastust tema tervist puudutavate otsuste tegemisel.

Kuigi patsiendile edastatakse palju informatsiooni nii haiglas kui ka ambulatoorses võrgus, on selle vastuvõtmine sageli häiritud mitmel asjaolul: ärevus haiguse pärast, valu, võõras keskkond, arusaamatud meditsiiniterminid, korraga liiga palju uutset informatsiooni ning piiratud aeg ambulatoorsel vastuvõtul. Seetõttu on suulise informeerimise kõrval väga oluline pakkuda sama informatsiooni ka kirjalikus vormis. Kirjalikud infomaterjalid aitavad kinnistada kuuldu ja värskendavad patsiendi mälu. Kirjalikku infomaterjali saavad patsient ja tema lähedased lugeda neile sobival ajal neile sobiva kiirusega ja nii palju kordi kui vajalik. Kirjalike infomaterjalide osatähtsus on eriti suur patsientide ettevalmistamisel protseduurideks ja uuringuteks ning koduseks enesehoolduseks.

Kliinikumis on 2007. aasta andmetel kasutusel 738 kirjalikku patsiendi infomaterjali, millest 309 on koostanud kliinikumi enda töötajad. Kliinikumis toimub järjepidev uute patsiendiinfo materjalide koostamine ja juba olemasolevate täiendamine. Kliinikumi patsiendiinfo arendamiseks on välja töötatud juhend patsiendiinfo materjalide koostamiseks, et tagada nende materjalide ühtsus ja kvaliteet.

Nimetatud juhendi järgi koostatakse infomaterjale haigustest, uuringutest, protseduuridest ja kodusest enesehooldusest haiglaravi järel. Materjali koostamisel lähtutakse tõendus põhiseusest ja vajadusest kaasatakse koostamisse eriala eksperte ning sihtgruppi kuuluvaid patsiente. Infomaterjale jaotatakse patsiendile arvestades tema vajadusi ja talle sobivat teabe edastamise viisi. Kirjalik infomaterjal ei tohiks asendada suulist informeerimist ega sisaldada patsiendile uutset informatsiooni, vaid peab toetama juba teadaolevat ja kinnitama arsti või õe räägitut.

Patsiendiinfo materjalide printimiseks on kliinikumis loodud digivoldiku vorm, mille kujundatud põhjale trükitakse info ning seejärel prinditakse osakonnas vajalik kogus infomaterjale. Kujundatud infovoldikud on kättesaadavad kliinikumi intranetis. Koostöös Eesti Haigekassa ja Tervise Arengu Instituudiga jaotati 2007. aastal kliinikumi patsientidele u 40 000 tervisedenduslikku materjali.

Kuna järjest rohkem inimesi otsib informatsiooni internetist, on ka kliinikumi kodulehel kuvatud infot haigustest, uuringutest, protseduuridest ja enesehooldusest. Viimasel ajal on oluliselt täiendatud ka tervisedenduslikku rubriiki. Kliinikumi kodulehte külastab ühes kuus ligikaudu 100 000 külastajat ning enim otsitakse infot patsiendiinfo rubriigist (üle 60 %).

Patsiendiinfo arendamiseks on kliinikum avatud koostööle kõikide teiste haiglatega. Haiglatevaheline koostöö aitab ühtlustada patsiendiinfo materjalide sisu ja kvaliteeti ning väldib samalaadsete infomaterjalide koostamist erinevates haiglates, hoides kokku olulist tööjõu ressursi.

Kontakt

Jane Freimann, SA Tartu Ülikooli Kliinikumi projekti-juht ja patsiendiõpetuse koordinaator

Telefon 731 8178, jane.freimann@kliinikum.ee

Probleemjuhtumite käsitlemine patsiendiohutuse tagamiseks

Anita Priks - SA Tartu Ülikooli Kliinikum

Nii nagu kogu tervishoius, räägitakse ka õenduses aina sagedamini kvaliteedist. Kvaliteedi üks indikaator on patsientide rahulolu. Paraku ei kajasta saadud tulemused professionaalset kvaliteeti, vaid pigem olmetingimusi ja suhtlemist. Õendusabi kvaliteeti saavad eelkõige tagada ja hinnata teenuse osutajad, st õed ise. Selleks peavad ravigiutuses olema kokku lepitud mõõdetavad kvaliteediindikaatorid ja mõõtmisviisid.

Nii ongi kliinikumis patsiendile kvaliteetsema ja ohutuma raviteenuse tagamiseks rakendunud õendusabi probleemjuhtumite käsitlemise protseduur. Selle eesmärk on korraldada patsiendi raviprotsessis ilmnenu õendusabi probleemjuhtumite registreerimine, menetlemine ja aruandlus. Probleemjuhtumiteks loetakse õendusabi andmisel ilmsiks tulnud eksimusi, tüsistusi, takistusi jmt juhtumeid. Registreeritakse juhtumid, mis ohustavad ravikvaliteeti ja patsiendi turvalisust.

Eriliseks teeb probleemjuhtumite käsitlemise asjaolu, et õdedel endil tuleb oma töösse kriitiliselt suhtuda ja probleemid kirjalikult fikseerida. Selline uudne lähenemine tekitab algul elavaid arutelusid ja kohati protesti. On ju üsna tavapärane, et meelsamini räägitakse teiste vigadest ja probleemidest ning endi kitsaskohad vaikitakse maha. Üks võimalik takistav faktor võib olla ka hirm karistuse ees. Juhtumite registreerimine ja nende menetlemine nõuab kindlasti julgust ja head meeskonnatööd. Probleemjuhtumite käsitlemise korra rakendamine on aega nõudev protsess, sest see eeldab muutusi töötajate mõtteviisis. On ju paradoksaalne, et kui siiani oldi harjutud, et probleem on negatiivne nähtus, siis nüüd on vaja tunnistada hoopis vastupidist, st probleemidest rääkimine on positiivne ja edumeelne!

Väärib rõhutamist, et juhtumite menetlemine peab toimuma töötajaid ja tööõhkkonda kahjustamata, st keskendutakse vaid juhtumit põhjustanud probleemidele.

Selline lähenemine aitab avastada võimalikke puudusi, leida neile konstruktiivseid lahendusi ja ennetada tulevasi probleeme. Kvaliteetne õendusabi omakorda suurendab patsientide rahulolu ja usaldust ning lühendab haiglasviibimise aega.

Juhtumite menetlemine on toimunud struktuuriüksuste siseselt, kuid vajadusel kaasati ka teisi probleemiga seotud üksusi. Kui esimeste juhtumite menetlemisel avaldus töötajate ebakindlus, süü- või piinlikkustunne, siis nüüd võib öelda, et pigem on töötajad saanud positiivse kogemuse – kvaliteedi arendamisel ja tagamisel on kõikidel õdedel tähtis roll. Unikaalseid ja häbiväärseid probleeme ei ole olemas, vaid probleemidele on omane korduda, lihtsalt erineval ajal erinevates osakondades.

Seega on oluline õppida nii enda kui ka teiste vigadest. Probleemjuhtumite kordumise ennetamiseks on rakendatud mitmeid parandusmeetmeid: koostati lamatiste vältimise juhend, tõhustati patsientide jälgimist ja nende isiklike asjade hoiustamist. Koostamisel on patsiendi jälgimise juhend, identifitseerimise juhend ning ravimite manustamise protseduur.

Kontakt

Anita Priks, SA Tartu Ülikooli Kliinikumi õenduskvaliteedi töörühma juht

Telefon 731 8431, anita.priks@kliinikum.ee

Haigla võimalused elukvaliteedi parandamiseks ravi, rehabilitatsiooni ja hooldusmeetodite integratsiooni kaudu psüühikahäiretega klientidel

Urve Tõnisson - SA Viljandi Haigla

Euroopa strateegia tervist edendavatele haiglatele rõhutab haiglate olulist rolli tervise edendamisel, haiguste ennetamisel ja rehabilitatsiooniteenuste osutamisel.

Elanikkonna suhteliselt kesine tervises seisund ning krooniliste haiguste olemasolu nõuab aga veel laiemat lähenemist ning sel juhul on süsteemselt pakutavad teenused ja tegevused olulised kroonilise haiguse ohjamisel.

Krooniliste psüühikahaigustega inimesed on suur grupp, kellele selline lähenemine on vajalik. Kuna psühhiaatrilised haigused on oma olemuselt korduvad ja kroonilisusele kalduvad, siis sekkumised peaksid olema võimalikult tõhusad ka inimese jaoks, et ära hoida uusi ägenemisi ning seetõttu on arenenud maades kombineeritud nii ravi- kui ka psühhosotsiaalseid sekkumisi. Praegused maailmatrendid näitavad psüühilise erivajadusega inimeste puhul efektiivsetena paranemisele orienteeritud rehabilitatsiooniprogramme (*Recovery Oriented Rehabilitation Programms*) ja kogukonnapsühhiaatrilise teenuse arendamist (*Assertive Community Treatment*) ning juhtumikorralduslikku (*Case Management*) lähenemist. Seega psühhosotsiaalsete sekkumise meetoditega ja eelkõige rehabilitatsiooni sekkumistega on võimalik sihtgruppi kuuluvate inimeste elukvaliteeti parandada.

Võimalused

Kombineerides erinevaid teenuseid, seda nii ravi kui ka sotsiaalhoolekande valdkonda kuuluvaid, on võimalik parandada krooniliste psüühikahäiretega inimeste tervises seisundit, mis on tihedas seoses elukvaliteedi näitajatega. Oleme oma süsteemi arengus jõudnud sarnaste tegevusteni Euroopa Liidu maa-dega, kus haiglate ravikorpustes osutatakse kombineeritud teenuseid (ravi, rehabilitatsioon, taastusravi, sotsiaalteenused) ning mõnigi haigla hoone on kohandatud klientidele elupaigaks, pakkudes seal toetavaid sotsiaalteenuseid.

Teenuste integratsioon SA Viljandi Haiglas

- Raviteenused psühhiaatria kliinikumi baasil: ambulatoorne ja statsionaarne ravi, tahtvastane ravi
- Rehabilitatsiooniteenus sotsiaalhoolekande osakonna baasil
- Erihoolekande teenused psüühilise erivajadusega inimestele
- tugevdatud toetusega hooldamise teenus;
- tugevdatud järelevalvega hooldamise teenus,
- igapäevaelu toetamine,
- toetatud elamise teenus.

Teenuste paiknevus asub psühhiaatria haigla territooriumil. Teenused on paigutatud ravikorpuste tühjenenud ruumidesse. Ruumid on sisustatud vastavalt teenuste spetsiifikale. Sotsiaalteenuste integreerimine raviasutuse sisse annab klientidele võimaluse enne raviteenuse lõppemist ja haiglast lahkumist saada informatsiooni just temale sobivate võimaluste kohta. Rehabilitatsiooniteenusel viibimine annab kliendile võimaluse õppida toimetulekut oma haigusega ning õppida vajalikke oskusi elukvaliteedi valdkondades, nagu elamine, töötamine ja vaba aeg. Samuti tutvustatakse erihoolekandeteenuste võimalusi ning sobitatakse need kliendi vajadustega.

Lähtuvalt tervisedenduse standarditest haiglatele on just krooniliste haigustega inimestele oluline järjepidevus ja koostöö erinevate institutsioonide ja tervisesektorite vahel.

Kontakt

Urve Tõnisson, SA Viljandi Haigla psühhiaatriakliiniku tegevuste juht

Telefon 434 2279, urvetonisson@gmail.com

Õendus-hoolduspersonali luu-lihasvaevuste ennetamine patsientide abistamisel ja käsitsi teisaldamisel

Sally Maripuu, Anne Sirge, Regina Palatu - AS Ida-Tallinna Keskhaigla

Eesmärk: patsientide abistamise ja teisaldamisega tegelevatel töötajatel tekkida võivate luu-lihaskonna vaevuste ennetamine õigete töövõtete omandamise ja kasutamise kaudu.

Sihtgrupp: õed, hooldajad ja osakonna abilised.

Metoodika: esitatud on kogu organisatsiooni tööhutuse protsess – tööriskide hindamine, töötingimuste loomine ning töötajate koolitamine.

Koolitused on muutunud vajaduskeskseks. Alustasime saalikoolitustega, mille eesmärk oli anda võimalikult suurele hulgale inimestele ühesugust infot. Uuendusena oleme läinud seda teed, et koolitused toimuvad osakondades, inimese töökeskkonnas ja tema enda töövahenditega.

Õendus-hooldustöötaja igapäevaellu kuulub patsientide abistamine, liigutamine ja tõstmine, mis on vastutusrikas töö nii patsiendi kui ka töötaja tervise seisukohalt.

Vastutus on mitmekordne, õed ja hooldajad peavad valdama spetsiaalseid haaramis-, toetamis- ja puutevõtteid. Erinevate diagnoosidega haigeid tuleb liigutada erinevate võtetega, see teeb õendus-hoolduspersonali töö keeruliseks ning nõuab põhjalikku ettevalmistust.

Ohutegurid patsientide käsitsi teisaldamisel:

1. kogukad ja liiga rasked patsiendid
2. ebamugav haarata, erinevad patoloogiad seavad piirid haaramis- ja toetamiskohtadele
3. füüsiline pingutus liiga suure patsiendi voodilt raamile ja ratastoolile ning vastupidi teisaldamisel
4. olukordades, kus on vähe ruumi või ei saa hästi patsiendile ligineda, saab haiget teisaldada vaid ülakeha pöörates
5. teadmatus/oskamatus teisaldatakse ebakindlas või ebamugavas asendis
6. psühhoosis patsientide teisaldamisel võivad kaasneda nende äkilised liigutused

7. mõnes kohas pole piisavalt ruumi (WC, muu kitsas ruum)
8. pärast koristust võib niiske põrand olla libe ja põhjustada kukkumisohtu
9. teisaldustöö erinevatel tasapindadel võib põhjustada kukkumisohtu
10. osakondades, kus on palju lamavaid haigeid, tuleb iga päev korduvalt abistada ja teisaldada patsiente, tehes seda ka ebamugavas kõrguses või kauguses
11. patsientide abistamisel on tervisekahjustuse oht, kui töötaja kannab ebasobivaid jalanõusid
12. teisaldamisel võib töötaja terviseriski põhjustada töötaja enda tervislik seisund

Mõjud/tagajärjed:

1. tööülesannete täitmisel saadud tervisekahjustused – lihaspinged, alaseljavalud, õlavöötmehaigused, seljavigastused ning kaasneda võiv töövõimetus
2. teised töötajad peavad puuduva töötaja töö ära tegema, sellest ülekoormused ja suurem vigastuste oht
3. patsientide turvalisus sõltub töötaja oskustest ja ettevalmistusest
4. haigushüvitiste maksmine

Tegevused:

1. Esmalt hinnati osakondades riske, et selgitada välja peamised ohud ja probleemid patsientide abistamisel ja teisaldamisel. Hindamisel kaasas töökeskkonnateenistus osakonna pädevaid töötajaid ja töökeskkonnavolinikke. Taastus-hooldusravi osakondades, kus on kõige rohkem lamavaid patsiente, tehti lisaks ankeetküsitlusi, et selgitada välja töötajate arvamused ja ettepanekud.
2. Riskihindamiste tulemustest informeeriti osakonna vastutavaid töötajaid ja töökeskkonnavolinikke ning tehti ettepanekuid riskitaseme vähendamiseks.

3. Töötajate tervisekontrolli suunamisel kirjeldati töötaja personaalsel ohutegurikaardil ohutegureid, millega töötaja kokku puutub, arvestades riskihindamise tulemusi. Selleks kasutati maatriksit ja arvutati välja riskitase patsientide teisaldamisel.
4. Töötervishoiuarst annab töötajale soovitusi ohutuks töötamiseks ja patsientide teisaldamisel vaevuste ennetamiseks. Tervisekontrolli otsused esitab töötervishoid töökeskkonnateenistusele, kes edastab töötervishoiuarsti soovitusel kliiniku/teenistuse/osakonna juhtidele ja informeerib tulemustest haigla juhtkonda.
5. Osakonna juhid hindavad iga töötaja koolitusvajadust, arvestades riskihindamise tulemusi ja töötervishoiuarsti soovitusi, lähtudes töötingimustest ja -vahenditest. Kliinikute juhid esitavad ettepanekud abivahendite uuendamiseks ja patsientide teisaldamise koolituse korraldamiseks, andes tagasisidet abivahendite kasutamisest ja koolitusel omandatud võtete rakendamisest.
6. Koolituskeskus töötab saadud info põhjal välja RKT koolituse programmi ja peab arvestust koolituse läbinud töötajate kohta. Koolitus hõlmab järgmisi liike:
 - a) uue töötaja koolituskord toimub koostöös juhtkonna, personaliosakonna, töökeskkonnateenistuse ja osakonna vastutavate töötajatega;
 - b) koolitus osakonnas lähtub konkreetsest osakonnaspetsiifikast, kasutatavatest abivahenditest ning patsientide abistamise ja teisaldamise vajadusest. Töötajatel treenitakse korraga

üht tehnikat kuni võtte omandamiseni, tehes seda järjepidevalt;

- c) spetsiifiliste erialaste koolituste osana – lähtub patsiendi spetsiifikast, näiteks liigesproteesimise-järgset patsienti ja pareesiga patsienti abistatakse erinevalt. Eri diagnoosidega patsientide tõstmine toolilt toolile, voodilt toolile jne toimub täiesti erinevate võtetega.

Raskuste teisaldamise koolitussüsteemi sisseviimine on toonud järgmised tulemused:

1. kinnistuvad paremad ergonoomilised töövõtted, koolituse läbinud töötajad kasutavad rohkem õigeid patsiendi teisaldamise tehnikaid
2. abivahendeid kasutatakse õigesti ja otstarbekalt
3. paranenud sisekliima – vähenevad probleemid meeskonnatöös, töötajad ei pea tegema ületunnitööd
4. õige teisaldamisega tagatakse patsientide rahulolu ja turvalisus
5. tööõnnetuste ja tööalaste tervisekahjustuste vähenemine, vähem patsientide teisaldamisega seotud luu-lihasvaevusi, vähem töövõimetust.

Kontakt

Sally Maripuu, AS Ida-Tallinna Keskhaigla töökeskkonna teenistusjuht

Telefon 56 353454, sally.maripuu@itk.ee

Ajakohane toitlustamine haiglas

Sirje Kiisküla - AS Rakvere Haigla

2003. aastal lõppes Rakvere haigla 1985. aastal valminud köögiploki tegevusluba. Haigla omanikud ning haigla juhtkond pidid otsustama, kas ehitada kompleks välja haiglas või osta toitlustamisteenust mõnelt firmalt linnast. Arutluste, vaidluste ning hindade kalkuleerimise tulemusel võeti vastu otsus, et haiglas renoveeritakse toitlustusosakond, kuna kvaliteedi ja kontrolli tagamine on kõige kiirem haigla otsealluvuses olevas osakonnas, samuti on läbipaistvalt optimeeritavad toitlustamise kulud.

Toitlustusosakonna renoveerimise eesmärgid olid saada tervisekaitseametist tunnustus ehk toiduvalmistamise luba, saada kontrolli alla toiduainete kasutamine haigla köögis, optimeerida toiduportsjoni hind ja kvaliteet, saada täpne ülevaade patsientidele väljajagatavatest toiduportsjonitest, tagada toidukorra soojana jõudmine patsientideni, tagada patsientide paindlik toitlustamine, toitlustada oma töötajaid mitmekülgset ja tervislikult kõikidel nädalapäevadel ning vajadusel kolm korda päevas ning korraldada toiduportsjonite väljajagamine ja toidunõude pesemine tsentraalselt.

Projekti sihtgrupid on patsiendid, oma haigla töötajad ja külastajad, samuti tegeletakse haiglasiseste ja väljaspool haiglat tegutsevate firmade ürituste toitlustamisega.

Otsus tehti 2003. aastal ning projekteerimine ja renoveerimine toimus 2004. aastal kolme kuu jooksul. Maksumuseks kujunes 5,1 miljonit krooni, millest siseseseadele kulus 2,1 miljonit krooni.

Nii köögi tööruumid kui ka töötajate söökla on kenasti renoveeritud, saime Rakvere linna "Aasta 2004 tegija" tiitli. 2004/2005 tegevusaasta esimesel poolel vähenes toitlustamiskulu 8 % voodipäeva kohta.

Patsiendini jõuab termoskandikus soe toit. Oma töötajad saavad mitmesuguseid roogasid nautida haigla sööklas, tasuda selle eest läbipääsukaardiga, mis toimib sisuliselt krediitkaardina kuni palgapäevani, samuti on võimalus tasuda sularahas või pangakaardiga.

Kogu toiduainete ladu, toiduretsepte ning portsjonite

liikumist hallatakse elektroonses süsteemis CC3000. Toitlustusosakonna puhveti käive on 200 000 krooni kuus ning haigla töötajate ostuosakaal moodustab käibest ¼. Patsiente toitlustame aastas 7000.

Kitsaskohtigi jätkub, patsientidele kandikuid ostes hoidsime raha kokku – kandikusse ei mahu noad, kahvlid ja lusikad ning jooginõu. Nii tulebki neid toidunõusid eraldi pakkida. Lisaks on kandikute kaaned küllaltki jäigad ja kandik avaneb halvasti ning palatites on vähe pinda kandiku avamiseks.

Patsientide rahuloluküsitlustest aga selgub ikkagi, et meie toiduga ei ole sünnitus- ja günekoloogiaosakonnas üldse rahul 6,1 % uuritutest (49 vastanut) ning pigem ei ole rahul 8,1 % patsientidest, ülejäänud 85,6 % on siiski rahul või pigem rahul.

Samasugune probleem on lasteosakonnas (43 vastanut), kus pigem ei olnud toiduga rahul 14,9 % uuritutest.

Siit järeldus, et ühesuguse menüüga ei ole võimalik täit rahulolu saada ning inimeste toitumisharjumused on väga erinevad ning rahulolu on võimalik saavutada, kui tekitame patsientide menüüsse valikuvõimalused. Eelmisel, 2007. aastal saabus haigla kaebuste lahendamise süsteemi 59 pöördumist, millest 2/3 olid kiitused ning enamikus neis oli ära mainitud hea toit ja palutud tänada toiduvalmistajaid. Oma töötajad ihkavad puhkuselt või koolitusele tööle tagasi, et saaks ennast korraliku lõunaga premeerida.

Kokkuvõtteks saame öelda, et investeering toitlustusosakonda hakkab end ära tasuma. Oleme saanud paljude patsientide ja oma töötajate rahuloluallikaks võimalusega olla paindlikud ning samas tagada toiduportsjoni hinna ja kvaliteedi optimaalne suhe.

Kontakt

Sirje Kiisküla, MD, AS Rakvere Haigla ülemarst

Telefon 322 9021, sirje@rh.ee

Töönõustamiseks valmisolek ITK näitel 2004–2008

Lea Karik, Katti Kõrve - AS Ida-Tallinna Keskhaigla

Eesmärgid: töönõustamise koolituse projekti üldised eesmärgid olid arendada ja parandada nii riigisisese kui ka rahvusvahelise tervishoiu erisektorite koostööd ja tegevuse kvaliteeti ning prognoosida ja ennetada tööjõupuudust.

2004. aastal käivitus Lääne-Tallinna Keskhaigla algatusel koostöös Soome Kymenlaakso suveülikooli ja Sued Management Oy-ga töönõustamise- ja mentorkoolitusprojekt, mis lõppes aastal 2006. Koolituse koordinaatoriks oli professor Marita Paunonen-Ilmonen. Koolitusel osales 29 inimest, kellest üheksa olid Eesti ja 20 Soome tervishoiuasutustest. Ida-Tallinna Keskhaiglast (ITK) läbis koolituse kaks haigla töötajat – Lea Karik ja Katti Kõrve. Haiglapoolsed eesmärgid koolitavatavatele olid tutvustada haigla struktuuriüksustele töönõustamise olemust ja põhimõtteid, vajadusel anda töönõustamise juurutamise kohta nõu ning täita praktiseeriva töönõustaja ülesandeid.

Sihtgrupp: tervishoiu- ja sotsiaaltöötajad.

Metoodika: 2006. a kevadel toimus töönõustamise koolituse lõpuseminar "Töönõustamine – piits või präänik juhile", mille eesmärgiks oli tutvustada töönõustamise võimalusi, ühtlasi räägiti senistest kogemustest nii Soome kui ka Eesti töönõustajate näidete varal. Alates 2005. aastast on haiglas tutvustatud ja pakutud välja töönõustamise võimalust haigla kliinilisele personalile vanem- ja ülemõdede koosolekutel, kliinikute koosolekutel, osakondades kohapeal ning ka mitme koolituse raames. Samuti on osaletud töönõustamise tutvustamisel väljaspool haiglat, nt Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis, Tallinna konverentside koolitustel, Tartu Ülikooli Kliinikumis ja Tallinna kvaliteediklubis.

Hindamine: 2006. aasta alguses viidi läbi küsitlus töönõustamise vajaduse kohta haigla kliinikutes. Selgus, et töönõustamise vajadus ITK-s on olemas, põhjustena toodi välja ebastabiilsust tervishoiuvald-

konnas, konkurentsi ning organisatsiooni arengut, mis vajab kogu meeskonnalt nii vaimset kui ka füüsilist valmisolekut, et minna muutustega kaasa oma suhtumistes ja tegevustes. Töönõustamises nähti võimalust leida analüüsi kaudu töö valupunktid ning otsida koos parimaid võimalusi ja lahendusi. Haiglasiseselt viidi läbi neli individuaalset ja kaks grupi töönõustamist, lisaks ühekordsed kriisinõustamised ja töökeskkonnateenistuse töö raames töövaidlustes osalemine. Töönõustamise tulemusena arenes oskus näha probleeme laiemalt, ka kaastöötajate tasandilt, selgines roll ja isiklik vastutus ning enesehinnang organisatsioonis. Samuti arenes oskus mõtteid paremini verbaliseerida.

Kokkuvõte: nõudlus töönõustamise järele oli suhteliselt väike – põhjused on ilmselt erinevad ja individuaalsed, tulenedes meie ühiskonna ja inimeste vähesest valmisolekust oma küsimuste ja probleemide lahendamiseks kõrvalist abi otsima, aga ka traditsioonide puudumine ning raskus leida aega. Vajadust töönõustamise järele tõestas siiski kriisinõustamiste nõudlus, olukorrad, mis oleks olnud lahendatavad õigeaegse töönõustamise abil. Alates 2008. aasta algusest on töönõustajatel alternatiivne võimalus viia koolitusel omandatud teadmised rohkemate töötajateni haigla koolituskeskuse õppepäevadel suhtlemise ja meeskonnatöös osalemise kaudu. Koolitustel keskendutakse sellele, et mitte inimesed pole probleemid, vaid tööprobleemid on need, mis tahavad lahendamist, vaadates tulevikku, mitte minevikku. Koolitustel osalejate tagasiside on olnud positiivne, mis tõestab huvi ja vajadust neid teemasid käsitleda.

Kontakt

Lea Karik, AS Ida-Tallinna Keskhaigla taastusravikeskuse öde-koordinaator

Telefon 697 3100, lea.karik@itk.ee

Patsiendiõpetus – mõtetest tegudeni Ida-Tallinna Keskhaiglas

Ülle Rohi - AS Ida-Tallinna Keskhaigla

Küsimusele, kas patsiendiõpetus praktikas toimib, saame üldjuhul jaatava vastuse. Uurides aga, mida patsiendiõpetuse all mõistetakse, on enamasti vastuseks, et see on tervishoiutöötajalt patsiendile jagatav info, kuidas haiglavälisel perioodil midagi teha või mis on siis keelatud.

Kindlasti on selline ühesuunaline kommunikatsioon ja info sageli asjakohased, kuid kas see vastab alati patsiendi või tema lähedaste tegelikele teadmiste ja oskuste vajadustele?

Kvaliteetset patsiendiõpetust võib vaadata kui protsessi, mis algab patsiendi või tema lähedaste teadmiste ja oskuste hindamisega õpivajaduse määratlemiseks. Teades pärast hindamist, milline on kasutada olev ressurss (eelnevad teadmised, kogemused ja oskused), on oluline püstitada õpieesmärgid. Alles sellele järgneb patsiendiõpetus kui tegevus, kus arvestatakse patsiendi erivajadustega, kasutatakse erinevaid õpetamis- ja õpimeetodeid ning selles faasis muutuvad aktuaalseks ka patsiendiõpetuse materjalid.

Patsiendiõpetuse protsessi mudeli viimaseks oluliseks lüliks on hindamine ja tagasiside – kas püstitatud eesmärgid on saavutatud. Näiteks kas patsient on omandanud haiglajärgseks toimetulekuks vajalikud praktilised oskused või on vaja püstitada uued eesmärgid ning korrigeerida õpetusplaani.

Ida-Tallinna Keskhaigla hakkas patsiendiõpetusele suurendatud tähelepanu pöörama 2006. aastal. Patsiendiõpetuse hindamiseks analüüsisime patsientide rahulolu-uuringu tulemusi, patsiendiõpetuse dokumenteerimist ning kaardistasime kasutusel olevad patsiendiinfo materjalid. Kogutud info ja selle analüüsi põhjal said prioriteetseteks tegevusteks patsiendiõpetusalase täiendkoolitussüsteemi arendamine personalile ning patsiendiõpetusmaterjalide olemasolu.

Patsiendiinfo materjalide kaardistamise tulemusel tekkis terviklik ülevaade iga struktuuriüksuse tasandil ja haiglas tervikuna kasutusel olevatest infomaterjalidest. Positiivse poolena võib välja tuua materjalirohkust – kaetud oli suur osa haiglaprotseduure ja operatsioone, palju oli ka infot haiguste kohta. See lõi hea pinnase edasiminekuks, et parandada infomaterjalide kvaliteeti ja koostada uusi valdkondades, kus need puuduvad.

Tulenevalt materjalide koostamisest tekkis ka küsimusi nende tõenduspõhisuses. Osa materjale oli koostatud haiglas, osa väljaspool asutust ning alati ei olnud fikseeritud algallikaid ja koostajaid. Niisamuti ilmnis infolehtede ebaühtlane stiil ja vormistus, kasutusel olid ka vastukäiva või vananenud info materjalid. Puudus järjepidevus paljude tähtsate valdkondade infomaterjalide kättesaadavuses, mitu valdkonda olid infomaterjalidega katmata ning ka personal kasutas õpetusmaterjale ebaühtlaselt.

Pärast ülevaate saamist sõnastasime patsiendiõpetusmaterjalide projekti eesmärgi. Selleks on usaldusväärne ja Ida-Tallinna Keskhaigla identiteeti kandev ning patsiendikeskne patsiendiõpetusmaterjal, mis toetab meie haigla tervishoiuteenuse kvaliteeti ja inimesekeskse haigla visiooni.

Esimesteks tegevusteks said prioriteetsete materjalide koostamine ajavahemikuks 2007–2008 ja trükitavate infolehtede nimekirjade loomine. Paralleelselt fikseerisime infolehtede soovitusliku struktuuri ja moodustasime interdistsiplinaarsed töörühmad infomaterjalide koostamiseks. Infomaterjalide läbivaatamise ehk kvaliteedi tagamise rolli sai enda kanda haigla ravikvaliteedikomisjon. 2007. aastal koostati ja trükiti 35 infolehte, 2008. aastal kasvab nende arv umbes 50 võrra. Patsiendiõpetusmaterjalide kaardistamise ja uute materjalide koostamise projektist on saanud loomulik ja järjepidev osa haigla tervishoiuteenuse kvaliteedi tagamise protsessist. Samas oleks eksitav arvata, et patsiendiõpetusmaterjalid ise õpetavad abivajajat. Infomaterjalid on siiski abivahendiks patsiendiõpetusprotsessis, mille läbiviijaks on tervishoiutöötajad.

Patsiendiõpetuse kvaliteedist andsid eelnevalt ülevaate patsiendi rahulolu-uuringu tulemused ja haiglasine tervishoiudokumentatsiooni analüüs. Patsiendi rahulolu-uuringu tulemused tõendasid, et seos tervishoiutöötajalt saadava info (sh patsiendiõpetuse) ja patsiendi rahulolu kujunemise vahel on tugev. Dokumentatsiooni analüüsist selgus, et eelkõige kajastatakse patsiendiõpetust tegijakeskselt ehk dokumenteeritakse oma tegevust või antavat infot, mitte niivõrd tulemust ehk seda, mida patsient pärast õpetamist teab või oskab.

Kvaliteetse patsiendiõpetuse arendamiseks organisatsioonis on olulised personali teadmised ja oskused selles valdkonnas. Infomaterjalide uuendamise protsessiga samaaegselt alustasime ettevalmistusi patsiendiõpetuse täiendkoolitussüsteemi loomi-

seks koolitajate valiku ja nende endi koolitamisega. Järjepidevuse tagamiseks kaasasime 12 õde-ämmaemandat, kellel peab olema valmisolek käsitleda koolitajana mitut teemat. Õppimise ajal ühtlustus koolitajate arusaam patsiendiõpetusest, üheskoos sõnastati täiendkoolituse eesmärgid ja koostati koolitusprogramm. 2007. aasta ettevalmistavad tegevused personali patsiendiõpetuse koolituseks on 2008. aastal realiseerunud järgnevalt: 2008. aastal toimub haiglas kaheksa 24-tunnist koolitust, orienteeruv koolituse läbinute hulk aasta lõpuks on 120 töötajat. Prioriteetseteks ametirühmadeks 2008. aastal on iseseisvat vastuvõttu tegevad õed ja ämmaemandid ning osakondade juhtivad õed. Esimesed toimunud koolitused on andnud osalejatelt positiivse tagasiside. Õppijad on väärtustanud eelkõige patsiendiõpetuse mõiste avardamist ja selle nägemist lahutamatu osana kogu ravi- ja õendusprotsessis ning rühmatöid, rollimänge ja iseseisvat tööd patsiendiõpetusplaani koostamisel. Oleme planeerinud täiendkoolituste korraldamist jätkata samas mahus järgnevatel aastatel ning kvaliteedi arendamiseks kavandame ka jätkukoolituse programmi.

Kokkuvõtvalt võib öelda, et patsiendiõpetus on protsess, mille sihtgrupp on nii patsiendid kui ka

nende lähedased. Õpetuse eesmärk on patsiendi toimetuleku tagamine haiglavälisel perioodil. Patsiendiõpetuse kvaliteeti ja selle arengut on võimalik hinnata tulemuste põhjal, näiteks patsiendiõpetusalase koolituse läbinud personali hulk, trükivalgust näinud patsiendiinfo materjalide arv või dokumendatsiooni auditi tulemused. Kuid olulisem tagasiside ja hinnang patsiendiõpetuse tegevusele selgub patsientide rahuloluküsitlustest ning nende tulemuste dünaamikast.

Samamoodi kui patsiendiõpetus on protsess, on seda ka patsiendiõpetuse arendamine organisatsioonis – püstitatud eesmärkide realiseerumise järel hinnatakse tulemusi ja püstitatakse uued sihid, mis lähtuvad patsientide vajadustest, püüdes hoida nii tasakaalu tervishoiuteenuse ja patsiendi ootuste vahel kui ka andes organisatsioonina oma panuse tervele Eesti jaoks.

Kontakt

Ülle Rohi, AS Ida-Tallinna Keskhaigla õendusjuht

Telefon 620 7000, ulle.rohi@itk.ee

Vastsündinute kuulmise sõeluuring. Habilitatsiooni võimalused Eestis

Liina Luht, Katrin Kruustük, Raili Raadik - AS Ida-Tallinna Keskhaigla

Eesmärk: vastsündinute kuulmise sõeluuringu eesmärk on kaasasündinud kuulmiskahjustuse varane avastamine ja habilitatsiooniga alustamine. Kuulmiskahjustuse hiline avastamine ja habilitatsioon põhjustavad korvamatut puudujäägi lapse kuulmise ja kõne arengus ning sellest tulenevalt ka vaimses ja sotsiaalses arengus. Kai Uusi et al. epidemioloogilisest uurimusest (Uus, K & Davis, A 2000. *Epidemiology of permanent childhood hearing impairment in Estonia* 1985–90. *Audiology*, 39, 192–197) selgub, et aastatel 1985–1990 oli kuulmiskahjustuse keskmine avastamise iga 46. elukuu. Habilitatsiooniga alustati alles 56. elukuul. Meie eesmärk on kuulmiskahjustuse taseme määramine ning habilitatsiooniga alustamine kuuendaks elukuuks.

Sihtgrupp: kõik Eestis sündinud vastsündinud, mileni loodame jõuda 2009. a.

Metoodika: kuulmisorgani funktsiooni hindamiseks kasutatakse objektiivset uurimismeetodit – otoakustiliste emissioonide (OAE) määramist. Protokolliliselt on uuring kolmeetapiline: I OAE tehakse vastsündinule esimese elunädala jooksul (kas sünnitusosakonnas enne kojusaatmist või kutsutakse tagasi esimese elunädala lõpul). Vastsündinud, kes ei läbi I OAE uuringut (valepositiivne uuringutulemus), kutsutakse tagasi sünnitusosakonda esimesel elukuul. Imikud, kes läbivad II OAE uuringu, moodustavad valepositiivsete kogumi. Imikud, kes ei läbi ka II OAE uuringut ühe- või mõlemapoolselt, suunatakse III uuringule (kolmandal elukuul) kas AS Ida-Tallinna Keskhaigla kurgu-, nina-, kõrvaosakonna (KNK) kuulmiskesk-

sesse või SA Tartu Ülikooli Kliinikumi kõrvakliiniku kuulmiskeskusesse, kus tehakse III OAE ning ajutüve kutsepotentsiaalide (ABR) uuring. Nende mitteläbimisel tehakse täiendavad kliinilised uuringud SA TÜK kõrvakliiniku statsionaaris.

Hindamine: programmi hindamisel oleme seadnud eesmärgiks saavutada sihtgrupi hõlmatus kuni 95 %, valepositiivsete osakaal mitte üle 13 %, kuulmiskahjustuse tuvastamine 1 ‰ sihtgrupist, habilitatsiooniga alustamine kuuendal elukuul binauraalse kuuldeaparaatide sobitamisega ja sisekõrva implanteerimine kurtuse korral 12.–24. elukuul.

Programm käivitus 2004. a lõpus SA TÜ Kliinikumi naistekliinikus. 2005. a-l liitusid AS Ida-Tallinna Keskhaigla ja AS Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliinikud; 2006. a-l SA Ida-Viru Keskhaigla, SA Pärnu Haigla, SA Viljandi Haigla; 2007. a-l AS Valga Haigla, AS Põlva Haigla, SA Narva Haigla ning 2008. a-l AS Järvamaa Haigla, SA Lõuna-Eesti Haigla, AS Rakvere Haigla. 2009. a-l lisanduvad AS Rapla Haigla, SA Kuressaare Haigla ja erakliinikud.

Tulemused: aastatel 2005–2008 oli keskmine hõlmatus 94,81 % ja keskmine valepositiivsete osa 7,37 %. Kuulmiskahjustus on diagnoositud 32 lapsel, ühepoolne kurtus kaheksal lapsel, ühel lapsel on diagnoositud auditivne neuropaatia ning neljal lapsel on uuringud pooleli. 17 last on saanud sisekõrva implantaadi, ülejäänud kasutavad kuulmiskahjustuse kompenseerimiseks kuuldeaparaate.

Vastsündinute kuulmise sõeluuringu programm 2005–2009



III etapi uuringutele suunatud vanemate seas on läbi viidud rahulolu-uuring, milles enamik on rahul kuulmise sõeluuringut puudutava informeeritusega I–II etapis.

Kontakt

Liina Luht, MD, AS Ida-Tallinna Keskhaigla kurgu-nina-kõrvaosakonna vanemarst

Telefon 5092066, liina.luht@itk.ee

Patsiendi turvalisuse tagamine nuklearmeditsiinis on meeskonnatöö

Eve Palotu, Eve Kelk, Anne Poksi, Galina Šamarina - AS Ida-Tallinna Keskhaigla

Nuklearmeditsiini protseduuride (isotoopuuringud ja ravi radiofarmatseutikumiga) teostamisel tuleb lähtuda rahvusvaheliselt tunnustatud radioloogia heatava põhimõtetest.

Nuklearmeditsiinis tohib kasutada ioniseerivat kiirgust haiguste diagnoosimisel ja ravimisel juhul, kui kiirgust andva ravi- ja diagnostikamenetluse potentsiaalne kasu on suurem kasutatava kiirguse võimalikust kahjust.

2007. aastal teostati AS Ida-Tallinna Keskhaiglas 3757 nuklearmeditsiinilist uuringut, ravi teostati 351 patsiendile.

Eesmärk. Tervishoius on esmatähtis patsiendile turvalisuse tagamine. Nuklearmeditsiini protseduure teostatakse vastavalt spetsifikaadi ja kiirguskaitse nõuetele ning isotoopuuringute või ravi läbiviimine peavad olema põhjendatud ja optimeeritud.

Sihtgrupid: patsiendid, nende sugulased; tervishoiutöötajad.

Meetodid. Raviarst, protseduuri teostatav radioloog või radioloogiaõde informeerib patsienti eesootavast radioaktiivsete isotoopide kasutamisel põhinevast diagnostilisest ja/või raviprotseduurist. Personal selgitab patsiendile protseduuriga kaasnevaid võimalikke ohtusid ja tüsistusi. Osakonnas kasutatakse nii eesti kui ka venekeelseid patsiendi õpetusmaterjale.

Radioloog/radioloogiaõde vastutab uuringu maksimaalse ohutuse eest nii patsiendile kui ka personalile. Enne protseduuri algust küsitletakse naispatsienti võimaliku raseduse ja rinnaga toitmise kohta. Sellisel juhul tuleb kaalutleda, kas uuringust saadav kasu ületab kiirguse poolt tekitatava võimaliku kahju loo-

tele. Selgitatakse ettevaatusabinõusid imetavatele emadele ja väikelapse hooldajatele.

Patsiendi turvalisuse tagamisel on tähtis personali ning patsiendi omavaheline koostöö. Haige saabudes statsionaari, võtab radioloogiaõde esmase anamneesi, selgitab osakonnas viibimise režiimi. Kiiritusraviruumis viibivad need patsiendid, kellele on ravi eesmärgil manustatud radioaktiivseid aineid. Palatid on varjestatud vastavalt rahvusvaheliste kiirgusohutusstandarditega, loodud on patsiendi hoolduseks vajalikud tingimused. Patsient saab suhelda omastega ning vajadusel teatada valvepersonalile oma seisundist telefoni teel. Tema jälgimine kiiritusraviruumis toimub videosüsteemi kaudu, millest patsient on eelnevalt informeeritud.

Hindamine. Toimub igapäevane patsiendist lähtuva kiirgusfooni mõõtmine radioaktiivsuse languse hindamiseks. Kiirgusdoosi muutumise kiiruse mõõtmist teostab valvepersonal kiiritusraviruumis, mõõtes patsiendist lähtuvat doosi muutumise kiirust 3 ja 1 meetri kaugusel. Haiglast lahkudes annab raviarst/radioloog patsiendile üksikasjalikud juhised, kuidas käituda esimestel päevadel kodus, et mitte põhjustada kiiritusriski kaasinimestele.

Järeldus. Patsiendi turvalisus on nuklearmeditsiini meeskonna prioriteediks nii isotoopuuringute kui ka ravi läbiviimisel.

Kontakt

Eve Palotu, AS Ida-Tallinna Keskhaigla Diagnostikakliiniku ülemõde

Telefon 620 7190, eve.palotu@itk.ee

Toitlustamise indikaatorid raviastutuses haiguspuhuse toitumise organiseerimisel

Liidia Kiisk - SA Tartu Ülikooli Kliinikum

Sissejuhatus

Käesolevas töös uuriti viimase kümne aasta ravi-toitlustamise tulemusi Tartu Ülikooli kliinikumi osakondades. Autor on välja töötanud nüüdisaegse süstematiseeritud dieetide kogumiku, mis arvestab ravitoitlustamise uueaegseid põhimõtteid. Praegu-seks on Eesti vabariigi raviastutustes kasutusele võetud rahvusvaheliselt tunnustatud dieetide nimetused. Dieetide süsteemi tutvustatakse käsiraamatus "Ravitoitlustamine" (Liidia Kiisk), mis on hea abiline arstidele ja õdedele patsientide nõustamisel ja menüüde analüüsimisel. Ravitoitlustamise kompleks Eesti raviastutustes põhineb Euroopa Liidus üldtunnustatud printsiipidel (EL-i direktiivid) ja praktikas kasutusele võetud haiguspuhuse toitmise juhistel. Toitlustamise kvaliteedi indikaatorite kriteeriumid baseeruvad patsientide ja personali rahulolu-uuringute tulemustel. Toitlustamise kvaliteedi tagamise aluseks on toitlustust korraldava teenistuse tegevuse optimeerimine, meditsiinipersonali professionaalse tegevuse tagamine koolituste ja patsiendi rahulolu-uuringute läbiviimise kaudu.

Töö eesmärk. Ravitoitlustamise uude süsteemi koostamine, dieetide nimistu kliinilise praktikasse rakendamine koos dieetravijuhiste väljatöötamisega erivajadustega patsientide jaoks.

Materjal. Uuringus kasutati Sihtasutuse Tartu Ülikooli Kliinikumi 17 kliiniku ja 52 osakonna patsientide tava- ja ravitoitlustamise andmeid. Dieet- ja tavatoitude retseptid koostati toitlustusteenistuse tsentraalköögi baasil. Andmeid töödeldi andmetööt-

lusprogrammidega MediC 7+7 ja Buum-3. Päevane tarbitud energia ja toitainete hulk arvutati Micro-Nutrica tabelite abil.

Meetodid. Statistika andmed, patsientide nõustamine, menüüde koostamine.

Tulemused. Süstematiseeritud dieetide nimistu koos näidustuste, menüüde toiteväärtustega ja soovistustega avaldati käsiraamatuna meditsiinipersonalile (Liidia Kiisk. *Ravitoitlustamine*. Tartumaa, 2002). Dieetide süsteemi andmeid kasutati SM-i määrase väljatöötamisel (*Dieettoitude toiduenergia- ja toitainete sisaldus. Tervisekaitseõuded toitlustamisele tervishoiu- ja hoolekandenasutuses. Sotsiaalministri määrus 131, 14.11.2002*).

Tabel 1. Dieetide nimistu

Dieetide nimistu baseerub põhitoitainete sisaldusel ja toitainete energeetilisel väärtusel. Dieetide liigitamine toimub vastavalt ravi spetsiifikale. Vajadusel koostatakse individuaalseid dieedisooitusi.

Enteraalseks toitmiseks kasutatakse tehases toodetud standardseid või spetsiifilisi sonditoite näidustusele vastavalt: imendumishäired, maksafunktsiooni-häire, nõrgenenud immuunvastus.

Tagasiside. Süsteem võimaldab haigete toitmist neli kuni kuus korda päevas, eridieetide korral ka kaheksa korda päevas. Patsiendi saabumisel vastuvõtu osakonda määrab ja sisestab valveõde arvutiprog-rammi MediC dieedi koodi. Dieedi nimetusena ka-

Tabel 1. Dieetide nimistu

Kergendatud dieetid	Range piiranguga dieetid	Diabeetikule dieetide variandid	Kergendatud vedelad dieetid	Kergendatud pehmed dieetid
1	2	3	4	5
Baasdieet	Operatsiooni-järgne	Süsivesikuid 300g	Vedel	Pehme
Mage	Äge pankreatiit:	Süsivesikuid 250g	Piimavaba	Piimavaba
Kiudainerikas	periood 1	Süsivesikuid 200g	Gluteenivaba	Gluteenivaba
Valgurikas	periood 2	Süsivesikuid 150g	Diabeetikule	Diabeetikule
Piimavaba	periood 3			
Valguvaene	Gluteenivaba			
Puriinidevaene	Toiduallergeenide			
Jääkidevaene	vaba atoopikule			

sutatakse kolmetähelist lühendit. Samas võimaldab arvutiprogramm lugeda ka täiendavat infot dieetide nomenklatuuri, dieetide lühendite ja ravitoitlustamise näidustuste kohta. Meditsiinipersonalil on võimalus tutvuda ettenähtud menüüdega kliinikumi intranetis. Individuaalseid dieete määrab dieetarst koos raviarstiga pärast haige küsitlust ja laboratoorsete kliiniliste näitajatega tutvumist.

Väljatöötatud ja praktikasse juurutatud süsteem käivitus 1. mail 1999. a-l seoses Tartu ülikooli kliinikumi toitlustusteenistuse loomisega. Suurköögis töö optimeerimisel saavutati tase, kus 1000 portsjoni valmistamise ja väljastamisega tegelevad kolm kokka ja kolm kokaabilist ning kolm komplekteerijat. Peale statsionaarsete patsientide toitlustatakse ka päevastatsionaaride patsiente.

Kokkuvõte. Läbiviidud uuringute alusel moodustavad dieettoidud 25–28% tavatoitudest. Menüüde

planeerimine on vajalik suurköögi töötajate töö optimeerimiseks ja eksimuste vältimiseks, sest dieetilaua kokk peab tundma põhjalikult dieettoitude valmistamisele esitatavaid nõudeid. Kompleksne ravitoitlustamise süsteem tagab ravitoitlustamise organiseerimise ökonoomsuse. Meie loodud süsteem võimaldab jõuda individuaalse nõustamiseni, kus saaks arvestada patsientide kehakoostist ja ainevahetuse iseärasusi ning tehtud kliinilisi analüüse, samuti kasutada mõõtevahendeid toitumisastme hindamiseks. Dieettoitude nomenklatuur koos näidismaterjaliga on kasutusel kõigis vabariigi ravi- ja hoolekandeesutustes.

Kontakt

Liidia Kiisk, MD, SA Tartu Ülikooli Kliinikumi toitlustusteenistuse dieetarst

Telefon 73 18126, Liidia.Kiisk@kliinikum.ee

Kroonilise neeruhaige taastusravi

Liidia Kiisk - Anatoomia Instituut; Ülle Pechter - Tartu Ülikooli Kliinikum;
Mai Rosenberg - Tartu Ülikooli Kliinikum

Sissejuhatus

Kroonilise neeruhaiguse korral on tegemist progresseeruva neerufunktsiooni langusega, mis areneb aastate või sageli aastakümnete jooksul [1]. Peamised põhjused on krooniline glomerulonefriit, diabeetiline nefropaatia, krooniline püelonefriit, polütsüstiline neeruhaigus ja teised neeruhaigused. Seoses elanikkonna vananemisega, toitumisharjumuste muutustega, diabeedi esinemissageduse suurenemisega ja muude põhjustega on järsult tõusnud nende haigete arv, kellel on krooniline neeruhaigus ja kes vajavad neeruasendusravi [2].

Kroonilise neerupuudulikkuse (KNP) haigete arvu kasv on tervishoiusüsteemile suur probleem kulukuse ja haigete elukvaliteedi languse tõttu. Sellepärast on tehtud neeruhaiguse progresseerumise aeglustamise kohta mahukaid eksperimentaalseid ja kliinilisi uuringuid, mille tulemusena on kliinilise praktikas juurdunud juba mitu uut ravivõtet ning koostatud ravijuhiseid.

Viimase dekaadi saavutusteks on olnud suured edusammud kroonilise neerupuudulikkuse sekundaarses preventsis – suured, mahukad uuringud on näidanud reniin-angiotensiin süsteemi (RAS) blokeerivate ravimite mitte ainult antihüpertensiivset efekti, vaid ka protektiivset toimet neerukoele, hoides alanenud neerufunktsiooni stabiilsena ja aeglustades neeru- ja südamehaiguse progresseerumist. Samas rõhutatakse üha enam, et neerupuudulikkuse progresseerumise ennetamises mängivad olulist osa ka mitte-medikamentoossed meetodid integreerituna kompleksravi soovitusena patsiendi elustiilimuutustesse. Regulaarne kehaline aktiivsus ja valguvaese dieedi soovitamine aeglustab kroonilise neerupuudulikkuse süvenemist. Nõustamine hõlmab lisaks dieedisovistustele ka kindlasti suitsetamisest loobumise ja liigse kehakaalu vähendamise toetamist [3]. On näidatud, et regulaarselt nõustatud patsiendid vajavad oluliselt harvem erakorralise dialüüsi alustamist.

Töö eesmärk. Põhihaiguse medikamentoose ravi juurde kuulub ka mittemedikamentoonne ravi, mis käsitleb patsiendi kehakoostise ja toitumise hindamist, toitumise alast nõustamist, kehalise aktiivsuse tagamist, samuti psühholoogilist nõustamist ja sotsiaalset abi.

Meditsiinipraktika. Koostöö erinevate erialade spetsialistide vahel

Nefroloogide, transplantologistide, internistide, kardioloogide, endokrinoloogide, dietoloogide, dialüüsiõdede, taastusraviarstide, perearstide, sotsiaaltöötajate ja teiste kolleegide ühise jõupingutusega on võimalik nii mõndagi teha haigete tervise ja elukvaliteedi parandamiseks ja tervishoiukulutuste kokkuhoiuks.

Liikumisravi

Füüsiline aktiivsus on vajalik kardiovaskulaarse ja luude-lihaste süsteemide tugevdamiseks. Liikumisravi hulka kuuluvad jalutamine, sörkimine, kepikõnd, jalg-rattasõit ja kerge võimlemine. Oluline on, et füsioterapeut koostaks liikumisravi individuaalse programmi ja monitooriks liikumisravi regulaarselt. Tulemuslikkuse saavutamiseks on vajalik eelnev adaptatsiooniperioodi läbimine, edaspidi aktiivne liikumine vähemalt kaks-kolm korda nädalas. Ujumine kaks korda nädalas 12 nädala jooksul taastusraviarsti koostatud programmi alusel parandab neerude funktsiooni, vähendab proteiinuuriat ja langetab vererõhku.

Liikumisravi vees. Neeruhaigele määratud veeprotseduurid parandavad neerufunktsiooni, langetavad kõrgeenenud vererõhku ja vähendavad proteiinuuriat. Neeruhaige kompleksse vesiravi renoprotektiivset mõju on kirjeldanud Ülle Pechter ja Mai Ots koostöös teiste arstiteadlastega [4].

Patsiendi süstematiseeritud toitumise alane intervjuu ja nõustamine. Kompleksne taastusravi on olulisel kohal neeruhaige kehakoostise hindamine, antropomeetriline monitoorimine, biokeemiliste analüüside dünaamika ja toitumise anamnees. Olulised riskitegurid on hüpertensioon, ülekaal, hüperlipideemia, hüperglükeemia, proteiinuuria, anaemia, diabeetiline nefropaatia, aneemia ja geneetiline eelsoodumus. Toitumise alasel nõustamisel küsib dietoloog neeruhaigelt toitumisharjumuste kohta, varjastes KNP staadiumides soovib valguvaest dieeti [5], analüüsib patsiendi kolmepäevast menüüd, korrigeerib menüüde proteiinisaldust vastavalt neerupuudulikkuse astmele ja jagab individuaalseid toitumissoovitusi [6].

Süstematiseeritud antropomeetria ja toitumise hindamine. Kehakoostise hindamine kuulub iga meditsiinipraktika juurde. Kasutatakse bioimpedansi

ja DXA-meetodit (keharasvamass, lihasmass, luukude, kudede veesisaldus).

Elukvaliteedi mõjutamine. Dialüüsiõde tegeleb neeruhaige süstemaatilise nõustamisega peamiselt pre-dialüüsi staadiumis. Abiks on professionaalsel tasemel läbiviidud haigete küsitlused sotsiaal-majandusliku tausta kohta ning vajadusel koduviisiidid.

Suitsetamisest võõrutamine. Suitsetamine on oluline neeru kahjustav riskifaktor. Suitsetamisest loobumine parandab kardiovaskulaarse süsteemi seisundit, paraneb neerufunktsioon.

Neeruhaigete nõustamine neerukoolis. Kõik neeruhaiged saavad osaleda regulaarselt toimuvatel koolitustel, mida viivad läbi nefroloog, dialüüsiõde ja dietoloog.

Kokkuvõte

KNP haige rehabilitatsiooni strateegia väljatöötamine on igas KNP staadiumis nefroloogi olulisemaid ülesandeid põhihaiguse ravi, regulaarse vererõhu monitoorimise ja KNP sümptomide ravi kõrval. Koostöös taastusraviarsti ja dietoloogiga tuleb seada eesmärgiks kroonilise neeruhaiguse progresseerumise aeglustamine ning selle eesmärgi saavutamiseks on vajalik maksimaalselt vähendada proteinuuriat, võõrutada patsient suitsetamisest, kasutada nefro- ja kardioprotektiivset ravi ning määrata sobiv dieet-ravi ja jõukohane füüsiline aktiivsus.

Kirjandus

1. Ots, M., U. Pechter, and A. Tamm, *Characteristics of progressive renal disease*. Clin Chim Acta, 2000. 297(1-2): p. 29-41.
2. Locatelli, F., et al., *The epidemiology of end-stage renal disease in the Baltic countries: an evolving picture*. Nephrol Dial Transplant, 2001. 16(7): p. 1338-42.
3. Tozawa, M., et al., *Influence of smoking and obesity on the development of proteinuria*. Kidney Int, 2002. 62(3): p. 956-62.
4. Pechter, U., et al., *Beneficial effects of water-based exercise in patients with chronic kidney disease*. Int J Rehabil Res, 2003. 26(2): p. 153-6.
5. Tomobe, K., et al., *Early dietary protein restriction slows disease progression and lengthens survival in mice with polycystic kidney disease*. J Am Soc Nephrol, 1994. 5(6): p. 1355-60.
6. Kiisk, L., *Treatment diets*. Monography, 2002 (Tartu): p. Tartumaa Publisher.

Kontakt

Liidia Kiisk, MD, SA Tartu Ülikooli Kliinikumi toitlustusteenistuse dieetarst

Telefon 73 18126, Liidia.Kiisk@kliinikum.ee

Lapsega haiglas viibivate vanemate vajadused

Lagle Suurorg - SA Tallinna Lastehaigla

Sissejuhatus. Lapse haiglasse paigutamine on stressiks nii lapsele, vanematele kui ka kogu perele. Väiksemale lapsele ei ole haiglasse paigutamise vajadus arusaadav ja ta võib anda erinevaid psühholoogilisi reaktsioone. Vanemad tunnevad sageli hirmu, süütunnet ja muret lapsest lahutamise pärast ning ebakindlust. Lapse ja vanema reaktsioone mõjutavad mitu faktorit, nagu lapse vanus, isiksus, üldised ja individuaalsed omadused, samuti ravi ja toetus, mida ta saab õdedelt/ravimeeskonnalt. Vanemate viibimine lapse juures haiglas on tunnustatud tähtsaks ja vajalikuks nii lapsele kui ka vanemale endale. Viimastel aastatel on hakatud rohkem tähelepanu pöörama vanematele haiglas ja leidma lahendust nende vajadustele, mis tulenevad lapse haigusest. Võttes arvesse vanema õigusi, on vajalik vanemad kaasata ravi plaani koostamisse ja teostamisse. Patsiendile antav ravi peaks vastama nende vajadustele. Islandil uuriti 32 vanema tunnetatud vajadusi pediatraia osakonnas ja leiti, et need olid täidetud kas täielikult või osaliselt, vähem olid vanemad rahul kirjaliku informatsiooni saamisega oma lapse tervise kohta, tasustamise põhimõtete selgitamisega ja haiglaajärgse ravi juhendamisega (1). Kroonilise haigega haiglas viibimisel leiti vanemate jaoks olulised neli valdkonda: toetus, professionaalsus, töökeskkond ja vastutus (2).

Kuidas on vanemate vajadused rahuldatud Eesti piirkondlike haiglate lasteosakondades, sh ka Tallinna Lastehaiglas, on uurinud Tartu Ülikooli magistrant A. Priks. Nimetatud uuringust ei selgunud Tallinna Lastehaigla tulemused vanemate vajaduste rahuldamisel. Tallinna Lastehaigla vanemate rahulolu küsitlustest on selgunud, et puudu jääb lapse raviga seotud informatsioonist (protseduuridest ja uuringutest, ravimitest, kodukorrast, haiglaajärgsest ravist jpm), millega olid aastatel 2005–2007 väga rahul vähem kui pooled lastevanematest (Suurorg 2007). Alati ei mõisteta vanemate muret ega stressiseisundit (ja ei sekkuta õigeaegselt võimaluste piires); ei arvestata vanemaga kui ühe ravimeeskonna liikmega (planeerimisel ja haiglaajärgsel perioodil). Seetõttu oli kvaliteediteenistus planeerinud 2007. a sügisel lisaks patsiendi rahulolu kvalitatiivsele uuringule viia läbi uuring vanemate vajadustest ja nendele vastamisest haiglasviibimise ajal.

Eesmärk: uurida, millised spetsiifilised vajadused on olulised vanemale tema lapsega haiglasviibimise ajal ja kui tähtsad need vajadused on.

Uuritavad: lapsevanemad (emad või isad), kes viibivad haiglas lapsega vanuses 2 k –14 a. Laps peaks olema haiglas viibinud vähemalt kolm päeva enne, kui vanemaga vesteldakse. Plaanis on uurida vähemalt 100 vanemat.

Meetod: uuringut viib läbi kvaliteediteenistuse õde patsiendi rahulolu-uuringu ajal (planeeritud oktoober–november 2007). Vanemate vajadusi (43) loetlev küsimustik on koostatud kirjanduse alusel (3) ja jagatud kuude põhimõttelisse vajaduste gruppi:

A – vajadus usaldada personali; B – vajadus, et personal vanemat usaldaks; C – vajadus informatsiooni järele; D – vajadus toetuse ja juhendamise järele; E – vajadus vastata füüsiliselt ja emotsionaalselt oma vajadustele; F – vajadus suhelda haiglas oleva lapse ja teiste pereliikmetega.

Vastused antakse Likerti skaala järgi, kus tähtsust kodeeritakse järgmiselt: 1 = ei tee mulle muret ja ei ole mulle tähtis; 2 = üsna tähtis; 3 = tähtis ja 4 = väga tähtis.

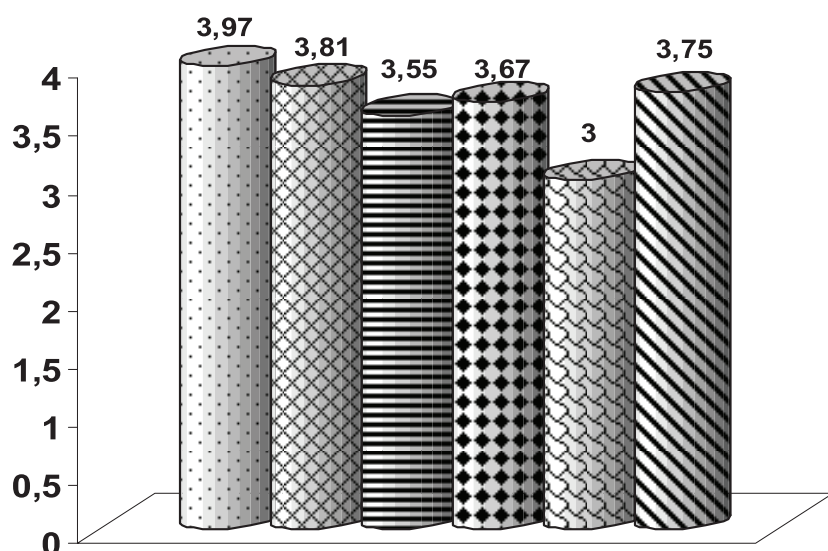
Uuringule saadi Tallinna Lastehaigla Eetikakomitee nõusolek.

Meetod: andmed koguti fookusgrupis intervjuerimise teel, kasutades selleks koostatud ankeeti. Andmete töötlemiseks kasutati SPSS programmi.

Tulemused. Küsitluses osales 100 ema (isad ei olnud haiglas), kes viibisid haiglas lapse hooldajana. Emade keskmine vanus oli $29,8 \pm 6,7$ aastat ja laste vanus $2,4 \pm 2,5$ aastat. Neist eestlasi oli 70 % ja muukeelseid 30 % (sh vene, saksa ja aserbaidžaaani rahvuse esindajad).

Keskliste punktide arvu järgi olid emade jaoks olulisemad: viibimine lapsega samas ruumis ning lapse seisundist ja tervise prognoosist informatsiooni saamine, võimalust osaleda lapse hooldamisel (3,98), usaldus arstide ja õe osutatava abi vastu, viibimine 24 tundi lapse juures (3,96), see, et räägitakse ravi kavatsustest (3,95), saada teavet haiguse mõjust lapse kasvule (3,93), teavet uuringutest (3,92), võrdse tähtsusega oli vanemate hinnatud õdede suhtlemist emaga ja tunne, et ema on oluline lapse heaolu kindlustamisel ning et emal on olemas koht magamiseks (3,90).

Vanemate vajaduste olulisus põhigruppide järgi



- ☐ vajadus usaldada personali;
- ☒ vajadus enda usaldamiseks personali poolt
- ☐ vajadus informatsiooni järele
- ☐ vajadus toetuse ja juhendamise järele
- ☒ enda füüsiliste ja emotsionaalsete vajaduste täitmine (vastamine)
- ☒ vajadus haiglas oleva lapse ja enda suhtlemiseks teiste pereliikmetega

Kokkuvõte. Kõige olulisem on emadele usaldus personali vastu, mis saavutatakse hea suhtlemisega. Tähtis on ka ema tunnetus, et teda usaldatakse ja kaasatakse lapse ravis. Emade ärevust vähendab võimalus suhelda pereliikmetega ning personalilt saadav toetus ja juhendamine. Kõige vähem loevad emad oluliseks enda isiklike vajaduste täitmist, kuigi neid ei tohiks ka haiglas tähelepanuta jätta.

Kasutatud kirjandus

1. Bragodottir, H. A Descriptive Study of the Extent to which Self-perceived Needs of Parents are met in Pediatric Units in Iceland. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 1999;13;3:201-207.

2. Ygge BM, Arnetz JE. A study of parental involvement in pediatric hospital care: implications for clinical practice. *Journal of Pediatric Nursing* 2004;19;3:217-223.
3. Kyritsi H, Matziou V, Perdikaris P, Evagelou H. Parents' needs during their child's hospitalization. *ICUS NURS WEB J*; 2005;23;July-September:1-9.

Kontakt

Lagle Suurorg, MD, PhD, SA Tallinna Lastehaigla kvaliteedijuht

Telefon 697 7303, lagle.suurorg@lastehaigla.ee

Diabeedihaigete ravitulemused – kas võimalus hinnata tervisedenduslikku tegevust ja ravikvaliteeti?

Lagle Suurorg - SA Tallinna Lastehaigla

Sissejuhatus. Diabeedihaige ravi eesmärk on saavutada tasakaalustatud ainevahetus, mille mõõduks on glükolüseeritud hemoglobiini (HbA1c) näitaja. Glükolüseeritud hemoglobiini test näitab vere keskmist suhkrusisaldust eelnenud 2–3 kuu jooksul. Vanemate õpetamisel ja juhendamisel on lähtutud järgnevast: tervete laste HbA1c on 4–6 %. Selle väärtused, mis suhkruhaigetel lastel erinevad, on aluseks lapse seisundi hindamisele ja selle põhjal tehakse järeldus ravi muutmise vajaduse kohta (vt tabel 1). (R. Shor. *Teie laps ja suhkurdiabeet*, 2005)

Tabel 1. HbA1c väärtused suhkruhaigetel lastel

Väärtus	Hinnang	Järeldus
Alla 6 %	Suurepärase	Muudatusi ei ole vaja teha
7–8 %	Väga hea	Muudatusi ei ole vaja teha
8–10 %	Vajab kohe korrigeerimist	Püüame paremini
Üle 10 %	Hädaohtlik	Vaja kohe sekkuda

Uuendatud laste diabeedijuhise (ISPAD *Clinical Practice Consensus Guidelines 2006–2007*) järgi on soovitatav glükolüseeritud hemoglobiini tase $\leq 7,5$ % ilma tõsise hüpoglükeemiata, väiksematel lastel kuni 8,5 %.

Eesmärk. Analüüsida 2007. a 1. tüüpi diabeedihaigete ravitulemuse ühte indikaatorit – glükolüseeritud hemoglobiini taseme saavutamist väärtuses $\leq 7,5$ %–8,5 % ilma tõsise hüpoglükeemiata (ISPAD *Clinical Practice Consensus Guidelines 2006–2007*).

Materjal ja meetod. 330 ambulatoorsel ravil viibinud 1. tüüpi diabeedihaiget vanuses 1–19 aastat. Haige ambulaatorsest kaardist saadi järgmised andmed: vanus jälgimise aastal, vanus haigestumisel, mille järgi arvestati haiguse kestvus, insuliini manustamise viis ja glükolüseeritud hemoglobiini (HbA1c) tase.

Tulemused. Analüüsitud lastest oli 174 poeglast (P) keskmise vanusega 12,4 a $\pm$ 4,6 a ja 156 tütarlast (T) keskmise vanusega 12,2 a $\pm$ 4,8 a ($p > 0,05$).

Lapsed jaotati vanusegruppidesse ja need olid aluseks haigestumise sageduse ja haiguse kestvuse

keskmiste tulemuste määramisel. Tulemused on tabelis 2.

Tabel 2. Analüüsitud laste vanusegruppide jaotus

Vanusegrupi määratlus	Vanusegrupp		Vanusegrupp haigestumisel	
	Arv	%	Arv	%
1–4 a	23	7,0 %	104	32,7 %
5–7 a	40	12,1 %	69	21,7 %
8–10 a	53	16,1 %	74	23,3 %
11–13 a	60	18,2 %	53	16,7 %
14–16 a	75	22,7 %	17	5,3 %
7–20 a	79	23,9 %	1	0,3 %
Kokku	330	100,0 %	318	100,0 %

Vanusegruppide vahel haigestumise sageduses statistilist erinevust ei olnud ($p > 0,05$).

12 lapsel ei olnud võimalik teada saada vanust haigestumisel. Kõik alla 1 aasta vanuses haigestunud on võetud esimesse vanusegruppi. Keskmine diabeedi kestvus oli 5,4 $\pm$ 4,2 aastat (1,4–8,9 aastat). Tulemused HbA1c väärtuste jaotumise kohta 315 lapsel on esitatud tabelis 3.

**Tabel 3. HbA1c väärtuste jaotumus analüüsitava-
tel haigetel**

HbA1c väärtuste vahemik	Laste arv	Protsent kõikidest uuritutest
5,50–7,00	31	9,8
7,10–7,50	49	15,5
7,60–8,00	61	19,4
8,07–8,50	51	16,2
8,60–9,00	32	10,1
9,10–9,50	13	4,1
9,52–9,97	16	5,1
10,00–10,50	15	4,8
10,60–11,00	9	2,9
11,05–12,00	18	5,7
12,10–12,98	10	3,2
13,4–15,38	10	3,2

Selgus, et 192 lapsel 315-st (61,0 %) olid HbA1c väärtused vastavuses juhendis soovitatule ehk kuni 8,5%.

Jälgitud lastest 123 (39 %) ei saavutatud vajalikku HbA1c väärtuse taset. HbA1c väärtuste võrdlemisel vanusegruppide järgi esines statistiline erinevus järgnevalt: vanuses 1–4 a oli keskmine HbA1c 7,9 % ja see erines statistiliselt 11–13 a, 14–16 a ja 17–20 av keskmisest väärtusest ($p < 0,05$). Vanusegrupiga 5–7 ja 8–10 a statistilist erinevust ei leitud. Vanuses 5–7 a oli HbA1c väärtus oluliselt madalam (7,9 %) kui suuremates vanusegruppides: 11–13 av; 14–16 av ja 17–20 av ($p < 0,05$). 8–10 av grupis oli keskmine HbA1c 8,1 % ja see oli statistiliselt madalam kui 11–13 av, 14–16 av ja 17–20 av ($p < 0,05$) HbA1c keskmine väärtus.

Kokkuvõte. Leiti, et 39 % diabeedihaigetel lastel ei oldud saavutatud ravikvaliteedi indikaatorina kasutatavat HbA1c väärtuse soovitud taset ($\leq 7,5\%$ – $8,5\%$). Asjaolu, et noorematel lastel oli soovitud HbA1c väärtus saavutatud, näitab head koostööd perekonnaga ja head ravisoostumust. Alates prepuberteedieast, mil toimub lapse suurem iseseisvumine ning vanemate mõju vähenemine, on ilmselt vajalik leida tõhusamaid psühhosotsiaalse mõjutamise meetodeid, et saavutada haiguse tasakaalus püsimine ning sellega vältida tüsistuste tekkimist diabeedihaigetel noorukitel.

Edaspidi on vajalik välja selgitada need põhjused, miks laste puhul ei ole saavutatud vajalikku ravitaset ehk mis on ravi mittesoostumuse põhjused: kas on

need puudujäägid haige hindamisel ja informeerimisel, õpetamisel (tervishoiutöötajate põhjus); ema terviseharitus ja haigusest arusaamine ning oskus ja võime last ravida ja vajalikul määral juhendada (lapsest ja perest lähtuvad põhjused); haiguse iseärasustest sõltuv ravile allumatus või esinevad lapsel muud haigusseisundid, mis raskendavad ravitulemuste saavutamist pre- ja puberteedieas esinevate psühholoogiliste probleemide esinemisel.

Analüüsi puudujääk. Ei ole arvesse võetud lapse raviprotsessi (näiteks viibimist õppustel "Õunakeses" vm), lapsel esinevate diabeedi tüsistuste või muude haiguste ja riskifaktorite olemasolu.

Suur tänu arstidele ja õdedele, kes edastasid materjali kvaliteediteenistusele!

Järeldus. Antud ravitulemuste analüüsiga saadi hinnata nii ravikvaliteeti kui ka tervisedendusliku tegevuse tulemuslikkust.

Kontakt

Lagle Suurorg, MD, PhD, SA Tallinna Lastehaigla kvaliteedijuht

Telefon 697 7303, lagle.suurorg@lastehaigla.ee

Puhas enesekateteriseerimine

Riina Tiido - SA Tartu Ülikooli Kliinikum



Tänapäeva tervishoius toimuvad muutused dikteerivad vajaduse mitmekülgse patsiendiõpetuse järele. Ravi ja tehnoloogia areng on viinud haiglaravi kestuse lühenemisele ja patsientide varajasele koju saatmisele. Enamik patsiente vajab haiglaravijärgseks enesehoolduseks täiendavat õpetust. Patsiendi õpetamine on õenduse üks osa ja selle läbiviimiseks vajab õde väga head koolitust ning ettevalmistust. Õpetamise tulemuslikkus sõltub õpetajast ja tema kasutada olevatest abimaterjalidest. Eesti vabariigis ei ole piisavalt eestikeelseid õppematerjale patsientide õpetamiseks. Selle tühimiku täitmise eesmärgiks oli luua õppefilm tutvustamaks puhas enesekateteriseerimist. Puhas enesekateteriseerimine on vahelduva kateteriseerimisest e korduvkateteriseerimisest üks meetod ja selle viib ise läbi patsient kodus. Seda võib teha ka õpetatud pereliige. Kodus ei ole steriilsust vaja ja me räägime puhtast enesekateteriseerimisest.

Puhta enesekateteriseerimise eesmärgid on

- hoida patsient kuivana
- põie töö stimuleerimine
- hoida ära uroinfektsioonide teke
- säilitada põie ja neerude tervis
- aidata patsiendil pöörduda tagasi normaalsesse ellu

Inimene suudab kuuldu põhjal meelde jätta vaid osakese kuuldust. Nüüdisaegse tehnika abil on võimalik anda täielikum ja arusaadavam ettekujutus õpitavast. Videopilt ja heli aitavad elavdada õppeprotsessi. Samuti on tehniliste vahendite abil võimalik

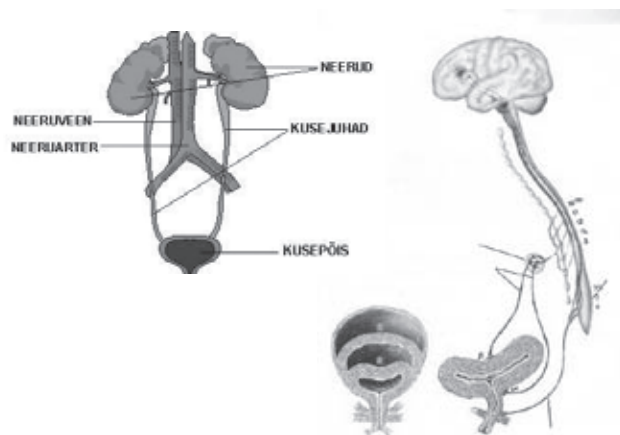
lik muuta õpitav huvitavamaks ja motiveeritumaks. Õppefilmi koostamisel lähtusin eeldusest, et seda hakatakse kasutama abivahendina patsientide õpetamisel.

Stsenaarium koosneb alljärgnevatest osadest:



- Patsiendi mõtisklused enesekateteriseerimisest

Aidata patsienti, kellel on ebameeldiv kogemus oma tervisega ja kes saab positiivset kogemust õppefilmi abil sama taustaga inimestelt, kuid kes on juba oma probleemile leidnud lahenduse; on saavutanud selle kaudu parema elukvaliteedi ja sõltumatuse. Ühtlasi loome õppimise alustamiseks ja eesmärgi saavutamiseks positiivsema meeleolu.



- Anatoomia ja füsioloogia lühitutvustus

Lühike ülevaade kuseteedest ja uriini tekkest ning põie innervatsioonist.



- Hügieen ja kätepesu

Hügieen ja kätepesu omavad väga suurt tähtsust puhta enesekateteriseerimise toimimisel ilma põie infektsioonideta.

- Vajaminevad abivahendid



- Naise puhas enesekateteriseerimine



- Mehe puhas enesekateteriseerimine

Tulevikule mõeldes peab autor oluliseks enesehooldust abistavate õppefilmide ning õppematerjalide loomist. Selle kaudu on võimalik parandada ka õendustegevuse kvaliteeti ning suurendada patsientide heaolu.

Kontakt

Riina Tiido, SA Tartu Ülikooli Kliinikum Närvikliiniku ülemõde

Telefon 53 318 521, riina.tiido@kliinikum.ee

Märkmed

Sisukord

Ajakava	2
Eessõna Jarno Habicht, WHO Eesti esinduse juhataja	3
Eesti Tervist Edendavate Haiglate (TEH) Võrgustiku mudel 2007-2010. Tiiu Härm- Tervise Arengu Instituut, Eesti TEH Võrgustiku rahvuslik koordinaator	5
Enese- ja välishindamine tervist edendavates haiglates Kaja Põlluste - Tartu Ülikooli (TÜ) Sisekliinik; Eda Merisalu, TÜ Tervishoiu Instituut; Lagle Suurorg, Tallinna Lastehaigla (TLH); Mari Põld, Rapla Maakonnahaigla	6
Enesehindamine kui üks võimalikest lähenemisviisidest juhtimiskvaliteedi arendamisele haiglas Hillar Imelik - SA Tartu Ülikooli Kliinikum (TÜK)	8
Expectations and satisfaction of patients with the quality of rehabilitation services received and perceived Romualdas Mikelskas, Virginijus Biskys, Violeta Valvonen, Darius Kurlys - Palanga Rehabilitation Hospital, Lithuania	10
Smoke Free Seinäjoki Central Hospital, Problems and Solutions Reetta-Maija Luhta - Hospital District of South Ostrobothnia, Finland	11
Tubakavaba haiglakeskkonna hõbetasand Euroopa Suitsuvabade Haiglate Võrgustikus: motivatsioon, protsess ja esialgsed hinnangutulemused Margit Rikka, Aili Tilgre - AS Põlva Haigla	13
Interactive Internet Based Smoking Cessation Tools for Health Professionals Helinä Mesiäislehto-Soukka - Seinäjoki University of Applied Sciences, School of Health Care and Social Work, Finland	15
Beebisõbraliku haigla initsiatiiv – õnnelikum laps, tervem täiskasvanu Made Bambus - AS Ida-Tallinna Keskhaigla	16
Terve laps on kogu pere õnne alus Maire Reinsalu, Helve Niedrais - AS Valga Haigla; Aasa Pöder - Valgamaa Tervisenõukogu	18
Patsiendiinfo arendamine Kliinikumis Jane Freimann - SA Tartu Ülikooli Kliinikum	20
Probleemjuhtumite käsitlemine patsiendiohutuse tagamiseks Anita Priks - SA Tartu Ülikooli Kliinikum	21
Haigla võimalused elukvaliteedi parandamiseks ravi, rehabilitatsiooni ja hooldusmeetodite integratsiooni kaudu psüühikahäiretega klientidel Urve Tõnisson - SA Viljandi Haigla	22
Õendus-hoolduspersonali luu-lihasvaevuste ennetamine patsientide abistamisel ja käsitsi teisaldamisel Sally Maripuu, Anne Sirge, Regina Palatu - AS Ida-Tallinna Keskhaigla	23
Ajakohane toitlustamine haiglas Sirje Kiisküla - AS Rakvere Haigla	25
Töönõustamiseks valmisolek ITK näitel 2004–2008 Lea Karik, Katti Kõrve - AS Ida-Tallinna Keskhaigla	26
Patsiendiõpetus – mõtetest tegudeni Ida-Tallinna Keskhaiglas Ülle Rohi - AS Ida-Tallinna Keskhaigla	27
Vastsündinute kuulmise sõeluuring. Habilitatsiooni võimalused Eestis Liina Luht, Katrin Kruustük, Raili Raadik - AS Ida-Tallinna Keskhaigla	29
Patsiendi turvalisuse tagamine nuklearmeditsiinis on meeskonnatöö Eve Palotu, Eve Kelk, Anne Poksi, Galina Šamarina - AS Ida-Tallinna Keskhaigla	31
Toitlustamise indikaatorid raviastutuses haiguspuhuse toitumise organiseerimisel Liidia Kiisk - SA Tartu Ülikooli Kliinikum	32
Kroonilise neeruhaige taastusravi Liidia Kiisk - Anatoomia Instituut; Ülle Pechter - Tartu Ülikooli Kliinikum; Mai Rosenberg - Tartu Ülikooli Kliinikum	34
Lapsega haiglas viibivate vanemate vajadused Lagle Suurorg - SA Tallinna Lastehaigla	36
Diabeedihaigete ravitulemused – kas võimalus hinnata tervisedenduslikku tegevust ja ravikvaliteeti? Lagle Suurorg - SA Tallinna Lastehaigla	38
Puhas enesekateteriseerimine Riina Tiido - SA Tartu Ülikooli Kliinikum	40
Märkmed	42