

VIIS AASTAT TERVIST EDENDAVATE HAIGLATE VÕRGUSTIKKU EESTIS
FIVE YEARS OF HEALTH PROMOTING HOSPITALS NETWORK IN ESTONIA

2004

Toimetaja/ Editor Tiiu Härm

Kaastööde autorid/
Contributors Mila Garcia-Barbero, Oliver Gröne, Jürgen M. Pelikan,
Christina Dietscher, Jarno Habicht, Tiiu Härm, Lagle
Suurorg, Tiina Freimann, Kai Tennisberg, Ülle Rohi,
Kaja Solom, Mari Pöld, Katrin Rebane, Merike Salumäe,
Reet Tuisk, Margit Rikka, Ivo Saarma, Ene Kütt, Merle
Varik, Ülle Lumi, Ruth Sepper, Riina Tamm, Minni Tarum,
Laine Ottenson, Alevtina Uustalu, Miia-Kersti Sultsmann

Täname kõiki, kes aitasid kaasa raamatu sisulisele ja tehnilisele valmimisele.
We express our gratitude to all those who helped us to prepare the publication.

Väljaandja:
Tervise Arengu Instituut
Tervisedenduse projekt:
“Eesti Tervist Edendavate Haiglate (TEH) Võrgustik:
väljakutsed ja võimalused 2004-2006”.

Published by the National Institute for Health Development
Project: “Estonian Network of Health Promoting Hospitals:
Challenges and possibilities 2004-2006”.

Trükitud OÜ Tartumaa Trükikojas

Kaane kujundus: Gunnar Lilles

ISBN.....

Sisukord

Contents

I	Eessõna	Foreword.....
II	Sissejuhatus	Introduction
III	Eesti Tervist Edendavate Haiglate Võrgustiku areng viie aasta jooksul	Development of the Estonian Health Promoting Hospitals Network in Five Years
	Tervist Edendavate Haiglate Võrgustik Eestis 2000-2004	
	Tervist Edendavate Haiglate Liikumine Eestis 1999 –2004	
	Estonian Network of Health Promoting Hospitals 2000-2004	
	Health Promoting Hospitals Movement in Estonia 1999-2004	
IV	Tervisedenduslikud tegevused Eesti TEH Võrgustiku liikmeshaiqlates 2000-2004	Health Promoting Activities in 2000-2004 at the member hospitals of the Estonian HPH Network
IV	Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) Tervist Edendavate Haiglate Projekti soovituslikud töödokumendid	Practical recommendations from the WHO Project of the Health Promoting Hospitals
	1. Tervisedendus haiglates: põhimõtted ja üldmõisted	Health Promotion in Hospitals: Principles and concepts
	2. Kaheksateist põhistrateegiat tervisedendavatele haiglatele	Eighteen Core Strategies for Health Promoting Hospitals
	3. Tervisedenduse Standardid Haiglatele	Standards for Health Promotion in Hospitals
V	Suitsuvabade Haiglate Poliitika Standardid Euroopas	European Standards for Smoke-free Hospital Policy
VI	Avatud projekt: Laste ja noorukite tervise edendamine haiglas	Open Project: Health Promotion for Children and Adolescents In Hospitals (short summary)

Foreword

More than a decade ago the WHO Health Promoting Hospitals project was initiated in order to support hospitals towards placing greater emphasis on health promotion and disease prevention, rather than on diagnostic and curative services alone. The Health Promoting Hospitals strategy focuses on meeting the physical, mental and social needs of a growing number of chronically ill patients and the elderly; on meeting the needs of hospital staff, who are exposed to physical and psychological stress; and on meeting the needs of the public and the environment. Twenty hospitals in eleven European countries participated in the European pilot project from 1993 to 1997. Since then, the International Network of Health Promoting Hospitals has steadily expanded and now covers 25 Member States, 36 national or regional networks and more than 650 partner hospitals.

But, what has been achieved with regard to the implementation of health promotion services at both hospital and network level? What is the scope of health promotion activities in hospitals and how can the principles laid out in the Ottawa Charter for Health Promotion be put into practice? Is there an evidence base for health promotion and has this facilitated the expansion of health promotion services in hospitals? Is health promotion a service anyway? How does health promotion relate to quality management? And how can we evaluate the quality of health promotion activities in hospitals?

This volume provides a review and the background of the Health Promoting Hospitals project and addresses some of the key issues in health promotion evaluation and quality management. Although it is beyond the scope of this book to answer all the questions regarding the evaluation and implementation of the principles of health promotion in hospitals, it provides many conceptual innovations in thinking about the strategic importance of health promotion in hospitals, offers a concise set of standards for health promotion in hospitals and provides valuable insights in the implementation of health promotion through quality management.

This book is intended to help health professionals and health managers to assess and implement health promotion activities in hospitals, and thus to ensure safe, high quality and effective health care.



*Dr. Mila Garcia-Barbero,
WHO Office for Integrated Health Care Services in Barcelona*

Sissejuhatus

Maailma Terviseorganisatsiooni WHO projekt "Tervist Edendavad Haiglad" algas enam kui kümmekond aastat tagasi. Projekti eesmärgiks oli innustada haiglaid pöörama tervisedendusele ja haiguste ennetamisele suuremat rõhku, lisaks haiglate tavapärasele tegevusele haiguste diagnoosimisel ja ravimisel. Tervist Edendavate Haiglate strateegia keskendub üha lisanduvate krooniliste haigete ja eakate inimeste füüsilistele, vaimsetele ja sotsiaalsetele vajadustele. Projekti eesmärgiks on ka haigla personali abistamine, et hõlbustada personali toimetulekut nende tööst lähtuva füüsilise ja vaimse stressiga. Lisaks hõlmab projekt avalikkuse ja keskkonna vajadusi laiemalt. Aastail 1993-1997 osales Euroopa vastavas pilootprojektis kaksikümne haiglat üheteistkümnest Euroopa riigist. Sellest ajast alates on Tervist Edendavate Haiglate rahvusvaheline võrgustik järjekindlalt laienenud ja hõlmab nende ridade kirjutamise ajal 25 riiki, 36 üleriigilist või regionaalset võrgustikku ning enam kui 650 haiglat.

Ent mis siis ikkagi on tervisedenduslike teenuste juurutamisel haiglates ja võrgustike tasandil saavutatud? Kui ulatuslik on haiglate tervisedenduslike tegevuste maht ja kuidas viia ellu neid põhimõtteid, mis sätestati Ottawa Hartas Tervisedendusest? Kas tervisedendusel on ka tõenduspõhist tagapõhja ja kas see omakorda on kannustanud haiglaid tervisedenduslike teenuste mahtu lisama? Kas tervisedendus ongi üldse teenus? Kuidas seostub tervisedendus kvaliteetse juhtimisega? Ja kuidas saaksime hinnata haiglate tervisedenduslike tegevuste kvaliteeti?

Käesolev kogumik annab väärtuslikku taustainfot Tervist Edendavate Haiglate projektist ja käsitleb mõningaid tervisedenduslike tegevuste hindamisega ja kvaliteetse juhtimisega seotud võtmeküsimusi. Antud raamatus pole muidugi võimalik anda vastust kõigile küsimustele, mis lähtuvad haiglate tervisedenduslike põhimõtete hindamisest ja juurutamisest. Siiski pakutakse järgnevalt mitmeid innovaatilisi algatusi, mis osutavad haiglate tervisedendusliku töö strateegilisele tähtsusele. Kokkuvõtlikult on ära toodud ka ülevaade haiglate tervisedenduslikest standarditest ja lugeja saab väärtuslikku infot tervisedendusest kvaliteedijuhtimise kaudu.

Selle raamatu eesmärgiks on aidata terviseasutuste spetsialistidel ja juhtkonnal hinnata ning juurutada tervisedenduslike tegevusi haiglas, et tagada sel moel ohutu, kõrgetasemeline ja tulemusrikas tervishoid.

Dr. Mila Garcia-Barbero,

WHO Office for Integrated Health Care Services in Barcelona

Tervist edendavad haiglad – tervisedendus tervishoiuteenuse pakkuja igapäevatöösse

Eestis on tervist edendavate haiglate võrgustik tegutsenud juba viis aastat. See on piisav aeg, et seni tehtu kokku võtta ja alustada arutelu võimalike tulevikuplaanide üle. Käesoleva raamatu eesmärgiks on anda ülevaade Eesti oma võrgustikust ja esitada edasist arengut toetavaid materjale. Algus on olnud hea - haiglad on terviseõpetuse ning teiste tervisedenduse tegevuste abil parandanud üksikisiku ja paikkonna tervist. Esialgu vaid paaris haiglas käivitunud võrgustiku tegevus on levinud esimese viie aasta jooksul pea kõigisse haiglatesse.

Tihti on küsitud, kas tervist edendav haigla on siis midagi teistsugust ja kas seal raviga ei tegeleta? Ning, et kas teised haiglad tervisedendusega ei tegelegi? Küllap on põhjuseks see, et läbi sajandite on haiglaid seostatud peamiselt haigustega ning ravi ja hoolekande teenustega, mitte aga tervise ja tervisedendusega.

Teatud määral tegelevad tervisedendusega kõik haiglad (nt koolitades patsiente, toetades neid suitsetamisest loobuma, luues tervislikku keskkonda töötajatele ja patsientidele jne). Tervist edendavate haiglate erinevuseks on, et oluliselt rohkem pööratakse tähelepanu patsientide, nende lähedaste ja personali terviseharidusele ning organisatsiooni tasandil tervist toetava keskkonna kujundamisele. Selline tervisedenduslike põhimõtete toomine institutsioonide tasemele on küllaltki levinud ning haiglad on selle liikumise puhul vaid üheks väljundiks.

Alates 1991. aastast on WHO (Maaailma Terviseorganisatsioon) pööranud rohkem tähelepanu erinevatele võrgustikele, sh tervist edendavatele haiglatele. Taoline tervisedenduse põhimõtete edendamine läbi võrgustike on mitmeti oma tulemuslikkust tõestanud. Just läbi võrgustike (haiglad, aga ka linnad, lasteaiad, koolid, töökohad) jõuame paremini üksikisikutele lähemale, andes neile tervisealast informatsiooni ning muutes neid ümbritsevat keskkonda tervislikke valikuid soosivaks. Näiteks haiglate puhul tähendab see erinevate programmide loomist haigla külastajatele - suitsetamisest loobumise toetamist, rinnaga toitmise toetamist, sotsiaalse tugisüsteemi loomist, jne.

Need on ka põhjused, miks Eestis hakati eelmise sajandi lõpul arendama tervist edendavate haiglate võrgustikku. Võrgustik on viimastel aastatel jõudsalt laienenud ja selles osalejatel on mitmeid häid näiteid erinevatest projektidest, mis pööravad rohkem tähelepanu lastele või eakatele ja tegelevad samuti ka spetsiifiliste haigusrühmadega (nt südamehaigused, kasvajakasv, vigastused). Kuigi haiglad on valinud erinevad tegutsemisvaldkonnad, aitab see muuta kogu organisatsiooni keskkonda tervist väärtustavaks.

Lisaks kohalikule tegevusele on Eesti võrgustik osalenud aktiivselt rahvusvahelises koostöös, koolitades nt Eesti õdesid tervisedenduses ja geriaatrilise rehabilitatsiooni valdkonnas. Samuti on Eesti delegatsioonid iga-aastastel konverentsidel olnud väga aktiivsed,

osaledes töörühmades ja jagades oma töö tulemusi ka teistele Euroopa haiglatele.

Loodan, et samasugune aktiivsus jätkub tulevikus. Tulevikku vaadates peaks olema sihiks, et nii, nagu seda juba teevad tervist edendavad haiglad Eestis, kaasaksid kõik teisedki haiglad lisaks igapäevasele ravitööle oma tegevusse tervisedenduse.



*Jarno Habicht,
WHO esindaja Eestis*

Health Promoting Hospitals –

Health promotion as integral part of the daily work at the health institution

The network of health promoting hospitals in Estonia was set up five years ago. It is time to summarize the work done and to launch discussions over future activities. The aim of the current book is to give an overview of the HPH activities in Estonia, to provide useful information for better health promotion and to share some best practice examples. The start has been good – hospitals have used health education and other health promotion activities to improve the health of individuals and community. Since the launch five years ago the activities of the network have expanded from just couple of hospitals to almost all hospitals.

Several questions have been often asked regarding the network. Are the health promotion hospitals somehow different from other hospitals and do they provide cure and care at all? Aren't other hospitals involved with the health promotion? Behind these questions we can probably sense the fact that for centuries the hospitals were mainly related to disease, treatment and care of the patients and various other health care services, rather than health and health promotion.

To some extent all hospitals are involved with health promotion (educating patients, encouraging and supporting attempts to quit smoking, establishing healthy environment for patients and employees etc.). What makes health-promoting hospitals different is their much bigger attention to health promotion of the patients, their relatives, and personnel, as well changing whole organization (in this case hospital) to support health and health promotion. Incorporation of these health-promoting principles at the settings is widely accepted and hospitals are just one good example.

Since 1991 World Health Organization (WHO) has paid more attention to the work of various networks and work in settings, including the network of health promoting hospitals. The strategy to promote health promotion principles via networks and settings has been fruitful. Through networks (of the hospitals, but also cities, schools, kindergartens etc.) we can get more closure to the individuals, providing them with health promoting information and changing the environment around them to support healthier choices. For example, in hospitals it means establishing various programs for visitors – supporting activities to quit smoking, supporting breast-feeding, creation of social support system etc.

These are all the reasons why the network of health promoting hospitals was set up in Estonia. During last years the network has quickly expanded and participating hospitals have several best practice examples to share (including projects focusing on needs of children and elderly, projects dealing with various specific illnesses as cardiovascular diseases, cancer, and injuries). Despite hospitals have chosen different ways of actions, the work of their all helps to increase the level of the health promotion in their organisations.

In addition to organizing local activities Estonian network has been also an active member at the international collaboration where for example Estonian nurses are trained in health promotion activities and geriatric rehabilitation. Estonian delegation has always been very active at the annual conferences, attending various working groups and sharing their best practice examples with other European hospitals.

I hope that similar active participation continues in future and that health promotion activities will be incorporated into the daily work of all Estonian hospitals at the same good level as it has been done so far by the health promoting hospitals.

Jarno Habicht,
Head of WHO Country Office in Estonia

TERVIST EDENDAVATE HAIGLATE VÕRGUSTIK EESTIS 2000 - 2004

TERVIST EDENDAVATE HAIGLATE LIIKUMINE EESTIS 1999 - 2004

“Tervishoiuasutuste kultuuri, keskkonda ja seal toimuvat professionaalset käitumist tuleb muuta, kui soovitakse saavutada tervisedenduse ja eneseabi eesmäärke.”

Green/Kreuter, 1991

Tervisedendus on nüüdisaegse haigla igapäevatöö oluline osa. Kontseptsioon haiglast kui tervise edendajast ei tähenda, et haigla peaks oma põhifunktsiooni – ravimise – asemel keskenduma tervisedendusele, vaid et haigla peab haiglakultuuri ja ravitööle lisaks kaasama ka patsiendi, personali ning paikkonna tervise edendamise ideed ja tegevused.

Tänapäeva tervist edendava haigla (TEH) kontseptuaalne haare on tavahaigla omast laiem: diagnostika, ravi, rehabilitatsioon, hooldus ja tervisedendus ning haiguste ennetamine ning patsiendi ootuste ja õigustega arvestamine, s.o. patsiendi teavitamine, koolitamine ja nõustamine, kaasamine tema tervisega seonduvatesse protsessidesse ja otsuste tegemisse.

Ettepaneku algatada TEH-liikumine ka Eestis tegid Anu Kasmel, tollane Eesti Tervisekasvatuse Keskuse direktor ja Katrin Saluvere, Sotsiaalministeeriumi asekancler. Piloohaiglana algatas Eestis TEH-liikumise 1999. aastal Tallinna Järve Haigla eesotsas peaarsti Helle Mäeltsemehega ja tervisedendaja Tiiu Härmiga.

25. jaanuaril 2000 asutati Eesti TEH-võrgustik, mida koordineeris Eesti Tervisekasvatuse Keskus (2000-2002) ja alates 2003. aastast Tervise Arengu Instituut. Nüüdseks on Eesti TEH-võrgustikuga liitunud 20 haiglat, kes kõik kuuluvad Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) rahvusvahelisse võrgustikku Health Promoting Hospitals (HPH) ja kellel on rahvusvaheline sertifikaat.

Eesti TEH-võrgustiku rahvuslik koordinaator WHO HPH rahvusvahelises võrgustikus on Tiiu Härm, Ida-Tallinna Keskhaigla koolituskeskuse arst-projektijuht ja Tervise Arengu Instituudi projekti “Eesti TEH Võrgustik: väljakutsed ja võimalused 2004-2006” juht. Projekti tööd juhib 18-liikmeline projektinõukogu, kus on esindatud võrgustiku haiglad (ravijuhid, kvaliteedijuhid, ülemõed), Eesti Õdede Liit, Eesti Haiglate Liit, Eesti Haigekassa. Tihe koostöö on Eesti TEH-võrgustikul kujunenud WHO esindajaga Eestis Jarno Habichtiga.

Rahvusvahelise WHO HPH võrgustiku koordineerivateks keskusteks on Barcelonas Hispaanias *WHO Centre for Integrated Health Care Services* eesotsas Dr. Mila Garcia-Barbero ja Oliver Grönege ja Viinis Austrias *WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Health Care at the Ludwig Boltzmann Institute for the Sociology of Health and Medicine* eesotsas prof. Jürgen M. Pelikani ja Christina Dietscheriga. Rah-

vusvahelise TEH-liikumisega ja WHO HPH võrgustikuga on liitunud 25 riiki, 35 regionaalset võrgustikku ja üle 700 haigla.

Eesti TEH-võrgustikku kuuluvad AS Ida-Tallinna Keskhaigla, AS Lõuna-Eesti Haigla, SA Tartu Ülikooli Kliinikum, AS Põlva Haigla, SA Kuressaare Haigla, SA Rapla Maakonnahaigla, SA Elva Haigla, AS Valga Haigla, SA Läänemaa Haigla, SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla, AS Fertilitas, Hooldekodu Nõo, SA Tallinna Lastehaigla, AS Rápina Haigla, AS Taastusravikeskus Sõprus, SA Hiiumaa Haigla, SA Viljandi Haigla, SA Jõgeva Haigla, SA Mustvee Tervis, SA Ida-Viru Keskhaigla.

TEH eesmärk on patsiendi, tema pereliikme ja/või lähedase, haiglatöötaja ja paikkonna elanike tervise edendamine ning tervist soodustava elukeskkonna kujundamine, et vähendada haigestumust ja suremust südame-veresoonkonnahaigustesse, pahaloomulistes kasvajatesses, vähendada traumatismi ja invaliidistumist.

Tänapäeval, mil rahvastik pidevalt vananeb ja krooniliste haiguste osakaal kasvab, on tähtis eesmärk parandada elukvaliteeti ning säilitada funktsionaalne sõltumatus, mis tähendab patsiendi võimestamist igapäevaeluga ja sotsiaalse keskkonnaga toimetulemiseks, et elada ka pikka aega kestva haigusega patsiendi jaoks kõige optimaalsemal viisil.

Lähieesmärkideks on tõsta elanikkonna teadlikkust tervise väärtustamise, tervislike eluviiside kujundamise, tervisesäästlikkuse ja terviseriskide vähendamise tähtsusest ning soodustada tervisliku elu(töö)keskkonna kujundamist (tervislik ja turvaline haiglateskkond patsiendile ja personalile, suitsuprii haigla, meedikute tervis ja töövõime, tervislik haiglatoit, stressiennetus, kõrge suhtlemiskultuur jt). Oluline on inimeste nõudlikkuse kasv, vajadus info järele ja osavõtt otsuste tegemisest.

TEH oluliseks tegevussuunaks on koostöö arendamine teiste tervishoiuasutustega, paikkonna perearstidega, apteekritega, sotsiaaltöötajatega, haigeliitude ja patsiendi esindajatega jt. Kindlasti peab laabuma ka koostöö paikkonna poliitikute ja võtmeisikutega, omavalitsuse esindajatega ja kohaliku meediaga. Meedikud peavad osalema tervise seotud poliitiliste otsuste tegemisel. Ajapikku kujuneb haiglast oma paikkonna tervisekeskus.

Eesti TEH Võrgustiku senistest tähtsamatest tegevustest väärivad kindlasti esiletõstmist järgnevad:

1. Aastakonverentsid:

I Eesti TEH Võrgustiku konverents "Tervist edendavad haiglad sajandivahetusel: arenguperspektiivid ja tegevused", 16. detsembril 1999.a. Tallinnas;

II Eesti TEH Võrgustiku konverents "Tervist edendavad haiglad töötavad tervisele", 16. novembril 2001.a. Võrus;

III Eesti TEH Võrgustiku konverents "Tervisedendus kaasaegses raviasutuses on aja nõue", 20. septembril 2002.a. Tallinnas;

IV Eesti TEH Võrgustiku konverents "Tervist edendavate haiglate roll tervise teenu- se kujundamisel: parema terviseni läbi koostöö arendamise ja kvaliteedi tõstmise", 25. septembril 2003.a. Tartus.

2. Suvekoolid:

I Suvekool "Projektitöö tervisedenduses. Haiglatöö kvaliteeti kujundavad tegevused", Tuksis, Noarootsis 2001;

II Suvekool "Patsiendi võimestamine: informeerimine, koolitamine ja nõustamine. Patsiendi vajaduste hindamine", Jõulumäel, Pärnumaal 2003;

III Suvekool "Haigla kui tervist edendav töökoht. Kliendikesksus tervist edendavas haiglas", Kassaris, Hiiumaal 2004.

3. Organiseeritud osavõtt WHO HPH rahvusvahelistest konverentsidest ja korraldava riigi TEH võrgustiku haiglate külastamine, kogemuste vahetamine ja koostöökontaktide loomine: *9th International HPH Conference* Kopenhaagenis Taanis 2001 ja Bispebjergi, Glostrupi, Hvidovre haiglad; *10th International HPH Conference* Bratislavas Slovakkias 2002 ja Bratislava Ülikooli Lastehaigla ning TB ja Respiratoorsete Haiguste Haigla Nitras; *11th International HPH Conference* Firenzes Itaalias 2003 ja A.Meyeri Ülikooli Lastehaigla ning Pisa Ülikooli Haigla; *12th International HPH Conference* Moskvast Venemaal ja XXI Sajandi Haigla ehk 31. Moskva Linnahaigla.

Rahvusvahelistest konverentsidest osavõtt, sealsed interaktiivsed diskussioonid ja kogemuste vahetamine tõendus põhiste järgimist väärivate nn. *best practice* ehk hea praktika mudelite rakendamise osas on avanud Eesti TEH-võrgustikule võimaluse osaleda rahvusvahelistes töögruppides ja olla koostööpartneriks rahvusvahelistes programmides (näiteks *Task Force on Health Promotion for Children and Adolescents in Hospitals*).

Eesti TEH-võrgustiku arendus- ja kvaliteedialast tegevust koordineerib 6-liikmeline töögrupp, kelle ülesandeks on laiendada ja ühtlustada tervisedenduse ideede levikut ning omaksvõttu Eesti haiglates, koordineerida ja metoodiliselt suunata TEH haiglate tegevusi, teadvustada WHO HPH programmi prioriteete, koolitada võrgustiku initsiatiivgruppi Tervisedenduse Standardite ja nende rakendamisstrateegiate osas haiglates ning luua TEH-võrgustiku haiglatele võimalusi EL-i rahvusvahelistes tervisedenduslikes projektides osalemiseks.

Haiglate lähiaastate ja kaugema perspektiivi arengukavades peavad kajastuma tervisedenduse ja preventiivsed tegevused ning suundumused. Arengukavade elluviimiseks on vaja kvalifitseeritud ja motiveeritud personali, keda tuleb kindlasti koolitada ka tervisedenduse valdkonnas.

XI rahvusvahelisel TEH konverentsil Firenzes Itaalias 18.-20. mail 2003 kiideti heaks tervisedenduse standardid haiglates. XII rahvusvahelisel TEH konverentsil Moskvast Venemaal 26.-28. mail 2004 arutati standardite rakendamisstrateegiate töödokumenti, mis testimisejärgselt ilmub lõppdokumendina.

Tervisedenduse standardid haiglates toimivad järgmistes valdkondades:

1. Juhtimispoliitika - asutuse tervisedenduse poliitika on dokumenteeritud ja see on üks osa kvaliteedijuhtimise süsteemist; standardi eesmärk on kirjeldada asutuse tervisedendusliku tegevuse raamistikku kui kvaliteedijuhtimise süsteemi lahutamatu osa.
2. Patsiendi hindamine – see eeldab patsiendi vajaduste ja ootuste hindamist tervisedenduslike tegevuste osas; standardi eesmärgiks on toetada patsiendi ravi, parandada prognoosi ning edendada patsiendi tervist ja heaolu.
3. Patsiendi informeerimine – asutus kindlustab patsiendid terviseteabega ning infor-

meerib tervist toetavatest tegevustest haigla allüksustes; standardi eesmärgiks on kindlustada patsiendi informeeritus plaanilistest tegevustest, andes talle teadmisi ja võimalusi aktiivseks koostööpartnerluseks.

4. Tervisedenduslike tegevuste lõimimine – organisatsioon soodustab haigla kui tervisliku töökoha arengut; selle standardi eesmärgiks on toetada tervisliku ja turvalise töökeskkonna loomist personalile tervisedenduslike tegevuste kaudu.
5. Järjepidevus ja koostöö – asutus suhtub koostöösse teiste tervishoiuteenust osutavate asutustega kui plaanipärasesse ja järjepidevasse tegevusse; standardi eesmärgiks on kindlustada koostöö asjakohaste partneritega ning arendada sotsiaalseid võrgustikke.

Vastavalt standarditele on kehtestatud mõõdetavad kriteeriumid haiglatöö tulemuslikkuse hindamiseks (patsiendi ja personali rahulolu uuringud, meditsiinilise dokumentatsiooni läbivaatamine, koolitusseminaride kvaliteet, patsientidele mõeldud ravijuhiste ja infomaterjali hulk ning arusaadavus jne).

Eesti TEH-võrgustiku haiglatel on välja kujunenud koostöö mitme WHO HPH-võrgustiku haiglaga: Palanga Rehabilitatsioonihaigla ja Kaunase Meditsiiniülikooli Haigla Leedus; Bispebjergi, Hvidovre ja Glostrupi haiglad Taanis; Bratislava Ülikooli Lastehaigla ning Tuberkuloosi ja Respiratoorsete Haiguste Haigla Slovakkias; Kesk-Soome Keskhaigla Soomes; XI Sajandi Haigla – 31. Moskva Linnahaigla Venemaal; A. Meyeri Lastehaigla Florences Itaalias jt.

2005. aasta maikuus Iirimaal Dublinis toimuv XIII rahvusvaheline konverents *“Empowering for health: practicing the principles”* seab oma põhiliseks teemavaldkonnaks Tervist Edendavate Haiglate võimestavate strateegiate käsitlemise patsiendi, personali ja paikkonna tervise edendamisel ning kutsub aktiivselt esitama antud valdkonnas tõendus põhiseid ja praktilisi väljundeid.



*Tiiu Härm,
Eesti TEH Võrgustiku rahvuslik koordinaator*

ESTONIAN NETWORK OF HEALTH PROMOTING HOSPITALS 2000 - 2004

HEALTH PROMOTING HOSPITALS MOVEMENT IN ESTONIA 1999 - 2004

The culture, environment and professional behaviour of health-care settings must change if they are to support health promotion and self-care objectives.”

Green/Kreuter, 1991

Health promotion forms an integral part of the daily work at the contemporary hospitals. The concept of hospital as the site for health promotion does not mean that hospitals give up their basic function – the treatment – in favour of health promotion. Instead, this concept unites the culture and treatment at the hospital with the health promotion ideas and activities for the sake of healthier patient, personnel and community.

The conceptual range of the contemporary health promoting hospital (HPH) is wider than in ordinary hospital, involving diagnostics, treatment, rehabilitation, care, health promotion, disease prevention and the needs and rights of patients, i.e. informing, training and counselling of patients, involving patients with the processes and decisions related to their health. This all forms the integrated health service.

Proposal to set up the movement of health promoting hospitals also in Estonia was made by Anu Kasmel, Director of the Estonian Centre for Health Education and Promotion and Katrin Saluvere, Deputy Chancellor of the Ministry of Social Affairs.

The HPH movement was initiated by Järve Hospital in Tallinn in 1999.

The Estonian HPH Network was established on January 25, 2000 under the auspices of the Estonian Centre for Health Education and Promotion. Since 2003 the HPH Network in Estonia is coordinated by National Institute for Health Development. During the first five years 20 hospitals have joined the HPH network. All these hospitals also belong to the World Health Organisation (WHO) Health Promoting Hospitals international network and have the HPH certificate.

The coordinator of the Estonian Network of Health Promoting Hospitals is Tiiu Härm. She is a Doctor and a Project Manager at the East-Tallinn Central Hospital and is also in charge of the project “Estonian Network of Health Promoting Hospitals: Challenges and possibilities 2004-2006” at the National Institute for Health Development. The project is lead by project board that has 18 members and represents member hospitals, Estonian Union of Nurses and Estonian Union of Hospitals. In addition, good cooperation relations have been developed with the Head of WHO Country Office in Estonia Jarno Habicht.

The international WHO HPH network is coordinated by the WHO Centre for Integrated Health Care Services in Spain (the centre led by dr. Mila Garcia-Barbero) and also in Vienna, Austria by WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Health Care at the Ludwig Boltzmann Institute for Sociology of Health and Medicine (the centre led by professor Jürgen M.Pelikan). The WHO international HPH network has been joined by now by more than 700 hospitals from 25 countries and 35 networks.

The Estonian HPH-Network includes East-Tallinn Central Hospital, South-Estonian

Hospital, Tartu University Clinics, Põlva Hospital, Kuressaare Hospital, Rapla County Hospital, Elva Hospital, Valga Hospital, West-Estonian Hospital, North-Estonian Regional Hospital, Hospital Fertilitas, Elderly Nursing Home at Nõo, Tallinn Children's Hospital, Räpina Hospital, Rehabilitation Centre Sõprus, Hiiumaa Hospital, Viljandi Hospital, Jõgeva Hospital, Mustvee Tervis Rehabilitation Centre, East-Viru Central Hospital.

The goal of HPH is the health promotion of patients and their families or close ones, the hospital employees and the community population, as well as the creation of health-supportive environment in order to reduce morbidity and mortality rates caused by cardio-vascular diseases and malignant tumours, and to prevent injuries and disabilities.

At present, as the population is constantly aging and the proportion of chronic diseases is growing, it is imperative to preserve the quality of life and functional independence of patients at the optimal level.

The more immediate objectives are the health education of people and the promotion of a healthy environment both at home and at work (healthy and safe hospital environment, smoke-free hospitals, physical fitness of staff, healthy hospital food, prevention of stress, high communication culture, etc).

It is important to cope with the growing demands of people, their need for information, and participation in decision-making.

HPH develops cooperation with other health establishments, with family doctors in the community, pharmacists, social workers, representatives of patient unions, etc. It also collaborates with local politicians and key persons, representatives of local governments and media. In time the hospital will evolve into the health centre of the region.

Several activities organised by the Estonian Network of HPH can be outlined:

- Annual Conferences:
 - I Conference of Estonian HPH Network "Health Promoting Hospitals in the Turn of Century: Perspectives and Activities", December 16, 1999, Tallinn;
 - II Conference of Estonian HPH Network "Health Promoting Hospitals are Working for Health", November 2000, Võru;
 - III Conference of Estonian HPH Network "Health Promotion in Modern Hospital is the Requirement of Time", September 2002, Tallinn;
 - IV Conference of Estonian HPH Network "The Role of Health Promoting Hospitals in Health Service Development: Quality Assurance and Enhanced Co-operation Leads to Better Health", September 2003, Tartu.
- Summer schools: in Tuksi at Noarootsi (2001), in Jõulumäe at Pärnu county (2003), in Kassari at Hiiumaa county (2004);
- Participating at WHO international HPH conferences and visiting HPH member hospitals in other countries, exchanging views and establishing contacts for future cooperation.

Participation at the international conferences, interactive discussions and exchange of the best practice cases and implementation models has enabled the members of the Estonian HPH network to join various international work groups and become a partner to several international programs (like Task Force on Health Promotion for Children and

Adolescents in Hospitals).

The future development and quality-oriented work of the national network of the health promoting hospitals is coordinated by work group of six members. Their task is to expand, distribute and generalize the health promotion ideas and promote their acceptance by Estonian hospitals, to coordinate and share the methods of the HPH activities, highlight the priorities of WHO HPH programs, train the local leaders of the program and enable the HPH hospitals to join relevant international projects.

The short- and long-term development plans of the hospitals should include health promotion and preventive activities and directions. To implement these plans, we need qualified and motivated personnel that should also be trained in health promotion.

The 11th International HPH Conference in Florence on May 18-20, 2003, outlined the health promotion standards in the following areas:

1. Management policy – the health promotion policy of the institution is documented and forms an integral part of the quality management system.
2. Patient assessment – to assess the needs and expectations of the patients in order to support their treatment, improve the prognosis, health and well-being.
3. Informing the patient – providing the patients with health information, thus enabling them to become active partners in the collaborative effort.
4. Integration of health promoting activities – the organisation promotes the development of the hospital as a healthy work environment.
5. Continuity and cooperation – planned and continuous cooperation with other institutions providing health; the aim of this standard is to secure cooperation with other partners and to develop social networks.

Assessable criteria have been elaborated according to these standards to assess the efficiency of the work done at the hospital (surveys of patient and personnel satisfaction, checking the medical documentation, quality of training seminars, quantity and comprehensibility of patient oriented guidelines and treatment instructions and information materials, etc.).

The Estonian hospitals belonging to HPH-network cooperate with several other WHO HPH-network hospitals – Palanga Rehabilitation Hospital and Kaunas Medical University Hospital in Lithuania; Hvidovre and Glostrup hospitals in Denmark; the Bratislava Children's University Hospital, and TB and Respiratory Diseases Hospital of Nitra in Slovakia; Central-Finland Central Hospital in Jyväskylä, Finland; XXI Century Hospital in Moscow, Russian Federation; A.Meyer' Children's Hospital in Florence, Italy, etc.

The main focus of the XIII International HPH Conference "Empowering for health: practicing the principles" in May 2004 in Dublin, Ireland, has been outlined as empowering the HPH strategies, aimed to promote the health of patients, personnel and community. The organisers of the conference have encouraged all participants to share their evidence based and best practice achievements.

Tiiu Härm,

National Coordinator of Estonian HPH Network

AS Ida-Tallinna Keskhaigla

East-Tallinn Central Hospital

Ravi 18, Tallinn 10138,
Estonia
Tel: + 372 6 207 000
Fax: + 372 6 207 002
E-mail: haigla@itk.ee
<http://www.itk.ee>

Aktsiaselts Ida-Tallinna Keskhaigla liitus Eesti Tervist Edendavate Haiglate Võrgustikuga 2002. aastal (struktuurne allüksus Järve haigla oli võrgustiku asutajaliige 2000. aastal).

AS Ida-Tallinna Keskhaigla asutati 2001. aastal Tallinna Linnavolikogu otsusega, mis nägi ette ühendada Tallinna Magdaleena Haigla, Tallinna Keskhaigla, Tallinna Hooldushaigla, Tallinna Järve Haigla, Tallinna Tõnismäe Polikliinik ja Tallinna Mäekalda Polikliinik.

Haiglas töötab ligi 1800 inimest. Haigla eesmärgiks on patsiendi rahulolu tagamine tervishoiuteenuste kättesaadavuse parandamise ja teenuste kvaliteedi kaudu. Ida-Tallinna Keskhaiglal on 6 kliinikut: diagnostikakliinik, kirurgiakliinik, sisehaiguste kliinik, naistekliinik, silmakliinik, taastus-hooldusravikliinik. 2003. aastal teostati haiglas 373 443 ambulatoorset visiiti, voodipäevade arv oli 179 491, keskmine ravi kestis 6,9 päeva, ravitud haigeid oli statsionaaris 25 964 ja operatsioone tehti 16 773.

Tervisedenduslikke tegevusi on Ida-Tallinna Keskhaiglas (ITK) tehtud peaaesjalikult projektipõhiselt Eesti Haigekassa rahastamisel koos haigla kaasfinantseerimisega. Projektinõukogu on 15-liikmeline, nõukogusse on kaasatud kliinikute esindajad.

- 2002-2003, projekt “Kvaliteetne tervisedendus kaasaegses raviasutuses on aja nõue” (*Health Promotion in modern hospital is the requirement of time*). Projektijuht Inge Mälk, taastusraviosakonna vanemõde (inge.malk@itk.ee, tel: 6771893). Projekti koordinaator Tiiu Härm, koolituskeskuse projektijuht (tiiu.harm@itk.ee, tel: 6771 850);
- 2004-2006, projekt “Teel harmoonilise haigla poole” (*Moving towards the hospital of harmony*) 2004-2006). Projekt sisaldab ettevõtmisi “Patsient tähelepanu keskpunktis 2004”, “Tervislik töökoht 2005”, “Haigla keskne positsioon paikkonnas 2006”. (The project includes activities “Patient in the centre of attention 2004”, “Health promotion at the workplace 2005”, “Hospital as a central institution in the community 2006”).

Projektijuht Ülle Rohi, juhatuse liige, õendusjuht (ulle.rohi@itk.ee, tel: 6207004)
Projekti koordinaator Tiiu Härm, ITK koolituskeskuse projektijuht (tiiu.harm@itk.ee, tel: 6771850).

Ida-Tallinna Keskhaiglas kui tervist edendavas haiglas on pööratud erilist tähelepanu patsiendi/kliendikesksusele. Eesmärgiks on juhtida inimeste tähelepanu terviseiga seotud eluviisi aspektidele, kujundades nende suhtumisi ja hoiakuid, mis omakorda on eelduseks tervisekäitumise muudatustele igapäevases elus. Kuna südame-veresoonkonna haiguste, kroonilise obstruktiivse kopsuhaiguse, pahaloomuliste kasvaja jt. ennetavate haiguste esinemissagedus ja suremus on otseselt seotud elustiili ja käitumuslike riskiteguritega, nagu suitsetamine, ebatervislik toitumine, ülekaal, vähene füüsiline aktiivsus, pingeline ja stressirohke töö, oli igati näidustatud meie haiglas elustiili kabineti tööerakendamine 2004.a. sügisel, et edastada tervisealast teavet ja anda nõu eelkõige riskifaktoritega inimestele.

Patsientide/klientide nõustamiseks töötavad südameravisekabinet, elustiilikabinet, perekool, astmakool, reumakool, noorte nõustamiskabinet, suitsetamisest loobujate nõustamise kabinet jt.

Eesmärgiga parandada krooniliste haigustega patsientide toimetulekut igapäevaeluga, tõhustada haiguse ohjamist ning tõsta haigete elukvaliteeti korraldatakse projekti raames kroonilistele haigetele ja nende lähedastele-pereliikmetele regulaarselt koolitusi ja nõustamisi eluks koos pikka aega kestva haigusega.

Koolitused ja nõustamised toimuvad mitmetes teemavaldkondades, nagu südame-veresoonkonna haigused (SVH), insult, krooniline obstruktiivne kopsuhaigus (KOK), astma, kroonilised luu- ja liigesehaigused, diabeet, suitsetamisest loobujate nõustamine jt. Jaotatakse patsientidele suunatud juhendmaterjale.

Allprojektidest:

- “Oleme Põhjamaa lapsed” (“*We the Nordic children*”), haiglatöötajate ja nende perede liikumisharrastusele suunatud projekt, mille raames korraldati 2003. ja 2004. aastal talispordipäevad Nelijärvel (rahastas kaasfinantseerijana Tallinna Noorsoo- ja Spordiamet).
- 1999. aastal alanud ja seni kestev projekt “Kunstid tervise teenistuses” (“*Arts in the service of health*”), WHO ja UNESCO ühisprojektil “*Art in Hospital*” rajanev patsiendi toetav ja tema sotsiaalseid oskusi loovate tegevuste abil arendav projekt. Projektijuht Helle Mäeltsemees, taastus-hooldusravikliiniku juhataja (helle.maeltsemees@itk.ee, tel: 6 771 802).

Koostöö Eesti TEH Võrgustiku projektitööga ja osalemine ühisseminaridel, suvekoolis, TEH konverentsidel Eestis ja mujal.

Tervisedenduslikke projekte iseloomustavad suundumused:

- Patsiendi- ja kliendikesksus.
- Patsiendi koolitamine, nõustamine (krooniliste) haigustega ja igapäevaeluga toime- tulekuks.

- Patsiendi rahulolu uuringud haiglaravist ja heaolust.
- Haiglakultuur ja suhtlemisoskus.
- Elanikkonna haavatavaimate gruppide - krooniliste haigustega haigete ja vanurite - toimetuleku- ja elukvaliteet.
- Haiglatöötajate tervis.
- Haiglatöötajate rahulolu uuringud tööst ja töökorraldusest.
- Tervist edendavad töökohad.
- Beebi- ja lapsesõbralikud algatused haiglas.
- Interaktiivne diskussioon, kogemuste vahetamine ja hea praktika mudelite juurutamine.
- Koostöö arendamine perearstidega, sotsiaaltöötajatega, tervishoiu teenust pakkuvate teiste asutuste ja sotsiaalsete võrgustikega.
- Tervist edendavate haiglate võrgustikusisene koostöö Eestis ja WHO rahvusvahelises TEH võrgustikus.

Directions and trends of the HPH projects in the hospital:

- Focusing on the needs of the patient/client.
- Patient education and counselling in order to cope with chronic diseases and life: CVD, stroke, COPD, asthma, chronic joint diseases, diabetes, smoking cessation etc. Production of information materials and guidelines for patients.
- Surveys about patient satisfaction and well-being.
- Hospital culture and communication.
- Quality of life of vulnerable groups: patients with chronic diseases, elderly people.
- Health of personnel.
- Surveys to study whether the personnel is satisfied with the working conditions and their personal well-being.
- Workplace health promotion.
- Baby-Friendly Hospital Initiative.
- Interactive discussions, changes of experiences and implementation of models of good practice.
- Cooperation with family doctors, social workers and other institutions providing health service and social settings.
- Cooperation with other member hospitals of the Estonian HPH Network and WHO HPH Network.

Ülle Rohi,
õendusjuht

SA Tartu Ülikooli Kliinikum

Tartu University Hospital

L. Puusepa 1a, 50406 Tartu, Estonia
Tel: +372 731 9401
Fax: +372 731 9402
Email: kliinikum@kliinikum.ee
<http://www.kliinikum.ee>

Sihtasutus Tartu Ülikooli Kliinikum liitus Tervist Edendavate Haiglate liikumisega 2000. aastal. Kliinikum on tervishoiuasutus, mis osutab statsionaarset ja ambulatoorset arstiabi ning nendega seonduvaid tervishoiuteenuseid kõigile Eesti Vabariigi elanikele. Kliinikumi eesmärkideks on anda kõrgetasemelist arstiabi, arstide ja muu meditsiini-personali diplomieelset ja -järgset õpet ning teha meditsiinialast teadustööd. Kliinikumi koosseisus on 17 erialakliinikut, 8 meditsiinilist ja 13 mittemeditsiinilist teenistust. Tervishoiuteenuseid osutatakse arstiabi kõigis valdkondades, va esmatasandi arstiabi.

Tervist Edendavate Haiglate Võrgustiku projektijuht kliinikumis on ülemõde Tiina Freimann. Kontaktandmed: L. Puusepa 8, 51014 Tartu, tel: +372 731 8110, fax: +372 731 8106, e-post: Tiina.Freimann@kliinikum.ee

Tervist Edendavate Haiglate töösuundade ja põhimõtete rakendamise eest kliinikutes ja meditsiiniteenistustes vastutab ülemõdede nõukogu. Ülemõdede nõukogu kavandab tervise edendamise seotud tegevusi kliinikumis nii õendustegevuse arengukavades kui ka iga-aastastes tööplaanides. Terviseedenduslike eesmärkide saavutamiseks teeb ülemõdede nõukogu kliinikumis koostööd erinevate struktuuriüksustega.

Ülemõdede nõukogu liikmed osalevad Tervist Edendavate Haiglate Võrgustiku projektis “Patsiendi inforessursside loomine kliinikumi koduleheküljel” (“*Development of Information Resources for the Health Information Centre on the Homepage of the Clinics*”). Projektijuht Tiina Freimann, email: Tiina.Freimann@kliinikum.ee, tel: +372 731 8110. Projekti eesmärk on pakkuda kliinikumi teenuste kasutajatele ja elanikkonnale süstematiseeritud klienditeeninduslikku, meditsiinilist ja tervisehariduslikku informatsiooni. Projekti raames avati patsiendiinfo rubriik kliinikumi koduleheküljel www.kliinikum.ee. Koostati põhjalik infobaas, mida pidevalt täiendatakse ja uuendatakse. Projekt andis kliinikumis tõuke patsiendi info- ja õppematerjalide väljatöötamiseks õppefilmide, trükiste kui ka infolehtedena, samuti samalaadsete rubriikide avamisele teiste raviasutuste kodulehekülgedel. 2000. aastal rahastas projekti Avatud Eesti Fond ja Tartu Ülikooli Kliinikum. Projekt on tõestanud oma jätkusuutlikkust ilma kliinikumivälise rahastamiseta.

Tervise edendamise seotud tegevused kliinikumis 2000-2004:

- kaebuste ja ettepanekute kogumise ja menetlemise korra juurutamine;
- patsiendi rahulolu küsitluste läbiviimine;

- patsiendi info ja õpetuse arendamine, sh elektrooniliste andmebaaside loomine;
- küsimuste ja vastuste rubriigi avamine kliinikumi kodulehel;
- nõustamine telefoni teel: reumaliin, telefon südamehaigusest taastujale;
- lipiidikeskuse tegevuse arendamine vastavalt riiklikele tervisedenduse programmidele;
- palatistandardite koostamine ja kehtestatud standarditele vastava haiglainventari ostmise;
- patsientide toitlustamise standardite kehtestamine;
- sotsiaaltöö teenuste väljaarendamine;
- patsiendi surmaga seotud tegevusjuhiste koostamine;
- personali rahulolu küsitluste läbiviimine;
- õdede ja hooldajate täienduskeskuse loomine ja arendamine;
- personali koolitusvajaduste uurimine (oskuskaardid);
- õendustöötajate atesteerimise korra käivitamine;
- õendustöötajate ja -juhtide tööalase stažeerimise käivitamine;
- arenguvestluste juurutamine;
- personali suhtlemiskoolituse korraldamine Martsoni DISC mudeli järgi;
- elektroonilise õendusvaliteedi käsiraamatu koostamine;
- personali koosseisu normide kehtestamine;
- töötervishoiu osakonna avamine ja töökeskkonna riskianalüüside teostamine;
- infektsioonikontrolli (IK) teenistuse loomine ja IK arendamine;
- ravimite käitlemise standardite kehtestamine;
- keskkonnasõbraliku jäätmekäitluse standardite kehtestamine; • elanikkonnale suunatud avalikud üritused (kliinikumi avatud uste päevad, õdede päeva üritused linnaelanikele jpm

Tiina Freimann,
ülemõde

SA Läänemaa Haigla

West County Hospital

Vaba 6, Haapsalu 90502,
Estonia
Tel: +3724725801
Fax: +3724725810

SA Läänemaa Haigla on 105 voodikohaga üldhaigla ning 198 töötajaga maakonna suurim tööandja. Läänemaa Haigla kuulub Tervistedendavate Haiglate Võrgustikku alates novembrist 2000. Tervistedendav ja haiguste ennetustegevus on osa haigla arengukavast.

Tervistedendavaid tegevusi on teostatud Haigekassa ja Hasartmängumaksu nõukogu rahastamisel, omafinantseerimisel ja omavalitsuste toetusel. Tervisedenduslikku initsiatiivgruppki kuulub 10 inimest. Grupi juht on SA Läänemaa Haigla ravijuht Kai Tennisberg kai.ten@mail.ee (tel.5280560).

Alates liitumisest tervistedendavate haiglatega on tegeldud järgmiste projektidega:

- 2000-2006, Pereplaneerimise Liidu projekt, millega toetatakse noorte nõustamiskabineti tööd ja rahastatakse osaliselt neile tehtavaid uuringuid sugulisel teel levivatest nakkustest. Rahastaja on Eesti Haigekassa. Projekti teostavad Kai Tennisberg ja Naima Brjantsev.
- 2001, projekt „Õendustöötajate taseme tõstmine“ (*Improvement of Nursing*). 163 õendustöötajat said erialase ja suhtlemiskoolituse. Projekti rahastas Hasartmängumaksu nõukogu. Projektijuht Lea Heeringas.
- 2002-2003, Eesti Haigekassa rahastamisel B-hepatiidi vastane vaktsineerimine maakonna koolides. Vastutaja Laurima Helve.
- 2002-2003, projekt „Naissuguelundite ja rinnanäärmete krooniliste haiguste ja pahaloomuliste kasvajate varajane avastamine.“ Rahastaja Eesti Haigekassa. Töögrupp Heidi Kivioja ja Tiia Meister.
- 2003, osalemine Rahvusvahelise Pereplaneerimise Föderatsiooni (IPPF) teenuste kvaliteedi grupi (Bill ja Melinda Gates'i rahastatud) programmis „Reproduktiivtervishoiualaste teenuste kvaliteedi parendamine“ (*Improvement of the Quality of Reproductive Health Care Services*). Töögrupp Kai Tennisberg, Lea Heeringas, Naima Brjantsev.
- 2000-2004, doktor Margus Viigimaa kogu vabariiki hõlmav projekt südameveresoonekonna haiguste riskide avastamiseks ja haiguste ennetamiseks. Töögrupp Merike Orek ja Ene Deede.
- 2003, projekt „Terve elu hea algus“ (*A Good Beginning of a Healthy Life*) rasedate, nende pereliikmete ja väikelastega perede koolitamiseks ja nende seas tervislike eluviiside juurutamiseks. Projektijuht Kai Tennisberg.

- 2003-2004, osalemine maakondlikus projektis „Tervema Läänemaa nimel“ (*For Healthier Läänemaa*). Nimetatud projekti ja maakonna uimastiennetusnõukogu toetusel on tehtud sugulisel teel levivate nakkuste uuringuid tervisekindlustusega hõlmamata isikutel. Vastutaja Kai Tennisberg.
- 2003, koostöös Läänemaa suhkruhaigete seltsiga avatud diabeedikabinet. Töögrupp Lea Heeringas, Tiina Sepp.
- 2003-2005, omafinantseerimisel projekti „Reipam rasedus ja kergem sünnitus“ (*Livelier Pregnancy and Easier Birth*) raames rasedate, noorte emade ja beebide võimlemine. Juhendaja Kristi Karm.
- 2004-2005, omafinantseerimisel ja omavalitsuse toetusel projekti „Tervis haiglas“ (*Health in Hospital*) raames haigla töötajatele vesiaeroobika treeningud kaks korda nädalas.

Terviedenduslikke projekte iseloomustavad suundumused:

- tõsta patsiendi osalust raviprotsessis;
- luua patsiendile meeldiv, tervenemist soodustav haiglakeskkond;
- koolitada personali, et tõsta töötajate toimetulekuvõimet stressisituatsioonides ning tagada patsientidele kvaliteetne ja patsiendi psüühikaga arvestav abi igas olukorras;
- propageerida tervislikke eluviise haigla personali, patsientide ja nende omaste, samuti maakonna kõigi elanike seas.

Common trends in our health promotion projects:

- Encourage the patient's participation in the process of healing;
- Create a pleasant hospital environment which promotes the process of healing;
- Train the personnel to improve the workers' ability to cope in stressful situations and to guarantee the patients with quality care considering their psychological profile in any situation;
- Promote healthy ways of life among the hospital's personnel, patients, and their relatives, as well as among all the inhabitants of the county.

Kai Tennisberg,
ravijuht

Lõuna Eesti Haigla AS

South Estonian Hospital

Meegomäe, 65502 Võru vald,
Võru Maakond, Estonia
Tel: 372 78 68 500
Fax: 372 78 68 507
e-mail: haigla@vh.ee
<http://www.vh.ee>

Lõuna Eesti Haigla astus Eesti TEH Võrgustiku liikmeks 2000. aastal. Lõuna Eesti Haigla on eriarstiabi ja õendushooldusteenuseid osutav üldhaigla. Aktiivravi pakkuvaid voodikohti on haiglas 160 ja hooldusravi kohti 20. Lisaks tervishoiuteenustele on Lõuna Eesti Haiglas õigus osutada kiirabi ja sotsiaalhoolekande teenuseid.

Haiglas on järgmised struktuuriüksused: kirurgia kliinik, mille koosseisus on kirurgia osakond, anestesioloogia- ja intensiivravi osakond, sünnitus- ja günekoloogia osakond, kiirabi ja erakorralise meditsiini osakond. Samuti on haiglas sisehaiguste kliinik, mille koosseisu kuulub ka lasteosakond; psühhiaatria kliinik, taastusravikeskus ja hooldusravikeskus, diagnostikateenistus ja majandusteenistused.

Lõuna Eesti Haigla tervisedendusliku tegevuse juhtgrupp on kolmeliikmeline. Gruppi juhib ülemõde Kaja Solom; tel: 372 78 68 503; kaja@vh.ee

Lõuna Eesti Haiglas on läbi viidud järgmised tervisedenduslikud projektid:

- 2000. aastal, Võrumaa Haigla tervisedenduslikuks haiglaks (*Võru County Hospital - Health Promoting Hospital*). Kestus aasta, rahastaja Eesti Haigekassa. Projektijuht Kaja Solom; tel: 372 78 68 503; kaja@vh.ee
- 2000. aastal, Perekool rasedatele ja tugiisikutele (*Family Forum Program*). Kestus aasta, rahastaja Eesti Haigekassa. Projektijuht Helve Vahter; tel: 372 78 24 567.
- 2000-2004, Võrumaa noorte nõustamiskabinet (*The Councelling Center for youth at Võru County*) Rahastaja Eesti Haigekassa. Projektijuht Mare Udras; tel: 372 78 68 342; mare.udras@mv.werro.ee
- 2002, Naised koondugem vähihaigust ennetama (*Women to prevent cancer diseases*). Kestus aasta, rahastaja Eesti Haigekassa. Projektijuht Helve Rattasep; tel: 372 78 68 539; helve.rattasep@vh.ee
- 2004, Tervem südamelöök – tervisetelgiga rahvusvahelisel maarahva laadal Vastseliinas (*Healthier Heart beat - the counselling tent at the Vastseliina Country Fair*). Kestus kaks päeva, rahastaja Lõuna Eesti Haigla ja OÜ Metsakohvik. Projektijuht Epp Schmidt; tel: 372 78 68 501; epp@vh.ee

Tervisedenduslike Haiglate Võrgustikuga liitumise järgselt on algatatud ja jätkatud mitmesuguseid tervisedenduslikke tegevusi, mis on suunatud nii haigla patsientidele, pe-

reliikmetele, töötajatele kui ka maakonna elanikele:

- Südamerivise teabetuba – kaks korda nädalas on maakonna elanikel võimalik pöörduda õe vastuvõtule tervisealase informatsiooni ja nõustamise saamiseks.
- 2001- 2004, Perekool. Rahastaja Lõuna Eesti Haigla, koordinaatorid Ruth Kipper ja Tiina Tuvi.
- Terviseemaliste seinalehtede/posterite väljaandmine.
- Südamenädala läbiviimine haigla töötajatele, patsientidele ja maakonna elanikele. Südamenädala raames jagatakse tervisealast infot, mõõdetakse vererõhku, kolesterooli, veresuhkrut, määratakse kehamassi indeksit, demonstreeritakse tervisedenduslikke videofilme.
- Terviseürituste läbiviimine haiglatöötajatele: talvine vastlapäev ja kevadine haigla sünnipäeva tähistamine sportliku tegevusega.
- Tervisliku toitumise ja füüsilise aktiivsuse propageerimine haigla töötajate seas.
- Diabeedikabineti töö käivitamine – õdede poolt läbiviidav diabeedialane nõustamine ja jalaravi protseduurid.
- Haiglatöötajatel on võimalus kasutada tervise ja töövõime taastamiseks taastusravikeskuse basseini vesivõimlemiseks, samuti sauna ja võimlemissaali.
- Nakkustõrjealaste koolituste läbiviimine haiglatöötajatele.
- Patsientide rahulolu küsitluse regulaarne korraldamine.

*Kaja Solom,
ülemõde*

SA Rapla Maakonna Haigla

Rapla County Hospital

Alu tee 1, 79515 Rapla, Estonia

Tel: 372 48 90701

Fax: 372 48 90749

E-mail: ravijuht@raplahaigla.ee

SA Rapla Maakonna Haigla liitus Eesti Tervist Edendavate Haiglate Võrgustikuga 2000. aastal. Rapla Maakonna Haigla on 110 voodikohaga haigla, mille juures töötavad ka polikliinik ja kiirabi. Haigla statsionaaris on sisehaiguste, kirurgia, sünnitusabi ja günekoloogia, lastehaiguste ja psühhiaatria osakonnad. Haigla teeninduspiirkonnas elab 39 000 inimest.

Tervist edendavad tegevused haiglas on peamiselt projektipõhised. Projekte on enamasti rahastanud Eesti Haigekassa. Projekti juhib 8-liikmeline projektinõukogu, kuhu kuuluvad ülemõde ja osakondade esindajad. Projektijuht Mari Pöld, tel: 372 48 90701, e-mail: ravijuht@raplahaigla.ee.

Projektid:

- 2001-2002, Haigla töötajate koolitusprojekt (*The project to train the personnel*), projektijuht Mari Pöld. Haiglatöötajate psühholoogia-alane koolitus.
- 2003-2004, SA Rapla Maakonna Haigla – tervistedendav haigla (*Rapla County Hospital - the Health Promoting Hospital*). Projektijuht Mari Pöld, tel: 372 48 90701.
- Patsient tähelepanu keskpunktis. Haigla keskne positsioon maakonnas. (*Focusing on patient. Hospital as one of the central institutions in the community*).

Osalemine haigekassa poolt rahastatud üleriiklikes projektides:

- 2001-2006, Südame-veresoonkonna haiguste ennetusprojekt (*Heart Diseases Prevention Project*). Projektijuht Margus Viigimaa.
- Rapla Maakonna Traumaennetusprojekt (*Injury Prevention in the County*). Projekti koordinaator Avo Pruus, tel: 372 48 90 747.
- Rapla Maakonna Uimastiennetusprojekt (*Drug Prevention Project in Rapla County*). Projekti koordinaator Eneken Allikmäe, tel: 372 4890723.

Haigla poolt rahastatud projektid:

- Perekool - noorte perede koolitus (*The Family School - project aimed to advice young families*). Projektijuht Elen Laur, tel: 372 48 90 120.
- Teel Tervislikuma haiglakeskkonna poole. Projektijuht Mari Pöld (*Moving towards more healthy environment in the hospital*).
- Suitsuvaba haigla- ja töökeskkond. Haiglahügieen. Suitsetamisest loobumise nõustamine.

Tervise edendamisega seotud tegevused haiglas:

- Patsiendikesksus. Patsiendikoolitus, nõustamine (südame-veresoonkonnahaigused, diabeet, kroonilised kopsuhaigused, liigesehaigused, suitsetamisest loobujate nõustamine).
- Patsiendi rahulolu uuringud.
- Haiglakultuur. Suhlemisoskus.
- Tervislik töökoht . Haiglatöötaja tervis.
- Haiglahügieen
- Beebi- ja lapsesõbralikud algatused.
- Koostöö perearstidega, sotsiaaltöötajatega.
- Koostöö patsiendiühendustega maakonnas.
- Tervist edendavate haiglate võrgustikusisene koostöö Eestis ja WHO rahvusvahelises HPH võrgustikus.

Health promoting activities in the hospital:

- Focusing on the needs of patients. Educating and counselling the patients.
- Surveys about patient satisfaction and well-being.
- Hospital culture and communication.
- Healthy workplace. Health of the personnel.
- Baby-Friendly Hospital Initiative.
- Cooperation with family doctors, social workers.
- Cooperation with patients associations.
- Collaboration with member hospitals of the Estonian HPH Network and WHO International HPH Network

Mari Pöld.
ravijuht

SA Valga Haigla

Valga Hospital

Peetri 2, Valga,
68206 Estonia
Tel: 372 76 65 200
Fax: 372 76 65 210
E-mail: info@valgahaigla.ee
<http://www.valgahaigla.ee>

SA Valga Haigla liitus Tervist Edendavate Haiglate Võrgustikuga 2000. aastal. Valga Haigla on üldhaigla, töötajate üldarv on 260, voodikohti on 130. Valga Haigla osutab nii ambulatoorse kui ka statsionaarse eriarstiabi. Valga Haigla koosseisu kuulub ka kiirabi. Alates 2004. aastast osutab Valga Haigla rehabilitatsiooniteenust nii vaimupuudega kui ka füüsilise puudega patsientidele. AS Valga Haigla ruumides töötab perearstikeskus ja apteek. Teeninduspiirkonnas on 38 000 elanikku.

Tervist edendavad tegevused on kulgenud AS Valga Haiglas peamiselt projektipõhiselt, projekte on rahastanud Eesti Haigekassa koos haigla kaasfinantseerimisega. Igal projektil on alati oma projektinõukogu, kuhu on kaasatud haigla töötajaid.

Valga haigla tervisedenduslikud projektid:

- 2000, projekt "Paikkondlikult tervemaks, pered turvalisemaks". Projektijuht Helgi Hanioja, AS Valga Haigla tervisedenduse spetsialist. (Project "*More healthy community, safer families*").
- 2000, projekt "Sõbra tuba". Projektijuht Helgi Hanioja, AS Valga Haigla tervisedenduse spetsialist. Tel: 372 7665200. E-mail: info@valgahaigla.ee; Projekti koostöönõukogu: Valga Linnavalitsus, noorsoopolitsei, õpilasmavalitsus. (Project "*Friend's room*").
- 2001, projekt "Süda terveks". Projektijuht Merike Salumäe, AS Valga Haigla südamekabineti arst (merike.salumae@valgahaigla.ee; tel: 7665202). (Project "*Health for your heart*").
- 2001, projekt "Puuetega laste heaks". Projektijuht Lea Lepikov AS Valga Haigla füsioterapeut. Tel: 372 7665200; E-mail: info@valgahaigla.ee; (Project "*For the health of disabled children*").
- 2002-2006, AS Valga Haigla südamekabinet osaleb projektis "Südameveresoonekonna haiguste ennetamine 2002-2006". Projekti teostaja Merike Salumäe, AS Valga Haigla südamekabineti arst. Projektijuht Margus Viigimaa, Eesti SVH ennetamise programmi juht. ("*Prevention of cardiovascular diseases 2002-2006*").

Tervisedenduslikke projekte iseloomustavad suundumused:

- Patsiendi/kliendikesksus
- Patsiendi koolitamine ja nõustamine krooniliste haigustega ja igapäevaeluga toimetulekuks: südameveresoonkonna haigused (SVH), kroonilised luu- ja liigesehaigused. Infomaterjalide jagamine.
- Patsiendi rahulolu uuringud haiglaravi ja heaolu suhtes.
- Puudega lapse parem toimetulek, parem tervis, elukvaliteedi tõus (mõõdetavad Bartheli indeksi modifikatsiooni, Köhleri ja Egelkrauti arengudiagnostika meetodi alusel), puudega lapse integreerimine ühiskonda.
- Laste ja noorukite hulgas narkoprobleemi ennetamine.
- Koostöö arendamine sotsiaaltöötajatega, tervishoiu teenust pakkuvate teiste asutuste ja sotsiaalvõrgustikuga.
- Tervist edendavate haiglate võrgustikusisene koostöö.
- Kagu-Eesti Partnerlusprogrammis osalemine: Kagu-Eesti inimestele parem toimetulek ja suurem ühiskondlik kaasatus.

New directions and trends regarding the health promotion projects:

- Focusing on patient/client.
- Patient education and counselling in order to cope with chronic diseases and everyday life: CVD, chronic joint diseases. Distributing information materials.
- Patient satisfaction and well-being feedback.
- Approving the quality of disabled children's lives (measurable by Barthel's index modification, Köhler's and Egelkraut's developmental diagnostics' method), improving their health and integrating the children into society.
- Prevention of drug addiction among children and adolescents.
- Cooperation with social workers and other institutions and social settings providing health service.
- Cooperation within the network of health promoting hospitals.
- Participation in South-East partnership program: improving life management and increasing the social involvement of the people in the region.

*Merike Salumäe,
ülemarst*

SA Elva Haigla TM

Elva Hospital

Supelranna 21, 61505 Elva, Estonia
Tel: 372 7456 265
Fax: 372 7456 932
E-mail: elvahaigla@ehaigla.ee

SA Elva Haigla TM oli 2000. aastal üks Eesti Tervist Edendavate Haiglate Võrgustiku asutajaliikmetest. SA Elva Haigla TM teenindab 30 000 elanikku Elva Linnast, selle lähümbrusest ja Tartu Maakonnast. Haiglas on 75 voodikohta ja ligi 100 töötajat. Haigla osutab ambulatoorsest ja statsionaarsest arsti- ja õendusabiteenust. Ambulatoorses osakonnas on eriarstid, uuringukabinetid (röntgen, laboratoorium, endoskoopia), taastusravi ja koduõendus. Statsionaarselt teostatakse haiglas sisehaiguste ravi, lastehaiguste ravi, samuti antakse haigla ortopeediliste haiguste konservatiivset ja operatiivset ravi.

Tervist edendavat tegevust juhib haiglas projektinõukogu, milles on 5 liiget: Katrin Rebane - projektinõukogu juht/ülemõde/ 372 7456 265, Liivi Einstein- projektinõukogu liige/ tegevjuht/finantsnõunik, Peeter Laasik - projektinõukogu liige/ peaarst/linna sotsiaal- ja tervishoiukomisjon, Jane Kallas - projektinõukogu liige/ füsioterapeut, Triinu Rõigas - projektinõukogu liige/ vanemõde.

Alates 2000. aastast viiakse haiglas läbi tervisedendavaid jätkusuutlikke projekte:

- Imikute võimlemine ja ujutamine (*Gymnastics and swimming for babies*);
- Tervisedenduslik töö Elva Haigla juures tegutsevas eakate päevakeskuses (*Health promoting activities in day centre for the elderly*);
- Tervisepäev kohalikule elanikkonnale (*Health information day for local population*);
- Patsiendi rahulolu uuringud haiglaravi ja heaolu suhtes (*Patient satisfaction and well-being feedback*).

Projekte rahastab Elva Linnavalitsus ja kaasfinantseerib Elva Haigla. Projektide juht on Katrin Rebane /ülemõde, 372 7456 265, e-mail: katrin@ehaigla.ee .

Elva haigla teeb tihedat koostööd Eesti TEH Võrgustikuga, osaledes ka ühistel ülevabariiklikel seminaridel ja konverentsidel nii Eestis kui rahvusvahelisel tasandil. Tervisedendavad tegevused on suunatud paikkonna elanikele, arvestades kõiki elanikkonna gruppe – lapsed, tööelised inimesed, eakad inimesed. Tervisedenduse põhisuunaks on haiglas ennetus- ja teavitustöö tervise hoidmise vajalikkusest.

*Katrin Rebane,
ülemõde*

Kuressaare Haigla SA

Kuressaare Hospital

Aia 25, 93815 Kuressaare, Estonia

Tel: 372 452 0002

Fax: 372 452 0005

e-mail: haigla@saarehaigla.ee

Kuressaare Haigla SA liitus Eesti Tervist Edendavate Haiglate Võrgustikuga 2000. aastal. Kuressaare Haigla SA asub Saare maakonnas ning tema teenindada on Saaremaal, Muhemaal, Ruhnus ja Abruka saarel elavad inimesed. Haiglas on 160 voodikohta ja haigla osutab raviteenust kõikidel erialadel vastavalt üldhaigla kategooriale.

Tervist edendavaid projekte on Kuressaare Haiglas teostatud peamiselt Eesti Haigekassa rahastamisel. Käivitatud on "Südame-veresoonkonna haiguste ennetamise projekt aastateks 2001-2006" ning "Noorte reproduktiivtervisealase nõustamise ja sugulisel teel levivate haiguste ennetamise projekt 2002-2006".

Üksikprojektidest võiks esile tuua:

- 2004, "Elu on väärt ka riskides" (*"Life is valuable even when taking risks"*), diabeedialase nõustamise projekt Euroopa Liidu toetusel. Projekti koordinaator Virge Nemvalts, tel: 45 20137
- 2004, "Mitte kunagi pole liiga vara hakata tegelema osteoporoosi profülaktikaga ja mitte kunagi ei ole liiga hilja hakata seda ravima" (*"It is never too early to start with prevention activities in order to prevent osteoporosis and never too late to start curing it"*). Uuring osteoporoosi esinemisest üle 60-aastatel naistel maakonnas. Uuring teostatud koostöös firmaga Aventes Pharma.
- 2004, Patsientide rahulolu uuring haiglaravi ja heaolu suhtes (*"Survey to study patients satisfaction with the services provided in the hospital"*).
- 2004, Haigla töötajaskonna uuring suitsetamisest (*"Survey to study smoking habits of the personnel"*). Alustatud projektiga "Suitsuvaba haigla".

Haigla on teinud koostööd projekti "Eesti TEH Võrgustiku väljakutsed ja võimalused 2004-2006" raames, osalenud ülevabariiklikel seminaridel, suvekoolides, TEH konverentsidel Eestis ja rahvusvahelises HPH võrgustikus.

Oma tervisedenduslikus tegevuses on haigla orienteeritud patsiendi/kliendikesksusele, haiglakultuuri edasisele tõstmisele, lapsesõbralikkusele, koostööle perearstide ja sotsiaalvaldkonna töötajatega, samuti haiglatöötajate tervist edendavate töökohtade tagamisele.

Tervisedenduse põhieesmärgiks haiglas on patsienti igakülgsest informeerida - nii patsiendil esinevate tervisehäirete, ravivõimaluste kui ka tervisliku elulaadi kujundamise osas.

Reet Tuisk,
ravijuht

AS Põlva Haigla

Põlva Hospital

Uus 2, Põlva 63308, Estonia

Tel: 372 79 94 865

Fax: 372 79 94 442

E-mail: polvahaigla@polvahgl.ee

<http://www.polvahgl.ee>

AS Põlva Haigla liitus Eesti Tervist Edendavate Haiglate Võrgustikuga 2000. aastal. Haigla on 125 voodikohaga üldhaigla, mis osutab Põlva maakonna elanikele eriarstiabi-teenust ja hooldusraviteenust. Erinevalt tavalisest üldhaiglast pööratakse Põlva haiglas suurt tähelepanu ka ambulatoorse ja statsionaarse taastusravi arendamisele, sh ruumide ja inventari kaasajastamisele. Põlvas töötab pädev ja arenemisaldis taastusravi- ja rehabilitatsioonimeeskond. Põlva Haigla on 2002. aastast alates tunnustatud rehabilitatsiooniasutus, haigla osaleb pidevalt taastusravi ja rehabilitatsioonialastes pilootprojektides.

AS Põlva Haigla TEH projektinõukogusse kuulub viis inimest, projektinõukogu esimees on Aili Tilgre, ülemõde, tel. 7994865, aili@polvahgl.ee. Haigla ülemarst on Margit Rikka, tel. 79 94 632, margit@polvahgl.ee.

Tervist edendavad tegevused on haigla igapäevatöö püsiv osa:

- Aastaid on läbi viidud projekti "Põlva Perekool rasedatele ja noortele peredele" ("*Põlva Family School for Pregnant Women and Young Families*"), projektijuht Aili Tilgre, ülemõde (aili@polvahgl.ee. 79 94 865).
- Patsientide nõustamiskabinetid: Tervisetuba (sh. suitsetamiset loobumise nõustamine, südame- ja veresoonkonna haiguste ennetamine ja nõustamine), MAMA-programm (naiste rinnavähi ennetus, tervisliku eluviisi nõustamine), noorte nõustamiskabinet Amor (seksuaaltervise ja pereplaneerimise-alane nõustamine). Lisaks pakutakse ka diabeedialast nõustamist. Vähihaigetele pakutakse kodust toetusravi ja haigete ning perede nõustamist.
- Osalemine haigekassa rahastatud ja kogu vabariiki hõlmavates erinevate haiguste ennetusprojektides (sh südamehaiguste ja naiste emakakaelavähi ennetamise, noorte seksuaalnõustamise projektid). Lisaks on haigla korraldanud sponsorite toetusel lühiaegseid ennetusnädalaid (näiteks osteoporoosinädalal patsientidele ja personalile).
- Personali tervisedenduslik koolitamine ja tervisepäevad, haigla töötajatele ja peredele tasuta ujumise võimaldamine Põlva Tervisekeskuses. Suurenenud on tähelepanu tervislikule toitumisele nii personali kui patsientide osas.
- Töötervishoiu edendamine, kutsehaiguste ennetamine ja töötingimuste parandamine, personali kuuluvate krooniliste haigete puhul terviklik lähenemine taastusravile.
- Patsientide rahulolu uuringud koos muutuste monitooringuga. Lisandunud on per-

sonali rahulolu uuring majasisese mikrokliima parandamiseks.

- Osalemine TEH võrgustiku koolitustel nii Eestis kui väljaspool (Moskvas TE haiglate konverentsil).
- Koostöö Põlva linna terviseaasta ja maakondlike tervisedenduslike üritustega, osalemine maakonna traumaprojektis, vaimse ja reproduktiivtervise projektis.
- 2004. aastal anti Põlva Linna Terviseaasta raames Põlva Haiglale Tervisesõbraliku Organisatsiooni tiitel tunnustusena täiendavate terviseteenuste osutamise eest oma töötajatele. *In the framework of Põlva Health Year (2004) Põlva Hospital was awarded the title of Health Friendly Organisation for providing health services for the staff.*

Margit Rikka,
ülemarst

SA Tallinna Lastehaigla

Tallinn Children's Hospital

Tervise 28, Tallinn
13419, Estonia
Tel: 372 6977111,
Fax: 372 6977143,
E-mail: admin@lastehaigla.ee
<http://www.lastehaigla.ee>

SA Tallinna Lastehaigla (edaspidi ka lühend SA TLH) liitus WHO ja Eesti Tervist Edendavate Haiglate võrgustikuga 2002. aastal. Valitsuse määruse alusel 2003. aastast on Tallinna Lastehaigla regionaalne haigla, mille teeninduspiirkonnas üldhaigla tasemel elab umbes 500 000 elanikku, piirkondliku haigla tasemel 750 000 – 1 000 000 elanikku. SA Tallinna Lastehaigla kui regionaalhaigla teeninduspiirkonnaks on Tallinn ja Harju maakond, saared, Rapla-, Lääne-, Ida- ja Lääne-Viru-, Pärnu- ja Järva maakonnad, ortopeedia erialal aga kogu vabariik.

Teeninduspiirkonna elanike arv oli 2003. aasta alguse seisuga 906 254 elanikku, neist lapsi 159 368, s.o. 68% laste arvust vabariigis. Laste vanuselises struktuuris on 0-4 aastaseid 28%, 5- 9 aastaseid 28% ja 10-14 aastaseid 44%.

Käesoleval ajal on lastehaiglas 241 statsionaarset ja 9 päevastatsionaarset voodikohta. SA osutab statsionaarset ja ambulatoorset eriarstiabi kõikidel lastehaiguste (161 voodikohta) ja lastekirurgilistel erialadel (80 voodikohta). Ambulatoorse teenistuse arendamise juurde kuulub nn. krooniliselt haigete laste keskuse moodustamine. Keskuse eesmärgiks on krooniliselt haigete laste tervise kontroll, ravi, rehabiliteerimine, arendamine nii meditsiiniliselt kui ka sotsiaalselt.

Tervisedendus ja koostöö patsientidega

Kuulumine tervist edendavate haiglate võrgustikku tähtsustab akuuthaigla funktsioonides töötavas haiglas tervisedenduse kui protsessi ühe osa, mille eesmärgiks on elanikkonna terviseteadlikkuse tõus ja spetsiifiliste terviseprobleemide käsitlemise paranemine haigetel ja nende peredes. Tervisedenduslikku tegevust juhtiv meeskond on 5-liikmeline.

Tervisedenduslik tegevus lastehaiglas on toimunud peamiselt haigla omavahendite arvelt. Teostatud või algatatud on järgmisi tegevusi:

- Õdede ja arstide seminarid teemal “Tervist edendavad tervisteenused”, läbiviija dr. Lagle Suurorg (*seminars for physicians and nurses “Health promoting health services”*; lead by dr. Lagle Suurorg); tel: 372 6977 303, e-mail: lagle.suurorg@lastehaigla.ee.
- Kvantitatiivne uuring ankeeterimise meetodil “Lastevanemate rahulolu lapse haiglaraviga (igal aastal ca 450-500 isikut), uuringu juht dr. Lagle Suurorg, ankeetküsitluse

- teostaja õde Raja Rekkaro (*survey "Parents' satisfaction with childrens' health care in the hospital", carried out by Lagle Suurorg and nurse Raja Rekkaro*);
- 2002, 2003, 2004: Personali tööga rahulolu uuringud, ankeetküsitlused viis läbi kvaliteediteenistus (juhataja doktor Lagle Suurorg ja õde Raja Rekkaro). (*Survey to study whether the personnel is satisfied with the work, carried out by quality service, managed by Lagle Suurorg and Raja Rekkaro*);
 - 2004, 2005: "Valuvaba haigla" projekt kirurgilise profiiliga osakondades 2004. aastal valu hindamise ja adekvaatse valu leevendamise parandamiseks, 2005. aastal lisanud vastsündinute ja enneaegsete laste valu hindamine kui humaanse neonataalse ravi väljendus. Projekti meeskond: õendusjuht Tiia Muts, kvaliteediõde Raja Rekkaro, koolitusõde Elina Reva. (*Project "Towards the painless hospital" started in 2004 at the surgical department and will be expanded to the department of neonatal care (2005) as a part of human neonatal care. Project team: chief nurse Tiia Muts; nurse on quality improvement Raja Rekkaro and nurse on training Elina Reva*);
 - "Integreeritud ravi krooniliste haiguste puhul" - patsientide ja nende vanemate võimestamine ja ravisoostumuse muutmine astma, diabeedi ja neuroloogiliste haigustega lastel. Tegevused viiakse läbi vastavate teenistuste kaudu. Hindamist teostab kvaliteediteenistuse juht Lagle Suurorg. (*Activities to implement "Integrated care for children and adolescents with chronic diseases" - to cite asthma, diabetes and neurological diseases. Activities have been carried out by specialized services. Evaluation done by quality manager Lagle Suurorg.*)
 - Juhtimiskvaliteedi parandamine läbi organisatsiooniliste muutuste – tipp- ja keskastme juhtide koolitused, osalemine Eesti Juhtimiskvaliteedi Auhinna konkursil 2004. aastal. Tegevus toimub kooskõlastatult haigla juhtkonnaga, keda esindab juhatuse esimees dr. Merike Martinson. (*Improvement of management of the hospital through organizational changes, lead by board manager Merike Martinson.*)
 - Ühiskonna kaasamine laste tervise edendamisse - koostööprojektid mittetulunduslike ühingutega (*cooperation with non-govermental organisations*):
 - a) SA TLH Toetusfondist rahastatud "Tervete ja neuroloogiliste häiretega imikute traumade preventatsioon" 2004. aastal, projekti eest vastutav toetusfondi juht Inna Kramer, projektijuht dr Pille Kaldmäe, taastusravi juht. (*Project "Prevention of accidents in babyhood" financed through the Support Foundation of the hospital (director Inna Kramer, project manager chief of the department of rehabilitation dr Pille Kaldmäe)*);
 - b) PHARE rahastatud Eesti NKKÜ-NMKÜ (juht Katrin Ohno) sotsiaalprojekt koos SA TLH-ga "Elu on väärt ka riskides", suunatud kroonilisi haigusi põdevate laste (eelkõige noorukite) psühhosotsiaalsele toetusele ja haigusega toimetuleku parandamisele. (*Project to help children and adolescents suffering chronic diseases, financed by PHARE project by Estonian YWCA-YMCA (leader Katrin Ohno) in cooperation with Tallinn Children's Hospital*);
 - c) PHARE rahastatud SA TLH Toetusfondi projekt (juht Inna Kramer) 2004/2005. aastal. "Meeskonnatöö parandamine neuroloogiliste haigustega laste ja vanemate võimestamisel". (PHARE project 2004/2005, (*Improvement of the team work to*

empower children who have neurological problems, and help their parents. Project was financed through hospital Support Foundation (manager Inna Kramer).

Lagle Suurorg,
kvaliteediteenistuse juhataja

FERTILITAS AS

Hospital Fertilitas

Kaluri tee 5a, Haabneeme, 74001 Viimsi vald,
Harjumaa, Estonia
Tel: 372 605 9600; 372 605 9602
Fax: 372 605 9666
E-mail: ferilitas@fertilitas.ee
<http://www.fertilitas.ee>

Fertilitas AS liitus Eesti Tervist Edendavate Haiglate Võrgustikuga 2002. aastal.

Fertilitas AS on struktuurilt erihaigla, mille koosseisus on mitu osakonda (sünnitusabi ja günekoloogia, plastiline kirurgia, nina-kõrva-kurguhaigused, ortopeedia), samuti ambulatoorne eriarstiabi (12 eriala).

Tervisedenduslikud projektid:

- 2000. aastast alates viiakse omafinantseeringul läbi tervisearenduslikku projekti "Beebisõbralik Haigla" ("*Baby Friendly Hospital Initiative*"), UNICEF. Koordinaatorid dr. Ivo Saarma ja Reet Post. Projekti juhtkomiteesse kuuluvad Fertilitas AS vastutavad töötajad, esimees on Ivo Saarma, Fertilitas AS juhataja. Kontaktandmed: tel: 372 6 059 603, e-mail: i.saarma@fertilitas.ee.

Tervise edendamise seotud muud tegevused:

- Projekti "Beebisõbralik Haigla" jätkuprojekt. Sisse on viidud kindel kvaliteedikontroll ning igal aastal antakse kogu haigla personalile asjakohast koolitust.
- Perekool ja rinnapiima kool (sh emade sünnitusjärgne nõustamine), mida tehakse koostöös Pirita perekooliga ja koduõendusfirmaga OÜ Medendi.
- 2000. aastal omistas ÜRO lastekaitseorganisatsioon UNICEF Fertilitasele rahvusvahelise sertifikaadi "Beebisõbralik haigla". (*In 2000 the hospital was awarded by UNICEF with the international certificate "Baby Friendly Hospital".*)

Ivo Saarma,
juhataja

Taastusravikeskus Sõprus AS, Spa hotell Sõprus

Rehabilitation Centre Sõprus, SPA Hotel Sõprus

Eha 2, 80010 Pärnu, Estonia
Tel: +372 445 0750
Fax: +372 445 0770
Email: soprus@soprus.ee
www.spahotelsoprus.com

Taastusravikeskus Sõprus liitus Eesti TEH Võrgustikuga 2002. aastal. Keskus koosneb 170 kohalisest hotellist ja raviosakonnast, mis pakub võimalusi ennetada ja ravida südame-veresoonkonnahaigusi, samuti luu-, liigese- ja perifeerse närvisüsteemi haigusi. Keskuses on sel otstarbel võimalik saada erinevaid protseduure (veeprotseduurid, soojaravi, mitut laadi liikumisravi, massaaž, lõõgastustreening, erinevad füsioteraapiaprotseduurid).

Kontaktisik: Ene Kütt, TRK Sõprus meditsiiniosakonna juhataja, tel: +372 44 50767, e-mail: ene.kutt@soprus.ee

Taastusravikeskus Sõprus korraldab südamehaiguste ennetamiseks südamenädalal ja ülemaailmsel südamepäeval mitmeid tervisedenduslikke üritusi:

- Propageerib liikumist ja kepikõndi (*Promotes physical activity and fitness walking using sticks*)
- Korraldab Pärnu elanikele teabepäevi südamehaiguste riskiteguritest, mõõdab vererõhku, kolesterooli ja veresuhkrut (*Organizes information days for local population on risk factors for CVD*).

2004. aastal korraldati suitsetamisest loobumise nädal koostöös Tervise Arengu Instituudiga (loeng suitsetamise kahjulikkusest, suitsetamisest loobumise nõustamine, kopsumahu mõõtmine).

Ene Kütt,
meditsiiniosakonna juhataja

Nõo Hooldekodu

Nõo Elderly Care Home

Nõo vald, Luke küla,
Tartu maakond 61601, Estonia
Tel: +372 7455365; +372 7455423
e-mail: maavanur@tartumaa.ee

Nõo Hooldekodu liitus Eesti TEH Võrgustikuga 2002. aastal. Nõo Hooldekodu on Tartu Maavalitsuse haldusalas iseseisvalt tegutsev institutsioon, mis pakub eakatele ja puuetega isikutele eale ja seisundile vastavat ööpäevast hooldust, põetust ja rehabilitatsiooni. Hooldekodusse on võimalik elama asuda isikutel, kes tervisliku või sotsiaalse seisundi tõttu ei ole suutelised iseseisvalt elama, vajavad ööpäevaringset hooldust või/ja kelle toimetulekut ei ole võimalik tagada teiste sotsiaalteenuste või muu abi osutamisega. Kontaktisik: Merle Varik, direktor.

Tervise edendamisega seotud tegevused:

- Hoolealustega seotud tegevused - tervislik toitumine, füüsiline aktiivsus, toimetulek stressiga. (*Patient oriented activities: healthy nutrition, physical activity, coping with stress*)
- Personalile suunatud tegevused (*Personnel oriented activities*).

Merle Varik,
direktor

AS R pina Haigla

R pina Hospital

Võru mnt.1, R pina,
64504 Põlva mk, Estonia
Tel: 372 79 61557
E-mail: miia@rapinahaigla.ee
info@rapinahaigla.ee

AS R pina Haigla liitus Eesti Tervist Edendavate Haiglate võrgustikuga 2002. aastal. R pina haigla on 30 voodikohaga v ikehaigla. Haigla tervisedendusliku tegevuse peamised eesmärgid on patsiendi heaolu, tervisealane koolitus ja nõustamine ning koost o parandamine paikkonnaga.

Haigla kvaliteedisüsteem rajaneb Tervist Edendavate Haiglate standarditel. Haigla koosseisus on tervisedenduse eest vastutav t otaja ja kvaliteedijuht. Haigla tegevus on patsiendikeskne. Haigla korraldab regulaarselt uuringuid patsientide rahulolust, samuti on koostatud rida teabematerjale terviseriskidest ja eri abivahendite kasutamise kohta.

Olulisel kohal on haiglas personali kvalifikatsiooni ja teadlikkuse t ostmine. Personali koolitatakse võimaluste piires. Personali rahulolu t ottingimustega hinnatakse.

Head on sidemed paikkonnaga. Haigla koost opartneriteks on perearstid, koolid, lasteaed, noorteklubid, vallavalitsus, sotsiaalv rgustik, TEH võrgustik. Haigla osaleb kohalikes projektides toimetuleku- ja tervisealaste loengute, n ustamiste ja praktilise tegevusega.

The quality management in the hospital follows HPH standards. Hospital has appointed persons responsible for health promotion/education and for quality improvement.

Hospital promotes health education and is focusing on the needs of the patients and personnel, including their education and counselling. In order to provide better health promotion the hospital cooperates with local organizations and with the Estonian Network of HPH.

Trends of health promotion activities in the hospital:

- Following the HPH standards;
- Surveys on patient satisfaction and well-being;
- Preparation of educational materials for patients;
- Studies to survey whether the personnel is satisfied with working conditions.
- Training of the personnel;
- Cooperation at different levels to introduce proposals for better health promotion

(target group family doctors, schools, pre-school institutions, local clubs, social network, local authorities, activities include HPH lectures, counselling, various events on health promotion, printed materials).

Miia-Kersti Sultsmann,
juhatuse esinaine

SA Viljandi Haigla

Viljandi Hospital

Jämejala, Pärsti vald,
71024 Viljandimaa, Estonia
Tel: 372 434 6362
Fax: 372 434 6076
E-mail: vmh@vmh.ee
Webpage: www.vmh.ee

SA Viljandi Haigla liitus Eesti Tervist Edendavate Haiglate võrgustikuga 2003. aastal.

Sihtasutus Viljandi Haigla moodustati 2002. aastal Viljandi Maakonna haigla ja Jämejala Psühhoneuroloogiahaigla ühendamisel. Haigla koosneb neljast kiinikust: kirurgiikliinik, sisekliinik, psühhiaatrikliinik ning ambulatoorse ravi ja diagnostikakliinik. Haiglas on 430 voodikohta, aastas ravitakse umbes 8700 inimest. Sihtasutus annab tööd enam kui 700 inimesele.

Tervise edendamise seotud tegevused haiglas:

- Haiglatöötajate rahulolu uuringud töö, töökeskkonna ja töökorralduse suhtes;
- Patsiendi rahulolu uuringud haiglaravi kvaliteedist;
- Haiglakultuuri ja infoliikumise arendamine;
- Koostöö arendamine kohalike omavalitsuste, perearstide, sotsiaaltöötajate ja tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande teenuseid pakkuvate teiste asutustega;
- Koostöö arendamine kohaliku meediaga patsientide ja koostööpartnerite paremaks informeerimiseks;
- Tervishoiuteenust toetavate sotsiaalhoolekandeteenuste arendamine.

There are various health promotion activities in the hospital:

- Surveys to study whether the personnel is satisfied with the work, working conditions and with the way the work in the hospital has been organized;
- Surveys about patient satisfaction;
- Development of hospital culture and communication;
- Cooperation with the local authorities, family doctors, social workers and other health institutions providing social services;
- Cooperation with local media in order to provide more and better information to patients and partners;
- Development of social services to provide better health services to patients.

Küllike Heide,
kommunikatsioonijuht.

SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla

North–Estonia Regional Hospital

J.Sütiste 19, 13419
Tallinn, Estonia
Tel: 372 6 971 101,
Fax: 372 6 971 200
E-mail: info@regionaalhaigla.ee
<http://www.regionaalhaigla.ee>

Sihtasutus Põhja-Eesti Regionaalhaigla liitus Eesti Tervist Edendavate Haiglate Võrgustikuga 2003. aastal (struktuurne allüksus PERH Kivimäe Haigla oli võrgustiku asutajaliige 2000. aastal).

Põhja-Eesti Regionaalhaigla teeninduspiirkonnas elab üks miljon inimest, haigla aastakäive on 39 miljonit eurot. Haigla struktuuriüksustes on kokku 1320 voodikohta (neist 507 sisehaiguste-, 528 kirurgia-, 285 psühhiaatriaosakonnas), voodihõive on keskmiselt 72,4%.

2003. aastal sai SA PER-s arstiabi 366 684 patsienti. Statsionaarse ravijuhu keskmine pikkus on 10 päeva. Haiglas töötab 448 arsti ja 1230 õde. Haigla tegeleb pidevalt ka residentide ja õdede koolitusega ning kliiniliste uuringutega.

Projektiga "Suitsetamisest loobuvad haiglad rahva tervise toetamisel" ("Smoking Cessation Clinics Supporting People Health") alustati kuus aastat tagasi. Projektijuht on Ruth Sepper, Sisekliinikumi juhataja, tel: 6972243, ruth.sepper@regionaalhaigla.ee.

Projekti eesmärgiks on luua suitsetajatele suitsetamisest loobumiseks nõuandev süsteem. Projekti juhib neljaliikmeline meeskond, töösse on kaasatud arstid, õed jt. Projekti rahastatakse sponsorite abiga.

Ruth Sepper,
sisekliiniku juhataja

SA HIIUMAA HAIGLA

Hiiumaa Hospital

Rahu 2, Kärkla, 92414 Hiiu maakond, Estonia

Tel: 372 46 32083

Fax: 372 46 32083

E-mail: haigla@hiiumaa.ee

Sihtasutus Hiiumaa Haigla liitus Eesti Tervist Edendavate Haiglate Võrgustikuga 2003. aastal. Hiiumaa Haigla tegutseb 1957. aastast. Sihtasutus Hiiumaa Haigla loodi 2003. aasta märtsis. Haiglat juhib sihtasutuse nõukogu, mille esimees on Aasa Saarna. Hiiumaa Haigla on 33 voodikohaga üldhaigla.

Tervisedenduslikest tegevustest Hiiumaa Haiglas:

- Haiglatöötajate rahulolu uuring koostöös Tartu Ülikooli Tervishoiu Instituudiga 2004. aasta suvel. Kontaktisikud: Aasa Saarna, Sihtasutuse Hiiumaa Haigla nõukogu esinaine ja Hiiu Maavalitsuse sotsiaal- ja tervishoiuosakonna juhataja, tel: 372 46 1195, e-mail: aasa@mv.hiiumaa.ee; Riina Tamm, Hiiumaa haigla ülemõde, tel: +372 46 22850, e-mail: tammriina@hotmail.ee

Tervisedenduslike projekte iseloomustavad suundumused:

- Patsiendi- ja kliendikesksus;
- Patsiendi rahulolu uuringud haiglaravi ja heaolu suhtes;
- Haiglakultuur ja suhtlemisoskus;
- Haiglatöötajate rahulolu uuringud;
- Haiglatöötajate vaimne ja füüsiline tervis;
- Koostöö perearstidega ja sotsiaaltöötajatega;
- Personali nõustamine tervislikest eluviisidest;
- Tervist edendavate haiglate võrgustikusisene koostöö Eestis ja WHO rahvusvahelises võrgustikus.

Trends of health promotion projects:

- Focusing on patient/ client;
- Hospital culture and communication;
- Surveys about patient and personnel satisfaction and well-being;
- Mental and physical health of personnel;
- Cooperation with family doctors and social workers;
- Cooperation with other member hospitals of the Estonian HPH Network and WHO HPH Network.

Riina Tamm,
ülemõde

SA Jõgeva Haigla

Jõgeva Hospital

Piiri 2, Jõgeva 48307,
Estonia
Tel: 372 77 66 200
Fax: 372 77 66 201
E-mail: Haigla@jogevahaigla.ee
<http://www.jogevahaigla.ee>

SA Jõgeva Haigla liitus Eesti Tervist Edendavate Haiglate Võrgustikuga 2004. aastal. SA Jõgeva Haigla on 98 voodikohaga kohalik haigla. Voodikohad on jaotunud kahe siseosakonna vahel, kusjuures II osakonna koosseisus on 15 hooldusravi kohta. Haigla vastuvõtuosakond töötab ka erakorralise meditsiini osakonnana, mille koosseisus on üks kiirabi brigaad. Peale statsionaarsete osakondade on Jõgeva haiglas laboratoorium, radioloogia osakond ning ambulatoorne eriarstiabi 10 erialaga.

SA Jõgeva Haigla osutab ka koolitervishoiuteenust, koduõendusteenust ning haiglas töötab rehabilitatsioonimeeskond. Haigla juures tegutseb ka päevakeskus vaimupuudega inimestele.

Jõgeva Haigla osaleb järgmistes tervisedenduslikes projektides:

- Südamehaiguste ennetamine
- Emakakaela vähi varane avastamine

SA Jõgeva Haigla on alustanud patsientide ja haigla personali rahulolu uuringutega ankeetküsitluste kaudu, esimene küsitlus viidi läbi 2004. aasta novembris. Küsimustikud valmisid koostöös Tartu Ülikooli Tervishoiu Instituudiga. Eesmärgiks on parandada töötajate töökeskkonda ning patsientidele pakutava teenuse kvaliteeti.

The first survey to study whether the personnel and patients are satisfied with the hospital was carried out in November 2004. The questionnaire was elaborated together with the scientists from Tartu University, Department of Public Health. The survey was initiated in order to gather information how to improve the work environment and raise the quality of services offered in the hospital.

*Laine Ottenson,
ülemõde*

SA Mustvee Tervis

Mustvee Tervis

Tartu tn.59, 49603 Mustvee,
Estonia
Tel: 372 77 26256,
E-mail: mtervis@hotmail.ee

SA Mustvee Tervis liitus Eesti Tervist Edendavate Haiglate Võrgustikuga 2004. aastal. Mustvee Tervis teostab statsionaarset hooldusravi ja taastusravi. Haiglas on 20 voodikohta. Ambulatoorne eriarstiabi: taastusravi, günekoloogia, kirurgia ja stomatoloogia erialal. Töötab laboratoorium ja kiirguskabinet ning sonograafia.

Tervisedenduse projekt:

- 2002 - 2004, Tervislik toitumine haiglas (*Healthy Nutrition in Hospital*).
Projektijuht: Nadežda Landsberg, vanemõde, tel. 77 26 647, mtervis@hotmail.ee.
Tervislik toitumine on patsientide rahulolu oluline eeltingimus.
Rahastajad: haigla omafinantseerimine ja omavalitsus.

Tervise edendamise seotud tegevused:

- Orienteeritus haigla personali tervisele
- Patsiendikesksus
- Haigla kultuur ja suhtlemisoskus

Trends of health promotion activities in the hospital:

- Health of the personnel.
- Focusing on patient/ client.
- Hospital culture and communication.

Minni Tarum,
juhataja

SA Ida-Viru Keskhaigla

Ida-Viru Central Hospital

Ravi 10, Kohtla-Järve 30322, Estonia

Tel: + 372 339 5003,

Faks: +372 339 5007

Email info@ivkh.ee

<http://www.ivkh.ee>

Sihtasutus Ida-Viru Keskhaigla liitus Eesti Tervist Edendavate Haiglate Võrgustikuga ja Maailma Tervishoiuorganisatsiooni projektiga "Tervist edendavad haiglad" 2004. aasta novembris.

Sihtasutuse Ida-Viru Keskhaigla eesmärgiks on anda Ida-Virumaal kõrgetasemelist arstiabi ning teha meditsiini- ja tervishoiualast arendustööd. Haigla koosneb kirurgia- ja sisekliinikust, haiglas on 380 voodikohta ja päevaravi. Haiglas on arenenud taastusravi, hambaproteesimise-, diagnostika- ja laboriteenistused. Haiglaväline eriarstiabi pakub teenuseid kogu maakonnas.

Sihtasutuse Ida-Viru Keskhaigla tervisedenduslikke projekte on seni rahastatud omafinantseerimisel. SA Ida-Viru Keskhaigla projektinõukogu on kuueliikmeline. Esinaine: Alevtina Uustalu (Ida-Viru Keskhaigla ülemõde), email: alevtina.uustalu@ivkh.ee, telefon +372 516 9896.

Tervise edendamise seotud töö Ida-Viru Keskhaiglas on suunatud patsientidele ja nende heaolule, patsientide vastavate vajaduste väljaselgitamisele küsitluslehtede abil ning tervisealasele nõustamisele ja personali tervise ning tööga seotud probleemide lahendamisele.

- Patsientide rahulolu tõstmiseks on loodud kaebuste lahendamise süsteem (*Complaints Managing System - achievement of patient satisfaction*).
- Tervisealane koolitus ja nõustamine õdedele, "Õde – tervisekoolitaja haiglas" (*Nurse - a health trainer in hospital*).
- "Tunne iseennast" (*Know yourself*) - suunatud paikkonna elanikkonna koolitamisele ja nõustamisele, kuidas tulla igapäevaelus paremini toime krooniliste haigustega.
- Tervisepäevad haigla töötajatele.
- Beebi- ja lapsesõbralikud algatused haiglas (*Baby-Friendly Hospital Initiative*).
- Koostöö arendamine perearstide ja maakonna sotsiaaltöötajatega.
- Tervist edendavate haiglate võrgustikusisene koostöö Eestis ja WHO rahvusvahelises võrgustikus.

Alevtina Uustalu,
ülemõde

Health Promotion in Hospitals: Principles and concepts



Groene, O.

To be cited as:

Groene, O. Health Promotion in Hospitals: Principles and concepts.
In: Groene, O. & Garcia-Barbero, M. (ed.): Implementing health
promotion in hospitals. Evidence and quality management.
[forthcoming]

1. Introduction.....	2
2. Principles of health promotion in hospitals.....	2
2.1. Health promotion: definition and concept	2
2.2. Why hospitals for health promotion?	4
2.2.1. The impact of health services on health	4
2.2.2. Health promotion in hospitals.....	7
3. The International Network of Health Promoting Hospitals.....	8
REFERENCES.....	12

1. Introduction

More than a decade ago the WHO Health Promoting Hospitals project was initiated in order to support hospitals towards placing greater emphasis on health promotion and disease prevention, rather than on diagnostic and curative services alone. The Health Promoting Hospitals strategy focuses on meeting the physical, mental and social needs of a growing number of chronically ill patients and the elderly. In addition, the strategy stresses the needs of hospital staff, who are exposed to physical and psychological stress, and the need to address the publics' view and environmental issues.

Twenty hospitals in eleven European countries participated in the European pilot project from 1993 to 1997. Since then, the International Network of Health Promoting Hospitals has steadily expanded and now covers 25 Member States, 36 national or regional networks and more than 650 member hospitals.

2. Principles of health promotion in hospitals

1.1. Health promotion: definition and concept

Health promotion measures focus on both individuals and contextual factors that shape the actions of individuals with the aim to prevent and reduce ill health and improve well-being. Health in this context not only refers to the traditional, objective and biomedical view of the absence of infirmity or disease but to a holistic view that adds mental resources and social well-being to physical health [1, 2]. Health promotion goes beyond health education and disease prevention, in as far as it is based on the concept of salutogenesis and stresses the analysis and development of the health potential of individuals [3].

The scope of *disease prevention* has been defined in the Health Promotion Glossary as “measures not only to prevent the occurrence of disease, such as risk factor reduction, but also to arrest its progress and reduce its consequences once established” [4]. The same source defines the scope of *health education* as comprising “consciously constructed opportunities for learning involving some form of communication designed to improve health literacy, including improving knowledge, and developing life skills which are conducive to individual and community health”. *Health promotion* is defined as a broader concept in the WHO Ottawa Charter as “the process of enabling people to increase control over, and improve, their health” [5].

In practice, these terms are frequently used complementarily and measures for the implementation may overlap, however, there are major conceptual differences with regard to the focus and impact of health promotion actions (Figure 1):

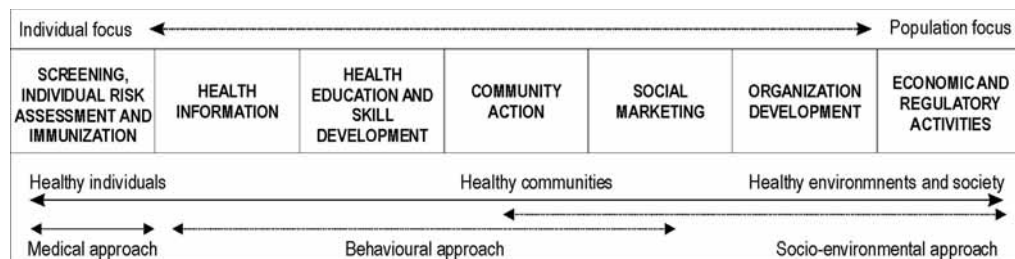


Figure 1: Strategies for health promotion [6]

Whereas the medical approach is directed at physiological risk factors (e.g. high blood pressure, immunization status), the behavioural approach is directed at lifestyle factors (e.g. smoking, physical inactivity) and the socio-environmental approach is directed at general conditions (such as unemployment, low education or poverty) (Bensberg 2000). Health promotion consequently includes, but goes far beyond medical approaches directed at curing individuals.

Based on the notion of health as a positive concept the Ottawa Charter put forward

the idea that “*health is created and lived by people within the settings of their everyday life; where they learn, work, play and love.*” [1]. This settings approach to health promotion, founded on the experience of community and organizational development lead to a number of initiatives such as Health Promoting Cities, Health Promoting Schools, and Health Promoting Hospitals, etc. in order to improve people’s health where they spend most of their time: in organizations [7, 8].

The settings approach acknowledges that behavioral changes are only possible and stable if they are integrated into everyday life and correspond with concurrent habits and existing cultures [9]. Health Promotion interventions in organizations therefore not only have to address to change individuals but also underlying norms, rules and cultures.

The Ottawa Charter identifies five priority action areas for health promotion:

- Build healthy public policy: health promotion policy combines diverse but complementary approaches, including legislation, fiscal measures, taxation and organisation change. Health promotion policy requires the identification of obstacles to the adoption of healthy public policies in non-health sectors and the development of ways to remove them.
- Create supportive environments for health: the protection of the natural and build environments and the conservation of natural resources must be addressed in any health promotion strategy.
- Strengthen community action for health: Community development draws on existing human and material resources to enhance self-help and social support, and to develop flexible systems for strengthening public participation in, and direction of, health matters. This requires full and continuous access to information and learning opportunities for health, as well as funding support.
- Develop personal skills: Enabling people to learn (throughout life) to prepare themselves for all stages and to cope with chronic illness and injuries is essential. This has to be facilitated in school, home, work and community settings.
- Re-orient health services: the role of the health sector must move increasingly in a health promotion direction, beyond its responsibility for providing clinical and curative services. Reorientation of health services also requires stronger attention to health research, as well as changes in professional education and training.

The following section will explain the need for a reorientation of health services and expand on some of the ideas set forward in the Ottawa Charter.

1.2. Why hospitals for health promotion?

1.2.1. The impact of health services on health

Many health professionals presume that health promotion has always been the core business of medicine in general and hospitals in particular. This view may be challenged for a variety of reasons.

Although the history goes back further, the first identifiable hospitals were build during the 12th century and were religious-oriented, cloister-affiliated institutions providing support to the poor, elderly, psychologically devious and others in need. In the fore-

ground was the accommodation, nourishment and the isolation of infectious diseases, not the treatment of disease.

Figure 2: Historical evolution of hospitals [10]:

Time	Role of hospital	Characteristics
7 th century	Health care	Byzantine empire, Greek and Arab theories of diseases
10 th to 17 th century	Nursing, spiritual care	Hospitals attached to religious foundations
11 th century	Isolation of infectious diseases	Nursing of infectious diseases such as leprosy
17 th century	Health care for poor people	Philanthropic and state institutions
Late 19 th century	Medical care	Medical care and surgery, high mortality
Early 20 th century	Surgical centres	Technological transformation of hospitals, entry of middle-class patients; expansion of outpatient departments
1950s	Hospital-centred health systems	Large hospitals, temples of technology
1970s	District general hospitals	Rise of district general hospital, local, secondary and tertiary hospitals
1990s	Acute care hospital	Active short-stay care
1990s	Ambulatory surgical centres	Expansion of day admissions; expansion of minimally invasive surgery

Until the late 19th century hospitals were not a place where health was created, but rather a place to die [11]. This changed with the development of the science of medicine, supported by utilitarian state philosophy and humanism. Since then, the potential of hospital care to improve health has made rapid improvements with the development of aseptic and antiseptic techniques, more effective anaesthesia, greater surgical knowledge and skills, trauma techniques, blood transfusion, coronary artery bypass surgery, effective pharmaceuticals, transplantation techniques and minimal invasive surgery [12].

However, parallel to the advances in hospital procedures questions have been raised with regard to the contribution of health care to the health of the population and the effectiveness of health care services. Various accounts have been made discarding the claims of health care for the reduction of infectious diseases the significant decline in infant mortality, reductions in the major causes of death and resulting increase in life expectancy [13].

Although controversy is still continuing on details of his work, McKeown demonstrated compellingly how reductions in mortality in the United Kingdom, which were

thought to be related to accomplishments of medical care, were in fact related to improvements in hygiene and nutrition [14, 15, 16, 17]. Another perspective was brought in by Ivan Illich and Rick Carlson who argued that medical care is more a cause of death, than of health. According to Illich medicine has the potential to cause as much harm as good, as reflected in his concept of *iatrogenesis* [18]. He strongly criticized the medical professions of their “sick-making powers” and contended that health care institutions performed the opposite of their original purpose. Carlson argued along the same lines and forecasted that the limited effectiveness of medicine will further decline in the future [19]. Recently, these perspectives gained a lot of prominence with the report of the Institute of Medicine, “To err is human”, that estimated about 100,000 deaths in hospitals annually in the USA due to medical errors [20].

A more operational perspective was brought in by Avedis Donabedian and others who, being well aware of the limited population impact of health care, focused on strategies to improve the quality of health care services [21, 22, 23]. Although major advances have been made with the outcomes movement and health technology assessment, the definition of quality as doing the right thing, and doing it well, still raises fundamental questions and points to potential improvements in the provision of health care services [24].

The Health Promoting Hospitals network links the various perspectives above. It is driven by the strong perception that hospital services need to be more targeted towards the need of people, not only to their organs or physiological parameters, and have a more substantial and lasting impact on health. At the same time the HPH philosophy is now based on strong evidence and methods to incorporate health promotion as a core principle in the organization. Quality strategies already applied in clinical settings and for the management of health care organizations are applicable to health promotion as well. Before this issue will be addressed further below the following paragraphs provide the rationale for and concrete examples of health promotion services in hospitals.

1.2.2. Health promotion in hospitals

Given the scope of possible health promotion interventions in hospitals the WHO HPH movement focuses on four areas: promoting the health of patients, promoting the health of staff, changing the organization to a health promoting setting and promoting the health of the community in the catchment area of the hospital. These four areas are reflected in the definition of a health promoting hospital:

“A *health promoting hospital* does not only provide high quality comprehensive medical and nursing services, but also develops a corporate identity that embraces the aims of health promotion, develops a health promoting organizational structure and culture, including active, participatory roles for patients and all members of staff, develops itself into a health promoting physical environment and actively cooperates with its community” [HP Glossary].

There is a large scope and public health impact for offering health promotion strategies in health care settings [25]. Hospitals consume between 40% and 70% of the national health care expenditure and typically employ about 1% to 3% of the working popula-

tion. These working places, most of which are occupied by woman, are characterized by certain physical, chemical, biological and psychosocial risk factors. Paradoxically, in hospitals – organizations that aim to restore health – the acknowledgement of factors that endanger the health of their staff is poorly developed. Health promotion programmes can improve the health of staff, reduce absenteeism rates, improve productivity and quality [26, 27].

Health professionals in hospitals can also have a lasting impact on influencing the behavior of patients and relatives, who are more responsive to health advice in situations of experienced ill-health [28, 29]. This is of particular importance for two reasons: At first, the prevalence of chronic disease (e.g. diabetes, cardiovascular disease, cancer) is increasing in Europe and throughout the world [30]. Secondly, many hospital treatments today not only prevent premature death but improve the quality of life of patients. To maintain this quality effective support from their relatives and the patients' own behavior after discharge are important variables [31]. Health Promotion Programmes can encourage healthy behavior, prevent readmission and maintain quality of life of patients.

Hospitals also typically produce high amounts of waste and hazardous substances. Introducing Health Promotion strategies to hospitals can help to reduce the pollution of the environment and the cooperation with other institutions and professionals can help to achieve the highest possible coordination of care. Furthermore, as research and teaching institutions hospital produce, accumulate and disseminate a lot of knowledge and can have an impact on the local health structures and influence professional practice elsewhere [8].

Table 1: Example health promotion projects/activities in hospitals

Patients <ul style="list-style-type: none"> • Brief interventions for smoking cessation • Introduction of a patient charter • Patient satisfaction measurement 	Staff <ul style="list-style-type: none"> • Healthy nutrition • Introduction of interdisciplinary teamwork • Education on lifting techniques to prevent back pain
Organisation <ul style="list-style-type: none"> • Conflict and change management • Health promotion mission statement • Introduction of Total Quality Management 	Community <ul style="list-style-type: none"> • Reduction of waste and ecological risks • Use of hospital data to assess population health promotion need • Safe driving ways for ambulance cars

2. The International Network of Health Promoting Hospitals

In order to support the introduction of health promotion programmes in hospitals the WHO Regional Office for Europe started 1st international consultations in 1988. In

the subsequent year, the WHO Model project “Health and Hospital” was initiated with hospital Rudolfstiftung in Vienna, Austria, as a partner institution.

After this phase of consultation and experimentation the HPH movement went into its developmental phase, marked by the initiation of the European Pilot Hospital Project by WHO EURO in 1993. This phase, which lasted from 1993 to 1997, involved intensive monitoring of the development of projects in 20 partner hospitals from 11 European Countries.

Subsequent to the closing of this pilot phase, national and regional networks were developed and the network reached its consolidation phase. Since then, national and regional networks take an important role in encouraging the cooperation and exchange of experience between hospitals of a region or a country, including the identification of areas of common interest, the sharing of resources and the development of common evaluation systems. In addition, a thematic network exists, bringing together psychiatric hospitals and allowing the exchange of ideas and strategies in this particular field.

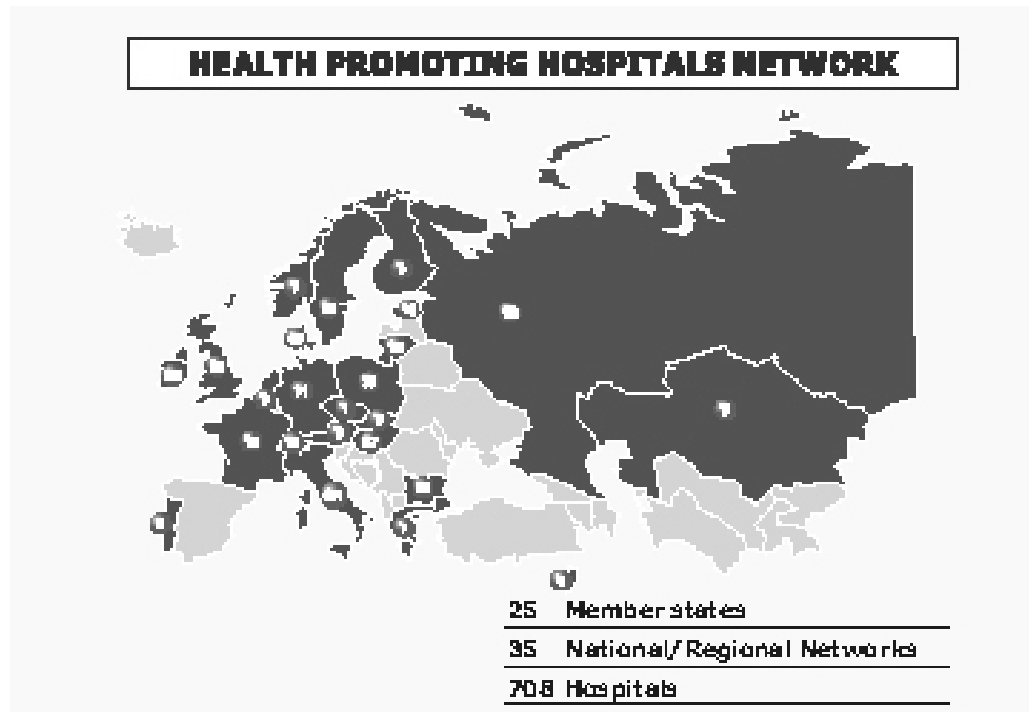
The International Network of Health Promoting Hospitals acts as a network of networks linking all national/regional networks. It supports the exchange of ideas and strategies implemented in different cultures and health care systems, developing knowledge on strategic issues and enlarging the vision. Table X indicates the development of the network in the recent years. As of May 2003, the International HPH Network comprises 25 member states, 35 national and regional networks and more than 708 hospitals [WHO HPH database 2003].

Table 2: Development of International Network of Health Promoting Hospitals

Year	Developmental stage	No. of countries	No. of networks	No. of hospitals
1989 - 1996	Project Health & Hospital, Hospital Rudolfsstiftung, Vienna	1	NA	1
1993 - 1997	European Pilot Project of HPH	11	NA	20
1998	Development of National and Regional Networks under the umbrella of the International Network of Health Promoting Hospitals	14	19	210
1999		16	29	280
2000		19	29	508
2001		22	29	540
2002		22	32	627
2003		25	35	708

Figure 3 gives an overview on the distribution of HPH in the WHO European Region. [32, 33, 34,].

Figure 3: HPH members in the WHO European Region



In the past the projects carried out within the HPH network were characterized by a more traditional focus on health education interventions for patients, and to a lesser extent, for staff. The focus of the HPH projects is now enlarging, addressing also organizational and community issues such as a change of organizational culture and environmental issues [35].

A future challenge of HPH is still to link organizational health promoting activities with continuous quality improvement programmes, making use of the apparent similarities such as the focus on continuous process and development, involvement and ownership, monitoring and measurement, and to incorporate the principle of health promotion into the organizational structure and culture.

Johnsen & Baum pointed out that there is still a long way to go until health promotion is anchored in the organizational culture and structure [36]. Based on a review of the literature and an assessment of health promoting hospitals projects in Australia they group HPH activities in a typology with four dimensions (Table 3).

Table 3: Typology of HPH activities

Typology	Implication
Doing a health promotion project	No re-orientation of the whole organization or staff roles. This may be a starting point for health promotion activities when no support from senior management is available.
Delegating health promotion to a specific division, department or staff	A specific department deals with health promotion, but activities are not integrated in the overall organization. Hospitals falling in this type may be in a developmental phase.
Being a health promotion setting	Health promotion is considered a cross-sectional issue in hospital decision-making. The hospital has become a health promoting setting, although no resources are applied to impact in the community.
Being a health promotion setting and improving the health of the community	The hospital is a health promoting setting and takes over responsibility for and improves community health.

Although the authors are aware of the difficulties of becoming a health promoting settings with visible community impact they claim that the "...settings approach to health promotion is about much more than introducing a variety of opportunities for individuals using the hospital to change their behaviour".

Their argumentation is in line with our observations of activities in the International Network of Health Promoting Hospitals that many hospitals have introduced selected health promotion activities, however, that the process of extending and incorporating these activities at a broader level has been slow.

The preceding paragraphs illustrated that although many may perceive the hospital as a health promoting settings, there are varying degrees to which hospitals actually have an impact on population health, potentially harm individuals seeking cure and care and make use the knowledge available to improve health. While the main determinants of health lie outside the health care sector hospitals can improve the health of their patients and can have a longer lasting impact in particular for patients with chronic conditions.

In addition the health promotion strategy includes the issue of staff health, which is not only important for the direct health effect of health professionals, but also for the link between staff health and satisfaction and patient outcome and satisfaction.

Various strategies of health promotion exist and hospitals engage in one form or another in some of them, e.g. patient information and individual risk assessment. However, the main shortcoming is still the systematic implementation and quality assurance of health promotion activities in hospitals. The question how health promotion activities can be implemented and their quality assessed is an issue that has to receive further attention in the future.

REFERENCES

(Endnotes)

- [1] World Health Organization (WHO). Constitution. Geneva: WHO, 1946 http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?infobase=Basicdoc&softpage=Browse_Frame_Pg42
- [2] Downie, R.S., Tannahill, C. & Tannahill, A. Health promotion. Models and values. Oxford: Oxford University Press, 1996
- 3 Antonovsky, A. Unravelling the mystery of health. How people manage stress and stay well. Jossey Bass, San Francisco 1987
- 4 World Health Organization (WHO). Health Promotion glossary. Geneva: WHO, 1998 <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/HPGlossaryEnglish.pdf>
- [5] World Health Organization (WHO). Ottawa Charter for Health Promotion, Geneva: WHO, 1986 <http://www.who.int/hpr/archive/docs/ottawa.html>
- 6 Bensberg, M (2000): What are health promoting emergency departments? Department of Human Services, Victoria State Government, Melbourne.
- [7] Grossmann, R. Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung – Organisations-entwicklung durch Projektmanagement. In: Pelikan, J.M., Demmer, K. & Hurrelmann, K. (ed.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. München: Weinheim, 1993
- [8] Whitelaw, S., Baxendale, A., Bryce, C., Machardy, L., Young, I. & Witney, E. 'Settings' based health promotion: a review. Health Promotion International 16, 4, 339-353, 2001
- [9] Broesskamp-Stone, U., Kickbusch, I. & Walter, U. Gesundheitsförderung. In: Schwartz, F.W. et al. (ed.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen, München: Urban & Schwarzenberg, 1997, 141-150
- 10 Healy, J. & McKee, M. The evolution of hospital systems. In: McKee, M. & Healy, J. Hospitals in a changing Europe. Open University Press: Oxford, 2001
- 11 Ackerknecht, E.H. Geschichte der Medizin. Stuttgart: Enke, 1986
- 12 Foucault, M. The birth of the clinic: an archaeology of medical perception. London: Tavistock, 1973
- 13 Aday, LA, Begley, AC, Lairson, DR, Skater, CH. Evaluating the medical care system. Ann Arbor, Michigan, Health Administration Press, 1993
- [14] McKeown, T. The origins of human disease. Oxford: Blackwell, 1993

- 15 Link BG, Phelan JC. McKeown and the idea that social conditions are fundamental causes of disease. Am J Public Health. 2002 May;92(5):730-2.

- 16 Colgrove J. The McKeown thesis: a historical controversy and its enduring influence. Am J Public Health. 2002 May;92(5):725-9.

- 17 Mackenbach JP. The contribution of medical care to mortality decline: McKeown revisited. J Clin Epidemiol. 1996 Nov;49(11):1207-13.

- 18 Illich, I. Medical Nemesis. 1975
- 19 Carlson 1975, the end of medicine,
- 20 Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson, Editors; Committee on Quality of Health Care in America. To Err Is Human: Building a Safer Health System, Institute of Medicine, 2000 <http://www.nap.edu/books/0309068371/html/>
- 21 Donabedian, A. Explorations in quality assessment and monitoring. Vol 1: The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980
- 22 Donabedian, A. Explorations in quality assessment and monitoring. Vol 2: The criteria and standards of quality. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1982
- 23 Palmer, H., Donabedian, A. & Povar, G.J. Striving for quality in health care: an inquiry into policy and practice. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1991

- 24 Epstein, A.M. The outcomes movement will it get us where we want to go? *New England Journal of Medicine*, 1990, 26, 232 (4), 266-70
- [25] Garcia-Barbero, M. Evolution of health care systems. In: Pelikan, J.M., Krajic, K. & Lobnig, H. (ed.): Feasibility, effectiveness, quality and sustainability of health promoting hospital projects. Gamburg: G. Conrad Health Promotion Publications, 1998, 27-30
- [26] Doherty, D. Challenges for Health Policy in Europe – What Role Can Health Promotion Play? In: Pelikan, J.M., Krajic, K. & Lobnig, H. (ed.): Feasibility, effectiveness, quality and sustainability of health promoting hospital projects. Gamburg: G. Conrad Health Promotion Publications, 1998, 36-41
- [27] Müller, B., Münch, E. & Badura, B. Gesundheitsförderliche Organisationsgestaltung im Krankenhaus. Entwicklung und Evaluation von Gesundheitszirkeln als Beteiligungs- und Interventionsmodell. Weinheim: Juventa, 1997
- [28] Ogden, J. *Health Psychology: A Textbook*. Buckingham: Open University Press, 1996
- [29] Florin, D. & Basham, S. Evaluation of health promotion in clinical settings. In: Thorogood, M. & Coombes, Y. (ed.): *Evaluating health promotion. Practice and methods*. Oxford: Oxford University Press, 2000, 140-150
- [30] Murray, C.L. (ed.). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Geneva: World Health Organization, 1996
- [31] Badura, B., Grande, G., Janßen, H. & Schott, T. *Qualitätsforschung im Gesundheitswesen. Ein Vergleich ambulanter und stationärer Versorgung*. Weinheim: Juventa, 1995
- [32] Pelikan, J.M., Garcia-Barbero, M., Lobnig, H. & Krajic, K. (ed.): *Pathways to a health promoting hospital*. Gamburg: G. Conrad Health Promotion Publications, 1998 [LINK](#)
- [33] Pelikan, J.M., Krajic, K. & Lobnig, H. (ed.): Feasibility, effectiveness, quality and sustainability of health promoting hospital projects. Gamburg: G. Conrad Health Promotion Publications, 1998 [LINK](#)
- [34] Ludwig Boltzmann Institute for the Sociology of Health and Medicine (LBI). *Health promoting Hospitals – Short report from the co-operating centre for the period 1999/2000*. Presentation given at the 8th International Conference of HPH, Athens, 2000
- [35] Gröne, O. *Evaluating Health Promotion Programmes in Hospitals. Methodological and Practical Issues*. Master Thesis. The London School of Hygiene & Tropical Medicine, London, 2000
- 36 Johnson, A. & Baum, F. Health promoting hospitals: a typology of different organizational approaches to health promotion. *Health Promotion International* 2001, 16, 3, 281-287

Tervisedendus haiglates: põhimõtted ja üldmõisted

Groene, O.

Viitamisel osundada:

Groene, O. Health Promotion in Hospitals: Principles and concepts. In: Groene, O. & Garcia-Barbero, M. (ed.): Implementing health promotion in hospitals. Evidence and quality management. [forthcoming]

1. Sissejuhatus	2
2. Tervist edendavate haiglate põhimõtted	2
2.1. Tervisedendus: definitsioon ja üldmõisted	2
2.2. Milleks haiglad tervisedenduses?	5
2.2.1. Terviseteenuste mõju tervisele.....	5
2.2.2. Tervisedendus haiglates	
3. Tervist edendavate haiglate rahvusvaheline võrgustik	8
VIITED	

1. Sissejuhatus

Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) Tervist edendavate haiglate (TEH) projekt algatati rohkem kui kümnekond aastat tagasi eesmärgiga toetada haiglaid pööramaks diagnostika ja raviteenuste kõrval suuremat tähelepanu tervise edendamisele ja haiguste ennetamisele. TEH strateegia keskendub üha suureneva hulga eakate ja krooniliselt haigete patsientide füüsilistele, vaimsetele ja sotsiaalsetele vajadustele. Lisaks sellele rõhutab strateegia ka füüsilise ja psühholoogilise stressi probleemidega haigla personali vajadusi, samuti kogukonna arvamusi ja keskkonna küsimusi.

Euroopa TEH pilootprojektis 1993-1997 osales 20 haiglat 11 Euroopa riigist. Sellest ajast saadik on TEH rahvusvaheline võrgustik pidevalt laienenud ja praeguseks on 25 liikmesriiki, 36 rahvuslikku või regionaalset võrgustikku, ühendades enam kui 650 haiglat.

2. Tervist edendavate haiglate põhimõtted

1.1. Tervisedendus: definitsioon ja üldmõisted

Tervisedendus võtab arvesse nii indiviidi kui keskkonna (konteksti) tegurid, mis kujundavad inimeste ettevõtmisi eesmärgiga haigusi ennetada, nende esinemisagedust vähendada ja parandada üldist heaolu. Selles kontekstis mõistetakse tervist mitte vaid kui haiguse puudumist, st mitte ainult selle traditsioonilises, objektiivses ja biomeditsiinilises tähenduses, vaid holistlikus tõlgenduses, kus füüsilisele tervisele on lisatud vaimsed ressursid ja sotsiaalne heaolu [1, 2]. Tervisedendus on enam kui tervisekasvatus ja haiguste ennetamine, kuna tervisedendus põhineb salutogeneesi mõistel ja rõhutab indiviidide tervisepotentsiaali arengut ja analüüsi [3].

Haiguste ennetamist defineerib Tervisedenduse Glossaar järgmiselt: “meetmed, mis ainult ei enneta haiguste avaldumist, nagu nt riskitegurite vähendamine, kuid samuti takistavad selle progresseerumist, ja kergendavad juba ilmnunud haiguse tagajärgi”[4]. Sama allikas defineerib *tervisekasvatust* kui “teadlikult õppimiseks loodud võimalusi, mis sisaldavad ka mõningaid kommunikatsiooni elemente, et parandada tervisealast kirjaoskust ja teadmisi, ning arendavad eluga toimetulekuoskusi, mis soodustavad paremat individuaalset ja kogukonna tervist”. *Tervisedendus* on defineeritud laiemalt, nagu see on antud ka WHO Ottawa Hartas: “TE on protsess, mis võimaldab inimestel suurendada kontrolli oma tervise üle ja seda parandada”[5].

Praktikas kasutatakse neid mõisteid sageli üksteist täiendavalt ja rakendustegevuses võivad need ka kattuda. Sellegipoolest, eksisteerib suur kontseptuaalne erinevus kui silmas pidada tervisedenduslike tegevuste `fookust` ja mõju (joonis 1):

Joonis 1: Tervisedenduse strateegiad [6]

Individuaalne fookus				Populatsiooni fookus		
Skriining, Individu- aalse riski hinnang ja kaitsesüs- timine	Terviseal- ane infor- matsioon	Tervise- kasvatus ja oskuste arenda- mine	Paikkonna tegevus	Sotsiaalne turundus	Organisat- siooni areng	Majandus- likud ja regulati- vised meetmed
Terved (hea tervisega)		Terved kogukonnad		Terved keskkonnad ja ühiskond inimesed		
Meditsiiniline käsitlus		äitumuslik käsitlus		Sotsiaal-keskkondlik käsitlus		

Tervise meditsiiniline käsitlus on suunatud füsioloogilistele riskifaktoritele (nt kõrge vererõhk, kaitsesüstimiste tase), käitumuslik käsitlus aga eluviisi teguritele (nt suitsetamine, füüsilise liikumise vähesus) ning sotsiaal-keskkondlik käsitlus keskendub üldistele teguritele (nt töötus, madal haridustase, vaesus) (Bensberg 2000). Tervisedendus järelikult sisaldab meditsiinilist lähenemist, kuid hõlmab kaugelt enam kui vaid keskendumist raviprobleemidele.

Põhinedes tervisele kui positiivsele kontseptsioonile, pakub Ottawa Harta välja mõtte, mille järgi “*tervist loovad ja seda kogevad/ elavad läbi inimesed oma igapäevastes elukeskkondades - kus nad õpivad, töötavad, mängivad ja armastavad.*” [1]. Tervisedenduse selline keskkonnapõhine käsitlus, mille aluseks on kogukonna ja organisatsiooni arengu kogemused, on viinud mitmetele uutele algatustele nagu Tervislikud linnad, Tervist edendavad koolid, Tervist edendavad haiglad jt - eesmärgiga parandada inimeste tervist just seal, kus nad veedavad põhiosa oma päevast: asutustes, organisatsioonides [7, 8].

Keskkonnapõhine käsitlus peab käitumuslikke muutusi võimalikeks ja püsivateks vaid siis, kui need on integreeritud igapäevaellu ning vastavad tavaharjumustele ja kultuuritraditsioonidele [9]. Seepärast mõjutavad/ muudavad organisatsioonisiseseid tervisedenduslikud sekkumised mitte vaid üksikindiviidide käitumist, vaid ka selle aluseks olevaid sotsiaalseid norme, reegleid ja kultuurilisi tõekspidamisi.

Ottawa Harta määratleb tervisedenduse viis prioriteetset tegevusvaldkonda:

- Soodustada tervisepoliitikat: tervisedendus ühendab erinevaid, kuid samas üksteist täiendavaid lähenemisi, mis hõlmavad seadusandlust, finantsmeetmeid, maksustamist ja organisatsioonilisi muudatusi. Tervisedendus nõuab probleemide esiletõstmist, mis takistavad tervisepoliitika rakendamist teistes (s.o. mitte-tervise) sektorites, samuti võimaluste leidmist nende lahendamiseks.
- Luua tervist toetavad keskkonnad: iga tervisedenduse strateegia aluseks peab olema olemasoleva looduskeskkonna kaitsmine, loodusressursside säilitamine.

- Soodustada/ tugevdada paikkonna tegevusi: paikkonna areng loob eeldused - põhinedes olemasolevatele inim- ja materiaalsetele ressurssidele - eneseabi arendamiseks ja sotsiaalse toetuse suurenemiseks ja võimaldab arendada paindlike süsteeme, et kogukonna tervise huvides soodustada elanike suuremat osalemist. See nõuab täielikku ja pidevat juurdepääsu informatsioonile ja “tervise” õppimise võimalusi, samuti rahalist toetust.
 - Arendada isiklike oskusi: anda inimestele võimalus õppida (elukestev õpe), et nad saaksid ette valmistuda kõigiks eluperioodideks: oluline on toimetulek (hakkamasamine) krooniliste haigustega ja vigastustega. Kõike seda tuleb teha koolides, kodudes, töökohtades ja teistes paikkonna võimalikes erinevates keskkondades.
 - Ümber orienteerida terviseteenistused: tervisesektor peab rohkem liikuma tervist edendavas suunas, st kaugemale tema vastutusest pakkuda vaid kliinilisi ja raviteenuseid. Terviseteenistuste reorientatsioon omakorda nõuab terviseuuringuid, samuti muutusi professionaalse hariduse andmises ja ettevalmistamises.
- Järgnev ptk selgitab terviseteenistuste ümberorientatsiooni vajadust ja arendab edasi Ottawa Harta põhimõtteid.

1.2. Miks haiglad tervisedenduses?

1.2.1. Terviseteenistuste(teenuste) mõju tervisele

Paljud tervise valdkonna professionaalid eeldavad, et tervisedendus on alati olnud üldiselt meditsiini, ja eriti haiglate rida. Mitmetel põhjustel võib sellisele arvamusele vastu vaielda.

Ajalugu tagasi vaadates nähtub, et esimesed nn. haiglad rajati 12ndal sajandil ning need olid religioossed, kloostrile kuuluvad institutsioonid, mis pakkusid abi vaestele, eakatele, psüühiliselt haigetele ja teistele abivajajatele. Esiplaanil oli majutamine, toitmine ja nakkushaigete isoleerimine, mitte haiguste ravi.

Joonis 2: Haiglate evolutsioon ajaloos [10]:

Aeg	Haigla roll	Iseloomulikud jooned
7.sajand	tervise hoid	Bütsantsi, Kreeka ja Araabia teooriad haigustest
10.-17.sajand	ravitsemine/ põetamine, spirituaalne hooldus (hinge hooldus)	haiglad liidetud usuliste institutsioonidega
11.sajand	nakkushaiguste isoleerimine	nakkushaiguste, selliste nagu leepra, ravitsemine
17.sajand	vaeste inimeste tervise hoid	heategevad ja riigi institutsioonid
19.sajandi lõpp	meditsiiniabi	meditsiiniabi ja kirurgia, kõrge surumus

20.sajandi algus	kirurgia keskused	haiglate tehnoloogiline transformatsioon: võimalused abisaamiseks haigetele kesk-klassist; haiglaväliste raviasutuste areng
1950ndad	haiglatele-keskendunud tervise süsteemid	väga suured haiglad, tehnoloogia "templid"
1970ndad	piirkondlikud üldhaiglad	piirkondlike üldhaiglate, kohalike haiglate, teisest ja kõrgemat abi andvate haiglate kujunemine
1990ndad	ägedat patoloogiat ravivad haiglad	lühiajaline haiglaravi
1990ndad	ambulatoorse kirurgia keskused	päeva-statsionaaride laienemine; võimalikult vähese invasiivsusega kirurgia rakendamise laienemine

Kuni 19nda sajandi lõpuni olid haiglad pigem suremise kui ravisaamise (tervise loomise) kohad [11]. See muutus teadusliku meditsiini arenguga, mida toetas utilitaarne (kasulikkusel põhinev) riigi filosoofia ja humanism. Sellest alates tegi haiglaravi (kuna sel oli potentsiaal parandada tervist) kiireid edusamme, arenesid aseptilised ja antiseptilised tehnikad, efektiivsem anesteesia, paremad teadmised ja oskused kirurgias, traumade käsitlemine, vere ülekande tehnika, koronaarkirurgia (shunteerimine), mõjusad farmatseutilised ja transplantatsiooni tehnikad, vähese invasiivsusega kirurgia [12].

Siiski -, paralleelselt haiglaprotseduuride edusammudega on tõstatunud küsimused tervishoiu panusest populatsiooni kui terviku tervisesse, ja tervishoiuteenistuste (teenuste) efektiivsusest. On antud erinevaid selgitusi/ põhjendusi, et mitte arvestada väiteid tervishoiu (arvestatavast) osast nakkushaiguste vähenemisel, olulises imikusuremuse languses, peamiste surmapõhjuste vähenemises ja loodetava/ oodatava eluea pikenedes [13].

Kuigi poleemika selle töö detailide osas veel jätkub, näitab McKeown veenvalt, kuidas suremuse näitajad Inglismaal, mida arvati seotud olevat arstiabi saavutustega, olid tegelikult hügieeni ja parema toitumise tulemus [14,15,16,17]. Teise arvamuse esitasid Ivan Illich ja Rick Carlson, kes väitsid, et meditsiiniline abi on pigem surma kui tervise põhjus! Illich 'i järgi on meditsiinil potentsiaali samavõrd kahju kui kasu tekitada, nagu järeldub tema *iatrogenesesi* kontseptsioonist [18]. Ta kritiseeris väga teravalt meditsiini erialade "haigeks tegevat jõudu" ja väitis, et tervishoiuasutused esitavad esialgselt mõeldule vastupidist eesmärki. Carlson esitas samu seisukohti ja ennustas, et meditsiini piiratud efektiivsus väheneb tulevikus [19]. Hiljuti tähtsustusid need arvamused Meditsiiniinstituudi raportis "Eksida on inimlik", kust nähtus, et umbes 100 000 surmajuhtu aastas USA haiglates on arstiabi vigade tõttu [20].

Veelgi praktilisema seisukoha esitasid Donabedian jt, kes, olles teadlikud tervishoiu piiratud mõjust populatsioonile, keskendusid tervishoiuteenuste kvaliteedi parandamise strateegiatele [21, 22, 23]. Kuigi on tehtud edasiminekuid hinnangute andmisel lõpptule-

muste osas ja tehnoloogilistes küsimustes, on “kvaliteedi” definitsioon - teha õiget asja ja teha seda hästi - endiselt fundamentaalne küsimus ja osutab tervisehoiuteenuste tagamise parandamise võimalustele [24].

Tervist edendavate haiglate võrgustik ühendab erinevaid eespool esitatud vaateid. Võrgustik on oma tegevuses juhindunud mõttest, et haiglateenused peavad olema inimes-te-vajaduste-kesksed, mitte vaid suunatud üksikutele kehaosadele või füsioloogilistele pa-rameetritele, ning et neil teenustel peab olema tugevam ja kestvam mõju tervisele. Kaas-aegne TEH filosoofia põhineb tõendusel ja meetoditel, mis võimaldavad tervisedenduse kui alusteooria inkorporeerida organisatsiooni arengusse. Kvaliteedi strateegiad, mida on rakendatud kliinilises praktikas ja tervishoiuorganisatsioonide juhtimises, on sobivad ka tervisedenduses. Enne kui seda teemat edasi arendada, pakuvad allolevad peatükid haiglate tervist edendavate teenistuste (teenuste) loogilised põhiprintsiibid ja ka konk-reetseid näiteid.

1.2.2. Tervisedendus haiglates

Arvestades võimalike tervisedendavate sekkumiste ulatust haiglates, keskendub WHO TEH liikumine neljale valdkonnale: patsientide tervise edendamine, haiglapersonali tervise edendamine, organisatsiooni/ institutsiooni muutmine tervist edendavaks keskkonnaks, ja paikkonna tervise edendamine (niivõrd kuidas haigla oma tegevusega ulatub). Need neli valdkonda peegelduvad tervist edendavate haiglate definitsioonis:

“ *Tervist edendav haigla ei paku mitte ainult kõrgekvaliteedilist ja kõikehõlmavat meditsiini ja õenduse teenuseid, vaid arendab ka nn ühendatud identsust, mis hõlmab tervisedenduse eesmärgi, arendab organisatsiooni tervisedenduslikku struktuuri ja kultuuri, rõhutades patsientide ja haiglapersonali osalemist ja aktiivset rolli, haigla arendab end tervisedenda-vaks füüsiliseks keskkonnaks ning on aktiivses koostöös paikkonnaga/ kogukonnaga*” (TE glossaar).

Tervisedenduse strateegiade rakendamine tervishoiuasutustes, milleks on palju või-malusi, omab mõju elanikkonna tervisele [25]. Haiglad kasutavad ära umbes 40 - 70 % tervishoiule eraldatud riiklikest rahadest, ja üldjuhul pakuvad tööd 1 - 3 % töövõimeli-sest elanikkonnast. Neid töökohti, kus peamiselt töötavad naised, iseloomustavad teatud füüsilised, keemilised, bioloogilised ja psühhosotsiaalsed riskifaktorid. On paradok-saalne, et haiglates, neis institutsioonides, mille eesmärgiks on taastada tervist, on haig-latöötajate teadmised neist tervistohustavatest faktoritest vähesed. Tervisedenduslikud programmid saavad parandada personali tervist, vähendada töölt puudumise näitajaid, parandada produktiivsust ja kvaliteeti [26, 27].

Haiglas töötavad terviseprofessionaalid saavad samuti mõjutada patsientide ja nende sugulaste käitumist, kes on enamgi vastuvõtlikud haiguseperioodil antud tervisealaste-le soovitudele [28, 29]. Eriti oluline on see kahel põhjusel: esiteks, krooniliste haigus-te (nt suhkruhaigus, südame- ja veresoonehaigused, vähktõbi) esinemissagedus Euroopas ja kogu maailmas tõuseb [30]. Teiseks, kaasaegne haiglaravi võimaldab mitte ainult ära hoida enneaegset surma, vaid parandada ka haigete elukvaliteeti. Sugulaste

toetuse säilimine ja haigete oma (tervise)käitumine peale haiglast lahkumist on tähtsad `muutujad` [31]. TE programmid saavad soodustada tervislikke valikuid (tervislikumat käitumist), hoida ära haiglasse taassattumist ja säilitada patsientide elukvaliteeti.

Üldjuhul produtseerivad haiglad suure hulga jäätmeid ja ohtlikke (jääk)aineid. TE strateegiatega rakendamine haiglas võib vähendada keskkonna saastamist ning koostöö teiste institutsioonidega ja spetsialistidega võib anda tegevuse koordineerimisel väga hea tulemuse. Veelgi enam, haiglad kui uurimis- ja õppeasutused ka loovad, akumuleerivad ja annavad edasi suure hulga teadmisi, millel võib olla mõju kohalikele tervise struktuuridele või praktikutele ka mujal [8].

Tabel 1: Haiglate TE projektide/ tegevuste näide

Patsiendid <ul style="list-style-type: none"> • Lühiajalised sekkumised suitsetamisest loobumiseks • Patsientide Harta tutvustamine • Patsientide rahulolu mõõtmine 	Personal <ul style="list-style-type: none"> • Tervislik toitumine • Interdistsiplinaarse meeskonnatöö tutvustamine • Seljavalude ennetamise tehnikate õpetus
Organisatsioon <ul style="list-style-type: none"> • Konfliktide ja muutuste juhtimine • Tervisedenduse missiooni selgitamine • Täieliku Kvaliteedi Juhtimise tutvustamine 	Paikkond/ kogukond <ul style="list-style-type: none"> • Jäätmete ja ökoloogiliste riskide vähendamine • Haigla andmebaasi kasutamine paikkonna elanike TE vajaduste hindamiseks • Kiirabiautode turvaline juhtimine

2. Tervist edendavate haiglate rahvusvaheline võrgustik

Haiglate tervist edendavate programmide algatamise toetamise eesmärgil alustas WHO Euroopa regionaalne büroo rahvusvahelisi konsultatsioone 1988.aastal. Järgneval aastal algatati Rudolfstiftung'i haiglas Viinis, Austrias WHO mudeli-projekt "Tervis ja Haigla".

Peale konsultatsiooni ja katsetuste perioodi algas TEH liikumise arenguline faas, mida tähistas WHO EURO Euroopa piloothaiglate projekti algus 1993.aastal. See periood, mis kestis 1993 - 1997, sisaldas 11 Euroopa riigi 20 partnerhaigla projektide arengu intensiivset monitooringut.

Järgnevalt, selle pilootfaasi lõppedes arendati TEH riiklikud ja regionaalsed võrgustikud ning protsess jõudis konsolideerumise (kindlustumise, ühinemise) ajajärku. Alates sellest omandavad riiklikud ja regionaalsed võrgustikud tähtsa rolli koostöö arendamisel ning haiglate kogemuste vahetamisel regiooni või riigi piires. See hõlmab ühiste huvide määratlemist, ressursside jagamist ning samadel alustel põhineva hindamissüsteemi arendamist. Lisaks, eksisteerib temaatiline võrgustik, mis ühendab psühhiaatrilisi haiglaid, võimaldades vahetada ideid ja strateegiaid selles spetsiifilises valdkonnas.

Rahvusvaheline tervist edendavate haiglate võrgustik ühendab omakorda kõik need rahvuslikud ja regionaalsed võrgustikud. See toetab erinevates kultuurides ja tervis-

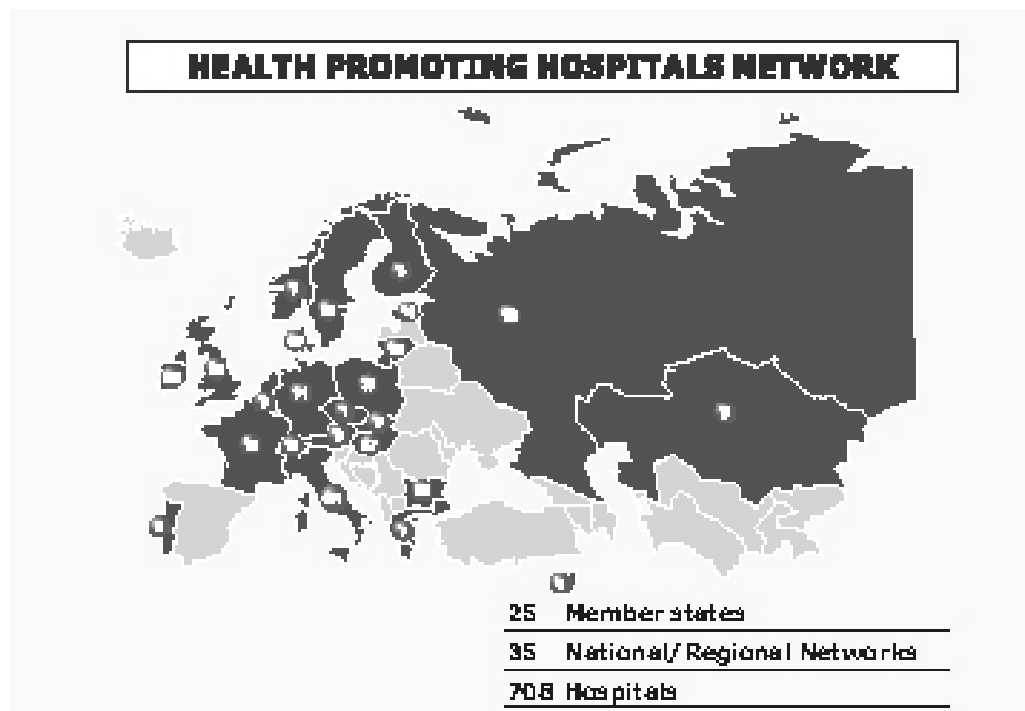
hoiusteemides rakendatud strateegiate kohta käiva teabe vahendamist, annab juurde teadmisi strateegilistes küsimustes ja laiendab üldist visiooni. Tabelis 2 on toodud võrgustiku areng viimastel aastatel. Mais 2003 kuulub rahvusvahelisse TEH võrgustikku 25 liikmesriiki, 35 riiklikku ja regionaalset võrgustikku ja enam kui 708 haiglat [WHO TEH andmebaas 2003].

Tabel 2: Tervist edendvate haiglate rahvusvahelise võrgustiku areng

Aasta	Arenguperiood	Riikide arv	Võrgustike arv	Haiglate arv
1989 - 1996	Projekt "Tervis & Haigla", Rudolfstiftung` haigla, Vienna	1	NA	1
1993 - 1997	TEH Euroopa pilootprojekt	11	NA	20
1998	Riiklike ja regionaalsete võrgustike areng Rahvusvahelise TEH võrgustiku toetusel	14	19	210
1999		16	29	280
2000		19	29	508
2001		22	29	540
2002		22	32	627
2003		25	35	708

Joonis 3 annab ülevaate TEH asukohtadest WHO Euroopa regioonis [32, 33, 34,].

Joonis 3: TEH võrgustiku liikmed WHO Euroopa regioonis



TEH võrgustiku raames läbiviidud varasemad projektid oli traditsiooniliselt rohkem suunatud patsientide kui haiglapersonali tervisekasvatusele. TEH projektide fookus on praeguseks laienenud ka organisatsioonilistele ja paikkonna küsimustele, sh organisatsiooni kultuurilised muutused, keskkonna probleemid [35].

TEH tuleviku väljakutse on seondada organisatsioonilised tervistedendavad tegevused jätkuvate kvaliteedi parandamise programmidega, kasutades ära mõlemate ühiseid jooni, nagu pidev protsessi ja arengu tähtsustamine, kaasatus ja omanditunne, monitooring ja hindamine, ja tervisedenduse printsiipide arvestamine organisatsiooni struktuuris ja kultuuris.

Johnsen & Baum rõhutavad, et on siiski veel pikk tee käia, enne kui tervisedendus kinnistub organisatsiooni kultuuris ja struktuuris [36]. Tuginedes kirjanduse andmetele ja Austraalia TEH projekti hindamise tulemustele, on haiglate TE tegevused grupeeritud 4-dimensioonilisse tüpoloogiasse (Tabel 3).

Tabel 3: TEH tegevuste tüpoloogia

Tüpoloogia	Tähendus
Tervist edendava projekti teostamine	Puudub organisatsiooni kui terviku ja personali rollide reorientatsioon. TE projekt võib osutada TE tegevuste lähtekohaks, kui puudub puudub kõrgema juhtkonna toetus.
TE on delegeeritud teatud osakonnale, grupile, personalile	See osakond tegeleb tervisedendusega, kuid need tegevused pole integreeritud organisatsiooni kui tervikusse. Seliselt toimivad haiglad võivad olla (edasise) arengu faasis.
Haigla kui tervistedendav keskkond	TE on haigla otsustusprotsessides intersektoraalne küsimus. Haiglast on saamas tervistedendav keskkond, kuigi (kuid) puuduvad ressursid paikkonna tervise mõjutamiseks.
Haigla kui tervistedendav keskkond, ja samas parandades ka paikkonna tervist	Haigla on tervistedendav keskkond ja vastutab ka paikkonna tervise parandamise eest

Kuigi autorid teavad raskusi, mis on haiglatel kui tervistedendavatel keskkondadel, et arvestatavalt mõjutada veel lisaks ka paikkonda, nad väidavad, et "...keskkonnapõhine lähenemine tervisedendusele tähendab kaugelt enam kui haiglat kasutavatele üksikisikutele selgitada neid paljusid võimalusi, mis neil on oma käitumise muutmiseks".

Nende argumentatsioonid ühtivad meie tähelepanekutega rahvusvahelise TEH võrgustiku tegevuste kohta, kus paljud haiglad on tutvustanud valitud TE tegevusi, ja siiski, protsess nende tegevuste esitlemiseks laiemale tasandil on olnud aeglane.

Artikli eelnevad osad on näidanud, et kuigi paljud inimesed võivad mõista haiglat kui tervistedendavat keskkonda, on siiski väga erinevad need tasemed, milleni haiglad tegelikult mõjutavad populatsiooni tervist; või potentsiaalselt isegi kahjustavad (!) inimesi, kes otsivad ravi ja hooldust; või kuivõrd kasutavad ära olemasolevaid teadmisi tervise paran-

damiseks. Kuna põhilised tervisedeterminandid on väljaspool tervishoiusektorit, saavad haiglad eeskätt parandada oma patsientide tervist ning saavutada pikemaegse mõju just kroonilisi haigusi põdevate patsientide tervisele.

Lisaks, TE strateegia sisaldab ka haiglapersonali tervist, mis pole oluline mitte ainult terviseprofessionaalide vahetuks tervisetulemuseks, kuid samuti seoseks personali tervise ja rahulolu ning patsientide tervisetulemuse ja rahulolu vahel.

On olemas mitmeid TE strateegiaid ja haiglad kasutavad neist üht või teist osa, nt patsientide teavitamine, individuaalse riski hindamine. Sellegipoolest, põhiprobleemiks on TE tegevuste süstemaatilise rakendamise ja kvaliteedi tagamise puudumine haiglates. Kuidas TE tegevusi paremini ellu viia ja nende kvaliteeti hinnata, on küsimus, mis vajab jätkuvat tähelepanu tulevikus.

VIITED

(Endnotes)

- [1] World Health Organization (WHO). Constitution. Geneva: WHO, 1946 http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?infobase=Basicdoc&softpage=Browse_Frame_Pg42
- [2] Downie, R.S., Tannahill, C. & Tannahill, A. Health promotion. Models and values. Oxford: Oxford University Press, 1996
- 3 Antonovsky, A. Unravelling the mystery of health. How people manage stress and stay well. Jossey Bass, San Francisco 1987
- 4 World Health Organization (WHO). Health Promotion glossary. Geneva: WHO, 1998 <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/HPGlossaryEnglish.pdf>
- [5] World Health Organization (WHO). Ottawa Charter for Health Promotion, Geneva: WHO, 1986 <http://www.who.int/hpr/archive/docs/ottawa.html>
- 6 Bensberg, M (2000): What are health promoting emergency departments? Department of Human Services, Victoria State Government, Melbourne.
- [7] Grossmann, R. Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung – Organisationsentwicklung durch Projektmanagement. In: Pelikan, J.M., Demmer, K. & Hurrelmann, K. (ed.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. München: Weinheim, 1993
- [8] Whitelaw, S., Baxendale, A., Bryce, C., Machardy, L., Young, I. & Witney, E. 'Settings' based health promotion: a review. Health Promotion International 16, 4, 339-353, 2001
- [9] Broesskamp-Stone, U., Kickbusch, I. & Walter, U. Gesundheitsförderung. In: Schwartz, F.W. et al. (ed.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen, München: Urban & Schwarzenberg, 1997, 141-150
- 10 Healy, J. & McKee, M. The evolution of hospital systems. In: McKee, M. & Healy, J. Hospitals in a changing Europe. Open University Press: Oxford, 2001
- 11 Ackerknecht, E.H. Geschichte der Medizin. Stuttgart: Enke, 1986
- 12 Foucault, M. The birth of the clinic: an archaeology of medical perception. London: Tavistock, 1973
- 13 Aday, LA, Begley, AC, Lairson, DR, Skater, CH. Evaluating the medical care system. Ann Arbor, Michigan, Health Administration Press, 1993
- [14] McKeown, T. The origins of human disease. Oxford: Blackwell, 1993
- 15 Link BG, Phelan JC. McKeown and the idea that social conditions are fundamental causes of disease. Am J Public Health. 2002 May;92(5):730-2.
- 16 Colgrove J. The McKeown thesis: a historical controversy and its enduring influence. Am J Public Health. 2002 May;92(5):725-9.
- 17 Mackenbach JP. The contribution of medical care to mortality decline: McKeown revisited. J Clin Epidemiol. 1996 Nov;49(11):1207-13.
- 18 Illich, I. Medical Nemesis. 1975
- 19 Carlson 1975, the end of medicine,

- 20 Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson, Editors; Committee on Quality of Health Care in America. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*, Institute of Medicine, 2000 <http://www.nap.edu/books/0309068371/html/>
- 21 Donabedian, A. *Explorations in quality assessment and monitoring. Vol 1: The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980
- 22 Donabedian, A. *Explorations in quality assessment and monitoring. Vol 2: The criteria and standards of quality*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1982
- 23 Palmer, H., Donabedian, A. & Povar, G.J. *Striving for quality in health care: an inquiry into policy and practice*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1991
- 24 Epstein, A.M. The outcomes movement will it get us where we want to go? *New England Journal of Medicine*, 1990, 26, 232 (4), 266-70
- [25] Garcia-Barbero, M. Evolution of health care systems. In: Pelikan, J.M., Krajic, K. & Lobnig, H. (ed.): *Feasibility, effectiveness, quality and sustainability of health promoting hospital projects*. Gamburg: G. Conrad Health Promotion Publications, 1998, 27-30
- [26] Doherty, D. Challenges for Health Policy in Europe – What Role Can Health Promotion Play? In: Pelikan, J.M., Krajic, K. & Lobnig, H. (ed.): *Feasibility, effectiveness, quality and sustainability of health promoting hospital projects*. Gamburg: G. Conrad Health Promotion Publications, 1998, 36-41
- [27] Müller, B., Münch, E. & Badura, B. *Gesundheitsförderliche Organisationsgestaltung im Krankenhaus. Entwicklung und Evaluation von Gesundheitszirkeln als Beteiligungs- und Interventionsmodell*. Weinheim: Juventa, 1997
- [28] Ogden, J. *Health Psychology: A Textbook*. Buckingham: Open University Press, 1996
- [29] Florin, D. & Basham, S. Evaluation of health promotion in clinical settings. In: Thorogood, M. & Coombes, Y. (ed.): *Evaluating health promotion. Practice and methods*. Oxford: Oxford University Press, 2000, 140-150
- [30] Murray, C.L. (ed.). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Geneva: World Health Organization, 1996
- [31] Badura, B., Grande, G., Janßen, H. & Schott, T. *Qualitätsforschung im Gesundheitswesen. Ein Vergleich ambulanter und stationärer Versorgung*. Weinheim: Juventa, 1995
- [32] Pelikan, J.M., Garcia-Barbero, M., Lobnig, H. & Krajic, K. (ed.): *Pathways to a health promoting hospital*. Gamburg: G. Conrad Health Promotion Publications, 1998 [LINK](#)
- [33] Pelikan, J.M., Krajic, K. & Lobnig, H. (ed.): *Feasibility, effectiveness, quality and sustainability of health promoting hospital projects*. Gamburg: G. Conrad Health Promotion Publications, 1998 [LINK](#)
- [34] Ludwig Boltzmann Institute for the Sociology of Health and Medicine (LBI). *Health promoting Hospitals – Short report from the co-operating centre for the period 1999/2000*. Presentation given at the 8th International Conference of HPH, Athens, 2000
- [35] Gröne, O. *Evaluating Health Promotion Programmes in Hospitals. Methodological and Practical Issues*. Master Thesis. The London School of Hygiene & Tropical Medicine, London, 2000
- 36 Johnson, A. & Baum, F. Health promoting hospitals: a typology of different organizational approaches to health promotion. *Health Promotion International* 2001, 16, 3, 281-287

*Tõlge ja kohandamine eesti keelele:
Aili Laasner*

Eighteen Core Strategies for Health Promoting Hospitals

Jürgen M. Pelikan, Christina Dietscher, Karl Krajcic, Peter Nowak

To be cited as:

Jürgen M. Pelikan, Christina Dietscher, Karl Krajcic, Peter Nowak. Eighteen Core Strategies for Health Promoting Hospitals. In: Groene, O. & Garcia-Barbero, M. (ed.): Implementing health promotion in hospitals. Evidence and quality management. [forthcoming]

1	Introduction.....
2	Single Strategies
2.1	Patient oriented strategies
2.2	PROMOTING HEALTH OF STAFF.....
2.3	PROMOTING THE HEALTH OF THE POPULATION IN THE COMMUNITY..
3	An overview of the 18 Strategies for health promoting hospitals
	HP for/ by
4	Putting health promoting policy into action - Implementation
5	References.....

Introduction

Based on the Ottawa Charter (WHO, 1986), WHO-EURO initiated 3 strands of support for reorienting hospitals towards becoming more health promoting (hospitals):

- conceptual development (WHO Copenhagen workshop, see Milz / Vang 1988; Budapest declaration 1991; Vienna recommendations 1997);
- implementation experiences (WHO model project Health and Hospital in Vienna, 1988-1996, European pilot hospital project 1993-97, hospitals in the framework of national and regional networks since 1992, more systematically since 1995 – see Pelikan et.al. 1998);
- and networking media (business meetings, annual international conferences since 1993, workshops, newsletter, national and regional networks, data base, website etc.) strategies have been developed in a WHO working group (for further information,

see web-sites of WHO-European Office for Integrated Health Care Services: www.es.euro.who.int, and WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Health care: www.univie.ac.at/hph).

In 2001, after more than 10 years of involvement in HPH, WHO has launched two working groups to develop an up-to-date strategic and quality framework for HPH. This paper presents a shortened and focussed version of the main results of the working group “Putting health promoting hospital policy into action”¹

To understand the relationship of hospitals to health promotion and the specific potential of hospitals for health promotion and of health promotion for hospitals, some aspects of the situation of hospitals and the specific characteristics of health promotion need to be clarified.

The situation of **hospitals** is characterised by a permanent and increasing pressure of their relevant, rather dynamic environments to adapt to changing political and economic, professional and consumer expectations concerning the content of hospital services and the way they do their (core) business.

Two general tendencies can be distinguished within the trend of permanent hospital reform:

- 1) **Strategic re-positioning of the hospital:** This regards the need for continuously re-defining the specific range and mix of services, i.e. the distinction between core business and other services, within a given health care system (inpatient / outpatient services; acute / chronic / rehabilitative services; inclusion of educative elements; hospital as health centre; integration with primary care social services and other sectors of society; specialisation of types of hospitals and departments).
- 2) **Assuring and improving quality of services:** Safety, appropriateness, effectiveness and efficiency of services offered have to be improved for cost containment and improved satisfaction of stakeholders. So, many hospitals are increasingly introducing specific quality approaches like systematic process oriented quality management (TQM, EFQM, ISO etc.), evidence based medicine / health care, patient’s rights etc.

To be able to delineate the specific contributions of health promotion to such strategic re-positioning and quality improvement in hospitals, the concept of health promotion has to be explained operationally.

Following the definition in the Ottawa Charter: “**Health promotion** is the process of **enabling** people to increase control over, and to improve, their health”. Health is thus understood as the absence of disease **and** positive health, and both are understood in their three-dimensional aspects (body, mind and social status). Health promotion in-

1 Members of the working group: Elimar BRANDT, Christina DIETSCHER (LBI core team), Carlo FAVARETTI, Pascal GAREL, Oliver GRÖNE, Bernhard J. GÜNTERT, Karl KRAJIC (LBI core team), Elisabeth MARTY-TSCHUMY, Peter NOWAK (LBI core team), Raymond McCARTNEY, Jürgen PELIKAN (chair), Yannis TOUNTAS

terventions include the maintenance and improvement of health, be it by protection or development of positive health or – with reference to specific diseases – prevention or treatment & care.

The term “enabling” from the Ottawa Charter refers to the fact that health has to be reproduced by the people themselves and therefore depends upon their abilities and orientations on the one hand and on opportunities and incentives in the situations in which they are living and acting. Only in extreme cases, the control of health will be completely handed over to experts (from health care and other systems). From this perspective follows that it makes sense to invest not only in clinical interventions, but also in other interventions to improve health: Educating persons for self management (lifestyle approach) and developing situations to make the “healthy choice the easy choice” (settings approach, see also WHO 1998).

Following the Ottawa Charter, the term of “enabling” has been developed into the more specific concept of empowerment, “a process through which people gain greater control over decisions and actions affecting their health.” (WHO 1998a)

Empowerment relates to individual actors, or social groups or communities, and combines measures aiming at **strengthening actors’ life skills** and capacities (e.g. “to express their needs, present their concerns, devise strategies for involvement in decision-making”) with measures **creating supportive** physical, cultural and social **environmental conditions** which impact upon health. Processes to achieve both may be “social, cultural, psychological or political”.

The two terms usually are used deliberately combined, in order to signal the comprehensive goal and the specific empowering means by which this goal could or should be reached.

In the list of 7 guiding principles or criteria for health promotion, as defined by a WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation (Rootman et.al. 2001, p. 4), empowering is the first, followed by:

- participatory (involving all concerned in all stages of the project)
- holistic (fostering physical, mental, social and spiritual health)
- intersectoral involving the collaboration of agencies from relevant sectors)
- equitable (guided by a concern for equity and social justice)
- sustainable (bringing about changes that individuals and communities can maintain once initial funding has ended)
- multistrategy (using a variety of approaches – including policy development, organizational change, community development, legislation, advocacy, education and communication – in combination).

If health promotion is applied to improve quality in hospitals, it widens the concept of relevant and aimed-at outcomes and has implications for structures and processes of hospitals.

Following the more explicit quality philosophy of hospitals, the **outcome** concept of

hospitals already has widened to include – besides clinical outcomes (including now also mid- and long-term effects) – also quality of life and patient satisfaction.

Health promotion provides some specific arguments for inclusion of QOL and patient satisfaction in the relevant outcome. It underlines psychological and social dimensions of health outcome and adds health literacy as a specific measurable outcome dimension of (educative) empowerment processes – as far as services are concerned.

By the settings approach, health promotion introduces **health impacts** of the setting as relevant effects of hospitals to be observed, controlled and improved.

The total **health gain** of the hospital thus can be understood as the sum of outcomes of services and impacts of the – material and social – clinical and hotel hospital setting.

This widening of the expected outcome also leads to a widening of the focus for quality improvement of the processes and underlying structures. Specific health promotion core strategies can be delineated to work into this direction. The conceptual distinction that is most relevant for distinguishing between different health promotion **strategies** to be implemented in or by hospitals to improve health effects, can be summed up as follows:

- **Service** oriented strategies (strategies 1, 2 and 4, 5 in Table 1 below) vs. **setting** oriented strategies (strategies 3, 6).
- Concerning services: strategies oriented at **quality improvement** of already existing clinical and hotel services (strategies 1, 2) vs. strategies **introducing** new, primarily educative **services** with mid-term or long-term health effects (strategies 4, 5).
- For both kinds of services, we can distinguish between strategies that are oriented at services for treating or managing **specific diseases** (strategies 2, 4), and strategies oriented at services for maintaining or improving **positive health** (strategies 1, 5).
- Concerning settings, strategies developing the hospital setting itself (no. 3) can be distinguished from strategies of participation of the hospital in developing the **community setting** (no. 6) or specific other settings within the community (workplaces, schools etc.).
- By being oriented at improving health gain and not just clinical outcome, these six strategies do not only apply to **patients** (and their relatives), but in a somewhat modified way also to **staff** and members of the **community** the hospital serves and is situated in.

Table 1 sums up the 6 general health promoting strategies that will be explained in detail below.

Table 1: Six general health promoting strategies for each group of stakeholders of the hospital

1.	HP quality development of treatment & care, by empowerment of stakeholders for health promoting self care / self-reproduction
2.	HP quality development of treatment & care, by empowerment of stakeholders for health promoting co-production

3. HP quality development for health promoting & empowering hospital setting for stakeholders
4. Provision of specific HP services – empowering illness management (patient education) for stakeholders
5. Provision of specific HP services – empowering lifestyle development (health education) for stakeholders
6. Provision of specific HP activities – participation in health promoting & empowering community development for stakeholders

The amount and quality of evidence that is available for proving the feasibility, effectiveness and the amount of health gain that can possibly be reached is different for these strategies, but there are examples, and there is some evidence for the usefulness of all of them.

Just a general warning: For reasons of a clear description, the strategies are described particularly for specific aims – realistically, of course the strategies are partly overlapping and can or even must be combined and balanced against each other.

What will be implemented will be specific measures – either within the realm of a strategy or by broader policies combining measures of more than one strategy – for example a tobacco-free hospital policy or a healthy nutrition policy or a health promoting communication policy.

2. Single Strategies

2.1 Patient oriented strategies

2.1.1 HP quality improvement strategies for acute hospital services

STRATEGY PAT 2:

The core task of the modern acute care hospital is to offer diagnostic and therapeutic services for incidents of acute illness (of a rather severe type or with the need / opportunity for technical diagnostics and treatment) as well as acute episodes of chronic disease – for inpatients and outpatients.

The first HP strategy relates to the long and changing tradition of quality assurance and quality improvement of core tasks – starting with the education of professionals, and in the last 20 years switching towards developing processes and structures of organisations and larger systems.

How can HP contribute to the quality improvement of core processes in hospitals?

The concept of empowerment stresses the necessity that individuals take control over their health – which means in the context of the hospital that patients are not only seen as objects of interventions but also as co-producers of these interventions – an idea that fits well to other traditions of analysing services as co-produced.

As the co-producer has to actively contribute to the process, he / she has to be actively empowered for making this contribution.

This sort of empowerment cannot be achieved by the clinical / technical interventions themselves, but by communicative / educative interventions. Medicine has to open itself towards education². Education refers to the transfer of knowledge (data, information), training of skills and enhancement of motivation.

The concept of health gain defines the relevant output of the hospital interventions in a more complex way: clinical outcome + quality of life + patient satisfaction + health literacy. These outcomes refer to all three aspects of health: physical, mental and social.

The treatment process itself has to become more complex. The focus stays on effective treatment, but in order to optimise health gain, aspects of disease prevention, health protection and health development have to get due attention within treatment (systematically avoid risks, use opportunities to build health resources – biological, mental, social).

On the basis of these assumptions, the working group proposes as a first strategy for improving hospital core services:

EMPOWERMENT OF PATIENTS FOR HEALTH PROMOTING PARTICIPATION / CO-PRODUCTION IN TREATMENT AND CARE

A practical example for empowering patients for co-production would be diagnosis- and treatment related patient information, training and counselling (e.g. by informing patients about how they can contribute to the recuperation process; by describing alternatives and side effects), in order to enable patients to

- participate in the diagnostic process (e.g. by providing all information needed);
- participate in treatment-related decision-making;
- participate in treatment and care processes (e.g. by complying to prescriptions).

There is clear evidence that this type of patient empowerment can, e.g. for surgical patients, reduce post-surgical complications, and can speed up recovery (Johnston, Vögele 1992).

STRATEGY PAT 1:

Even if patients are not only understood as the object of treatment but also as co-producers of their health outcomes. we have to take into account that they can only fulfil their patient role on the basis of their existence as individual human beings (trinity of body, psyche, social status).

² again, as it had been much more educative before.

Depending on their status, this existence has to be either entirely self-reproduced by self-care of the patient, or (partly) substituted (supported) by professional care, and even intensive care (heart / lung machine in the extreme case). Following the four criteria of the complex concept of health gain, reproduction concerns all three dimensions of health – the physical (e.g. adequate nutrition), the mental (e.g. enough privacy in the hospital), and the social (e.g. possibilities for contacts with relatives, patient support).

In order to avoid hospitalism as far as possible, it should be made a principle to allow for as much self care as possible, and to provide as much professional care as necessary (the level of possible self care can be assessed by nursing diagnosis). To make self care possible under the difficult conditions of partly severely ill individuals outside their usual household environment, and subjected to the bureaucratic imperatives of the hospital organisation, professional care has to be as empowering as possible, and needs to take into account cultural differences of patients. Empowering again includes physical, mental and social dimensions, knowledge, skills and motivations. This again can be seen as the specific contribution of health promotion.

Therefore, the working group proposes as a second strategy for improving hospital core services:

EMPOWERMENT OF PATIENTS FOR HEALTH PROMOTING SELF CARE/ SELF MAINTENANCE/ SELF REPRODUCTION IN THE HOSPITAL

The effects of this strategy have not been systematically researched, but examples of interventions that have been successfully implemented in specific hospitals are:

Visiting and lay support services to support the psychosocial needs of patients (Rudolfstiftung Hospital, Vienna, Austria; see Nowak et.al. 1998);

Patient information about general hospital features (e.g. where to find what; visiting hours) at hospital admission (an example of good practice is Griffin Hospital, USA – further information can be obtained from www.griffinhealth.org);

Offers and options to encourage patient activities and patient self-responsibility (e.g. exercise, culture activities, patient libraries, discussions, patient internet cafe).

Provide psychological assistance to cope with stress or anxieties related to the hospital stay or to the patient's disease (e.g. cancer).

STRATEGY PAT 3:

Like it or not, the hospital does not only consist of service processes, but also of a context within which the services are provided. Just like the services produce (health) outputs / outcomes, the context / situation / setting has impacts that are relevant for health.

There are impacts of the material setting (hospital infections, quality of air, temperature, sick building syndrome etc.) and also impacts of the hospital as a social setting with its organisational structure and culture, that influence opportunities for co-production and self-care of patients and of course the professional treatment and care for patients.

What is the contribution of HP for settings development?

Health promotion pays specific attention to supportive environments – physical as well as social, and enlarges the focus on results from clinical outcomes also to other dimensions of health gain.

Therefore, the

DEVELOPMENT OF THE HOSPITAL INTO A SUPPORTIVE, HEALTH PROMOTING & EMPOWERING SETTING FOR PATIENTS

is proposed as a third health promoting strategy to improve the quality of hospitals.

An example for this strategy would be the provision of an agreeable view out of the window, which has a proven positive impact on health (DiBlasi et.al. 2001).

These three patient-oriented strategies, aiming at enhancing the quality of acute care hospital services by health promotion, have a considerable potential to increase the health gain of hospital interventions. But since the duration of hospital stays where these interventions can be applied gets shorter and shorter, many hospitals are expected to also provide other types of services, securing the sustainability and long-term effects of hospital treatment.

New HP services for hospital patients

STRATEGY PAT 4:

Expert interventions in hospitals provide in general only a turning point in disease processes, and a basis for recuperation or the successful management of chronic illness.

The main part of recuperation or of the day-to-day illness management (prevention of aggravation, negative long-term effects, social consequences etc.) has to be performed primarily by the patients themselves – with specific professional support (rehabilitation, patient education) by the hospital (outpatient clinic), specialised services, the personal (family?) doctor or other health care services and lay support. This phase of the illness career lasts much longer and is out of direct control of the hospital, but is crucial for the outcome – for regaining health and quality of life. Professional support for this phase is in its core educative: primarily information, consultation, training.

So hospitals have to take this mid-range perspective on the illness career into account by either providing necessary disease specific support by themselves or by referring patients to other, specialised providers in the health care system. The more complex and the more rare the disease and its treatment gets, the more likely it remains a task of the hospital itself – but this of course requires adequate legal and financial regulation which allows to provide these services systematically.

Therefore, the working group proposes, as a first possible additional strategy of the hospital:

EMPOWERMENT OF PATIENTS FOR HEALTH PROMOTING MANAGEMENT OF CHRONIC ILLNESS (AFTER DISCHARGE)

Within the International HPH network, there are many examples for effective interventions of this type of services, e.g. diabetes training, COPD training (see e.g. Devinde, Percy 1996).

STRATEGY PAT 5:

But the health gain of hospital interventions can be even further increased when taking on a more long term perspective. Future health can be improved by lifestyle changes – thus reducing disease related risks (see e.g. Tubiana 2000, Willett 1995, WHO 20092), and developing positive health (health potentials and resources). Again, it is primarily educative services (information, consultation, training) that can be utilised to influence individual lifestyles. Of course this type of services can be offered by different types of providers, e.g. other providers in health care, social services and adult education.

Naturally, hospitals are in a good position to offer such services ,having already developed a relationship with patients in a crisis situation, being centres of knowledge and having a high prestige in the area of health. Health education can become a module in a package of educational communication, using the opportunity of the relationship and the time in the hospital. Investments in this direction would help to develop hospitals into genuine health centres.

Therefore, the working group proposes, as a second possible additional strategy of the hospital:

EMPOWERMENT OF PATIENTS FOR HEALTH PROMOTING LIFESTYLE DEVELOPMENT (AFTER DISCHARGE)

STRATEGY PAT 6:

There is sufficient evidence that healthy lifestyles depend only partly on individual knowledge, skills and motivation, but to large extent on opportunity structures, resources and cultural incentives. This refers as well to the area of illness management as lifestyle development.

Does the hospital have a role in this are? We think potentially yes: The hospital has much knowledge about problems for adequate illness management, and about specific risks – it can use information from anamneses to generate epidemiological knowledge for health reporting; it is in a good position (knowledge, prestige) to advocate for health interests of individuals or groups among the patients in different contexts of the community.

Of course the hospital has to develop specific routines for these tasks and needs to have resources to carry them out – but it is rather difficult to think of an adequate substitution for an active role of the hospital in this area.

Therefore, the working group proposes, as a last patient oriented strategy:

PARTICIPATION IN HEALTH PROMOTING AND EMPOWERING DEVELOPMENT OF COMMUNITY INFRASTRUCTURES FOR SPECIFIC PATIENT NEEDS

This strategy has not yet been researched systematically. But examples for implementation would be e.g. the support of patient self help groups, or the support of provision of specific medical goods or services in the community.

2.2 PROMOTING HEALTH OF STAFF

Even if hospitals have the primary task to care about patients, and can by that influence the health of a large number of patients, they nevertheless have an important impact (continuous and long-lasting) on the health of a much smaller, but nevertheless considerable number of staff members (who count for at least 3% of the European work force).

From the viewpoint of health promotion, the influence of the hospital on the health balance of staff has to be taken into account by the general policy of the hospital organisation. This is not only in the interest of staff and general health policy, but also of specific value to the hospital as an organisation, as the health of staff is crucial in such an expert organisation. In principle, the same strategies as for patients can also be implied for contributing to staff's health.

Again, there are three strategies to develop the health related quality of the hospital as a workplace for its staff, two of them directly oriented at individual staff members or groups of staff, one oriented at the hospital as a workplace setting.

What holds true for patients, also holds true for staff:

Before staff can use itself as an instrument for work, staff members have to reproduce themselves as individual human beings. So staff has to be empowered for health promoting reproduction / self care as long as present in the hospital (e.g. by breaks, nutrition, toilet use, well-being, social network). Strategy STA 1 is thus called "Empowering staff for health promoting self-reproduction / self care".

Hospital work (treatment, care, and support services) have not only effects on the health of patients, but also an impact on the health of the providers of these services. This is well-recognised (but not always adequately fulfilled) in working regulations, occupational medicine etc. The added value of health promotion is to draw the attention to self-control of the determinants of health in the work-process and thus to empowerment of staff by owners and management for health promoting work-processes and behaviour. Strategy STA 2 is therefore called "Empowering staff for health promoting co-production at work".

The hospital as a material and social setting has an impact on the health of staff as well – much more intensive than on patients. They are dangerous workplaces, as they provide physical risks (e.g. exposure to biological, chemical, nuclear agents), mental risks (e.g. stress, night shifts), and social risks (e.g. night shifts as an important influence on social life, conflicts). Strategy STA 3 is therefore called "Development of hospital into a supportive, health promoting & empowering setting for staff".

Working conditions have an immediate health impact that has to be dealt with in

the situation, and the hospital organisation is responsible for this impact and should use these three strategies to improve the health balance of its staff.

In addition, the hospital has – like with patients – three optional strategies to optimise its effect on staff health.

The hospital can support staff to deal with occupational disease or illness by offering individual or group oriented services, empowering them for health promoting illness management (Linköping – early rehabilitation project). Strategy STA-4 is thus called “Empowering staff for health promoting management of occupational illness”.

As for patients, the hospitals has also the potential to increase staff’s health by improving health related lifestyles, especially if these are correlate with specific work related risks (smoking, alcohol, exercise, healthy nutrition). These services make especially good sense if they are to support individuals to follow general health promoting policies of the hospital, like a smoke free hospital, and enable staff to fulfil their expected role as model of good practice for healthy behaviour. Strategy STA-5 is therefore called “Empowering staff for health promoting lifestyle development”.

As far as lifestyles are concerned, for patients as well as for staff these do not only depend on individual characteristics, but also on living conditions in the community. In addition, living conditions have a general important influence on the quality of life. Therefore, the hospital can improve its potential health impact on staff through participation in staff-oriented community development. Classical examples would be the provision of kindergartens around the clock; the availability of public transport and housing for hospital staff, staff-friendly opening hours of shops and other community services. Strategy STA-6 is therefore called “Participation in health promoting & empowering development of community infrastructures for specific needs of staff”.

2.3 PROMOTING THE HEALTH OF THE POPULATION IN THE COMMUNITY

Of course the hospital is affecting the health of its community firstly by effects on its actual patients and on the health of its staff. But the hospital has also effects on the health balance of the population in its neighbourhood / catchment area (community members not included in these two categories ???) which can be targeted and improved.

Firstly, we have to introduce a distinction especially relevant for this discussion: To its patients and its staff, the hospital has a strong actual relationship. Concerning some aspects, that also holds true for the bystanders. For many or all members of the community, the hospital can or will be primarily a potential provider of services.

Again, there are three strategies which can improve the quality of the relationship of the hospital to the population in the community.

To be able to access and use hospital services appropriately and timely is an important element of personal self-reproduction. Health promotion draws to our attention the fact that the hospital can actively contribute to improve access to its services. Strategy COM 1 is therefore called “empowerment of community for health promoting self care by adequate access to hospital services in case of illness”.

Hospital stays are getting shorter and shorter – therefore hospitals have to accept

the responsibility for continuity of care after hospital discharge. In this case they have to empower professional providers in primary care / extra-mural health services and lay carers for specific patients to optimally take over care after discharge from the hospital. The hospital has to accept its responsibility for managing the interface with those taking care of patients after discharge. The specific contribution of health promotion to this process is the focus on empowerment. Strategy COM 2 is called “empowerment of health professionals and lay carers for health promoting co-production in treatment and after-care for patients”

The hospital as a material and social setting has not only effects on the health of people within its premises, but also on people living and working in the neighbourhood. From a quality perspective, primarily negative effects of hospitals on health (air pollution, waste, noise, traffic) would be dealt with. From a health promotion perspective, also possible positive effects would be focussed. Hospital facilities can be made available also for bystanders and neighbours, and the hospital can serve as cultural centre (e.g. Repty Hospital, Poland, see Eysymontt et.al. 1998), a sports and fitness facility etc. So Strategy COM 3 is called “Development of the hospital into a health promoting and empowering setting for the community”.

In addition, the hospital has – like with patients and staff – three optional strategies to optimise its effects on bystanders in the community. The hospital can do this by opening access for specific health promotion services (in case of need) and engage in community development for the general population. This of course depends on the specific legal conditions and financial provisions that facilitate or hinder a hospital’s engagement in these activities.

The hospital can support the management of chronic illness also for non patients by opening its individual or group oriented services aiming at empowering for health promoting illness management. The hospital would be in a good position to offer groups even for rather specific or rare diseases and thus empower patients by being able to share perspective (???) (self-help groups). Strategy COM 4 is thus called: Empowerment of community population for health promoting management of chronic illness.

A similar argument can be made for lifestyle health education COM 5: Empowerment of community population for health promoting lifestyle development.

What holds true for advocacy in the community for patient needs and staff needs, can also be generalised for living conditions for all community members. So the hospital can contribute their epidemiological database to urban planning, health at the workplace development programs in business companies, advocate for ethnic minorities etc. Thus, strategy COM 6 is: Participation in health promoting community development for the general population.

3 An overview of the 18 Strategies for health promoting hospitals

By putting the strategies together, we get a matrix of 18 core strategies for Health Promoting Hospitals, which are summarised in the table below.

Some general remarks:

The strategies are (partly) overlapping

The strategies (partly) build upon each other

The strategies better have to be planned in relation to each other (in order to make use of synergies)

It makes use to bundle single measures around specific thematic policies (e.g.: smoking)

Although the strategies are related, they cannot be implemented just in a holistic way – all at once – but have to be specifically planned and realised.

Table 2: 18 core strategies for Health Promoting Hospitals

Table 2

HP for/ by ...	Patients	Staff	Community
HP quality development of treatment & care, by empowerment of stakeholders for health promoting self-reproduction	PAT-1: Empowerment of patients for health promoting self care / self maintenance / self reproduction in the hospital	STA-1: Empowerment of staff for health promoting self care / self maintenance / self reproduction in the hospital	COM-1: Empowerment of community health promoting self care / self reproduction by adequate access to hospital
HP quality development of treatment & care, by empowerment of stakeholders for health promoting co-production	PAT-2: Empowerment of patients for health promoting participation / co-production in treatment and care	STA-2: Empowerment of staff for health promoting participation / co-production in treatment and care	COM-2: Empowerment of health professionals in the community for health promoting co-production in treatment and after-care of patients
HP quality development for health promoting & empowering hospital setting for stakeholders	PAT-3: Development of hospital into a supportive, health promoting & empowering setting for patients	STA-3: Development of hospital into a supportive, health promoting & empowering setting for staff	COM-3: Development of hospital into a health promoting & empowering setting for the community

HP for/ by ...	Patients	Staff	Community
Provision of specific HP services - empowering illness management (patient education) for stakeholders	PAT-4: Empowerment of patients for health promoting management of chronic illness (after discharge)	STA-4: Empowerment of staff for health promoting management of occupational illness	COM-4: Empowerment of community population for health promoting management of chronic illness
Provision of specific HP services - empowering lifestyle development (health education) for stakeholders	PAT-5: Empowerment of patients for health promoting life style development (after discharge)	STA-5: Empowerment of staff for health promoting life style development	COM-5: Empowerment of community population for health promoting lifestyle development
Provision of specific HP activities – participation in health promoting & empowering community development for stakeholders	PAT-6: Participation in health promoting & empowering development of community infrastructures for specific patient needs	STA-6: Participation in health promoting & empowering development of community infrastructures for specific needs of staff	COM-6: Participation in health promoting & empowering community development for general population

A hospital which wants to qualify as a “Health Promoting Hospital” definitely has to invest in strategies 1,2 3 for its patients, staff and community, and – depending on the situation of other health care services in the community and the legal and financial framework – also should invest in strategies 4 –6 (again for patients, staff and community).

4 Putting health promoting policy into action - Implementation

The distinction between HP quality assurance / development and new HP services as object of strategic planning is also relevant for implementation.

In the latter case, the implementation of specific additional, mainly educative, health promotion programs relating to strategies 4-6 (either for patients, staff or community) has to be done as well prepared and well done as any new service (based on principles of project management, etc.).

Health promoting quality assurance / development in a comprehensive sense is more demanding.

Just like quality, the principles of health promotion have to be realised in all relevant decisions of the hospital (management and expert decisions by all professional groups of the hospital). To realise this total HPH approach, HPH needs a support system in the same way as it has been established for quality in many hospitals already. The specific HPH support system can either be integrated into an existing hospital quality management system, or be developed as a system of its own. There are examples of integration with already existing quality systems (for an integration with the EFQM approach, see e.g. Brandt 2001).

For implementing concrete measures, it will be helpful to work alongside specific policies (e.g. nutrition, smoking, stress management, continuity of care). These policies have to be anchored in the hospital strategic planning (based on specific relevant problems and expectations in the hospital's environment).

So the total HPH approach implies the following developments in the hospital:

CONCERNING OUTCOMES:

The wider definition of health gain as argued above, has also to be monitored, so there is a need for defining specific indicators for the health promotion interventions (clinical outcomes + holistic health, quality of life, patient satisfaction, equitable health and – health promotion specific – health literacy).

CONCERNING STRUCTURES AND PROCESSES RELEVANT FOR PRODUCING THESE OUTCOMES:

In order to achieve health gain in the proposed sense, hospital structures and processes need to be further developed according to health promotion principles and criteria.

Health promotion has to be an explicit aim and value in the **mission statement** of the hospital (should include reference to patients rights, health of patients, staff and community etc.)

There has to be clear **commitment** by top management towards health promotion.

There should be a formulated health promotion **strategic policy document**, specifying aims, goals, targets and health promotion strategies, and policies to reach them.

It is useful to specify an annual health promotion **action plan**

A specific **budget** has to be ear-marked for health promotion.

A specific health promotion **management structure** or a reliable inclusion of health promotion principles, goals and targets into the existing management structure is needed. An example for such a management structure would be:

Health promotion **steering committee**,

Participation of hospital staff from all levels (inter-professional, inter-hierarchical, inter-departmental), patients and relatives as well as other relevant stakeholders should

be safeguarded,

Health promotion manager / team, providing continuous support for HP interventions (professionals, departments)

Network of health promotion **focal points** in all sub-units of hospital

A specific health promotion organisational **manual** could be helpful in everyday practice.

In order to influence everyday clinical practice, HP must be **integrated** into **standards, guidelines, clinical pathways** for routine decisions and actions

Staff has to be regularly **informed and involved**. Examples would be:

health circles,

employee suggestion system,

implementation projects,

news-letters,

annual presentations,

forum on website.

Education and training for staff and leadership has to be provided for agenda-setting and creating resources.

Networking with health service providers (liaison services) and other stakeholders in the community should be actively sought.

For a hospital to adopt a total HP approach, of course it would be very helpful if there were changes in the hospital environment, supporting health promotion developments. Just to name some:

a prominent role for HP in health policy – programs, legal regulation, financial reimbursement – facilitated with reference to HEALTH 21, EU Public Health

a prominent role for HP in medical and nursing education

a prominent role for HP in continuous professional education

a prominent role for HP in the quality development of the health professions (specialised medical societies etc.).

5 References

- Brandt E. (Ed.) (2001): Qualitätsmanagement und Gesundheitsförderung im Krankenhaus: Handbuch zur EFQM-Einführung. Neuwied & Kriftel: Luchterhand
- Devine, E.C., Percy, J. (1996): Meta-analysis of the effects of psychoeducational care in adults with chronic obstructive pulmonary disease. In: Patient Education and Counseling, 29, 2, 167-178.
- Di Blasi, Z., Harkness, E., Ernst, E., Georgiou, A., Kleijnen, J. (2001): Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. In: The Lancet, Vol 357, March 10, 757-762.
- Eysymontt Z., Baczek Z., Marzec A. (1998): "The Upper Silesian Rehabilitation Centre 'Repty' in Ustron as a Pilot Health Promoting Hospital" in: Pelikan J.M., Garcia-Barbero M., Lobnig H., Krajic K. (1998): Pathways to a Health Promoting Hospital. Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993-1997. Gamburg: G. Conrad Health Promotion Publications, 293-308
- Hulsman, R.L. Ros W.J.G., Winnubst, J.A.M., Bensing, J.M. (1999): Teaching clinical experienced physicians

- communication skills. A review of evaluation studies. *Medical Education*, 33, 655-668.
- Institute of Work, Health and Organisations (Eds.) (2002): *Interventions to control stress at work in hospital staff*. Norwich: Her Majesty's Stationary Office
- Johnston, M., Vögele, C. (1992): Welchen Nutzen hat psychologische Operationsvorbereitung? Eine Metaanalyse der Literatur zur psychologischen Operationsvorbereitung Erwachsener. In: Schmidt, L.R. (Eds.): *Psychologische Aspekte medizinischer Maßnahmen*. Berlin: Springer. 215-246.
- Kilian, K., Paul, R. (1996): Staff Empowerment as a measure of progress in occupational health promotion: Theoretical foundation and baseline data from a Health Promoting Hospital. In: *Health gain measurements as a stool for hospital management and health policy*. Proceedings of the 3rd International Conference on Health Promoting Hospitals. Linköping.
- Krupat, E., Fancey, M., Cleary, P.D. (2001): Information and its impact on satisfaction among surgical patients. *Social Science and Medicine*, 51, 1817-1825.
- Milz H., Vang J. (1989): Consultation on the role of Health Promoting Hospitals. In: *Health Promotion International* 3 (1989), 425-427
- Nowak P., Lobnig H., Krajic K., Pelikan J.M.: (1998): Case Study Rudolfstiftung Hospital, Vienna, Austria – WHO Model Project “Health and Hospital”. In: Pelikan J.M., Garcia-Barbero M., Lobnig H., Krajic K. (1998): *Pathways to a Health Promoting Hospital. Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993-1997*. Gamburg: G. Conrad Health Promotion Publications, 47-66
- Pelikan J.M., Garcia-Barbero M., Lobnig H., Krajic K. (1998): *Pathways to a Health Promoting Hospitals. Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993-1997*. Gamburg: Health Promotion Publications
- Pelikan J.M., Halbmayr E. (1999): Gesundheitswissenschaftliche Grundlagen zur Strategie des Gesundheitsfördernden Krankenhauses. In: Pelikan J.M., Wolff S. (Hg.) (1999): *Das gesundheitsfördernde Krankenhaus. Konzepte und Beispiele zur Entwicklung einer lernenden Organisation*. München und Weinheim: Juventa, 13-36
- Pelikan J.M., Krajic K., Dietscher C. (2001): Health Promoting Hospitals: Concept and Development. In: *Patient Education and Counselling* 45 (4), 239-243
- Pelikan J.M., Krajic K., Lobnig H., Dietscher C. (1998): Structure, Process and Outcome of the European Pilot Hospital Project – a summary. In: Pelikan J.M., Garcia-Barbero M., Lobnig H., Krajic K. (1998): *Pathways to a Health Promoting Hospital. Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993-1997*. Gamburg: Health Promotion Publications
- Rootman, I.; Goodstadt, M.; Hyndman, B.; McQueen, D. V.; Potvin, L.; Springett, J.; Ziglio, E. (2001): *Evaluation in health promotion: principles and perspectives*. WHO Regional Publications. European Series; No. 92. WHO: Copenhagen
- Tubiana, M. (2000): The European action against cancer as a model for regional action: its successes and limitations. www.uiccc.org/eurocan/tubiana.shtml.
- Willett, W.C. (1995): Diet, nutrition and avoidable cancer. In: *Environmental Health Perspectives*, 103, 8.
- World Health Organization (Eds.) (2002): *Physical inactivity a leading cause of disease and disability*.
- World Health Organization – Regional Office for Europe (1991): *The Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals*
- World Health Organization (1986): *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: WHO
- World Health Organization – Regional Office for Europe (1997): *The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*. Genf: WHO
- World Health Organization – Regional Office for Europe (1997): *The Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals*
- World Health Organization – Regional Office for Europe (Eds.) (1998): *Health 21: An introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region (European Health for all Series No.5)*
- World Health Organization (1998a) *Health Promotion Glossary*

Kaheksateist põhistrateegiat tervistedendavatele haiglatele

Jürgen M. Pelikan, Christina Dietscher, Karl Krajic, Peter Nowak

Viitamisel osundada:

Jürgen M. Pelikan, Christina Dietscher, Karl Krajic, Peter Nowak. Eighteen Core Strategies for Health Promoting Hospitals. In: Groene, O. & Garcia-Barbero, M. (ed.): Implementing health promotion in hospitals. Evidence and quality management. [forthcoming]

1.	SISSEJUHATUS
2.	ÜKSIKUD STRATEEGIAD
2.1.	PATSIENTIDELE SUUNATUD STRATEEGIAD
2.2.	PERSONALI TERVISE EDENDAMINE
2.3.	PAIKKONNA (KOGUKONNA) ELANIKE TERVISE EDENDAMINE
3.	ÜLEVAADE TERVIST EDENDAVATE HAIGLATE 18 STRATEEGIAST TERVISEDENDUS KELLELE/ MIDA TEHES
4.	TERVISEDENDUSE TEOORIAST TEGEVUSENI: RAKENDAMINE
5.	VIITED

Sissejuhatus

Tuginedes Ottawa Hartale (WHO, 1986), pakkus WHO-EURO välja kolm suunda toetamiseks haiglate ümberorienteerumist rohkem tervisedenduslikeks (haiglateks):

- kontseptuaalne areng (WHO Kopenhageni seminar, vt. Milz/Vang 1988; Budapesti deklaratsioon 1991; Viini soovitus 1997);
- rakendamise kogemused (WHO mudel - projekt "Tervis ja haigla Viinis" 1988-1996; Euroopa piloothaigla projekt 1993-97; haiglad riiklike ja regionaalsete võrgustike raamistikus alates 1992 ja enam süstemaatilisemalt alates 1995 – vt. Pelikan et al. 1998);
- ja võrgustiku meedia osa (töölased kohtumised, iga-aastased rahvusvahelised konverentsid alates 1993, töötoad, ajaleht, üleriigilised ja regionaalsed võrgustikud, andmebaas, weebileht jne.). Strateegiad on välja arendatud WHO töögrupis (täiendavaks infoks vt. weebilehte: *WHO-European Office for Integrated Health Care Services*: www.es.euro.who.int ja *WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Health care*: www.univie.ac.at/hph).

2001.aastal, see oli enam kui 10 aastat peale Tervist edendavate haiglate (TEH) kaasamist, algatas WHO kahe töögrupi tegevuse, mille eesmärgiks oli TEH-te strateegilise ja kvaliteedialase raamistiku edasiarendamine ja kaasajastamine. Käesolev artikkel annab lühendatud ja olulisele keskendunud kokkuvõtte töögrupi "Tervist edendava haigla poliitika ellurakendamine" ("*Putting health promoting hospital policy into action*")¹ tulemustest.

Et paremini mõista seoseid haiglate ja tervisedenduse vahel, samuti haiglate erilist potentsiaali tervisedendusele ja ka vastupidi, on vajalik selgitada mõned haiglaomased olukorrad ja tervisedenduse spetsiifilised karakteristikud.

Haiglate olukorda iseloomustab püsiv ja suurenev surve tema vastavale ja pigem dünaamilisele keskkonnale - kohanduda muutuvatele poliitilistele ja majanduslikele, professionaalsetele ja tarbimislikele ootustele, arvestades haigla teenuste sisu ja neid võimalusi, milles haigla oma põhitööd teeb.

Haigla pidevas reformitrendis võib eristada kahte üldist tendentsi:

- 1) **Haigla strateegiline re-positsioneerimine**: see puudutab vajadust teenuste, nende ulatuse jms ümberdefineerimiseks, st põhitegevuse ja teiste teenuste eristamist antud tervishoiusüsteemi piires; haiglateenused/ haiglavälised teenused; teenused haiguse ägedas/ kroonilises faasis, rehabilitatsiooniteenused; nn haridustandvate elementide kaasamine; haigla kui tervisekeskus; esmase arstiabi integreerimine sotsiaaltee-

1 Töögrupi liikmed: Elimar BRANDT, Christina DIETSCHER (LBI core team), Carlo FAVARETTI, Pascal GAREL, Oliver GRÖNE, Bernhard J. GÜNTERT, Karl KRAJIC (LBI core team), Elisabeth MARTY-TSCHUMY, Peter NOWAK (LBI core team), Raymond McCARTNEY, Jürgen PELIKAN (chair), Yannis TOUNTAS

nustega, samuti ühiskonna teiste sektoritega; haiglate liikide ja haiglaosakondade spetsialisatsioon.

- 2) **Teenuste kvaliteedi kindlustamine ja parandamine:** pakutud teenuste turvalisust, sobivust, mõjusust ja tõhusust on vaja paremaks muuta, et vaos hoida tehtavaid kulutusi ja suurendada asjast huvitatud poolte rahulolu. Paljud haiglad esitlevad jätkuvalt spetsiifilisi kvaliteedilähenedusi nagu nt süstemaatiline protsessile suunatud kvaliteedijuhtimine (TQM, EFQM, ISO jt.), tõendus põhine meditsiin/ tervishoid, patsientide õigused jne.

Et olla suuteline üldjoontes kirjeldama tervisedenduse spetsiifilist kaastööd haiglate sellistele re-positioneerimise ja kvaliteedi parandamise strateegiatele, on tervisedenduse kontseptsiooni vaja selgitada tegevuslikul tasandil.

Järgides Ottawa Hartas antud definitsiooni, on ”**tervisedendus** protsess, mis **võimaldab** inimestel suurendada kontrolli oma tervise üle ja seda parandada. Seega mõistetakse tervist kui haiguse puudumist ja ühtlasi kui positiivset kontseptsiooni, ja mõlemaid käsitletakse kolme-dimensionaalses tähenduses: füüsiline keha, vaim ja sotsiaalne staatus.

Tervisedenduslikud sekkumised on suunatud tervise hoidmisele ja parandamisele, just positiivse tervise kaitsmise ja arendamise kaudu, või kui seda nõuab olukord spetsiifiliste haiguste puhul, - siis ka ennetamise, ravi ja hooldamisega.

Sõna ”võimaldama” Ottawa Hartast viitab asjaolule, et tervist taastoodavad inimesed ise ning seepärast sõltub tervis nende võimetest ja orientatsioonidest ühelt poolt ja teiselt poolt nende võimalustest ja huvitatusest konkreetsetes olukordades, milles nad elavad ja tegutsevad. Vaid erandlikel juhtudel usaldatakse kontroll tervise üle täielikult tervishoiu või teiste sektorite spetsialistidele, ekspertidele. Viimatiöeldust tuleneb, et on mõttekas teha investeringuid mitte ainult kliinilisse tegevusse, vaid ka teistesse ettevõtmistesse, mis tervist parandavad: õpetada inimesi ise toime tulema (eluviisi mõjutamise tee) ja soodustada olukordade arengut, kus ”tervisliku valiku tegemine oleks kõige lihtsam” (keskkonna mõjutamise tee, vt ka WHO 1998).

Ottawa Harta põhjal on sõna ”võimaldama” edasi arendatud rohkem spetsiifiliseks ”võimestamise” kontseptsiooniks, mis on ”protsess, kus inimesed saavutavad suurema kontrolli oma tervist mõjutavate otsuste ja tegevuste üle” (WHO 1998).

Võimestamine on mõiste, mis seotud nii üksikindiviidide, sotsiaalsete gruppide kui suuremate kogukondadega, ja ühendab endas meetmeid ning abinõusid, et saavutada eelnimetatud tegijate või gruppide **paremad elamise- ja toimetulekuoskused** ning kompetents (ka suutlikkus) - nt ”oskus väljendada oma vajadusi, esitada lahendamist vajavaid probleeme, välja töötada strateegiaid, mis tagavad huvigruppide kaasamise otsustamise protsessi”. Eeltoodu tähendab **toetava** füüsilise, kultuurilise ja sotsiaalse **keskkonna** loomist ning soodustamist - millel kõigil on mõju tervisele. Eesmärkide saavutamise protsessid iseenesest võivad olla ”sotsiaalsed, kultuurilised, psühholoogilised või poliitilised”.

Kaks oskussõna on kasutuses omavahel tavaliselt kaalutletult ühendatuna, selleks et

näidata eesmärgi laiaulatuslikkust ja võimestamise meetmeid, mille abil eesmärk võiks või peaks saavutatama.

Tervisedenduse seitsme kriteeriumi või põhiprintsiibi loetelus - nagu näidatud Tervisedenduse Hindamise WHO Euroopa töögrupi poolt (Rootman et al, 2001, p. 4), on "võimestamine" esimesel kohal, ja sellele järgnevad teised:

- osalus (kaasates kõiki asjassepuutuvaid osapooli projekti kõigis faasides)
- holistilisus (edendades nii füüsilist, vaimset, sotsiaalset kui ka spirituaalset tervist)
- intersektoraalsus (kaasates koostösse erinevate sektorite institutsioone)
- õigluspärane (arvestatud on võrdsuse ja sotsiaalse õigluse printsiipi)
- jätkusuutlik (toob kaasa muutused, mida inividid ja kogukonnad suudavad alal hoida ka siis kui esialgne finantseerimine on lõppenud)
- multistrateegiline (kasutab erinevaid lähenemisi – sisaldades nii poliitika arengut, organisatsiooni muutusi, paikkonna/ kogukonna arengut, seadusandlust, lobby-tööd, hariduse-teadmiste andmist ja kommunikatsiooni - ja neid kõiki omavahel ühendades).

Kui tervisedendust rakendatakse haigla-kvaliteedi parandamiseks, laieneb tervisedenduse vastavatele ja eesmärgistatud tulemustele suunatud kontseptsioon ning sellel on mõju haiglate struktuurile ja sealsetele protsessidele.

Järgides veelgi üksikasjalisemat haiglate kvaliteedi filosoofiat, siis (**lõpp**)tulemuse kontseptsioon on juba laiem: peale kliiniliste (lõpp)tulemuste (millel praegu on ajalisel plaanis keskmine ja pikem efekt) sisaldab see ka elukvaliteeti ja patsiendi rahulolu.

Tervisedendus pakub mõned spetsiifilised argumendid "elukvaliteedi" ja "patsiendi rahulolu" arvestamiseks selles vastavas (lõpp)tulemuses. Ta rõhutab tervise (või tervise kui saavutatud lõpptulemuse) psühholoogilisi ja sotsiaalseid dimensioone, ning lisab tervisealase kirjaoskuse kui eraldi mõõdetava tulemuse dimensiooni (haridustandvas) võimestamise protsessis - eeldusel, et teenuste andmine on tagatud.

Võttes aluseks keskkondliku lähenemise printsiibi, selgitab tervisedendus antud keskkonna **tervise mõjusid**, - kus haigla-keskkonna vastavaid mõjusid saaks jälgida, kontrollida ja parandada.

Haiglast "saadud" (kogu) **tervise kasu** tähendab teenustest ja keskkonnast (s.o. haiglast) tulenenud mõjude summat. Mõju on nii kliiniline, aga ka haiglast kui omamoodi hotellikeskkonnast tulenev, s.o. materiaalne ja sotsiaalne.

Selline oodatava lõpptulemuse avardamine viib omakorda olemasolevate struktuuride ja protsesside kvaliteedi parendamise fookuse laienemisele. Tervisedenduse põhistrateegiad saab aluseks võtta sellesuunalises töös. Kontseptsiooni tähtsutamise on väga oluline, et osata teha vahet erinevate tervisedenduse **strateegiatega** vahel, mida rakendada haiglates või haiglate kaudu - eesmärgiga parandada tervist. Järgnevalt kokkuvõtte strateegiatega:

- **Teenusele** orienteeritud strateegiad (1, 2 ja 4, 5 strateegia allolevas tabelis 1 versus **keskkonnale** orienteeritud strateegiatele (3, 6 strateegia).
- Teenuste kohta: strateegiad, mis on keskendunud **kvaliteedi parandamisele**, ent baseerudes juba olemasolevatele kliinilistele ja nn hotelliteenustele (1, 2 strateegia) versus strateegiad, mis pakuvad **uut**, eelkõige hariduslikku teenust koos keskmise või pikaajalise terviseefektiga (tulemusega) (4,5 strateegia).
- Mõlema teenuseliigi jaoks on olemas strateegiad, mis suunatud raviks või toimetulekuks **spetsiifiliste haiguste** korral (strateegiad 2 ja 4), ning strateegiad, mis keskenduvad **positiivse tervise** säilitamise ja parendamise terviseteenustele (strateegiad 1 ja 5).
- Mis puudutab keskkonda, siis neid strateegiaid, mis arendavad otseselt just **haigla-keskkonda** (3), tuleb eristada nn haiglaosalusega strateegiatest **paikkonna** arengu laiemas tähenduses (6) või teiste spetsiifiliste keskkondade arendamisest paikkonna piires (töökohad, koolid jt).
- Kuna orientatsioon on maksimaalsele tervisekasule ja mitte vaid kliinilisele lõpptulemusele, siis neid 6 strateegiat ei peaks rakendatama vaid patsientidele (ja nende sugulastele), vaid ehk mõnevõrra modifitseeritud kujul ka **haigla personalile** ja **koogukonna liikmetele/ paikkonnale**, keda haigla teenindab/ ja kus ta asub.

Tabel 1 võtab kokku 6 peamist tervisedenduse strateegiat, mida üksikasjaliselt selgitatakse allpool.

Tabel 1: Kuus üldist tervisedenduse (TE) strateegiat haiglaga seotud erinevatele huvigruppidele

1.	Ravi ja hoolduse kvaliteedi arendus, huvigruppide/osapoolte võimestamine <i>enesega toimetulekuks ja tervise taastootmiseks</i>
2.	Ravi ja hoolduse kvaliteedi arendus, huvigruppide/osapoolte võimestamine tervisedenduslikuks <i>koostööks (nä. koostootmiseks)</i>
3.	Kvaliteedi arendus, suunatud tervisedendusele ja haigla keskkonnale, silmas pidades kõiki huvigruppe/ osapooli
4.	Spetsiifiliste TE teenuste pakkumine: arendades ja tugevdades haigusprotsessi tulemuslikumat käsitlemist (patsiendi õpetus)
5.	Spetsiifiliste TE teenuste pakkumine: soodustades eluviisi muutusi (tervisekasvatust)
6.	Spetsiifiliste TE tegevuste rakendamine: soodustades kõigi huvigruppide osalemist tervisedenduslikus tegevuses ja paikkonna arengus (võimestamises)

Olemasoleva tõendus põhise informatsiooni hulk ja kvaliteet, tõendades teostatavust, mõjusust ja “tervise kasu”, näitavad, et tulemuse saavutamise tase on erinev, sõltuvalt valitud strateegiast, kuid on ka näiteid, mis tõendavad kõigi kasulikkust (sobivalt planeeritud

kasutamisel -AL).

Lihtsalt teadmiseks: strateegiad on esitatud eesmärgispetsiifiliselt parema arusaadavuse huvides. Enesestmõistetavalt on strateegiad osaliselt kattuvad ja võivad olla või isegi peavad olema ühendatud või üksteise suhtes vastavalt tasakaalustatud.

Mida aga saab praktiliselt rakendada, on spetsiifilised meetmed (abinõud) - kas siis strateegia valdkonna või laiemal poliitika raames, kus on ühendatud enam kui ühe strateegia meetmed, nt tubakavaba haigla poliitika või tervisliku toitumise poliitika või tervisedendusosalase kommunikatsiooni poliitika.

2 Üksikud strateegiad

2.1 Patsientidele suunatud strateegiad

2.1.1 TE KVALITEEDI PARANDAMISE STRATEEGIAID ÄGEDA PATOLOOGIA RAVIGA TEGELEVATELE HAIGLATELE

STRATEEGIA 2:

Ägeda patoloogia raviga tegeleva kaasaegse haigla põhiülesanne on pakkuda diagnostilist ja raviteenust ägedate haigusjuhtude korral (või ka suhteliselt tõsiste haiguste puhul koos vajadusega/ võimalusega tehniliseks diagnostikaks ja raviks), samuti krooniliste haiguste ägenemiste korral - haigla patsientidele kui ka väljast tulevatele patsientidele.

Esimene TE strateegia seondub pikaajase ja samas muutuva traditsiooniga haigla põhiülesannete täitmise kvaliteedi tagamisest ja parandamisest - alustades professionaalide (täiendavast) õpetamisest, ja viimasel 20 aastal pöörates rohkem tähelepanu suuremate süsteemide ja organisatsioonide arenguprotsessidele ning struktuuridele.

Kuidas saab TE panustada haiglate põhiprotsesside kvaliteedi parandamisse?

Võimendamise kontseptsioon rõhutab üksikinimete vajadust võtta kontroll oma terve üle- haigla kontekstis tähendab see, et haigeid ei käsitleta vaid (meditsiiniliste) sekkumiste objektidena, vaid et nad ise on nimetatud sekkumistes aktiivsed osalejad – see on idee, mis sobib hästi nn “koostootmise” traditsiooniga teistegi teenuste puhul.

Kui (antud juhul) haige osaleb aktiivselt (ravi)protsessis, muutub ta selles koostöös ühtlasi tugevamaks (st võimestub).

Selline võimestumine ei toimu iseenesest kliiniliste/ tehniliste sekkumiste tulemusena, vajalik on ka kommunikatiivne/ õpetuslik osa. Meditsiin peab avama end rohkem

haridustandvaks². Haridus/õpetamine märgib teadmiste andmist (andmed, teave), oskuste õpetamist ja motivatsiooni tõstmist.

“Tervise kasu” (tulemus) kontseptsioon defineerib haigla sekkumiste (interventsioonide) lõpptulemust veelgi keerukamalt: kliiniline lõpptulemus + elukvaliteet + patsiendi rahulolu + tervisealane kirjaoskus. Need tulemused osundavad tervise kõigile kolmele aspektile: füüsiline, vaimne ja sotsiaalne.

Raviprotsess ise on muutunud palju komplitseeritumaks. Tähelepanu keskmes on efektiivne ravi, kuid “tervise kasu” optimeerimise eesmärgil on olulised ka haiguse ennetamise, tervise kaitse ja tervise arengu aspektid (süsteemiliselt hoiduda riskidest, kasutada võimalusi tervise ressursi loomiseks - bioloogilisi, vaimseid, sotsiaalseid).

Põhinevalt neid eeldustel, pakub töögrupp ühe strateegiana välja haigla põhiteenuste parandamise:

PATSIENTIDE VÕIMESTAMINE AKTIIVSEKS OSALEMISEKS - NII RAVI- KUI HOOLDUSPROTSESSIS

Patsientide võimestamise praktiliseks näiteks diagnoosimise ja ravi protsessis oleks nende teavitamine, õpetamine ja nõustamine (nt patsiendi teavitamine sellest, kuidas ta saaks ise kaasa aidata oma paranemisele; patsiendi informeerimine alternatiivvõimalustest ja kõrvalmõjudest - et seeläbi võimaldada haigel osaleda diagnoosimises; patsient saaks kaasa rääkida tema ravi üle otsustamisel; patsient osaleb oma ravi- ja hooldamiseprotsessis - nt et ta nõustub ettekirjutustega).

On olemas tõenduspõhised andmed, et taoline haige võimestamine saab kaasa aidata kirurgiliste patsientide paranemisele, vähendab operatsioonijärgseid tüsistusi (Johnston, Vögele 1992).

STRATEEGIA 1:

Isegi sel juhul, kui patsientidesse ei suhtuta ainult kui raviobjektidesse, vaid nn koostööpartneritesse tervise (taas)saavutamisel, tuleb siiski arvestada, et nad saavad täita oma patsiendi-rolli tavaliste inimestena - sel baasil, kes nad on füüsiliste isikutena, oma hinge ja sotsiaalse staatusega.

Ja olenevalt nende olukorrast, on see seisund täiel määral nende endi toimetulekuskoste tulemus, osaliselt võib seda olla toetanud professionaalne abi, või äärmuslikel juhtudel, ka intensiivravi -juhitava hingamise ja südamegevuse toetamise - kaudu.

Järgides tervise (lõpptulemus, kasu) kontseptsiooni nelja kriteeriumi, ühendab tervise (taas) saavutamine kolme tervise dimensiooni - füüsilist (nt adekvaatne toitumine), vaimset (nt küllaldane privaatsus haigla tingimustes) ja sotsiaalset (nt võimalused kontaktideks sugulastega, patsiendi toetus).

² taas, kuna see on olnud enam haridustandev varemalt.

Et võimalikult vältida nn hospitalismi, peaks eesmärgiks olema tagada enese eest hoolitsemise võimalus nii kaua kui vähegi saab ja pakkuda professionaalset abi täpselt nii palju kui vajalik (patsiendi enesehoolduse taseme saavad määrata õed). Selleks, et teha enesega toimetulek võimalikuks ka erandlikes ja rasketes tingimustes, kus probleemsed patsiendid on väljaspool nende harjumuspärasest kodukeskkonda, ja ehk isegi allutatud haigla kui organisatsiooni bürokraatlikele nõudmistele, peab professionaalne abi olema sedavõrd võimestav kui vähegi võimalik, ning kõigele lisaks tuleb arvestada ka patsientide kultuurilist tausta. Võimestamine sisaldab taas füüsilist, vaimset ja sotsiaalset dimensiooni, teadmiste ja oskuste andmist ning motivatsiooni. Siinkohal saab taas leida seose tervisedenduse spetsiifilise panusega.

Seepärast, teise strateegiana pakub töögrupp haigla põhiteenuste parandamise eesmärgil:

PATSIENTIDE VÕIMESTAMINE ENESEGA TOIMETULEKUKS, ENESEHOIDMISEKS, OMA TERVISE TAASTOOTMISEKS HAIGLA TINGIMUSTES

Selle strateegia efektiivsus pole küll süstemaatiliselt uuritud, kuid edukate interventsioonide (sekkumiste) kohta haiglates on olemas näited:

- *Visiting and lay support services to support the psychosocial needs of patients* (Rudolfstiftung Hospital, Vienna, Austria; see Nowak et.al. 1998); - toetab patsientide psühhosotsiaalseid vajadusi.

- Patsiendi haiglasse vastuvõtul tema teavitamine haigla üldistest iseärasustest (nt kus miskit leida, külastamise ajad) (hea praktika näide selle kohta on Griffin Hospital USAs - rohkem informatsiooni leiab www.griffinhealth.org);

- Võimalused ja valikud, mis soodustavad patsientide oma-vastutust ja erinevaid tegevusi (nt füüsiline aktiivsus, kultuuriline tegevus, raamatukogud haigetele, arutelud, interneti kasutamise võimalused).

- Psühholoogilise abi pakkumine, et tulla toime stressi ja hirmudega, mis seotud haiglasolekuga või patsiendi konkreetse haigusega (nt vähk).

STRATEEGIA 3:

Kas meeldib see või mitte, kuid haigla ei tähenda vaid teenuste pakkumist ja seda protsessi, vaid ka keskkonda/konteksti, kus neid teenuseid pakutakse. Kui teenused aitavad kaasa või tagavad tervise lõpptulemuse/väljundi, siis samuti on kontekstil, olukorral, keskkonnal vastav mõju tervisele.

Eksisteerivad füüsilise keskkonna mõjud (hospitaalnakkused, õhukvaliteet, temperatuur jt), ent samuti ka haigla kui sotsiaalse keskkonna mõjud, mis väljenduvad tema organisatsiooni struktuuris, haiglakultuuris - millel kõigil on mõju patsientide enesega hakkamasaamisele ning samuti ka nende ravile ja hooldusele.

Milles väljendub tervisedenduse panus keskkonna arengusse?

Tervisedendus pöörab erilist tähelepanu toetavatele keskkondadele - nii füüsilisele kui sotsiaalsele, ja seega suurendab puhtkliiniliste väljundite tulemusi, võttes arvesse terve teisedki dimensioonid.

Sel põhjusel,

HAIGLA ARENDAMINE PATSIENTIDE JAOKS TOETAVAKS, TERVISTEDEN- DAVAKS JA VÕIMESTAVAKS KESKKONNAKS ON PAKUTUD KOLMANDAKS HAIGLAKVALITEEDI PARANDAMISE STRATEEGIAKS.

Selle strateegia üheks näiteks võiks olla “meeldiv vaade haigla(palati) aknast”, millel on tõendatud positiivne mõju tervisele (DiBlasi et.al. 2001).

Neil kolmel patsiendile keskendunud strateegial, mille eesmärgiks on ägeda patoloogia haiglate teenuste kvaliteedi parandamine tervisedenduse kaudu, on arvestatav potentsiaal lõpliku tervise-kasu suurendamisel. Aga kuna haiglas oldud periood, mil need sekkumised aset leiavad, jääb järjest lühemaks, siis paljudelt haiglatelt oodatakse teistegi teenuste pakkumist, mis kindlustaksid haiglaravi pikemaajalised ja püsivad efektid.

2.1.2 UUED TE TEENUSED HAIGLAPATSIENTIDELE

STRATEEGIA 4:

Spetsialistide sekkumised haiglates (ravi ja ravi protseduurid!) pakuvad tavaliselt üldise pöördepunkti haigusprotsessis ja n.-ö. aluse taastumiseks või siis toimetulekuks kroonilise haigusega. Taastumisprotsessi põhiosa või igapäevane haigusega toimetulek (seisundi halvenemise ja kaugemate negatiivsete mõjude, aga samuti sotsiaalsete probleemide ennetamine) on esmajoones jäetud patsientide endi kanda - vastaval professionaalsel toel (rehabilitatsioon, patsiendikoolitus), mida teeb haigla (või haiglaväline institutsioon), spetsiaalsed teenistused, isiklik või perearst või teised tervishoiuteenistused. Viimatinimetatud haiguse faas on palju pikem ja väljub haigla otsese kontrolli alt, kuid samas on oluline lõpptulemuse seisukohalt - nii tervisele kui elukvaliteedile. Professionaalne abi haiguse selles etapis on põhiosas koolituslik/ haridustandev: esmajoones teavitamine, nõustamine ja õpetamine (oskuste harjutamine).

Seega, peavad haiglad eeltoodut arvesse võtma, - pakkudes haigusespetsiifilist toetust kas ise või andma patsientidele soovitud pöördumiseks tervishoiusüsteemi teiste vastavat teenust pakkujate poole. Mida komplitseeritum ja harvemini ettetulev on haigusjuht, seda tõenäolisem on, et sellega tegelemine ka edaspidi jääb siiski antud haigla ülesandeks, kuid kindlasti nõuab see adekvaatseid seadusandlikke ja rahalisi regulatsioone, mis võimaldaksid analoogset teenust pakkuda süstemaatiliselt.

Seepärast pakub töögrupp välja esimese võimaliku täiendava strateegia haiglatele:

PATSIENTIDE VÕIMESTAMINE TOIMETULEKUKS KROONILISE HAIGUSEGA (PEALE HAIGLAST LAHKUMIST)

Tervist edendavate haiglate rahvusvahelises võrgustikus on palju näiteid selliste teenistuste/teenuste tulemuslikest sekkumistest, nt diabeedihaigete koolitus (vt nt Devinde, Percy 1996).

STRATEEGIA 5:

Haiglainterventsioonidest saadud tervisekasu võiks olla isegi suurem, kui haigla võtaks enda peale haigusjuhu käsitlemise ajaliselt pikemas perspektiivis. Eluviisi muutused tagavad parema tervise tulevikus, st haigusega seotud riskide vähendamist (vt nt Willett 1995, Tubiana 2000, WHO 2002), ja positiivse tervise soodustamist (tervise potentsiaalid ja -ressursid). Ja taas, need on eeskätt koolituslikud teenused (teavitamine, nõustamine, õpetamine), mida saab kasutada inimese eluviisi mõjutamiseks. Enesestmõista võivad seda teenust osutada mitmed pakkujad, nt tervishoiu- või sotsiaalsüsteemist, ka täiskasvanute koolitus.

Õigupoolest on haiglad heas positsioonis taolise teenuse pakkumisel, kuna neil on juba omamoodi väljakujunenud suhe patsientidega kriisisituatsioonis, ja haiglal on teadmistekeskuse staatus, ta omab üldiselt kõrget prestiiži tervise valdkonnas. Tervisekasvatuse on haridustandva kommunikatsiooni mooduliks, mis kasutab haiglas viibimise aega ja eelnimetatud seoseid. Sellesuunalised investeeringud aitaksid haiglatel areneda tõeliseks tervisekeskusteks.

Eeltoodud põhjusel, töögrupp pakub välja teise täiendava strateegia:

PATSIENTIDE VÕIMESTAMINE (TERVISLIKUMA) ELUVIISI OMANDAMISEKS (PEALE HAIGLARAVI LÕPPEMIST)

STRATEEGIA 6:

On olemas piisavalt tõendusmaterjali selle kohta, et tervislik eluviis sõltub vaid osaliselt indiviidi teadmistest, oskustest ja motivatsioonist, hoopiski enam oleneb see teistest ressurssidest ja kultuuriajenditest. See puudutab nii haiguse `juhtimist` kui ka eluviisi arengut.

Kas haiglal võiks olla siinkohal oma roll täita? Potentsiaalselt kindlasti: haiglal on olemas hulgaliselt teadmisi, kuidas käsitleda antud haigusjuhtu (seda optimaalselt juhtida), samuti teave spetsiifilistest riskidest - haigla saab kasutada informatsiooni alates anamneesist kuni epidemioloogiliste üldistusteni välja; haiglal on hea positsioon (nii teadmiste kui prestiiži mõttes) selgitada üksikinimeste (haigete) ja gruppide tervisehuvisid paik-

konna erinevates kontekstides laiemalt.

Kindlasti peab haigla arendama rutiini nende ülesannete täitmiseks, samuti oma vastavaid ressursse. Teisalt, on küllalt raske pakkuda paikkonnas haigla asemele välja adekvaatset institutsiooni eeltoodud rolli täitmiseks.

Seepärast, esitab töögrupp viimase patsientidele suunatud strateegia:

OSALEMINE TERVISEDENDUSES JA PAIKKONNA INFRASTRUKTUURIDE VÕIMESTAVAS ARENDAMISES - PATSIENTIDE ERIVAJADUSTE HUVIDES

Nimetatud strateegiat pole süstemaatiliselt uuritud. Kuid mõned rakendusnäited võiksid olla: patsientide eneseabi gruppide toetus, spetsiaalsete meditsiinitarvikute või teenuste pakkumise toetamine paikkonnas.

2.2 (HAIGLA) PERSONALI TERVISE EDENDAMINE

Kuigi haiglate esmane ülesanne on hoolitseda haigete eest, ja nad mõjutavad väga suure hulga patsientide tervist, on haiglatel siiski oluline mõju (pidev ja pikaajaline) ka väiksemale, ent sellegipoolest arvestatavale, personali tervisele (milleks loetakse 3% Euroopa tööjõust).

Lähtuvalt tervisedenduslikust vaatenurgast peaks haigla (kui töökoha) mõju personali tervisele arvestatama haigla üldises poliitikas. See pole vaid töötajate endi ja haigla üldise tervisepoliitika huvides, vaid omab erilist väärtust ka haigla kui organisatsiooni jaoks, kuna personali liikmete endi tervis sellises ekspertide organisatsioonis on ülioluline. Põhimõtteliselt on kõik patsientidele suunatud strateegiad rakendatavad ka haigla töötajate tervise huvides.

Taas, eksisteerib kolm strateegiat, mis soodustavad haigla kui töökoha terviseiga seotud kvaliteedi arengut oma personali jaoks, kaks neist on vahetult suunatud haiglapersonali üksikliikmetele või gruppidele, üks aga haiglale kui töö keskkonnale.

Mis on õige haigetele/ patsientidele, on samaväärselt õige ka töötajate jaoks:

Enne kui käsitleda personali kui töötajaid, tuleb neid mõista kui tavainimesi. Selles plaanis peab ka personal olema tervisedenduslikult võimestunud, inimesed peavad endaga igati toime tulema ajal, mil nad on haiglas (töökohas): see hõlmab puhkepause, toitumist, tualeti kasutamise võimalust, üldist heaolu, sotsiaalset võrgustikku. Strateegiat STA 1 nimetatakse seetõttu "Personali võimestamine enese (vaimseks) taastootmiseks ja (igapidiseks) toimetulekuks".

Haiglatööl (ravi, hooldus, toetavad teenused) pole mõju mitte ainult patsientide tervisele, vaid samuti ka nende teenuste osutajate tervisele. See fakt on tunnustatud (kuid mitte alati adekvaatselt arvesse võetud) töö regulatsioonides, töömeditsiinis (töötervishoius). Tervisedenduse lisaväärtus (haigla)tööprotsessis ongi tõmmata tähelepanu tervisedeterminantide kontrolli võimalusele inimeste endi poolt ja seeläbi personali võimestamisele

administratsiooni algatusel ning tervisedendusliku tööprotsessi ja käitumise juhtimisele. Strateegiat STA 2 nimetatakse "Personali võimestamine (tulemuslikumaks) koostöötamiseks".

Haiglal kui materiaalsel (füüsilisel) ja sotsiaalsel keskkonnal on mõju töötajate tervisele - isegi rohkem ja intensiivsemalt kui patsientide tervisele. Haiglad on ohtlikud töökohad, kuna seal on otsesed füüsilised riskid (bioloogilised, keemilised ained), vaimse tervise riskid (stress, öövalved), sotsiaalsed riskid (öövalved kui oluline mõjufaktor sotsiaalsele elule, konfliktidele). Strateegiat STA 3 nimetatakse seetõttu "Haigla keskkonna arendamine toetavaks, tervist edendavaks ja võimestavaks - personali jaoks".

Töötingimustel on vahetu mõju tervisele, mis nõuab olukorrapõhist käsitlust, ja haigla on vastutav selle mõju eest ning peaks kasutama neid kolme strateegiat oma personali tervise parandamise huvides.

Lisaks, haiglal on - nagu patsientidegi puhul - kolm täiendavat valikustrateegiat oma tegevuse optimeerimiseks.

Haigla saab toetada oma töötajate paremat toimetulekut kutsehaigustega, pakkudes individuaalset või gruppidele suunatud teenuseid, võimestades neid haigusjuhu (protsessi) ratsionaalsemaks juhtimiseks (Linköping – varajane rehabilitatsiooni projekt). Seepärast kutsutakse strateegiat STA-4 "Töötajate võimestamine toimetulekuks kutsehaigustega (oskus konkreetset juhtu paremini käsitleda)".

Nii nagu patsientide puhul, on haiglal võimalusi ka oma töötajate tervise parandamiseks, soodustades tervisega seotud positiivseid eluviise, eriti kui need korreleeruvad tööga seotud riskidega (suitsetamine, alkohol, füüsiline aktiivsus, tervislik toitumine). Nimetatud teenustel on eriti hea mõju siis, kui need toetavad töötajaid haigla üldises tervist edendavas poliitikas, nt suitsuvabas haiglas, ning kui need aitavad personalil täita neile pandud ootuspärast rolli - tervisliku käitumise hea praktika näitena. Strateegiat STA-5 nimetatakse "Personali võimestamine tervisliku eluviisi saavutamise nimel".

Nii nagu haigete, samavõrd ka töötajate puhul, ei sõltu eluviisi valikud ainult isikomadustest, vaid ka paikkonna elutingimustest. Enamgi veel, elutingimustel on üldine tähtis mõju elukvaliteedile. Seepärast, haigla saab mõjutada positiivselt oma töötajate tervist - oma personalile suunatud paikkonna tervise arendamise kaudu laiemalt. Klassikalised näited võiksid olla sobiva lahtiolekuajaga lasteaiad (teksti sisu muudetud - AL), ühistranspordi ja elamumajanduse korraldamine, kaupluste ja teiste paikkonna asutuste sobivad lahtiolekuajad. Strateegiat STA-6 nimetatakse "Osalemine paikkonna infrastruktuuride tervisedenduses ja võimestamise arengus - lähtuvalt haigla töötajate vajadustest".

2.3 PAIKKONNA/ KOGUKONNA ELANIKE TERVISE EDENDAMINE

Kindlasti mõjutab haigla oma paikkonna elanike tervist, eelkõige haiglas ravitud patsientide, ja haigla töötajate tervist. Ent haiglal on mõju ka paikkonna (naabruskonna, õigemini - nii kaugele kui ulatub! - sest haigla võib teenindada ka kaugemaid patsiente) elanike tervisele.

Kõigepealt, me peame selgitama antud arutluse eripära: oma patsientide ja töötajatega on haiglal tugev reaalne side. Teatud aspektide osas kehtib see samasugusena ka kõrvalolijate kohta. Paljude või isegi kõikide paikkonna elanike jaoks on haigla esmane või vähemasti potentsiaalne (tervise)teenuste pakkuja.

Taas: eksisteerib kolm strateegiat, mille abil saab parandada haigla ja kohaliku paikkonna elanike vaheliste suhete kvaliteeti.

Üksikinimese tervise jaoks on tähtis omada haigla sobivatele (ja vajalikele) tervise-teenustele juurdepääsu, ja seda just õigel ajal. Tervisedendus tähtsustab meie jaoks selle fakti, et haiglal on see võimalus, s.o. parandada juurdepääsu teenustele. Seepärast nimetatakse strateegiat COM 1 "paikkonna võimestamine enesega toimetulekuks, tagades haiguse korral adekvaatse juurdepääsu haigla teenustele".

Haiglas viibitud päevade hulk üha väheneb - seepärast peavad haiglad soostuma vastutusega haigusjärgse hoolduse küsimustes ka patsiendi haiglast lahkumisel. Sellistel juhtudel peavad haiglad võimestama esmatasandi arstiabi või teiste teenistuste professionaalseid abipakkujaid, vajadusel ka erihooldejaid spetsiifilistele patsientidele, et tagada neile haiglast lahkumise järgselt optimaalne hooldus. Tervisedenduse eriline panus sellele protsessile seisneb taas võimestamises. Strateegia COM 2 on nimetatud "terviseprofessionaalide ja teiste abiandjate võimestamine haiglast lahkunud patsientide raviks ja hoolduseks".

Haiglal kui füüsilisel ja sotsiaalsel keskkonnal on mõju inimeste tervisele mitte vaid oma territooriumil, vaid ka ümbruskonnas elavatele ja töötavatele inimestele. Kvaliteedi tähenduses tegeletakse eelkõige haiglast tulenevate negatiivsete tervisemõjudega (õhu saaste, jäätmed, müra, liiklus). Tervisedenduslikus mõttes räägitakse ka võimalikest positiivsetest efektidest. Haigla rajatise saavad kasutada teisedki paikkonna inimesed/ kogukonna liikmed, haiglat võib käsitleda isegi omamoodi kultuurikeskusena (nt Repty Hospital, Poland, vt Eysymontt et al, 1998), (rahva)spordi ja kehakultuurikeskusena jne. Seega, strateegiat COM 3 nimetatakse "Haigla kui tervisedendusliku ja võimestatud keskkonna areng paikkonna/ kogukonna huvides".

Ja haiglal on, nii nagu haigete ja oma töötajate jaoks - täiendavalt kolm valikustrateegiat, et optimeerida tervisemõjusid kogukonna teistele liikmetele. Nt saab haigla vajadusel pakkuda täiendavaid tervisedenduslikke teenuseid ning olla seotud paikkonna arenguga laiemalt. Muidugi sõltub see olemasolevatest legaalsetest võimalustest ja finantsidest, mis vastavalt kas soodustavad või takistavad haigla seotust paikkonna tervisedenduslike tegevustega.

Haigla saab toetada ja abistada toimetulekut neil krooniliste haigustega inimestel, kes pole olnud antud haigla patsiendid - pakkudes üksikinimestele või gruppidele suunatud vastavaid võimestavaid tegevusi. Haiglal on head võimalused pakkumaks abi harva esinevaid haigusi põdevate haigete gruppidele (eneseabi grupid). Strateegiat COM 4 kutsutakse seepärast: "Paikkonna/ kogukonna elanike võimestamine toimetulekuks krooniliste haigustega".

Samasugune argument kehtib ka tervisliku eluviisi selgitamise/ õpetamise kohta:

strateegia COM 5: “Paikkonna/ kogukonna elanike võimestamine tervislike eluviiside omandamiseks”.

Kui paikkonnas on õige ja omal kohal selgitus- ja lobbytöö haigete ja haiglatöötajate vajaduste osas, võib seda elutingimuste teema kohta üldistada ka teistele kogukonna liikmetele. Nii saab haigla oma epidemioloogilist andmebaasi kasutada paikkonna planeerimise huvides, töökohtade terviseprogrammide arendamiseks, nõustada etnilisi vähemusi jne. Seega, strateegia COM 6 on: “Haigla osalemine paikkonna tervisedenduses kogu elanikkonna huvides”.

3 Ülevaade tervisedenduslike haiglate 18 strateegiast

Kui koondame kõik strateegiad, saame tervist edendavate haiglate 18 põhistrateegia matrixi, mis on summeeritult esitatud allolevas tabelis.

- Mõned üldised tähelepanekud:
- Strateegiad on (osaliselt) kattuvad
- Strateegiad tulenevad osaliselt üksteisest
- Strateegiaid on õigem kasutada omavahel seonduvalt (kasutades ära saadavat sünergia)
- On mõistlik ja tulemuslik kasutada teatud üksikuid meetodeid ühe spetsiifilise teema juures (nt suitsetamine)
- Kuigi need strateegiad on omavahel seotud, ei saa neid rakendada holistlikul moel - kõiki korraga - vaid peab eelnema õige planeerimine ja sellele järgnev realiseerimine

Tabel 2: Tervist edendavate haiglate 18 põhistrateegiat:

Tabel 2

TE kelle jaoks/mille kaudu ...	Patsiendid/ haiged	Personal/ haigla töötajad	Paikkond/kogukond
Ravi ja hoolduse kvaliteedi arendus/ huvipoolte võimestamine oma tervise “taastootmiseks”	PAT-1: Patsientide võimestamine enesega toimetulekuks/ enese eest hoolitsemiseks/ oma tervise hoidmiseks haiglas (tervisedendus)	STA-1: Personali võimestamine enesega toimetulekuks/ enese eest hoolitsemiseks/ oma tervise hoidmiseks ja taastootmiseks haiglas (tervisedendus)	COM-1: Paikkonna/ kogukonna võimestamine tervise hoidmiseks ja toimetulekuks, eeldusel, et on olemas adekvaatne juurdepääs haigla teenustele (tervisedendus)

TE kelle jaoks/mille kaudu ...	Patsiendid/ haiged	Personal/ haigla töötajad	Paikkond/kogukond
Ravi ja hoolduse kvaliteedi arendus/ huvipoolte võimestamine koostöötamiseks	PAT-2: Patsientide võimestamine osalemiseks/ koostööks ravi ja hoolduse protsessis (tervisedendus)	STA-2: Haigla töötajate võimestamine koostööks ravi ja hoolduse protsessis (tervisedendus)	COM-2: Paikkonna terviseprofessionaalide võimestamine - et pakkuda paremat järelravi haiglast lahkunud patsientidele (tervisedendus)
Tervist edendava ja võimestava haigla- keskkonna kvaliteedi arendus kõigi huvipoolte/ osapoolte huvides	PAT-3: Tervisedendava ja võimestava haiglateskkonna areng - patsientide jaoks	STA-3: Haiglateskkonna arendamine toetavaks, tervisedendavaks ja võimestavaks - haiglatöötajate jaoks	COM-3: Haigla arendamine tervisedendavaks ja võimestavaks keskkonnaks kogu paikkonna/ kogukonna jaoks
Spetsiifiliste TE teenuste pakkumine huvipooltele (et toime tulla haiguse juhtimisega, st võimestamist, patsiendi koolitust	PAT-4: Patsientide võimestamine toimetulekuks haigusga (peale haiglast lahkumist) (tervisedendus)	STA-4: Haigla töötajate võimestamine kutsehaigustega toimetulekuks (tervisedendus)	COM-4: Paikkonna elanike võimestamine paremaks toimetulekuks krooniliste haigustega (haigusprotsessi juhtimise ja kontrolliga) (tervisedendus)
Spetsiifiliste TE teenuste pakkumine, et võimendada positiivsete eluviiside arengut (tervisekasvatus) kõigile huvipooltele	PAT-5: Patsientide võimestamine tervislike eluviiside omandamiseks (peale haiglast lahkumist) (tervisedendus)	STA-5: Haiglapersonali võimestamine tervislike eluviiside omaksvõtmiseks (tervisedendus)	COM-5: Paikkonna elanike võimestamine tervislike eluviiside omandamiseks (tervisedendus)
Spetsiifiliste TE teenuste pakumine_ osalemine paikkonna arengut ja võimestumist soodustavates tegevustes - kõigile huvipooltele	PAT-6: Osalemine paikkonna infrastruktuuride tervisedenduslikus ja võimestavas arengus, mis vastaks patsientide huvidele ja vajadustele	STA-6: Osalemine paikkonna infrastruktuuride tervisedenduslikus ja võimestavas arengus, mis vastaks haiglatöötajate huvidele ja vajadustele	COM-6: Osalemine paikkonna tervisedendavas ja võimestavas arengus, mis suunatud kogu elanikkonna vajaduste arvestamisele

Kui haigla tahab end kvalifitseerida "tervist edendava haiglana", peab tõepoolest investeerima 1, 2, 3 strateegiasse (suunatud haigetele, haigla personalile ja paikkonna kogu elanikkonnale) - sõltuvalt konkreetsest olukorrast ja paikkonna teiste tervishoiu teenuste olemasolust, sõltuvalt seaduslikust ja finantsraamistikust - ja samuti peab investeerima 4 - 6 strateegiasse (taas vastavalt suunatuna patsientidele, haiglatöötajatele ja paikkonna elanikele).

4 Tervist edendav poliitika - teooriast praktikasse

TE kvaliteedi tagamist/ arendamist eristatakse uutest TE teenustest, kusjuures ka viimased on strateegilise planeerimise objektiks ja ühtlasi rakendamiseks.

Viimasel juhul, täiendavate, peamiselt koolituslike programmide rakendamine, mis seotud strateegiatega 4 - 6 (kas patsientidele, haiglatöötajatele või kogukonnale) peab olema hästi ettevalmistatud ja teostatud nagu iga uue teenuse pakkumine, põhinema projektijuhtimise printsiipidele jne.

TE kvaliteedi tagamine/ arendamine oma laiemas tähenduses nõuab palju. Nagu kvaliteeti tervikuna, nii peab ka tervisedenduse põhimõtteid järgima kõigis haigla poolt vastuvõetud otsustes (juhtimine ja haigla erinevate professionaalide gruppide ekspertotsused).

Et rakendada TEH printsiipi täielikult, vajab haigla toetussüsteemi samal moel nagu see on paljudes haiglates loodud kvaliteedi tagamiseks. Selline toetussüsteem võib olla integreeritud kas juba eksisteerivasse kvaliteedi juhtimise süsteemi või väljaarendatud omaette süsteemina. Kirjanduses on olemas näited selle integreerimisest olmasolevasse, nt EFQM-süsteemi, vt Brandt 2001.

Konkreetsete abinõude rakendamiseks tuleb tegevuse aluseks võtta vastavad poliitikad (nt toitumine, suitsetamine, stressi juhtimine, hoolduse järjepidevus). Need poliitikad peavad kinnistuma haigla strateegilises planeerimises (olenevalt probleemidest ja ootustest haigla keskkonnale).

TEH põhimõte peab silmas järgnevat:

LÕPPTULEMUSTE OSAS:

„Tervise kasu“ laiemat definitsiooni, millest oli juttu eespool, on vaja ka monitoorida, seega peavad olema välja toodud indikaatorid tervisedenduslike tegevuste hindamiseks (kliinilised tulemused + tervis holistlikus tähenduses, elukvaliteet, patsientide rahulolu, võrdsus (õiglus) tervises, ja mis eriti spetsiifiline tervisedendusele - tervisealane kirjaoskus).

Neid lõpptulemusi tagavate struktuuride ja protsesside osas:

- Et saavutada tervisetulemust (kasu) soovitud tähenduses, peavad haigla struktuurid

- ja ka sealsed tegevused olema vastavuses tervisedenduse põhimõtetega.
- Tervisedendus kui selgesõnaline eesmärk ja väärtus peab olema esitatud haigla missioonis (peab sisaldama viidet patsiendi õigustele; patsientide, haiglapersonali ja kogukonna tervisele jne.)
 - Haigla juhtkonna poolt peab olema selgesõnaline ja arusaadav tervisedenduse-suunaline **kohustumus**.
 - **TE strateegia (poliitika) dokument**, milles on ära toodud kaugemad ja lähemad eesmärgid, sihid ja rakendusstrateegiad nende saavutamiseks, peab olema formuleeritud.
 - Kasulik oleks täpsustada iga.aastane TE **tegevusplaan**.
 - Peab olema eraldatud ka **eelarve** TE tegevuseks.
 - Vajalik on TE juhtimisstruktuur või võimalus tagada muul moel TE printsiipide, eesmärkide, sihtide lülitamine olemasolevasse süsteemi. Üks näide selleks võiks olla: tervisedenduse **juhtkomitee**, kõigi tasandite haiglapersonali **osalemine** (osakondade sisene, inter-hierarhiline, meditsiini erialade tasemel); haiged ja nende sugulased, samuti teised huvigrupid pea vad olema kaasatud, **tervisedenduse mänedzher/ meeskond**, mis pidevalt TE sekkumisi toetab, **TE koordinaatorite** võrgustik haigla all-osakondades.
 - **TE käsiraamatust** oleks kasu haiglatöö igapäevapraktikas. Selleks et mõjutada haiglapraktika igapäeva, peab TE olema integreeritud standarditesse, juhenditesse, kliinilistesse toimingutesse.

Haiglapersonali peab regulaarselt informeerima ja kaasama. Näited selle kohta:

tervise arutelu-ringid,
töötajate vihjete/ettepanekute süsteem,
rakendusprojektid,
uudiste-lehed,
iga-aastased kokkuvõtted-esitused,
weebilehe foorum.

Personali ja juhtkonna koolitus/ õpetamine - tegevuskavade seadmiseks ja ressursside leidmiseks.

Vajalik on luua võrgustik koos teiste terviseteenuste pakkujate ja paikkonna huvigruppidega.

Selleks, et haigla saaks täiel määral rakendada TEH printsiipe, oleksid kasulikud muutused haigla keskkonnas, mida omakorda toetaksid TE arengud. Mõned näited:

TE prominentne roll tervisepoliitikas - programmid, seadusandlus, finantstoetus - soodne on viidata HEALTH 21 - le , Euroopa Liidu Rahva Tervisele,

TE esmatahtsus meditsiini ja õenduse hariduskavades,

TE esmatahtsus meditsiinierialases jätkuõppes,

TE esmatahtsus tervise erialade kvaliteedi arengus (spetsiaalsed meditsiinialased seltsid, ühingud jt).

5 Viited

- Brandt E. (Ed.) (2001): Qualitätsmanagement und Gesundheitsförderung im Krankenhaus: Handbuch zur EFQM-Einführung. Neuwied & Kriftel: Luchterhand
- Devine, E.C., Percy, J. (1996): Meta-analysis of the effects of psychoeducational care in adults with chronic obstructive pulmonary disease. In: Patient Education and Counseling, 29, 2, 167-178.
- Di Blasi, Z., Harkness, E., Ernst, E., Georgiou, A., Kleijnen, J. (2001): Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. In: The Lancet, Vol 357, March 10, 757-762.
- Eysymontt Z., Baczek Z., Marzec A. (1998): "The Upper Silesian Rehabilitation Centre 'Repty' in Ustron as a Pilot Health Promoting Hospital" in: Pelikan J.M., Garcia-Barbero M., Lobnig H., Krajic K. (1998): Pathways to a Health Promoting Hospital. Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993-1997. Gamburg: G. Conrad Health Promotion Publications, 293-308
- Hulsman, R.L. Ros W.J.G., Winnubst, J.A.M., Bensing, J.M. (1999): Teaching clinical experienced physicians communication skills. A review of evaluation studies. Medical Education, 33, 655-668.
- Institute of Work, Health and Organisations (Eds.) (2002): Interventions to control stress at work in hospital staff. Norwich: Her Majesty's Stationary Office
- Johnston, M., Vögele, C. (1992): Welchen Nutzen hat psychologische Operationsvorbereitung? Eine Metaanalyse der Literatur zur psychologischen Operationsvorbereitung Erwachsener. In: Schmidt, L.R. (Eds.): Psychologische Aspekte medizinischer Maßnahmen. Berlin: Springer. 215-246.
- Kilian, K., Paul, R. (1996): Staff Empowerment as a measure of progress in occupational health promotion: Theoretical foundation and baseline data from a Health Promoting Hospital. In: Health gain measurements as a stool for hospital management and health policy. Proceedings of the 3rd International Conference on Health Promoting Hospitals. Linköping.
- Krupat, E., Fancey, M., Cleary, P.D. (2001): Information and its impact on satisfaction among surgical patients. Social Science and Medicine, 51, 1817-1825.
- Milz H., Vang J. (1989): Consultation on the role of Health Promoting Hospitals. In: Health Promotion International 3 (1989), 425-427
- Nowak P., Lobnig H., Krajic K., Pelikan J.M. (1998): Case Study Rudolfstiftung Hospital, Vienna, Austria – WHO Model Project "Health and Hospital". In: Pelikan J.M., Garcia-Barbero M., Lobnig H., Krajic K. (1998): Pathways to a Health Promoting Hospital. Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993-1997. Gamburg: G. Conrad Health Promotion Publications, 47-66
- Pelikan J.M., Garcia-Barbero M., Lobnig H., Krajic K. (1998): Pathways to a Health Promoting Hospitals. Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993-1997. Gamburg: Health Promotion Publications
- Pelikan J.M., Halbmayr E. (1999): Gesundheitswissenschaftliche Grundlagen zur Strategie des Gesundheitsfördernden Krankenhauses. In: Pelikan J.M., Wolff S. (Hg.) (1999): Das gesundheitsfördernde Krankenhaus. Konzepte und Beispiele zur Entwicklung einer lernenden Organisation. München und Weinheim: Juventa, 13-36
- Pelikan J.M., Krajic K., Dietscher C. (2001): Health Promoting Hospitals: Concept and Development. In: Patient Education and Counselling 45 (4), 239-243
- Pelikan J.M., Krajic K., Lobnig H., Dietscher C. (1998): Structure, Process and Outcome of the European Pilot Hospital Project – a summary. In: Pelikan J.M., Garcia-Barbero M., Lobnig H., Krajic K. (1998): Pathways to a Health Promoting Hospital. Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993-1997. Gamburg: Health Promotion Publications
- Rootman, I.; Goodstadt, M.; Hyndman, B.; McQueen, D. V.; Potvin, L.; Springett, J.; Ziglio, E. (2001): Evaluation in health promotion: principles and perspectives. WHO Regional Publications. European Series; No. 92. WHO: Copenhagen
- Tubiana, M. (2000): The European action against cancer as a model for regional action: its successes and limitations. www.uiccc.org/eurocan/tubiana.shtml.
- Willett, W.C. (1995): Diet, nutrition and avoidable cancer. In: Environmental Health Perspectives, 103, 8.
- World Health Organization (Eds.) (2002): Physical inactivity a leading cause of disease and disability.
- World Health Organization – Regional Office for Europe (1991): The Budapest Declaration on Health

Promoting Hospitals

World Health Organization (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: WHO

World Health Organization – Regional Office for Europe (1997): The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. Genf: WHO

World Health Organization – Regional Office for Europe (1997): The Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals

World Health Organization – Regional Office for Europe (Eds.)(1998): Health 21: An introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region (European Health for all Series No.5)

World Health Organization (1998a) Health Promotion Glossary

Tõlge ja kohandamine eesti keelele:

Aili Laasner

November, 2004

Standards for Health Promotion in Hospitals

Management Policy

Standard 1. The organization has a written policy for health promotion. The policy is implemented as part of the overall organization quality improvement system, aiming at improving health outcomes. This policy is aimed at patients, relatives and staff.

Objective:

To describe the framework for the organization's activities concerning health promotions as an integral part of the organization's quality system.

Sub standards:

- 1.1. The organization identifies responsibilities for the process of implementation, evaluation and regular review of the policy.
- 1.2. The organization allocates resources to the processes of implementation, evaluation and regular review of the policy.
- 1.3. Staff are aware of the health promotion policy and it is included in induction programmes for the new staff.
- 1.4. The organization ensures the availability of procedures for collection and evaluation of data in order to monitor the quality of health promotion activities.
- 1.5. The organization ensures that staff have relevant competences to perform health promotion activities and supports the acquisition of further competences as required.
- 1.6. The organization ensures the availability of the necessary infrastructure, including resources, space, equipment, etc. in order to implement health promotion activities.

Patients Assessment

Standard 2. The organization ensures that health professionals, in partnership with patients, systematically assess needs for health promotion activities.

Objective:

To support patient treatment, improve prognosis and to promote the health and well being of patients.

Sub standards:

- 2.1. The organization ensures the availability of procedures for all patients to assess their need for health promotion.

- 2.2. The organization ensures procedures to assess specific needs for health promotion for diagnosis-related patient-groups.
- 2.3. The assessment of a patient's need for health promotion is done at first contact with the hospital. This is kept under review and adjusted as necessary according to changes in the patient's clinical condition or on request.
- 2.4. The patient's needs assessment ensures awareness of and sensitivity to social and cultural background.
- 2.5. Information provided by other health service partners is used in the identification of patient needs.

Patient Information and Intervention

Standard 3. The organization provides patients with information on significant factors concerning their disease or health condition and health promotion interventions are established in all patient pathways.

Objective:

To ensure that the patient is informed about planned activities, to empower the patient in an active partnership in planned activities and to facilitate integration of health promotion activities in all patient pathways.

Sub standards:

- 3.1. Based on the health promotion needs assessment, the patient is informed of factors impacting on their health and, in partnership with the patient, a plan for relevant activities for health promotion is agreed.
- 3.2. Patients are given clear, understandable and appropriate information about their actual condition, treatment, care and factors influencing their health.
- 3.3. The organization ensures that health promotion is systematically offered to all patients based on assessed needs.
- 3.4. The organization ensures that information given to the patient, and health promoting activities are documented and evaluated, including whether expected and planned results have been achieved.
- 3.5. The organization ensures that all patients, staff and visitors have access to general information on factors influencing health.

Promoting a Healthy Workplace

Standard 4. The management establishes conditions for the development of the hospital as a healthy workplace.

Objective:

To support the establishment of a healthy and safe workplace, and to support health promotion activities for staff.

Sub standards:

- 4.1. The organization ensures the establishment and implementation of a comprehensive Human Resource Strategy that includes the development and training of staff in health promotion skills.
- 4.2. The organization ensures the establishment and implementation of a policy for healthy and safe workplace providing occupational health for staff.
- 4.3. The organization ensures the involvement of staff in decisions impacting on the staff's working environment.
- 4.4. The organization ensures availability of procedures to develop and maintain staff awareness on health issues.

Continuity and Cooperation

Standard 5. The organization has a planned approach to collaboration with other health service levels and other institutions and sectors on an ongoing basis.

Objective:

To ensure collaboration with relevant providers and to initiate partnerships to optimize the integration of health promotion activities in patient pathways.

Sub standards:

- 5.1. The organization ensures that health promotion services are coherent with current provisions and health plans.
- 5.2. The organization identifies and cooperates with existing health and social care providers and related organizations and groups in the community.
- 5.3. The organization ensures the availability and implementation of activities and procedures after patient discharge during the post-hospitalization period.
- 5.4. The organization ensures that documentation and patient information is

communicated to the relevant recipient/follow-up partners in patient care and rehabilitation.

References

1. Matching Services to needs. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (document EUR/ RC50/ 10)
2. WHO Regional Office for Europe. Health Promoting Hospitals ([http:// www.euro.who.int/healthpromohosp](http://www.euro.who.int/healthpromohosp)). Copenhagen, WHO Regional Office for Eorope, 2002 (accessed 4 March 2004).
3. Vienna Recommendations for Health Promoting Hospitals (<http://www.euro.who.int/document/IHB/hphviennarecom.pdf>) (accessed 4 March 2004).
4. Ottawa Charter for Health Promotin (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf). Ottawa, WHO, 1986 (accessed 4 March 2004)
5. WHO Standards Working Group. Development of standards for disease prevention and health promotion. WHO Meeting on standards for disease prevention and health promotion, Bratislava, 14 May 2002.
6. The International Society for Quality in Health Care. Alpha and accreditation (<http://www.isqua.org.au/isquaPages/Alpha.html>). Victoria, ISQua, 2003 (accessed 4 March 2004).

WORLD HEALTH ORGANISATION REGIONAL OFFICE FOR EUROPE

WHOLIS number: E82490

Original: EU/ 03/ 5038045-S, pages 11-14

Tervisedenduse Standardid Haiglatele

Euroopa strateegia Tervist Edendavatele Haiglatele

Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) Euroopa esinduse strateegia tööks riikidega, kes kohandavad oma teenuseid uute vajadustega, keskendub nende riikide vajaduste ja pürgimuste analüüsile ja toetab selliste strateegiatega juurutamist, mis rajaneks parimale kättesaadavale tõendusmaterjalile, arvestades riikide omi suutlikkust ja võimalusi vasta-va tegevuse elluviimiseks. Kooskõlas selle strateegiaga ja tuginedes Tervist Edendavate Haiglata võrgustikuga ühinenud haiglata soovile, töötasid 25 riigi eksperdid välja standardid tervise edenduseks haiglates.

Terviste Edendavate Haiglata võrgustiku loomisel oli WHO eesmärk reformida tervishoiuinstituutsioone sel kombel, et nende ravialase põhitegevusega kaasneks ka tervise edendamine ja tervisealane koolitus, haiguste ennetamine ja rehabilitatsioon.

Läbi on viidud hulgaliselt tegevusi ja enam kui 700-s haiglat 25-st riigist nii Euroopast kui ka mujalt on ühinenud WHO tervist edendavate haiglata võrgustikuga alates selle loomisest.

Tervist Edendavad Haiglad on pühendunud tervise edenduse kaasamisele igapäevastesse tegevustesse, võttes muuhulgas nt. sihiks suitsupriiks keskkonnaks saamise ja järgides nn. Viini soovitusi, mis väärtustavad mitmeid strateegilisi ja eetilisi suundumusi, innustades kaasama sellesse tegevusse patsiente ja kõiki asjatundjaid, väärtustades patsientide õigusi ja edendades haiglas tervislikku keskkonda. Ometi polnud seni kättesaadavaid standardeid, mis aitaksid haiglates tehtavat terviseedendusliku tegevuse kvaliteeti süstemaatiliselt hinnata, vaadelda ja täiustada.

Lisainfo projekti kohta on kättesaadav WHO Euroopa esinduse kodulehel aadressil www.euro.who.int/healthpromohosp .

Tervise edendamise määratlemine

Tervise edendamist määratletakse kui "protsessi, mis aitab inimesi tõsta kontrolli oma tervise üle ja tervist parandada" (Ottawa Charter for Health Promotion) ja mille all antud juhul tuleks mõista ka tervisealast koolitust, haiguste ennetamist ja rehabilitatsiooni teenuseid. Samuti hõlmab see mõiste ka tervise tõstmist patsientide enda, nende sugulaste ja tööandjate panuse suurenemise läbi, tõstes nende terviseiga seotud füüsilist, vaimset ja sotsiaalset heaolu.

Tervise edendamisel, haiguste ennetamisel ja rehabilitatsiooniteenuste osutamisel etendavad haiglad olulist rolli. Mõned vastavatest tegevustest on olnud haiglatöö lahutamatu osa. Ometigi nõuab elustiiliga seotud ja krooniliste haiguste lisandumine laie-

mat lähenemist ja seda, et süstemaatiliselt pakutaks teatud tegevusi – näiteks terapeutilist koolitust ja efektiivseid kommunikatsioonistrateegiaid, mis aitaksid patsiendil aktiivsemalt osaleda kroonilise haiguse ohjamisel ja motiveeritud nõustamisel.

Avalikkuse surve, pidevat tuge vajavate krooniliste haigete lisandumine ja füüsilisele ning emotsionaalsele pingele allutatud personal – see kõik nõuab haiglatelt, et terviseendendus oleks patsientidele ja personalile suunatud teenuste seas võtmekohal.

Haiglad ei mõjuta tervist vaid haiguste ennetamise, ravi ja rehabilitatsiooni pakkuvate kõrgkvaliteetsete teenuste kaudu, vaid ka oma mõju kaudu kohalikule keskkonnale.

Vajadus tervist edendavate haiglate standardite järele

Haiglate kvaliteetse juhtimise vaieldamatuks eelduseks on standardite koostamine pakutavatele teenustele. Terviseendendus on nurgakivi, parandamaks tervist ja elukvaliteeti, ometigi on senised, tervise kvaliteedile suunatud tervishoiu standardid andnud vähe tulemusi. Tervise edendamisele suunatud standardeid haiglas on vaja selleks, et tagada vastavate teenuste kvaliteet.

Kulude katmise kord ei aita seni veel kaasa sellele, et haiglad kaasaksid terviseenduse haigla tegevusse süstemaatiliselt. Saavutamaks pikemaajalist edu nii patsientidele kui ka kogu süsteemile tuleks terviseendenduslikke tegevusi väärtustada ka riiklikes ja regionaalsetes tervishoiupoliitikates. Standardid aitavad kaasa nii terviseenduse juurutamisele kui ka kvaliteedi parandamise hindamisele ja jätkuvale monitooringule.

Tunnistades vajadust tervist edendavate haiglate standardite järele, kutsus WHO 2001. aasta mais Kopenhaagenis 9-ndal konverentsil “Rahvusvaheline konverents Tervise Edendamiseks Haiglates” kokku töögrupi. Sestsasti on standardite väljatöötamisega tervist edendavatele haiglatele tegelenud nii mitmed töögrupid kui ka riiklikud võrgustikud.

Selle töö tulemusena on haiglatele välja töötatud viis peamist standardit - vastavalt rahvusvahelistele nõudmistele, mis loodi ALPHA programmi raames Rahvusvahelise Tervise Kvaliteedi Ühingu poolt. See protsess sisaldas ka vastava erialase kirjanduse kriitilise ülevaatamise, standardite määratlemise ja ülevaatamise, pilootprojekte, revisjoni ja kohaldamist. Antud tegevusse oli kaasatud hulgaliselt teadlasi, terviseenduse eksperte ja tervishoiuorganisatsioonide juhte nii WHO Euroopa esindusest kui ka rahvusvahelise Tervist Edendavate Haiglate võrgustiku liikmeskonnast.

Standardite formaat ja kohaldamine

Käesolevas dokumendis toodud standardid on valminud mitme töögrupi ja konsultatsioonide töö tulemusena. Standardeid on pilootprojekti raames katsetanud 36 haig-

lat 9-st Euroopa riigist ja need on hinnatud asjakohasteks ja kohaldatavateks. Tuginedes piloottestimise tulemustele on lisatud ja lähemalt kirjeldatud kaas-standardeid ja mõõdetavaid elemente ning planeeritud standardite edasise arendamise ja lihtsustamisega seotud samme.

Iga standard sisaldab standardi formuleeringut, eesmärgi kirjeldust ja kaas-standarite määratlemist. Standardid on seotud patsiendiga ja määratlevad tervise edendamiseks tarvilikke kohustusi ja tegevusi, mis on haiglas patsiendile osutatavate teenuste lahutamatu osa. Standardid on peamiselt üldmõistelised keskendudes patsientidele, personalile ja organisatsiooni juhtimisele. Haiguste spetsiifilised standardid on antud ka teatud eri vajadustega patsientidele. Standardites tõstatatud kvaliteedieesmärgid on seotud professionaalse, organisatoorse ja patsiendiga seotud kvaliteediküsimustega.

- Esimene standard nõuab, et haiglal oleks terviseedendust puudutav kirjalik poliitika. Seda poliitikat tuleb juurutada kui organisatsiooni üldise kvaliteedisüsteemi osa ja selle poliitika eesmärgiks on tervisenäitajate parandamine. Märgitakse, et see poliitika on suunatud patsientidele, sugulastele ja personalile.
- Teine standard kirjeldab organisatsiooni kohustusi kindlustada patsiendi terviseedendusliku, haiguse ennetamise ja rehabilitatsiooniga seotud vajaduste hindamine.
- Kolmas standard märgib, et organisatsioon peab tagama patsiendile info haigusega ja tervisealase olukorraga seotud olulistest faktoritest ning terviseedenduslikud sammud tuleb kaasata kõikidesse patsiendiga seotud valdkondadesse.
- Neljas standard paneb juhtkonnale vastutuse luua haiglates tingimused tervisliku töökeskkonna väljaarendamiseks.
- Viies standard tegeleb terviseedenduse järjepidevuse vajadusega ja koostööga, nõudes planeeritud tegevust vastavaks koostööks teiste tervishoiusektorite ja asutustega.

Järgnevatel lehekülgedel on standardid ära toodud täismahus, sisaldades ka eesmärkide kirjeldust ja kaas-standardeid.

Selleks, et aidata kaasa terviseedenduslike standardite planeerimisele, juurutamisele ja hindamisele, on määratletud ka mõõdetavad elemendid ja näitajad ning välja arendatud tegevuse tulemuslikkuse hindamist hõlbustavad meetmed.

WHO eesmärk ei ole sekkuda väljastpoolt Euroopa Tervist Edendavate Haiglate Võrgustikku kuuluvate haiglate tegevuse hindamise, võrgustikku kuuluvad ja mittekuuluvaid haiglaid kannustatakse kasutama oma tegevuse tulemuslikkuse hindamist pakutavaid meetmeid selleks, et parandada terviseedenduse valdkonnas pakutavaid teenuseid.

Standardid on avalikud ning kvaliteediagentuure ja tervishoiuasutusi akrediteerivaid asutusi innustatakse kaasama haiglate terviseedendusele suunatud standardeid oma tavapärase standardite võrgustikku.

TERVISEDENDUSE STANDARDID HAIGLATELE

TERVISEDENDUSE STANDARDID HAIGLATELE

Standard 1. Juhtimispoliitika

Standard 2. Patsiendi hindamine

Standard 3. Patsiendi informeerimine ja spetsiifilised tervisedenduslikud vahelesekumised

Standard 4. Tervisedendus töökohtades

Standard 5. Järjepidevus ja koostöö

ÜLEVAADE TERVISEDENDUSE STANDARDITEST HAIGLATES.

Standard nr. 1 Juhtimispoliitika

Organisatsioonil on olemas kirjalik tervisedenduspoliitika (TE). Seda poliitikat teostatakse osana kvaliteedi tõstmise süsteemist ja selle eesmärk on parandada tervisealaseid tulemusi. Poliitika on suunatud patsientidele, omastele ja haigla personalile.

Eesmärk: kirjeldada organisatsiooni TE alase tegevuse raamistikku lahutamatu osana süsteemi kvaliteedijuhtimisest.

Esimese standardi osad:

- Organisatsioon selgitab välja tervisedenduse juurutamise-, hindamise- ja tervisedenduspoliitika protsessi järjekindla ülevaatamise kohustused.
- Organisatsioon eraldab vahendid tervisedenduse juurutamiseks, hindamiseks ja vastava poliitika ülevaatamiseks.
- Personal on kursis tervisedenduspoliitikaga ja seda poliitikat tutvustatakse alati ka uutele töötajatele.
- Organisatsioon tagab protseduuridega seotud info kogumise ja hindamise kättesaadavuse, et oleks võimalik vaadelda tervisedenduslike tegevuste kvaliteeti.
- Organisatsioon kindlustab, et personal on pädev teostama tervisedenduslikke tegevusi ja toetab vajadusel vastava pädevuse tõstmist.

Standard nr. 2 Patsiendi hindamine

Organisatsioon tagab, et tervisespetsialistid hindavad tervisedendusliku tegevuse vajadusi koos patsiendiga süstemaatiliselt.

Eesmärk: toetada patsiendi ravi, parandada prognoosi ja edendada patsiendi tervist ja heaolu.

Teise standardi osad:

- Organisatsioon tagab kõigile patsientidele protseduuride kättesaadavuse tervisedenduslike vajaduste parimaks määratlemiseks.
- Organisatsioon tagab selliste protseduuride olemasolu, mis võimaldaksid määratleda eri diagnoosidega seotud patsientide gruppide erilised tervisedenduslikud vajadused.
- Patsiendi tervisedenduslike vajaduste määratlemine toimub esmasel kontaktil haiglaga, neid vajadusi vaadeldakse ja kohendatakse ka edaspidi vastavalt patsiendi tervisliku olukorra muutumisele või patsiendi soovil.
- Patsiendi vajaduste määratlemisel tagatakse, et haigla on teadlik tema sotsiaalsest ja kultuurilisest taustast ning suhtub sellesse taktitundeliselt.
- Teiste tervishoiuteenust pakkuvate partnerite poolt antud infot kasutatakse patsiendi vajaduste selgitamiseks.

Standard nr. 3 Patsiendi informeerimine ja sekkumine

Patsiendile antakse informatsiooni haigust või tervist puudutavatest olulistest teguritest ja tervisedenduslik vahelesekkumine on sätestatud patsiendi raviketis.

Eesmärk: Tagada, et patsient on kavandatud tegevustest informeeritud, tõstes aktiivse partnerluse kaudu patsiendi osalust kavandatud tegevustes ja aidates kaasata tervisedenduslikud tegevused patsiendi kogu tervenemise perioodi.

Kolmanda standardi osad:

- Tuginedes tervisedenduslike vajaduste määratlemisele, informeeritakse patsienti nende tegurite mõjust tervisele ning koostöös patsiendiga lepatakse kokku tervisedenduslike tegevuste kava.
- Patsientidele jagatakse selget, arusaadavat ja asjakohast infot nende tervisliku seisundi, ravi, hoolduse ja teiste tervist edendavate tegurite kohta.
- Organisatsioon tagab, et tervisedendust pakutakse süstemaatiliselt kõigile patsientidele vastavalt nende vajaduste määratlemisega.
- Organisatsioon tagab, et patsiendile antav info ja tervisedendusliku tegevused on ka kirja pandud ja haigla hindab, kas loodetud ja kavandatud tegevustest on tõusnud ka oodatud kasu.
- Organisatsioon tagab, et kõigil patsientidel, personalil ja külalistel on ligipääs tervis mõjutavaid tegureid puudutavale üldisele infole.

Standard nr. 4 Tervisliku töökoha edendamine

Juhtkond tagab sellised tingimused, mis aitaksid luua haiglas tervisliku töökeskkonna

Eesmärk: Toetada tervisliku ja ohutu töökoha loomist personali jaoks ja personalile suunatud tervisedenduslikke tegevusi.

Neljanda standardi osad:

- Organisatsioon tagab ulatusliku Inimressursi Strateegia koostamise ja juurutamise, mis sisaldaks personali tervisedenduslike oskuste arendamist ja koolitust.
- Organisatsioon tagab tervisliku ja ohutu töökoha poliitika koostamise ja juurutamise, pakkudes ka erialaga seotud terviseteenust personalile.
- Organisatsioon tagab, et personal oleks kaasatud personali töökeskkonda mõjutavate otsuste tegemisse.
- Organisatsioon tagab selliste protseduuride kättesaadavuse, mis aitavad arendada ja hoida personali teadlikkust tervisega seotud küsimustes.

Standard nr. 5 Järjepidevus ja koostöö

Organisatsioonil on olemas planeeritud ja pidev koostöö teiste tervisesektorite ja asutustega

Eesmärk: kindlustada koostöö asjakohaste partneritega ja algatada partnerlussuhteid, mis aitaksid kaasata tervisedenduslikud tegevused patsiendi kogu raviketti.

Viienda standardi osad:

- Organisatsioon tagab, et tervisedenduslikud teenused kuuluvad lahutamatu tervisedenduslikese plaanidesse.
- Organisatsioon määratleb ja teeb koostööd tervishoiu- ja sotsiaalteenuse pakkujatega ja teiste asjakohaste organisatsioonide ja gruppidega antud kogukonnas.
- Organisatsioon tagab vastavate tegevuste ja protseduuride kättesaadavuse patsiendile ka tema haiglast väljakirjutamise järel haiglajärgsel perioodil.
- Organisatsioon tagab, et vastav dokumentatsioon ja patsiendiga seotud info edastatakse asjakohasele sihtgrupile/asutusele, kelle hooleks on patsiendi edasine ravi ja rehabilitatsioon.

WORLD HEALTH ORGANISATION REGIONAL OFFICE FOR EUROPE

WHOLIS number: E82490

Original: EU/03/5038045-S, pages 11-14

European Standard Smoke-free Hospital Policy

- Making a safe environment for all, in the work place and public areas is the responsibility of everyone and needs active participation by everybody.
- The objective of the standard smoke-free policy is to acknowledge the current implementation difficulties and to address them in a realistic and achievable manner.

1) Commitment

Engage decision-makers. Inform all personnel and patients.

- Hospital must develop and publicly adopt the policy on a smoke-free hospital environment.
- Designate a senior manager to establish a policy-working group within the organization to be responsible for the communication, implementation, monitoring and review of the policy.
- Clearly identify the resources necessary for the implementation of the policy including signage, staff policy briefings, training of smoking cessation facilitators and the designation of smoking areas (if policy allows).
- Responsibility for implementing and enforcing the policy rests with divisional supervisor/ managers.
- All staff must be made aware of their role in the implementation and monitoring policy.

2) Communication

Appoint a working group. Develop a strategy and implementation plan.

- Clearly defined systems of communication using a variety of media must be designed and implemented for staff, patients, and the community.

Staff

- The system should flow from senior management, to middle management/ service heads and to all staff (i.e. Policy briefings, written notices and induction / orientation procedures).

Patients

- Notification prior to admission or attendance at the health service organization and patient handbooks should inform patients that the organization operates “a smoking policy that supports movement towards a smoke-free environment”.

Community

- Local communities and services should be informed of this policy.
- Organization recruitment material should state that the organization is – “A member of the European Smoke-free Network”.

3) Education & Prevention

Set up a training plan to instruct all staff on how best to approach smokers.

- Appropriate briefings should be provided be within time to assist all staff in the implementation and monitoring of the policy.
- Guidelines should be developed to instruct staff on how to approach smokers in breach of the policy.
- All staff should be offered brief intervention technique training.
- Key clinical staff (including clinicians) should be trained in brief intervention and motivational interviewing.
- Educational materials should be made available to staff, patients and visitors.

4) Identification & Cessation Support

Organize cessation support facilities for patients and staff in the organization and ensure continuity of support on discharge into the community.

- Establish a system within the organization to identify people that smoke in order to offer them appropriate help and support.
- Motivational interviewing should be an integral part of the patient care pathway for all smokers.
- Hospitals should have a smoking cessation service with a designated smoking cessation facilitator for the purpose of helping smokers, staff and patient to quit.
- Specific resources should be allocated for the service, to ensure that systematic referral and audit systems are in place.
- Information on smoking cessation methods should be widely available to all staff, patients and community.

5) Tobacco Control

Indicate smoking zones clearly, as long as they are considered necessary, keeping them away from clinical and reception areas.

Staff

- Smoking is prohibited in all work areas, common areas and facilities used by staff in the organization, including transport.
- If smoking areas are designated, they should be outside and completely separate from non-smokers.

Patients & Visitors

- Smoking is prohibited in all ward/treatment areas, common rooms and facilities used by patients and visitors in the organization, including transport.
- If exceptions are made on compassionate grounds, smoking may only be permitted in a designated out-door smoking area, that is completely separate from non-smokers.
- Smoking at all entrances to the organization and reception areas should be discouraged.

6) Environment

Adopt appropriate signage, including posters, signposts, etc. and remove all incentives to smoke (such as ashtrays, tobacco sales, etc.).

- All premises must clearly indicate that a “smoke free” environment is the norm.
- Clear signs should indicate any or all designated smoking areas.
- Sale and distribution of tobacco products is prohibited.
- Advertising of tobacco products is prohibited in all hospital premises or publications.

7) Healthy Workplace

Support systems are in place to protect and promote the health of all that work in the hospital.

- All staff are informed of the hospitals smoke-free policy during the recruitment process.
- Management is responsible for ensuring that no staff member is exposed to passive smoking in the work environment.
- Education and staff briefings are provided for staff on a regular basis to keep them updated on the smoke-free hospital policy.
- Staff smoking habits and prevalence is monitored on a regular basis.

8) Health Promotion

Promote smoke-free actions in the community setting

- Organization promotes smoke-free activity outside of the organization
- Organization participates in local, national and international antismoking activities.

9) Compliance Monitoring

Renew and broaden information to maintain commitment to the policy. Ensure follow-up and quality assurance.

- Information, education and training programmes are reviewed and updated regularly.
- All members of staff have a responsibility to take action in the event of policy infringements by patients, relatives and visitors.
- Infringements of the policy by staff must be dealt with under local disciplinary procedures.
- The policy must be monitored and reviewed annually.
- Responsibility for monitoring the policy rests with the policy-working group that operates in conjunction with divisional supervisor/managers.
- The monitoring process must include policy compliance and communication systems.
- Policy action plans should be regularly evaluated.

10) Policy Implementation

First convince, then constrain considering legislation if needed. Have patience!

- Successful implementation of the minimum standard policy towards a smoke-free organization requires that the organization give a full commitment to implement all the steps.

*EUROPEAN SMOKE-FREE HOSPITAL NETWORK - 8TH ISSUE - NOVEMBER 2003,
pages 3-4*

Health Promoting Hospitals (HPH) - European Network for Smoke-free Hospitals (ENSH) collaboration

In fact, developing the hospital as a smoke-free environment was identified as a common Health Promoting Hospitals (HPH) initiative in 1996. The WHO/European Network of Health Promoting Hospitals is a network that currently has a membership of over 700 organizations in 35 networks from 25 countries. This European Initiative has its origin in the WHO Healthy Cities Project and the HPH concept and movement is about the integration of a (health promotion) health gain perspective into the organizational structure and culture of hospitals by means of organizational development.

The HPH concept uses the principles for health promotion set out in the Ottawa Charter (1986) as a strategic framework and a process of networking to promote, facilitate and assist hospitals in the development of partnerships at all levels, internally, regionally, nationally and internationally. It is therefore; highly appropriate for European HPH Networks to collaborate with the European Network for Smoke-free Hospitals (ENSH) in the development of strategies and support materials to assist hospitals in their efforts to become smoke-free environments.

In 1999, the European Network of Smoke-free Hospitals developed the Smoke-free Hospital Code and in May 2003 the European HPH Network launched a number of core standards for the promotion of health in hospitals. This launch occurred at the 11th International HPH Conference Florence, Italy, where representatives from the Coordination Centre of the European Network of Smoke-free Hospitals played an active role. Tobacco was also a key topic both within the parallel and poster sessions of the conference. The HPH standards clearly identifies the need for hospitals to become safe and healthy environments for staff patients and relatives, while they also seek to have smoking cessation interventions as an integral part of all patient/client care pathways.

While, the European Network for Smoke-free Hospitals is a distinct network in itself, we can see that in many countries where a HPH Network exists it is working closely with the Smoke-free Network or as in Ireland, Denmark, Finland and Greece it is an integral part of the HPH Network. It is only through collaborative action can we truly come to grips with this European killer.

Ann O'Riordan, National HPN Coordinator,

*EUROPEAN SMOKE-FREE HOSPITAL NETWORK - 8TH ISSUE - NOVEMBER 2003,
page 2.*

Suitsuvabade Haiglate Poliitika Standardid Euroopas

Ohutu ühiskondliku- ja töökeskkonna loomine kõigile on igäühe kohus ja eeldab kogu ühiskonna aktiivset osavõttu.

Suitsuvaba poliitika standardite eesmärgiks on määratleda olemasolevad raskused ja otsida nende raskuste kõrvaldamiseks realistlikke ning tegusaid lahendusi.

1. Kohustused

Kaasata otsusetegijad. Informeerida personali ja patsiente.

- Haigla peab arenema ja võtma avalikult omaks suitsuvaba haiglakeskkonna poliitika.
- Määrata juht, kes kutsub organisatsioonis kokku töögrupi, mis vastutaks kommunikatsiooni, suitsuvaba poliitika täideviimise, kontrollimise ja järelvalve eest.
- Tuleb määratleda, milliseid ressursse haigla vajab antud poliitika elluviimiseks, samuti personali teavitamiseks, suitsuprii poliitika teostamisega seotud koolituseks ning - kui haigla poliitika seda lubab - ka suitsetamiseks ettenähtud suitsetamiskohade piiritlemiseks.
- Vastutus poliitika juurutamise ja läbiviimise eest pannakse selleks määratud isikutele.
- Kogu personal peab olema teadlik oma rollist poliitika läbiviimisel ja kontrollimisel.

2. Teavitamine

Määrata töögrupid. Arendada välja strateegia ja tegevusplaan.

- Personali, patsientide ja külastajate teavitamise kord peab olema selgelt määratletud, kasutades ära ka meedia erinevaid võimalusi.

Personal

- Süsteem peab laienema juhatajast alates keskastme juhtkonnale ja eri teenistuste juhtidele ning kogu personalile, sisaldades antud poliitika alast teavitustööd, kirjalikke juhiseid, põhjalikku teavitustööd juba töölevõtmisel ja kohanemist hõlbustavaid protseduure.

Patsiendid

- Enne meditsiiniliste teenuste osutamist haiglas teha patsientidele teatavaks, et organisatsioon töötab ja liigub suitsuvaba keskkonna kehtestamise suunas.

Kogukond

- Kohalikud omavalitsused ja teenuste osutajad peavad olema antud poliitikast informeeritud.
- Asutust tutvustavatel materjalidel tuleks osutada, et asutus on Euroopa Suitsuvaba Võrgustiku liige.

3. Koolitus ja ennetustöö

Koostada kogu personali instrueerimiseks koolitusplaan, mis selgitaks, kuidas suitsetajaile kõige paremini probleemi tõstatamiseks läheneda.

- Instruktaaz peaks toimuma töö ajal, et kogu personali saaks poliitika teostamisel ja selle järelvalveks abistada.
- Personalit instrueerimiseks tuleb koostada juhtnöörid, mis hõlbustaks suitsetajatele suunatud selgitustöö tegemist.
- Kogu personalile tuleks pakkuda nn. kiirsekkumistehnika treeningut.
- Haigla võtmepersonal peaks olema läbinud kiirsekkumistehnika alase koolituse ja oskama läbi viia motiveerivat vestlust.
- Koolitusmaterjal peaks olema kättesaadav nii personalile, patsientidele kui ka külastajatele.

4. Probleemi ulatuse määratlemine ja suitsetamisest loobumise toetamine

Korraldada personalile ja patsientidele suitsetamisest loobumist toetavaid tegevusi ja kindlustada toetuse jätkamine nende probleemide lahendamiseks ka laiemalt antud kogukonnas.

- Luua organisatsioonis süsteem, mis aitaks välja selgitada suitsetavate inimeste ringi, et pakkuda neile asjakohast abi ja toetust.
- Motiveeriv küsitlus peab olema lahutamatu osa patsiendi raviskeemist kõigi suitsetajate puhul.
- Haigla peab pakkuma suitsetamisest loobujatele - nii patsientidele kui ka personalile - teenuseid suitsetamise mahajätmise hõlbustamiseks.
- Informatsioon suitsetamisest loobumise meetodite kohta peab olema pidevalt kättesaadav kogu personalile, patsientidele ja kogukonnale.

5. Tubaka kontroll

Määrata selgelt ära suitsetamiseks ettenähtud kohad – seniks, kuni neid veel üldse tarvilikuks peetakse, pidades silmas, et need kohad ei tohiks kindlasti olla haigla ravi- ja vastuvõturuumide alal.

Personal

- Suitsetamine on keelatud kõigis tööruumides, ühiskondlikult kasutatavates ruumides ja rajatistes, mida kasutab asutuse personal ning mida läbib transport.

- Kui suitsetamispiirkonnad on ette nähtud, peavad need asuma väljaspool hoonet ja täiesti eraldi mittersuitsetajatest.

Patsiendid ja külastajad

- Suitsetamine on keelatud pideva ravi piirkonnas, ühiskondlikult kasutatavates ruumides ja rajatistes, mida kasutavad patsiendid ja külastajad ning mida kasutatakse transpordiks.
- Suitsetamine võib erandlikult olla lubatud selleks ette nähtud kohas väljaspool hoonet kohas, mis asub eraldi mittersuitsetajatest.
- Suitsetamist asutuse sissepääsude ja vastuvõtu piirkonnas tuleks igati taunida.

6. Keskkond

Kohandada vajalikud asjakohased tähised - viidad, posterid jmt ning kõrvaldada kõik suitsetama õhutatav (tuhatoosid, tubaka müük jne).

- Kõik peab viitama sellele, et suitsuvaba keskkond on antud asutuses normiks.
- Suitsetamiseks ettenähtud ala või alad peavad olema selgelt tähistatud.
- Tubaka levitamine ja müük peab olema keelatud.

7. Tervislik töökoht

Tuleb välja töötada selline toetav korraldus, mis aitaks kaitsta ja edendada kõigi haiglas töötavate inimeste tervist.

- Kogu personali tuleb haigla suitsuvabast poliitikast informeerida juba töölevõtmisel.
- Juhtkond vastutab selle eest, et töötajad oleksid töökeskkonnas kaitstud passiivse suitsetamise eest.
- Personali instrueerimine ja koolitus peab olema regulaarne, et säilitada ja ajakohastada suitsuvaba haigla poliitikat.
- Personali suitsetamisharjumuste levimust monitooritakse regulaarselt.

8. Tervisedendus

Edendada suitsuvaba tegevust antud paikkonnas

- Asutus edendab suitsetamise mahajätmisele suunatud tegevusi ka väljaspool oma organisatsiooni.
- Organisatsioon osaleb suitsetamist vastases tegevuses nii kohalikul kui ka üleriigilisel ja rahvusvahelisel tasandil.

9. Valmisolek monitoorimiseks

Uuendada ja laiendada informatsiooni, kohustudes tagama poliitika jätkusuutlikkust ja kvaliteeti.

- Informatsiooni-, koolitus- ja treeningprogrammid vaadatakse regulaarselt üle ja neid ajakohastatakse.
- Kõigil töötajatel on võimalus sekkuda patsientide, nende sugulaste ja külastajate poolt põhjustatud suitsuvaba poliitika rikkumise juhtumitesse.
- Personalipoolset suitsuvaba poliitika korralduse rikkumist tuleb käsitleda kohaliku distsiplinaarprotseduurina.
- Poliitikat tuleb regulaarselt monitoorida ja üle vaadata.
- Vastutus poliitika monitoorimise eest lasub poliitika töögrupil, kes teeb tihedat koostööd osakonnajuhatajatega.
- Monitooringuprotsess peab sisaldama nõustamist ja info edastamist.
- Poliitika tegevusplaani tuleb regulaarselt hinnata.

10. Poliitika täideviimine

Esmalt suunavad, siis tugevamad ja vajadusel rangematest juhistest lähtuvad meetmed. Olgem kannatlikud!

Suitsuvaba organisatsiooni kehtestamisele suunatud miinimumstandarditele vastava poliitika edukaks täitmiseks on vaja, et organisatsioon täidaks kõik eeltoodud soovitused.

*EUROPEAN SMOKE-FREE HOSPITAL NETWORK - 8TH ISSUE - NOVEMBER 2003,
pages 3-4*

Tervist Edendavad Haiglad (TEH) ja Suitsuvabade haiglate koostööd edendav Euroopa võrgustik

Eesmärk muuta haiglad suitsuvabaks keskkonnaks sätestati Tervist Edendavate Haiglate liikumise ühe algatusena 1996. aastal. Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) Tervist Edendavate Haiglate Euroopa võrgustikku kuulub enam kui 700 haiglat 35-st võrgustikust 25-s riigis. See Euroopa algatus pärineb WHO Tervislike linnade projektist. Tervist Edendavate Haiglate liikumise eesmärgiks on kaasata tervist edendavad tegevused terviseasutuse struktuuri ja haigla üldisemasse kultuuri organisatsiooni arendamise vahendite abil.

Tervist Edendavate Haiglate põhimõtted rajanevad 1986. aastal vastu võetud Ottawa Harta printsiipidel tervise edendamisest. Ottawa Hartast juhindub ka kogu tegevuse strateegia ja vastava võrgustiku arendamine, mille eesmärgiks on edendada ja toetada haiglate püüdlusi teha koostööd kohalikul, regionaalsel, üleriigilisel ja rahvusvahelisel tasandil. Seepärast on ka igati kohane, et Euroopa Tervist Edendavad Haiglad teevad strateegia ja haiglate suitsuvabaks muutmisele suunatud abimaterjalide väljatöötamisel koostööd Euroopa Suitsuvabade Haiglate võrgustikuga.

1999. aastal töötas Euroopa Suitsuvabade Haiglate võrgustik välja suitsuvabade haiglate juhise. 2003. aasta maikuus esitles Euroopa Tervist Edendavate Haiglate võrgustik aga mitmeid standardeid, millede järgimine peaks aitama tervist edendavatel haiglatel tervisedenduslikke eesmärke paremini saavutada.

Kõnealuseid standardeid esitleti laiemale üldsusele esimest korda Tervist Edendavate Haiglate XI rahvusvahelisel konverentsil Itaalias Florences, kus olulist rolli etendasid ka Euroopa suitsuvabade haiglate võrgustiku koordineerimiskeskuse esindajad. Tubakas ja sellega seotud terviseriskid olid konverentsil korduvalt kõneaineks.

Tervist Edendavate Haiglate standardid seavad kindla sihi muuta haiglad ohutuks ja tervislikuks keskkonnaks nii personalile, patsientidele kui ka nende sugulastele – suitsetamisest loobumine on patsiendi/ kliendi tervishoiu lahutamatu osa.

Kuigi Suitsuvabade Haiglate Euroopa võrgustik on iseseisev liikumine, teevad mitmes riigis, kus on loodud ka Tervist Edendavate Haiglate võrgustik, mõlemad võrgustikud tihedat koostööd. Mõnes riigis nagu näiteks Iirimaal, Taanis, Soomes ja Kreekas on Suitsuvabade Haiglate liikumine osa Tervist Edendavate Haiglate võrgustikust. Suitsetamise ja sellest tulenevate terviseriskide vastu saame parimal kombel võidelda vaid oma jõuvarusid liites.

European Smoke-Free Hospital Network – 8th issue – november 2003



HEALTH
PROMOTING
HOSPITALS



Lastele ja noorukitele suunatud tervisedendus haiglas

Avatud projekt

Koostajad:

Paolo Morello Marchese, Fabrizio Simonelli, Maria José Caldés Pinilla, Katalin Majer

1. Sissejuhatus
2. Eesmärgid
3. Tööprotsess
4. Oodatavad tulemused
5. Oodatavad väljundid
6. Oodatav kasu

Esialgne versioon

Aprill, 2004

I Sissejuhatus

Üleminek lapseest noorukiikka on väga tundlik periood, et võtta omaks tervislik eluviis ning omandada toimetulekuoskusi, mis aitavad inimest täiskasvanueas. Haiglasse sattumine on lapsele ja noorukile tavaliselt sedalaadi tervisehoiukogemus, mida soovitakse võimalikult kiiresti unustada, mistõttu püüdlused tõsta haiglas noorukite teadlikkust tervisedenduse võimalustest on mõneti problemaatilised.

Haiglad peaksid suurendama laste ja noorukite tervislikku arenemist edendavat rolli, eriti siis, kui tervisedenduslik tegevus on integreeritud ühiskonnas läbiviidavatesse sarnastesse tegevustesse.

Antud projekti eesmärgiks on arendada ja jagada teadmisi, kompetentsi, standardeid ja järgimist väärivat hea praktika kogemusi laste ja noorukite tervisedenduse alal lastehaiglates ja üldhaiglate lasteosakondades, tulenevalt Barcelona WHO Euroopa Büroo "Tervist Edendavate Haiglate Võrgustiku" põhimõtetest ja kriteeriumidest.

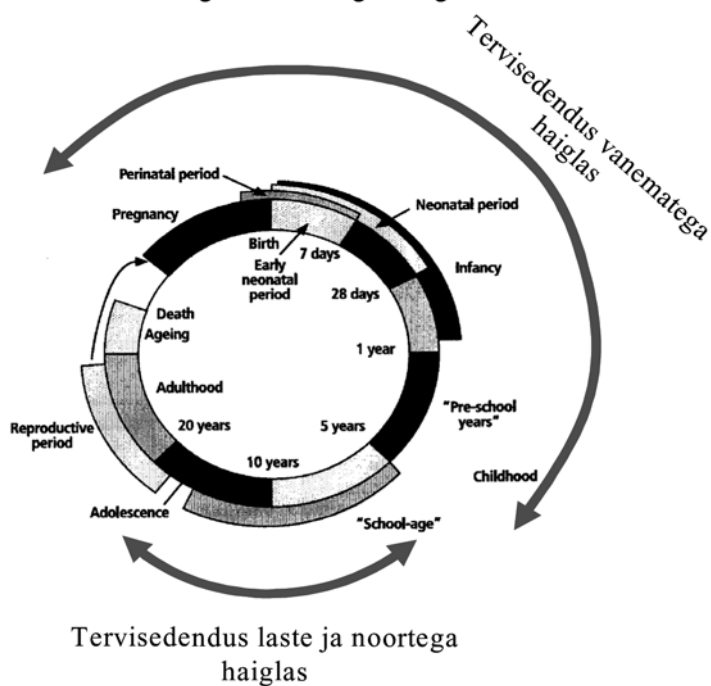
Laste ja noorukite tervise all mõeldakse lapse arengule vastavat füüsilist, vaimset ja sotsiaalset heaolu. Laste ja noorukite tervis arvestab laste ja noorukite arengu laiemat kontseptsiooni, mis rõhutab suhtlemise tähtsust ning sünergiaid tervise ja füüsilise, sotsiaalse, emotsionaalse ja kognitiivse dimensiooni vahel inimese arengus. Lasteks ja noorukiteks on isikud teatud arengufaasis, vanuselisel määratletakse seda perioodi enamasti sünnist kuni 20. eluaastani.

Laste ja noorukite tervis on tihedalt seotud nende füüsilise ja kultuurilise keskkonnaga, sotsiaal-majandusliku seisuga ja tervise teenuste kasutamisega, näiteks haiglas viibimisega.

II. Eesmärgid

Tervis on sotsiaalse ja isikliku kasvamise protsess, mille eesmärk on areneda alates varasest lapseest tervena ja olla terve elu lõpuni. Haiglad peavad suurendama oma rolli laste ja noorukite tervisliku kasvamise edendamiseks, viljeldes tervisekultuuri ja aidates lastel ja noorukitel keerulisi arenguperioode läbida. Eluuskuste arendamine on oluline eesmärk tervisekasvatases ja tervisedenduses.

Elukaar ja tervisedendus laste ning noorukitega haiglas



Allikas: Claeson and Waldman, 2000

Lastele ja noortele suunatud tervisedendusse tuleks kaasata ka vanemad, võttes arvesse mitte ainult last või noorukit, vaid perekonda kui üksust, mis on lapse tervise parandamise peamiseks ressursiks.

Tervist edendavate haiglate (TEH) oluline eesmärk on laste ja noorukite toetamine psühhosotsiaalsete oskuste arendamisel, mis aitaks lapsel kasvada isikuks, kes on võimeline looma teistega tervislikke suhteid.

Antud projekti eesmärgid:

- Arendada välja laste ja noorukite õiguste respektierimisele tuginev haigla kultuur ja vastav tegevus;
- Arendada haiglas viibivate laste ja noorukite tervisedenduslike vajaduste jälgimist ja uurimist;
- Kohandada haiglad ja teenused laste ja noorukite tervisedenduse vajaduste järgi läbi individualiseeritud standardite ja vastavate näitajate kogumi;
- Luua haigla hea praktika kirjeldus laste ja noorukite tervisedenduse alal, mis omaks

- üha suurenevat väärtust, laieneks ja oleks standardiseeritud;
- Välja töötada soovitusel ja juhised laste ja noortega tehtavaks tervisedenduseks haiglas;
 - Arendada välja laste ja noorukitega tehtava tervisedenduse uus rahvusvaheline praktika meeskond;
 - Ehitada üles avatud võrgustik ja arendada koostööd teiste asjaomaste võrgustikega ja rahvusvaheliste programmidega edendamaks laste ja noorukite tervist;
 - Edendada lastehaiglates ja üldhaiglate lasteosakondades tervisedendust.

III. Tööprotsess/ metodoloogia

Eesmärkide saavutamiseks oli vajalik aktiveerida 5 infrastruktuuri:

1. Rahvusvaheline töögrupp, kes:

- Levitab ideid, teadmisi ja kogemusi laste ja noorukite tervisedendusest, mis on suunatud neljale sihtrühmale:
 - A) hospitaliseeritud laste ja noorukite vanemad;
 - B) ägedate haigustega hospitaliseeritud lapsed;
 - C) ägedate haigustega hospitaliseeritud noorukid;
 - D) tõsiste/krooniliste haigustega hospitaliseeritud lapsed;
 - E) tõsiste/krooniliste haigustega hospitaliseeritud noorukid;
 - F) haigla personal;
- 2. Laste ja noorukitega tehtava tervisedenduse jälgimine, et määratleda ja levitada teadmisi ning häid kogemusi antud valdkonnas;
- 3. Praktikute meeskond, kes levitab kirjalikke materjale, koostööotsuseid, konverentsil konsensusdokumente, samuti kultuurilisi ja teaduslikke võrdlusmaterjale;
- 4. Haiglate, institutsioonide ja ühenduste võrgustik, kes omandab ja levitab tervisedenduse uusi mudeleid ja algatusi, sh interneti kaudu:
 - koostöös lastele suunatud rahvusvaheliste terviseprogrammidega (*WHO, Programs, Millennium project, The Child Friendly Healthcare Initiative, UNICEF Programs jt.*);
 - koostöös teiste rahvusvaheliste võrgustikega, kes töötavad laste ja noorukite tervisedenduse alal (väljaspool haiglaid);

- koostöös laste ja noorukite haiglatega arengumaades;
- partnerluses teiste asjakohaste organisatsioonidega;
- levitades soovitusi ja juhiseid laste ja noorukite haiglatele;
- andes välja vajalikke ettepanekuid, mis soodustavad laste ja noorukite tervisepoliitika uutviisi juhtimist.

5. Internetil baseeruv dialoogi ja suhtlemise süsteem, et :

- jagada teaduslikku informatsiooni;
- vahetada partneritega infot tegevuste ja tulemuste kohta;
- edendada praktikute meeskonda ja avatud võrgustikku.

Projekt on planeeritud kolmes etapis:

Eelfaas, mis:

- loob algsed tingimused projekti arendamiseks,
- analüüsib üldiseid ja septsüüfilisi töötingimusi;
- algatab rahvusvahelise töögrupi (koosneb tervisedenduse programmi juhtidest, meditsiinijuhtidest, ülikoolide/instituutide uurimistöö juhtidest), koordineerituna Firenze A. Meyer'i Ülikooli Lastehaigla poolt, nagu on sätestanud WHO Euroopa Büroo Barcelonas.

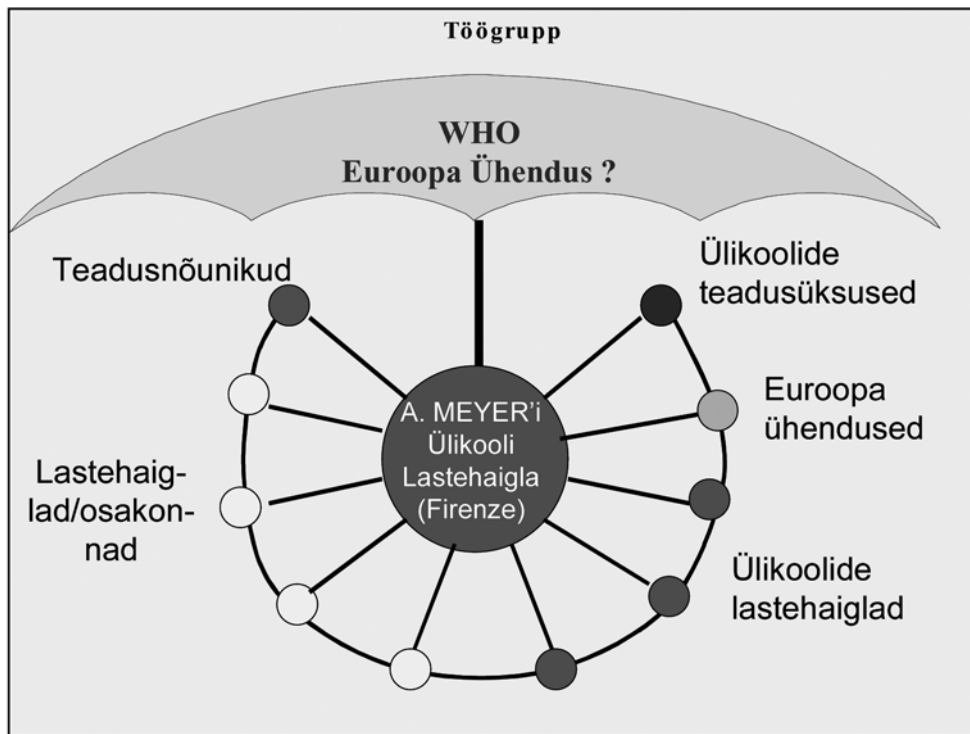
Töögrupp koondas esindajaid Euroopa regiooni lastehaiglatest, ülikoolide teadlasi, Euroopa Liidu esindajaid ja teadusnõunikke. Iga haigla, kes astub töögrupi liikmeks, võib võtta koordinaatori rolli ja peaks kindlustama juhiste ja dokumentide väljatöötamise ja levitamise kohalikes võrgustikes.

Nimetatud töögrupi kohustused on:

- laste ja noorukite tervisedenduse olukorra analüüs lastehaiglates ja -osakondades;
- vastavate ideede ja teadmiste jagamine Internetis, järgides eriti seost juba nimetatud sihtrühmadega:
 - A) hospitaliseeritud laste ja noorukite vanemad;
 - B) ägedate haigustega hospitaliseeritud lapsed;
 - C) ägedate haigustega hospitaliseeritud noorukid;
 - D) tõsiste/krooniliste haigustega hospitaliseeritud lapsed;
 - E) tõsiste/ krooniliste haigustega hospitaliseeritud noorukid;
 - F) haigla personal;
- laste ja noorukite õiguste järgimise standardite kogumi loomine;
- haiglates laste ja noorukite tervisedenduse alal hea pratika monitoorimise algatami-

- ne;
- teaduslike meetodite ja arenguks vajalike meetmete kohta teabe jagamine;
 - olla funktsionaalseks keskuseks järgneva faasi arendamisel ja selle kohta teabe levitamisel.

Töögrupp esitas järgmise töömudeli:



Eelfaasi tegevused :

- töögrupi avalöökk;
- koostöövõimaluste, teadusliku tegevuse, planeerimise ja teadmiste jagamise elluviimine;
- asjakohaste teaduslike materjalide ringlusse saatmine;
- internetipõhise dialoogi ja suhtlemise teostamine;
- laste ja noorukite tervisededusalase hea praktika jälgimine haiglates;
- monitooringuks vajalike meetmete määratlemine (küsimustikud, vastavate näitajate väljatöötamine);
- laste ja noorukite õiguste ja lastega seotud standardite jälgimine haiglates.

- **Arendamise faas, mille eesmärgiks oli:**

- Andmete, informatsiooni, orientatsiooni ja eelfaasis saadud kogemuste alusel ühise perspektiivi väljatöötamine, väljendamaks ülesandeid, tegutsemise kriteeriume ja hindamise metodoloogiasid;
- Arendada uurimistegevust ja lastele ning noorukitele suunatud tervisedenduslikke vajadusi haiglates;
- Koostada laste ja noorukite tervisedendusala hea praktika "kaart";
- Määratleda haiglatele kriteeriumid, standardid ja tõendus põhised näitajad laste ja noorukite tervisedenduseks;
- Hõlbustada infovahetust partnerite vahel;
- Koostada haiglatele soovitusi ja juhiseid laste ja noorukite tervisedendusest;
- Algatada laste ja noorukite tervisedenduse alal haiglates spetsiifilised liikumised.

Tegevused arendamise faasis:

- Arendada uurimistegevust;
- Töötada välja aruandeid, dokumente, soovitusi ja juhiseid;
- Määratletud standardite ja näitajate alusel enesehindamise korraldamine haiglates;
- Luua spetsiifilised liikumised "Praktika kogukond" ja "Avatud võrgustik", mis kaasaaks nii haiglaid, ülikoolide teaduskeskusi, institutsioone ja Euroopa regionaalseid ühendusi.

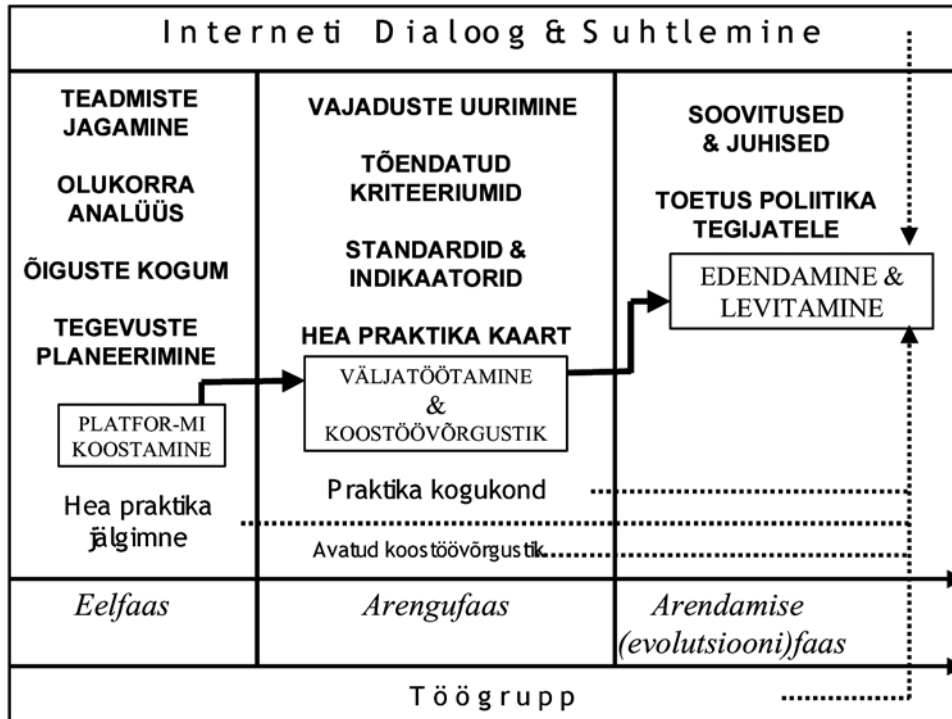
- Arengu faas, mille eesmärgid on:

- Projekti tulemuste levitamine;
- Lastele ja noorukitele suunatud tervisedenduslike soovitusi ja juhiste levitamine haiglates;
- Ühenduse ja koostöö loomine teiste asjakohaste võrgustike ja rahvusvaheliste programmidega laste ja noorukite tervisedenduse alal;
- Täpsustada spetsiifilised toetused lastele ja noorukitele suunatud tervisepoliitika arendamiseks.

Tegevused arengufaasis :

- Projekti tulemuste hindamine;
- Publikatsioonid Internetis ja teadusajakirjades;
- Tulemuste ettekanded rahvusvahelistel konverentsidel;
- Koostöö professionaalidega, organisatsioonidega ja teiste asjakohaste võrgustikega;
- Poliitikute toetamine laste ja noorukite tervise alal.

Projekti erinevate faaside süntees tabelina:



IV. Oodatavad tulemused

Eelfaasis:

- Töögrupi avalöök;
- Spetsiifiline uurimisprogramm laste ja noorukite tervisedenduslikest vajadustest haiglates;
- Internetiteenused;
- Asjakohane kontseptuaalne dokument;
- Laste ja noorukite õigusi ja tervisedenduse standardeid kajastava dokumendi levitamine;
- Tervisedenduse hea praktika jälgimine haiglates.

Arengufaasis kavandatud:

- Alustada spetsiifilise rahvusvahelise hea praktika kogukonna tööga;
- Alustada uue Avatud Võrgustikuga;
- Võrgustik laste õiguste järgimise hindamiseks haiglates;

- Laste ja noorukite tervisedenduslike vajaduste uurimine;
- Hea praktika kaardi koostamine;
- Haiglates lastele ja noorukitele suunatud tervisedendusliku tegevuse kriteeriumide, standardite ja indikaatorite tõendused.

Arenemise (evolutsiooni) faasis kavandatud:

- Soovitused ja juhised;
- Projekti tulemuste kokkuvõtlik aruanne;
- Teaduspublikatsioonid;
- Ettekanded rahvusvahelistel konverentsidel.

V. Oodatavad tulemused:

- Analüüs
 - Selliste dokumentide väljatöötamine, mis kajastaks laste ja noortega läbiviidavat tervisedendust haiglates;
- Laste õigused haiglates
 - Laste põhiõiguste kogum, selle levitamine haiglates ja lasteosakondades;
 - Hindamise süsteemi loomine laste õiguste järgimiseks haiglates;
- Teadmised tervisedenduslikest vajadustest
 - Tervisedenduslike vajaduste uurimiste läbiviimine haiglates;
- Hea praktika kaart
 - Luua ja levitada Euroopa tervisedenduse head praktikat laste ja noorukite tervisedenduse alal;
- Standardid ja näitajad
 - Haiglates laste ja noorukitega läbiviidava tervisedenduse tõenduspõhisuse määratlemine;
- Soovituse ja juhised
 - Soovituste ja juhiste väljatöötamine lastele ja noorukitele suunatud tervisedenduseks haiglates;
- Praktika kogukond
 - Euroopa regioonis Praktika kogukonna olemasolu ja arendamine, mis on suunatud haiglates laste ja noorukitega tehtavale tervisedendusele, samuti tervisedendusele laiemalt;

h) Avatud Võrgustik

- Uue Avatud Võrgustiku tegevused haiglates, ülikoolides, institutsioonides ja liitudes;
- Suhtlemise ja koostöö arendamine rahvusvaheliste võrgustike ja programmidega laste ja noorukite tervisedenduse alal.

VI. Oodatav kasu:

Patsientidele:

- Rohkem tähelepanu nende vajadustele ja raviteenuse kvaliteedi paranemine;
- Tervisealaste võimaluste võimestamine;
- Tervisealase harituse suurendamine.

Personalile:

- Professionaalne areng tervisedenduses;
- Suurenenud motivatsioon;
- Võimalus võrrelda end kultuuriliselt ja tegevusiti teiste maade tervisedendajatega;

Haiglatele/osakondadele:

- Tugevneb tervisedenduslik kultuur;
- Võimalused võrdluseks ja teaduslikuks koostööks teiste haiglate ja maade vahel;
- Teatud kohale asetumine rahvusvahelises kontekstis.

Tervist Edendavate Haiglate Võrgustikule:

- Tegutsemiste laienemine;
- Tervisedenduse spetsiifilise teadusliku panuse saamine;
- Võimalused operatiivseks koostööks teiste võrgustikega.



HEALTH
PROMOTING
HOSPITALS



Health Promotion for Children and Adolescents in Hospitals

Open project

by

Paolo Morello Marchese, Fabrizio Simonelli, Maria José Caldès Pinilla, Katalin Majer

1. Introduction
2. Objectives
3. Working process
4. Expected results
5. Expected outcomes
6. Expected benefits

Aprilil, 2004

I. Introduction

The age between childhood and adolescence represents a particularly sensitive phase of life for the adoption of healthy lifestyles and the acquisition of coping mechanisms that will prove helpful in adulthood and old age. On the other hand, hospitalisation frequently constitutes a health-care experience to be forgotten as soon as possible, more than representing an opportunity of growth on the level of awareness of health promotion possibilities.

On the contrary, the hospital should play an increasing role in contributing to the promotion of a healthy development of children and adolescents, especially if its activities are similar with analogous interventions put into practice in the community.

This project aims for the development and sharing of knowledge, competencies, standards and good practices of health promotion in children's hospitals and in the paediatric departments of general hospitals, following the principles and criteria of the 'Health Promoting Hospitals' Network, co-ordinated by the WHO European Office of Barcelona.

By 'Child and Adolescent Health' we mean the physical, mental and social well-being from conception to the time of sexual maturity.

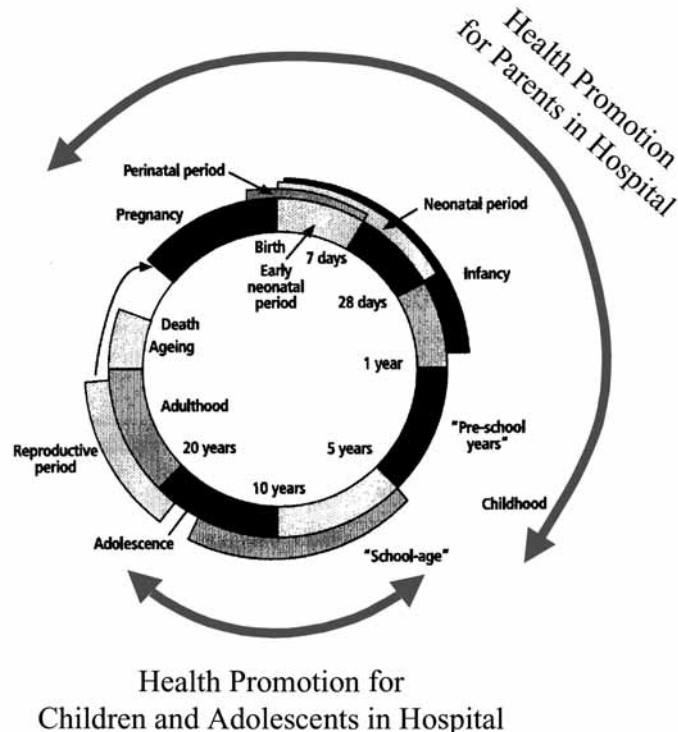
'Child and Adolescent Health' takes into account a broader concept of 'Child and Adolescent Development', which underlines the importance of the relation and synergies between health and the physical, social, emotional and cognitive dimensions of human development. Children and Adolescents are people within a certain phase along the path of life and maturation. In terms of age, this phase is identifiable with the period of life between 0 and 20 years.

'Child and Adolescent Health' is closely related with their physical and cultural environment, with their socio-economic context, and with their use of health services, like the hospitals.

II. Objectives

Health as a process of social and personal growth aimed at self-realisation starts in early childhood and lasts until the end of life. Hospitals should play an increasing role in contributing to the promotion of the healthy growth of children and adolescents, by implementing health culture practices and by helping children and adolescents through the crucial episodes of development they are experiencing. The development of life skills is an essential goal in health education and health promotion activities.

Life Cycle and Health Promotion for Children and Adolescents in Hospital



Source: Claeson and Waldman, 2000

Health promotion for children and adolescents in hospitals should also involve their parents, taking into account not only the child or adolescent, but also his/her family unit, meant as a fundamental resource for the improvement of his/her health.

One important aim of Health Promoting Hospitals should be to help children and adolescents develop psychosocial skills that will help them grow into individuals capable of developing healthy relationships with others.

The objectives of the project aspire to:

- the development of a hospital's culture and practice based on the respect for the rights of children and adolescents in hospitals, through the adoption of a Charter on the Rights of Children in Hospitals, elaborated according to a common matrix;
- the adjustment of the hospital setting and services to the health promotion needs of children and adolescents, through the individuation of a shared set of standards and indicators;
- the development of surveys and studies on the health promotion need of children and adolescents in hospitals;
- the creation of a map of good hospital practices in the field of health promotion

- addressed to children and adolescents, to be increasingly valued, diffused and standardised;
- the growth of a new international Community of Practice on health promotion for children and adolescents;
 - the elaboration of recommendations and guidelines on health promotion for children and adolescents in hospitals;
 - the building of a new Open Network on this theme, and the development of collaborations and co-operation between relevant networks and international programmes for health promotion for children and adolescents.

Each hospital participating in the network contributed towards the preparation of the platform "Health Promotion for Children and Adolescents in Hospital" and the elaboration of a project proposal for submission to the European Union for financing. The work was accomplished through online discussions. Furthermore, an international workshop was organized in Barcelona in April 2004. The next meeting of the working group will be held in Amsterdam in December 2004 to develop the project further.

*Materjali koostas:
Lagle Suurorg, töögrupi liige*

