

KLIINILISTE AUDITITE KÄSIRAAMAT

2020

Kliiniliste auditite käsiraamat 2020

Otsingusõnad: kliiniline audit, tervishoiu kvaliteet, kvaliteedi parendamine, Eesti

Koostajad: Kristy Aidla (Eesti Haigekassa), Sirje Kree (Eesti Haigekassa), Ulla Raid (Sotsiaalministeerium), Marko Murruste (Eesti Haiglate Liit), Juta Varjas (Terviseamet), Elle-Mall Keevallik (Eesti Pearingstide Selts), Ülle Rohi (Eesti Õdede Liit)

Eelmise (2014) käsiraamatu koostamisse panustasid Ulla Raid, Jane Alop, Triin Habicht, Ülle Kirss, Mari Mathiesen, Arvo Mesikepp, Anneli Ojasalu, Anneli Truhanov, Sirje Vaask. Tartu Ülikooli arstiteaduskonnast Anneli Uusküla, Ruth Kalda, Helle Karro, Priit Kasenõmm, Marko Murruste, Marje Oona, Riina Salupere, Joel Starkopf, Pille Taba, Veiko Vasar ja välisekspertina Charles Shaw

Materjali reprodutseerimine levitamise eesmärgil ei ole lubatud ilma Eesti Haigekassa nõusolekuta.

© Eesti Haigekassa 2020

Lastekodu 48, 10114 Tallinn

www.ravijuhend.ee, www.haigekassa.ee
info@haigekassa.ee

ISBN 978-9916-608-03-6

Käsiraamatu koostamist rahastas Eesti Haigekassa

Soovituslik viitamine: Aidla, K., Keevallik, E.-M., Kree, S., Murruste, M., Raid, U., Rohi, Ü., Varjas, J. (2020). Kliiniliste auditite käsiraamat 2020. Eesti Haigekassa.



SOTSIAALMINISTEERIUM



Eesti Pearingstide Selts



Eesti Õdede Liit
Estonian Nurses Union



TERVISEAMET

SISUKORD

1. KLIINILINE AUDIT – TERVISHOIUTEENUSE KVALITEEDI PARENDAMISE MEETOD	4
1.1. Kliiniliste auditite ajalugu	5
1.2. Tervishoiuteenuste kvaliteedi hindamine ja järelevalve Eestis	6
1.3. Kliinilise auditi ja teadusuuringu erinevused	7
1.4. Kliinilise auditi protsess ja auditi osapooled	9
1.5. Auditeerimise eetika ja õiguslik raamistik	11
2. KLIINILISE AUDITI ETTEVALMISTUS	13
2.1. Teema valik	13
2.2. Töörühma moodustamine	16
2.3. Eesmärgi sõnastamine	17
2.4. Standardite ja hindamiskriteeriumite koostamine	18
2.5. Andmete kogumise ettevalmistamine ja auditeeritavate teavitamine	23
2.6. Valimi moodustamine	25
3. KLIINILISE AUDITI LÄBIVIIMINE	28
3.1. Andmete kogumine	28
3.2. Andmeanalüüs ja saadud tulemuste võrdlemine standarditega	30
3.3. Aruande koostamine ja tulemuste arutelu	31
4. TEGEVUSED PÄRAST AUDITIT	34
4.1. Ettepanekute arutelu ja tegevusplaani koostamine	34
4.2. Ettepanekute rakendamine ja hindamine	34
5. KASUTATUD KIRJANDUS	36
Lisa 1. Auditi tegevused, ajakava ja vastutajad	38
Lisa 2. Struktuurüksuse kliinilise auditi näidis	39
Lisa 3. Huvide deklaratsiooni näidis	43
Lisa 4. Auditi tegevuskava	45
Lisa 5. Auditi aruande näidis	46
Lisa 6. Auditi vormistusnõuded	47

1. KLIINILINE AUDIT – TERVISHOIUTEENUSE KVALITEEDI PARENDAMISE MEETOD

Käsiraamat keskendub standardipõhisele auditile ehk kliinilise praktika hindamisele, võttes aluseks Eesti või rahvusvaheliste ravi- ja tegevusjuhendite soovitusel.¹ Käsiraamatu eesmärk on toetada tervishoiusüsteemi kliiniliste auditite korraldamisel, pakkudes metoodilist juhendit kliinilise auditi teema valikuks, eesmärkide ja hindamiskriteeriumite koostamiseks, tulemuste analüüsimiseks ja esitamiseks ning parendustegevuste planeerimiseks.

Aastal 2002 avaldas National Institute for Health and Care Excellence (NICE) dokumendi, mis defineeris kliinilise auditi järgmiselt: **kliiniline audit on kvaliteedi parendamise protsess, mille eesmärk on parandada patsientide ravi ja ravitulemusi, hinnates neid süstemaatiliselt kindlate kriteeriumitega ning rakendades vajalikke muudatusi kas üksikisiku, struktuurüksuse/asutuse või teenuse tasemel.**²

Kliiniline audit on muutunud üha enam tervishoiutöötajate töö ja erialase pädevuse osaks, selle läbiviimine ja selles osalemine toob kasu mitmel moel^{1,3}:

- võimaldab hinnata ja parandada patsientidele osutatud ravikvaliteeti ja patsiendiohutust ning aitab järgida üldtunnustatud ravistandardeid (edaspidi standard);
- määratleb ja edendab hea kliinilise praktika juurdumist;
- parandab tervishoiu efektiivsust;
- võimaldab tervishoiutöötajatel välja selgitada probleeme oma valdkonnas ja teha ettepanekuid nende lahendamiseks;
- võimaldab olla kursis ajakohase tõenduspõhise praktikaga;
- edendab meeskonnatööd ja omavahelist suhtlust ning pakub võimalust tööga rahulolu suurendamiseks.

Kliiniliste auditite abil on võimalik soodustada parimat praktikat tervishoius ning parandada nii teenuse osutamise sisemist korraldust kui ka selle

tulemit kasutajate jaoks. Üldisemalt aitab audit vastata kolmele põhilisele küsimusele:

- Mida me peaksime tegema?
- Kas me teeme seda, mida me peaksime tegema?
- Kui ei, siis kuidas me saame olukorda muuta?

Kliiniline audit on üks võimalik viis tervishoiu kvaliteedi arendamiseks^{1, 4,5}. On neli kliinilise auditi tüüpi⁶:

1. Standardipõhine – tsükkel, mis hõlmab standardite määratlemist, andmete kogumist, et mõõta praegust praktikat standarditega ja rakendada vajalikke muudatusi.
2. Kõrvalekallete sõelumine ja kriitiliste juhtumite jälgimine – tavaliselt kasutatakse ootamatute probleemide ja tulemustega juhtumite hindamiseks. Multidistsiplinaarne meeskond arutab üksikute juhtumite üle, et kajastada meeskonna toimimisviisi ja õppida tulevikuks.
3. Üksikjuhtude eksperdihinnang (*peer-review*) – eksperdid annavad hinnangu üksikjuhtude puhul, kas osutati parimat võimalikku ravi. Sarnaneb teise audititüübiga, keskendub eelkõige kriitilistele juhtumitele (ebaharilikud, tüsistunud ja letaalsed juhud). Süsteemseid soovitusi tavaliselt anda ei saa, kuna puudub kindel meetod.
4. Patsientide küsitlused ja fookusgrupi uuringud – annavad infot selle kohta, kuidas patsiendid ise on rahul neile osutatava tervishoiuteenusega.

1.1. Kliiniliste auditite ajalugu

Esimeste kliiniliste auditite teerajajad olid Florence Nightingale (19. sajandi keskpaik) ja Ernest Codman (20. sajandi algus), kes, kasutades erinevaid meetodeid, jälgisid mõlemad patsientide haigestumus- ja suremuskordajaid. F. Nightingale kasutas epidemioloogilist meetodit, jälgides haiglatekkese infektsiooni levikut seoses hügieenistandarditega.⁷ Pärast rangete hügieenireeglite kehtestamist kahanes suremus 40%-lt 2%-le.¹ E. Codman jälgis süsteemselt patsientide operatsioonijärgset taastumist, et jõuda jälile ravivigadele ning seeläbi parandada ravikvaliteeti.⁸

Tervishoiukvaliteedi hindamise arengus on oluline koht ka Avedis Donabe-

dianil, kes avaldas 1966. aastal kontseptuaalse mudeli, mis lõi raamistiku tervishoiu kvaliteedi hindamiseks. Ta väitis, et tervishoius saab hinnata kolme dimensiooni: struktuuri, protsessi ja tulemusi.⁸ (Täpsemalt peatükis 2). Nende murranguline töö viis meditsiinilise auditi mõiste tekkeni ja rakendamiseni 1989. aastal Suurbritannias National Health Service'i (NHS) poolt. Meditsiinilise auditi mõiste all peeti silmas süstemaatilist meditsiinkvaliteedi analüüsi, kus käsitleti diagnoosimis- ja raviprotseduure, ressursside kasutust, tulemusi ning patsiendi elukvaliteeti.¹ Kui esialgu oli kliiniline audit mõeldud vaid arstidele, siis 1990ndate alguses jõuti järeldusele, et nende õnnestumiseks on vaja multidistsiplinaarset käsitlust. Seetõttu hõlmasid kliinilised auditid peagi kõiki tervishoiutöötajaid.⁹ Aastate jooksul kujunes meditsiinilise auditi nimetusest välja kliiniline audit (käsiraamatus nimetatakse ka auditiks) ja definitsioon muutus veelgi kõikehõlmavamaks.¹

Eestis ulatub esimeste tervishoiuvaldkonnas dokumenteeritud auditite ajalugu teadaolevalt 1990ndate keskpaika. Aastal 1994 viisid doktorid Andres Ellamaa, Jüri Gross, Heino Kokk ja Rein Zupping läbi tollase Riigi Keskaigekassa tellimisel uuringu „Ravi kvaliteedi uuring Eesti haiglates”.¹⁰ Aastal 1995 teostasid dr. Zupping ja dr A. Ellamaa uuringu teemal „Tallinna haiglatesse hospitaliseerimise motiveeritus ja ravidiagnostiliste protseduuride otstarbekus”.¹¹

1.2. Tervishoiuteenuste kvaliteedi hindamine ja järelevalve Eestis

Eesti Haigekassal (edaspidi haigekassa) on seadusega sätestatud ülesanne kontrollida osaliselt või täielikult tasustatavate teenuste kvaliteeti ja põhjendatust. Tervishoiuteenuste ühtlaselt hea kvaliteedi tagamiseks on väga oluline järjepidevalt jälgida osutatud teenuseid ja regulaarselt hinnata kvaliteedinäitajaid. Tervishoiuteenuste kvaliteedi hindamiseks kasutab haigekassa lisaks kliinilistele audititele sihtvalikuid, tegevuste ja tulemuste mõõtmiseks ravikvaliteedi indikaatoreid. Alates 2002. aastast on haigekassa regulaarselt koordineerinud auditite valmimist ja alates 2007. aastast avaldanud tulemusi haigekassa kodulehel. Haigekassa kliinilistes

auditites hinnatakse teenuseosutajate tervishoiuteenuse osutamise seotud kliinilise töö kvaliteeti ja tehakse ettepanekuid parendusteks. Erialaseltside nimetatud esindajad on auditeerinud eri tervishoiuteenuse osutajate raviprotsessi ja -tulemusi.

Riiklikku järelevalvet tervishoiuteenuste osutajate tegevuse ja nõuetele vastavuse üle teeb Terviseamet. Patsientide üksikkaebustega tegeleb lisaks haigekassale ka Sotsiaalministeeriumi juurde loodud tervishoiuteenuste kvaliteedi eksperdikomisjon, mille ülesanne on anda sõltumatu hinnang patsiendile osutatud tervishoiuteenuse sisulisele kvaliteedile. Kõik tervishoiuteenuse osutajad vastutavad oma asutusesisese kvaliteedijuhtimise süsteemi olemasolu ja toimimise eest, samuti töötajate koolitamise eest ning teevad auditeid asutuse tasemel.¹²

1.3. Kliinilise auditi ja teadusuuringu erinevused

Teaduslike uurimistööde ja auditite vahel on oluline seos, kuid neid tuleb osata üksteisest eristada. Mida paremini on ühe või teise ravimeetodi eelised haiguse ravimisel teadusuuringutega tõestatud, seda kindlamad on ravijuhenditest tulenevad soovituselised ehk standardid, mis võetakse omakorda aluseks auditi puhul. Kuigi mõlema ettevalmistustöö on sarnane, on neil erinevusi, millest tähtsaimad on esitatud tabelis 1.^{1, 13, 14}

Tabel 1. Kliinilise auditi ja teadusliku uuringu erinevused

Teaduslik uurimistöö	Kliiniline audit
Annab vastuse küsimusele „Mis on parim praktika?”.	Annab vastuse küsimusele „Kas parimat praktikat järgitakse?”.
Seotud eri teooriatega.	Tugineb parimale kliinilisele praktikale.
Põhineb hüpoteesidel.	Põhineb kliinilise praktika võrdlemisel standarditega.
Võib sisaldada või tulemusena pakkuda teadmisi uute ravi- ja diagnostikameetodite kohta.	Ei sisalda ega paku uusi ravimeetodeid, kuid on sisendiks ravi- või patsiendikäsitluse paremaks korraldamiseks.
Uuritakse suurt rühma isikuid mingi aja vältel.	Auditeeritakse väiksemat rühma isikuid lühema aja jooksul.
Täpne meetoodika, sh välja arvatatud valimi suurus (valiidsus), statistilised analüüsid jms.	Võimalik kasutada eri meetodeid, väiksem valimi suurus (sh üksikjuhtumi analüüs), tulemuste tõlgendamisel kasutatakse lihtsamat kirjeldavat statistikat.
Tulemused on üldistatavad suuremale rühmale rahvusvaheliselt, neid esitletakse laiale avalikkusele kohalikul või rahvusvahelisel tasandil.	Tulemused on spetsiifilised ja olulised kohalikul tasandil (nt riik, organisatsioon, patsiendirühm).
Vajab kindlasti eetikakomitee luba.	Tavaliselt ei vaja eetikakomitee luba. Vajalik ainult teatud juhtudel, kui on vaja andmeid eri allikatest.

1.4. Kliinilise auditi protsess ja auditi osapooled

Kliiniline audit koosneb omavahel seotud etappidest, mis omakorda jagunevad tegevusteks (joonis 1).^{1, 7} Täpsemalt tuleb alategevustest juttu järgmistes peatükkides.

1. ETTEVALMISTUS

- ✓ Auditi teemade valik
- ✓ Auditi tööruhma moodustamine
- ✓ Auditi eesmärgi sõnastamine
- ✓ Standardite põhjal hindamiskriteeriumite koostamine, sh eesmärkväärtuse kokkuleppimine
- ✓ Valimi moodustamine
- ✓ Auditeeritavate teavitamine
- ✓ Andmete kogumise ettevalmistamine

2. LÄBIVIIMINE

- ✓ Andmete kogumine, sh testimine
- ✓ Andmekvaliteedi kontroll
- ✓ Andmeanalüüs ja tulemuste võrdlemine eesmärkväärtustega
- ✓ Aruande koostamine
- ✓ Tulemuste edastamine auditeeritutele
- ✓ Auditeeritute tagasiside
- ✓ Auditi tulemuste arutelu

3. PARENDAMINE

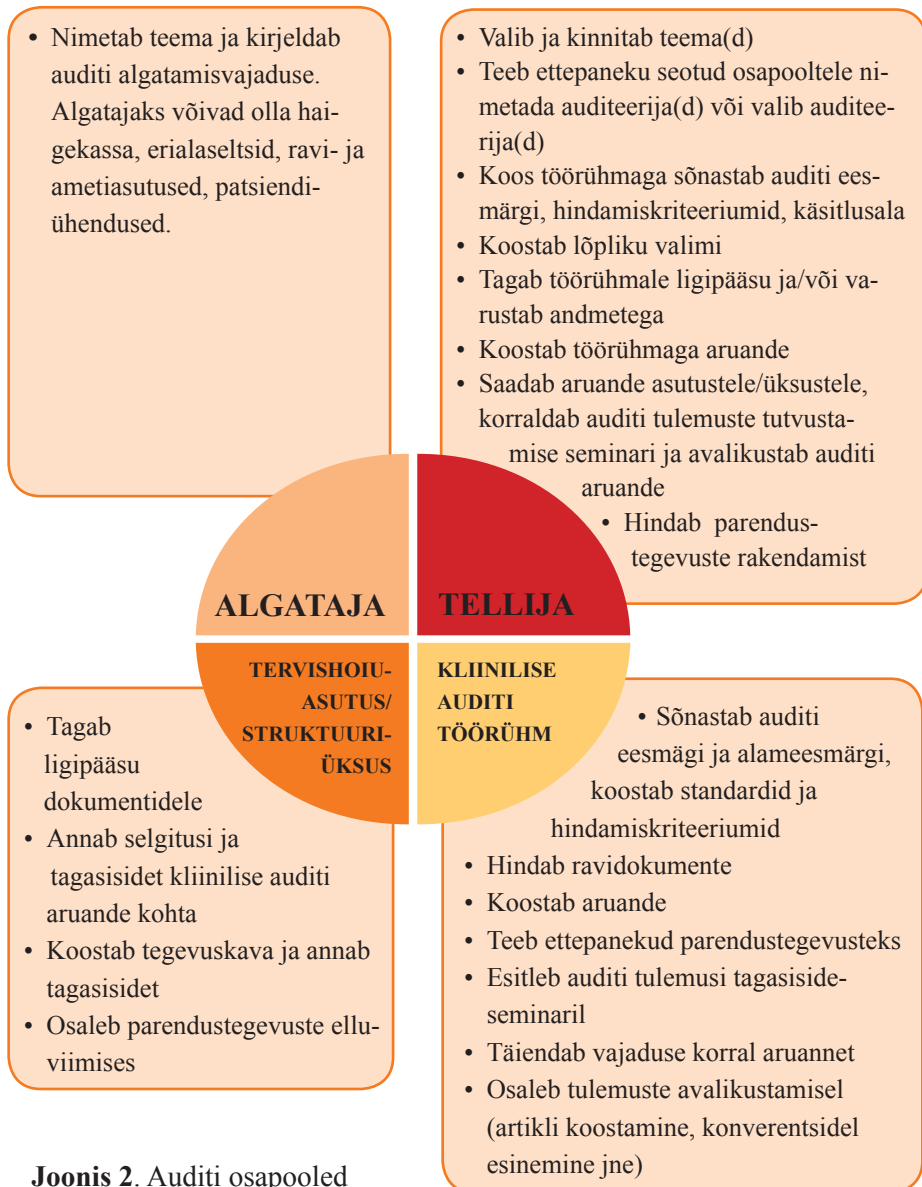
- ✓ Ettepanekute arutelu
- ✓ Tegevusplaani koostamine
- ✓ Ettepanekute rakendamine ja hindamine

4. KORDUSHINDAMINE

- ✓ Kordusaudit, sihtvalik jms

Joonis 1. Kliinilise auditi etapid

Kliinilise auditi protsessi on kaasatud mitu osapoolt: auditi teema algataja ja/või tellija, auditi töörühm ja auditeeritav tervishoiuasutus või struktuuriüksus (vt joonis 2).



Joonis 2. Auditi osapooled

Näidis tellitava auditi ajakava, tegevuste ja osapoolte ülesannetest on toodud **lisas 1**. Sarnane loend tegevustest koos ajakavaga sobib mõningaste kohandustega ka asutusesiseseks kliiniliseks auditiks, vt **lisa 2**.

1.5. Auditeerimise eetika ja õiguslik raamistik

Kliinilise auditi puhul tuleb järgida eetilist raamistikku. Auditeerimise põhimõtted on ausus, objektiivsus, erialane pädevus, konfidentsiaalsus, professionaalne käitumine, sõltumatus ja austav suhtumine teistesse ning tegutsemine patsientide ja laiema avalikkuse huvides. Ehkki kliinilise auditi puhul juhindutakse eelkõige tervishoiukorraldust reguleerivatest õigusaktidest, tuleb auditi korraldamisel arvestada eetika-, andmekaitse- ja konfidentsiaalsusnõuetega. Esmane põhimõte on, et patsiendi huve ei tohi kahjustada.

Auditi objektiivsuse ja läbipaistvuse jaoks on vaja välja selgitada auditeerijate huvid ning neid hinnata, et vältida võimalikku huvide konflikti. Huvide konflikt on vastuolu ametiisiku erahuvide ja töökohustuste vahel, kus erahuvide võivad sobimatult mõjutada ametikohustuste täitmist ja sellega kaasnevat vastutust. Huvide konflikti hulka kuuluvad kliinilise auditi teemaga seotud rahalised, ametialased või muud huvid ja võimalik saadav kasu, samuti igasugune huvi, mis võib oluliselt mõjutada tehtava töö tulemust. Huvide deklaratsiooni näidis on välja toodud **lisas 3**. Kui auditeerimise käigus auditeerija huvid muutuvad, peab ta sellest auditi tellijat teavitama. Tellija otsustab, kas auditeerija jätkab töös osalemist.

Nii patsientidele kui ka tervishoiuteenuse osutaja personalile peab olema tagatud konfidentsiaalsus ning kliinilises auditis kasutatavad andmed peavad olema kogutud ja säilitatud nõuetekohaselt, järgides kehtivaid õigusakte. Andmete kogumisest on täpsemalt juttu peatükis 3.1.

Tervishoiuteenuste osutamist reguleerib võlaõigusseadus¹⁵, mis seab raamistiku kõigile tervishoiuteenustele, tasub nende eest siis riik, haigekassa, omavalitsus või patsient. Võlaõigusseaduses on sätestatud tervishoiuteenuse osutaja ja patsiendi kohustused, patsiendi teavitamise ja teenuse osutamiseks vajaliku nõusoleku saamise nõuded, tervishoiuteenuse osu-

taja saladuse hoidmise kohustus ning tervishoiuteenuse osutaja vastutus. Võlaõigusseaduse alusel peab tervishoiuasutus tagama teenuse osutamise vähemalt arstiteaduse üldisele tasemele vastavalt ja seda teenust tuleb osutada oodatava hoolega. Üldtunnustamata ennetus-, diagnostilist või ravi-meetodit on lubatud kasutada, kui tavapärased meetodid lubavad väiksemat edu, kui patsienti on teavitatud ja patsient on andnud oma nõusoleku. See loob õigusliku raamistiku auditeerijate ettepanekute rakendamiseks, et tagada patsiendile võlaõigusseaduse kohane teenus.

Kliiniliste auditite teostamise üks õiguslikke aluseid on Eesti Haigekassa seadus.¹⁶ Haigekassa lähtub oma tegevuses kehtivatest õigusaktidest, sh ravikindlustuse seadusest ja isikuandmete kaitse üldmäärusest (GDPR)¹⁷ ning haigekassa ja tervishoiuteenuse osutaja vahel sõlmitud ravi rahastamise lepingust. Eesti Haigekassa seaduse kohaselt on haigekassal õigus küsida kõigilt isikutelt ja asutustelt dokumente ja andmeid, sh eriliigilisi isikuandmeid.

Eestis sätestati 2001. aastal esimest korda tervishoiuteenuste korraldamise seaduses¹⁸ võimalus kliiniliste auditite korraldamiseks. Seda reguleerib sotsiaalministri määrus „Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded”¹⁹, kus on sätestatud tervishoiuteenuse osutaja kohustused tervishoiuteenuse kvaliteedi tagamisel ning välja on toodud ka kohustus kasutada kliinilist auditit, enesehindamist ja ravidokumentide kontrolli.

Kliinilise auditi tegemiseks ei ole vaja eetikakomitee luba. Inim- ja teadusuuringuid kliinilise auditi raames ei tehta. Kui andmevahetus toimub suures mahus ja eri asutuste vahel, näiteks andmevahetus Sotsiaalkindlustusameti ja Töötukassa vahel, võib osutada vajalikuks Andmekaitse Inspeksiooni luba.

2. KLIINILISE AUDITI ETTEVALMISTUS

2.1. Teema valik

Auditi teema hoolikas valik ja selle fookustamine on auditi edukuse seisukohalt väga tähtis. Samuti tuleb silmas pidada, et auditi korraldamine on ressursimahukas (aeg, inimesed) ettevõtmine, mistõttu tuleb põhjalikult kaaluda, kas audit on teema hindamiseks kõige sobilikum meetod. Auditi teema valik algab võimalike probleemkohtade väljaselgitamisega. Ettepanekud auditi teema kohta võivad tekkida varasemate auditite tulemuste põhjal, rahulolu-uuringutest või muudest allikatest. Näiteks ravijuhendi rakenduskavas on tavaliselt kokku lepitud ravijuhendi soovitude rakendamise hindamine, mille üks võimalusi on ka kliiniline audit.

Auditi teema ja eesmärk suunavad, missugust aspekti teenusest on vaja hinnata. 1966. aastal töötas Avedis Donabedian välja mudeli (vt joonis 3), mille alusel on auditiga võimalik hinnata kolme aspekti.³ Enamasti keskenduvad kliinilised auditid protsessi hindamisele, sest need on aidanud saavutada parimaid ravitulemusi patsientide seas. Struktuuri ja tulemuste hindamisel esinevad teatavad puudujäägid, mistõttu mõnel juhul võib kliinilise auditi raames olla põhjendatud hinnata ka struktuuri ja tulemusi, kui see on hea ravitulemuse saavutamiseks kriitilise tähtsusega.

STRUKTUUR

Mida on vaja selleks,
et saavutada tulemus?

Struktuur – määratakse kindlaks, missugused ressursid on teenuse osutamiseks ja patsiendi ravimiseks või hooldamiseks vajalikud. Selleks on personali koosseis, organisatsiooni korraldus (protseduurid, protokollid, juhendid, dokumentatsioon), seadmete ja ruumide nõuded.²⁰ Eestis võib selliseks auditiks pidada riiklikku järelevalvet, mida teeb Terviseamet oma tegevusvaldkonnas.

PROTSESS

Mida tehakse selleks,
et saavutada tulemus?

Protsess – võetakse kokku tegevused ja otsused, mis puudutavad teenuse kasutajaid ehk patsiente. See võib sisaldada tervishoiutöötajate tehtavaid konsultatsioone, uuringuid, kasutatavat ravikorraldust, kirurgilisi või terapeutilisi võtteid, koolitamist-nõustamist ja dokumenteerimist. Oluline on määratleda, mil moel mõjutavad protsessi kriteeriumid tulemust.

TULEMUS

Mis on oodatav/
saavutatav tulemus?

Tulemus – mõõdetakse muutust mingi meditsiinilise sekkumise tulemusena ning antakse seejuures ülevaade tervises seisundist ja/või teadmiste tasemest ja/või rahulolust, näiteks suremus, haiguse kordumine, komplikatsioonide ja korduvhospitaliseerimise määr ning elukvaliteet.²⁰ Vahel on mõistlik mõõta ka vahetulemusi (nt vererõhk, valu tugevus), kuna üksnes lõpptulemuste mõõtmine ei pruugi anda piisavalt teavet selle kohta, mis on muutuse tinginud ning mida muutes on võimalik paremat tulemust saavutada. Üks osa tulemustest on keskendumine ka patsiendi rahulolule. Lisaks kliinilistele audititele hinnatakse Eestis seesuguseid tulemusi näiteks mitmesuguste indikaatorite kaudu

Joonis 3. Struktuur-protsess-tulemus

Teemade tähtsuse väljaselgitamiseks on kõige lihtsam viis nende hindamine kindlate kriteeriumite abil^{3, 21} (vt tabel 2). Soovitav on kasutada hindamiskaalat vahemikus 1–3, kus 1 – ei ole oluline, 2 – oluline, 3 – väga oluline. Igale teemale antakse kriteeriumite kaupa skooore 1–3, lõpuks arvutatakse iga teema tulemused kokku ja reastatakse punktisumma kaupa. Enim punkte saanud teema on prioriteetsem.

Tabel 2. Näidis teemade valiku hindamiseks

Valikukriteerium	Teema 1	Teema2	Teema 3
Kas teema on seotud suurte kuludega? (nt ravim Trastuzumab rinnavähi ravis)	1–3	1–3	1–3
Kas teema on seotud teenuse mahu suurenemisega? (nt sagedased röntgenid EMO-s)	1-3	1-3	1-3
Kas esineb raviasutuste/üksuste vahelisi erinevusi raviprotsessis ja -tulemustes?	1–3	1–3	1–3
Kas teema on seotud ohuga patsiendi või personali tervisele?	1–3	1–3	1–3
Kas teema on seotud prioriteetse valdkonnaga?	1–3	1–3	1–3
Kas on teada teemaga seotud kvaliteediprobleemid (nt patsientide kaebused)?	1–3	1–3	1–3
Kas auditi tulemuste põhjal on võimalik praktikat parendada?	1–3	1–3	1–3
Kas teema on oluline kohalikul või riiklikul tasandil?	1–3	1–3	1–3
Kas kliinilise auditi standardite sõnastamiseks on olemas tõendus põhised materjalid?	1–3	1–3	1–3
Summa kokku			

Kui valikus olevad teemad on olulisuse alusel järjestatud, tuleb veel kord kaaluda, kas teemad on auditi jaoks sobivad või sobib mõni muu meetod ühe või teise teemaga tegelemiseks paremini, nagu näiteks sihtvalik või raviarvete analüüs.

2.2. Töörühma moodustamine

Tagamaks, et audit oleks edukas ja täidaks eesmärgi, on töörühma vajalik kaasata õigete ja sobilike oskustega inimesed. Töörühma moodustamisel tuleb silmas pidada, et sinna kuuluvatel isikutel oleksid oskused järgmistes valdkondades³:

- kliiniline pädevus auditeeritavas valdkonnas;
- kliinilise auditi metoodika tundmine;
- andmete kogumise ja analüüsi oskus;
- tulemuste esitamise ja selgitamise oskus;
- vähemalt ühel liikmel projektijuhtimise ja eestvedamise oskus;
- teadmised andmekaitsealustest;
- meeskonnatööoskus;
- suhtlemisoskus.

Olenemata tellijast on soovitatav valida auditi töörühma juht, kes vastutab auditi läbiviimise eest. Juhtauditeerija ülesanne on tagada auditi nõuetele ja ajakavale vastav töökorraldus, ülesannete jaotamine ning sujuv koostöö auditi töörühma liikmete vahel. Juhtauditeerijaks sobib inimene, kel on kogemusi ja pädevust projektide või varasemate auditite eestvedamisel ning kes vastab ka kõikidele auditeerijale seatud kriteeriumitele.

Sõltuvalt auditi teemast on soovitatav planeerida multidistsiplinaarsed auditi töörühmad. Töörühma kokkupanekul tuleb arvestada, et teema võib eeldada pädevust mitmel erialal (nt peremeditiin, kardioloogia, õendus/ämmaemandus). Kuna auditeerimine eeldab kliinilise pädevuse kõrval ka andmetöötluse vm erioskusi, on soovitatav kaasata sobiva ettevalmistusega inimesed. Töörühma liikmete leidmiseks pööratakse erialaühenduste poole. Kui võimalik, tuleb kaasata ka patsientide esindaja.²² Töörühma suurus sõltub auditi teemast ja mahukusest, kuid soovituslikult võiks see olla 2–6 inimest. Liiga suures töörühmas võib tekkida küsitavusi andmete ühesuguses tõlgendamises, infovahetuses ja töö koordineerimises.

Eduka auditi korraldamise eeldus on, et kõik töörühma liikmed on teadlikud auditi metoodikast ja oma rollist ning ollakse valmis järgima projekti ajakava. Võimaluse korral peaks auditi töörühmas olema asjaomase koolituse saanud või eelneva auditi tegemise kogemusega eksperte. Kõigi töörühma liikmete paremaks kaasamiseks tuleb korraldada auditi alguses kohtumine, kus lepitakse kokku hindamis põhimõtted, vajalikud tegevused ja mahud ning vastutajad ja tähtajad.

2.3. Eesmärgi sõnastamine

Pärast auditi teema kokkuleppimist sõnastab töörühma auditi lõpliku eesmärgi. Eesmärk võib olla sõnastatud kas väitena, mida me tahame, et auditi tulemusena juhtuks, või küsimusena, millele me tahame auditiga vastust ja mida selleks tuleb hinnata.^{22, 23} Kuna eesmärk on enamasti üldine, siis on soovitatav sõnastada ka alameesmärgid/-küsimused, millele audit peab vastused andma ja mis annavad selgema ettekujutuse sellest, mida tuleb eesmärgi saavutamiseks hinnata. Alameesmärgid/-küsimused võivad olla sõnastatud kas kindlate ülesannetena või kvaliteediaspektidena (teenuse sobivus, ajakohasus, kättesaadavus, efektiivsus), mida on auditiga plaanis käsitleda.²³

Auditi eesmärgi sõnastamisel soovitatakse kasutada järgmiseid tegusõnu: *parandada, tõhustada, suurendada, tagada, muuta, teha kindlaks, kinnitada* jne.^{3, 2, 24} Järgnevalt on toodud näidis (vt tabel 3), mida võiks eesmärkide sõnastamisel aluseks võtta.

Tabel 3. Eesmärkide sõnastamine

Teema	Süvaveenitromboosi profülaktika käsitlus kirurgilises ja mittekirurgilises osakonnas.
Eesmärk	Paraneb venoosse tromboosi ja venoosse tromboosia profülaktika haiglates.
Alameesmärgid/ -ülesanded	<ol style="list-style-type: none">1. Kaardistada süvaveenitromboosi profülaktika praktika kirurgiliste ja mittekirurgilise profiiliga osakondades.2. Kaardistada süvaveenitromboosi profülaktikaga seotud protokollide või juhendite kasutamine osakondades (struktuur).3. Hinnata venoosse tromboosi ja venoosse tromboosia profülaktika vajadust ja rakendamist (protsess).4. Hinnata, kas süvaveenitromboosi profülaktikat saanud ja mittesaanud patsientide vahel esines haigestumises erinevusi 90 päeva jooksul pärast esmast hospitaliseerimist (tulemus).

2.4. Standardite ja hindamiskriteeriumite koostamine

Kliiniline audit on standardipõhine ja kliinilise praktika vastavust standarditele hinnatakse eri hindamiskriteeriumite alusel. **Standard** on selgesõnaline ja mõõdetav väide, milles kirjeldatakse üksikasjalikult neid kvaliteediaspekte, mida senises praktikas hinnata. Standardid põhinevad parimatel tõenduspõhistel materjalidel, arvestades auditi eesmärki ja ülesandeid.²² Kõigi auditisse valitud standardite puhul on korrektne lisada viide aluseks olnud allikale. Kasutatud allikaid võib olla mitu.

Standardite koostamiseks kasutage järgmiseid dokumente:

- riigisisised või rahvusvahelised ravi- ja tegevusjuhendid (sh kokkulepitud praktilised suunised);
- asutusesisesed töökorralduslikud dokumendid;
- õigusaktid.

Kui standardite koostamiseks rahvusvahelised ravijuhendid või protokollid puuduvad (üks ravijuhend tervikuna ei pruugi anda vajalikku hindamislust), tuleb auditi tööruhmil otsida kirjandust ja leppida tööruhmast kokku „parim praktika” ja/või seada kohalik standard.⁵ Vastasel juhul võib hiljem esineda lahkarvamusi hinnatavate seas. Parima teabe leidmiseks sobivad allikad järgmise hierarhiaga²²:

- süstemaatiliste ülevaadete tulemused;
- randomiseeritud kontrolluuringute (RCT) tulemused;
- mitterandomiseeritud RCT tulemused;
- üksikute uurimistööde tulemused;
- eksperdiarvamus(ed), eriaseltside kokkulepped.

Standardite koostamisel soovitatakse lähtuda SMART-mudelist,^{22, 23} mille kohaselt peab standard olema

Specific – konkreetne

Measurable – mõõdetav

Achievable or Agreed – saavutatav või kokku lepitud

Relevant – asjakohane

Theoretically sound or Timely – tõendus põhine või ajakohane

Koos standardi sõnastamisega tuleb määratleda eesmärkväärtus ehk tulemus, millele me eeldame, et praktika vastab. **Eesmärkväärtus** on kindlaksmääratud või vaikimisi kokku lepitud tase, mida soovitakse vaadeldavas käsitluses saavutada. Seda väljendatakse tavaliselt protsentides ning täiesti sobilik on seada eesmärkväärtuseks 100%, kuid see võib olla ka väiksem. Samuti tuleb arvestada erandjuhtudega, mis mõjutavad eesmärkväärtuse saavutamist (nt patsiendi kaasuvad haigused, välised tegurid). Erandites tuleb tööruhma sees kokku leppida enne auditeerimise alustamist.^{5, 22} Tabelis 4 on toodud näide, kuidas võiks standard sõnastatud olla.

Hindamiskriteeriumid on küsimused, mis võimaldavad hinnata ravidokumente, et saada võrreldavaid andmeid (vt tabel 4). Objektivse hinnangu andmiseks on vaja võimalikult konkreetseid ja täpseid hindamiskriteeriumeid. Auditeerimisel saab kasutada nii kvantitatiivseid (numbrilised) kui ka kvalitatiivseid (vaatlus, küsitlused, intervjuud) andmeid.

Tabel 4. Näited standardite ja hindamiskriteeriumite sõnastamiseks

Standard	Eesmärk väärtus	Erand	Hindamiskriteerium	Hindamisskaala	Allikas
Alajäseme veenilaiendid ja krooniline venoosne puudulikkus diagnoositakse esmalt kliinilise läbivaatuse alusel	100%	–	Kas diagnoosimise aluseks oli kliiniline läbivaatus?	Jah – 1 Ei – 2	Jala veenilaiendite ja kroonilise venoosse puudulikkuse diagnoosimine ning ravi ravijuhend ²⁵ . Soovitus nr 1.
Kõigil alajäseme veenilaienditega ja kroonilise venoosse puudulikkusega patsientidel tuleb esmatasandil määrata CEAP klassifikatsiooni C-komponent	100%	–	Kas perearsti poolt oli patsiendil määratud C-komponent?	Jah – 1 Ei – 2	Jala veenilaiendite ja kroonilise venoosse puudulikkuse diagnoosimine ning ravi ravijuhend ²⁵ . Soovitus nr 2.
Ravimite manustamisel vältida lihasesiseseid süsteid		–	Kas patsiendile oli ravimeid manustatud intramuskulaarselt?	Jah – 1 Ei – 2	Perioperatiivne ägeda valu käsitus ²⁶

<p>Vastsündinu läbivaatus teostatakse 5.–7. elupäeval perearstikeskuses või kodus vastavalt tervislikele ja sotsiaalsetele näidustusele, arvestades sünnitusabi teenust osutava meeskonna hinnangut.</p>	100%	<p>Vastsündinu varasel kojukirjutamisel (s.o < 48 elutundi loomuliku sünnituse või < 96 elutundi keisrilõike korral) teeb lapse esmase järelkontrolli 5.–7. elupäeval lastearst sünnitusabiteenust osutavas asutuses.</p>	<p>Kas vastsündinu läbivaatus oli teostatud 5.–7. elupäeval perearstikeskuses või kodus?</p>	<p>Jah – 1 Ei – 2 Info puudub – 3</p>	<p>Lapse tervise jälgimise juhend²⁷</p>
			<p>Kui vastasite „ei”, siis mitmendal päeval läbivaatus tehti?</p>	<p>Sisesta arv</p>	
			<p>Kas varase kojukirjutamise puhul teostas läbivaatuse lastearst?</p>	<p>Jah – 1 Ei – 2 Info puudub – 3</p>	

Tavaliselt on haigusloos kirjeldatud patsiendi seisundit sõnalisel kujul, struktureerimata, mitte numbriliste näitajadena. Hindamiskriteeriumid võimaldavad kirjeldavaid andmeid koguda kodeerituna ehk arvuliselt, mis omakorda võimaldab võrrelda auditi tulemusi eesmärkväärtustega. Näitajate arvulise iseloomustamise põhimõtted lepivad auditeerijad omavahel kokku. Vaba tekstivälja andmekogumisel ei soovitata.³

Hindamiskriteeriumite sõnastus ja valitud skaala (hindamismeetod) peavad olema kõigile auditeerijatele ja auditeeritavatele ühtemoodi arusaadavad. Enimlevinud ja lihtsaim hindamiskaala on koostatud jah/ei-põhimõttel (vastab / ei vasta standardile). Kõik sõnalisel väärtused kodeeritakse, et lihtsustada hilisemat andmetöötlust (jah = 1; ei = 2; pole võimalik hinnata = 3). Kindlasti on oluline eraldi dokumenteerida olukorrad, kus ei saa anda hinnangut andmete puudumise tõttu, mille põhjuseks võib olla see, et teave

- ei ole dokumenteeritud;
- ei ole dokumenteeritud piisava täpsusega;
- on dokumenteeritud, kuid mingil põhjusel ei ole see auditeerijale kättesaadav;
- ei ole patsiendi/käsitluse puhul oluline.

Mõnikord ei pruugi jah/ei-vastustel põhinev hindamine olla piisav. Sel juhul kasutatakse muid skaalasid (intervallskaala, Likerti skaala jne). Sellise skaala kasutamise korral on tähtis enne hindamist määrata kindlaks standardile vastavuse ja mittevastavuse piirid. Kui auditeerijad peavad auditeerimise käigus andma kvalitatiivseid hinnanguid (hea, halb, rahuldav jne), siis on soovitatav varem kirjeldada, missugusel juhul kvalitatiivne hinnang antakse. Siinkohal tuleb meele pidada, et kvalitatiivsete hinnangutega väljendatakse pigem rahulolu kui otsest vastavust hindamise aluseks olnud normile. Juhul kui vastamiseks kasutatakse vaba teksti, siis tuleb tekst hiljem analüüsimiseks ja tulemuste tõlgendamiseks grupeerida.³

Hindamiskriteeriumite koostamisel tuleb pöörata tähelepanu ka pisiasjadele, mis esmapilgul ei pruugi alati tähtsad tunduda. Näiteks kui hinnatakse verekomponentide transfusiooniga seonduvat, tuleks kasutada koguste märkimisel ühtemoodi mahumõõdikuid. Kriteeriumite puhul, kus standardile

vastab nii variant A kui ka variant B, tuleks kaaluda siiski täpsustatud dokumenteerimise vajadust (variant A, variant B, mõlemad, mitte kumbki), kuna see võib anda olulist teavet hilisemate ettepanekute tegemisel (nt lubatud on mõlemad, kuid variant A on odavam). Samuti tuleb tähelepanu pöörata küsimuste omavahelistele seostele, et lihtsustada neile vastamist.

2.5. Andmete kogumise ettevalmistamine ja auditeeritavate teavitamine

Andmete kogumise eel tasub meeles pidada, et koguda tuleb ainult neid andmeid, mida on vaja auditi eesmärkide ja ülesannete saavutamiseks. Enne tuleb läbi mõelda, mis andmeid ja kuidas täpselt on neid plaanis koguda. Sel juhul on abiks järgmised küsimused³:

- Mis tüüpi andmeid (kvantitatiivseid või kvalitatiivseid) on vaja koguda?
- Kas koostatud hindamiskriteeriumid võimaldavad hinnata kliinilise praktika vastavust eesmärkväärtustele?
- Missuguseid andmeallikaid on vaja hinnata, et leida vajalikku informatsiooni?
- Kas andmeid on vaja koguda retrospektiivselt, olevikus või prospektiivselt?
- Kas on vaja luua andmekogumise tööriist?
- Kui suur on valim?
- Kes kogub andmeid?
- Kui kaua andmeid kogutakse ja kuidas (manuaalselt või elektrooniliselt)?
- Kuidas tagatakse andmete kvaliteet?

Valdavalt tehakse kliiniline audit retrospektiivselt, analüüsides ravidokumente ja ravikorraldust reguleerivaid dokumente ning registreeritud andmeid. Dokumentide hindamisel põhinev audit sõltub väga suurel määral dokumenteerimise kvaliteedist.

Andmete kogumise eel luuakse andmete sisestusplatvorm, tuginedes auditi hindamiskriteeriumitele. Enne andmete sisestamist on oluline sisestuskeskkonda testida, kasutades selleks võimaluse korral päris haiguslugusid

(nt 5 haiguslugu). Testimine võimaldab hinnata andmete kättesaadavust ja hindamiskriteeriumite sobivust ja/või piisavust ning andmete kogumiseks ja säilitamiseks kasutatava IT-lahenduse töökindlust, samuti ühtlustada auditi töörühma hindamispraktikat. Vajaduse korral täiendatakse testimise järel hindamiskriteeriume ja sisestuskeskkonda. Kõik muudatused kooskõlastatakse töörühmaga.

Andmete sisestuskeskkonda luues tuleb paralleelselt läbi mõelda auditeerimise käigus saadud andmete salvestamise, säilitamise ja töötlemise tehniline külg, mis vähendaks võimalike vigade teket ning tagaks andmete turvalisuse. Lahenduste valikul tuleb muu hulgas arvestada ka ligipääsetavust eri kohtadest ja sõltumatust teiste auditeerijate või auditeeritavate tööst andmete kogumisel. Andmete säilitamise tehnilise lahenduse valikul on tähtis ette näha andmete töötlemise vajadusi ja võimalusi ning andmete kättesaadavust aja möödudes (näiteks kordusauditi tegemisel). Enimlevinud viis andmete salvestamiseks on Exceli tabelid. Kindlasti tuleb andmete sisestamist ja säilitamist kavandades järgida kõiki eetika- ja andmekaitse nõudeid. Andmete kogumisel ja töötlemisel tuleb järgida järgmisi põhimõtteid:

- andmeid töödeldakse õiglaselt ja õiguspäraselt;
- andmeid töödeldakse ja analüüsitakse auditis püstitatud eesmärkidel;
- kasutatakse korrektseid ja ajakohaseid andmeid;
- dokumente ei hoita enda käes kauem kui vaja ja dokumentide koo-
piad hävitatakse;
- andmed on kaitstud.

Kõiki auditeeritavaid teavitatakse enne andmete kogumist kirjalikult. Auditeeritavatele peab kliinilise auditi eesmärk ja selle korraldusega seonduv olema selge, et vältida hilisemaid lahkkelisid auditi tegemise käigus. Esimeses teavituses tuleb käsitleda järgmisi teemasid:

- auditi algatamise põhjus ja auditeerimise eesmärk;
- auditeerijate tutvustus;
- lühiülevaade hindamiskriteeriumitest ja auditi aluseks olevatest
tõenduspehistest materjalidest;
- ülevaade auditi ajakavast.

Vajaduse korral tuleb korraldada osapooltega eelarutelu, et jagada lisateavet ja vastata küsimustele. Auditi puhul on oluline luua usalduslik ja koostööaldis õhkkond nii auditi töörühmas kui ka auditeeritavates asutustes, kuna see tagab protsessi käigus antavate hinnangute tõsiseltvõetavuse ning loob eeldused parendusettepanekute tulemuslikumaks rakendamiseks. Auditi eelarutelule kutsutakse üldjuhul auditeeritavate tervishoiuasutuste, struktuuriüksuste ja auditiga seotud erialaseltside/ekspertide esindajad. Hiljem, pärast valimi moodustamist, saadetakse auditeeritavatele ravidokumentide hindamiseks taotlus, kus täpsustatakse, millised ravijuhud on valimis, missugused on andmete juurdepääsutingimused, logistika, säilitamishõuded ja auditeeriija(te) andmed.

2.6. Valimi moodustamine

Auditi käsitusala ja hindamiskriteeriumite kokkuleppimise järel moodustatakse valim ehk (haigus)juhtude kogum, mis aitab saada vastuseid püstitatud küsimustele. Kliinilise auditi analüüsi alusel otsustatakse, kas standardeid järgitakse praktikas. Audit ei hõlma üldjuhul kõiki uuritava perioodi asjaomaseid juhte, vaid hindamiseks koostatakse juhuslikkuse alusel esinduslik valim.^{1,28}

Valimisse kaasatud juhtumite arv peab olema piisav hinnangu andmiseks selle kohta, kas puuduse tuvastamisel on tegemist patsiendi eripärast tuleneva kõrvalekaldega, juhusliku eksimuse või süsteemse veaga. Auditi valimi suurus sõltub auditeeritavast valdkonnast, info kogumise vajadusest, info kättesaadavusest ja andmete kogumise ressurssidest.^{1,3}

Valimi suurus peab võimaldama adekvaatseid vastuseid auditi eesmärgis püstitatud küsimusele ning olema usaldusväärne, motiveerima eksperte ja juhte praktikat ja raviprotsessi parendama ning võimaldama üldistusi. Protsessipõhiste auditite standarditele vastavuse hindamisel piisab, kui ühest asutusest kaasatakse valimisse 20–50 juhtumit.²⁹

Auditi valimi koostamise aluseks on enamasti järgmised kriteeriumid:

- 1) valimi periood;
- 2) vanus;
- 3) ravitüüp (ambulatoorne, statsionaarne, päevaravi);
- 4) eriala;

- 5) põhi- ja kaasuvad diagnoosid (esmane ja/või korduv);
- 6) tervishoiuteenuse osutajad (haiglavõrgu arengukava (HVA) haiglad, erahaiglad, perearstid jne);
- 7) osutatud teenused.

Tagamaks, et auditi valim oleks auditi eesmärgi saavutamiseks sobiv, tuleb määratleda, millist teavet on vaja koguda ja millist mitte ehk sõnastada kaasamis- ja välistamiskriteeriumid³.

Tabel 5. Näidis valimi moodustamise tingimustest

Tingimus	Kaasamiskriteerium	Välistamiskriteerium
Vanus	60–89-aastased	< 60-aastased ja ≥ 90-aastased
Ravitüüp	statsionaarne	ambulatoorne, päevaravi
Valimi väljavõtte periood	01.01.2019–30.09.2019	
Raviarve pikkus	≥ 3 päeva	alla 3 päeva
Eriala	kõik, v.a neurokirurgia	neuroloogia
Raviarvel põhidiagnoosina või kaasuva diagnoosina (vajaduse korral täpsustada, kas tegu peab olema esmase või korduva diagnoosiga)	C15.0-C68.9, C73.0-C97; A40-A40.9; A41-A41.9; N10, N11.0-N11.9, N39.0-N39.9; A46, L03.0-L03.9; J10.0-J18.9	Z95.2; I48, I26.0, I26.9, I80.0-I80.9, I81, I82.0-I82.9, I67.6; D50.0; D62; R04; R58; I60.0-I62
Raviasutus	HVA-haiglad	Kõik teised asutused, mis ei kuulu HVA-sse

Kui selgub, et kokkulepitud käsitusala ei võimalda moodustada vajaliku suurusega valimit, tuleb eesmärk ja valimi moodustamine uuesti läbi vaadata ning vajaduse korral muuta (nt pikendada vaadeldavat perioodi).

Valimi moodustamisel kasutada alljärgnevat meetodeid¹:

1. **Lihne juhuslik valim** – juhtumid valitakse juhuslikult, mis tagab, et kõigil juhtudel on võrdne võimalus saada valitud, näiteks kasutades arvutipõhist juhuslike arvude loendit;
2. **Stratifitseeritud juhuslik valim** ehk kihtvalim – populatsioon jagatakse rühmadesse sõltuvalt ühistest omadusest, näiteks diagnoos, vanus, sugu, rahvus. Selle järel võetakse igast rühmast juhuslik valim;
3. **Juhuslik intervallvalim** – populatsioon järjestatakse ja esimene juhtum valitakse juhuslikult. Seejärel valitakse ülejäänud juhtumid eelnevalt kindlaks määratud intervalli alusel, näiteks iga 3. või iga 5. patsient;
4. **Sihotstarbeline valim** – juhtumid valitakse ühiste tunnuste alusel, näiteks diagnoos, vanus, sugu, rahvus. Võrreldes eelnimetatud meetoditega võib selle meetodi kasutamisel olla valim vähem esinduslik.

3. KLIINILISE AUDITI LÄBIVIIMINE

3.1. Andmete kogumine

Andmete kogumisel tasub paberdokumentidele eelistada kas elektrooniliste andmete hindamist (asutuse infosüsteem, registrid) või paberdokumentide digitaliseerimist (skaneerimist). Auditeerijatele tuleb hindamise eesmärgil teha kättesaadavaks kõik teenuse osutamist käsitlevad dokumendid, milles lepitakse eelnevalt kokku (tervisekaardid, haiguslood, hindamiste protokollid, saatekirjad, uuringute tulemused, õenduspäevik, epikriisid, ravimileht jne). Hinnatud ravidokumendid tuleb pärast hindamisetappi auditeeritavale tagastada või lepitakse kokku dokumentide koo-
piate hävitamises. Elektrooniliste andmebaaside (nt asutuse infosüsteem) kasutamisel kliiniliste auditite jaoks peab olema kindel, et andmebaasidest saadav teave on auditi jaoks piisav ja kajastab kõiki vajalikke andmeid.

Elektrooniliste ravidokumentide kasutamise praktika ja üleminek paberdokumentidelt elektroonilistele andmetele on asutustes erinev. Ehkki elektroonsete andmete kasutamine on levimas, ei saa välistada teatud juhtudel paralleelselt nii paber- kui ka elektrooniliste dokumentide kasutamist, kui viimased ei sisalda täies mahus vajalikku infot. Kombineeritud andmete kasutamist tuleb kajastada ka auditi aruandes.

Elektroonilise andmebaasi puhul võimaldab raviasutus auditeerijale juurdepääsuõiguse oma andmebaasis konkreetsetele ravijuhtudele. Andmete käsitlemise kõigis etappides peab järgima tundlike isikuandmete käitlemisnõudeid. Juhul kui auditi valimisse satub isik, kelle terviseandmed on riigisaladusega seonduvalt kaitstud, siis neile hinnangut ei anta ning see fikseeritakse auditi aruandes. Samuti tuleb arvestada eranditega auditi valimis, mis selguvad alles haiguslugude hindamisel. Teatud juhtudel võib olla õigustatud, et valimisse sattunud juhtumite puhul ei ole võimalik hinnata standarditele vastavust. Sellistel juhtudel ei kuulu need juhud samuti analüüsimisele ning auditi tööühmal tuleb otsustada, kas valimisse kaasatakse lisajuhtud või jätkatakse senise valimiga.

Dokumentides jälgitakse ja neist märgitakse üles vaid auditi eesmärgile ja/või püstitatud ülesannetele vastav info. Auditi andmed peavad olema kogutud ja salvestatud (elektrooniliselt) viisil, mis tagab võimaluse neid korduvalt vaadelda ja hinnata andmekvaliteeti. Mõnikord võib mingi osa juhtude puhul vajalikuks osutuda topelt kontroll, et veenduda sisestatud andmete õigsuses. Auditi tulemusena ei tohi tekkida eraldiseisev tundlike isikuandmete isikustatud andmekogu, mistõttu peab andmeid koguma isikustamata kujul, kasutades näiteks kodeeritud näitajaid.

Kui audit sisaldab näiteks **laboriteenuste** või **uuringu** kvaliteedi hindamist, võib peale ravidokumentide olla vajalik juurdepääs ka analüüsi ja uuringu andmetele (nt radioloogiliste uuringute pildid, uuringumaterjal klaasis või vedelikus). Eeltoodud materjalid peavad olema auditiks kättesaadavad.

Dokumentide analüüsi kõrval võib audit lisainfo saamiseks sisaldada **intervjuusid** tervishoiutöötajatega või vaatlust. Intervjuude puhul lähtutakse samuti auditi eesmärkidest ja intervjuu tegemisel on soovitatav aluseks võtta struktureeritud intervjuu vorm. Intervjuu tuleb lindistada ning lindistamine tuleks esmalt kooskõlastada intervjuueeritavatega, samuti leppida kokku andmekogu kasutamise ning säilitamise/hävitamise aeg ja viis. Intervjuu tuleb selle toimumise järel ümber kirjutada, et hiljem teksti analüüsida.

Vaatluse tegemiseks peab olemas olema vaadeldava üksuse nõusolek ja see võib toimuda kas otsese vaatlusena või vaatlusvahenditega (nt veebikaamera). Viimane võib olla vajalik, et tagada hindaja erapooletus ja kaitstus ning see võib mõjutada vähem hinnatava üksuse tavapärast töökorraldust. Vaatluse tulemused tuleb fikseerida vaatlusprotokollis või päevikusse. Kui vaatlus korraldatakse tervishoiuteenuse osutamise kohta, tuleb saada ka selles osaleva patsiendi nõusolek, sest tagatud peab olema patsientide eraelu puutumatus.

Kui auditis kasutatakse **patsientide küsitlust (rahulolu-uuring)**, tuleb samuti teavitada kõiki osalejaid auditi eesmärgist ja kontaktisikust, kes vas-

tab tekkinud küsimustele. Samuti tuleb küsida patsiendilt kirjalik nõusolek küsitluses osalemise ja andmete analüüsi töötlemise kohta. Tähtis on välja tuua, patsiendil on õigus küsitlusest või küsitlemisel osalemisest keelduda ning ka esmase nõusoleku andmise korral on patsiendil õigus hiljem igal hetkel osalemisest loobuda. Küsitlust on võimalik teha intervjuu vormis, paber- või e-küsitlusena. Patsientide küsitlus on struktureeritud ning võib sisaldada nii valikvastustega kui ka avatud küsimusi ning Likerti skaala tüüpi vastustega küsimusi. Meeles tuleb pidada, et koguda tuleb vaid sellist teavet, mida on vaja konkreetse auditi eesmärkide täitmiseks.

3.2. Andmeanalüüs ja saadud tulemuste võrdlemine standarditega

Andmeanalüüsi eesmärk on võrrelda auditi tulemusi eelnevalt sõnastatud standardite eesmärkväärtustega ning selgitada välja neile vastavus.¹ Teisisõnu näitavad auditi tulemused eelneval kokkuleppel õigeks peetud käitumise või soovitud tulemuse esinemissagedust vaadeldava valimi puhul.

Juhul kui standardite eesmärkväärtustes ei ole võimalik eelnevalt kokku leppida (nt baastaseme hindamisel), raskendab see auditeerijate hinnangu- te andmist standardi järgimise suhtes ja tulemusi on lihtsam vaidlustada. Kokkulepitud standardite puudumisel tuleb tulemuste esitamisel kasutada kohalikke ja/või rahvusvahelisi võrdlusrühmi ja ajalisi trende. Auditeerijad analüüsivad kõrvalekallete võimalikke põhjuseid ja pakuvad välja parendusmeetme(d). Teatud juhtudel võib eesmärkväärtusest kõrvalekalle olla põhjendatud, kuid sellisel juhul tuleb erandid välja tuua.^{1, 22}

Andmeanalüüsile eelneb andmete kvaliteedi kontroll, mille käigus tehakse kindlaks ja kõrvaldatakse sisestatud andmetes vastuolud või puudused, et tagada andmete usaldusvärsus.

Andmeanalüüsi keerukus sõltub sellest, missuguseid andmeid on auditiga kogutud² ning enne andmeanalüüsi on oluline kokku leppida, mis meetodiga andmeid analüüsitakse (kvantitatiivne, kvalitatiivne)¹ ja kuidas toimub andmete kodeerimine.³ Tulemuste analüüsi üksikasjalikkuse määrab auditi eesmärk ja juhtude arv auditis. Arvandmete analüüsimisel on tähtis

kokku leppida arvandmete esitamise täpsusaste (komakohtade arv), samuti andmete kuvamise viis (sagedusjaotused, protsendid, miinimum, maksimum, mediaan, aritmeetiline keskmine).³⁰ Arvuliste andmete analüüsimiseks ja tabelite/jooniste koostamiseks on soovitatav kasutada statistilist andmetöötlusprogrammi Microsoft Excel.¹ Kvalitatiivseid andmeid auditiiga üldjuhul ei koguta, kuid kui seda tehakse (vaatlus, intervjuu), siis tuleb saadud andmestik kodeerida ja kategoriseerida. Koodid ja kategooriad väljendavad tekstis peituvaid olulisi ilminguid ja võimaldavad teha järeldusi.³¹ Auditi andmeid analüüsitakse koostöös andmeanalüütikuga.

Andmeanalüüsi lõpuks peaksid tulemused jagunema kolme rühma²²:

- 1) juhud, mis vastasid standarditele;
- 2) juhud, mis ei vastanud standarditele, aga vastasid kokkulepitud eranditele;
- 3) juhud, mis ei vastanud standarditele ega eranditele.

3.3. Aruande koostamine ja tulemuste arutelu

Auditi aruande eesmärk on anda erapooletu, objektiivne ja õigeaegne informatsioon ning soovitused auditeeritavatele, et neil oleks võimalik kvaliteedi parendamiseks teha õigeid otsuseid. Aruandes ei esitata tulemusi raviasutuste või tervishoiutöötajate põhiselt,²¹ juhul kui ei ole auditeeritavatega teisiti kokku lepitud.

Auditi aruanne valmib kahes etapis. Esmalt koostavad auditeerijad esialgse auditi aruande, mis saadetakse tutvumiseks ja kooskõlastamiseks auditeeritud raviasutustele ja teistele seotud osapooletele. Aruande kooskõlastamise eesmärk on välja selgitada, kas pooled on andmeid õigesti tõlgendanud. Eeldatav aeg tagasiside andmiseks on kolm kuni neli nädalat. Koos esialgse aruandega edastatakse auditeeritud raviasutustele individuaalsed tagasisided nende asutuste tulemuste kohta, mille alusel koostavad nad omapoolse tagasiside ning vajaduse korral asutus/osakond/üksus koostab tegevuskava (*action plan, quality improvement plan*) olukorra parendamiseks (**lisa 4**). Tegevuskava on dokument, milles tuuakse üksikasjalikult välja järgmised aspektid^{1, 5, 6, 21, 32}:

- Mida on vaja muuta? – konkreetsed praktikas esinevad probleemid;
- Mida on vaja teha? – tegevused, kuidas kliinilist praktikat paremaks muuta;
- Kes on vastutajad? – määrata, kes on muudatuste elluviimise eest vastutajad;
- Mis ajaks peavad muudatused tehtud olema? – ajaraam, mille jooksul peaksid muudatused tehtud olema.
- Kuidas muudatuste elluviimist jälgitakse? – meetodid, millega hinnata muudatuste rakendumist.
-

Juhul kui auditeeritud raviasutused edastavad oma tagasisides täpsustavaid küsimusi, edastab tellija need auditeerijatele tutvumiseks. Auditeeritute esitatud märkuseid ja kommentaare analüüsitakse ja arutatakse töörühma sees ning vajaduse korral tehakse aruandesse täiendusi.

Auditi aruande koostamisel on soovitatav kasutada struktureeritud vormi (**lisa 5**) ja lähtuda vormistusnõuetest (**lisa 6**). Lisaväärtuseks on auditeerijate hinnangud tulemuste juures. Aruanne võiks sisaldada tabeleid ja jooniseid, mis aitavad paremini illustreerida ja võrrelda auditeeritud üksuste vahel esinevaid erinevusi standardist. Auditi tulemuste kirjeldamisel lähutatakse auditi eesmärkidest ja andmeanalüüsi tulemustest. Aruande ettepanekute peatükis toovad auditeerijad välja need aspektid või valdkonnad, kus tulemused näitasid, et tervishoiuteenuste osutamisel ei järgita parimat teadaolevat praktikat, ning esitavad omapoolsed ettepanekud olukorra parandamiseks. Kui audit sisaldab eri osi (rahulolu-uuring, intervjuu, vaatlus jms), siis need osad eristatakse aruandes. Auditi aruande viimistlemisel osalevad kõik auditi osapooled.

Tagasiside perioodi järel tuleb korraldada auditi tulemuste tutvustamise seminar, kus osalevad eri osapooled: auditeeritud raviasutuste esindajad, auditi töörühma liikmed, erialaga seotud tervishoiutöötajad, haigekassa, Sotsiaalministeeriumi ja Terviseameti esindajad. Tagasisideseminaril tutvustab auditi tellija auditi tausta ja metoodikat. Töörühm tutvustab auditi peamisi tulemusi ja ettepanekuid osapooltele ning arutatakse ja otsitakse parimaid lahendusi praktika parendamiseks. Seminaril tekkinud arutelu käigus tehtud ettepanekud dokumenteeritakse ja lisatakse lõplikule audi-

tiaruandele. Lõplik auditiaruanne edastatakse kõigile auditeeritud raviasutustele ja teistele seotud osapooltele. Auditi tulemused avalikustatakse pärast lõpparuande valmimist haigekassa kodulehel ja erialaväljaandes (nt Eesti Arst), mis võimaldaks õppida kõigil ning kaasata parendustegevustesse laiem huvirühm.

Haigekassa poolt valminud auditiaruannetega on võimalik tutvuda haigekassa kodulehel.

4. TEGEVUSED PÄRAST AUDITIT

4.1. Ettepanekute arutelu ja tegevusplaani koostamine

Auditit, mille tulemusena ravi kvaliteet ei parane, saab pidada ressursi raiskamiseks ja läbikukkumiseks. Auditi tulemuste avalikustamise järel kutsub tellija kokku töörühma, et kokku leppida, missuguste jätkutegevustega on võimalik edasi minna, kes on vastutajad ja missugused on eeldatavad rakendumise tähtjad ehk koostatakse tegevusplan. Arutellu tuleb kaasata kõik osapooled, kes on seotud ja vastutavad muudatuste elluviimise ja rakendamise eest, sest kõigi kaasamine algusest peale suurendab kavandatud muudatuste hilisemat jõustumist.³² Ettepanekute arutelul on oluline välja tuua, miks muudatusi on vaja teha ja missugune on saadav positiivne mõju.¹

4.2. Ettepanekute rakendamine ja hindamine

Auditit peetakse tõhusaks vahendiks kliinilise praktika muutmiseks, et saavutada parendusi patsientide ravi käsitluses ja tulemustes, kuid see ei tähenda, et muudatuse elluviimine oleks lihtne.³² Auditi jätkutegevuste rakendamiseks on vaja süsteemset ja sihipärast muudatuste juhtimist eri tasanditel. Nendeks võivad olla raviaasutuste juhtkonnad või kvaliteedijuhid, erialaseltsid, haigekassa, Sotsiaalministeerium või mõni muu seotud osapool. Välja tuleb töötada vastavad süsteemid, mis aitavad muudatusi rakendada, jälgida ja tagada, et muudatused on püsivad.²¹ Auditi ettepanekute rakendamisel on vaja järjepidevalt nendega tegeleda ja planeerida ressursse, et asjaomastel töötajatel oleks muudatuse elluviimiseks vahendid ja võimalused.³ Rakendatavad tegevused peavad olema kaalutletud nii tähtaegade kui ka teostatavuse poolest. Mõistlik on nii struktuuriüksuse kui ka üksiku töötaja tasemel määratleda eesmärgid ning tegevused, mida kokkulepitud aja jooksul tehakse. Jätkutegevuste elluviimise eest vastutajaid peavad andma regulaarselt tagasisidet tegevuste täitmise kohta üldkoordineerijale (nt haigekassa).^{1,3}

Lisaks asutuse enda hindamisele on teiseks mõju hindamise võimaluseks kordusauditi tegemine. Kordusauditiga vaadeldakse, kas pärast kokkule-

pitud ajaperioodi on varem auditeeritud raviasutustes soovitud muudatused rakendunud.^{2,6} Kordusauditi tegemine sõltub sellest, kui kiiresti suudetakse muudatused ellu viia ja kui suured olid probleemid.¹

Kordusaudit tehakse samadel alustel eelneva auditiga, et saavutada võrreldavus esmase auditiga. Kordusaudit ei pea olema aga tehtud samas mahus nagu esmane audit, selles võib hinnata ainult neid asutusi, kus esinesid puudused, ja ainult neid kriteeriumeid, mis ei olnud täidetud, et saada teada, kas puudused on kõrvaldatud või mitte.¹ Juhul kui korduv hindamine tuvastab jätkuvalt puudusi, tuleb kaaluda sama protsessi kordamist või parendustegevuste ülevaatamist. Kui raviasutused on saavutanud aktsepteeritava kvaliteeditaseme, võib kordusauditi asendada mõne teistsuguse hindamismeetodiga, nt sihtvalikuga.⁶ Auditi tsükkel sulgub, kui muudatused on ellu viidud ja saavutatud on soovitud kvaliteeditase.¹

5. KASUTATUD KIRJANDUS

1. Hughes, M. (2012). Clinical Audit. A Manual for Lay Members of the Clinical Audit Team. Healthcare Quality Improvement Partnership.
2. National Institute for Clinical Excellence. (2002). Principle for Best Practice in Clinical Audit.
3. Quality and Patient Safety Directorate. (2017). A Practical Guide to Clinical Audit.
4. Bullivant, J., Corbett-Nolan, A. (2010). Clinical audit: A simple guide for NHS Boards&Partners. Good Governance Institute.
5. Alger, H. (2016). Clinical Audit Procedure. Version: 2. NHS Foundation Trust.
6. Lokuarachchi, SK. (2006). Clinical audit – What is it and how to do it? *Galle Medical Journal*; Vol.11(1): 41–43.
7. Travaglia, J., Debono, D. (2009). Clinical audit: a comprehensive review of the literature. Centre for Clinical Governance Research, University of New South Wales, Sydney Australia.
8. Donabedian A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*; 44: 166–206.
9. Clinical Audit Support Centre Limited. History of Clinical Audit. Kasutatud 10.02.2020. <http://www.clinicalauditsupport.com/history-of-clinical-audit.html>
10. Ellamaa, A., Gross, J., Kokk, H., Zupping, R. (1994). Medaudit. Ravi kvaliteedi uuring Eesti haiglates.
11. Zupping, R., Ellamaa, R. (1995). Medaudit. Tallinna haiglatesse hospitaliseerimise motiveeritus ja ravi-diagnostiliste protseduuride otstarbekus.
12. Sotsiaalministeeriumi koduleht. (2020). Tervishoiuteenuste kvaliteet. Kasutatud 10.02.2020. <https://www.sm.ee/et/tervishoiuteenuste-kvaliteet-0>
13. University Hospitals Bristol NHS Foundation Trust Clinical Audit Team. (2009). What is clinical audit? – Version 3.
14. University Hospitals Bristol NHS Foundation Trust Clinical Audit Team. (2008). The Difference Between Audit & Research – Version 3.
15. Võlaõigusseadus (17.01.2020). Riigi Teataja I. <https://www.riigiteataja.ee/akt/106012016006?leiaKehtiv>
16. Eesti Haigekassa Seadus. (01.01.2020). Riigi Teataja I. <https://www.riigiteataja.ee/akt/113032014012?leiaKehtiv>

17. Euroopa Parlamendi ja Nõukogu määrus (EL) 2016/679, 27. aprill 2016. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ET/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0679&from=EN>
18. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus (TTKS) (01.05.2020). Riigi Teataja I. <https://www.riigiteataja.ee/akt/110032011009?leiaKehtiv>
19. Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded (18.01.2019). Riigi Teataja Lisa. <https://www.riigiteataja.ee/akt/828314?leiaKehtiv>
20. University Hospitals Bristol Clinical Audit & Effectiveness Team. (2005–2017). How to: Choose & Prioritise Topics – Version 4.
21. Benjamin, A. (2008). Audit: How to do it in practice? *BMJ*; 336: 1241–1245.
22. University Hospitals Bristol Clinical Audit Team. (2009). How to: Set and Audit aim, Objectives & Standards – Version 3. NHS Foundation Trust.
23. University Hospitals Bristol NHS Foundation. (2005–2017). A brief introduction to the Clinical Audit Cycle – Version 4.
24. Anderson, J., Gooch, J. (2018). Clinical Audit Policy and Procedures 2018–2021. NHS Trust.
25. Jala veenilaiendite ja kroonilise venoosse puudulikkuse diagnoosimine ning ravi (RJ-I/30.1-2019). (2019). Ravijuhendite Nõukoda.
26. Perioperatiivne ägeda valu käsitus (RJ-R/8.1-2016). (2016). Ravijuhendite Nõukoda.
27. Lapse tervise jälgimise juhend (RJ-Z/29.1-2019). (2019). Ravijuhendite Nõukoda.
28. University Hospitals Bristol Clinical Audit Team. (2009). How To: Set and Audit Sample & Plan Your Data Collection – Version 3. NHS Foundation Trust.
29. University Hospitals Bristol Clinical Audit Team. (2009). How To: Set an Audit Sample & Plan Your Data Collection. Data Collection – Version 3. NHS Foundation Trust.
30. Fereday, S. (2015). An introduction to statistics for local clinical audit and improvement. Healthcare Quality Improvement Partnership.
31. Laherand, M. L. (2008). Kvalitatiivne uurimisviis. Tallinn.
31. University Hospitals Bristol Clinical Audit Team. (2009). How To: Share Your Findings – Clinical Audit Report & Presentation – Version 3.
32. University Hospitals Bristol NHS Foundation. (2005–2017). How To: Implement Change Successfully – Version 4.

Lisa 1. Auditi tegevused, ajakava ja vastutajad

	Tegevused	Ajakava	Vastutaja
1.	Auditi põhi- ja alameesmärkide sõnastamine		Haigekassa ja töörühm
2..	Hindamiskriteeriumite koostamine ja kooskõlastamine		Haigekassa ja töörühm)
3.	Valimikriteeriumite koostamine ja valimi moodustamine		Haigekassa ja töörühm
4.	Auditeeritavate tervishoiuasutuste teavitamine auditi sisust		Haigekassa
5.	Sisestuskeskkonna loomine ja testimine		Haigekassa ja töörühm
6.	Ravidokumentidele ligipääsu tellimine tervishoiuasutustelt ja auditeerijatele ligipääsu võimaldamine		Haigekassa
7.	Ravidokumentide hindamine ja individuaalsete tagasisidede koostamine		Töörühm
8.	Andmekvaliteedi kontroll		Haigekassa ja töörühm
9.	Esialgse aruande koostamine		Haigekassa ja töörühm
10.	Esialgse aruande ja individuaalsete tulemuste edastamine auditeeritud asutustele		Haigekassa
11.	Tulemuste tutvustamise seminar		Haigekassa ja töörühm
12.	Lõpparuande esitamine		Auditi töörühm
13.	Auditi tulemuste avalikustamine ja partnerite teavitamine		Haigekassa
14.	Artikli koostamine ja toimetusele avaldamiseks edastamine		Auditi töörühm
15.	Jätkutegevuste koordineerimine		Haigekassa

Lisa 2. Struktuurüksuse kliinilise auditi näidis

ETTEVALMISTUS

- **Valida teema (mis probleemi on vaja hinnata?)** – 2. tüüpi diabeedi diagnostika ja ravi kvaliteet X perearstikeskuses
- **Otsustada, kes viib auditi läbi ja vastutab auditi läbiviimise eest**
- **Sõnastada auditi eesmärk:**

Eesmärk: Paraneb 2. tüüpi diabeediga täiskasvanute käsitus X perearstikeskuses.

VÕI

Teha kindlaks, kas X perearstikeskuses järgitakse ravijuhendi soovitusi 2. tüüpi diabeediga täiskasvanute käsitlemisel.

Alameesmärgid/ülesanded:

- 1. Hinnata 2. tüüpi diabeedi diagnoosimise ja ravitaktika õigsust;*
- 2. Kaardistada, kas patsientidele antud soovitused kajastusid haigusloos;*
- 3. Hinnata endokrinoloogi juurde suunamise põhjendatust ja saatekirjade vormistamise kvaliteeti.*

▪ **Koostada auditi standardid, hindamiskriteeriumid, sh leppida kokku eesmärkväärtused, näiteks:**

Standard	Eesmärk väärtus	Erand	Hindamiskriteerium	Hindamisskaala	Allikas
Diabeet diagnoositakse, kui patsiendil esineb vähemalt üks alljärgnevast: <ul style="list-style-type: none"> • glükoos paastuplasmas $\geq 7,0$ mmol/l või • hüperglükeemia sümptomaatika ja juhuslik plasmaglükoos $\geq 11,1$ mmol/l või • glükoositaluvuse proovis 2 tundi pärast 75 g glükoosi manustamist glükoos plasmas $\geq 11,1$ mmol/l või • glükohemoglobiini (HbA1c) ≥ 48 mmol/l ($\geq 6,5\%$) 	100%	–	Kas diabeedi diagnoosimiseks oli määratud glükoosi väärtus venoosses plasmas?	Jah – 1 Ei – 2	2. tüüpi diabeedi Eesti ravijuhend 2016
	100%	–	Kas pt. glükoosi väärtuse alusel oli põhjendatud diabeedi diagnoosimine?	Jah – 1 Ei, glükoosi väärtus normi piires – 2 Ei, vajalik olnuks teostada korduvad uuringud – 3	2. tüüpi diabeedi Eesti ravijuhend 2016
Koos glükohemoglobiini tasemega on soovitatav määrata hemogramm	100%	–	Kas koos patsiendi glükohemoglobiiniga oli määratud hemogramm?	Jah – 1 Ei – 2	2. tüüpi diabeedi Eesti ravijuhend 2016

Suukaudse ravi alustamisega kaasneb patsiendi koolitus dieedi, elustiili ja vajaduse korral omakontrolli suhtes	100%	–	Kas haigusloos oli dokumenteeritud patsiendi koolitus dieedi, elustiili ja omakontrolli suhtes?	Jah – 1 Ei – 2 Osaliselt – 3	2. tüüpi diabeedi Eesti ravijuhend 2016
		–	Kui vastasite „ei” või „osaliselt”, siis missugustes aspektides esinesid puudused?	Vaba tekst	2. tüüpi diabeedi Eesti ravijuhend 2016
Ravi alustamiseks on sobivaim preparaat metformiin koos elustiili muutusega	90%	Kui glükoosiväärtused on haiguse avastamisel suured (nt paastuglükoos > 12 mmol/l), võib olla mõistlik kohe alustada insuliinravi; metformiin on vastunäidustatud või esineb selle talumatus.	Kas patsiendi ravi oli alustatud metformiiniga?	Jah – 1 Ei, ravi ei alustatud diagnoosimise järgselt – 2 Ei, ravi alustati süstitava insuliiniga – 3 Ei, ravi alustati monoterapiana DPP-4 inhibiitori, SGLT2 inhibiitori või sulfonüüluurea preparaadiga.	2. tüüpi diabeedi Eesti ravijuhend 2016

VALIMI MOODUSTAMINE

Määratleda, millist teavet on vaja koguda ja millist mitte ehk sõnastada kaasamis- ja välistamiskriteeriumid³.

Auditi valimi koostamise aluseks on enamasti järgmised kriteeriumid:

- 1) valimi periood,
- 2) vanus,
- 3) põhi ja kaasuvad diagnoosid (esmane ja/või korduv).

LÄBIVIIMINE

1. Andmete kogumine
2. Andmekvaliteedi kontroll
3. Andmeanalüüs ja tulemuste võrdlemine eesmärkväärtustega
4. Aruande koostamine
5. Tulemuste edastamine
6. Auditi tulemuste arutelu

PARENDAMINE

▪ Tegevusplaani koostamine

Tegevuskava on dokument, milles tuuakse üksikasjalikult välja järgmised aspektid^{1, 5, 6, 21, 32}:

- Mida on vaja muuta? – konkreetset praktikas esinevad probleemid;
- Mida on vaja teha? – tegevused, kuidas kliinilist praktikat paremaks muuta;
- Kes on vastutajad? – määrata, kes on muudatuste elluviimise eest vastutajad;
- Mis ajaks peavad muudatused tehtud olema? – ajaraam, mille jooksul peaksid muudatused tehtud olema.
- Kuidas muudatuste elluviimist jälgitakse? – meetodid, millega hinnata muudatuste rakendumist.

▪ Ettepanekute rakendamine ja hindamine

KORDUSHINDAMINE

- Kordusauditi tegemine pärast muudatusettepanekute rakendumist

Lisa 3. Huvide deklaratsiooni näidis

ÜLDANDMED

Ees- ja perekonnanimi:

.....

Asutus:.....

Kuuluvus erialatühendusse:

.....

E-posti aadress:

.....

Kuupäev:

Kliinilise auditi nimetus, millega seoses huvisid deklareeritakse

.....

TÖÖSUHE RAVIMI-, TERVISHOIU VÕI MUUDE JURIIDILISTE ISIKUTEGA

Kui olete viimase kahe aasta jooksul saanud auditi teemaga seonduvalt tasu ravimi-, tervishoiu- või muudelt Teie töövaldkonnaga seotud juriidilistelt isikutelt (olenemata sellest, kas nende tööde eest on saadud sularahas või muul viisil regulaarset või ühekordset töötasu), siis palun loetlege kõik need juriidilised isikud.

.....

.....

.....

TEADUSUURINGU TOETUS

Kui Teie asutus või uurimisüksus on saanud viimase kahe aasta jooksul kliinilise auditiga seotud teema jaoks toetust või rahastust ravimi-, tervishoiu või muudelt ettevõtetelt, siis palun loetlege kõik need juriidilised isikud.

.....

.....

.....

LISATEAVE

Kui kliiniline audit toob Teie teada kasu inimestele, kellega Teil on ühised olulised isiklikud, rahalised või ametialased huvid või mõjutab nende huvisid ebasoovitavalt, siis nimetage need isikud (nimi, isikukood/sünnikuupäev). Nende isikute all mõeldakse Teie lähedasi pereliikmeid ja lähedasi kolleege.

.....

.....

.....

MUU OLULINE TEAVE, MIDA PEATE OLULISEKS DEKLAREERIDA

.....

.....

.....

Kinnitan, et olen deklaratsioonis esitanud kõik mulle teada olevad seotud isikud ja huvid, mis mul on ravimi- ja tervishoiuettevõtluse ning muu eraettevõtluse suhtes, ning andmed teiste töölepingute, töövõtu- või käsunduslepingute ning muudel viisidel ettevõtluses osalemise kohta, mis on seotud käesoleva kliinilise auditiga.

Kinnitan, et kui peaks toimuma mis tahes muutused minu deklaratsiooni andmetes ning kui ilmneb, et mul on või tekivad lisahuvid, deklareerin ma need viivitamata ja täidan uue huvide deklaratsiooni.

/allkirjastatud digitaalselt/

Lisa 4. Auditi tegevuskava

Auditi nimi		
Tegevuskava plaani juht:	Ametikoht:	Kontakt:

Veenduge selles, et tegevuskavas välja toodud ettepanekud tuleneksid auditi tulemustest. Tulbas „Vajalikud tegevused” peab välja tooma konkreetseid tegevusi, mis on vajalikud ettepanekute rakendamiseks. Kõik tegevuskava hõlmavad täiendused/muudatused tuleb välja tuua lahtris „Märkused“.

Probleem	Vajalikud tegevused	Tegevuse lõpptähtaeg	Vastutav isik	Märkused <i>(välja tuua näited töös olevatest tegevustest, probleemid, mis takistavad soovitud rakendamist, põhjused, miks ei ole soovitud veel rakendatud)</i>	Muudatuse staatus

Muudatuse staatus:

- 1 – ettepanekuga arvestatud, kuid pole veel rakendatud
- 2 – ettepaneku rakendamine on töös
- 3 – ettepanek täielikult rakendatud
- 4 – ettepanekut ei ole kunagi rakendatud (tuua välja põhjused)
- 5 – muu (tuua välja selgitused)

Lisa 5. Auditi aruande näidis

TIITELLEHT

SISUKORD

1. SISSEJUHATUS
2. AUDITI KORRALDUS
 - 2.1. Auditi eesmärk ja ülesanded
3. METOODIKA
 - 3.1. Valimi moodustamine
 - 3.2. Andmete kogumine
 - 3.3. Andmete hindamine
 - 3.4. Andmete sisestamine
 - 3.5. Andmete analüüsimine
4. TULEMUSED
5. JÄRELDUSED
6. PARENDUSETTEPANEKUD
7. KASUTATUD KIRJANDUS
8. LISAD

Lisa 6. Auditi vormistusnõuded

- Aruanne kirjutatakse eesti keeles, järgides õigekirjareegleid.
- Kirjatüüp Times New Roman; tähemärgi suurus 12 punkti; reavahe 1,5; rööpjoendus; vasak veeris (vaba äär) 2,5 cm, teised veerised 2 cm.
- Peatükkide pealkirjad kirjutatakse suurtähtedega ja paksus kirjas ning alapeatükkide pealkirjad paksus kirjas. Alapeatükkide alajaotuste pealkirjad kirjutatakse tavalises kirjas. Peatükkide, alapeatükkide ja alajaotuste pealkirjad nummerdatakse ning nende järele ei panda punkti. Kui pealkiri on küsimus, siis lõpeb see küsimärgiga.
- Leheküljed nummerdatakse, v.a tiitelleht.
- Kirjavahemärkide, protsendimärgi ja kraaditähise ees tühikuid ei ole. Samuti ei jäeta tühikuid sulgude ja nendes oleva teksti vahele ning mõttekriipsu ümber, kui see asendab sõna *kuni*. Tühikud jäetakse tehte- ja suhtemärkide ümber ning lühendite ette (tühikut ei kasutata, kui arvu ennast väljendatakse positiivse või negatiivsena). *Näiteks:* Väitega nõustus 27% patsientidest. Uuritavate vanus jäi vahemikku 23–52 eluaastat. Valimi moodustasid sisehaiguste osakondade patsiendid (n =97). Enamik vastanutest (> 60%) pidas väga tähtsaks õe tegevuseks patsiendi julgustamist. Laste keskmine kehakaal oli 15 kg ja vanus 3 a.
- Arvud ühest kümneni ning sada, tuhat, miljon ja miljard kirjutatakse tavatekstis harilikult sõnadega. Kui tekstis esitatakse rohkesti arvandeid, võrreldakse teatud arve või kui lähestikku on suured ja väikesed arvud, on ilmekam kasutada numbreid.
- Tekstis esiletõstmist vajavaid sõnu või lauseid võib vormistada sõrendatud, paksus või kaldkirjas.
- Kasutatud kirjanduse loetelus esitatakse ainult töös viidatud allikad numbrilises järjekorras.

- Kõik lisad pealkirjastatakse, nummerdatakse neile viitamise järjekorras ning paigutatakse töö lõppu.
- Sõltuvalt informatsiooni hulgast kasutatakse tabelites ja joonistel kirjatüüpi Arial või Arial Narrow, tähe suurust 9 või 10 punkti ning lihtreavahet. Tabelid/joonised tuleb nummerdada, pealkirjastada/allkirjastada ning paigutada sisult sobivasse kohta tekstis. Pealkirjad/allkirjad on paksus kaldkirjas ning nende lõppu ei panda punkti. Tabeli/joonise ning sellele eelneva ja järgneva teksti vahele jäetakse üks tühi rida. Tabel (võimaluse korral ka joonis) tehakse sama lai kui tekst. Tabel/joonis peab jääma tervikuna ühele leheküljele. Juhul kui tabel ühele leheküljele ei mahu, tehakse lehe paremasse alumisse nurka märke (järgneb).