

# EESTI RISKIPÕHISE RAVI JUHTIMISE PROJEKTI JUHEND

2018

EESTI HAIGEKASSA, EESTI PEREARSTIDE SELTS, WORLD BANK GROUP

## SISUKORD

1. TUTVUSTUS .....	2
1.1. Miks on riskipõhine ravi juhtimine vajalik? .....	2
1.2. Millised on ravi juhtimise projekti eesmärgid? .....	2
2. ETTEVALMISTUS ENNE TEGEVUSTE ALGUST .....	3
3. RISKIPATSIENTIDE ESMANE AUTOMAAATNE LOETELU .....	3
4. RISKIPATSIENTIDE VALIMINE LOETELLU .....	5
4.1. Nõuanded kliinilisel intuitsioonil põhineva valikuprotsessi jaoks. ....	6
5. RISKIPÕHISE RAVI JUHTIMISE ALUSTAMINE JA LÄBIVIIMINE .....	7
5.1. Patsientide registreerimine .....	7
5.2. Nõuanded raviplaani koostamiseks .....	8
5.3. Kuidas raviplaani luua? .....	8
5.4. Ravijuhtimise meeskonna koosolekud .....	9
5.5. Riskipatsientide haldamine .....	10
5.6. Töö riskipatsientidega .....	11
6. PROJEKTI MONITOORIMINE JA HINDAMINE .....	11
LISA A: KOOSTÖÖ SOTSIAALVALDKONNAGA .....	13
LISA B: NÄIDISRAVIPLAANID .....	17
LISA C: AJAKAVA RAVIJUHTIMISE MEESKONDADE JAKS .....	20
LISA D: ARUANDLUSVORM ÜKSIKPRAKSISELE .....	21
LISA E: ARUANDLUSVORM GRUPIPRAKSISELE .....	22

## 1. TUTVUSTUS

Riskipõhise ravijuhtimise eesmärk on parandada ligipääsu tervishoiuteenustele, tõsta osutatavate teenuste kvaliteeti ning anda/pakkuda lisandväärtust suuremat terviseriski omavatele patsientidele. Programm kriitiliseks osaks on perearstide endi juhtimine ja initsiatiivi olla aktiivne ja kaasav partner oma patsientidele. Riskipõhisel ravijuhtimisel on potentsiaal parandada tervishoiuteenuste integreeritust üle erinevate teenuse osutamise tasandite, parandada riskipatsientide tervisetulemeid ning suurendada kogu tervishoiusüsteemis osutatavate teenuste kvaliteeti.

Eestis viidi ravijuhtimise pilootprojekti esimene etapp läbi 2017. aasta I poolaastal. Projekti kirjelduse ja tulemuste kokkuvõte on kättesaadav haigekassa kodulehel (<https://www.haigekassa.ee/partnerile/raviasutusele/perearstile/eesti-ravi-juhtimise-pilootprojekt>).

### 1.1. Miks on riskipõhine ravi juhtimine vajalik?

Riskipõhine ravijuhtimine on vahend parendamiseks keerukate, suurenenud ravivajadustega patsientide ravi koordineerimist erinevate tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi tasandite vahel. Riskipatsientidel on enamasti korraga mitu kroonilist haigust, nad võivad seista silmitsi oluliste sotsiaalmajanduslike probleemidega ja/või neil võib samaaegselt olla ka tervisekäitumisest tingitud muud kaasuvad haigused; nad võtavad tõenäoliselt palju erinevaid ravimeid, käivad mitme erineva eriarsti juures ja/või neil võib olla olulisi funktsionaalsed piirangud igapäevases elus. Sellised omadused võivad esmatasandi arstiabi pakujatele muuta patsiendi ravi koordineerimise keeruliseks, kuid selle tegemata jätmine võib põhjustada tõsisemaid probleeme, sealhulgas tarbetut tervise halvenemist, raviks määratud ravimite omavahelisi konflikte, uuringute dubleerimist ja võimalik, et ka sellest tulenevalt ravivigu.

Riskipatsientide ravijuhtimine põhineb ennetavatel tegevustel just neile patsientidele, kellel on kõrge tervises seisundi halvenemise risk või risk tervishoiuteenuste kasutamise vajaduse suurenemiseks. Sellisteks tegevusteks võivad olla näiteks patsiendi jälgimine peale haiglaravi; eriarstile suunamiste ja uuringute tulemuste jälgimine; ravijuhendite jälgimine perearstide poolt; ravimite sobivuse kontroll ja tarvitamise tagamine; ning kroonilise haigusega patsientidega järjepideva kontakti omamine.

Riskipõhisel ravijuhtimise programmidel on suur potentsiaal ravi koordineerimise ja patsiendi ravitulemuste parendamiseks, ning sellist lähenemist kasutatakse paljude erinevate riikide tervishoiusüsteemides järjest rohkem.

### 1.2. Millised on ravi juhtimise projekti eesmärgid?

Riskipõhise ravijuhtimise projekti eesmärgid on:

- hinnata riskipatsientide ravijuhtimise mudeli rakendatavust Eestis;
- tuvastada riskipatsientide ravijuhtimise projekti mõju tervisetulemitele ja ravi kvaliteedile;

- tuvastada riskipõhise ravijuhtimise võimalikud barjäärid ja kirjeldada võimalused programmi laiendamiseks kogu esmatasandil.

Ravi juhtimise programmi lõppeesmärk parendada riskipatsientide tervisenäitajaid ja vähendada nende vajadust tervishoiuteenuste kasutamiseks ehk toetada nende patsientide suutlikkust ise oma haigustega toimetulekul.

## 2. ETTEVALMISTUS ENNE TEGEVUSTE ALGUST

Olulised ettevalmistavad tegevused enne projekti algust:

1. Moodustage ravi juhtimise meeskond ja leppige kokku meeskonnasisesed rollid ning vastutusvaldkonnad. Koostage töökorralduse tegevuskava (nt raviplaani täitmine ja ajakohastamine, patsiendiga ühenduse võtmine vajadusel jt).
2. Leppige kokku meeskonna regulaarsete kohtumiste ajakava ja vorm, et segamatult arutada ja üle vaadata ravi juhtimise programmis osalevate patsientidega seonduv (soovitavalt 1 tund nädalas).
3. Kontakteeruge kohaliku haiglaga ja informeerige neid projektist. Leppige haiglaga kokku info vahetus, et perearsti meeskonnani jõuaks teave kui ravi juhtimise programmis osalev patsient on hospitaliseeritud/või haiglast välja kirjutatud.
4. Kui veel ei ole leitud, siis leidke kontaktisikud kohalikes omavalitsustes, kellega võtta ühendust patsiendi sotsiaalteenuste vajaduse osas ning teavitage neid käesoleva projekti läbiviimisest. Tehke kindlaks, kelle poole pöörduda ravi juhtimise patsiente võimaliku sotsiaalabi vajaduse korral; soovitatavalt kohtuge sotsiaalhoolekande meeskonnaga, et luua kontaktid ja kokku leppida suunamise viis ja peamised suhtluskanalid. **Kohalikes omavalitsustes asjakohaste sotsiaalabi kontaktisikute leidmise ja teenuste loetelude koostamise näidisvorm on toodud Lisas A.**
5. Leppige kokku, et kas:
  - a) hakkate konkreetse perearstinimistu riskipatsientide puhul koostama ja haldama raviplaane MISP2 veebikeskkonnas  
**või**
  - b) kasutate eraldi mentori poolt väljapakutud raviplaani vormi, säilitate seda digitaalsel kujul ning esitate 1 kord kuus aruandlust raviplaanide arvu, visiitide jm andmete kohta haigekassale (aruandlusvorm on toodud välja Lisas D ja Lisas E).

## 3. RISKIPATSIENTIDE ESMANE AUTOMAATNE LOETELU

Riskipatsientide nimekirjad ja nende haldamine toimub MISP2 veebiportaalil: <https://misp2.digilugu.ee/misp2>

Esimese riskipatsientide loetelu koostab haigekassa Teie perearstinimistus olevate patsientide raviarvete baasil. Raviarvete andmetele tuginedes tekib esimene loetelu patsientidest, kes vastavad riskipatsientide mudeli tingimustele ehk kelle raviarvete andmetel on olnud kodeeritud vastavad diagnoosid. Esmase loetelu ja valiku teeb algoritm, mille on välja töötanud Maailmapanga, haigekassa koostöös perearstidega. Selle eesmärk

on oluliselt vähendada perearstide vaeva riskipatsientide sorteerimisel enda nimistust

Algoritm, mis loob riskipatsientide esmase loetelu, seab prioriteediks patsiendid, kes on viimase 24 kuu jooksul arsti vastuvõtul käinud ja kelle on hüpertensiooni, hüperlipideemia ja/või diabeedi diagnoos. Lisaks peab neil olema vähemalt üks kardiovaskulaarne ja/või respiratoorne haigusseisund ja neil võib olla ka vaimne või funktsionaalne häire. Nimekirja koostamisel kasutatakse lisaks raviarvete andmetele ka haigekassa kindlustusregistri ja digiretsepti andmeid selleks, et tuvastada kas patsiendil on mõni sotsiaalne probleem ning kas patsiendid on jätnud oma retseptiravimid välja ostmata. Kõik need on olulised tunnused patsientide projekti lisamiseks.

Täpsemalt on kirjeldatud kaasamiskriteeriume järgnevates tabelites:

Metaboolne triaad	PLUSS	1-4 respiratoorsed ja/või kardiovaskulaarsed haigused	
Vähemalt 1:		0-2:	0-2:
Hüpertensioon Hüperlipideemia Diabeet		Astma Krooniline obstruktiivne kopsuhaigus (KOK)	Südame Isheemiatõbi Insult Südamepuudulikkus Kodade virvendusarütmia

Täiendavate kaasamiskriteeriumitena arvestatakse vaimseid ja funktsionaalseid häireid, mis on toodud järgnevas tabelis:

Vaimne häire	Funktsionaalne häire
<b>Ainult 1:</b>	
Meeleoluhäired Alkoholi kuritarvitamine Mõnuainete kuritarvitamine Dementsus	Nägemis- ja kuulmispuuded Nõrkus

Perearsti nimistu patsiente ei loeta riskipatsientide nimistusse kui ei ole täidetud eelmainitud kaasamiskriteeriumid ja kui patsiendil on:

- **Rohkem kui 2 kardiovaskulaarset haigust/rohkem kui 1 psüühikahäire.**
- Teatud haiguste mistahes diagnoos: vähk, skisofreenia, hemodialüüsi vajavad neeruhaigused, kaasasündinud väärarengud ja haruldased haigused. (*Samas, kui soovite neid patsiente programmi hiljem lisada, võib teha erandi*)
- **Kokku rohkem kui 7 kaasuvat haigust** - kaasatavate haiguste nimekirjas olevad diagnoosid, pluss: aneemia, ärevus, ateroskleroos, muud südame rütmihäired, südameklapi häired, krooniline koletsüstiit/sapikivid, krooniline gastriit/GERD, pearinglus, söömishäired, epilepsia, hemorroidid, hüpotensioon, soole divertikuloos, liigeste artroos, maksahaigused, alajäseme varikoos, migreen/krooniline peavalu, neuropaatiad, rasvumus, osteoporoos, Parkinsoni tõbi, eesnäärme hüperplaasia, psoriaas, skisofreenia, puriini/pürimidiini ainevahetushäired/podagra,

reumatoidartriit/krooniline polüartriit, somatoformsed häired, kilpnäärme haigused, uriinipidamatus, kuseteede kivid.

#### 4. RISKIPATSIENTIDE VALIMINE LOETELLU

**Riskipatsientide lõplik loetelu jääb perearsti ja ravi meeskonna otsustada**, sest üheskoos tunnete teie patsiente kõige paremini. Eesmärk on kombineerida omavahel haigekassa kliiniline algoritm ning perearsti ja -õe intuitsioon, kogemused ja patsientide tundmine. Selleks, et lõplik nimekiri luua:

1. **Tutvuge riskipatsientide esmase valiku algoritmi alusel koondatud patsientide nimekirjaga.** Arutage ja kohandage patsientide nimekirja koos oma meeskonnaga, eesmärgiga luua ja kinnitada projekti jaoks 50 kuni 75 patsiendist koosnev lõplik nimekiri.
2. **Ravi juhtimise meeskonna ühisel arutelul vaadake üle patsientide nimekiri ning kohandage seda** tuginedes kogemustele ning kliinilisele intuitsioonile, lisades ja välistades nimesid selleks, et luua lõplik 50 kuni 75 patsiendi nimekiri nendest patsientidest, kes meeskonna hinnangul saavad kõige tõenäolisemalt projekti kaasamisest kasu.
  - 1) **Analüüsige ja arutage** üksikhaaval iga patsiendi sobivust, kes on algoritmi poolt ette antud. Kasutage nende patsientidega kliinilisest ja isiklikust kokkupuutest saadud ning oma mälus olevat informatsiooni ning lisaks mis tahes muud asjakohast teavet ja usaldage oma „kõhutunnet“ selleks, et arutada ja otsustada kas antud patsiendid vastavad kriteeriumidele ja kas nad tuleks programmiga liita või mitte. Ükski haigekassa poolt tuvastatud riskipatsient ei pea olema kantud lõplikku osalejate nimekirja. Samuti võivad mõned patsiendid, kes nimekirjas peaksid olema, sealt puududa.  
**NB! Patsientide nimekirjast välistamise ja sinna lisamise otsuste tegemiseks ei ole vaja vaadata läbi patsiendi ravilugu või muid patsiendi tervise seisundi kohta tehtud märkmeid.**
  - 2) **Välistage** patsiendid, kes teie arvates ei ole tõenäoliselt avatud muutustele või kelle jaoks ei ole ravijuhtimise programmist kasu. Valige patsiendiregistri rippmenüüst iga konkreetse patsiendi jaoks põhjendus, miks te otsustasite patsiendi projektist eemaldada. Rippmenüüs on võimalik valida järgmised patsiendi välistamise põhjused:
    - *Kodeerimise viga* – Patsient on sattunud riskipatsientide nimekirja tulenevalt tehnilisest veast. Viga võib olla seotud riskipatsiente tuvastava algoritmi või varasemate raviarvete dokumentatsiooniga.
    - *Liiga komplitseeritud* – Patsient on liiga komplitseeritud ning tõenäoliselt ei teki patsiendil käesolevas projektis osalemisest olulist kasu. Liiga komplitseerituks võib patsiendi muuta liiga paljude terviseprobleemide olemasolu ja/või kombineerituna sotsiaalsete probleemidega.

- 3) **Arutage läbi ja lisage** oma patsiendinimekirjast programmi kõik algoritmi alusel läbi viidud valikuprotsessist välja jäänud, kuid olulistele programmiga liitumise kriteeriumidele vastavad patsiendid (st kellel on diagnoositud hüpertensioon, hüperlipideemia ja/või diabeet), kes teie arvates võiksid ravijuhtimise programmist kasu saada. Valige patsiendiregistri rippmenüüst iga konkreetse patsiendi puhul põhjendus, miks te otsustasite patsiendi projekti kaasata. Rippmenüüst on võimalik valida järgmised põhjendused:
- *Vajab erilähenemist* – Patsient ei pruugi vastata riskipatsientide mudelis määratletud profiilile (ptk 3), aga erilähenemine, mida riskipatsiendi käsitus pakuks tooks patsiendi tervislikule seisundile olulist kasu.
  - *Halb ravisoostumus* – Patsient ei pruugi vastata riskipatsientide mudelis määratletud profiilile (ptk 3), aga tulenevalt patsiendi senisest halvast ravisoostumusest oleks patsiendil projektis osalemisest olulist kasu ravisoostumuse paranemisel.
- 4) **Veenduge, et teie lõplikus nimekirjas on 50-75 patsienti.** Kui nimekirjas on enam kui 75 patsienti, vaadake oma nimekiri uuesti läbi ja analüüsige seda eesmärgiga tuvastada ravi juhtimist kõige enam vajavad patsiendid. Kui nimekirjas on vähem kui 50 patsienti, kasutage oma intuitsiooni ja lisage juurde registris mitteolevaid patsiente, kuni patsientide arv ulatub vähemalt 50-ni. Soovituslik on arvestada patsientide valikul, et loetelus võib olla patsiente, kes ei nõustus programmis osalema. Kuna projekti eesmärk on kaasata minimaalselt 50 patsienti, siis esialgses nimekirjas võiks olla pigem rohkem patsiente.
- 5) Teie poolt kaasatud ja välja jäetud patsientide nimekirjale tuginedes jääb riskipatsientide loetelu MISP2 veebikeskkonnas kättesaadavaks perearsti meeskonna poolt kinnitatud nimekiri. Kogu projekti kestel on võimalik läbi töölaua rakenduse patsiendiregistriga tutvuda ja vastavalt muudatusi sisse viia, sinna andmeid sisestada (lähemat kirjeldust vaadake projekti töölaua juhiseid).

#### 4.1. Nõuanded kliinilisel intuitsioonil põhineva valikuprotsessi jaoks.

Patsiendiregister toob automaatselt välja näitajad, mis kirjeldavad iga patsiendi sotsiaalseid ja käitumuslike tegureid, mis peaksid suurendama patsientide prioriteetsust projektis:

<b>Sotsiaalsed tegurid</b> (haigekassa kindlustusregistrist)	<b>Käitumistegur</b> võib viidata ka sotsiaalsele tegurile ( <b>digiretsepti andmebaasist</b> )
---	---

Nt Puudega Väikese sissetulekuga Töötu (perearsti jaoks kuvatakse n.ö „punane lipp“ kui neist kriteeriumitest kasvõi üks on täidetud)	Mõned/kõik retseptid täitmata (Nii et raviskeemist mittekinnipidamine võib osutuda probleemiks)
---	--

Rahvusvaheline kogemus ja saadud õppetunnid ravi juhtimise programmide kasutamisel:

Vältige tendentse, kus te välistate teatud patsiente - just need patsiendid võivad programmist kõige rohkem kasu saada	Olge teadlikult ettevaatlikud oletuste osas, mille kohaselt patsiendid ei saa programmist kasu/ei soovi olla programmi kaasatud (nt kellel on mitu kroonilist haigust korraga).
	Hoiduge eelarvamustest: püüdke mitte välistada patsiente, kellel on tervishoiuteenuste osutajatesse negatiivne suhtumine, kui nende välistamiseks ei ole mõjuvat põhjust.
	Sotsiaalsete probleemidega patsiente tuleks programmi pigem kaasata, välja arvatud juhul, kui nende välistamiseks on olemas mõni väga oluline põhjus.
	Ravi juhtimise programmid toovad sageli kasu varasemalt perearsti vähem külastanud patsientidele - näiteks varasemalt ravi suunistest mitte kinni pidanud, väheste terviseteadmistega või osalemishuvi mitte üles näidanud patsientidele.
Arvestage oma ravimeeskonna võimekust selleks, et ravi juhtimise programmist kasu tekiks	Kui patsiendi haigusseisund on väga raske, kuid on tõenäoline, et patsiendile on ravi juhtimise programm kasulik, tuleks ta programmiga liita; kui hindate, et patsient ravi juhtimisest tõenäoliselt kasu ei saa, pole teda vaja programmiga liita.
	Juhul, kui teie hinnangul, teatud patsientidel on ravijuhtimisest kasu, tuleks arvestada teie ravimeeskonna koosseisu, muude tervishoiuteenuste osutajate kättesaadavust, teie perearstikeskuse võimekust jne.
Võtke arvesse juba olemasolevaid toetuste süsteeme	Olemasolevad suhted teiste teenusepakkujatega, näiteks eriarstidega (nt onkoloogiga) või erasektori teenusepakkujatega või hooldusteenuse pakkujatega (hooldekodud, toetatud elamise teenus) võivad kahandada ravi juhtimise lisahüve.
	Isoleeritud patsiendid võivad pigem enam saada kasu ennetavast proaktiivsest suhtlusest: pere toetuse puudus võib piirata nende võimet tervishoiusüsteemis orienteeruda
Ohutuskalutlused	Ärge valige patsiente projekti, kes kujutavad tõenäoliselt turvariski perearsti meeskonnale.

## 5. RISKIPÕHISE RAVI JUHTIMISE ALUSTAMINE JA LÄBIVIIMINE

### 5.1. Patsientide registreerimine

Alates projekti algusest tuleb igas kalendrikuus kaasata programmi vähemalt 10 uut patsienti, kuni kõik valitud patsiendid on kaasatud. Kõik registrisse lisatud patsiendid peavad olema kaasatud 4 kuu jooksul Haigekassaga projektis osalemise lepingu



sõlmimisest.

- Kaasake riskipatsiente projekti (edastage registrisse lisatud riskipatsientidele kutse projektis osalemiseks, kas e-maili, kirja, telefoni teel või visiidi ajal)
- Võtke patsiendiga ühendust, et kinnitada tema osalus projektis ja leppida kokku kohtumised. Patsiendi kinnitus tuleb dokumenteerida. Koostage patsiendi eesmärkidest lähtuv raviplaan koos patsiendiga.
- Sisestage raviplaan MISP2 veebikeskkonda rakendusse või mentori poolt pakutud raviplaani vormi (näidised Lisas B).
- Andke patsiendile raviplaani koopia (sh juhend ravimite tarvitamiseks).

## **5.2.Nõuanded raviplaani koostamiseks**

Raviplaaniid on aidanud parandada patsientide tervisetulemeid, suurendada patsientide eneseabi võimekust ja vähendada tervishoiuteenuste kasutamist ning on ravijuhtimise projektis kesksel kohal. Raviplaan on patsientide ravisse kaasamise ja aktiveerimise vahend. Seda kasutatakse patsiendi tervisevajaduste ja ravieesmärkide koordineerimiseks. Raviplaan peaks olema lühike ja lihtne dokument, kus on kirjeldatud patsiendi ravi eesmärgid, raviplaan, enesejuhtimise tegevused ja ravi koordineerimise kavad. Kuna raviplaan on mõeldud kasutamiseks nii ravimeeskonnale kui ka patsiendile, peab see olema kirjutatud patsiendisõbralikus keeles, ning raviplaanis eesmärkide seadmisel peab olema arvestatud nii patsiendi kui tervishoiuteenuse osutaja prioriteete. Raviplaan koostatakse patsiendiga koos.

## **5.3.Kuidas raviplaani luua?**

Projekti kaasamine hõlmab ravi juhtimise meeskonna kohtumisi iga konkreetse patsiendiga (ja potentsiaalselt ka nende pereliikmetega) ja neile raviplaani koostamist:

- Korraldage patsiendiga kohtumine.
- Selgitage patsiendile raviplaani eesmärki: on oluline, et patsient saaks aru, et see dokument on mõeldud talle endale kasutamiseks ja et ta tunneks ennast selle loomisega seotud olevat.

**Juhtige** patsiendiga peetavat ning nende ravi eesmärgi käsitlevat vestlust, keskendudes asjadele, mida patsient ise teha saab.

**Sõnastage** iga eesmärk konkreetne, mõõdetav ja täitmise tähtajaga (nt patsiendi toitumisharjumused on muutunud, kehakaal langeb 2 kg kuus).

**Esitage** suunavaid küsimusi, näiteks:

- Millised kaks peamist tervise-eesmärki olete te endale seadnud järgmiseks aastaks?
- Millist koostööd te meeskonnaga nende saavutamiseks teete? Mis on teie peamised tervisemured?
- Mis lisaks meditsiinilistele probleemidele veel teie tervist mõjutab (nt majanduslik olukord, eluase, toit jne)?
- Kes on teie peamised toetajad/abistajad?

**Seadke** kirjeldatud probleemid tähtsusejärjekorda.

**Analüüsige** patsiendi tervisevajadusi, sealhulgas sotsiaalseid probleeme ja kaasuvaid haigusi;

**Sõnastage** selge tegevuskava, mida patsient ja ravimeeskond peaks kokkulepitud eesmärkide saavutamiseks järgima;

Vajadusel **arutage läbi** kliiniliste seisundite ägenemise korral kohaldatavad situatsiooniplaanid;

**Koostage** raviplaani lisatav võtmekontaktisikute nimekiri. Nende hulka kuuluvad perearstikeskuse telefoni number, tööajaväline telefoninumber, ravimeeskonna õe kontaktinformatsioon;

**Arutage** patsiendiga teistele tervishoiuteenustele suunamist, rõhuasetusega sammudel, mida patsient või ravimeeskond peaks enne ja /või pärast haiglaravi või eriarstile suunamist, EMO-s käimist või kiirabi kutsumist tegema (st näiteks patsiendi haiglast väljakirjutamisel perearstikeskusesse helistama)

**Leppige kokku** patsiendi järgmine kontakt perearstikeskusega.

#### **Lõplik raviplan peaks sisaldama järgmisi elemente:**

Vajaduste hindamine	Kokkuvõte kõikidest aktiivsetest meditsiinilistest probleemidest ja põhiküsimustest, mida patsient soovib lahendada.
Ravimid	Nimekiri kõigist ravimitest, mida patsient hetkel võtab, ning raviskeem.
Patsiendi eesmärgid	2-3 patsiendi enda poolt sõnastatud eesmärki: mida patsient oma tervisega seoses kõige rohkem tahab? nt paranenud tervisetulemit, eneseabi küsimused, teatud teenused, sotsiaalsete probleemide lahendamine jms.
Tegevuskava	Selgitage välja olulised terviseprobleemid ning sõnastage vastavad situatsiooniplaanid (kui x juhtub, siis tehke y).
Ravi ülekandumine	Sõnastage, mida patsient peaksid tegema haiglasse/EMO-sse sattumisel, kiirabi kutsumise järgselt (nt helistama ravimeeskonnale, teavitamaks perearsti/õde).
Kontaktinfo	Patsiendi ja lähedase kontaktandmed Arsti ja õe kontaktandmed Info kuhu pöörduda väljaspool perearstikeskuse tööaega.

#### **5.4. Ravijuhtimise meeskonna koosolekud**

Kord nädalas (või vastavalt kokkulepitud graafikule) peaksid kõik ravijuhtimise pilootprojekti kaasatud õed ja perearstid umbes ühe tunni vältel ravijuhtimise alaseks aruteluks kokku saama, et vaadata üle patsientide register ja koostatud raviplaanid ning arutada konkreetsete patsientide raviplaanis tehtavaid muudatusi. Mõned perearstikeskused võivad pidada vajalikuks oma ülesannete täitmise hõlbustamiseks koosolekutele kaasata ka lisaks perearstikeskuse assistenti (näiteks abiks visiitide planeerimisel).

Ravijuhtimise koosolekud peaksid sisaldama järgmisi teemasid:

- Arutelu projekti seisust (sh palju patsiente on projekti kaasatud ja keda on plaanis

lähiajal kaasata).

- Arutelud patsientide üle, kes mingil põhjusel teevad meeskonnale muret (muutused tervislikus seisundis, sotsiaalsed probleemid, patsiendiga ei saa kontakti jne).
- Arutelud hiljuti erakorralise meditsiini osakonda külastanud patsientide üle, et veenduda, kas nende jaoks on olemas edaspidine jälgimise kava ja planeeritud kontakt perearstikeskusega.
- Arutelud, millised patsiendid vajavad raviplaani uuendamist ja kuidas ning kes seda teeb.
- Arutelud, keda on vaja suunata sotsiaalteenuste pakkujate või eriarsti juurde ja kes koostab suunamise/saatekirja.
- Patsiendiregistris oluliste komponentide dokumenteerimine (nt info patsiendi pereliikme või lähedase kontaktandmete kohta, patsiendile projektis osalemise kutse saatmise kuupäev, patsiendi projektis osalemise nõusoleku saamise kuupäev, järgmise planeeritud visiidi kuupäev, viimase patsiendile tehtud telefonikõne kuupäev; statsionaarse ravi lõpu kuupäev, kui perearst teab andmeid, mis pole veel raviarvega haigekassas; kuupäev mil tuvastati patsiendi vajaduse täiendava sotsiaalabi järele, kuupäev mil suheldi kohaliku omavalituse vm sotsiaalabi pakkujaga)
- Patsiendi järelkontrolli tegevuste tuvastamine ja nende eest vastutuse jagamine konkreetsete meeskonnaliikmetele (koos tähtaegadega).
- Meeskonna koosolekutel kokkulepitud järelkontroll, näiteks patsientide teavitamine või visiitide ajakava koostamine, patsientidele haiglaravi järgse järelkontrolli kokku leppimine, raviplaanide ajakohastamine, suunamine vajalikele sotsiaalteenustele, patsientidele kvaliteedi süsteemiga seotud ja ravijuhendile vastavate uuringute ja analüüside korraldamine või vajadusel sobiva medikamentoosse ravi alustamise.

## **5.5. Riskipatsientide haldamine**

Projekti kestel on meeskonnal juurdepääs riskipatsientide nimekirjale MISP2 rakendusele. Patsiendiregistri toimivana hoidmine ja korrastamine on eduka ravi juhtimise seisukohast äärmiselt oluline. Projekti jooksul on oluline jooksvalt registrit täiendada uue informatsiooniga, mis võimaldab teil:

- Kiiresti tuvastada patsiendid, kes ei ole raviplaani täitnud ja/või patsiendid, kes vajavad ravimeeskonna poolset täiendavat tähelepanu.
- Rakendada süstemaatilist ja struktureeritud mehhanismi meeskonnasiseste grupivestluste läbiviimiseks, et arutada läbi iga ravijuhtimise programmi kaasatud patsiendi tulemused.
- Jälgida patsiendi ja ravimeeskonna vahelist koostööd.

**Õed** vastutavad peamiselt patsiendiregistris iga patsiendi kohta käiva info täitmise ja uuendamise eest, sealhulgas:

- Jälgida, kas mõni registrisse kuuluv patsient on erakorralise meditsiini osakonda külastanud või on ta haiglast välja kirjutatud.
- Jälgida ravimite välja ostmise informatsiooni MISP2 veebikeskkonnas.
- Juhul kui raviplaan koostatakse MISP2 veebikeskkonnas, uue informatsiooni põhjal raviplaani tegevuste ajakohastamine. Juhul kui raviplaan ei koostata MISP2

veebikeskkonas, siis raviplaanide säilitamine ning Lisades D ja E aruandlusvormi täitmine ning edastamine Haigekassale e-maili teel ([rauno.maekivi@haigekassa.ee](mailto:rauno.maekivi@haigekassa.ee)).

## 5.6. Töö riskipatsientidega

- Proaktiivsed ennetustegevused ja monitooring kokkulepitud perearsti visiitide vahel.
- Perearste tuleks teavitada mistahes olulisest patsienti puudutavast informatsioonist, mis võib mõjutada nende ravivajadust
- Veenduge raviskeemist kinnipidamises sh kontrollige kas välja kirjutatud retseptid on välja ostetud; sellest mittekinnipidamise korral planeerige järelkontroll.
- Suunake patsiente vajadusel vastavatele eriarstidele või sotsiaalhoolekandesse, kasutades selleks projekti alguses loodud kontakte kohalikes haiglates ja kohalikes omavalitsustes.
- Jälgige koostatud saatekirjade ja tehtud uuringute vastuseid.
- Tagage rutiinse infovoo olemasolu kohalike haiglate vahel: võtke regulaarselt nendega ühendust või töötage välja muid meetodeid rutiinseks kommunikatsiooniks selle kohta kas mõni riskipatsientidest on haiglasse sattunud või haiglast välja kirjutatud. Tutvuge epikriisidega ja vajadusel tehke vastavad muudatused raviplaani.
- Veenduge, et patsient saab haiglast väljakirjutamise järgset vajalikku järelravi:
  - o Erakorralise meditsiini osakonna külastamiste puhul, millega ei kaasne hospitaliseerimist, peaksid ravijuhid helistama patsiendile esimesel võimalusel pärast patsiendi lubamist koju.
  - o Statsionaarselt ravilt välja kirjutamise puhul peaksid ravijuhid helistama patsiendile esimesel võimalusel pärast patsiendi väljakirjutamist.
  - o Kõigil patsientidel peab ühe nädala jooksul pärast haiglast välja kirjutamist tekkima kontakt perearstiga, raviplaani ülevaatamiseks, medikamentoosse ravi kohandamiseks ning kliinilise seisundi halvenemise vältimiseks.

## 6. PROJEKTI MONITOORIMINE JA HINDAMINE

Projektis osaleva perearstimeeskonnaga suhtleb igakuiselt neile määratud mentor, kes kaardistab senise progressi ja esile tõusnud probleemid. Mentorid vaatavad järgmiseid aspekte:

1. Tegevusplaan (perearstikeskuses on riskipatsientide käsitleks olemas tegevusplaan: töökorraldus, visiidi kestus jms).
2. Intuitsiooni kasutamine (perearstimeeskonnal on selge arusaam kuidas lisatakse/väljastatakse projekti kaasatud riskipatsiente).
3. Perearstimeeskonna koosolekute pidamine (meeskonnas on projekti tegevustega seotud rollid selgelt defineeritud, kohtumiste regulaarsed kohtumised planeeritud).
4. Patsientide kaasamine (igakuiselt kaasatakse teatud arv patsiente: uued perearstid kaasavad 50 patsienti 2018 aasta jooksul, pilootprojektis osalenud perearstidele lisandub 25 patsienti juurde).

5. Raviplaan (koostatud raviplaan kvaliteet (patsiendi vajadused, mõõdetavad patsiendi tervise eesmärgid, tegevusplaan eesmärkide saavutamiseks, patsiendi ja tema lähedase kontaktandmed, perearsti/-õe/-keskuse kontaktandmed).
6. Loodud link haiglatega ja andmevahetus (perearstimeeskonnal on võimalik saada ülevaade patsiendi haigla külastustest ja olemas ligipääs epikriisidele).
7. Loodud link sotsiaaliga ja regulaarne ühenduse võtmine (perearstimeeskond regulaarselt skriinib patsiendi sotsiaalseid vajadusi, ravi meeskond teab/tunneb KOV kus patsient elab, loodud kontakt sotsiaaltöötajaga).
8. Patsiendi ravi koordineerimine (koos patsiendiga vaadatakse raviplaanid üle, planeeritakse järgmisi visiite/kontakte, haiglast väljakirjutatud patsientide järelravi/-kontroll, patsiendile määratud ravimite võtmise proaktiivne jälgimine).

Haigekassa viib perearstide seas läbi veebiküsitluse projekti alguses, projekti kestel ja projekti lõpus, et seirata perearsti rolli, huvi ning ülesannete muutust projekti jooksul. Haigekassa ja mentorid analüüsivad juhuvaliku alusel perearstide koostatud raviplaanide ja annab perearstidele tagasisidet raviplaanide kvaliteedi osas. Samuti analüüsib haigekassa riskipatsientide ravi juhtimisega seotud kvantitatiivseid andmeid, pannes rõhku järgmistele indikaatoritele:

Mõõdik	Pearahasisene kood	Hindamise sagedus
Perearsti esmane vastuvõtt	9001	1 x pa jooksul
Perearsti korduv vastuvõtt	9002	1 x pa jooksul
Pereõe nõustav vastuvõtt	9061	1 x pa jooksul
Kroonilise haige nõustamine	9044	1 x pa jooksul
Perearsti koduvisiit	9004	1 x pa jooksul
Pereõe koduvisiit	9063	1 x pa jooksul
Perearsti telefoni teel toimunud ja patsiendi tervisekaardis dokumenteeritud patsiendinõustamine	9018	1 x pa jooksul
Pereõe telefoni teel toimunud ja patsiendi tervisekaardis dokumenteeritud patsiendinõustamine	9064	1 x pa jooksul
EMOsse pöördumised		1 x pa jooksul
Hospitaliseerimiste arv		1 x pa jooksul
Glükoosi analüüs, mis on mujal tervishoiuasutuses tehtud ja perearsti tervisekaardis dokumenteeritud	66101, 9101, 66118 või 9118	1 x aastas
Kreatiniini analüüs, mis on mujal tervishoiuasutuses tehtud ja perearsti tervisekaardis dokumenteeritud	66102 või 9102	1 x aastas

Üldkolesterooli analüüs, mis on mujal tervishoiuasutuses tehtud ja perearsti tervisekaardis dokumenteeritud	66104 või 9104	1 x aastas
Kolesterooli fraktsioonide analüüs, mis on mujal tervishoiuasutuses tehtud ja perearsti tervisekaardis dokumenteeritud	66105 või 9105	1 x aastas
Elektrokardiograafia uuring, mis on mujal tervishoiuasutuses tehtud ja perearsti tervisekaardis dokumenteeritud	6320, 6322, 6323 või 9320	1 x aastas
Metformiini ja selle kombinatsiooni väljakirjutamise määr (dgn E11)		1 x aastas
diagnoosidega I10- I15 väljakirjutatud toimeainepõhised retseptid sihtrühma isikutele		1 x aastas
retseptid angiotensiini konverteeriva ensüümi inhibiitorite, kaltsiumkanalite blokaatorite, beeta-blokaatorite, või angiotensiin (II) antagonisti ravimirühmast või nende kombinatsioonidele hüpertooniatõve (RKH-10 koodid I10-I15) sihtrühma isikutele		1 x aastas
retseptid beetablokaatoridele (üks või kombinatsioonis) müokardi infarkti läbiteinul (RKH-10 koodid I21, I22, I23, I25.2) sihtrühma isikutele		1 x aastas
retseptid statiinidele (üks või kombinatsioonis) müokardi infarkti läbiteinul (RKH-10 koodid I21, I22, I23, I25.2) sihtrühma isikutele		1 x aastas

## LISA A: KOOSTÖÖ SOTSIAALVALDKONNAGA

Abivajavate patsientide suunamine asjakohastele sotsiaalteenustele võib avaldada märkimisväärset mõju nende elukvaliteedile ja suurendada saadavat kasu ravi juhtimise tegevustest. Omavalitsuste poole pöördumine on vajalik olemasolevate teenuste tuvastamiseks kuna vastavate kontaktide ja suunamisviiside loomine aitab suunamisprotsesse sujuvamaks muuta ning asjatuid viivitusi vältida.

Ravi juhtimise meeskondadel on soovitatav:

1. Oma patsientide nimekirjad üle vaadata, et tuvastada, millistes omavalitsustes elavad sotsiaalhoolekande vajadustega patsiendid.
2. Võtta nende omavalitsustega kontakti, ning koostada iga omavalitsuse poolt pakutavate teenuste nimekiri koos vastavate kontaktandmetega ning suunamisjuhistega (näidisnimekiri on toodud allpool tabelis).
3. Teha kindlaks omavalitsuse juures olevad kontaktisikud, et aidata koordineerida suunamisi riigi poolt pakutavatele teenustele/hüvitustele (riigi tasandil pakutavate teenuste/hüvitiste nimekiri on toodud allpool).

Tabel omavalitsuste pakutavate sotsiaalteenuste näidisnimekirjaga

<b>Sotsiaalteenuste nimistu</b>				
<b>Kohaliku omavalitsuse üksus: _____</b>				
<b>Teenus</b>	<b>Teenuse saajad</b>	<b>Teenus osutatud (Jah/Ei)</b>	<b>Saatekirja teave</b>	<b>Märkused</b>
Koduteenus	Puudega isikud		Vastav kontaktisik ja telefoninumber:  Saatekirja jaoks vajalik teave:	
Isikliku abistaja teenus	Puudega isikud		Vastav kontaktisik ja telefoninumber:  Saatekirja jaoks vajalik teave:	
Tugiisikuteenus	Puudega ja vaimuhaiged isikud		Vastav kontaktisik ja telefoninumber:  Saatekirja jaoks vajalik teave:	
Täiskasvanute hooldus	Puudega ja vaimuhaiged isikud		Vastav kontaktisik ja telefoninumber:  Saatekirja jaoks vajalik teave:	
Väljaspool kodu osutatud hooldusteenus	Puudega isikud		Vastav kontaktisik ja telefoninumber:  Saatekirja jaoks vajalik teave:	
Sotsiaaltransport	Puudega isikud		Vastav kontaktisik ja telefoninumber:  Saatekirja jaoks vajalik teave:	
Toimetuleku-toetus	Madala sissetulekuga täiskasvanud		Vastav kontaktisik ja telefoninumber:  Saatekirja jaoks vajalik teave:	

Varjupaigateenus	Madala sissetulekuga täiskasvanud		Vastav kontaktisik ja telefoninumber:  Saatekirja jaoks vajalik teave:	
Eluruumi andmine	Madala sissetulekuga täiskasvanud, puudega isikud		Vastav kontaktisik ja telefoninumber:  Saatekirja jaoks vajalik teave:	
Muu: _____			Vastav kontaktisik ja telefoninumber:  Saatekirja jaoks vajalik teave:	

### Riigi tasandil osutatavate sotsiaalteenuste loetelu

<b>Riigi teenused/teenused puuetega inimestele ja eakatele</b>	<b>Riigi teenused/teenused psüühikahäiretega isikutele</b>	<b>Riigi teenused/teenused töötutele</b>
Tehnilise abivahendi soetamise/rentimise eest tasumine	Igapäevaelu tugiteenus	Vallandamistoetus
Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse eest tasumine	Toetatud elamise teenus	Tööandja maksejõuetuse puhul antav hüvitis
Ööpäevaringne erihooldusteenus	Kogukonnas elamise teenus	Toetus sobiva töö leidmisel
Lapsehoiuteenus	Ööpäevaringne erihooldusteenus	Tööhõivekoolitus
Tööhõive tugiteenus	Hooldamine isiku nõusolekuta	Karjäärinõustamine
Töövõimetuspension	Tööhõive tugiteenus	Tööpraktika praktiliste kogemuste omandamiseks
Puudetoetus		Avalik töö
Haridus/koolitustoetus		Tööharjutus
Töötamistoetus		Äri alustamise toetus

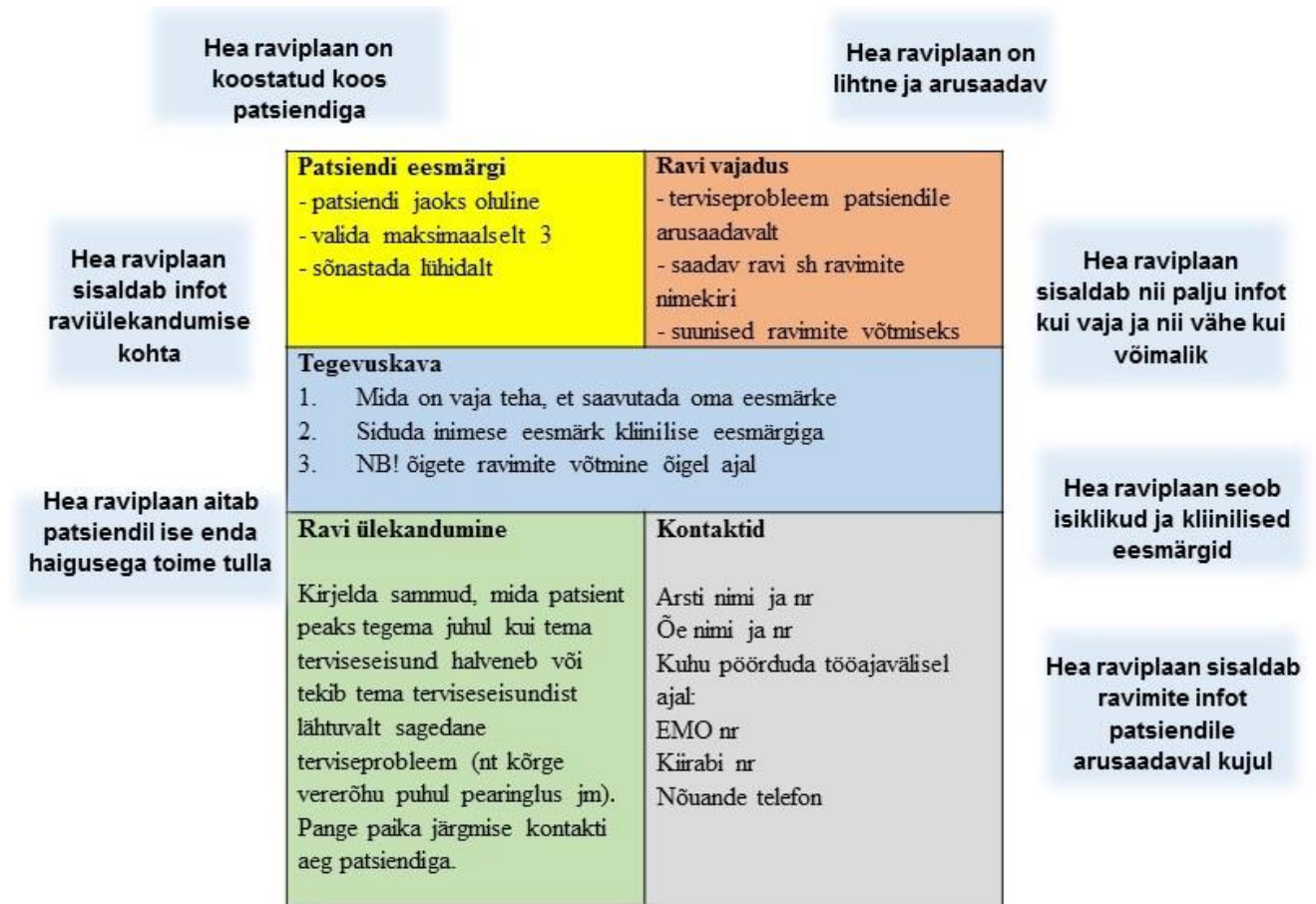




## LISA B: NÄIDISRAVIPLAANID

Pange tähele, et mitte ükski neist näidetest ei ole spetsiaalselt kohandatud seda tüüpi ravijuhtimise projektile, milles teie osalete. Need näited on mõeldud lihtsalt kasulike näidetena teile selle kohta, kuidas korralik raviplaan välja näeb. Teile antakse projekti ajal kasutamiseks tegeliku raviplaani vorm.

### Näidis I:



### HEA RAVIPLAANI KOOSTAMISE 7 SAMMU

- 1: Kirjelda koos patsiendiga tema ravieesmärgid lühidalt ja konkreetset
- 2: Selgita patsiendile tema ravivajadusi
- 3: Seo kliinilised eesmärgid patsiendi eesmärgiga
- 4: Koolita patsienti ja selgita patsiendile tema ravivajadusi kasutades “küsi-räägi-küsi” meetodikat
- 5: Hinda, kui olulised on patsiendile need eesmärgid, mis said seatud kasutades olulisuse mõõdikut (nt kui oluline on 10 palli skaalal see eesmärk sinu jaoks, mis peaks juhtuma, et see oleks kõrgem)
- 6: Sõnastage koos eesmärk raviplaanile kasutades SMART tööriista (specific, measuarble, attainable, relevant, time-bound – konkreetne, mõõdetav, saavutatav, asjakohane, ajastatud)
- 7: Koosta edasise jälgimise kava ja anna sellest patsiendile teada

**Näidis II:** Pilootprojektis ravimeeskonna poolt loodud raviplaan

<b>Patsiendi andmed:</b>			
<b>KÕRGVERERÕHUTÕBI</b>	<b>SUHKRUHAIGUS</b>	<b>SÜDAME ISHEEMIATÕBI</b>	<b>HEALOOMULINE PEARINGLUS</b>
<b>MINU KASUTATAVAD RAVIMID</b>			
NEBILET 5mg 1tbl hommikul	METFORMIN 500mg 1tbl 2 korda päevas koos söögiga	SÜDAME ASPIRIIN 1tbl hommikul ATORIS 10mg 1tbl hommikul	BETASERC 24mg 1tbl 2 korda päevas, vajadusel 1 kuuliste kuuridena
<b>MINU EESMÄRGID</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Olla jätkuvalt füüsiliselt aktiivne</li> <li>Osaleda huviringi tegevustes</li> </ul>		<b>TEGEVUSKAVA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Liigun igapäevaselt värskes õhus</li> <li>Toitun tervislikult ja tarbin piisavalt vedelikku</li> <li>Tarvitan regulaarselt ravimeid</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Kui täheldan enesetundes muutusi (pearinglus), teavitan koheselt oma perearsti/pereõde</li> <li>Erakorralise haiglasse sattumise korral teavitan sellest ka oma perearsti/pereõde</li> </ul>		<b>OLULISED KONTAKTID</b>  <b>Kuressaare Perearstikeskus</b> Perearst Kerli Jaagosild, pereõde Laura Keidong <b>45 24 300</b> 24h avatud Perearstide nõuandeliin <b>1220</b> <b>Kiirabi 112</b>	

### Näidis III: Pilootprojekti ravimeeskonna poolt loodud raviplaan

Minu ravi eesmärgid:	Minu eluviiside muudatuste eesmärgid:
Minu jaoks on ideaalne vererõhk 120+/- 20../80+/-10 mmHg	Jälgida toitumist
Et ei esineks kõrvetisi	Koeraga jalutamine 2 korda päevas
Veresuhkur alla 8	E,N võimlemine, tantsimine
KMI 31 ja vähem	Et oleks hea reisida

#### Minu haigused:

- Suhkruhaigus E11
- Kõrgverõhktõbi I11.9
- Reflukshaigus K21

#### Minu ravimid:

Toimeaine	raviminimi	annustamine	Märkused
Nebivolol	Nebicard	5 mg x 1 H	Vererõhu langetaja
Glüloosamiin	Glucadol	1,2 g x 1 H	Liigestele
Pantoprazol	Pantoprazol actavis	40 mg X 1 Ö	Kõrvetiste vähendaja
Dapagliflozinum	Forxiga	10 mg x 1H	Veresuhkrualandaja
Atorvastatin	Atorvastatin	20 mg x 1 Ö	Kolesterooli alandaja
D vitamiin		1200 Ü x 1	D vit puuduse vältimiseks
Metformini	Metformin	850 mg x 3	Veresuhkrualandaja
Gliklasiid	Cliclada	30 mg x 2	Veresuhkrualandaja
Detox	Detox	1 x 2	isualandaja

Minu Järveotsa Perearstikeskus asub Haabersti tervisekeskuse III korrusel, avatud E 8-18, T- R 8-17, tel. 6747240, [info@tohter.ee](mailto:info@tohter.ee), 24/7 haigekassa perearsti nõuandetelefon on 1220

#### Eneseabi võtted:

- Kui tühjakõhu veresuhkur tõuseb üle 8, siis esialgu vähendada süsivesikute hulka toidus, kui see ei aita, siis pöörduda perearstikeskusesse pereõe vastuvõtule.
- Kui vererõhk on mõõtmisel üle 140/90 mmHg, siis mõõdan uuesti. Kui vererõhk jääb kõrgeks, siis kodused esmaabivõtted, rahustavad palderjanitilgad. Kui vererõhk on mitu korda mõõtes üle 180 mmHg, siis kutsun kiirabi

**Kui hakkab halb:** ei saa vabalt hingata, tekib tugev valu või ei saa liigutada kätt-jalga-nägu, siis peab helistama 112, et kutsuda kiirabi. Kui tervis lubab, aga probleem tundub erakorraline, siis võib **EMO-sse pöörduda**

-Lääne-Tallinna Keskhaigla EMO, Paldiski mnt 68

-Ida-Tallinna Keskhaigla EMO, Ravi 18

-Põhja- Eesti Regionaalhaigla EMO, J . Sütiste tee 19

**Kui te peaksite sattuma haiglaravile või EMOsse, siis palun kontakteeruge ise või kontakteerub Teie lähedane oma perearstikeskusega esimesel võimalusel!!!**

**LISA C: AJAKAVA RAVIJUHTIMISE MEESKONDADE JAOKS**

<b>KUU (2018)</b>	<b>TEGEVUS</b>
Jaauar	Valikualgoritmi abil tuvastatud esialgse potentsiaalsete riskipatsientide loetelu kättesaamine.
Jaauar	Seminaril osalemine
Aprill	Pilootprojekti juhiste kättesaamine
Aprill	Tasustamislepingute sõlmimine
Aprill	Projekti eelne küsitlus perearstide seas (veebiküsitlus)
Aprill	Kontakt mentoriga
Aprill	Koosoleku korraldamine nimekirja üle vaatamiseks, vastavalt vajadustele patsientide eemaldamiseks/välistamiseks ja lisamiseks ning lõpliku, 50-75 nimega nimekirja Patsiendiregistrisse sisestamine.
Aprill	Ravi juhtimise meeskonna rollide ja vastutusvaldkondade määratlemine.
Aprill-mai	Patsientide teavitamis- ja registreerimiskavade väljatöötamine
Aprill	Iganädalaste ravi juhtimise meeskonna koosolekute kavandamine.
Aprill-mai	Kohalike haiglate ja sotsiaalhoolekandeteenuste töötajatega kontakteerumine pilootprojekti aegsete suunamisteede ja infovoogude kokku leppimiseks.
Aprill	Projekti jaoks patsientide registreerimise algus, 5-10 raviplaani koosloomine ja dokumenteerimine
Aprill	Kontakt mentoriga
Mai	Seminaril osalemine
Mai	Kontakt mentoriga
Juuni	Kontakt mentoriga
Juuni	Projekti vältel küsitlus perearstide seas (veebiküsitlus)
Juuli	Kontakt mentoriga
August	Kontakt mentoriga
September	Kontakt mentoriga
September	Seminaril osalemine
Oktoober	Kontakt mentoriga
November	Kontakt mentoriga
Detsember	Seminaril osalemine
Detsember	Kontakt mentoriga
Detsember	Projekti järgne küsitlus perearstide seas (veebiküsitlus)

## LISA D: ARUANLUSVORM ÜSIKPRAKSISELE

**NB!** Aruandlusvormi on vajalik täita ja Haigekassale edastada ainult juhul kui perearstimeeskond/perearstikeskus ei kasuta raviplaanide koostamiseks MISP2 andmebaasi ja säilitab raviplaanid digitaalselt eraldiseisvalt.

Üksikpraksiste puhul ja grupipraksiste puhul, kus projektis osaleb ainult 1 perearstinimistu, tuleb täita iga kuu lõpus tabelis jooksva kuu kohta lahter ning edastada täidetud vorm Haigekassa projektijuhi e-mailile ([rauno.maekivi@haigekassa.ee](mailto:rauno.maekivi@haigekassa.ee)). Aruandlusvormi täitmine on vajalik, et jälgida perearsti progressi projektitegevustes.

Perearst	NIMI								
Perearsti nimistu kood									
	2018								
	Aprill	Mai	Juuni	Juuli	August	September	Oktoober	November	Detsember
Aruande täitmise kuupäev									
Mitu patsienti on andnud nõusoleku projektis osalemiseks?									
Mitmele patsiendile on koostatud raviplaan?									
Mitmel patsiendil on lisaks tervisega seonduvatele muredele tuvastatud ka sotsiaalsed probleemid?									
Muu info (sh. igasugune projekti tegevustega seonduvate probleemide ja murekohte info)									

## LISA E: ARUANDLUSVORM GRUPIPRAKSISELE

**NB!** Aruandlusvormi on vajalik täita ainult juhul kui perearstikeskond/perearstikeskus ei kasuta raviplaanide koostamiseks MISP2 andmebaasi ja säilitab raviplaan digitaalselt eraldiseisvalt.

Grupipraksiste puhul võib kasutada aruandluseks vormi, mis koondab kokku kõik projektis osalevad perearstikeskuse nimistud. Aruandlusvorm tuleb ärita kuu lõpus jooksva kuu kohta ning edastada täidetud vorm Haigekassa projektijuhi e-mailile ([rauno.maekivi@haigekassa.ee](mailto:rauno.maekivi@haigekassa.ee)). Aruandlusvormi täitmine on vajalik, et jälgida perearsti progressi projektitegevustes.

Perearstikeskus	<i>NIMI</i>						
Aruande täitmise kuupäev	<i>xx.xx.2018</i>						
Perearsti nimistu kood	<i>Kood1</i>	<i>Kood2</i>	<i>Kood3</i>	<i>Kood4</i>	<i>Kood5</i>	<i>Kood6</i>	<i>Kood7</i>
Mitu patsienti on andnud nõusoleku projektis osalemiseks?							
Mitmele patsiendile on koostatud raviplaan?							
Mitmel patsiendil on lisaks tervisega seonduvatele muredele tuvastatud ka sotsiaalsed probleemid?							
Muu info (sh. igasugune projekti tegevustega seonduvate probleemide ja murekohte info)							