

Ravi juhtimine: suurenenud ravivajadusega patsientide ravi koordineerimine Eestis

Eesti ravi juhtimise pilootprojekti 2017. aasta hindamisaruanne

Maailmapanga Grupp

Lühendite loetelu

RRJ	Riskipatsientide ravi juhtimine
EHK	Eesti Haigekassa
EPS	Eesti Perearstide Selts
ETA	Elektroonilised terviseandmed
SoM	Sotsiaalministeerium
PKS	Perearsti kvaliteedisüsteem
MNH	Mittenakkuslikud haigused
STK	Standardne töökord
MPG	Maailmapanga Grupp
TTL (Task Team Leader)	Maailmapanga Grupi meeskonna juht

Tänuavaldus

Aruandes kirjeldatud suurenenud ravivajadusega patsientide ravi juhtimise pilootprojekti kavandas ja viis Eestis läbi Christoph Kurowski (Maailmapanga Grupi meeskonna juht) juhitud meeskond. Meeskonda kuulusid Elyssa Finkel, Kaija Kasekamp, Marvin Ploetz, Hannah Ratcliffe (Ariadne Labs) ja Asaf Bitton (Ariadne Labs).

Meeskond tänab perearste (Kersti Veidrik, Ruth Kalda, Diana Ingerainen, Katrin Martinson, Kerli Jaagosild, Tatjana Ruže, Anne Kaldoja, Helve Kansi, Elle Mall Keevallik, Marje Oona, Katrin Kurg, Katrin Lätt) ja pereõdesid (Ave Abermann, Kairi Ööpik, Anne Ager, Natalja Ivanova, Eveli Joost, Laura Keidong, Irina Võšegorodtseva, Terje Rannala, Tiina Tamberg, Sandra Soosaar, Natalja Vabarna), kes ühinesid tööühmaga ja osalesid ravi juhtimise pilootprojektis.

Aruandes kirjeldatud pilootprojekti juhtis juhtrühm, kuhu kuulusid Tiiu Aro (Terviseamet); Diana Ingerainen ja Katrin Martinson (Eesti Perearstide Selts); Ruth Kalda (Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut); Marju Past (Puuetega Inimeste Koda); Triin Habicht, Maris Jesse ja Agris Koppel (Sotsiaalministeerium); Natalia Eigo (Tervise Arengu Instituut); Urmas Sukles, Priit Tampere (Eesti Haiglate Liit); Gerli Liivet (Eesti Õdede Liit), Angela Eensalu-Lind (Tallinna Tervishoiu Kõrgkool) ja Tanel Ross (Eesti Haigekassa). Aruandes esitatud asjaolud, tõlgendused ja järeldused ei pruugi tingimata kajastada juhtrühma seisukohti.

Meeskond tänab Eesti Haigekassa töötajaid, eriti Tanel Rossi, Silja Kimmelit ja Jekaterina Demidenkot nende panuse ja tiheda koostöö eest pilootprojekti ettevalmistamisel ja elluviimisel.

Aruande koostamisega tegelesid projekti erinevatel etappidel Ellen Kamenik, Helena Grauberg, Jeremy Veillard, Walter P. Wodchis, Geraint Lewis, Layla McCay, Emily Wendell, Lisa Hirschhorn ja Michael Musharbash. Meeskond on neile väga tänulik.

Meeskond tänab ka Amit Chandrat aruande professionaalse toimetamise eest.

Maailmapank ei ole selle aruande eestikeelse tõlke autor, mistõttu ei saa seda pidada Maailmapanga ametlikuks tõlkeks. Maailmapank ei vastuta tõlke sisu ega vigade eest.

• Sissejuhatus

Maailmapanga Grupp (MPG) alustas 2014. aastal Eesti Haigekassaga koostööd, et hinnata tervishoiusüsteemi kitsaskohti, mis on seotud ravi koordineerimisega erinevate tervishoiu- ja sotsiaalteenuste pakkujate vahel. Andmebaasist võeti teatud terviseseisunditega seotud andmed, mida hinnati seoses krooniliste haiguste ennetamise ja raviga. Erilist tähelepanu pöörati esmatasandi arstiabi rollile ja toimimisele. Koostööprojekti keskseks valdkonnaks valiti esmatasandi arstiabi seetõttu, et tõenduspõhiste uuringutele tuginedes on tugeva esmatasandi arstiabiga riikide tulemused rahvastiku tervise parandamisel ja tervishoiukulude kasvu leevendamisel paremad (50). Uuringu tulemused tõid esile ravi koordineerimise puudujäägid ning võimaluse ravi juhtimise projekti (RRJ) abil tugevdada esmatasandi arstiabisüsteemi. Seesama järelsus sai aluseks 2015. aastal käivitatud ravi juhtimise pilootprojektile, mida aruandes kirjeldatakse.

Ravi juhtimise eesmärk on parandada ravi kättesaadavust, kvaliteeti ja hinda, tegeledes ennetavalt sihtrühma patsientidega. Ravi juhtimise lähenemisviis tugineb esmatasandi arstiabi osutajate eestvedamisele ja aktiivsusele. Ravi juhtimise programmidel on potentsiaal erinevate tervishoiuteenuste ja nende pakkujate vahelise integreerituse suurendamiseks, patsientide ravitulemuste parendamiseks ja tervisealastest sekkumistest saadava kasu suurendamiseks kõikidel tervishoiusüsteemi tasanditel.

Aruandes tutvustatakse ajavahemikul 2016–2017 toimunud Eesti ravi juhtimise pilootprojekti. Aruande 2. osas antakse lühike ülevaade Eesti tervishoiusüsteemist, esitatakse 2014. aasta lähteuringu tulemuste põhjalik analüüs ning kirjeldatakse ravi juhtimist kui võimalikku lahendust Eesti tervisesektori probleemidele. 3. osas käsitletakse ravi juhtimise kogemusi ja parimaid praktikaid. 4. osas kirjeldatakse osalejate kaasamist ravi juhtimise programmi kujundamise protsessi. 5. osas analüüsitakse programmi rakendamise kogemust. 6. osas tuuakse välja pilootprojekti tulemused, mis põhinevad ravikindlustuse raviarvete analüüsil, huvigrupi liikmetega tehtud intervjuudel, pilootprojekti eelsetel ja -järgsetel teenuseosutajate küsitlustel ning kohaliku koordinaatori koostatud igakuistel pilootprojekti seirearuannetel. 7. osas tuuakse välja projekti edasiseks laiendamiseks vajalikud järgmised sammud.

• Taust – ravi juhtimine Eestis

Ülevaade Eesti tervishoiusüsteemist

Eesti tervishoiusüsteemi puhul hinnatakse kõrgelt selle kulutõhusust ja suutlikkust saavutada häid tulemusi. Oodatav eluiga on ligilähedane Euroopa Liidu (EL) keskmisele (77,5 aastat võrreldes 80,9 aastaga 2014. aastal), samas kui alla 5-aastaste laste suremusnäitaja on pisut kõrgem kui ELi keskmine (3,4 võrreldes 4,4-ga 1000 elussünni kohta 2014. aastal) (53). Vaatamata üsna headele tulemusnäitajatele kulutab Eesti tervishoiule ELi keskmisest oluliselt vähem (6,4% SKTst võrreldes 10,1%-ga SKTst 2014. aastal). Tervishoiuteenuseid rahastatakse peamiselt avaliku sektori vahenditest. Need moodustasid 2015. aastal ligikaudu 76% tervishoiu kogukuludest ja neid vahendeid haldab Eesti Haigekassa (54). Teine suurim rahastamisallikas on patsientide omaosalus, mis moodustab ligikaudu 23% tervishoiu kogukuludest. Peamiselt kulub see raha ravimite ja hambaraviteenuste eest tasumisele, eeldades, et rahastamissüsteem tervikuna on nii efektiivne, et leibkonnad on kaitstud ebamõistlikult suurte tervisekulutuste eest.

Eesti on juba teinud suuri edusamme tervishoiu kvaliteedi ja ravi integreeritusega tegelemisel. Näiteks on kasutusele võetud perearstide kvaliteedisüsteemi (PKS), e-konsultatsiooni teenus ja

mitmed teised kvaliteedi tagamise mehhanismid. Sellele vaatamata suurendavad riiklikke kulutusi mittenakkuslike haiguste suurenenud levik, ravi killustatus ning ravimite ja tehnoloogia kallinemine, samal ajal kui tööealise elanikkonna vähenemine on toonud kaasa tervishoiu rahastamiseks vajalike tulude vähenemise. Need solidaarset ravikindlustussüsteemi ähvardavad ohud ajendasid riiki 2014. aastal esmakordselt Maailmapangaga koostööd tegema.

Maailmapanga analüüs 2014–2015

Maailmapanga poolt aastatel 2014–2015 tehtud kvantitatiivne ja kvalitatiivne analüüs näitas, et Eesti tervishoiusüsteemil on tervishoiuteenuste integreeritusega märkimisväärsed probleeme, eriti seoses krooniliste haiguste ennetamise ja raviga. Uuringu järeldused olid järgmised.

- Suur osa statsionaarsest aktiivravist on välditav, kui suunata ravi selleks enam sobivale esmatasandile.
- Suur osa eriarsti visiitidest on välditavad.
- Diabeedi ja kõrgrõhktõvega patsientide vähene kaetus ennetavate teenustega. Patsiendid välistavad sageli esmatasandi arstiabi ja pöörduvad kohe eriarsti poole, ehkki eriarstide külastamine ei parandanud oluliselt krooniliste haiguste ravi tulemust.
- Ravi koordineerimises esineb probleeme kõikidel arstiabi tasanditel nii enne kui ka pärast statsionaarset haiglaravi. Seda näitab esmatasandi teenuseosutajate tehtavate tarbetute operatsioonieelsete uuringute märkimisväärne hulk ja puudulik jätkuravi.

Paljud neist tulemustest erinesid oluliselt ka konkreetsete patsientide /rahvastikurühmade lõikes (nt välditavate hospitaliseerimiste arv oli suurem vaeste, meeste, maapiirkondade elanike ja depressiooni põdevate patsientide seas).

Analüüsi tulemused osutasid võimalusele parandada esmatasandil teatud patsientide rühmale suunatud ravi juhtimist. Esmatasandi arstiabi tugevdamisega on võimalik vähendada välditavate hospitaliseerimiste ja eriarsti visiitide arvu, suurendada ennetavate teenuste pakkumist ja parandada infovahetust esmatasandi teenuseosutajate ja eriarstide vahel. Arstiabisüsteemi tugevdamise eeldusena on vaja laiendada perearstide rolli, et pakkuda suurenenud ravivajadusega patsientidele erinevaid tervishoiualaseid sekkuvaid tegevusi (näiteks patsiendi jälgimine pärast haiglaravi, eriarstile suunamine ja uuringu tulemuste jälgimine, ravimite sobivuse kontrollimine jms), mida edaspidi nimetatakse ravi juhtimiseks.

Esmatasandi arstiabi tugevdamine ravi juhtimise abil

Esmatasandi arstiabi defineeritakse olulise tervishoiuteenusena, mis põhineb teaduslikel ja sotsiaalselt vastuvõetavatel meetoditel ja mis on üksikisikutele ja peredele universaalselt kättesaadav ulatuses, mida kogukond ja riik saavad endale lubada (55). Esmatasandi arstiabi on tavaliselt esimene tervishoiuteenuste tasand, kus patsient kohtub esmakordselt tervishoiuteenuse osutajaga ja kus tehakse suurem osa diagnostikast ning ravist. Esmatasandi arstiabi nimetati Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) 1978. aasta Alma-Ata deklaratsioonis peamiseks mehhanismiks, mis aitab ellu viia põhimõtet „tervishoid kõigile“.

Kaasaegse esmatasandi arstiabi neli funktsionaalset sammast on järgmised:

- 1) Esmase kontakti kättesaadavus.
- 2) Pikaajaline ja järjepidev ravi.
- 3) Ravi terviklikkus koos võimekusega pakkuda arstiabi enamiku terviseprobleemide korral.
- 4) Ravi koordineerimine koostöös tervishoiusüsteemi teiste osapooltega (2).

Kõiki nelja sammast on keerukate ja suurenenud ravivajadusega patsientide puhul väga raske saavutada. Eriti raske on see nende patsiendirühmade puhul, kellel esinevad ravi saamiseks tõsised sotsiaalsed takistused. Keerukate sotsiaal-mediitsiiniliste seisunditega patsiendid moodustavad väikese osa elanikkonnast, ent nende haiguskoormus, tervishoiuteenuste kasutamise maht ja kulud on ebaproportsionaalselt suured. Neil inimestel on sageli mitu kroonilist haigust, märkimisväärsed sotsiaalmajanduslikud probleemid ja/või kaasuvad käitumuslikud terviseprobleemid. Suutmatus nende patsientide ravi tõhusalt korraldada võib viia nende tervise halvenemise, uuringute dubleerimise, ravimite ebasoovitavate koostoimete ja ravivigadeni (3, 49).

Ravi juhtimine on tõhus vahend suurenenud ravivajadusega keerukate patsientide ravi koordineerimiseks ja esmatasandi arstiabi nelja sambaga seotud probleemide lahendamiseks. Ravi juhtimine hõlmab väikese hulga patsientide (tavaliselt 5–10% perearsti patsientide nimistust), kelle puhul esineb suur terviseseisundi halvenemise risk või suurem vajadus arstiabi järele, sihipärast ja ennetavat teavitamist. Ravi juhtimise programmide eesmärk on jõuda keeruka tausta ja suurenenud ravivajadusega inimesteni, et parandada nende tervist ja vähendada vajadust eriarsti tehtavate või tema suunamisega tehtud kallimate uuringute või tervishoiuteenuste järele (4, 5).

Ravi juhtimine võib sisaldada järgmisi toiminguid: katkematu ravi teise ravivormi üleminekul (nt jälgimine pärast haiglast väljakirjutamist), uuringute tulemuste ja eriarstile suunamiste jälgimine, ravikvaliteedi eesmärkide täitmise tagamine (nt PKS Eestis), ravimite omavaheliste konfliktide ja manustamisskeemist kinnipidamise jälgimine ja patsiendi seisundi jälgimine planeeritud visiitide vahelisel ajal. Ravi juhtimisega on võimalik parandada tervishoiuteenuste koordineeritust ja patsientide tervisetulemeid ning seda rakendatakse üha enam tervishoiuteenuste osutamisel kogu maailmas.

• Ettevalmistus – ravi juhtimise parimate praktikate kindlakstegemine

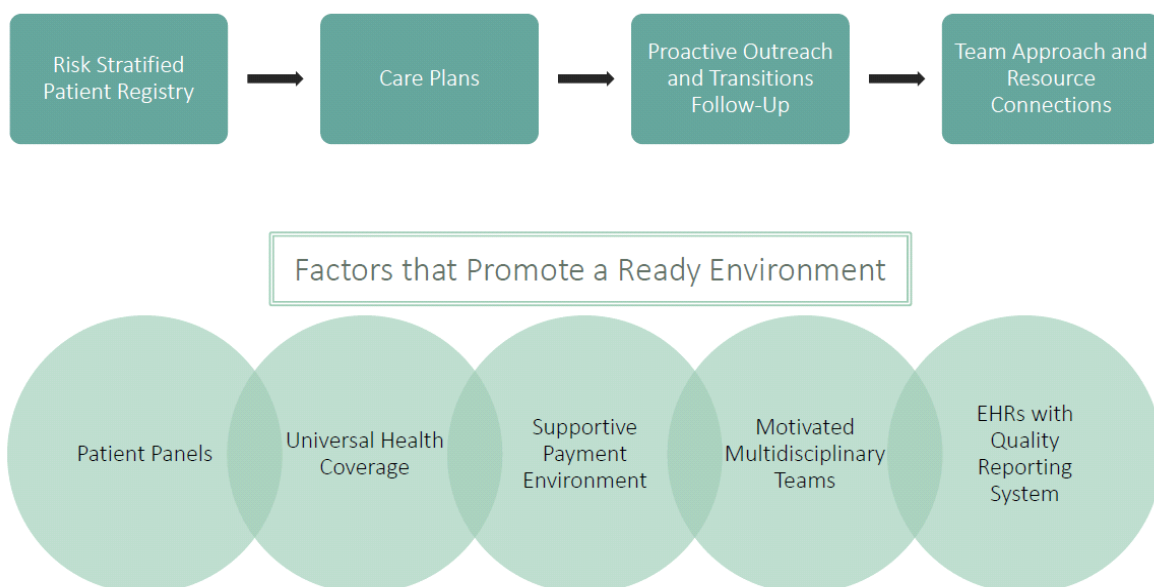
2015. aasta lõpus konsulteeris Maailmapank Kanada, Ühendkuningriigi ja Ameerika Ühendriikide ekspertidega, kes tegelevad krooniliste haigustega patsientide riskide hindamise ja ravi juhtimisega. Konsulteerimise eesmärk oli välja selgitada riskide hindamise ja ravi juhtimise pilootprojekti tegemise potentsiaal Eestis (koostöös haigekassaga). Maailmapank kaasas Ariadne Labsi ekspertide rühma, kes aitasid Eestis pilootprojekti ellu viia.

Analüüsi raamistikuna määratleti programmi neli põhielementi:

- **Haiguspõhise riski järgi eristamine** eesmärgiga keskenduda patsientidele, kes saavad ravi juhtimisest tõenäoliselt kõige enam kasu.
- **Raviplaanid**, et reageerida ennetavalt patsiendi seisundi muutustele, ennetada spetsiifilisi tulevasi probleeme ja aidata olemasoleva haigusseisundiga iseseisvalt paremini toime tulla.

- **Ennetav teavitustegevus ja katkematu ravi teise ravivormi üleminekul**, kaasates kõiki patsiendi ravimisega tegelevaid spetsialiste.
- **Meeskondlik lähenemine ja ressursside ühendamine** patsientide ja nende hooldajatega, et kõikehõlmavalt hinnata ja lahendada meditsiinilisi ja sotsiaalseid probleeme.

Lisaks ülalkirjeldatud põhielementidele võeti arvesse süsteemi neid omadusi või tingimusi, mis on eduka ravi juhtimise elluviimise eeltingimuseks. Nendeks on universaalne ravikindlustus koos ravi juhtimist toetava tasustamissüsteemiga, motiveeritud multidistsiplinaarsed meeskonnad ja elektroonilised terviseandmed (ETA), mis võimaldavad anda tagasisidet kvaliteedi kohta (vt joonis 1).



Joonis 1. Ravi juhtimise põhielemendid
Allikas: autorite väljatöötatud

Risk Stratified Patient Registry	Haiguspõhise riski järgi eristatud patsientide register
Care Plans	Raviplaanid
Proactive Outreach and Transitions Follow-Up	Ennetav teavitustegevus ja katkematu ravi tagamine teise ravivormi üleminekul
Team Approach and Resource Connections	Meeskondlik lähenemine ja ressursside ühendamine
Factors that Promote a Ready Environment	Tegurid, mis soodustavad keskkonna valmisolekut
Patient Panels	Patsientide rühmad
Universal Health Coverage	Universaalne tervisekindlustus
Supportive Payment Environment	Toetav tasustamiskeskond
Motivated Multidisciplinary Teams	Motiveeritud multidistsiplinaarsed meeskonnad
EHRs with Quality Reporting System	ETAd koos kvaliteedi aruandluse süsteemiga

Riskipõhine eristamine – ravi juhtimisega soostuvate patsientideni jõudmine

Riskipatsientideks nimetatakse selliseid patsiente, kellel on suur risk tervises seisundi halvenemiseks või risk tervishoiuteenuste suurenenud kasutamiseks. Esimene samm riskipatsientide kindlakstegemisel mis tahes ravi juhtimise programmi korral on määrata riski tüüp, mida saab ravi juhtimise programmi abil leevendada. Riskipõhist eristamist kasutatakse kõige sagedamini nende patsientide kindlakstegemiseks, kelle puhul esineb suurem risk tervishoiuteenuste sagenevaks kasutamiseks ja sellega kaasnevateks suurteks kuludeks, välditavateks hospitaliseerimisteks ja/või välditavateks haigestumisteks või suremuseks. Need erinevad riskitüübid on omavahel seotud, kuid programmi prioriteediks olev riski alamtüüp varieerub erinevate kontekstide lõikes ja sõltub sihtrühma omadustest, tervishoiusüsteemi prioriteetidest ja teenuse osutamisel ette tulevatest takistustest. Tervishoiukulude kasv on paljudes tervishoiusüsteemides (nt Ameerika Ühendriikides) olnud läbiv probleem ning enamikku ravi juhtimise programme kasutatakse just tervishoiuteenuste liiga sagedase kasutamise ja kulude vähendamiseks (6). Ent ravi juhtimine on üha enam suunatud ka patsiendi tervise ja heaolu edendamisele ning seda kahel viisil: enesega toimetulekul abistamine ja hooldajate kaasamine. Selline nihe lühiajalise kulude kärpimise juurest tervise edendamise suunas nõuab aga samasugust muudatust riski hindamise lähenemisviisis.

Tavapärased patsientide selekteerimise meetodid, mis on kitsalt suunatud tervishoiuteenuseid sagedasti kasutavatele või suurte tervishoiukuludega patsientidele, kaasavad valikusse väga laia terviseprobleemide spektriga patsiendid – alates riskirasedatest kuni sõltuvusainete kuritarvitajate ja raskete südamehaigeteeni. Neist igaüks nõuab ravi juhtimisel erinevat lähenemist. Alternatiivina on kasulik kaaluda otseselt sekkumist vajavate patsientide rühmade loomist. See tähendab, et patsiendid liigitatakse rühmadesse teatud tunnuste alusel, näiteks kindlate diagnooside ja/või teatud sotsiaalsete vajaduste/käitumuslike tunnuste alusel.

Patsientide rühmad määratletakse riski kategooria järgi, mida ravi juhtimise programmi abil saab otseselt aidata leevendada. Patsientide rühmade loomine on suhteliselt uus kontseptsioon. Selle puhul kasutatakse kasutaja, st patsiendi perspektiivist lähtuva probleemi väljaselgitamiseks, grupeerimiseks ja lahendamiseks disainmõtlemise meetodit (8). Töötades välja patsientide rühmade üldist liigitust, mis sisaldab nii meditsiinilisi diagnoose kui ka psühhosotsiaalseid vajadusi, on raviprogrammid suunatud eesmärkidele, mis on patsientide jaoks saavutatavad ja soovitatavad. Teenuseosutaja vaatepunktist lihtsustavad patsientide rühmad ravi juhtimise programmide kujundamist. Defineerides patsiendi koos vajaduste profiiliga (vt joonis 2 allpool) on võimalik ravi juhtimise programme kavandada konkreetset patsientide rühma silmas pidades, selle asemel, et kaaluda kõiki võimalikke riskitegureid ja stsenaariume.

Figure 2: Archetypes of High Users by Pattern and Type of Need	Joonis 2: Sagedasti tervishoiuteenuseid kasutavate patsientide rühmad liigitatuna käitumismustri ja vajaduste alusel
Medical Support	Meditsiiniline abi
1. Medical Complexity/Frailty	1. Meditsiiniline keerukus/nõrkus
2. Severe Relapsing Condition	2. Äge tagasilangustega seisund
Persistent Issues	Püsivad probleemid
Sporadic Issues	Episoodilised probleemid
3. Convergence of medical/social/behavioural issues	3. Meditsiiniliste / sotsiaalsete / käitumuslike probleemide integreerimine
Diagnostic uncertainty	Diagnoosi ebaselgus
Social Support	Sotsiaalne abi

Joonis 2. Sagedasti tervishoiuteenuseid kasutavate patsientide rühmad liigitatuna käitumismustri ja vajaduste alusel

Allikas: Vaillancourt, S. (2014). Using Archetypes to Design Services for High Users of Healthcare, Healthcarepapers

Kui programmis on sõnastatud soovitatav tulemus ja kindlaks määratud patsientide rühmad, kasutatakse haiguspõhise riski hindamist, et eristada teatud kindlad patsiendid, keda programmi kaasata. Haiguspõhise riski järgi eristamise kolm peamist lähenemisviisi on:

1) algoritmil põhinev, tuginedes peamiselt tervishoiuteenuste kasutamise ja raviarvete andmetele või elektroonilistest terviseandmetest saadud kliinilistele andmetele;

2) saatekiri, tuginedes peamiselt arsti intuitsioonile või

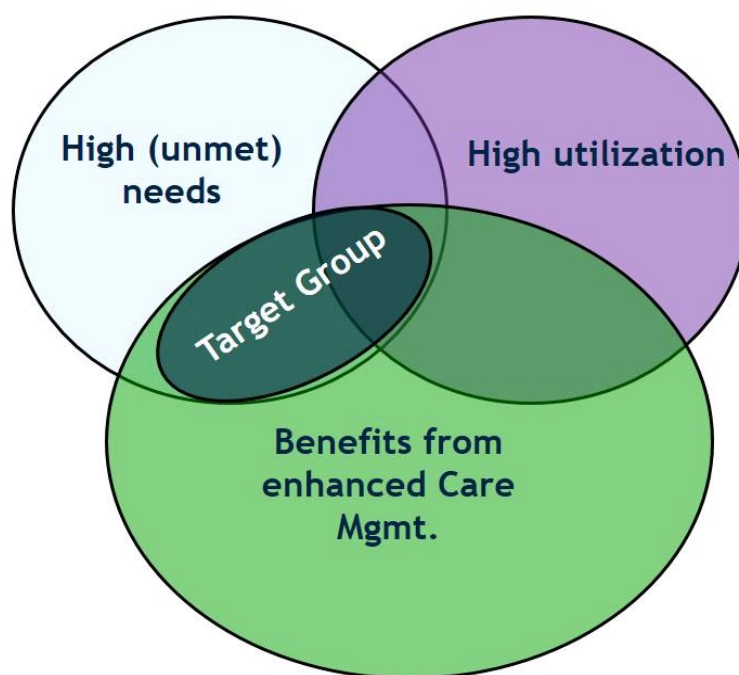
3) hübriidne lähenemisviis, mille puhul kombineeritakse eelkirjeldatud kvantitatiivset ja kvalitatiivset lähenemist.

Uurimistulemused näitavad, et parim meetod suure haigusriskiga rahvastikurühmade kindlakstegemiseks on hübriidne lähenemine, mis ühendab algoritmil põhineva meetodi ja kliinilise intuitsiooni (3).

Hübriidne lähenemisviis on etapiviisiline. Selleks, et tuvastada suurima riskiga või rühma sobivad patsiendid, kasutatakse esimeses etapis olemasolevate kliiniliste andmete (raviarved või ETA) analüüsimiseks algoritmipõhist riskianalüüsi meetodit. Kasutusel on mitmeid algoritmil põhinevaid riskide eristamise meetodeid, mis on andnud häid tulemusi suure riskiga patsientide rühmade tuvastamisel. Ent haiguspõhise riski järgi eristamise meetodil puuduvad kindlalt määratletud standardid ja paljud algoritmid on patenteeritud (nt Johns Hopkinsi ACG-süsteem). Lisaks sellele ei eristu ükski meetod paremuse poolest teistest.

Algoritmipõhised mudelid selgitavad patsientide ravi lõpptulemuste varieeruvusest umbes poole. See võib olla osaliselt tingitud sellest, et piiratud on algoritmipõhiste meetodite võimekus võtta arvesse olulisi psühhosotsiaalseid tegureid, mis võivad mõjutada nii patsiendi vajadust ravi juhtimise järele kui ka võimalusi sellest kasu saada (9). Lisaks erineb suurimasse riskigruppi grupeeritud patsientide ravi intensiivsus ja haigestumus aastate lõikes, mis raskendab üksikisikute lihtsat rühmitamist suurte ravikulude või sageda raviteenuste kasutamise järgi.

Olenemata sellest, millist algoritmipõhist lähenemisviisi kasutatakse, tuleb selle iseloomulikud näitajad ühitada planeeritud ravi juhtimise sekkumismeetmetega ning kaaluda nii patsiendi vajadust kui ka soostumust ravi juhtimise programmis osaleda (vt joonis 3).



High (unmet) needs	Suured (rahuldamata) ravialased vajadused
High utilization	Sage teenuste kasutus
Target Group	Sihtrühm
Benefits from enhanced Care Mgmt.	Ravi juhtimisest saadav kasu

Joonis 3. Venni diagramm sobivate patsiendirühmade kohta ravi juhtimises

Joonis mugandatud: Gerard Anderson & Claudia Salzberg (2016), Identifying High Need High Cost Individuals, Johns Hopkins University

Algoritmpõhise meetodi prognoositava väärtuse täiustamiseks lisab hübriidne lähenemisviis ravi juhtimisse järgmise sammu. Selleks kasutatakse kliinilist intuitsiooni ja teadmisi patsiendi taustaandmete kohta, mida sageli tervise- ega raviarvete andmetest ei leia. Selles etapis vaatab vastutav esmatasandi arstiabi osutaja või ravi juhtimise meeskond algoritmpõhise meetodi abil tuvastatud patsientide nimekirja üle. Kasutades kliinilist hindamisvõimet ja teadmisi oma nimistu patsientide kohta, võivad nad eemaldada nimekirjast patsiendid, kes kliiniliste (st terminaalne diagnoos), sotsiaalsete või käitumuslike põhjuste tõttu ei saaks tõenäoliselt ravi juhtimise programmist kasu. Lisaks võivad praktikud lisada nimekirja patsiendid, keda algoritmpõhise meetodi abil algselt ei tuvastatud, kuid kes suure tõenäosusega saavad ravi juhtimise programmis osalemisest kasu.

Kliinilisel intuitsioonil on hübriidse lähenemise juures väga kaalukas roll, eriti psühhosotsiaalsete teguritega arvestamisel, mille kohta ei ole kliinilisest dokumentatsioonist või raviarvetest nii lihtne andmeid leida. Tervishoiutöötajad võivad kasutada oma isiklike suhteid patsientidega, et hinnata patsiendi selliseid omadusi nagu tervisealane teadlikkus, toimetulekuoskused, füüsiline haavatavus, olemasolevad sidemed teiste tervishoiuteenuste osutajatega, samuti sotsiaalne taust või kodune keskkond (10).

Patsiendi sotsiaalsed ja käitumuslikud omadused võivad oluliselt mõjutada ravi juhtimise programme asjakohasust ja kasulikkust. Näiteks võib eakas patsient, kes elab üksinda ja kelle toimetulekuvõime muutub üha nõrgemaks, saada ravi juhtimise programmist enam kasu kui sama haiguskoormusega eakas patsient, kes elab koos teda igapäevaselt hooldava pereliikmega. Muud sotsiaalsed tegurid, nagu vaesus, kodutus ja töötus, võivad samuti suurendada patsientide vajadust ravi juhtimise programme järele (13). Käitumuslikud terviseprobleemid, nagu sõltuvusainete kuritarvitamine, alkoholism või vaimse tervise häired, muudavad sageli patsiendi ravi keerukamaks, kuid suurendavad nende potentsiaali saada ravi juhtimise programmist kasu (14). Kuid mõnel juhul võivad sotsiaalsed ja käitumuslikud probleemid ka konkreetsest ravi juhtimise programmist saadavat

kasu vähendada. Näiteks võib patsient tõsiste vaimse tervise häirete või sõltuvusainete kuritarvitamise korral vajada rohkem eritähelepanu, kui esmatasandi arstiabil põhinev programm suudab pakkuda. Kas sotsiaalsed ja käitumuslikud probleemid pigem suurendavad või vähendavad ravi juhtimise programmidest saadava kasu tõenäosust, sõltub suurel määral programmi ressursidest. Näiteks multidistsiplinaarse meeskonnaga programmidest, mis kaasavad sotsiaaltöötajaid ja vaimse tervise eksperte, võib olla kasu patsientidele, kelle seisundi käsitlemiseks ei ole üksnes arstist ja õest koosneval meeskonnal piisavat võimekust (13, 17).

Ravi juhtimise plaanid

Kui patsiendid on ravi juhtimise programmi jaoks välja valitud, peab ravimeeskond igaüht neist põhjalikult hindama, et töötada välja asjakohane ravi juhtimise plaan ja luua usalduslik suhe. Põhjalik hindamine on vajalik selleks, et teha kindlaks patsiendi individuaalsed vajadused, võttes arvesse tema sotsiaalset olukorda. Hindamisel tuleks arvestada haiguslugu, ravis esinevaid puudujääke, takistusi ravile pääsemisel ja ravi saamisel, käitumuslikke ja sotsiaalseid vajadusi, funktsionaalset seisundit ja patsiendi rolli (teadmisi ja oskusi) oma tervise eest hoolitsemisel (5, 20). Riskipatsientidega usalduslike suhete loomine on ravi juhtimise programmide edukuse nurgakivi. Selle saavutamiseks peavad ravi juhtimise meeskonnad mõistma patsiendi olukorda ja tegelema nende rahuldamata sotsiaalsete vajadustega. Hinnanguliselt on kuni 70% teguritest, mis mõjutavad patsiendi tervislikku seisundit, sotsiaalsed ja keskkondlikud, samas kui ainult 10% on seotud otseselt arstiabiga (31).

Patient Goals 1. 2. 3.	Current Needs <i>Brief summary, including current medication list</i>
Action Plan <ul style="list-style-type: none"> • How to address comorbidity 1 • How to address comorbidity 2 • How to address comorbidity 3 • Other necessary actions to achieve goals 	
Care transition plan <i>Outline steps the patient should take when admitted/ discharged from the hospital, seeing a specialist, etc.</i>	Key Contact Information <ul style="list-style-type: none"> • Physician name and number • Nurse name and number • ER department phone number • After hours care phone number (if available)

Patient Goals	Patsiendi eesmärgid
Current Needs	Praegused vajadused
Brief summary, including current medication list	Lühike kokkuvõte, mis sisaldab nimekirja ravimitest, mida patsient hetkel võtab
Action Plan	Tegevuskava
* How to address comorbidity 1	* Kuidas käsitleda kaasuvat haigusseisundit 1
* How to address comorbidity 2	* Kuidas käsitleda kaasuvat haigusseisundit 2

* How to address comorbidity 3	* Kuidas käsitleda kaasuvat haigusseisundit 3
* Other necessary actions to achieve goals	* Muud vajalikud meetmed eesmärkide saavutamiseks
Care transition plan	Jätkuravi plaan
Outline steps the patient should take when admitted/discharged from the hospital, seeing a specialist, etc.	Tuua sammhaaval välja, mida patsient peab tegema haiglaravile sattumisel / haiglast väljakirjutamisel, eriarsti visiidil jne
Key Contact Information	Peamised kontaktandmed
* Physician name and number	* Arsti nimi ja telefoninumber
* Nurse name and number	* Õe nimi ja telefoninumber
* ER department phone number	* EMO telefoninumber
* After hours care phone number (if available)	* Tööajavälise arstiabi telefoninumber (kui on olemas)

Joonis 4. Raviplaani näidis

Allikas: autorite väljatöötatud

Raviplaani peaksid põhinema patsiendi vajaduste, väärtuste ja eelistuste terviklikul hindamisel (vt üldist raviplaani näidist joonisel 4). Iga individuaalse raviplaani ülesehitus ja sisu sõltub suuresti riskidest, millele programm on suunatud, tulemustest, mida programmi abil loodetakse saavutada, töötajate olemasolust ning ravimeeskonna ja patsiendi vastastikuse suhtluse jaoks olemasolevatest vahenditest (5). Edukad ravi juhtimise programmid soodustavad enamasti patsiendi ja pereliikmete kaasamist eneseabisse (20). Üks võimalus, mille abil seda tulemust saavutada, on koostada nn „kahepoolsed raviplaani“ või raviplaani, mille teenuseosutajad ja patsiendid või hooldajad ühiselt koostavad. Selleks, et patsiendid ja teenusepakkujad soostuksid raviplaani kasutama, peab see olema võimalikult lihtsalt ja selgelt koostatud ning seostuma patsientide igapäevase kogemusega. Raviplaani peavad sisaldama patsientidele mõeldud tegevuskava, mis näitab patsientidele sammhaaval, mida peaksid teha eesmärkide saavutamiseks tegema. Raviplaani sisaldavad tavaliselt ka patsiendi ja ravimeeskonna omavaheliste kohtumiste aegu ja tegevusi, mida ravimeeskond peab kriitilistes olukordades (nt patsiendi haiglasse sattumisel) ette võtma. Lisaks sellele peab raviplaani vastama kasutajate tehnoloogiapädevuse ja kirjaoskuse tasemele ning võimalustele.

Eristada tuleb raviplaani (mis on staatiline) ja ravi planeerimist (mis hõlmab plaani pidevat ümberhindamist ja pakutava ravi ümberkorraldamist). Selleks, et raviplaani oleksid dünaamilised, peavad ravimeeskonnad, eriti patsientide puhul, kes ei saavuta oma raviplaani eesmärgi, kaaluma järgmisi asjaolusid.

- Millises osas olemasolev raviskeem ühtib või ei ühti patsiendi raviplaani ja eesmärkidega?
- Miks meie raviplaani ei tööta?
- Mis on see väärtus, mida me patsiendile pakume?
- Mis on kõige olulisem asi, mis tuleks teha, et ära hoida patsiendi seisundi halvenemine või viia tema ravi kooskõlla raviplaani?
- Millist probleemi me püüame lahendada? Kas see on meditsiiniline või sotsiaalne, või mõlemad?
- Arvestades vastustega ülaltoodud küsimustele, kuidas me oma igapäevatööd planeerime?

Siinkohal on oluline märkida, et patsientide haiguspõhise riski järgi eristamise ja ravi juhtimise plaani koostamise jaoks ei ole olemas ühtki kindlat standardit, mille järgi toimida. Mis tahes ravi juhtimise programmi ülesehitus sõltub paratamatult sellest, mis tüüpi riski programm püüab leevendada, ja tervisetulemitest, mida kavandatakse programmi abil muuta. Programmi koostamisel ja selle jooksva täiendamisel peab arvestama nii patsientide kui ka teenusepakkujate kogemustega, et tagada programmi eesmärgid: parem ravi, paremini korraldatud ressursside kasutamine ja paremad tervisetulemid.

Ennetav teavitamine ja jätkuravi

Ravi juhtimise programmi põhieesmärk on patsientide ravi ja raviteenuste koordineerimine nii arstiaabisüsteemis kui ka väljaspool seda. Selleks peab ravi juhtimise meeskond looma tugevad ja toimivad suhted haiglate, hooldusasutuste ja teiste meditsiinivaldkondade esindajatega, kes ei ole ravi juhtimise meeskonna liikmed (5). Sellest lähtuvalt peab koordineerimine arvestama ravi juhtimise programmi mudelit, mis soodustab võimalike huvirühmade omavahelist koostööd. (37). Tervishoiuteenuste osutajate omavaheline koostöö võimaldab teha nõuetekohast jätkuravi, jälgida uuringute tulemusi ja saatekirju, tagada ravimite omavaheline sobivus ja manustamisskeemist kinnipidamine, teavitada patsienti ennetavalt ja jälgida teda planeeritud visiitide vahelisel ajal (38). Ravimeeskondade ja patsientide vaheliste regulaarsete kohtumiste ajakava kokku leppimine võimaldab samuti ennetavat teavitamist ja jälgimist. Need ajakavad võivad erineda olenevalt patsiendi vajadusest ja ravimeeskonna võimekusest, ning näha ette igapäevaseid, iganädalasi või igakuiseid kontakte, kasutades selleks tekstisõnumeid, telefonikõnesid või tervishoiutöötajate visiite. Edukates ravi juhtimise programmides tehakse koostööd ka sotsiaalteenuste osutajatega, et viia patsiendid kokku tervishoiusüsteemist väljapoole jäävate ressurssidega nagu majutus, toiduabi, haridus, vanurite hooldus ja transport, mis võivad samas mõjutada patsientide tervislikku seisundit.

Ravi koordineerimise oluline osa on patsiendi tervislikus seisundis toimuvate muutuste jälgimine teise ravivormi üleminekul. Selleks on vaja, et esmatasandi arstiabi ja teise ning kolmanda taseme eriarstiabi raviteenuste osutajad suhtleksid tõhusalt ja koordineerisid tegevusi. Tervishoiutehnoloogiate asjakohase kasutamisega on võimalik sellist koordineerimist hõlbustada. Tehnoloogia võimaldab jagada dokumente, korraldada õigeaegset teabevahetust tervishoiuteenuse osutajate ja patsientide vahel, anda reaaliajaks teateid ja teha kaugseiret (5). Tehnoloogiat tuleks kasutada olulistest sündmustest, nagu näiteks haiglaravile sattumine, ühest ravikeskkonnast teise üleminek ja haiglast väljakirjutamine, õigeaegseks teavitamiseks. Need on kriitilised olukorrad, kus ravi juhtimine on eriti tähtis, et kindlustada esmatasandi arstiabi meeskonna poolt õigeaegne jätkuravi, alustada vestlusi patsiendi raviplaanides vajalike muudatuste tegemiseks ja hinnata peamisi ohutusega seotud probleeme, nagu ravimitega varustatus ja ravimite koostoime (5). Näiteks Ameerika Ühendriikide ravi juhtimise programmides toimub esmatasandi tervisekeskuste ja haiglate vahel regulaarne infovahetus. Kui patsient satub EMO vastuvõttu või on hospitaliseeritud, teavitatakse sellest ravijuhte ja nad peavad eriarstiabi meeskondadega sidet. Kui patsient kirjutatakse haiglast välja, määratakse kindlaks eeldatav jätkuravi. EMO visiidi puhul, mis ei lõpe hospitaliseerimisega, eeldatakse, et ravijuhid helistavad patsiendile 72 tunni jooksul pärast tema EMOST väljakirjutamist. Statsionaarse haiglaravi lõppedes helistavad ravijuhid 24 kuni 48 tunni jooksul pärast patsiendi väljakirjutamist, et leppida kokku jätkuravi visiit järgmiseks nädalaks. Selle jätkuravi visiidi käigus saab teenuseosutaja kontrollida ravimite omavahelist sobivust ja kliinilist seisundit.

Meeskondlik lähenemine ja ressursside ühendamise ravi juhtimises

Ravi juhtimise programme võivad juhtida mitmed erinevad organisatsioonid, sealhulgas teenuste eest tasujad, haiglad või kolmandad osapooled, kuid kõige tõhusamalt juhivad programme esmatasandi arstiabi meeskonnad oma praksistes (3,22). Kuigi paljude programmide edu aluseks on olnud multidistsiplinaarsed ravi juhtimise meeskonnad (5), on näiteid ka selle kohta, kuidas väikesed, ainult kahest teenuseosutajast koosnevad meeskonnad suudavad patsientide ravi märkimisväärselt mõjutada (24). Igall juhul on ravi juhtimise meeskondade koosseis programmi erinev ja need tuleb kohandada vastavalt patsientide vajadustele.

Meeskonda kuulub tavaliselt ravijuht, tihti õde, sotsiaaltöötaja või kogukonna tervishoiutöötaja, kes teeb koostööd esmatasandi arstiga. Ravi juhtimise programmide edasi arenedes võivad ravimeeskonnad kasvada ja patsiendirühma vajadusi silmas pidades kaasata ka teisi teenuseosutajaid. Näiteks võib kaasata sotsiaaltöötajaid, kogukonna tervishoiutöötajaid ja tervisekäitumise nõustajaid.

Ravimeeskondade kasutuses olev infrastruktuur ja meeskonnakultuur võivad oluliselt mõjutada programmi tulemuslikkust. Tõhusate ravimeeskondade tööpõhimõtete- ja rutiinide väljaselgitamine võib seega olla edukate ravi juhtimise programmide loomisel otsustava tähtsusega. Sama asukoht, isiklikud kohtumised ja jagatud IT-platvormide kasutamine kõikidel teenuseosutajate tasanditel võib parandada ravi efektiivsust ja kvaliteeti ning edendada ühtset meeskonnakultuuri (28). Teine võtmetähtsusega tegur on selgete, meeskonna missiooniga kooskõlas olevate ülesannete ja kohustuste kindlaksmääramine. Toetava, ühtehoidva ja tagasisidestamist toetava keskkonna loomine aitab samuti kaasa ravi juhtimise programmi eesmärkide saavutamiseks vajaliku meeskondliku õhustiku kujunemisele.

• Kaasamine – osalemisprotsessi kasutamine ravi juhtimise programmi väljatöötamiseks Eestis

Käesolevas peatükis kirjeldatakse Eesti ravi juhtimise pilootprojekti elluviimise esimest etappi. Samuti antakse ülevaade peamiste huvirühmade kaasamisest haiguspõhiste riskide eristamise mudeli ning ravi juhtimise programmi väljatöötamisse. Maailmapanga töörühm koordineeris Ariadne Labsi kaasabil koos Eesti huvirühmadega ravi juhtimise programmi väljatöötamist. Lähtuti käesoleva aruande 3. osas kirjeldatud rahvusvahelistest õppetundidest ja headest tavadest seoses haiguspõhise riski järgi eristamise ja ravi juhtimisega. Ravi juhtimise programmi väljatöötamise esimeses etapis töötati välja haiguspõhise riski järgi eristamise põhimõtted, et jõuda kõige olulisemate terviseriskidega patsientideni Eestis. Eesmärk oli välja töötada sekkumispakett haiguspõhise riski põhjal eristatud patsientidele, mida oleks asjakohane rakendada Eesti tervishoiusüsteemis.

Esimesed nõupidamised perearstidega 2016. aasta veebruaris

2016. aasta veebruaris konsulteeris Eesti Haigekassa perearstidega, et alata arutelu riskipatsientide registri väljatöötamiseks ja katsetamiseks. Riskipatsientide registri loomise eesmärk oli täielikult ära kasutada riigis olemasolevaid andmeallikaid, et perearstid saaksid neid kasutada otsuste tegemise tööriistana väljavalitud krooniliste haigustega patsientidega seotud töös. Pärast esmast konsultatsiooni otsustati kokku kutsuda perearstide töögrupp, kellel olid volitused aidata kavandada registri metoodikat ja alustada pilootprojekti. Selle töörühma eesmärgid olid järgmised:

- 1) seada riskipatsientide registri eesmärgid ja pilootprojekti tööpõhimõtted;
- 2) anda sisend raviarvetelt saadavate andmete analüüsi alusel väljavalitavate krooniliste haigustega patsientide eristamise metoodika väljatöötamiseks ja suunised lisamaks perearstide teadmised ja intuitsioon;
- 3) osaleda riskipatsientide registri loomise pilootprojekti ja jagada kogemusi;
- 4) osaleda lõpuseminaril, et hinnata pilootprojekti tulemusi ja arutada selle laiemat kasutuselevõttu.

Esimene perearstide töötuba 2016. aasta märtsis

Esimene töötuba toimus 2016. aasta märtsis. Selle põhieesmärk oli kokku leppida Eesti esmatasandi arstiabil tugineva ravi juhtimise programmi põhijoontes. Maailmapanga ja Ariadne Labsi esindajad tutvustasid ravi juhtimise kontseptsioone ja mudeleid Eesti erinevates piirkondades praktiseerivale 14 perearstile, Sotsiaalministeeriumi ja haigekassa töötajatele. Osalevad perearstid valiti välja koos Eesti Perearstide Seltsi (EPS) ja haigekassaga. Sellesse rühma kuulusid EPSi juhatuse endised liikmed, Eesti perearstide koolitamisega tegelevad õppejõud ja arst-residendid, kelle väljaõpe veel kestis. Perearste kutsus töörühmaga liituma haigekassa. Peamised ravi juhtimise programmis

osalemise valikukriteeriumid olid inglise keele oskus ja suur sisemine motivatsioon. Samal ajal tagas haigekassa, et perearstide töögrupp esindaks Eesti perearstide praksiseid ja nende erinevaid töötingimusi tervikuna (nt nii maa- kui ka linnapiirkondades tegutsevad praksised, nii rühma- kui ka üksikpraksised jne). Joonisel 5 on näidatud pilootprojektis esindatud perearstide praksiste jaotumine Eestis (nii üksik- kui ka rühmapraksised).



Joonis 5. Ravi juhtimise pilootprojektis osalevate perearstipraksiste geograafiline jaotumine
Allikas: autorite väljatöötatud

Selleks, et leppida kokku patsiendiregistri andmetel põhineva patsientide haiguspõhise riski järgi eristamise meetodika, esitas Maailmapanga töörühm esmalt andmed haiguskoormuse kohta Eestis, et selgitada välja ravi juhtimise programmi potentsiaalsed sihtrühmad. Riski järgi eristamise kriteeriumide täpsemaks määratlemiseks arutasid töötoas osalejad järgmisi küsimusi.

- Millised kliinilised tunnused on kõige olulisemad?
- Milliseid kõrvaltoimeid peab vältima iga kliinilise diagnoosi kategooria osas?
- Millised muud kaasnevad haigusseisundid mõjutavad patsiendi tõenäosust ravi juhtimise programmist kasu saada?
- Millised teised kliinilised, käitumuslikud, sotsiaalsed / majanduslikud tegurid suurendavad või vähendavad patsiendi tõenäosust ravi juhtimise programmist kasu saada?
- Millised patsientide rühmad (mis põhinevad kliiniliste, käitumuslike ja sotsiaalsete omaduste kombinatsioonidel) saavad kõige tõenäolisemalt kasu ravi juhtimisest esmatasandi arstiabi tasemel?

Üksmeelselt leiti, et Eesti ravi juhtimise pilootprojekti eesmärk peab olema patsientide kaasamise ja tervisetulemite parandamine südame-veresoonkonna ja hingamisteede haigustega ning vaimsete häiretega patsientide seas.

Sellest tulenevalt arutleti järgnevates töötubades selle üle, kuidas määrata kindlaks konkreetne riskipatsientide (ja suure teenusekasutusega patsientide) rühm, kes soostuvad ravi juhtimise programmis osalema. Pärast seda, kui suure haiguskoormusega ja ravi juhtimise sekkumistega soostuvatest patsiendirühmadest valiti üks alarühm, keskenduti töötoas nende patsientide rühmade välja töötamisele, kes saavad suure tõenäosusega ravi juhtimisest kõige rohkem kasu. Need rühmad olid aluseks tööruhma poolt järgnevalt välja töötatud haiguspõhise riski järgi eristamise mudelile. Patsientide rühmal põhinev lähenemisviis võimaldas osalejatel keskenduda mitte üksnes kõige haigematele ja suurima riskiga patsientidele, vaid ka patsientide kohordile, kes on vähem haiged, kuid kelle puhul saab ravi juhtimisega hoida ära nende haiguse progresseerumise.

Haiguspõhise riski järgi eristamise algoritmi lähtepunktiks või esimeseks filtriks valiti metaboolne triaad (hüpertensioon, suhkurtõbi ja hüperlipideemia). Metaboolse triaadi haigusi peeti tähtsaks nii nende haiguskoormuse tõttu kui ka mõju tõttu muude krooniliste haiguste (nt südame-veresoonkonna haigused) progresseerumisele. Ravi juhtimise programmi kaasamiseks peab patsiendil olema vähemalt üks metaboolse triaadi seisunditest (vt joonised 6 ja 7).

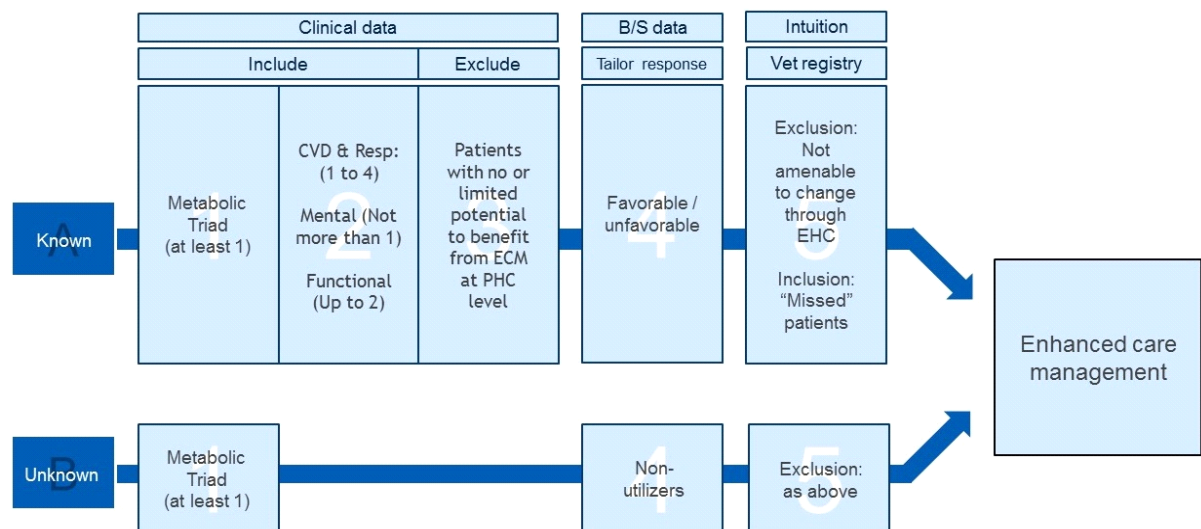
Kokkulepitud haiguspõhise riski järgi eristamise lähenemisviisi kohaselt ei rühmitata patsiente mitte tervishoiuteenuste varasema kasutussageduse alusel, vaid pigem krooniliste haigusseisundite alusel, mille all nad kannatavad. Samas ei kasuta valikumehhanism pelgalt krooniliste haigusseisundite loendamist, vaid arvestab mitmetasandilise või hierarhilise eristamismudeli loomisel kroonilise seisundi tüüpi, raskusastet ja seoseid teiste krooniliste haigusseisunditega. Selleks, et määrata kindlaks patsiendi krooniliste haiguste arv, arvestatakse ka triaadi mittekuuluvaid seisundeid. Seda numbrit, kui see ületab piirataseme, saab kasutada patsientide riski juhtimise programmist välja arvamiseks. Triadi mittekuuluvaid seisundeid ei käsitleta otseselt patsientide rühmade määratlemise kriteeriumina.

Patsiente, kes ei saa ravi juhtimisest piisavalt kasu, ei lisata algoritmi abil koostatud patsiendinimekirjadesse. Üks põhjus, miks patsient ei pruugi saada ravi juhtimisest kasu, on see, et üks või mitu tema haigusseisundit on liiga kaugale arenenud. Seega on patsientide valimise algoritmi eesmärk tuvastada patsiendid, kes kannatavad kindlate krooniliste haigusseisundite all (st vähemalt kahe, kuid mitte rohkem kui seitsme haigusseisundi all) ja saavad ravi juhtimise pilootprojekti pakutavatest sekkumistest kasu. Need sekkumised hõlmavad kaasuvate haiguste ennetamist ja patsientide krooniliste seisundite paremat ja integreeritud ravi.

Haiguspõhise riski järgi eristamine välistab patsiendid, kes tõenäoliselt ei saa või saavad piiratud ulatuses esmatasandi arstiabi tasemel ravi juhtimisest kasu. See, kas patsient võib saada ravi juhtimise programmis pakutavast sekkumisest kasu, tehakse kindlaks nelja erineva kriteeriumi abil. Esiteks jäetakse haiguspõhise riski järgi eristamise algoritmi alusel koostatud nimekirjast välja patsiendid, kellel on diagnoositud vähi akuutne vorm (saavad vähiravi) või skisofreenia, samuti patsiendid, kes saavad neerupuudulikkuse tõttu dialüüsi, või kellel on spetsiifilist ravi vajavad kaasasündinud vääringud ja haruldased haigused. Samuti jäetakse välja patsiendid, kellel on rohkem kui kaks triadi mittekuuluvat kroonilist haigusseisundit, sest kõigi nende seisundite ravi on keeruline. Patsiendid, kellel on mitu vaimse tervise häiret, jäetakse samuti ravi juhtimise pilootprojekti patsiendinimekirjadest välja, võttes arvesse, et perearst ei suuda tõenäoliselt samaaegselt hoolitseda mitme vaimse häirega patsiendi ravi juhtimise eest. Viimaks jäetakse patsiendinimekirjadest ja ravi

juhtimise pilootprojektist välja patsiendid, kellel on kokku rohkem kui seitse kroonilist seisundit (vt joonis 6).

Patsientide valikuprotsess tagab, et projektis osalevad patsiendid, kellel on keerukad vajadused, kuid mitte nii tõsised või keerulised, et need koormaksid liialt ravi juhtimise meeskonda. Pärast algoritmi abil patsientide valimist vaatasid ravi juhtimise meeskonnad nimekirja läbi ning eemaldasid või lisasid nimesid oma kliinilisele kogemusele ja intuitsioonile toetudes, järgides niimoodi 3. osas kirjeldatud riski järgi eristamise hübriidmeetodit (vt joonis 7). Haiguspõhise riski järgi eristamise üks oluline uuendus on see, et selle abil ei tuvastata üksnes patsiente, kes on olnud varem tervishoiuteenuste sagedased kasutajad, vaid valitakse välja ka patsiendid, kellel ei ole tervishoiuteenuste osutajatega olnud regulaarset kontakti. Nendel patsientidel esinevad riskitegurid (st metaboolse triaadi seisund), mis võivad puuduliku ravi korral viia tervise seisundi halvenemise, haiguse progresseerumise ja suure tervishoiuteenuse kasutamissageduseni tulevikus. Võttes arvesse krooniliste haiguste olemust ja nende progresseerumise viisi ravimata jätmise korral, moodustavad patsiendid, kes ei otsi perearstidelt regulaarselt haiguste ennetamiseks ravi või abi, veel ühe patsiendirühma, mis jääb ravi juhtimise sekkumise huviorbiiti. Neid patsiente nimetatakse tundmatuteks patsientideks, sest neile määratud arstid ei ole tingimata nende vajadustest ja tervislikust seisundist teadlikud, kuna nad on aasta jooksul arsti külastanud väga harva või üldse mitte (vt gruppi nimetusega „sihtrühm II“ allpool toodud joonisel 8).



Clinical data	Kliinilised andmed
Include	Kaasata
Exclude	Välja arvata
Known	Teadad
Metabolic Triad (at least 3)	Metaboolne triaad (vähemalt 3)
Unknown	Teadmata
Metabolic Triad (at least 1)	Metaboolne triaad (vähemalt 1)
CVD & Resp: (1 to 4)	SVH ja hingamisteede haigused (1 kuni 4)
Mental (Not more than 1)	Vaimne häire (mitte rohkem kui 1)
Functional (Up to 2)	Funktsionaalne (kuni 2)
Patients with no or limited potential to benefit from ECM at PHC level	Patsiendid, kelle puhul puudub või on minimaalne tõenäosus RRJst esmatasandi arstiabi tasemel kasu saada

B/S data (Behavioral/Social data)	K/S andmed
Tailor response	Kohandatud vastus
Favorable / unfavorable	Positiivne / negatiivne
Non-utilizers	Mittekasutajad
Intuition	Intuitsioon
Vet registry	Arsti andmebaas /register
Exclusion:	Välistamine:
Not amenable to change through EHC	Ei soostu muutustega RRJ abil
Inclusion:	Kaasamine:
“Missed”	„Märkamata jäänud“
patients	Patsiendid
Exclusion:	Välistamine:
as above	Nagu ülalpool
Enhanced care management	Riskipatsientide ravi juhtimine

Joonis 6. Eesti ravi juhtimise pilootprojekti patsientide valimise algoritm

Allikas: autorite väljatöötatud

Olulised kaasamiskriteeriumid

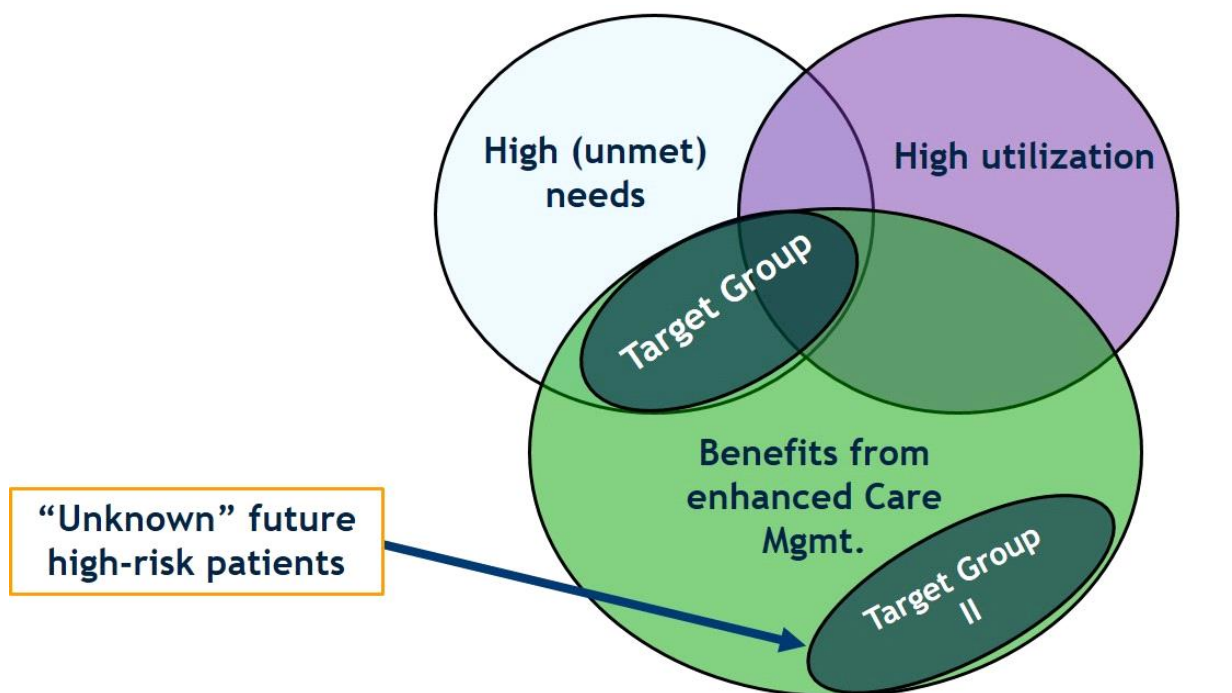
- **Vähemalt üks metaboolse triaadi seisund** (hüpertensioon, hüperlipideemia, diabeet) **ja**
- **1–4 hingamisteede ja/või kardiovaskulaarset häiret**, millest 0–2 astma, KOK ja 0–2 südame isheemiatõbi, insult, südamepuudulikkus, kodade virvendusarütmia.

Täiendavad kaasamiskriteeriumid

- **0–1 vaimset häiret** (meeleoluhäired, alkoholi kuritarvitamine, ainete kuritarvitamine, dementsus) **ja**
- **0–2 funktsionaalset häiret** (nägemis- ja kuulmispuuded, nõrkus).

Välistamiskriteeriumid

- **Rohkem kui kaks kardiovaskulaarset haigust / rohkem kui üks vaimne häire.**
- **Teatud haiguste mistahes diagnoos:** vähk, skisofreenia, hemodialüüsi vajavad neeruhaigused, kaasasündinud väärarengud ja haruldased haigused.
- **Rohkem kui seitse kaasnevat haigust:** kaasnevate haiguste nimekirjas olevad diagnoosid ning levinumad kroonilised haigused (vt lisa 3).



High (unmet) needs	Suured (täitmata) vajadused
High utilization	Suur kasutussagedus
Target Group	Sihtrühm
Benefits from enhanced Care Mgmt.	Ravi juhtimisest saadav kasu
Target Group II	Sihtrühm II
“Unknown” future high-risk patients	„Teadmata” ehk tuleviku riskipatsiendid

Joonis 7. Venni diagramm patsientide tüüpide kohta ja kaks potentsiaalset patsientide sihtrühma

Joonis mugandatud allikast: Gerard Anderson & Claudia Salzberg (2016), Identifying High Need High Cost Individuals, Johns Hopkins University

Järgides ravi juhtimise rahvusvahelist kogemust, loeb Eesti patsientide valimise algoritm ravi juhtimise programmi kaasamiseks ideaalseks patsiendid, kellel esineb mitu kaasnevat haigusseisundit ja/või sotsiaalsed ning käitumuslikud terviseprobleemid. Nende patsientide haiguskoormuse, tervishoiuteenuste kasutamise ja kulude osa on ebaproportsionaalselt suur. Ent sellise rahvastikurühma ravi koordineerimine võib toimiva ravi juhtimise programmi puudumisel olla keeruline, kuna need patsiendid käivad mitme erineva eriarsti juures, võtavad tõenäoliselt palju erinevaid ravimeid ja neil on oluliselt piiratud funktsionaalne võimekus. Selline riski järgi eristamise mudeli sobitamine kättesaadavatesse ravi juhtimise programidesse ja teenusepakkuja intuitsiooni kasutamine algoritmi alusel valitud patsientide eemaldamiseks ja uute patsientide lisamiseks tagab, et ravi juhtimise programmis osalevad patsiendid saavad sellest kasu. Patsiendi programmi kaasamise määrab eelkõige see, kas tal on suur hulk ilmselt rahuldamata vajadusi ja see, kuivõrd ta saab ravi juhtimise programmist kasu, mitte asjaolu, kas tema tervishoiuteenuste kasutamine ja kulud on suured. Selline lähenemisviis võimaldab kaasata „teadmata” ehk tulevasi riskipatsiente, nagu eespool kirjeldatud, ja keskendub ravi juhtimise programmi kaasatud patsientide tervisetulemuste maksimaalsele parandamisele.

Teine perearstide töötuba 2016. aasta novembris

Pärast esimest töötuba võeti kasutusele patsientide valimise algoritm, kasutades haigekassa raviandmeid. 2016. aasta novembris toimunud teises perearstide töötoas alustati valikumeetodi läbivaatamist. Näiteks tutvustati töörühma liikmetele ravi juhtimise programmi potentsiaalselt kaasatavate patsientide jaotuvust eri rühmade lõikes (meditsiiniliste näitajate põhjal moodustatud rühmad, arvestamata patsiendi sotsiaalseid ja käitumuslikke omadusi, vt tabel 1). Selles töötoas liitusid töörühmaga ka pereõed, mis kinnitas meeskondliku lähenemisviisi olulisust ravi juhtimise programmi edukusele.

Tabel 1. Eesti patsientide jaotus haiguste rühmade lõikes 2015. aastal

Haiguste rühmad	Patsientide arv kokku	Protsent patsientide koguarvust
SVH ja hingamisteede haigused, vaimsed ja funktsionaalsed häired	382	0,20
SVH ja hingamisteede haigused, vaimsed häired	2741	1,47
SVH ja hingamisteede haigused, funktsionaalsed häired	1946	1,04
SVH, vaimsed ja funktsionaalsed häired	1541	0,83
Hingamisteede haigused, vaimsed ja funktsionaalsed häired	179	0,10
SVH ja hingamisteede haigused	15 491	8,31
svH ja funktsionaalsed häired	8432	4,52
SVH ja vaimsed häired	13 441	7,21
Hingamisteede haigused ja vaimsed häired	2419	1,30
Hingamisteede haigused ja funktsionaalsed häired	1072	0,58
SVH	87 637	47,01
Hingamisteede haigused	16 248	8,71
Ükskõik milline ülaltoodust	151 529	81,28
„Teadmata“ patsiendid	34 898	18,72

Allikas: Maailmapanga meeskonna arvutused

Lähtudes ravi juhtimise rahvusvahelistest parimatest tavadest (vt 3. osa) said töötoas osalenud perearstid ja pereõed väljaõppe ravi juhtimise programmi nelja alljärgneva põhikomponendi kohta:

- 1) haiguspõhise riski järgi eristamine (kasutades esimeses töötoas defineeritud kaasamise / välistamise algoritmi);
- 2) ravi juhtimise tegevuskavade koostamine;
- 3) ennetav teavitustegevus ja jätkuravi;
- 4) patsientide ja hooldajate meeskonna loomine.

Lisaks arutas töörühm üldist pilootprojekti logistikat, ajakava ning ravi juhtimise pilootprojekti seire ja hindamise toetamist.

Algoritmi alusel tuvastatud patsiendid olid arutluse aluseks, kuid neid ei olnud kohustus kaasata ravi juhtimise programmi nimekirjadesse. Kuna protsessi eesmärk oli tuvastada patsiendid, kes saavad ravi juhtimisest tõenäoliselt kõige rohkem kasu (ilma et see oleks ülemäära ressursimahukas), paluti perearstidel algoritmi abil väljasõelatud patsientide nimekirjad läbi vaadata ja eemaldada need patsiendid, kes programmist tõenäoliselt kasu ei saa (ühtlasi põhjendades oma välistamisotsust). Samuti paluti neil lisada patsiendid, kelle puhul nad tundsid, et algoritmi abil saadud nimekirjast olid need põhjendamatult välja jäetud. Välistamine ja kaasamine toimus tabelis 2 esitatud suuniste järgi.

Tabel 2. Patsientide välistamise/kaasamise suunised ravi juhtimise meeskondadele

Vältige tendentse, kus te välistate teatud patsiente – just need patsiendid võivad programmist kõige rohkem kasu saada	Olge teadlikult ettevaatlikud oletuste suhtes, et patsiendid ei saa programmist kasu / ei soovi olla programmi kaasatud.
	Hoiduge eelarvamustest: püüdke mitte välistada patsiente, kellel on tervishoiuteenuste osutajate suhtes negatiivne hoiak (ebamugavad patsiendid), kui nende välistamiseks ei ole mõjuvat põhjust.
	Ilmsete sotsiaalsete riskidega patsiente tuleks programmi pigem kaasata, välja arvatud juhul, kui nende välistamiseks on olemas väga mõjuv põhjus.
	Ravi juhtimise programmid toovad sageli kasu varasemalt traditsioonilistes esmatasandi mudelites mitteosalenud patsientidele – näiteks varem ravisuunistest mitte kinni pidanud, väheste terviseteadmistega või osalemishuvi mitte üles näidanud patsientidele.
Praksise võimekusega arvestamine selleks, et ravi juhtimise programmist kasu tekiks	Kui patsiendi haigusseisund on väga raske, kuid tõenäoliselt on talle ravi juhtimise programm kasulik, tuleks ta programmi lisada; kui tõenäosus kasu saada puudub, pole teda vaja programmiga liita.
	Teie hinnangu puhul, kas teatud patsientidel on ravi juhtimisest kasu, tuleks arvestada teie ravimeeskonna koosseisu, muude tervishoiuteenuste osutajate kättesaadavust, võimekust jne.
Olemasolevate toetuste tugisüsteemidega arvestamine	Suhted teiste teenusepakkujatega, näiteks eriarstidega (nt onkoloogiga või erasektori teenusepakkujatega või sotsiaalhooldusteenuse pakkujatega (toetatud elamise teenus, hooldekodud) võivad mõjutada ravi juhtimise programmist saadavat lisahüve.
	Isoleeritud patsiendid võivad pigem saada rohkem kasu ennetavast proaktiivsest suhtlusest: pere toetuse puudus võib piirata nende võimet tervishoiusüsteemis orienteeruda ja teenuseid leida.
Ohutuskaalutlused	Ärge valige patsiente, kes tõenäoliselt kujutavad turvariski perearsti meeskonnale.

Eestis on perearstidel nimistus keskmiselt 1700 patsienti ja paljud perearstid töötavad ühe pereõega üksikpraksises. Arvestades nende eeltingimustega ning hinnates ravi juhtimise programmi teostatavuse võimalikkust Eestis, arutati sekkumiste paketi lisamist ravi juhtimise programmi. Lepiti kokku, et riskipatsientide ravi juhtimise programmis on kolm etappi.

Riskipatsientide ravi juhtimise programmi **esimene etapp** on vajaduste hindamine ja ravi planeerimine. Raviplaanid koostatakse eelkõige patsientidele kasutamiseks ja on kohandatud iga patsiendi jaoks.. Selle eesmärgi saavutamiseks tuleks järgida järgnevaid põhimõtteid.

- **Koostage plaan ühiselt:** raviplaanid tuleks koostada koos patsiendi, hooldaja ja/või patsiendi pereliikmetega.
- **Plaan olgu lihtne:** raviplaanid peavad olema võimalikult lihtsa ja selge ülesehitusega ning sobima kasutamiseks nii patsiendile kui ka teenusepakkujale. Patsient peab aru saama, et raviplaan on mõeldud talle endale kasutamiseks.
- **Pidage meeles üldisi eesmärgi ja hinnake oma tööd pidevalt uuesti üle:** eristada tuleb raviplaani (mis on staatiline) ja ravi planeerimist (mis hõlmab ravi ümberhindamist ja raviplaaniga ühitamist).

Tabel 3. Lõpliku raviplaani komponendid

Vajaduste hindamine	Kokkuvõtte kõikidest praegustest meditsiinilistest probleemidest ja põhiküsimustest, mida patsient soovib lahendada.
Ravimid	Nimekiri kõikidest ravimitest, mida patsient praegu võtab, ning raviskeem.
Patsiendi eesmärgid	Kaks kuni kolm patsiendi enda sõnastatud eesmärki: mida patsient seoses oma tervisega kõige rohkem soovib? Nt paranenud tervisetulem, eneseabi küsimused, teatud teenuste kasutamine, psühhosotsiaalsete probleemide lahendamine jne.
Tegevuskava	Selgitage välja tekkida võivad olulised terviseprobleemid ja koostage situatsiooniplaanid (kui x juhtub, siis tehke y).
Katkematu ravi tagamine	Selgitage, mida patsient peab tegema, kui ta satub haiglasse (nt helistama perearstikeskusesse ja teavitama ravi juhtimise meeskonda).
Kontaktandmed	Patsiendi ja tema lähedase kontaktandmed. Arsti ja õe kontaktandmed. Päevase ja öhtuse aja kontaktandmed.

Riskipatsientide ravi juhtimise **teine etapp** on ravi koordineerimine ja teabevahetus teiste tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandeteenuste osutajatega. Perearstidel paluti riskipatsiente jälgida, tagades seejuures vastavuse riiklikele suunistele (kehtiv kvaliteeditasu süsteem), ühildada ravimiskeeme ja parandada ravimite manustamisskeemist kinnipidamist, tagada riskipatsientide katkematu ravi teise ravivormi üleminekul (nt jätkuravi, arsti visiitid pärast haiglast välja kirjutamist jne), jälgida uuringute tulemusi ja eriarstide juurde suunamisi ning jälgida patsiente planeeritud visiitide vahelisel ajal.

Enne töötoa toimumist tegi Maailmapanga meeskond perearstide seas küsitluse, et hinnata nende kursisolekut olemasolevate riigi ja kohaliku omavalitsuse pakutavate sotsiaalhoolekandeteenuste ja -toetustega. Küsitluse tulemusena selgusid perearstide seisukohad selle kohta, kas ravi juhtimise kooskõlastamine sotsiaaltöötajatega on nende ülesanne. Selle eesmärk oli saada tagasisidet perearstide kogemuste kohta sotsiaalhoolekandeteenuste osutajatega suhtlemisel. Küsitlus osutas puudujääkidele ja väärarvamistele seoses perearstide rolliga sotsiaalhoolekandeteenuste osutajatega suhtlemisel, eriti seoses sellega, millised sotsiaalhoolekandeteenuseid on konkreetse ravijuhu korral asjakohased.

Seepärast paluti ravi juhtimise pilootprojektis osalevatel perearstidel parandada perearstimeeskondade ja sotsiaaltöötajate vahelist infovahetust (info kättesaadavate teenuste, saadud teenuste kohta). Peamine eesmärk oli suurendada koostööd sotsiaaltöötajatega ja laiendada perearstide tegevust oma patsientide sotsiaalsete vajaduste hindamisel. Abi vajavatele patsientidele asjakohaste sotsiaalhoolekandeteenuste pakkumine võib oluliselt mõjutada patsientide elukvaliteeti ja võimalust ravi juhtimise tegevustest kasu saada. Arstidel paluti ühendust võtta kohalike omavalitsustega olemasolevate sotsiaalhoolekandeteenuste väljaselgitamiseks ja asjakohaste kontaktide loomiseks alljärgneva juhendi alusel.

- Vaadake üle oma nimistud, et tuvastada, millistes omavalitsustes sotsiaalhoolekandeteenuste vajadusega patsiendid elavad.
- Võtke ühendust kohalike omavalitsustega, et koostada iga omavalitsuse pakutavate teenuste nimekiri koos asjakohase kontaktteabe ja suunamisjuhistega.
- Tehke omavalitsuses kindlaks asjakohased kontaktisikud, et aidata patsientidel saada riiklikke teenuseid/hüvitisi.

Ravi juhtimise **kolmas etapp** hõlmab tõhusa meeskonna loomist programmis osalevates perearstipraksistes. Perearstidel paluti oma praegused töövood ümber korraldada, et optimeerida ravi juhtimise pilootprojekti osalevate patsientide abistamist. Näiteks peaksid ravi juhtimise pilootprojekti kaasatud perearstid ja -õed iga nädal umbes üheks tunniks kokku saama, et arutada ravi juhtimisega seotud küsimusi. Kohtumise käigus saavad nad registri läbi vaadata ja arutada patsientide raviplaanide uuendamist. Seejärel loovad pilootprojekti kaasatud perearstid ja -õed tegevusplaani, milles nad kirjeldavad kõiki pilootprojektiga seotud tegevusi ja ülesannete jaotust meeskonnas.

- Vaatavad üle patsiendid, kelle pärast meeskond on mingil põhjusel mures (muutused tervislikus seisundis, sotsiaalne probleem, patsiendiga ei saa kontakti jne).
- Räägivad patsientidest, kes on hospitaliseeritud või kes on pöördunud erakorralise meditsiini osakonda, ja veenduvad, et neil on olemas jätkuravi plaan ja kokku on lepitud järgmine arsti visiit.
- Hindavad, milliste patsientide puhul on vaja raviplaanide läbi vaadata või uuendada, ning selgitavad, kuidas ja kes seda teeb.
- Hindavad, keda tuleb suunatasotsiaalteenuste pakkujate või eriarsti vastuvõtule ja kes koostab suunamised/saatekirjad.
- Ajakohastavad registri olulisi elemente.
- Teevad kindlaks ja määravad meeskonnaliikmetele peamised jätkuraviga seotud tegevused (koos tähtaegadega).
- Tagavad jätkuravi tegevused, sealhulgas patsiendi teavitamise või visiitide ajakava koostamise, patsientidele haiglaravi järgse järelkontrolli kokku leppimise, raviplaanide ajakohastamise ja vajalikele sotsiaalteenustele suunamise, patsientidele kvaliteedisüsteemiga seotud uuringute ja analüüside korraldamise või vajadusel sobiva medikamentoose ravi alustamise.

• Rakendamine – ravi juhtimise pilootprojekti elluviimine Eestis

Pilootprojekt käivitati 2017. aasta jaanuaris eesmärgiga välja selgitada ravi juhtimise programmi teostatavus ja aktsepteeritavus. Kaasati piiratud hulk ravimeeskondi ja patsiente, et ravi juhtimise protsessi oleks võimalik kiiresti proovida ja täiustada ning tagada rakendamise kohandamine vastavalt kohalikele oludele enne projekti laiendamist. Kokku liitus pilootprojektiga kümme perearsti ja üks arst-resident, kes töötasid korraga üheksa erineva nimistuga.

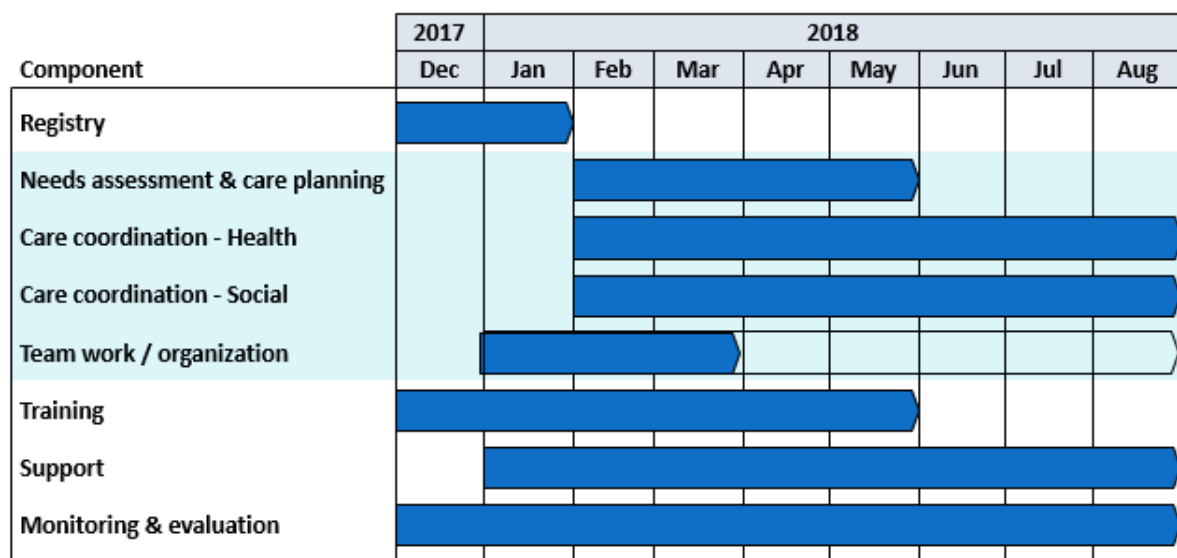
Pilootprojekti põhieesmärk oli hinnata ravi juhtimise rakendamise teostatavust ja aktsepteeritavust esmatasandi arstiabi asutustes Eestis, mõista pilootprojekti mõju ravi juhtimise protsessidele ja valitud patsientide tervisetulemitele ning õppida kogemustest, et lõpuks teavitada programmi võimalikult laiendamisest kogu Eestile. Ravi juhtimise programmi eesmärk on parandada nende keerukate patsientide tervisetulemeid, kes kannatavad kardiovaskulaarsete haiguste, hingamisteede haiguste või vaimsete häirete all (ja potentsiaalselt vähendada nende tervishoiuteenuste kasutamise vajadust). Kuid teiste riikide kogemused näitavad, et nende tulemuste täielik realiseerumine võib kesta mitu aastat. Järelikult ei saa kuus kuud kestva pilootprojekti puhul eeldada patsientide tervisetulemite paranemist. Pilootprojekti rakendamise erinevatesse faasidesse (vt tabel 4) on veel tegemata muudatused (muu hulgas käesolevas aruandes esitatud tõendusmaterjali põhjal) ja läbimata on jätkusuutlikkuse faas, et saavutada soovitud tulemused.

Tabel 4. Pilootprojekti rakendamise faasid

Uurimisfaas	Potentsiaalsed rakendajad kaaluvad, millised tõenduspõhised praktikad võiksid kõige paremini lahendada kliinilisi või teenusega seotud probleeme, võttes arvesse ka väliseid (nt sotsiaalprobleemid) ja sisemisi tegureid puudutavaid võimalusi või väljakutseid.
Ettevalmistusfaas	Rakendajad planeerivad tõenduspõhise praktika integreerimist olemasolevasse süsteemi, sealhulgas rakendamisega seotud probleemide realistlikku ja igakülgset hindamist.
Rakendusfaas	Ettevalmistusfaasis kavandatud tegevused viiakse ellu. See on aeg, kus rakendajad saavad teada, kas nende ettevalmistusfaasis tehtud töö käsitles õigeid küsimusi.
Jätkusuutlikkuse faas	Ravi juhtimine on organisatsioonis igapäevaseks saanud, sealhulgas on olemas stabiilne rahastamine ning pidev seire ja/või kvaliteedi tagamise protsessid.

Allikas: autorite väljatöötatud

Joonis 8 annab ülevaate pilootprojekti käigus toimunud erinevate rakendustegevuste ajakavast. Mõnele tegevusele kulus oodatust kauem aega (näiteks ravimeeskondade moodustamine ja meeskonnatöö parandamine kogu pilootprojekti vältel). Kogu pilootprojekti jooksul tegeleti pidevalt ravimeeskondade väljaõppe, toetamise ja jälgimisega ning valmistati ette pilootprojekti hindamist.



Component	Komponent
2017	2017
2018	2018
Dec	Dets
Jan	Jaan

Feb	Veebr
Mar	Märts
Apr	Apr
May	Mai
Jun	Juuni
Jul	Juuli
Aug	Aug
Needs assessment & care planning	Vajaduste hindamine ja ravi planeerimine
Care coordination – Health	Ravi koordineerimine – tervishoid
Care coordination – Social	Ravi koordineerimine – sotsiaalhoolekanne
Training	Väljaõpe
Support	Toetus
Monitoring & evaluation	Jälgimine ja hindamine

Joonis 8. Pilootprojekti rakendamise ajakava

Pilootprojekti rakendamise juhend

Enne pilootprojekti algust said osalevad perearstid ja -õed kirjaliku juhendi, milles selgitati pilootprojekti vajadust ja kirjeldati üksikasjalikult erinevaid tegevusi. Iga nelja peamise tegevuse kohta – intuitsiooni kasutamine patsientide nimekirjade koostamisel, raviplaanide koostamine, perearstide ja -õdede meeskonnatöö ümberkorraldamise ning ravi koordineerimise ja ülevaadete uuendamise protsess – koostas töörühm standardised tööprotseduurid (STPd). STPd koostati haiguspõhise riski järgi eristamise ja ravi juhtimise kohta käiva kirjanduse ülevaadete ning töörühmade liikmete kogemuste põhjal, mis nad on omandanud sarnaste programmide rakendamise käigus. Peale selle töötati välja nn patsiendi töölaud (veebipõhine rakendus), et toetada ravi meeskondi pilootprojekti peamiste tegevuste elluviimisel ja dokumenteerimisel.

Patsiendi töölaud

Patsiendi töölaud on ravimeeskondadele mõeldud juhtimisvahend. See on veebipõhine rakendus, mida kasutatakse ravi juhtimise pilootprojekti. Töölaua rakendus sisaldab olulist teavet kõikide patsientide kohta, keda võidakse ravi juhtimise pilootprojekti kaasata. Töölaua rakendus võimaldab perearsti meeskondadel vaadata patsientide nimekirju ja patsiente sinna lisada/ sealt välja jätta. Veelgi olulisem – töölaua eesmärk on anda ravimeeskondadele olulist, standarditud ja ajakohastatud teavet iga projekti kaasatud patsiendi kohta, et hõlbustada nende ravi jälgimist. Rakenduses on funktsioon, mis võimaldab patsientide raviplaanide hüperlinkide kaudu töölauga ühendada. Kokkuvõttes on töölaud peamine töövahend patsientide ravi koordineerimise parandamiseks. Patsiendiregistri pidamine on kriitilise tähtsusega ravi juhtimise õnnestumiseks, kuna see võimaldab kiiresti kindlaks teha patsientide ravistaatuse ja praegused vajadused ning otsustada, kes on oma raviplaanis maha jäänud ja/või vajab ravimeeskonna täiendavat tähelepanu. Haigekassa välja töötatud töölaud võeti kasutusele alles 2017. aasta veebruari keskel, mille tõttu hilines esialgsete patsientide nimekirjade läbivaatamine. Töölaud ei olnud kasutajasõbralik ja seetõttu ei saanud sellest perearstidele peamist juhtimisvahendit. Sellegipoolest kasutasid kõik ravimeeskonnad pilootprojekti ajal töölauda, et vaadata oma patsiendinimekirju ja sisestada teavet raviplaanide kohta.

Patsiendinimekirjade koostamine ja vajaduste hindamine

2017. aasta jaanuaris saatis haigekassa algoritmi alusel tuvastatud patsientide nimekirjad kõigile perearstidele läbivaatamiseks. Ravimeeskonnad olid saanud üksikasjaliku suunise kriteeriumide kohta, millest tuli lähtuda patsientide nimekirja lisamisel ja sellest välja jätmisel. Perearstidel paluti kokku saada, et nimekirjad läbi vaadata ja välja töötada lõplik nimekiri, mis koosneks 50–75 patsiendist. Perearstid pidid lõpliku patsientide nimekirja esitama pilootprojekti töölaua rakenduse kaudu. Enne nimekirja kaasatud patsientidele raviplaanide koostamist said ravimeeskonnad juhiseid

selle kohta, kuidas välja selgitada patsiendi eesmärgid ja kuidas koostada patsiendisõbralikku raviplaani, sidudes isiklikud eesmärgid meditsiiniliste kriteeriumidega. Meeskonnaliige pidi kohtuma iga patsiendiga (ja võimalusel pereliikmega), et koostada patsiendile arusaadav raviplan. Ravimeeskonnad said ka tagasisidet, kui raviplaanis puudusid mõned kohustuslikud andmed. Koordineerimismeeskonna arst hindas patsientidele määratud ravimeid ja andis tagasisidet, kui vajalikke ravimeid (nt statiine) raviplaanides polnud. See tähendas, et kohalik koordineerimismeeskond pidi pidevalt tegelema jälgimise ja juhendamisega, et tagada pilootprojekti paremad tulemused.

Koostöö teiste tervishoiuteenuste osutajatega

Ravimeeskondadel paluti pöörduda kohaliku(ke) haigla(te) poole, et selgitada välja, kas mõni pilootprojekti patsient oli haiglaravile võetud või oli külastanud EMOt. Meeskondadele anti samuti ülesanne luua automatiseeritud infovoog, mis võimaldab saada haiglast ajakohast teavet programmis osalevate patsientide kohta. Samuti pidid ravimeeskonnad kehtestama süsteemi, mille abil jälgida patsiente, kes olid hiljuti haiglast välja kirjutatud, külastasid EMOt või kellele oli kutsutud kiirabi. Peale selle paluti ravimeeskondadel tagada, et patsiendid peaksid ravimite manustamisskeemist kinni, mis eeldab pidevat ennetavat teavitamist ja jälgimist planeeritud visiitide vahelisel ajal.

Kontakt sotsiaalhoolekandega

Sotsiaalhoolekandega koostöö parandamiseks paluti pilootprojekti ravimeeskondadel välja selgitada kohaliku omavalitsuse (või omavalitsusüksuste) sotsiaalhoolekande eest vastutavad kontaktisikud, teavitada neid ravi juhtimise pilootprojektist, koostada piirkonnas olemasolevate teenuste loetelu ja leppida kokku, kellega patsiendi asjus vajaduse korral ühendust võtta. Ravimeeskondadel paluti ka isiklikult kohtuda sotsiaaltöötajatega ja leppida kokku kuidas perearst sotsiaaltöötajaga edaspidi ühendust võtab. Patsientide sotsiaalsete vajaduste hindamise tähtsust arutati kõigi ravimeeskondadega. Rõhutati, et abi vajavate patsientide kokku viimine asjakohaste sotsiaalhoolekandeteenuste ja -toetustega võib oluliselt mõjutada patsientide elukvaliteeti ja võimet ravi juhtimise programmist kasu saada. Ravimeeskondadele anti ülesanne patsientide sotsiaalseid vajadusi pidevalt jälgida, esitades patsientidele küsimusi nende perekondliku olukorra kohta, kas nad elavad üksinda ja kas nad suudavad ettenähtud ravimeid osta.

Meeskonnatöö

Pilootprojekti alguses (enne 2017. aasta veebruari) paluti perearstidel moodustada pilootprojekti elluviimiseks vajalike tegevuste ettevalmistamise eest vastutav ravimeeskond. Kokku osales 11 öde üheksast erinevast perearsti nimistust. Ravimeeskonnad pidid kokku leppima rollides ja kohustustes, nagu on selgitatud STKs, ja koostama tegevuste plaani ravi juhtimise projekti rakendamiseks. Samuti pidid nad ümber korraldama oma krooniliste patsientidega tegelemise praktika ning tegema regulaarseid temaatilisi meeskonnakoosolekuid, et vaadata läbi kogu ravi juhtimise pilootprojekti puudutav teave ja seda arutada.

Ravi juhtimise meeskonnakoosolekute olulisemad teemad olid järgmised.

- Probleemsete patsientide juhtumite läbivaatamine (tervisliku seisundi halvenemine, sotsiaalsed probleemid, patsiendiga ei saa kontakti jne).
- Hiljuti haiglaravile sattunud või erakorralise meditsiini vastuvõtus käinud patsientide juhtumite läbivaatamine, et tagada jätkuravi plaani olemasolu ja visiidi kokkuleppimine.
- Arutelu, milliste patsientide raviplaanid vajavad uuendamist.
- Sotsiaaltöötajatega kontakteerumise ja eriarstide juurde suunamise planeerimine.
- Töölaua olulise teabe ajakohastamine.
- Patsiendi järelkontrolli tegevuste (nt patsiendi teavitamine või visiidi kokkuleppimine, jätkuravi plaanid haiglast välja kirjutamise järel, raviplaanide uuendamine, sotsiaaltöötajaga kontakteerumine, uuringute läbiviimine, ravimite võtmise jälgimine) kindlaks tegemine ja nende täitmise eest vastutuse määramine konkreetsetele meeskonnaliikmetele.

Seire-, hindamis- ja tugifunktsioonid

- Pilootprojekti rakendamise logistilise toe, pideva seire ja igakülgse hindamise ettevalmistamiseks moodustati kohalike koordinaatorite meeskond. Koordinaatorite seas olid kohalik Maailmapanga konsultant ja kaks haigekassa töötajat (projektijuht ja arst). Nende ülesanne oli aidata perearstidel pilootprojekti ellu viia, aidata probleemide lahendamisel ja korraldada projekti järgimise ja tulemuste seiret. Kohalikel koordinaatoritel oli pilootprojekti õnnestumises oluline roll.
- Haigekassa korraldas teabevahetus- ja teavitustegevusi, et hoida sidusrühmi kursis ravi juhtimise pilootprojekti töövoogude ja edusammudega.

Veebiseminarid ja väljaõpe

Perearstid ja -õed osalesid kogu pilootprojekti vältel mitmetes veebiseminarides, et täiendada ja värskendada oma väljaõpet. Veebiseminare juhtis pilootprojekti kohalik koordinaator (Maailmapanga konsultant), kes andis ravimeeskondadele võimaluse ilma keelebarjäärita kogemusi vahetada, sest suhelda sai nii eesti kui ka inglise keeles. Tabelis 5 on esitatud ülevaade arutatud teemadest, samuti veebiseminaridel osalemise määrast ja füüsilise kohalolekuga toimunud seminaridest. Võttes arvesse, et igal teemal korraldati vaid üks veebiseminar ja mõnede teemade puhul oli osalejate arv väike, ei pruukinud osad ravimeeskonnad olla kõikide arutatud teemadega täielikult kursis. Ent kohalikud koordineerimismeeskonnad jagasid ravimeeskondadega kõiki materjale ja andsid igakuistel koosolekutel arutatud teemadest ülevaate.

Tabel 5. Veebiseminarid ja seminarid – teemad ja osalusmäärad

	Veebiseminarid							Seminar
Kuu-päev	20. jaanuar	3. veebruar	15. veebruar	28. veebruar	17. märts	5. aprill	28. aprill	21. mai
Teema	Meeskondade loomise st esmatasandi arstiabis	Patsiendi ravi koordineerimine pärast hospitaliseerimist	Ülevaade teenuse osutaja intuitsioonist ja raviplaanidest	Töölaud ja lõplike nimetirjade koostamine	Patsientide eesmärkide sõnastamine ja patsiendi aktiivsuse soodustamine	Sotsiaalsete vajaduste hindamine ning perearstide ja sotsiaaltöötajate koostöö	Statiinid ja ravimivalku korrigeerimine	Seminarõdede ja perearstide esitletavate ravi juhtimises osalevate patsientide lugude kohta
Osalemismäär	91%	73%	73%	45%	73%	64%	45%	91%

Hindamaks, kas pilootprojektid vastavad plaanitule, korraldasid kohalikud koordinaatorid igakuiseid kohtumisi kõigi perearstidega. Seejärel hinnati perearstide edusamme ravi juhtimise programmi erinevates aspektides, näiteks kas ja kui tihti kutsutakse patsiente vastuvõtule, kas perearstid täidavad raviplaanid ning kuidas nad seda teevad jne. Hindamiseks kasutati 11 hindamiskriteeriumi.

- Pilootprojekti mõistmine

- Tegevusplaan
- Intuitsiooni kasutamine
- Meeskonnatöö
- Patsientide osalus
- Raviplaanid
- Haiglatega loodud kontaktid
- Regulaarne teabevahetus haiglatega
- Sotsiaaltöötajatega loodud kontaktid
- Regulaarne suhtlus sotsiaaltöötajatega
- Patsiendi ravi koordineerimine

Perearste ja ravimeeskondi hinnati skaalal 1–5 (kehv kuni suurepärase, vt erinevate kriteeriumide hindamisskaalat lisas 1). Kvantitatiivset skoori kasutati koos igakuistelt koosolekutelt saadud kvalitatiivsete andmetega, et teavitada pilootprogrammi rakendamise olukorrast reaalajas.

• Tulemused – Eesti ravi juhtimise pilootprojekti hindamine

Järgnevalt antakse ülevaade pilootprojekti tulemuste hindamisest. Hindamine põhineb raviarvete põhjal tehtud analüüsi andmetel, sidusrühmade intervjuudel (peamiste organisatsioonide esindajad ja patsiendid), pilootprojekti eelsetel ja -järgsetel teenuseosutajate küsitlustel ning kohalike koordinaatorite koostatud igakuistel pilootprojekti järelevalve aruannetel. Selle analüüsi aluseks olev järelevalve- ja hindamisraamistik, samuti peamiste võtmeisikute ja patsientide intervjuude ning teenusepakkujate küsitluse näidis on toodud lisas 2.

Pilootprojekti mõju jälgimiseks raviarvete põhjal kasutatakse **erinevuste vahe (difference-in-difference)** analüüsimeetodit. Pilootprojekti ettevalmistuse osana eristati kogu Eesti elanikkond haiguspõhise riski järgi, tuginedes pilootprojekti jaoks välja töötatud metoodikale. Selle tulemusena moodustati lisaks pilootprojekti osalevatele patsientidele sama haiguspõhise riski järgi eristamise algoritmi alusel võrdlusrühm ka nendest patsientidest, kes kuulusid perearstide nimistutesse, kuid pilootprojekti ei osalenud. Teisisõnu võrreldi pilootprojekti osalenud ja mitteosalenud patsientide raviarvete andmeid ja mõlemad patsientide grupid moodustati sama algoritmi alusel. Patsientidel olid enne pilootprojekti käivitamist võrreldavad riskiprofiilid ja teenusekasutus, kuid ainult pilootrühma patsiendid puutusid kokku ravi juhtimisega. Raviandmete analüüs põhineb 2016. ja 2017. aasta veebruarist augustini kogutud andmetel.

Analüüsis kasutatud pilootprojekti patsientide võrdlusrühm:

Patsientide rühm, milline i) valiti välja valikualgoritmi abil, ii) kuid olid/on pilootprojekti mittekuuluvate arstide nimistus. Nende patsientide riskiprofiil ja ravi käsitlusmudel on võrreldav pilootprojekti kuuluvate patsientide omaga enne pilootprojekti käivitamist. See patsientide rühm on hea võrdlusrühm pilootprojekti patsientidele **erinevuste vahe (difference-in-difference)** analüüsis. Kahe grupi peamine erinevus peitub selles, et ainult pilootprojekti patsiendid puutuvad kokku parema ravijuhtimisega (samuti perearstide poolse lisamise/välistamisega). Riigi lõikes tuvastati valikualgoritmiga ligikaudu 140 000 patsienti. Need patsiendid, keda pilootprojekti ei määratud, on võrdlusrühmas.

Peamiste huvigruppide intervjuude ülevaated on lisatud erinevatesse aruande alajaotustesse. Arvestades, et intervjuude tegemise aeg ja küsimused olid erinevad, ei saa neist teha esinduslikku kokkuvõtet.

Teostatavus

Ravi juhtimise programm täitis kõik seatud eesmärgid ja osutus teostatavaks. 2017. aasta veebruarist augustini osales ravi juhtimise pilootprogrammis 466 patsienti (197 meest ja 269 naist, kellest ühtegi ei eemaldatud hiljem programmist). Vaatamata pilootprojekti lühikesele kestusele võtsid osalevad perearsti praksised ravi juhtimise programmi kiiresti omaks, nagu on näha projekti tegevusnäitajate tulemuslikkuse maatriksist (vt joonis 9). Peamiste tegevuste plaanipärane elluviimine paranes projekti edenedes pidevalt.

Lõpuks märkisid kõik huvirühma intervjuueeritavad, et pilootprojekt näitas ravi juhtimise programmi teostatavust Eesti tervishoiusüsteemis. Pilootprojektist ilmnas ka see, et sotsiaal- ja tervishoiuteenuste pakkujate vahelist koostööd on võimalik parandada. Probleemid ei kao ka haiglate ja sotsiaaltöötajate vahelises koostöös, kuid selles valdkonnas on tehtud olulisi edusamme.

Joonis 9. Pilootprojekti järgimise muutus (kõikide perearstipraksiste lõikes)

Allikas: autorite väljatöötatud

Patsientide kaasamine

2017. aasta jaanuaris saatis haigekassa igale perearstile e-posti teel patsientide nimekirja, keda ravi juhtimise programmi kaasata. Nimekiri koostati kindla algoritmi alusel. Esialgse plaani kohaselt pidi iga perearst kaasama veebruarist maini vähemalt 20 patsienti kuus. Kuid kõikides perearstipraksistes oli pilootprojekti esimestel kuudel patsientide kaasamisega raskusi. Töölaud sai valmis veebruariks, kuid mõned perearstid täheldasid haigekassalt e-kirjaga saadud nimekirja ja töölaua rakenduses oleva nimekirja vahel erinevusi. Nende tehniliste probleemide tõttu (koos asjaoluga, et mõned perearstid olid veebruaris/märtsis varem planeeritud puhkusel) patsientide kaasamine viibis. Pilootprojekti esialgse ajakava järgi oleks pidanud igast praksisest olema maikuu lõpuks kaasatud 50–75 patsienti. Tegelikult registreeriti mai lõpuks igast nimistust ainult 40–60 patsienti ja ainult kolm nimekirja koosnes enam kui 50 patsiendist. Seevastu raviplaani on koostatud 92%-le kaasatud patsientidest. Viimane perearst kinnitas oma nimekirja töölaual alles märtsi keskel (vt üksikasjalikke andmeid patsientide kaasamise kohta lisast 3, tabelist A3).

Haiglatega kontaktide loomine

Peaaegu kõikides pilootprojekti osalenud perearstikeskustes leiti, et kohalike haiglatega oli esmalt keeruline kontakti saada ja pidevat infovahetust luua. Enamik pilootprojekti meeskondi ei saavutanud seda, et neid patsiendi haiglast välja kirjutamisel alati teavitataks. Kuid pilootprojekti lõpuks oli üheksast perearstikeskusest neljal võimalik regulaarselt ligi pääseda haiglate elektroonilistele ravidokumentidele, et saada andmeid oma patsientide kohta. Ravimeeskonnad, kellel oli ligipääs haiglate ravidokumentidele, teatasid, et vaatasid need läbi vähemalt üks kord nädalas. Ülejäänud viis ravimeeskonda toetusid jätkuvalt riiklikust tervise infosüsteemist saadud andmetele ja haigekassa lisas raviarvetelt saadud teabe haiglast väljakirjutamiste kohta patsiendi töölaua rakendusse. Suurlinnade perearsti praksistel olid suuremad raskused kohalike haiglatega teabevahetuse loomisel. Kokkuvõttes tehti mõningaid edusamme haiglate ja esmatasandi arstiabi meeskondade vahelise teabevahetuse parandamiseks, kuid sellega peab tulevikus edasi tegelema.

Sotsiaaltöötajatega kontaktide loomine

Kaheksa ravimeeskonda võttis ühendust kohalike sotsiaaltöötajatega ja teavitas neid ravi juhtimise pilootprojektist. Mõned ravimeeskonnad jagasid sotsiaaltöötajaga ka pilootprojekti patsiendinimekirju. Suuremates linnades tegutsevatel ravimeeskondadel oli sotsiaaltöötajatega kontakti loomisel rohkem probleeme, sest patsiendid elavad erinevates linnaosades või omavalitsustes. Seetõttu pidid ravimeeskonnad ühendust võtma erinevate linnaosade või omavalitsuste sotsiaaltöötajatega ja tegema kindlaks sobivad sotsiaalhoolekandeteenused (mis on omavalitsuseti erinevad). Maapiirkondade ravimeeskonnad ei kogenud selliseid takistusi. Kuigi põhimõtteliselt näitas pilootprojekt tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande sektori parema kommunikatsiooni võimalikkust praeguse süsteemi raames, on pilootprojekti väikese ulatuse tõttu keeruline hinnata projekti täpset mõju sotsiaalhoolekandega kooskõlastamisele (st ainult kolm ravimeeskonda teatasid, et olid viinud sotsiaabi vajadustega patsiendid kokku kohaliku sotsiaaltöötajaga).

Vajaduste hindamine ja ravi planeerimine

Esialgu oli enamik raviplaanidest halvasti koostatud. Üks probleem oli see, et iga patsiendi jaoks kohandatud raviplaani väljatöötamise asemel trükkisid mõned perearstid lihtsalt töölaual oleva üldise raviplaani näidise välja. Kuid selgus, et üldised raviplaanid ei olnud piisavalt patsiendisõbralikud. Näiteks olid haigekassa ja perearstid kokku leppinud, et nad peavad lisama ravimite nimekirja alla ravimikoodid. Ent kui perearstid hakkasid töölauda ja raviplaan kasutama, mõistsid nad, et ravimite nimetuste kasutamine oleks olnud mugavam. Teine probleem oli see, et nii perearstide kui ka patsientide arvates oli keeruline seada mõõdetavaid tähtajalisi eesmärke.

Raviplaanide kvaliteedi parandamiseks otsustasid kohalikud koordinaatorid korraldada sel teemal veebiseminari. Kõnealusel veebiseminaril tutvustas iga perearst vähemalt kahe oma patsiendi lugusid ja tõi näite oma praksises kasutatavatest raviplaanidest. Korraldati ka kohtumisi (nt õed ja perearstid), et ravimeeskonnad saaksid üksteisega tekkinud probleeme arutada ja oma seisukohti esitleda. Ravimeeskonnad said põhjaliku eestikeelse juhendi, kuidas raviplaan koostada.

Pärast veebiseminari ja koosolekut märkasid kohalikud koordinaatorid, et paljudes praksistes raviplaanide kvaliteet paranes. Patsientide intervjuud näitasid, et ligikaudu pooled küsitletud patsientidest olid teadlikud oma raviplaanide olemasolust. Neil juhtudel ütlesid patsiendid, et nad said raviplaani kasutada ka oma ravivajaduste täitmiseks.

Meeskonnatöö

Kõik pilootprojekti ravimeeskonnad koostasid esialgse tegevusplaani, milles kirjeldasid kõikide meeskonnaliikmete rolle ja ülesandeid. Pilootprojektis sai enamik õdesid lisaks oma tavapärastele ülesannetele ka täiendavaid ülesandeid. Näiteks delegeeris enamik perearste ravi koordineerimise ja patsientide järelkontrolli ülesande õdedele. Ainult ühes ravimeeskonnas ei saanud õed peale patsientidele helistamise lisaülesandeid. Teistes praksistes õed tegelikult juhtisid projekti esmaseid tegevusi. Pilootprojekti lõpuks toimusid üheksast praksisest seitsmes regulaarsed koosolekud, kus arutati pilootprojektiga seotud küsimusi.

Aktsepteeritavus

Patsiendid. Pilootprojekti alguses olid huvirühmad pisut mures, et Eesti patsiendid ei pruugi olla väga altid ravi juhtimise programmis osalema. Võtmeisikud mainisid, et ravi juhtimise mudel muudab patsiendid veelgi enam sõltuvaks. Ent vähem kui 10% patsientidest, kellele pakuti ravi juhtimise programmiga ühinemist, lükkasid pakkumise tagasi. Mõnes praksises ei olnud ühtki patsienti, kes oleks keeldunud projektis osalemast. Patsientide intervjuud näitavad, et umbes pooled küsitletud patsientidest soovivad pilootprojekti jätkamist. Need on samad patsiendid, kes ütlesid ka, et nad

tunnevad oma raviplaani hästi ja nende perearst tutvustas neile põhjalikult projekti. Ülejäänud patsiendid on pilootprojekti suhtes ükskõiksed ning nad ei täheldanud teenuse osutamises muutusi.

Perearstid. Kuigi perearstid suhtusid üldiselt pilootprojekti soosivalt, leidis väike osa neist, et nende väärtused praktiseerivate arstidena ei sobi hästi pilootprojektiga. Sellega seoses viidati korduvalt patsiendi vastutusele. Mitmed perearstid ütlesid, et patsiendid peaksid pärast haiglast väljakirjutamist vastutama ise oma perearsti teavitamise eest.

Protsess

Esmatasandi arstiabi teenuste kasutamine suurenes pilootprojekti osalenud patsientide puhul kõikjal võrreldes võrdlusrühmaga (tabel 6). Kuid perearstikülastuste kasv oli minimaalne. Seevastu on märkimisväärne telefonikonsultatsioonide arvu suurenemine (nii õdede kui ka perearstidega) ning patsientide ja pereõdede vahelise suhtluse paranemine. Pilootprojekti osalenud patsientide telefonikonsultatsioonide arvu suurenemine näitab ravi juhtimise programmis osalenud patsientidele pakutava ravi paremat koordineeritust. Samal ajal rõhutab tõsiasi, et perearstikülastuste arv ei tõusnud, ravi juhtimise programmi teostatavust (pilootprojekti osalenud patsientidele ravi pakkumiseks ei ole vaja suuri täiendavaid ressursse).

Tabel 6. Muutused esmatasandi arstiabi kasutamises elaniku kohta

Esmatasandi arstiabi teenus	Pilootprojekt	Võrdlusrühm	Protsentuaalne muutus
Esmane või jätkuravi visiit perearsti juurde	(0,762)	(1,042)	10%
Profülaktiline visiit perearsti juurde	0,026	0,011	53%
Perearsti koduviit	0,004	(0,001)	52%
Telefonikõne perearstiga	1,617	0,982	118%
Konsultatsioon õega	0,208	(0,021)	16%
Õe koduviit	0,026	0,001	296%
Telefonikõne õega	1,065	0,088	237%

Allikas: Maailmapanga meeskonna arvutused

Samal ajal suurenes oluliselt pilootprojekti patsientidele tehtavate diagnostiliste uuringute ja analüüside arv võrreldes võrdlusrühma patsientidega. Tabelis 7 on toodud loetelu protseduuridest, mis sisalduvad diabeedi/hüpertensiooniga patsientide ravijuhendites ja peegelduvad ka kvaliteeditasu süsteemis (välja arvatud albumiini analüüs, mis ei ole alates 2017. aasta jaanuarist enam kvaliteeditasu süsteemis. Tabelist 7 on näha selle diagnostilise uuringu kasutamissageduse suurt langust).

Tabel 7. Diagnostiliste uuringute ja analüüside tegemise muutused pilootprojekti võrreldes võrdlusrühmaga

Protsentuaalne muutus pilootprojekti ja võrdlusrühmas 2017 vs. 2016

Analüüs/uuring	Pilootprojekt, %	Võrdlusrühm, %	Erinevus, %
Albuminuuria*	-77,4	-88,1	10,7
Kolesterool	38,5	-6,1	44,7
Kolesterooli fraktsioonid	42,9	-6,0	48,9
Kreatiniin	32,5	-10,3	42,9
EKG	80,4	-4,5	84,9
Glükoos	44,4	-4,3	48,7
Glükohemoglobiin	33,1	-2,2	35,3
Kaalium	25,0	-6,6	31,6

Allikas: Maailmapanga meeskonna arvutused

* Ei ole kvaliteeditasu süsteemi osa, mille alusel makstakse perearstidele krooniliste haigustega patsientide nõuetekohase ravi eest li

Tulemused

Tabelid 8 ja 9 näitavad pilootprojektis osalevate patsientide ravitulemusi ja kinnitavad neile pakutava ravi kvaliteedi paranemist. Pilootprojekti patsientide arv, kellele olid määratud statiinid, suurenes 2016. aastast 2017. aastani peaaegu 12 protsendipunkti ehk umbes 30% võrra. Pilootprojektis osalenud patsientidega toimunud telefonivestluste arv kasvas ja ägeda haigusseisundiga hospitaliseerimiste korral suurenes patsientide osakaal, kes käisid 30 päeva jooksul pärast haiglast välja kirjutamist jätkuravil, järsult 20 protsendipunkti võrra. S.o enam kui 70% kõigist haiglast välja kirjutatud patsientidest käis pärast haiglast välja saamist kas perearsti või eriarsti juures. Haiglast välja kirjutamise ja järelvisiidi vaheline keskmine aeg vähenes pilootprojektis osalenud patsientide puhul ligikaudu poole päeva võrra. Ka võrdlusrühmas vähenes haiglast välja kirjutamise ja järelvisiidi vaheline keskmine aeg.

Tabel 8. Patsientide osakaal protsentes, kellele on määratud statiinid

Aasta/muutus	Pilootprojekt, %	Võrdlusrühm, %	Erinevus, %
2016	38,6	31,5	-7,1
2017	50,6	31,8	-18,8
Muutus	12,0	0,3	11,7

Allikas: Maailmapanga meeskonna arvutused

Tabel 9. Jätkuravi 30 päeva jooksul pärast statsionaarse aktiivravi lõppemist

Patsientide protsent, kellele tehti pärast statsionaarset aktiivravi järelkontrolliks telefonikõne või kes käisid arsti juures järelvisiidil	Pilootprojekt	Võrdlusrühm	Erinevus
2016	52,4%	57,7%	5,3%
2017	71,7%	56,4%	-15,3%
Muutus	19,3%	-1,3%	20,6%
Keskmine aeg (päevades) haiglast väljakirjutamise ja jätkuravi vahel			Erinevus

2016	8,77	10,90	2,13
2017	8,32	10,46	2,14
Muutus	-0,45	-0,44	-0,01

Allikas: Maailmapanga meeskonna arvutused

Seoses **ravimite koostoime ja manustamisskeemist kinnipidamisega** näitavad nii teenuseosutaja küsitlus kui ka intervjuud patsientidega seda, et perearstid on saanud eriarstidega suhtlemiseks paremad sidevahendid, (nt IT-lahendused). Selle tulemusena on ravi juhtimise programmis osalenud perearstid pööranud suuremat tähelepanu ravimite koostoimele ja manustamisskeemist kinnipidamisele.

Samuti märkasid patsiendid oma ravimiskeemis muudatusi, mis kajastuvad nende ravipaanides. Selle näiteks on patsiendid, kes on saanud uusi ravimeid ja teised, kes on lõpetanud liigsete ravimite kasutamise. Kuigi intervjuud ja uuringud näitavad tugevat seost pilootprojekti positiivse mõju kohta ravimite sobitamisele, ei võimalda olemasolevad raviarvete andmed seda tähelepanekut kinnitada. Samal ajal ei saa manustamisskeemi järgimise paranemist järeldada pilootprojekti rakendamise perioodi raviarvete andmete põhjal, kuna paljud viimastel kuudel väljastatud retseptid, milliste alusel ei ole ravimeid välja ostetud, ei ole veel aegunud. Seega ei saa raviarvete andmete analüüsi põhjal lõplikku järeldust teha.

Üks olulisemaid tulemusi, mida ravi juhtimise programm peaks mõjutama, on välditavad eriarstivisiidid ja hospitaliseerimised. Enamik ravi juhtimise projekti algatusi on suunatud välditavate raviteenuste arvu vähendamisele. Kuid lühikese, vaid kuuekuulise pilootprojekti puhul ei saa välditavate eriarstivisiitide ja hospitaliseerimiste osas oodata muudatusi, kuna patsientide arstiabi eelistustega seotud käitumismustri (nt külastada esmalt perearsti, mitte eriarsti) ja enda tervise eest hoolitsemise muutumine võtab kauem aega. Tabelis 10 on esitatud muutused nii välditavate eriarsti visiitide (pilooprojekti kõrgevererõhktõve ja diabeedi diagnoosiga osalenud patsientide rühmas) kui ka hospitaliseerimiste puhul (sisesekreetsiooni-, vaimse häire, vereringe või hingamisteede diagnoosikoodidega). Osakaalu muutused näitavad, et pilootprojekti patsientide puhul on välditavate eriarstivisiitide ja ravi juhtimise programmi tähelepanu all olevate krooniliste haigusseisundite (st sisesekreetsiooni-, vaimse häire, vereringe või hingamisteede haiguste) tõttu hospitaliseerimiste arv vähenenud. Kuid väikese valimi tõttu ei olnud võimalik statistiliselt olulisi muutusi kindlaks teha.

Tabel 10. Välditavad eriarstivisiidid ja hospitaliseerimised

Välditavad eriarstivisiidid (diabeet/hüpertensioon)	Pilootprojekt	Võrdlusrühm	Erinevus**
Protsentuaalne muutus 2017 vs. 2016**	-39,6	-12,6	-27,0
Erakorraline haiglaravi (Sisesekreetsiooni / vaimsed / vereringe / hingamisteede haigused)	Pilootprojekt	Võrdlusrühm	Erinevus**
Protsentuaalne muutus 2017 vs. 2016**	-16,7	-2,9	-13,8

Allikas: Maailmapanga meeskonna arvutused

****** Statistiline erinevus pilootprojekti väikese valimi tõttu puudub

Soodustavad tegurid (+) ja takistused (–)

Järgnevas osas kirjeldatakse peamisi pilootprojekti rakendamist soodustavaid ja takistavaid tegureid, tuginedes pilootprojekti lõpus tehtud võtmeisikute intervjuudele. Loetletud probleeme mainisid võtmeisikud kõige rohkem.

Töölaua kasutusvalmidus ja tehnilised probleemid (–). Kõik projekti elluviimiseks vajalikud materjalid ei olnud pilootprojekti käivitamise ajaks kasutamiseks valmis. Selleks, et pilootprojekti graafikus hoida ja patsientide kaasamisprotsessi mitte aeglustada, andis haigekassa igale perearstile võimalike patsientide nimekirja MS Excelis. 2017. aasta veebruariks oli haigekassa patsientide töölaua edukalt kasutusse võtnud, kuid mõned perearstid leidsid oma esialgsete patsientide nimekirjade ja töölaual pakutavate uute nimekirjade vahel lahknevusi, mis tekitas perearstides segadust ja töölaua tööutamisel frustratsiooni. Mitmed perearstid palusid töölaua tööutamise juhiseid. Lisaks ei ole töölaua praegune versioon eriti kasutajasõbralik ja nõuab perearstidelt palju täiendavat ja topeltaruandlust, vähendades sellega perearstide motivatsiooni.

Pilootprojekti käivitamine võttis oodatust kauem aega, kuid rakendusprotsessid olid kavandatud koostöös perearstidega (+). Algoritm töötati välja koos samade perearstide ja õdedega, kes hakkasid ravi juhtimise programmi esimestena katsetama. Asjaolu, et patsientide valimisel kasutati perearstide intuitsiooni patsientide suhtes, suurendas perearstide motivatsiooni. See oli pilootprojekti peamine edutegur.

Keelebarjäär (–). Üks esimesi takistusi oli keelebarjäär. Kuna suurem osa tegevusi toimus eesti ja inglise keeles, ilmnes mitmetes Eesti venekeelsetes piirkondades keelebarjäär. Töölaud ja raviplaanide näidised on eesti keeles, mille tõttu oli venekeelsetel patsientidel raviplaanidest keeruline aru saada.

Pereõdede kaasatus ja ühine õppimine (+). Üks edutegur, mille võtmeisikud välja tõid, oli pereõdede kaasamine. Pilootprojekt muutis seda, kuidas perearstid ja -õded koos töötavad ning ravi juhtimise mudel andis õdedele suurema vastutuse. See on ajendanud muutma õdede ja arstide meeskondlikku koostöötamise viisi ja samuti seda, kuidas nad koordineerivad krooniliste patsientide ravi ning jagavad oma praksises tööülesandeid. Pilootprojekt keskendus ka ühisele õppimisele, tuues esmatasandi tervishoiuteenuste osutajad kokku ja võimaldades neil õppida üksteise kogemustest. Võtmeisikud rõhutasid, kuivõrd oluline on võimalus arutada patsientide juhtumeid kolleegidega.

Vajadus ulatuslikuma õpitoe järele (–). Kõigil ravimeeskondadel ei olnud võimalik osaleda kõikidel veebiseminaridel ja kokkusaamistel (vt tabel 5). Samal ajal andsid ravimeeskonnad veebiseminaridele häid hinnanguid. Ravimeeskonnad mainisid, et nad said uut ja asjakohast teavet, mis aitas neil kohandada oma tööharjumusi vastavalt ravi juhtimise nõuetele. Kuigi alternatiivse selgitusena on võimalik ka valimi kallutatuse (st rohkem motiveeritud ravimeeskonnad osalevad suurema tõenäosusega veebiseminarides ja saavad ka pilootprojekti raames paremaid tulemusi), leidsid kohalikud koordinaatorid, et ravimeeskondade õpiüritustel osalemise määr korreleerus pilootprojekti tulemustega. Arvukamate õpiürituste (või paindlikumate veebipõhiste õppelahenduste) pakkumine teeks ravimeeskondade osalemise lihtsamaks ja võimaldaks neil hõlpsamalt omandada teadmisi ravi juhtimisest tingitud muudatuste elluviimiseks.

• Programmi laiendamise planeerimine

Projekti edukuse tõttu on haigekassa otsustanud ravi juhtimise programmi laiendada ja koostada tegevusplaani, milles kirjeldatakse järgmisi samme ja eesmäärke. Eesmärk on 2018. aastaks pilootprojekti laiendada vähemalt 20-le esmatasandi arstipraksisele, et saada andmeid, analüüsida edusamme ja töötada välja ulatuslik seire- ja hindamisraamistik. Järgmine eesmärk on Eestis ellu viia üleriigiline ravi juhtimise programm. Ajakavast kinnipidamiseks ja programmi edukaks laiendamiseks on vaja mitmeid tegevusi, mida on selgitatud allpool.

Laiendamise strateegia

Ravi juhtimise pilootprojekti laiendamine üheksalt perearsti nimistult kõikidele (enam kui 800) perearsti nimistutele üle kogu riigi on kiiduväärne, kuid ambitsioonikas eesmärk. Selle eesmärgi saavutamiseks on vaja selget ja sihipärast laiendamise strateegiat, mis arvestab kõigi sidusrühmade, sealhulgas haigekassa, perearstide, õdede, patsientide, haigla esindajate ja asjaomaste sotsiaalhoolekande huvirühmade perspektiividega. Selleks on vaja jätkuvalt pakkuda tehnilist abi nii vahetute kui ka veebipõhiste juhendamiste ja koordineerimistegevuste abil. Enamik võtmeisikutest leidis, et ravi juhtimise laiendamine peaks toimuma järk-järgult. Laiendamise strateegia peab tegelema järgmiste oluliste küsimustega.

- Optimaalne meetod ja ajastus uute perearsti praksiste programmi kaasamiseks.
- Perearsti praksiste tasustamine ja stiimulid uute tegevuste läbiviimiseks.
- Teiste sidusrühmade kaasamine (st haiglad ja sotsiaaltöötajad).
- Muud Eestis käimasolevad või planeeritud muudatused esmatasandi arstiabis ja tervisesüsteemis üldiselt.

Pilootprojekti järgmise etapi jaoks on vaja mitmeid ressursse. Esimeses pilootprojekti osalenud perearstid ja haigekassa töötajad moodustavad olulise rühma, kes oskab juhendada ja nõustada projekti laiendamise küsimuses. Vaja läheb sihtotstarbelisi ressursse juhendamiseks, eestikeelsete õppematerjalide koostamiseks ja praksiste otseseks toetamiseks. Pikemas perspektiivis on vaja arstide ja õdede kraadiõppe ja täiendõppe programmidesse lisada ravi juhtimise väärtust ja praktikat käsitlev väljaõpe.

Ravi juhtimise pilootprojekti planeeritud järk-järguline laiendamine annab võimaluse 2018. aastaks strateegiliselt planeerida arendus- ja õppimisperioodi. Kasutatakse kiiret testimist, et programmi materjale ja protseduure järk-järgult juurde luua ja parandada, valmistudes niimoodi üleriigiliseks laiendamiseks. Samal ajal saavad juba osalevad ravimeeskonnad ravi juhtimise programmi kaasatavate patsientide arvu veelgi suurendada. Praegu on praksiste lõikes pilootprojektiga liitunud keskmiselt vaid ligi 3% registreeritud patsientidest, samal ajal kui ravi juhtimise programmide patsientide tüüpiline osakaal on ligi 6–7% kõigist registreeritud patsientidest.

Patsiendi töölaua arendamine

Pilootprojekti osalejate ühine katsumus oli spetsiaalselt projektiks kavandatud töölaua piiratud funktsionaalsus. Töölaud pidi võimaldama teenuseosutajatel tegevusi jälgida, raviplaane

säilitada ja hõlbustada ennetavat ravi juhtimist. Enne uute ravimeeskondade projekti kaasamist on oluline, et seda tekkida võivat takistust projekti laiendamisel minimeeritaks. Seda oleks võimalik saavutada töölaual vajalike muudatuste hindamise ja muudetud töölaua katsetamise abil, et tagada disaini kasutajasõbralikkus, nii et see pakuks ravimeeskondadele ravi juhtimise tegevusteks vajalikku tuge.

Patsientide valimise algoritmi parem rakendamine ja uuendamine

Pilootprojekti osalenud perearstide ja -õdede tagasiside näitab, et pilootprojekti osalemiseks sobivate patsientide valimise algoritm (sellisel kujul, nagu seda on rakendatud) tuleks üle vaadata ja/või uuendada, et leida kõik need patsiendid, kes saavad ravi juhtimisest potentsiaalselt kõige rohkem kasu. Katseperioodi andmeid kasutades ning pärast õdede ja perearstidega konsulteerimist on järgmine oluline samm patsientide rühmade, kellele ravi juhtimise programm oli suunatud, ülevaatamine. Selle eesmärk on kindlaks teha ravimeeskondade spetsiifilised murekohad ja valdkonnad, mida tuleks parandada. Pärast patsiendirühma täpsustamist tuleb patsiendinimekirjade loomiseks kasutatud algoritmi uuendada. Juhusliku valiku mehhanismi kasutamine (vt lisa 3 joonis A1) oleks lihtne, kuid mõjuv viis patsientide valikualgoritmi parandamiseks. Lisaks tuleb lõplikult välja töötada nimistus olevate patsientide prioritseerimine käitumuslike andmete (st kas patsient on viimastel kuudel ostnud välja kõik talle välja kirjutatud ravimid) ja patsiendi sotsiaalsete omaduste (nt kas patsient võib olla sotsiaalselt haavatav) alusel. Seejärel tuleb seda ka kasutada, kuna praegu seda teavet patsientide valimise protsessis ei kasutata.

Juhendamise metodoloogia laiendamine

Katseperioodil kasutatav juhendamine oli projekti edukusele määrava tähtsusega. Pilootprojekti kasutatud juhendamismeetodi laiendamine vähemalt 20 perearstile võib olla küll teostatav, kuid ravi juhtimise laiendamiseks kogu Eestile on juhendamiseks vaja teistsugust mudelit, et tagada selle teostatavus ja sobivus olemasolevate töötajate ja rahastamisega. Seetõttu on haigekassa seatud eesmärkide edukaks saavutamiseks oluline välja töötada jätkusuutlik juhendamise, mentorluse ja probleemide lahendamise tugisüsteem kõigile ravi juhtimise programmi kaasatud ravimeeskondadele. Tugisüsteem peaks põhinema pilootprojekti käigus saadud kogemustel, millistest juhendamise meetoditest ja tegevustest oli osalejatele kõige rohkem abi. Tuleb ette valmistada plaan, kuidas laiendada juhendamist kõikidele ravi juhtimise tegevustesse kaasatud ravimeeskondade liikmetele, sealhulgas õdedele.

Koolitusprogramm ja materjalid

Pilootprojekti osalejatele mõeldud ravi juhtimise alasel koolitusel oli samuti määrav roll pilootprojekti õnnestumises. Koolitustegevused sisaldasid kahte õpikoda ja kuut veebiseminari, mis keskendusid perearstide teadmiste ja oskuste suurendamisele. Sarnaselt juhendamisele on ravi juhtimise edukaks laiendamiseks kõigile Eesti perearstidele vaja välja töötada järk-järgult laiendatav ja jätkusuutlik koolitusprogramm ning abimaterjalid ravimeeskondadele. See programm peaks käsitlema koolitust allpool loetletud sihtrühmadele.

Arstid

Pilootprojekti koolituse käigus käsitletud teemad puudutasid peamiselt seda, kuidas alustada ravi juhtimise tegevusi. Ent kuna perearstid jätkavad neid tegevusi kuuekuulise katseperioodi jooksul, on vaja uusi oskusi ja teadmisi. Koolitusprogramm ja välja töötatavad materjalid peaksid käsitlema

perearstide ja ravimeeskondade täiendõppevajadusi, tagamaks, et kogu ravi juhtimise tsükli tegevused oleksid kättesaadavate koolitustega kaetud. Uued teemad, mida tuleks tulevikus koolitustel käsitleda, hõlmavad muu hulgas järgmist: keerukate patsientide eesmärkide toetamine, näiteks kehakaalu langetamine; aja jooksul dünaamilise patsiendi registri tagamine; sotsiaalabi vajaduste väljaselgitamine ja sotsiaalteenustega sidumine.

Uued perearstid

Koolitusstrateegia peaks käsitlema ka seda, kuidas pakkuda koolitust suurele arvule perearstidele nii elementaarsete esmaste tegevuste kui ka keerukamate teemade kohta. Programmis osalevad perearstid on rõhutanud, et pilootprojekti alguses oli põhjalikuma ravi juhtimise koolitusprogrammi olemasolu hädavajalik. Katseperioodi jooksul läbi viidud koolitustegevused võivad olla antud programmi lähtepunktiks. Kuid tõenäoliselt tuleb uurida ka täiendavaid koolitusmeetodeid, et jõuda kõigi Eesti perearstideni nii enne nende osalemist ravi juhtimise tegevustes kui ka jooksvalt vastavalt sellele, kuidas nende osalemine ravi juhtimise programmis edeneb.

Õed

Katseperioodil korraldatud koolitused olid suures osas suunatud perearstidele. Ent nagu pilootprojekti kogemusest ja tulemustest nähtub, on õdedel ravi juhtimise meeskondade töös oluline roll ning edukaks laiendamiseks on vaja võimekaid ja pädevaid õdesid. Seetõttu peab koolitusstrateegias olema lisaks arstide koolitusplaanidele ka õdede oma.

Kontakt sotsiaalhoolekandega

Ravi juhtimise programmi raames tuleks sotsiaalhoolekandeteenuste vajaduse hindamist veelgi tugevdada. Samuti tuleks otsida võimalusi sotsiaalsektoriga otse suhtlemiseks. Pilootprojekti tulemusel said selles osalevad perearstid teadlikumaks võimalustest aidata oma patsiente seoses nende sotsiaalteenuste vajadustega. Kuigi teadlikkus sellealase tegevusest ja selle aktsepteeritavus praktikute hulgas kasvas, on patsientide tegelik arv, kes saavad mingisugust sotsiaalteenust, endiselt minimaalne.

Patsiendist lähtuv tegevuspõhine kuluarvestus ravi juhtimises

Haigekassal puudub praegu mehhanism, mis võimaldaks perearstidele hüvitada nende osalemise haiguspõhise riski järgi eristatud ravi juhtimise programmis, mis on mõeldud mitme kroonilise haigusega ning sotsiaalsete ja käitumisriskidega patsientidele. Pilootprogrammi laiendamise protsessi raames tuleks välja töötada tasustamissüsteem, mis võimaldab perearstidele tekkinud kulud hüvitada ja pakkuda neile stiimulit ravi juhtimisega tegeleda. Rahvusvahelisest kogemusest leiab erinevaid võimalusi, kuidas ravi juhtimise ja koordineerimise eest tasu maksta. Need tasustamismeetodid ulatuvad kindlast tasumäärast iga kaasatud patsiendi kohta kuni teenuste grupi või üksikteenuste eest tehtava makseni või tulemuspõhise tasuni.

Esimene võimalus on maksta esmatasandi arstiabi osutajatele tasu etteulatuva lisatasuna kõigi patsientide eest, kes on kaasatud ravi juhtimise programmi. Eesti puhul näib see vähemalt alguses kõige sobivama valikuna. Koos pilootprojektiga võttis haigekassa kasutusele haiguspõhise riski järgi eristamise meetodi, mille abil tuvastatakse patsiendid, kes saavad ravi juhtimise programmist potentsiaalselt kõige rohkem kasu. Sellele vaatamata on headest tulemustest saadavad õppetunnid ikkagi piiratud, seda isegi protsessi tasandil. Seepärast tundub ennatlik siduda ravi juhtimise ja koordineerimise eest makstav tasu praeguse kvaliteedisüsteemi tulemusnäitajate ja eesmärkidega. Kuid teenusosutaja jälgimist ja teisi kvaliteedi tagamise meetmeid on vaja, et tagada patsientidele

nõuetekohane ravi. Haiguspõhise riski järgi eristamise süsteem annab ise piisavad mehhanismid selleks, et teenuseosutajad „ei hülga“ patsiente, kelle ravi on keeruline ja kulukas. Tulevikus võib teenuseosutajatele tulemustasu maksmisel olla üks võimalus lisada pearahasse ka fikseeritud tasu ravi juhtimise ja koordineerimise eest, st see oleks pearaha üks komponent. Niimoodi välditaks esmatasandi tasustamissüsteemi tarbetult keeruliseks muutmist. Alustuseks oleks parim lisatasude maksmine kõikide ravi juhtimise programmi kaasatud patsientide eest.

Pilootprojekti üks eesmärk oli hinnata ressursse, mis on vajalikud ravi juhtimise alatiseks kasutuselevõtuks Eesti esmatasandi arstiabi süsteemis.

Praegu katab kombineeritud tasustamismudel teenuseosutajate kulud, et pakkuda kõigile kindlaksmääratud teenustekomplekti. Kombineeritud tasustamismudel sisaldab pearaha, baasraha, teenusepõhise rahastamise ja kvaliteeditasu, samuti krooniliste haiguste ravi juhtimist. Pearaha tasudega kaetakse tööjõukulud, meditsiinilised ja mittemeditsiinilised seadmed ja vahendid, ravimid, samuti bürooruumid ja haldustegevus. Igakuine baasraha katab ruumide, IT-süsteemide, transpordi ja koolituse kulud. Kuna tööjõu, seadmete, ruumide, laboratoorsete uuringute jms kulud kaetakse juba praeguse tasustamissüsteemiga, on aktuaalne küsimus, kui palju kulutavad perearstid ja -õed täiendavalt aega pilootprojektidega seotud ülesannetele.

Kõik pilootprojektis osalenud esmatasandi arstiabi ravimeeskonnad arvestasid erinevatele pilootprojektiga seotud tegevustele kulutatud aega, et hinnata ravi juhtimise paremaks elluviimiseks vajalikke ressursse. Jälgiti ja arvestati aega, mis kulus õdedel ühe patsiendi kohta ja otsest suhtlust seoses erinevate tegevustega (st tegevused, mis olid seotud ravi koordineerimise, registri ja meeskonna loomisega). Õdedel paluti teatada, kui palju aega kulutasid perearstid ja õed eraldi ning kogu meeskond kokku pilootprojektiga seotud tegevustele. Õed edastasid selle teabe haigekassale iga kuu.

Igakuiste kontrollvisiitide ajal teatasid perearstid registri kasutamisele või intuitsioonipõhiste otsuste tegemisele kulunud keskmise aja, samuti keskmise aja, mis neil kulus ühe patsiendi kohta esialgse raviplaani koostamisel ja jätkuravi visiitide tegemisel. Perearstidel paluti ka teada anda, kui tihti pidas meeskond patsientide olukorra arutamiseks koosolekuid. Perearstide esitatud teavet võrreldi õdede esitatud andmetega.

Pilootprojekti lõpuks määratleti üheksa peamist tegevust, mis hõlmasid kõiki ravi juhtimisega seotud ülesandeid.

1. Patsientide projektist teavitamine ja nõusoleku saamine pilootprojekti kaasamiseks.
2. Patsiendi esimese visiidi ettevalmistamine.
3. Esimesed visiidid, patsiendi tervikliku raviplaani koostamine.
4. Telefonikontaktid.
5. Järeldravi visiidid, raviplaanide uuendamine.
6. Patsientide nimekirja läbivaatamine, patsiendi kaasamise / välistamise otsused.
7. Meeskonna koosolekud patsientide küsimuste arutamiseks.
8. Patsiendiregistri läbivaatamine ja ajakohastamine.
9. Patsientide jätkuravi koordineerimine (sotsiaaltöötaja või eriarsti abi).

Esimesed viis tegevust on seotud patsiendi individuaalse ravi juhtimisega. Patsientide projektist teavitamine ja patsiendi nõusoleku saamine on harilikult olnud pilootprojektis osalevates praksistes töötavate õdede ülesanne. Perearstid ja -õed on ühiselt kaasatud patsiendi visiidi ettevalmistamisse. See hõlmab tavaliselt patsientide haiguslugude, parajasti kasutatavate ravimite

ülevaatamist, analüüside või vajalike uuringute tegemise kava koostamist jne. Esimesel visiidil võttis tavaliselt vastu perearst, sest tihti oli vaja patsientide raviplaani muuta (uued ravimid või olemasoleva raviplaani muutmine). Kuid oli ka praksiseid, kus raviplaanide koostamine oli õdede ülesanne (kahes praksises üheksast). Kulude planeerimisel tuleks arvestada, et perearstid koostasid enamasti esimesed raviplaanid. Enamik järelkontrolli tegevustest pidi jääma õdede vastutusalasse, sealhulgas järelravi telefonikõned ja visiidid. Sellest hoolimata näitavad pilootperioodi aja raviandmed, et telefonikõnesid tegid ikkagi perearstid.

Viimased neli tegevust ei ole otseselt seotud konkreetsete patsientide ravi juhtimisega. Need tegevused peaksid toimuma kord nädalas või kuus, et aidata korraldada ravi juhtimist terves praksises. Nii õde kui ka perearst peaksid läbi vaatama patsientide nimekirja ja patsientide kaasamised/välistamised. Suuremate rühmapraksiste puhul tuleb võib-olla kaasata ka teisi töötajaid, kes on riskipatsientidega kokku puutunud. Enamik praksiseid (üheksast seitse) kehtestas õele ja perearstile korralise koosoleku aja, kus nad said arutada patsientide juhtumeid või ravi juhtimist. Patsiendiregistri täiendamine ja ajakohastamine oli enamasti õdede ülesanne. See hõlmab töölaua kaudu saadava teabe jälgimist selle kohta, kas patsiendid on oma ravimid välja ostnud ja kas nad on haiglast välja kirjutatud. Lisaks pidid õed jälgima, millal võeti patsiendiga ühendust seoses järelkontrolliga ja millal järelkontrollivisiitide aega muudeti. Enamikus praksistes olid nii õed kui ka perearstid kaasatud patsiendi jätkuravi koordineerimisse (sotsiaallabi ja eriarstiabi). Tavaliselt olid perearstid need, kes suhtlesid sotsiaaltöötajatega, kui leiti, et patsient vajab sotsiaalhoolekandeteenuseid. Praksised, kellel oli ligipääs haiglate ravidokumentidele, olid tavaliselt kokku leppinud, et õed kontrollivad regulaarselt haiglaravil viibimise või EMO külastuste kohta käivat teavet. Keerulisematel juhtudel kontrollisid elektroonilisi ravidokumente ka perearstid.

Töötati välja ravi juhtimise tegevuspõhise kulumudeli projekt, võttes arvesse esmatasandi arstiabi osutajate esitatud teavet. Ettepaneku projekt esitati haigekassale ning seda arutatakse koos.

- **Järeldused**

Ravi juhtimise pilootprojekt näitas, et ravi juhtimine on Eesti tervishoiusüsteemis nii teostatav kui ka aktsepteeritav. Kõik projekti tegevused, sealhulgas patsientide valimise algoritmi väljatöötamine, teenuseosutaja intuitsiooni rakendamine patsientide nimekirjade lõplikuks vormistamiseks, perearstide ja -õdede meeskondade moodustamine esmatasandi arstiabis, patsientide kaasamine, patsientide individuaalsete raviplaanide koostamine ning kontaktide loomine esmatasandi arstiabi ja haiglate ning sotsiaalhoolekande sektori vahel, lõpetati planeeritud tähtajaks või varem. Haigekassa raviandmete analüüs näitab, et hospitaliseerimisjärgselt 30 päeva jooksul toimuvate järelravi visiitide tegemine on paranenud, samuti on suurenenud statiinide väljakirjutamise määr ja kolesteroolitaset määravate analüüside tegemine. Eriarstivisiitide ja välditavate hospitaliseerimiste osas võis märgata suundumust paremuse poole. See näitaja ei olnud siiski statistiliselt oluline.

Lisa 1. Tulemuslikkuse seirekava ja igakuise rakendamise aruandlus

Tulemuslikkuse seirekava ja igakuise rakendamise aruandlus

Teostatavus

Hindamisküsimus	Hindamise indikaatorid	Andmeallikad
<ul style="list-style-type: none"> Kas pilootprojekt oli teostatav etteantud ajavahemikus olemasolevate töötajatega? 	<ul style="list-style-type: none"> Registris tehtud tegevused <ul style="list-style-type: none"> Praksiste protsent, mis rakendasid patsiendinimekirjade koostamisel intuitsiooni ja lisasid kaasamise / välistamise põhjused Programmi kaasatud patsientide protsent praksiste järgi Lõpuleviidud raviplaanide protsent praksiste järgi 	Töölaua igakuine jälgimine Igakuised aruanded
	<ul style="list-style-type: none"> Raviplaanide kvaliteet 	Igakuine kvalitatiivne ülevaade seirekülastuste alusel
	<ul style="list-style-type: none"> Praksiste protsent, mis löid kontakti kohaliku haiglaga, et jälgida patsiendi hospitaliseerimist / haiglast väljakirjutamist 	Igakuised seirekülastused
	<ul style="list-style-type: none"> Praksiste protsent, mis löid kontakti kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötajaga / sotsiaalhoolekandeteenuse osutajaga, et ravi juhtimise koordineerimist hõlbustada 	Igakuised seirekülastused

Aktsepteeritavus

Hindamisküsimus	Hindamise indikaatorid	Andmeallikad
<ul style="list-style-type: none"> Milline oli teenuseosutajate kogemus? 	<ul style="list-style-type: none"> Muutused teenuseosutaja rahulolus ravipraktikaga 	Teenuseosutaja küsitlus
	<ul style="list-style-type: none"> Muutused osutatud arstiabi kvaliteedi tajumises 	Teenuseosutaja küsitlus
	<ul style="list-style-type: none"> Muutused tajutavas tööstressis 	Teenuseosutaja küsitlus
<ul style="list-style-type: none"> Milline oli pilootprojekti kaasatud patsientide kogemus? 	<ul style="list-style-type: none"> Patsientide nõusoleku / kaasamise määr 	Töölaud
	<ul style="list-style-type: none"> Patsiendi kogemus seoses ravi koordineerimisega 	Patsientide fookusgrupi arutelud
	<ul style="list-style-type: none"> Patsientide tekkinud probleemid seoses projektiga 	Patsientide fookusgrupi arutelud

<ul style="list-style-type: none"> • Milline oli pilootprojektist saadud kogemus? 	<ul style="list-style-type: none"> • Kas pilootprojekt saavutas seatud eesmärgid? 	Peamiste võtmeisikute intervjuud haigekassa töötajatega ja teiste sidusrühmadega
--	--	--

Protsess

Hindamisküsimus	Hindamise indikaatorid	Andmeallikad
<ul style="list-style-type: none"> • Kui efektiivne oli pilootprojekt ravi juhtimise protsessi parandamisel? 	<ul style="list-style-type: none"> • Meeskonna praktikas ja tegutsemises toimunud muutused <ul style="list-style-type: none"> • Meeskondade protsent, kes juurutasid regulaarsed (iganädalased) koosolekud pilootprojektis osalevate patsientide olukorra üle arutamiseks • Muutused õdede ülesannetes, millest nad ise teatasid / mida ise jälgisid 	Igakused seirekülastused
	<ul style="list-style-type: none"> • Patsientide protsent, kellele tehti pärast statsionaarset aktiivravi järelraviks telefonikõne või visiit VÕI aktiivselt haiglaravilt välja kirjutamise ja esmatasandi arstiabi järelkontrolli telefonikõne või visiidi vaheline keskmine aeg 	Töölaud / nõuete andmed
	<ul style="list-style-type: none"> • Muudatused aktiivravi järgse jätkuravi koordineerimise sageduses 	Teenuseosutaja küsitlus
	<ul style="list-style-type: none"> • Muudatused patsientidega visiitide vahelisel ajal kontakteerumise sageduses 	Teenuseosutaja küsitlus
	<ul style="list-style-type: none"> • Muudatused kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötajaga ravi koordineerimise sageduses 	Teenuseosutaja küsitlus
	<ul style="list-style-type: none"> • Muudatused praksiste valmisolekus ravida mitme kroonilise haigusega patsienti 	Teenuseosutaja küsitlus
	<ul style="list-style-type: none"> • Muudatused praksiste valmisolekus ravida mõnuainete kuritarvitamisest tingitud probleemidega patsiente 	Teenuseosutaja küsitlus
	<ul style="list-style-type: none"> • Muudatused praksiste valmisolekus ravida patsiente, kes vajavad kohalike omavalitsuste sotsiaalhoolekandeteenuseid 	Teenuseosutaja küsitlus
	<ul style="list-style-type: none"> • Muudatused praksiste personalikasutuse sageduses seoses krooniliste haigusseisunditega patsientide ravi koordineerimisega 	Teenuseosutaja küsitlus
	<ul style="list-style-type: none"> • Muudatused sageduses, millega anti krooniliste haigusseisunditega 	Teenuseosutaja küsitlus

	patsientidele kirjalikud raviplaanid ravi juhtimiseks	
	<ul style="list-style-type: none"> Muudatused sageduses, millega määratleti kroonilise haiguseisundiga patsientidele selged eneseabi eesmärgid 	Teenuseosutaja küsitlus
	<ul style="list-style-type: none"> Muudatused sageduses, millega praksis sai eriarstivisiidi järgselt õigeaegselt vajalikku teavet 	Teenuseosutaja küsitlus
	<ul style="list-style-type: none"> Muudatused sageduses, millega praksis sai teateid patsientide EMO külastuse kohta 	Teenuseosutaja küsitlus
	<ul style="list-style-type: none"> Muudatused sageduses, millega praksis sai teateid patsiendi haiglast välja kirjutamise kohta 	Teenuseosutaja küsitlus
	<ul style="list-style-type: none"> Muudatused ajavahemikus, mille jooksul praksis sai teavet, mida ta vajab patsiendi haiglaravijärgse jätkuravi läbiviimiseks. 	Teenuseosutaja küsitlus
	<ul style="list-style-type: none"> Muudatused meetodis, mille kaudu saadi pärast haiglast välja kirjutamist teavet 	Teenuseosutaja küsitlus
	<ul style="list-style-type: none"> Muudatused selles, kui lihtne oli koordineerida patsiendi ravi koostöös sotsiaaltöötajaga 	Teenuseosutaja küsitlus

Tulemused

Hindamisküsimus	Hindamise indikaatorid	Andmeallikad
Kui efektiivne oli pilootprojekt ravi osutamise tulemuste parandamisel?	<ul style="list-style-type: none"> Välditavate eriarstivisiitide määr 	Raviarved
	<ul style="list-style-type: none"> Patsientide protsent, kes vajavad statiinide määramist 	Raviarved

Soodustavad tegurid ja takistused

Hindamisküsimus	Hindamise indikaatorid	Andmeallikad
Kuidas saab Eesti sellist programmi korrata ja laiendada?	<ul style="list-style-type: none"> Peamised rakendamist soodustavad tegurid 	Igakuised seirekülastused Haigekassa peamiste võtmeisikute intervjuerimine Patsientide fookusgrupi arutelud
	<ul style="list-style-type: none"> Peamised rakendamise takistused 	Igakuised seirekülastused Haigekassa peamiste võtmeisikute intervjuerimine Patsientide fookusgrupi arutelud

Igakuise rakendusaruande hindamiskriteeriumid

Hindamiskriteerium	Kirjeldus	1	3	5
Pilootprojekti mõistmine	Perearstide kursisolek pilootprojekti eesmärkide, ülesannete ja materjalidega	Ei mõista pilootprojekti eesmärki ja ei ole ülesannete ega materjalidega kursis	Võib mõista pilootprojekti eesmärki, kuid on kursis vaid üksikute ülesannete ja materjalidega	Mõistab pilootprojekti eesmärki ja on kursis kõikide ülesannete ja materjalidega
Tegevusplaan	Perearsti ja tema personali väljatöötatud pilootprojekti rakendamise ametliku plaani olemasolu	Tegevusplaan puudub	Tegevusplaan ei sisalda kõiki komponente	Tegevusplaan sisaldab kõiki komponente
Intuitsiooni kasutamine	Ravimeeskondade arusaamine sellest, kuidas kaasata või välistada patsiente pilootprojekti oma intuitsiooni alusel	Ei tea, kuidas intuitsiooni rakendada ega suuda kaasamist või välistamist selgesõnaliselt põhjendada	On rakendanud intuitsiooni patsientide kaasamiseks ja välistamiseks, kuid tugineb suurel määral elektroonilisest tervisekaardisüsteemist pärinevatele andmetele ja/või välistab põhjendamatult teatud tingimustega patsiente	On rakendanud intuitsiooni patsientide kaasamiseks ja välistamiseks, mõistab intuitsiooni eesmärgi ja võib vajadusel nimekirja muuta.
Meeskonnatöö	Arstide ja õdede selgelt määratletud rollid ja ülesanded ning korraline koosolekuaeg pilootprojekti küsimuste arutamiseks	Ei ole määratlenud meeskonnas rolle ja ülesandeid ega protseduure nimekirjas olevate patsientide juhtimiseks. Korraline koosolekuaeg puudub	On määratlenud meeskonnas mõned rollid, ülesanded ja protseduurid nimekirjas olevate patsientide juhtimiseks. Korraldab harva meeskonna koosolekuid	On määratlenud meeskonnas rollid, ülesanded ja protseduurid nimekirjas olevate patsientide juhtimiseks. On kehtestanud sagedased ja regulaarsed koosolekuajad

Patsientide kaasamine	Igal kuul pilootprojekti kaasatud patsientide arv	Ühtegi patsienti ei ole kutsutud osalema	Mõned patsiendid on kutsutud osalema	Kõik patsiendid on kutsutud osalema
Raviplaanid	Koostatud raviplaanide kvaliteet (möödetavad, tähtajalised tervisealased eesmärgid, plaan nende eesmärkide saavutamiseks, patsiendi, tema perekonna ja perearsti kontaktandmed)	Ei ole koostanud patsiendisõbralikke raviplaanide ja kasutab selle alusel töölaua näidiste väljatrükke. Enamik patsiendi eesmärke, tegevusplaanide ja jätkuraviplaanide on liiga üldised ja ei järgi heade raviplaanide koostamise juhendeid.	On koostanud patsiendisõbralikke raviplaanide, mis sisaldavad suuremat osa nõutud teabest. Enamik patsiendi eesmärke, tegevusplaanide ja jätkuraviplaanide on liiga üldised ja ei järgi heade raviplaanide koostamise juhendeid	On koostanud patsiendisõbralikke raviplaanide, mis sisaldavad suuremat osa nõutud teabest. Enamik patsiendi eesmärke, tegevusplaanide ja jätkuraviplaanide järgivad heade raviplaanide koostamise juhendeid
Haiglatega loodud kontakt	Pereõed on pöördunud haiglate poole, et saada juurdepääs haigla elektroonilistele ravidokumentidele või luua mõni teine võimalus andmete regulaarseks jagamiseks	Ei ole haiglaga ühendust võtnud	On haiglaga ühendust võtnud, kuid andmete regulaarse jagamise võimalust ei ole	On haiglaga ühendust võtnud ja loonud andmete regulaarse jagamise võimaluse.
Regulaarne teabevahetus haiglatega	Pereõed / ravimeeskonnad on teadlikud patsiendi hospitaliseerimisest, haiglast välja kirjutamistest, EMO külastustest ja kiirabi väljakutsetest	Ei võta haiglaga ühendust ega kontrolli haigla elektroonilisi ravidokumente, et teha kindlaks, kas patsient on seal hiljuti ravil viibinud	Võtab mõnikord haiglaga ühendust, kontrollimaks haigla elektroonilisi ravidokumente, et teha kindlaks, kas patsient on seal hiljuti ravil viibinud	Võtab sageli haiglaga ühendust, kontrollimaks haigla elektroonilisi ravidokumente, et teha kindlaks, kas patsient on seal hiljuti ravil viibinud

Sotsiaalhoolekandega loodud kontakt	Ravimeeskond loob kontakti sotsiaaltöötajatega ja on teadlik olemasolevatest sotsiaalteenustest, tunneb omavalitsusi, kus patsiendid elavad	Ei ole pöördunud sotsiaaltöötaja poole, ei tea, kus patsiendid elavad, ega ole kursis sotsiaalteenustega kättesaadavusega	On pöördunud sotsiaaltöötaja poole ja selgitanud talle pilootprojekti olemust, on mõnevõrra tuttav olemasolevate teenustega, kuid ei ole kontaktisikut kokku leppinud	On pöördunud sotsiaaltöötaja poole ja selgitanud talle pilootprojekti olemust, on kursis olemasolevate teenustega ja on kokku leppinud kontaktisiku
Regulaarne suhtlus sotsiaalhoolekandega	Ravimeeskond selgitab välja patsiendi sotsiaalabi vajadused	Ei näe vajadust sotsiaalabi vajaduste välja selgitamiseks Sotsiaalse vajaduse avastamisel võtab harva ühendust sotsiaaltöötajaga	Võib oma patsiente hästi tunda, kuid ei tegele regulaarselt nende sotsiaalabi vajaduste väljaselgitamisega. Sotsiaalabi vajaduse avastamisel võtab tavaliselt ühendust sotsiaaltöötajaga	Tegeleb regulaarselt patsientide sotsiaalabi vajaduste väljaselgitamisega. Sotsiaalabi vajaduse avastamisel võtab alati ühendust sotsiaaltöötajaga
Patsiendi ravi koordineerimine	Raviplaanide korrapärane läbivaatamine koos patsientidega, järgmiste patsiendikülastuste eelnev kokkuleppimine, patsientide raviplaanide uuendamine koos patsientidega, patsientide ravimiskeemist kinnipidamise ennetav jälgimine, hiljuti haiglast välja kirjutatud patsientide järelkontroll/jätkuravi	Määrab harva koos patsiendiga järgmise visiidi või kontakti aja. Järelkontrolli visiitide ajal vaatab harva raviplaanide läbi. Kontrollib harva, kas patsient on talle määratud ravimid välja ostanud. Võtab harva patsiendiga ühendust, kui on teada saanud, et patsient on käinud eriarsti vastuvõtul või viibinud haiglaravil	Määrab tavaliselt koos patsiendiga järgmise visiidi või kontakti aja. Järelkontrolli visiitide ajal vaatab tavaliselt raviplaanid läbi. Kontrollib tavaliselt, kas patsient on talle määratud ravimid välja ostanud. Võtab tavaliselt patsiendiga ühendust, kui on teada saanud, et patsient on käinud eriarsti vastuvõtul või viibinud haiglaravil	Määrab alati koos patsiendiga järgmise visiidi või kontakti aja. Järelkontrolli visiitide ajal vaatab alati raviplaanid läbi. Kontrollib alati, kas patsient on talle määratud ravimid välja ostanud. Võtab alati patsiendiga ühendust, kui on teada saanud, et patsient on käinud eriarsti vastuvõtul või viibinud haiglaravil

Lisa 2. Peamiste võtmeisikute ja patsientide intervjuud, teenuseosutaja küsitlus

Peamiste võtmeisikute intervjuud

Ravi juhtimise pilootprojekti tulemuste hindamiseks küsitleti üheksat peamist Eesti tervishoiusüsteemi võtmeisikut. Intervjuud toimusid enne pilootprojekti algust ja pärast selle ametlikku lõppu. Intervjuude eesmärk oli:

- hinnata ravi juhtimise aktsepteeritavust;
- mõista pilootprojekti tugevaid ja nõrku külgi;
- hinnata teostatavust ja avastada suurimad kitsaskohad ning edasiviivad tegurid ravi juhtimise rakendamisel;
- tuvastada võimalikud piirangud ja võimalused programmi laiendamisel.

Peamiste võtmeisikute intervjuude käigus intervjueeriti järgmisi inimesi:

- Eesti Haigekassa esindajad;
- sotsiaalministeeriumi esindajad;
- pilootprojektis osalevad perearstid,;
- haigla juhid;
- sotsiaaltöötajad.

Pilootprojekti eelsed intervjuud keskendusid järgmistele küsimustele.

- Millised olid teie eesmärgid ja ootused seoses selle pilootprojektiga?
- Kui optimistlik te olete nende eesmärkide saavutamise suhtes?
- Mis on teie arvates selle pilootprojekti tugevaimad küljed?
- Mis teile projekti juures kõige rohkem muret valmistab ja miks?
- Mis on teie arvates kõige olulisem asi, mida haigekassa võib sellest pilootprojektist õppida?
- Mida peaksid selle pilootprojekti tulemused teie arvates tõendama, et programmi võiks laiendada?

Pilootprojekti järgsed intervjuud keskendusid järgmistele küsimustele.

- Kuidas, kui üldse, teie pilootprojektiga seotud eesmärgid ja ootused aja jooksul muutusid? Miks?
- Mil määral teie pilootprojektiga seotud eesmärgid ja ootused täitusid? Mis osas need ei täitunud?
- Mis oli teie arvates selle pilootprojekti tugevaim/edukaim komponent?
- Mis tagas teie arvates selle pilootprojekti edukuse ja miks?
- Mis oli teie arvates selle pilootprojekti suurim kitsaskoht?
- Mis tegurid piirasid teie arvates selle pilootprojekti edukust ja miks?
- Mis on teie arvates kõige olulisem asi, mida haigekassa sellest pilootprojektist õppis? Miks see on oluline?

- Kas selle pilootprojekti kogemuse põhjal soovitaksite ravi juhtimise programmi Eestis laiendada? Miks jah või miks mitte?
- Kui jah, siis milline tegur oleks teie arvates laiendamise korral kõige kriitilisem?
- Kas teie arvates tuleks pilootprojekti puhul midagi muuta, et laiendamine oleks efektiivne?

Patsientide intervjuud

Pärast pilootprojekti ametlikku lõppu koostati juhuslik valim 18 patsiendist, kes olid osalenud ravi juhtimise pilootprojekti, et hinnata nende kogemusi. Eesmärk oli tuvastada projekti rakendamise peamised takistused ning võimalikud piirangud ja võimalused ravi juhtimise programmi laiendamise korral. Lõplik valim koostati vahevalimist, kuhu kuulus neli patsienti igast perearstipraksisest. Järveotsa perearstikeskuse pilootprojekti osalenud patsientide hulgas viidi läbi täiendav telefoniküsitlus.

Patsiendiintervjuude küsimused

- Kas teid on ravi juhtimise programmist teavitatud (teie osalemisest selles)?
- Kas märkate oma ravis muudatusi võrreldes varasemate aastatega?
- Kas teile tundub, et teie kroonilise haiguse ravi juhtimine on alates 2017. aasta veebruarist paranenud või on jäänud samaks?
- Kas te teate, kas teil on raviplaan?
- Kas olete viibinud haiglas, kutsunud kiirabi või käinud EMOs alates 2017. aasta veebruarist? Kui jah, kas teie perearst ja/või pereõde jälgis teid pärast seda ja kas järelkontrolli protseduurid olid muutunud võrreldes eelmiste haiglas viibimiste / EMO külastuste / kiirabiteenuse kasutamistega?
- Kas perearst või õde küsib teilt, kas te teate, kelle poole pöörduda, kui teil on vaja sotsiaalabi?
- Kas perearst või õde küsib teilt, kas teil on kõigi vajalike ravimite retseptid olemas ja kas olete ettenähtud ravimid välja ostnud?
- Kas te suudate kõik vajalikud ravimid välja osta?
- Mis teile ravi juhtimise programmis kõige rohkem meeldib?
- Kas te soovitaksite laiendada ravi juhtimise programmi ka teistele perearstipraksistele?
- Kas teil on mis tahes soovitusi tulevikuks seoses sellega, kuidas perearstid ja -õed saaksid muuta krooniliste haiguste ravi juhtimise paremaks?

Teenuseosutaja küsimustik

Commonwealth Fund 2015 International Survey of Primary Care Doctors mugandatud versioon

Nr	Küsimus	Vastused
•	Milline järgmistest väidetest väljendab kõige täpsemini teie üldist seisukohta teie riigi tervishoiusüsteemi suhtes? <i>(Palun valige üks)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Üldkokkuvõttes toimib tervishoiusüsteem hästi ning selle paremaks toimimiseks on vaja teha ainult väikseid muudatusi • Meie tervishoiusüsteemis on mõningaid häid komponente, kuid süsteemi paremaks toimimiseks on vaja põhjalikke muudatusi

		<ul style="list-style-type: none"> • Meie tervishoiusüsteemis on nii paljud asjad valesti, et peaksime kogu süsteemi täielikult uuesti üles ehitama • Ei ole kindel • Keeldun vastamast
•	Kui rahul olete üldiselt praktiseeritava meditsiiniga?	<ul style="list-style-type: none"> • Väga rahul • Rahul • Mõnevõrra rahulolematu • Väga rahulolematu • Ei ole kindel • Keeldun vastamast
•	Kuidas teile üldiselt tundub, kas arstiabi kvaliteet, mida teie pilootprojektis osalevad patsiendid saavad tervishoiusüsteemi piires, on alates pilootprojekti käivitamisest paranenud, halvenenud või jäänud enam-vähem samaks?	<ul style="list-style-type: none"> • Paranenud • Halvenenud • Enam-vähem sama • Ei ole kindel • Keeldun vastamast
•	Pidades silmas kogu arstiabi, mida teie pilootprojekti kaasatud patsiendid saavad – mitte ainult teilt, vaid kõikidelt teenuseosutajatelt, sh eriarstidelt – mida te arvate nende saadava arstiabi mahu kohta? Kas seda on:	<ul style="list-style-type: none"> • Lubamatult vähe • Liiga vähe • Parasjagu • Liiga palju • Lubamatult palju • Ei ole kindel • Keeldun vastamast
•	Kui tihti teie arvates teie pilootprojekti kaasatud patsiendid kogevad järgmist?	
	• Raskused ravimite või omaosaluse eest maksmisega	<ul style="list-style-type: none"> • Tihti • Mõnikord • Harva • Mitte kunagi • Ei ole kindel • Keeldun vastamast
	• Raskused eriarstiabi diagnostilistele uuringutele pääsemisega (nt kompuutertomograafia, mammogramm, MRI)	<ul style="list-style-type: none"> • Tihti • Mõnikord • Harva • Mitte kunagi • Ei ole kindel • Keeldun vastamast
	• Pikad ooteajad eriarsti vastuvõtule pääsemiseks	<ul style="list-style-type: none"> • Tihti • Mõnikord • Harva • Mitte kunagi • Ei ole kindel • Keeldun vastamast
	• Pikad ooteajad ravi saamiseks pärast diagnoosi saamist	<ul style="list-style-type: none"> • Tihti • Mõnikord • Harva • Mitte kunagi • Ei ole kindel • Keeldun vastamast
•	Kui te mõtlete oma raviotsuste peale, siis kui tihti te ütleksite, et ...	

	<ul style="list-style-type: none"> • Te olete teadlik sellest, kui palju uuringud või ravimeetodid, mida oma patsientidele soovitate, tegelikult maksavad 	<ul style="list-style-type: none"> • Tihti • Mõnikord • Harva • Mitte kunagi • Ei ole kindel • Keeldun vastamast
	<ul style="list-style-type: none"> • Te arvestate tervishoiusüsteemile tekkivaid kulusid raviotsuste tegemisel 	<ul style="list-style-type: none"> • Tihti • Mõnikord • Harva • Mitte kunagi • Ei ole kindel • Keeldun vastamast
	<ul style="list-style-type: none"> • Kui suur osa teie pilootprojektis osalevatest patsientidest, kes soovivad arstiaega samal või järgmisel päeval, saavad selle? 	<ul style="list-style-type: none"> • Peaaegu kõik (rohkem kui 80%) • Enamik (60–80%) • Umbes pooled (ligikaudu 50%) • Mõned (20–40%) • Vähesed (vähem kui 20%) • Ei ole kindel • Keeldun vastamast
	<ul style="list-style-type: none"> • Kas teie praksises on olemas töökorraldus, mille kohaselt saavad pilootprojektis osalevad patsiendid vajaduse korral tulla arsti või õe vastuvõtule ka vastuvõtuvälisel ajal (pärast tööaega), et mitte minna EMOSse? 	<ul style="list-style-type: none"> • Jah • Ei • Ei ole kindel • Keeldun vastamast
	<ul style="list-style-type: none"> • Kas teie ja/või mõni teine teiega koos töötav personaliliige annab pilootprojekti patsientidele arstiabi alltoodud viisidel? 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Teete koduvisiite 	<ul style="list-style-type: none"> • Jah, sageli • Jah, aeg-ajalt • Ei • Ei ole kindel • Keeldun vastamast
	<ul style="list-style-type: none"> • Koordineerite haiglatega patsientidele jätkuravi nende haiglast väljakirjutamisel 	<ul style="list-style-type: none"> • Jah, sageli • Jah, aeg-ajalt • Ei • Ei ole kindel • Keeldun vastamast
	<ul style="list-style-type: none"> • Võtate patsientidega ühendust visiitidevahelisel ajal, et jälgida nende seisundit 	<ul style="list-style-type: none"> • Jah, sageli • Jah, aeg-ajalt • Ei • Ei ole kindel • Keeldun vastamast
	<ul style="list-style-type: none"> • Koordineerite ravi sotsiaaltöötajatega või kohalike omavalitsuste teenuseosutajatega 	<ul style="list-style-type: none"> • Jah, sageli • Jah, aeg-ajalt • Ei • Ei ole kindel • Keeldun vastamast
	<ul style="list-style-type: none"> • Kui tihti näete oma praksises järgmisi patsiente? 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Mitme kroonilise haigusseisundiga patsiendid 	<ul style="list-style-type: none"> • Tihti • Mõnikord • Harva • Mitte kunagi

		<ul style="list-style-type: none"> Ei ole kindel Keeldun vastamast
	<ul style="list-style-type: none"> Raskete vaimsete häiretega patsiendid 	<ul style="list-style-type: none"> Tihti Mõnikord Harva Mitte kunagi Ei ole kindel Keeldun vastamast
	<ul style="list-style-type: none"> Ainete kuritarvitamisest tingitud probleemidega patsiendid 	<ul style="list-style-type: none"> Tihti Mõnikord Harva Mitte kunagi Ei ole kindel Keeldun vastamast
	<ul style="list-style-type: none"> Palliativset ravi vajavad patsiendid, sh vähkkasvajaga patsiendid 	<ul style="list-style-type: none"> Tihti Mõnikord Harva Mitte kunagi Ei ole kindel Keeldun vastamast
	<ul style="list-style-type: none"> Patsiendid, kes vajavad pikaajalisi koduõendusteenuseid (nt hoolduse või isikliku hügieeni teenused) 	<ul style="list-style-type: none"> Tihti Mõnikord Harva Mitte kunagi Ei ole kindel Keeldun vastamast
	<ul style="list-style-type: none"> Patsiendid, kes vajavad kogukonna sotsiaalteenuseid (nt eluase, toit ja transport) 	<ul style="list-style-type: none"> Tihti Mõnikord Harva Mitte kunagi Ei ole kindel Keeldun vastamast
	<ul style="list-style-type: none"> Keelebarjääriga patsiendid, kes vajavad tõlki 	<ul style="list-style-type: none"> Tihti Mõnikord Harva Mitte kunagi Ei ole kindel Keeldun vastamast
	<ul style="list-style-type: none"> Dementsusega patsiendid 	<ul style="list-style-type: none"> Tihti Mõnikord Harva Mitte kunagi Ei ole kindel Keeldun vastamast
	<ul style="list-style-type: none"> Kui hästi on teie praksis ette valmistatud järgnevate patsientide ravi juhtimiseks? 	
	<ul style="list-style-type: none"> Mitme kroonilise haigusega patsiendid 	<ul style="list-style-type: none"> Hästi ettevalmistatud Mõnevõrra ettevalmistatud Ei ole ettevalmistatud Ei ole kindel Keeldun vastamast
	<ul style="list-style-type: none"> Raskete vaimsete häiretega patsiendid 	<ul style="list-style-type: none"> Hästi ettevalmistatud

		<ul style="list-style-type: none"> • Mõnevõrra ettevalmistatud • Ei ole ettevalmistatud • Ei ole kindel • Keeldun vastamast
	<ul style="list-style-type: none"> • Ainete kuritarvitamisest tingitud probleemidega patsiendid 	<ul style="list-style-type: none"> • Hästi ettevalmistatud • Mõnevõrra ettevalmistatud • Ei ole ettevalmistatud • Ei ole kindel • Keeldun vastamast
	<ul style="list-style-type: none"> • Palliatiivset ravi vajavad patsiendid, sh vähkkasvajaga patsiendid 	<ul style="list-style-type: none"> • Hästi ettevalmistatud • Mõnevõrra ettevalmistatud • Ei ole ettevalmistatud • Ei ole kindel • Keeldun vastamast
	<ul style="list-style-type: none"> • Patsiendid, kes vajavad pikaajalisi koduraviteenuseid (nt hoolduse või isikliku hügieeni teenused) 	<ul style="list-style-type: none"> • Hästi ettevalmistatud • Mõnevõrra ettevalmistatud • Ei ole ettevalmistatud • Ei ole kindel • Keeldun vastamast
	<ul style="list-style-type: none"> • Patsiendid, kes vajavad kogukonna sotsiaalteenuseid (nt eluase, toit ja transport) 	<ul style="list-style-type: none"> • Hästi ettevalmistatud • Mõnevõrra ettevalmistatud • Ei ole ettevalmistatud • Ei ole kindel • Keeldun vastamast
	<ul style="list-style-type: none"> • Keelebarjääriga patsiendid, kes vajavad tõlki 	<ul style="list-style-type: none"> • Hästi ettevalmistatud • Mõnevõrra ettevalmistatud • Ei ole ettevalmistatud • Ei ole kindel • Keeldun vastamast
	<ul style="list-style-type: none"> • Dementsusega patsiendid 	<ul style="list-style-type: none"> • Hästi ettevalmistatud • Mõnevõrra ettevalmistatud • Ei ole ettevalmistatud • Ei ole kindel • Keeldun vastamast
	<ul style="list-style-type: none"> • Kas teie praksis kasutab personali, nagu õed või hooldusjuhid, et jälgida ja juhtida pilootprojekti kaasatud patsientide ravi, kellel on kroonilised seisundid, mis vajavad korrapärast jätkuravi? 	<ul style="list-style-type: none"> • Jah, praksise koosseisus • Jah, praksise koosseisu väliselt • Jah, praksise koosseisus ja koosseisu väliselt • Ei • Ei ole kindel • Keeldun vastamast
	<ul style="list-style-type: none"> • Kas teie krooniliste haigusseisunditega patsientidele, kes on pilootprojekti kaasatud, on antud kirjalikud juhised selle kohta, kuidas kodus iseseisvalt ravi järgida (nt juhised sümptomite kontrollimiseks, sümptomite ägenemise vältimiseks või seisundi jälgimiseks kodus)? <i>(Märkus: ei sisalda retsepte)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Jah, sageli • Jah, aeg-ajalt • Ei • Ei ole kindel • Keeldun vastamast
	<ul style="list-style-type: none"> • Kas teie pilootprojektis osalevate krooniliste haigustega patsientide eneseabi eesmärgid on raviplaani kirja pandud? 	<ul style="list-style-type: none"> • Jah, rutiinselt • Jah, aeg-ajalt • Ei

		<ul style="list-style-type: none"> Ei ole kindel Keeldun vastamast
<ul style="list-style-type: none"> Kui oluline on teie ja teie praksise puhul võtta ühendust kohalike haiglatega, et hõlbustada patsientide ravi, kes viidi EMOSse või hospitaliseeriti? 		<ul style="list-style-type: none"> Väga oluline Mõnevõrra oluline Ei ole oluline Ei ole kindel Keeldun vastamast
<ul style="list-style-type: none"> Kui teie pilootprojekti kaasatud patsient on käinud eriarsti vastuvõtul, siis kui tihti saate te järgmist... 	<ul style="list-style-type: none"> Eriarsti aruanne kogu asjakohase teabega? 	<ul style="list-style-type: none"> Alati Tihti Mõnikord Harva või mitte kunagi Ei ole kindel Keeldun vastamast
	<ul style="list-style-type: none"> Teave muudatuste kohta, mida eriarst tegi patsiendi ravimiskeemis või raviplaanis 	<ul style="list-style-type: none"> Alati Tihti Mõnikord Harva või mitte kunagi Ei ole kindel Keeldun vastamast
	<ul style="list-style-type: none"> Õigeaegset esitatud ja vajadusel kättesaadav teave 	<ul style="list-style-type: none"> Alati Tihti Mõnikord Harva või mitte kunagi Ei ole kindel Keeldun vastamast
<ul style="list-style-type: none"> Kui teie pilootprojekti kaasatud patsient on käinud EMOs või hospitaliseeritud, siis kui tihti saate te järgmist... 	<ul style="list-style-type: none"> Teade, et teie patsient on käinud EMOs vastuvõtul 	<ul style="list-style-type: none"> Alati Tihti Mõnikord Harva või mitte kunagi Ei ole kindel Keeldun vastamast
	<ul style="list-style-type: none"> Teade, et teie patsient on haiglast välja kirjutatud 	<ul style="list-style-type: none"> Alati Tihti Mõnikord Harva või mitte kunagi Ei ole kindel Keeldun vastamast
<ul style="list-style-type: none"> Kui kaua aega kulub teil keskmiselt pärast teie pilootprojekti kaasatud patsiendi haiglast väljakirjutamist, saada vajalik teave patsiendi ravi jätkamiseks, sealhulgas soovitatavaks jätkuraviks? 		<ul style="list-style-type: none"> Vähem kui 24 tundi 24–48 tundi 2–4 päeva 5–14 päeva 15–30 päeva Rohkem kui 30 päeva Harva või mitte kunagi Ei ole kindel Keeldun vastamast

<ul style="list-style-type: none"> Kuidas te selle teabe tavaliselt saate? (<i>Märkus: valige ainult üks vastus</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> Faksi teel Posti teel E-posti teel Internetist (nt internetiportaalist/faili edastamise lehelt) Vahetult patsiendi terviseloost Patsient toob ise kaasa Muu Ma ei saa regulaarselt teavet Ei ole kindel Keeldun vastamast 						
<ul style="list-style-type: none"> Kas möödunud kuul esines teie pilootprojekti kaasatud patsientide puhul midagi järgnevast? 	<table> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> Patsiendi ravidokument või muu asjakohane kliiniline teave ei olnud patsiendi plaanilise visiidi ajal kättesaadav </td><td> <ul style="list-style-type: none"> Jah Ei Ei ole kindel Keeldun vastamast </td></tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> Uuringuid või protseduure tuli korrata, kuna tulemused ei olnud kättesaadavad </td><td> <ul style="list-style-type: none"> Jah Ei Ei ole kindel Keeldun vastamast </td></tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> Patsiendil tekkisid probleemid, kuna ravi ei olnud erinevate asukohtade või teenuseosutajate vahel hästi koordineeritud </td><td> <ul style="list-style-type: none"> Jah Ei Ei ole kindel Keeldun vastamast </td></tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> Patsiendi ravidokument või muu asjakohane kliiniline teave ei olnud patsiendi plaanilise visiidi ajal kättesaadav 	<ul style="list-style-type: none"> Jah Ei Ei ole kindel Keeldun vastamast 	<ul style="list-style-type: none"> Uuringuid või protseduure tuli korrata, kuna tulemused ei olnud kättesaadavad 	<ul style="list-style-type: none"> Jah Ei Ei ole kindel Keeldun vastamast 	<ul style="list-style-type: none"> Patsiendil tekkisid probleemid, kuna ravi ei olnud erinevate asukohtade või teenuseosutajate vahel hästi koordineeritud 	<ul style="list-style-type: none"> Jah Ei Ei ole kindel Keeldun vastamast
<ul style="list-style-type: none"> Patsiendi ravidokument või muu asjakohane kliiniline teave ei olnud patsiendi plaanilise visiidi ajal kättesaadav 	<ul style="list-style-type: none"> Jah Ei Ei ole kindel Keeldun vastamast 						
<ul style="list-style-type: none"> Uuringuid või protseduure tuli korrata, kuna tulemused ei olnud kättesaadavad 	<ul style="list-style-type: none"> Jah Ei Ei ole kindel Keeldun vastamast 						
<ul style="list-style-type: none"> Patsiendil tekkisid probleemid, kuna ravi ei olnud erinevate asukohtade või teenuseosutajate vahel hästi koordineeritud 	<ul style="list-style-type: none"> Jah Ei Ei ole kindel Keeldun vastamast 						
<ul style="list-style-type: none"> Juhul, kui mõni teie pilootprojekti kaasatud patsientidest saab koduraviteenuseid (nt hooldus või isikliku hügieeni teenused), siis kui tihti: 	<table> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> teie või mõni teie praktilise töötaja vahetab teie patsiendi koduraviteenuse pakkujaga teavet teie patsiendi vajaduste ja pakutavate teenuste kohta? </td><td> <ul style="list-style-type: none"> Rutiinselt Aeg-ajalt Mitte kunagi Ei ole kohaldatav Ei ole kindel Keeldun vastamast </td></tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> on teile teatatud teie patsiendi seisundi või tervise muutusest? </td><td> <ul style="list-style-type: none"> Rutiinselt Aeg-ajalt Mitte kunagi Ei ole kohaldatav Ei ole kindel Keeldun vastamast </td></tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> teie või mõni teie praktilise töötaja vahetab teie patsiendi koduraviteenuse pakkujaga teavet teie patsiendi vajaduste ja pakutavate teenuste kohta? 	<ul style="list-style-type: none"> Rutiinselt Aeg-ajalt Mitte kunagi Ei ole kohaldatav Ei ole kindel Keeldun vastamast 	<ul style="list-style-type: none"> on teile teatatud teie patsiendi seisundi või tervise muutusest? 	<ul style="list-style-type: none"> Rutiinselt Aeg-ajalt Mitte kunagi Ei ole kohaldatav Ei ole kindel Keeldun vastamast 		
<ul style="list-style-type: none"> teie või mõni teie praktilise töötaja vahetab teie patsiendi koduraviteenuse pakkujaga teavet teie patsiendi vajaduste ja pakutavate teenuste kohta? 	<ul style="list-style-type: none"> Rutiinselt Aeg-ajalt Mitte kunagi Ei ole kohaldatav Ei ole kindel Keeldun vastamast 						
<ul style="list-style-type: none"> on teile teatatud teie patsiendi seisundi või tervise muutusest? 	<ul style="list-style-type: none"> Rutiinselt Aeg-ajalt Mitte kunagi Ei ole kohaldatav Ei ole kindel Keeldun vastamast 						
<ul style="list-style-type: none"> Kui tähtis on teile ja teie praktilisele vajadusel kooskõlastada oma pilootprojekti kaasatud patsiendiga seotud tegevus sotsiaalhoolekandega? 	<ul style="list-style-type: none"> Väga oluline Mõnevõrra oluline Ei ole oluline Ei ole kindel Keeldun vastamast 						
<ul style="list-style-type: none"> Kui lihtne või keeruline on vajadusel kooskõlastada teie pilootprojekti kaasatud patsientide ravi sotsiaalhoolekande või muude kogukonna teenuseosutajatega (nt eluase, toit ja transport)? 	<ul style="list-style-type: none"> Väga lihtne Lihtne Mõnevõrra keeruline Väga keeruline Ei ole kohaldatav Ei ole kindel 						

		• Keeldun vastamast
Praksise profiil		
• Mitu täistööajaga (TTA) arsti, kaasa arvatud teie ise, teie praksises töötab? (Näiteks 2 täistööajaga arsti = 2,00 TTA)	Palun sisestage number TTA = ____ . ____	
• Hinnake oma praksisele mõeldes, mitu tundi nädalas te tavaliselt töötate	Palun sisestage number Tunde nädalas = ____ . ____	
• Mitu protsenti ajast kulutate tüüpilisel nädalal järgmisele: (Pange tähele, lõppsumma ei pea olema 100%)		
• Vahetu kontakt patsientidega	____ %	
• Muu kontakt patsientidega (nt e-post, telefonikõne)		
• Administratiivsed küsimused		
• Keskmiselt, kui palju aega saate rutiinse visiidi jooksul kulutada pilootprojekti kaasatud patsiendile?	• Vähem kui 15 minutit • 15 kuni 25 minutit • 25 minutit või rohkem • Ei ole kindel • Keeldun vastamast	
• Kui vana te olete?	• Alla 35 • 35–44 • 45–54 • 55–64 • 65 või vanem • Keeldun vastamast	
• Kas te olete:	• Mees • Naine • Keeldun vastamast	
• Kus teie praksis asub?	• Suurlinnas • Eeslinnas • Väikelinnas • Maapiirkonnas • Keeldun vastamast	
• Kui stressirohke on teie töö perearstina?	• Äärmiselt stressirohke • Väga stressirohke • Mõnevõrra stressirohke • Mitte väga stressirohke • Üldse mitte stressirohke • Ei ole kindel • Keeldun vastamast	
• Palun märkige, kui rahul olete oma arstipraksise järgmiste aspektidega.		
• Teie arstipraksisest saadav sissetulek	• Väga rahul • Rahul • Mõnevõrra rahulolematu • Väga rahulolematu • Ei ole kindel • Keeldun vastamast	
• Teie sissetulek võrreldes eriarstide sissetulekuga	• Väga rahul • Rahul	

		<ul style="list-style-type: none"> • Mõnevõrra rahulolematu • Väga rahulolematu • Ei ole kindel • Keeldun vastamast
	<ul style="list-style-type: none"> • Aeg, mis teil kulub ühele patsiendile pilootprojekti raames 	<ul style="list-style-type: none"> • Väga rahul • Rahul • Mõnevõrra rahulolematu • Väga rahulolematu • Ei ole kindel • Keeldun vastamast
	<ul style="list-style-type: none"> • Elektrooniline ravidokumentide süsteem, mida te praegu oma praksises kasutate 	<ul style="list-style-type: none"> • Väga rahul • Rahul • Mõnevõrra rahulolematu • Väga rahulolematu • Ei ole kindel • Keeldun vastamast
Tagasiside pilootprojekti kohta		
•	<ul style="list-style-type: none"> • Millised olid teie eesmärgid ja ootused seoses pilootprojektiga? • Kuidas, kui üldse, need aja jooksul muutusid? 	<i>Ruum vabas sõnastuses vastuse jaoks</i>
•	Mil määral teie pilootprojektiga seotud eesmärgid ja ootused täitusid?	<i>Ruum vabas sõnastuses vastuse jaoks</i>
•	Mis osas teie pilootprojektiga seotud eesmärgid ja ootused ei täitunud?	<i>Ruum vabas sõnastuses vastuse jaoks</i>
•	Mis tagas teie arvates selle pilootprojekti edukuse ja miks?	<i>Ruum vabas sõnastuses vastuse jaoks</i>
•	<ul style="list-style-type: none"> • Mis oli alates pilootprojekti käivitamisest 2017. aastal teie ja teie meeskonna jaoks suurim väljakutse, mida kogesite tegevuste elluviimisel? • Mis oli suurim õnnestumine? • Mis teid kõige rohkem üllatas? 	<i>Ruum vabas sõnastuses vastuse jaoks</i>

•	Kui haigekassa valmistab ette ulatuslikuma ravi juhtimise programmi, siis milliseid muudatusi, kui üldse, tuleks teie arvates teha sekkumise ülesehitusse või selle rakendamisse?	<i>Ruum vabas sõnastuses vastuse jaoks</i>
---	---	--

Lisa 3. Täiendavad tabelid ja joonised

Tabel A1. Nimekiri 50 kroonilisest haigusseisundist, mida arvestati haiguspõhise riski järgi eristamise algoritmis

Nr	Krooniline haigusseisund	ICD koodid
----	--------------------------	------------

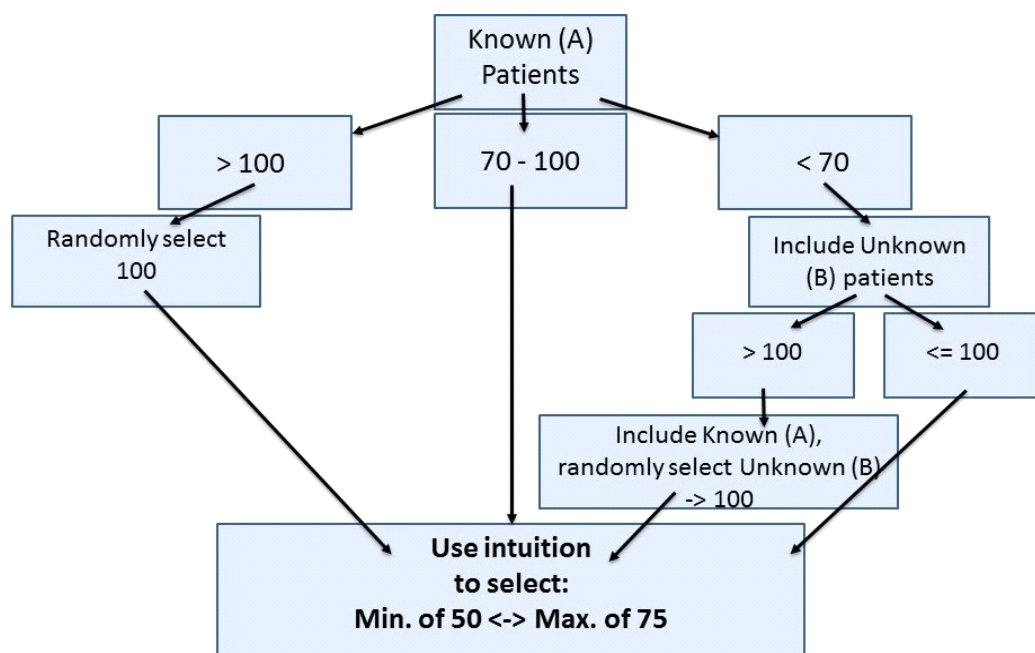
Metaboolne triaad		
1	Hüpertensioon	I10-I15
2	Lipiidide ainevahetuse häired	E78
3	Suhkurtõbi	E10-E14
Sihitseisundid		
4	KOK	J40-J44, J47
5	Astma	J45, J46
6	Krooniline isheemiline südamehaigus	I20, I25, I21
7	Tserebraalne isheemia / krooniline ajuinfarkt	I60-I64, I69, G45
8	Kodade virvendus ja laperdus	I48
9	Südamepuudulikkus	I50
10	Meeleoluhäired	F30-F39
11	Dementsus	F00-F03, F05.1, G30, G31, R54
12	Ainete kuritarvitamine	F11-F19, F55, Z71.5, Z81.3, Z81.4
13	Alkoholi kuritarvitamine	F10, Z71.4, Z81.1
14	Jõuetus (kukkumised)	R41.81, R54, W00, W01, W04, W05, W06, W07, W08, W10, W18, W19, Z91.81
15	Raske kuulmiskaotus / raske nägemise vähenemine	H90, H91.0, H91.1, H91.3, H91.8, H91.9, H17-H18, H25-H28, H31, H33, H34.1-H34.2, H34.8-H34.9, H35- H36, H40, H43, H47, H54
Muu krooniline haigusseisund		
16	Aneemia	D50-D53, D55-D58, D59.0-D59.2, D59.4-D59.9, D60.0, D60.8, D60.9, D61, D63-D64
17	Ärevus	F40-F41
18	Ateroskleroos / perifeerne arteriaalne oklusiivne haigus	I65-I66, I67.2, I70, I73.9
19	Südame rütmihäired*	I44-I45, I47, I49
20	Südameklapi häired	I34-I37
21	Krooniline koletsüstiit / sapikivitõbi	K80, K81.1
22	Krooniline gastriit / gastroösofageaalne reflukshaigus	K21, K25.4-K25.9 K26.4-K26.9 K27.4-K27.9 K28.4-K28.9 K29.2- K29.9
23	Pearinglus	H81-H82, R42
24	Söömishäired	F50, R63.0
25	Epilepsia	G40
26	Hemorroidid	I84
27	Hüpotensioon	I95
28	Soole divertikuloos	K57
29	Liigese artroos	M15-M19
30	Maksahaigus	K70, K71.3-K71.5, K71.7, K72.1, K72.7, K72.9, K73-K74, K76
31	Alajäseme varikoos	I83, I87.2
32	Migreen / krooniline peavalu	G43, G44

33	Neuropaatiad	G50-G64
34	Rasvumine	E66
35	Osteoporoos	M80-M82
36	Parkinsoni tõbi	G20-G22
37	Eesnäärme hüperplaasia	N40
38	Psoriaas	L40
39	Psühholoogilised häired	F8
40	Puriinide/pürimidiinide ainevahetushäired / podagra	E79, M10
41	Reumatoidartriit / krooniline polüartriit	M05-M06, M79.0
42	Somatoformsed häired	F45
43	Kilpnäärmehaigused	E01-E05, E06.1-E06.3, E06.5, E06.9, E07
44	Kusepidamatus	N39.3-N39.4, R32
45	Kuseteede kivid	N20
Väljastatud suure raskusastme tõttu		
46	Vähkkasvaja (kui aktiivne / äge)	C00-C14, C15-C26, C30-C39, C40-C41, C43-C44, C45-C49, C50, C51-C58, C60-C63, C64-C68, C69-C72, C73-C75, C81-C96, C76-C80, C97, D00-D09, D37-D48
47	Kaasasündinud häired	Q0-Q8
48	Haruldased haigused	F01.1, D21.9, D47.4, D48.9, D56.0, D82.4, E70.3, E75.5, E80.0, E85.0, G47.3, H16.3, H49.8, I78.8, K90.8, M60.9, N04.1, R23.8
49	Neerupuudulikkus (kaugelearenenud)	N18-N19, Z49
50	Skisofreenia	F20

* Ilma kodade virvenduseta (vt eraldi seisundit)

Kohandatud ja mugandatud allikast: Van den Bussche *et al.* Patterns of ambulatory medical care utilization in elderly patients with special reference to chronic diseases and multimorbidity. Results from a claims data based observational study in Germany (2011).

Joonis A1. Konsolideeritud patsiendinimekirjade koostamine iga nimistu kohta



Known (A) Patient	Teadaolevad (A) patsiendid
Randomly select 100	Juhuslikult valitud 100
Include Unknown (B) patients	Lisada tundmatud (B) patsiendid
> 100	> 100
<= 100	<= 100
Include Known (A), randomly select Unknown (B) -> 100	Lisada teadaolevad (A), juhuslikult valitud tundmatud (B) -> 100
Use intuition to select: Min. Of 50 <-> Max. Of 75	Valige intuitsiooni abil: min 50 <-> max 75

Tabel A2. Uurimuses „Eesti tervishoiuteenuste integreeritus“ kasutatud indikaatorid

	Provider Type	SES (Income Quintile)	Urban/Rural	Ida Viru/Rest of Estonia	Gender	Self-Management Impairing Comorbidities
Avoidable Hospital Admissions	×	×	×	×	×	×
Extended Hospital stays	×					
Avoidable Specialist Visits	×	×	×	×	×	×
Provider Continuity		×	×	×	×	×
Under-provision of Preventive Services	×	×	×	×	×	×
Incomplete Discharges	×	×	×	×	×	
Inadequate acute inpatient follow-up care	×	×	×	×	×	
Unnecessary pre-operative diagnostic tests	×					
Avoidable Hospital Admissions		Välditavad hospitaliseerimised				

Extended Hospital stays	Pikaleveninud haiglaravi
Avoidable Specialist Visits	Välditavad eriarstivisiidid
Provider Continuity	Teenuseosutaja järjepidevus
Under-provision of Preventive Services	Ennetavate teenuste ebapiisav osutamine
Incomplete Discharges	Puudulikud haiglast väljakirjutamised
Inadequate acute inpatient follow-up care	Statsionaarse aktiivravi järgne puudulik jätkuravi
Unnecessary pre-operative diagnostic tests	Tarbetud operatsioonieelsed diagnostilised uuringud
Provider Type	Teenuseosutaja tüüp
SES (Income Quintile)	Sotsiaal-majanduslik staatus (sissetulekukvintil)
Urban Rural	Linn/maa
Ida Viru/Rest of Estonia	Ida-Virumaa / ülejäänud Eesti
Gender	Sugu
Self-management Impairing Comorbidities	Enesega toimetulekut halvendavad seisundid

Tabel A3. Üksikasjalikud töölaua andmed patsientide kaasamise protsessi kohta

	Algselt tuvastatud	Välistatud	Ülejäänud	Kaasatud	Lõplik koguarv	Kaasatud + raviplaan	Kaasatud + raviplaan (%)
FP 1	134	85	49	2	51	47	92%
FP 2	70	12	58	0	58	52	90%
FP 3	100	57	43	5	48	48	100%
FP 4	57	15	42	7	49	49	100%
FP 5	39	9	30	20	50	50	100%
FP 6	184	125	59	0	59	59	100%
FP 7	246	194	52	1	53	50	94%
FP 8	64	31	33	17	50	49	98%
FP 9	110	50	60	1	61	54	89%
Kokku	1004	578	426	53	479	458	96%

FP (Family Physician)	PA
-----------------------	----

Viited

1. Sarnak, D.O., Ryan, J. How High-Need Patients Experience the Health Care System in Nine Countries. 2016.
2. Starfield, B. Primary care: concept, evaluation, and policy. Oxford University Press; 1992.
3. Haas, L.R., Takahashi, P.Y., Shah, N.D., Stroebe, R.J., Bernard, M.E., Finnie, D.M., *et al.* Risk-stratification methods for identifying patients for care coordination. *Am J Manag Care.* 2013; 19 (9): 725–32.
4. Bodenheimer, T., Berry-Millett, R. Care Management of Patients with Complex Health Care Needs. The Synthesis Project. Princeton, NJ; 2009.
5. Hong, C.S., Siegel, A.L., Ferris TG. Caring for high-need, high-cost patients: what makes for a successful care management program? Issue Brief. 2014.
6. Partners HealthCare and Hallmark Health's Response to the Health Policy Commission's Preliminary CMIR Report. 2014.
7. Love, T. Case Study: People Centered Health Care in Canterbury, New Zealand. 2015.
8. Vaillancourt, S., Shahin, I., Aggarwal, P., Pomedli, S., Hayden, L., Pus, L., *et al.* Using archetypes to design services for high users of healthcare. *Healthc Pap.* 2014; 14 (2): 37–41.
9. Powers, B., Chaguturu, S., Ferris, T. Optimizing High-Risk Care Management. *JAMA.* 2015; 313 (8): 795–6.
10. Haime, V., Hong, C., Mandel, L., Mohta, N., Iezzoni, L.I., Ferris, T.G., *et al.* Clinician considerations when selecting high-risk patients for care management. *Am J Manag Care.* 2015; 21(10): e576–82.
11. Chang, H., Boyd, C.M., Leff, B., Lemke, K.W., Bodycombe, D.P., Weiner, J.P. Identifying Consistent High-cost Users in a Health Plan Comparison of Alternative Prediction Models. *Med Care.* 2016; 54 (9): 852–9.
12. Chakravarty, S., Cantor, J. Informing the Design and Evaluation of Superuser Accounting for Regression-to-the-Mean. *Med Care.* 2016; 0 (0): 1–8.
13. Grant, R.W., Ashburner, J.M., Hong, C.S., Chang, Y., Barry, M.J., Atlas, S.J. Defining Patient Complexity From the Primary Care Physician's Perspective A Cohort Study. *Ann Intern Med.* 2011; 155 (12).
14. Hayes, B.S.L., McCarthy, D., Radley, D., Expenditure, M., Survey, P. The Impact of a Behavioral Health Condition on High-Need Adults. 2016.
15. Briggs, T., Burd, M., Fransoo, R. Identifying High Users of Healthcare in British Columbia, Alberta and Manitoba. *Healthc Pap.* 2014; 14 (2): 31–6.
16. Hibbard, J.H., Greene, J., Sacks, R., Overton, V., Parrotta, C.D. Adding a measure of patient self-management capability to risk assessment can improve prediction of high costs. *Health Aff.* 2016; 35 (3): 489–94.
17. Polanco, N.T., Zabalegui, I.B., Irazusta, I.P., Solinis, R.N., Camara, M.D. Building integrated care systems: a case study of Bidasoa Integrated Health Organisation. *Int J Integr Care.* 2015; 15.
18. Loeb, D.F., Binswanger, I.A., Candrian, C., Bayliss, E.A. Primary care physician insights into a typology of the complex patient in primary care. *Ann Fam Med.* 2015; 13 (5): 451–5.
19. Hostetter, M., Klein, S. In Focus: Segmenting populations to Tailor Services, Improve Care. 2015.
20. McCarthy, D., Ryan, J., Klein, S. Models of Care for High-Need , High-Cost Patients : An Evidence Synthesis. 2015.
21. Baker, A., Leak, P., Ritchie, L.D., Lee, A.J., Fielding, S. Anticipatory care planning and integration: A primary care pilot study aimed at reducing unplanned hospitalisation. *Br J Gen Pract.* 2012; 62 (595): e113–20.
22. Nelson, L. Lessons from Medicare's Demonstration Projects on Disease Management and Care Coordination. Washington, DC; 2012.

23. Goodwin, N., Dixon, A., Anderson, G., Wodchis, W. Providing integrated care for older people with complex needs: Lessons from seven international case studies. The Kings Fund. London; 2014.
24. Hostetter, M., Klein, S., McCarthy, D., Hayes, S.L. Guided Care : A Structured Approach to Providing Comprehensive Primary Care for Complex Patients. 2016.
25. Fernandopulle, R. Learning to fly: building de novo medical home practices to improve experience, outcomes, and affordability. *J Ambul Care Manage.* 2013; 36 (2): 121–5.
26. Fernandopulle, R. Restoring Humanity to Health. *J Ambul Care Manage.* 2014; 37 (2): 189–91.
27. Sullivan, E., Hufstader, T., Arabadjis, S. Behavioral Health and Financing for Southcentral Foundation’s Nuka System of Care (B). 2015.
28. Sinsky, C.A., Willard-Grace, R., Schutzbank, A.M., Sinsky, T.A., Margolius, D., Bodenheimer, T. In search of joy in practice: A report of 23 high-functioning primary care practices. *Ann Fam Med.* 2013; 11 (3): 272–8.
29. Polanco, N.T. *et al.*, Zabalegui, I.B., Irazusta, I.P., Solinís, R.N., Del Río Cámara, M. Building integrated care systems: a case study of Bidasoa Integrated Health Organisation. *Int J Integr Care.* 2015; 15 (June): e026.
30. Gottlieb, K. The Nuka System of Care: Improving health through ownership and relationships. *Int J Circumpolar Health.* 2013; 72: 1–6.
31. Health Leads. 2016.
32. Denis, J-L., Cambourieu, C., Roy, D. Taking Charge of High-Risk and High-Cost Patients in the Public Healthcare System. *Healthc Pap.* 2014; 14 (2): 42–7.
33. Wagner, E.H., Austin, B.T., Korff, M. Von. Organizing Care for Patients with Chronic Illness. *Milbank Q.* 1996; 74 (4): 511–44.
34. Burt, J., Rick, J., Blakeman, T., Protheroe, J., Roland, M., Bower, P. Care plans and care planning in long term conditions : a conceptual model. *Prim Health Care Res Dev.* 2014; 15 (4): 342–54.
35. Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T., Christensen, B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract.* 2005; 55 (513): 305–12.
36. Collins, B. Intentional whole health system redesign: Southcentral Foundation’s “Nuka” system of care. Kings Fund. 2015;
37. Drewes, H., Struijs, J., Baan, C. How the Netherlands Is Integrating Health and Community Services. *New Engl J Catal.* 2016; 1–14.
38. Comprehensive Primary Care. Mid-Year 2015 Snapshot. 2015.
39. Complex Care Management Toolkit Introduction. 2012.
40. Levine, S., Adams, J., Attaway, K., Dorris, D.A., Keung, M., Popescu, B., *et al.* Predicting the Financial Risks of Seriously Ill Patients. 2011.
41. Goodell, S., Bodenheimer, T., Berry-Millett, R. Care Management of Patients with Complex Health Care Needs. 2009.
42. Orueta, J.F., Nuño-Solinis, R., Mateos, M., Vergara, I., Grandes, G., Esnaola, S. Predictive risk modelling in the Spanish population: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.* 2013; 13: 269.
43. Evans, J. Leading the Implementation of Health Links in Ontario. *Healthc Pap.* 2014; 14(2): 21–5.
44. Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. Transforming Ontario’s Health Care System. 2016.
45. Hostetter, M., Klein, S., McCarthy, D. Hennepin Health: A Care Delivery Paradigm for New Medicaid Beneficiaries. 2016.
46. Hennepin Health pre- and post- analysis of EHR data for 123 patients housed, covering 2012-mid-2014, comparing 12 months of pre- and post- experience for all patients.
47. Lahey Health [Internet]. Wikipedia. 2016 [cited 2016 Nov 7]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Lahey_Health.

48. Anderson, G., Salzberg, C. (2016). Identifying High Need High Cost Individuals, Johns Hopkins University.
49. Reddy, A., Sessums, L., Gupta, R., Jin, J., Day, T., Finke, B., Bitton, A. Risk Stratification Methods and Provision of Care Management Services in Comprehensive Primary Care Initiative Practices, *Ann Fam Med*. 2017 Sep; 15 (5): 451–454.
50. Kringos, D. S., Boerma, W., van der Zee, J., Groenewegen, P. Europe's Strong Primary Care Systems Are Linked To Better Population Health But Also To Higher Health Spending *Health Affairs*, 32, no.4 (2013): 686–694.
51. Vaillancourt, S. (2014), Using Archetypes to Design Services for High Users of Healthcare, *Healthcarepapers*.
52. Estonia Enhanced Care Management Pilot: Provider Survey: Modified from the 2015 Commonwealth Fund International Survey of Primary Care Physicians in 10 Nations <http://www.commonwealthfund.org/interactives-and-data/surveys/international-health-policy-surveys/2015/2015-international-survey>.
53. European Health for All Database, 2014.
54. Health Statistics and Health Research Database, 2015.
55. http://www.wpro.who.int/topics/primary_health_care/en/.