

5. juhtrühma koosolek

27.08.2021

TERVISEKASSA 

18.
Patsientide ja nende lähedaste jaoks on
raviteekond fragmenteeritud ja keeruline.
#paralleeluniversumid #patsientide

Päevakord

1. Ülevaade juhtprojekti elluviimisest (Tervisekassa - 20 min)
2. Ülevaade arendusprojektide elluviimisest (TÜK, LTKH, IVKH, PERH- 1 h)
3. Paus (10 min)
4. Arendusprojektide lõpetamine ja lahenduste tulevik (Tervisekassa – 1,5 h)

Ülevaade juhtprojekti elluviimisest

2021. aasta tegevused

Fookus **kogemuste koondamisel ja tuleviku planeerimisel:**

- **juhtimislaua tutvustamine**, et soodustada kasutamist
- kohtumine **neuroloogidega**
- kohtumine **taastusarstidega**
- insuldiprojekti **suvekool**

Insuldiprojekti kogemuse põhjal **uue juhtprojekti ettevalmistamine**



Tervisetulemite kogumise protsessinäitajad

	Teekondi/patsiente raviarvete alusel ^a	Tervisetulemite kogumisse kaasatud patsiendid ^b	90 p küsimustikud ^c		1 aasta ^d	
			PROMs	Rankin	PROMs	Rankin
IVKH	391/380	354	90%	91%	46%	46%
LTKH	404/395	398	83%	88%	57%	25%
PERH	608/595	546	73%	73%	62%	60%
TÜK	638/622	626	89%	88%	85%	83%
KOKKU	2041/1992	1924	84%	85%	63%	54%

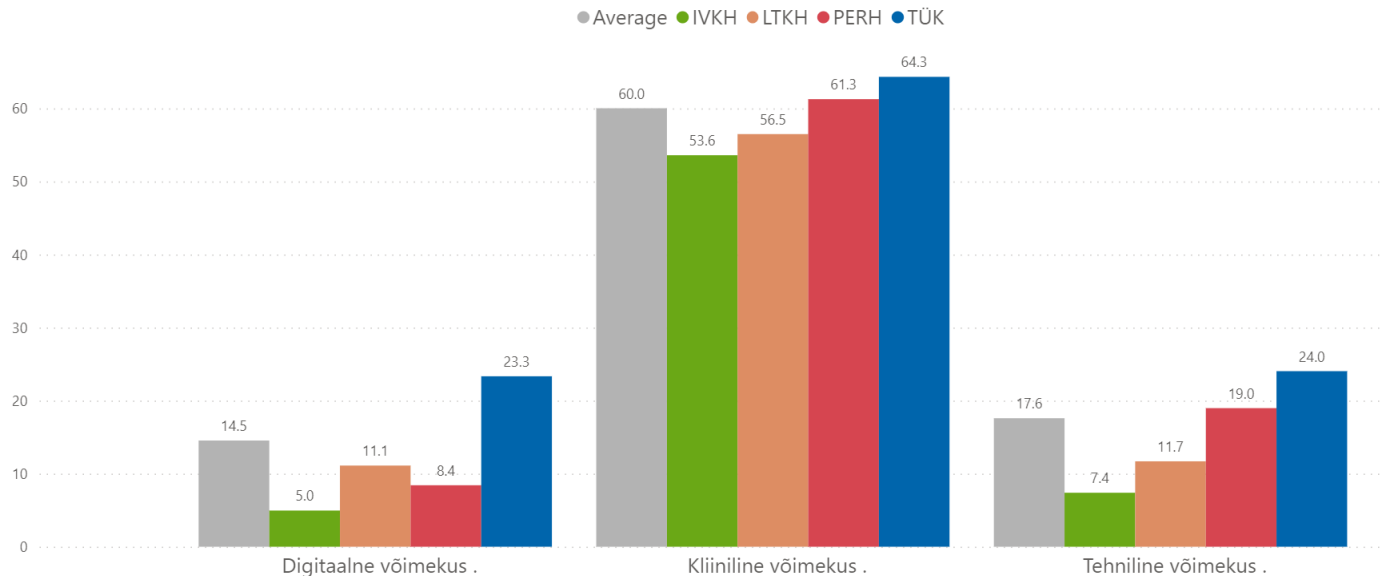
^a Juuli alguseks laekunud arved

^b 01.07.2020–30.06.2021, hospitaliseerimise küsimustiku järgi

^c Seisuga 26.08.2021, ettenähtud ajavahemikus 90 p küsimustik täidetud

^d Seisuga 27.08.2021, ettenähtud ajavahemikus 1 aasta küsimustik täidetud

Patsientide määr, kes on haiglast väljakirjutamise hetkel hinnatuna võimelised elektrooniliselt vastama

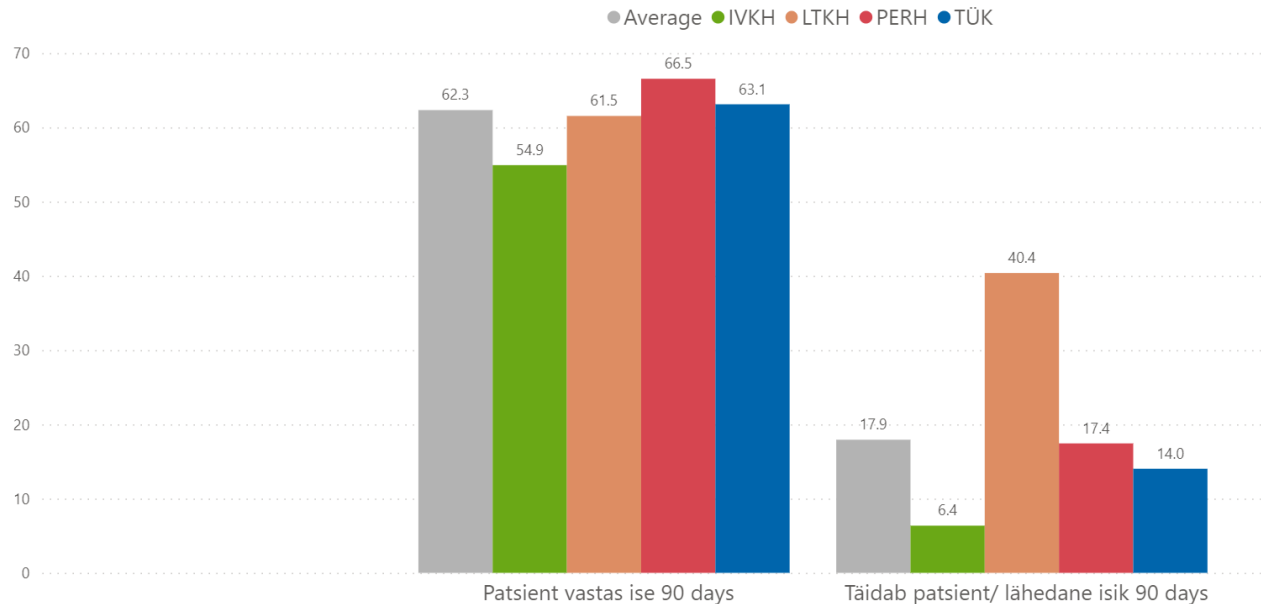


Digitaalne – patsiendi oskused piisavad seadme kasutamiseks

Kliiniline – patsiendi võimekus on piisav, et küsimustikule vastata (kognitiivne, käeline)

Tehniline – patsiendil on olemas internetiühendusega nutiseade (nutitelefon, arvuti)

Elektroniliselt vastatud küsimustike määr



Teekondade osakaal, kus vastuse andis patsient (sisestas patsient, lähedane või töötaja)

Teekondade osakaal, kus vastused saadi digitaalselt (elektroniliselt) (patsiendilt/lähedaselt).

Teekondade osakaal, kus küsimustikule vastas ja vastused sisestas patsient ise:

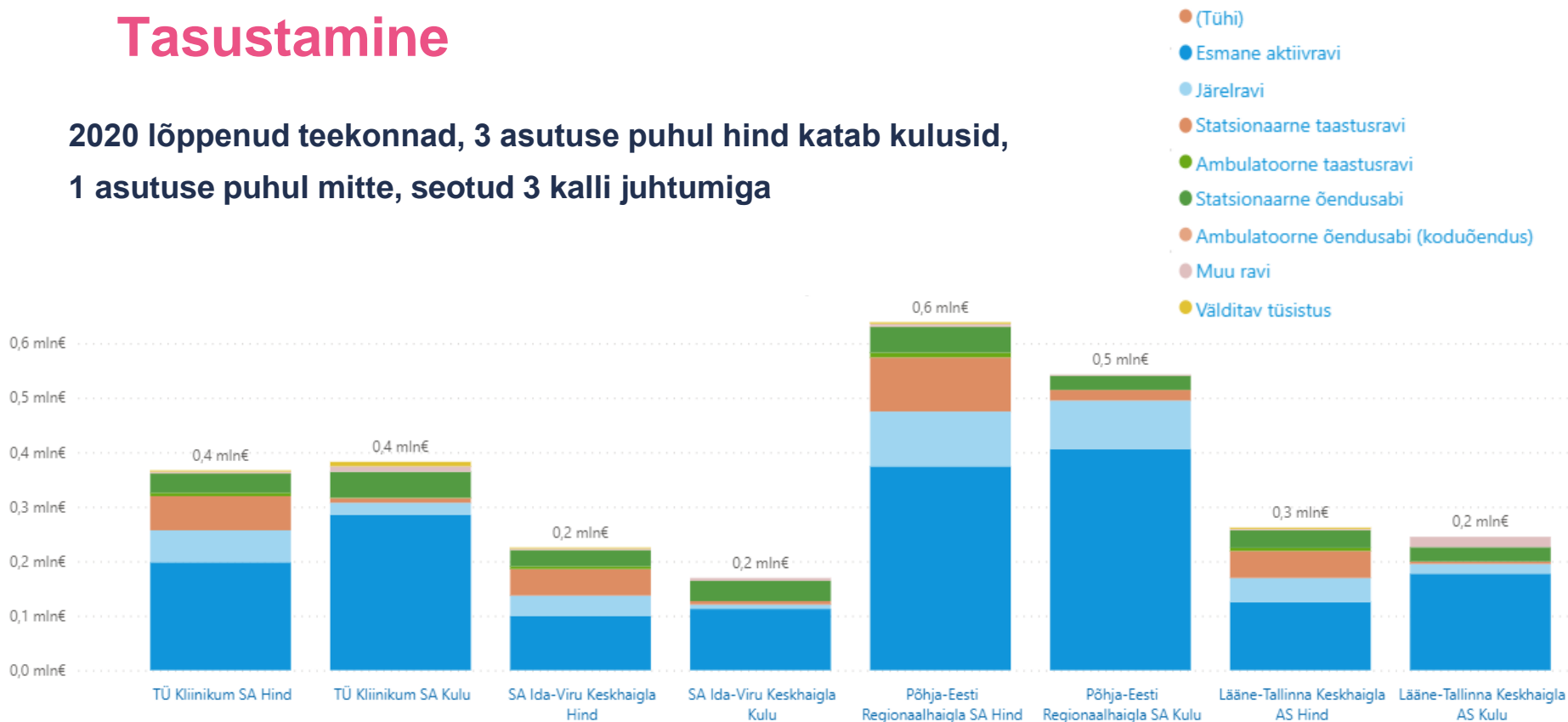
IVKH 4%
LTKH 14%
PERH 12%
TÜK 7%

Oleme õppinud järgmisteks projektideks

- Tervisetulemite kogumine saab **muutuda tavapraktikas** vaid siis kui see on **jätkusuutlik**:
 - kasutame raviprotsessi käigus rutiinselt **kogutavaid struktureeritud andmeid**
 - väldime/minimeerime eraldi andmesisestamist **liidestades IT-lahenduse haigla infosüsteemiga**
 - PROM-e ja PREM-e kogume **otse patsiendilt ja ainult digitaalselt**
- Enne kogumist peab olema **läbi mõeldud kasutamine arendusprotsessis**

Tasustamine

2020 lõppenud teekonnad, 3 asutuse puhul hind katab kulusid, 1 asutuse puhul mitte, seotud 3 kalli juhtumiga



Juhtprojekti tulemused

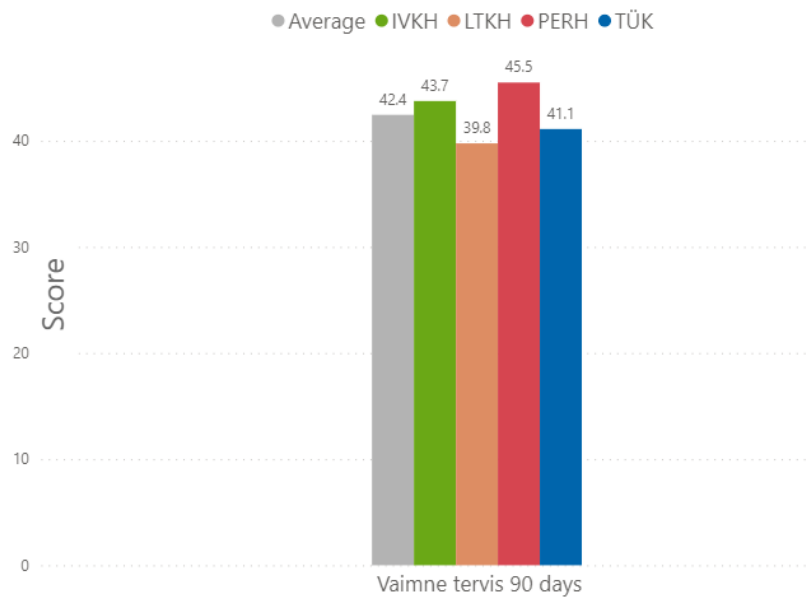
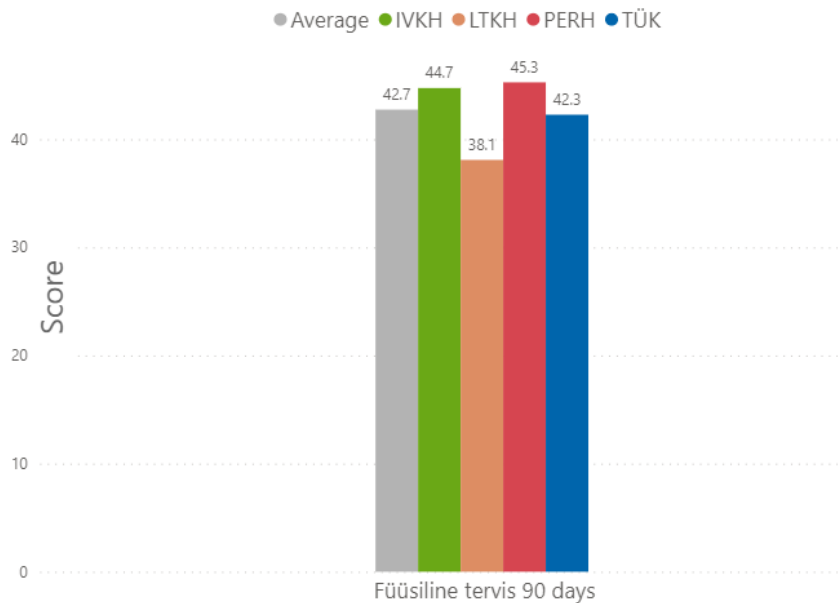
Juhtprojekti kaasatud patsiendid insuldi raskusastme järgi (NIHSS alusel)

Kergeid, möödukaid rohkem IVKH ja LTKH, rasked ja ülirasked PERH ning TÜK

	Kerge	Möödukas	Raske	Üliraske
IVKH	75	141	33	39
LTKH	137	124	22	7
PERH	185	172	39	47
TÜK	228	202	55	60
KOKKU	625	641	149	153

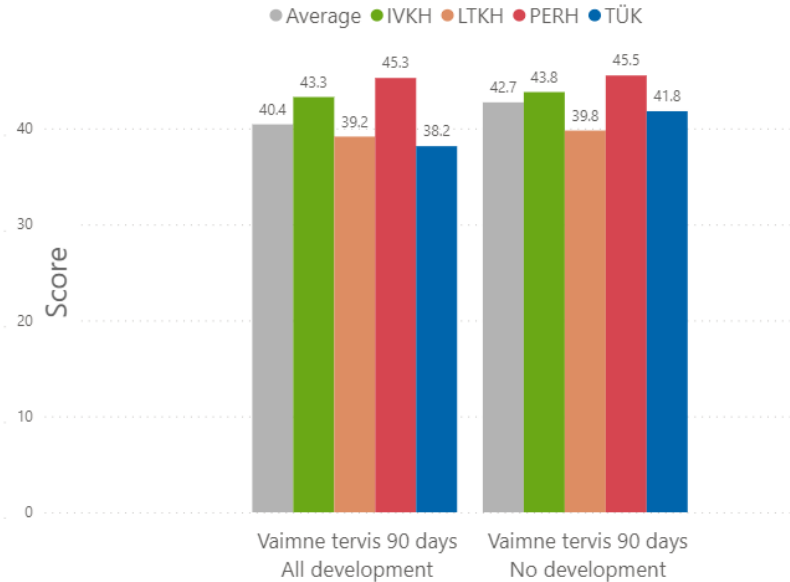
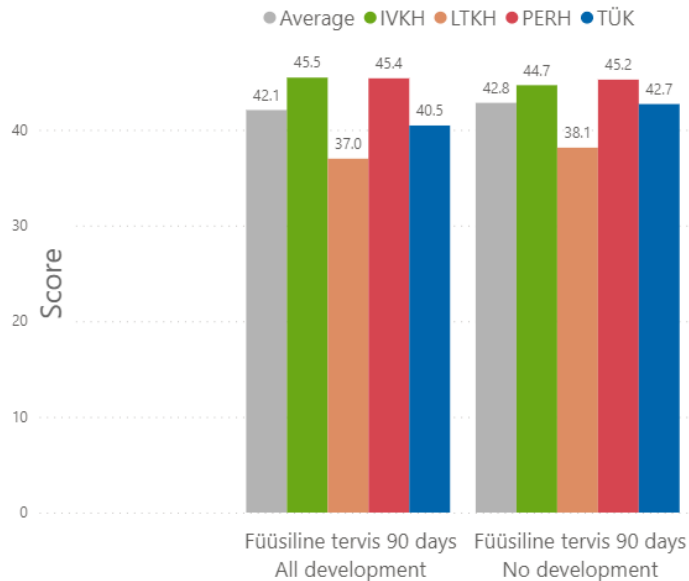
Elukvaliteet - PROMIS-10

Asutuste vahelised erinevused. Vaimse ja füüsilise tervise skoorid on sarnased. Vajalik kohandamine



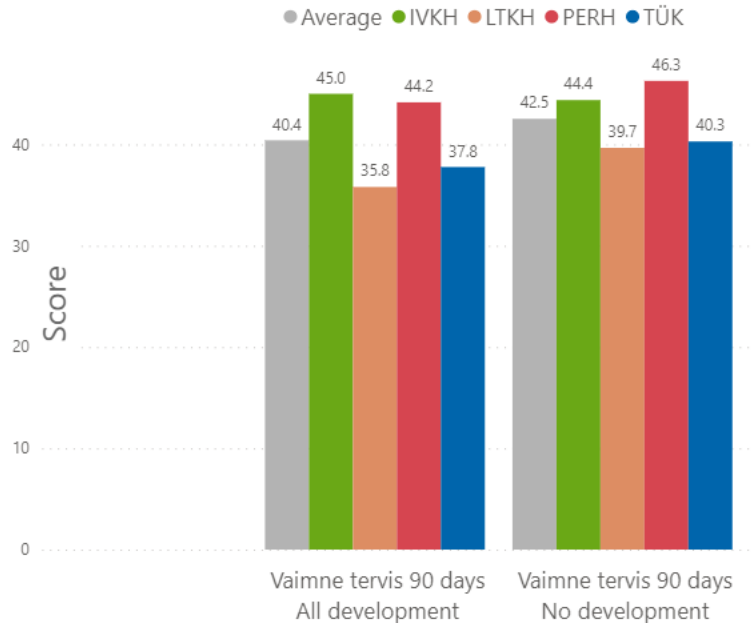
Elukvaliteet - PROMIS-10 (mitte AP vs AP)

AP puhul madalam elukvaliteet, kuid mitte kõigis asutustes. Vajalik kohandamine



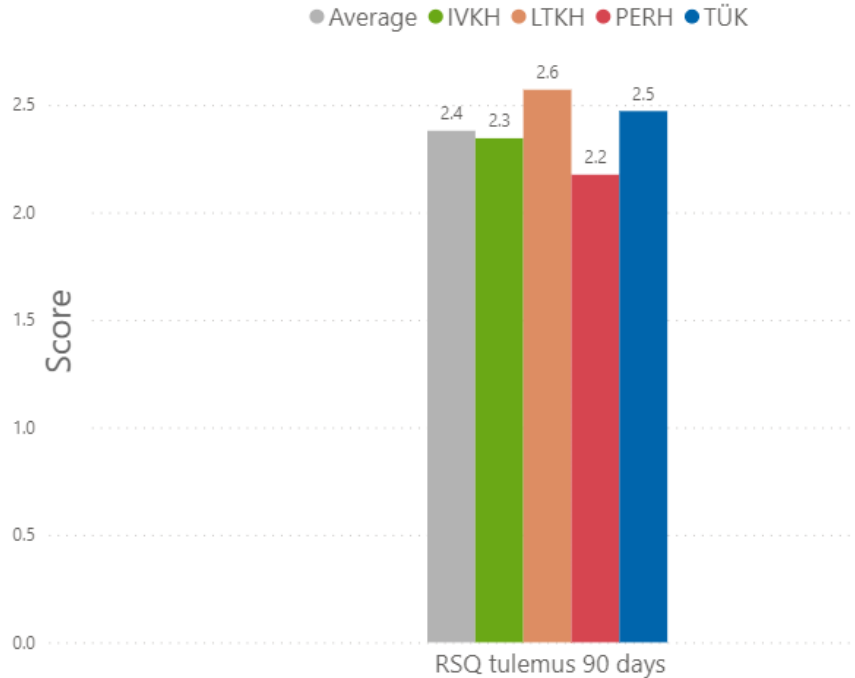
Elukvaliteet - PROMIS-10 (mitte AP vs AP), insuldi raskusaste mõõdukas

AP puhul madalam elukvaliteet, kuid mitte kõigis asutustes. Vajalik edasine kohandamine



Funktsionaalne võimekus – smRSq

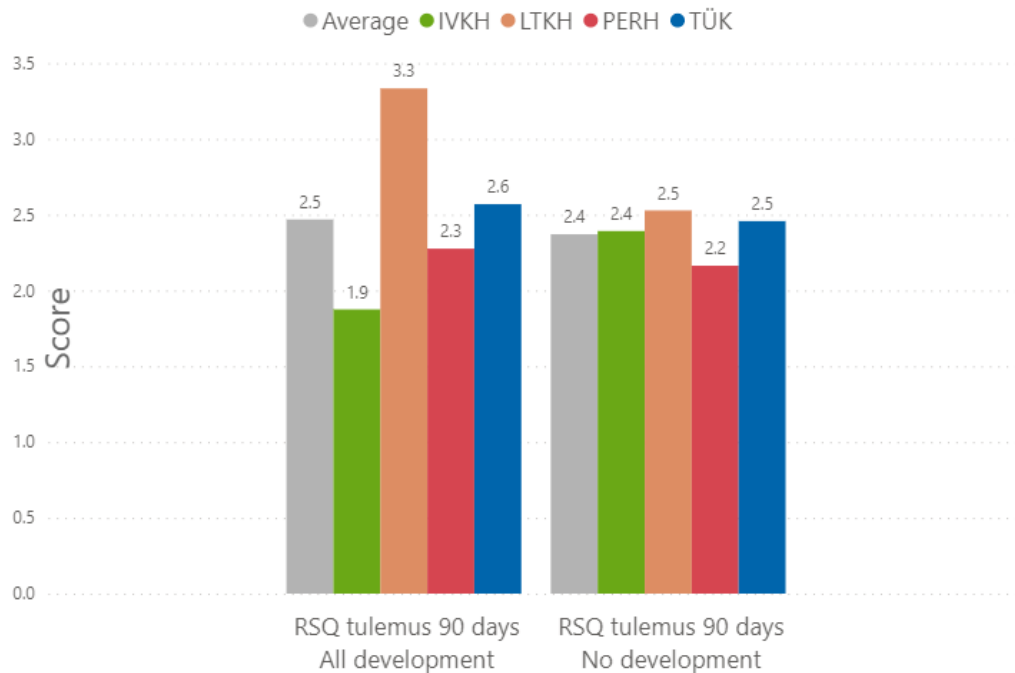
Asutuste vahelised erinevused. Vajalik kohandamine



Skaala 0 (Täiesti asümptomaatiline) – 5 Sügav puue

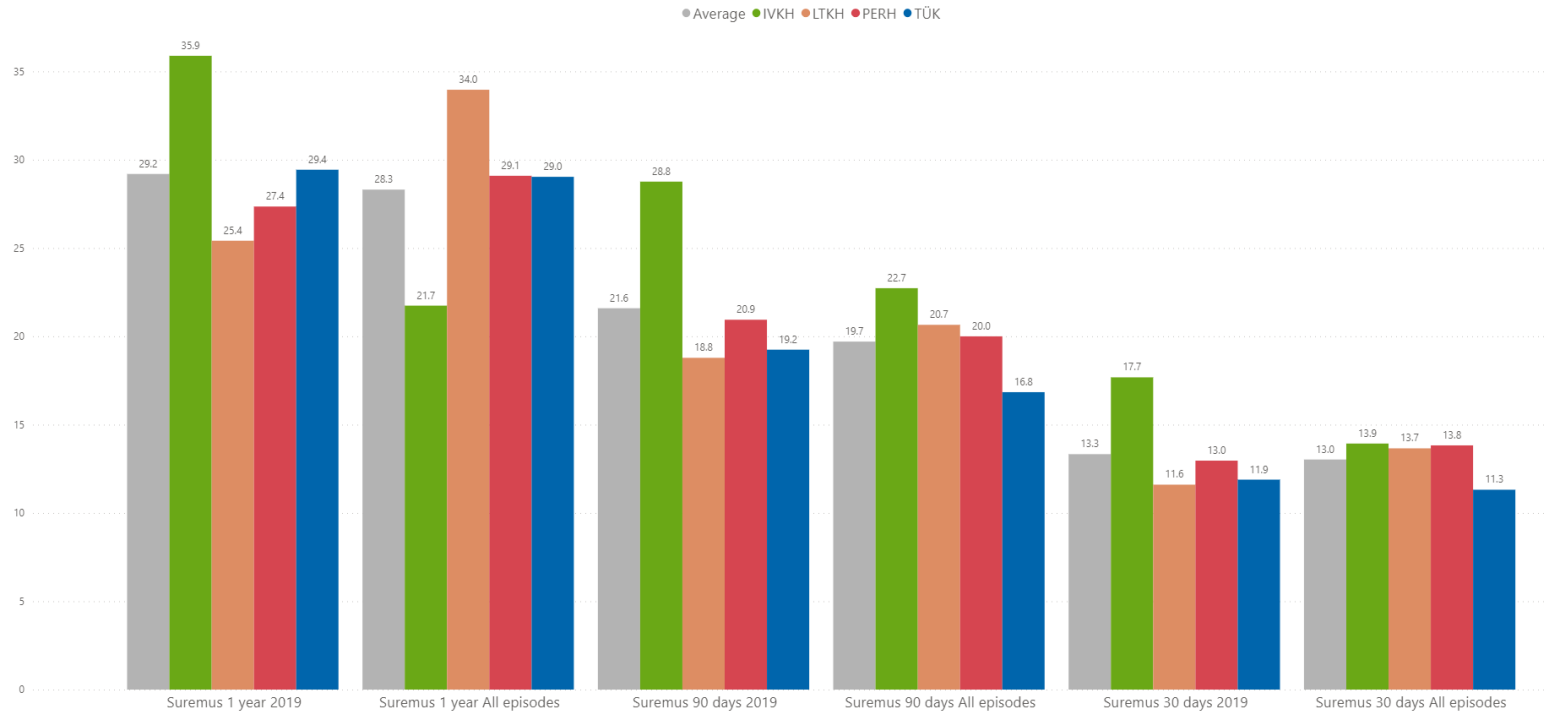
Funktsionaalne võimekus – smRSq (mitte AP vs AP)

AP madalam funktsionaalne võimekus. Vajalik kohandamine



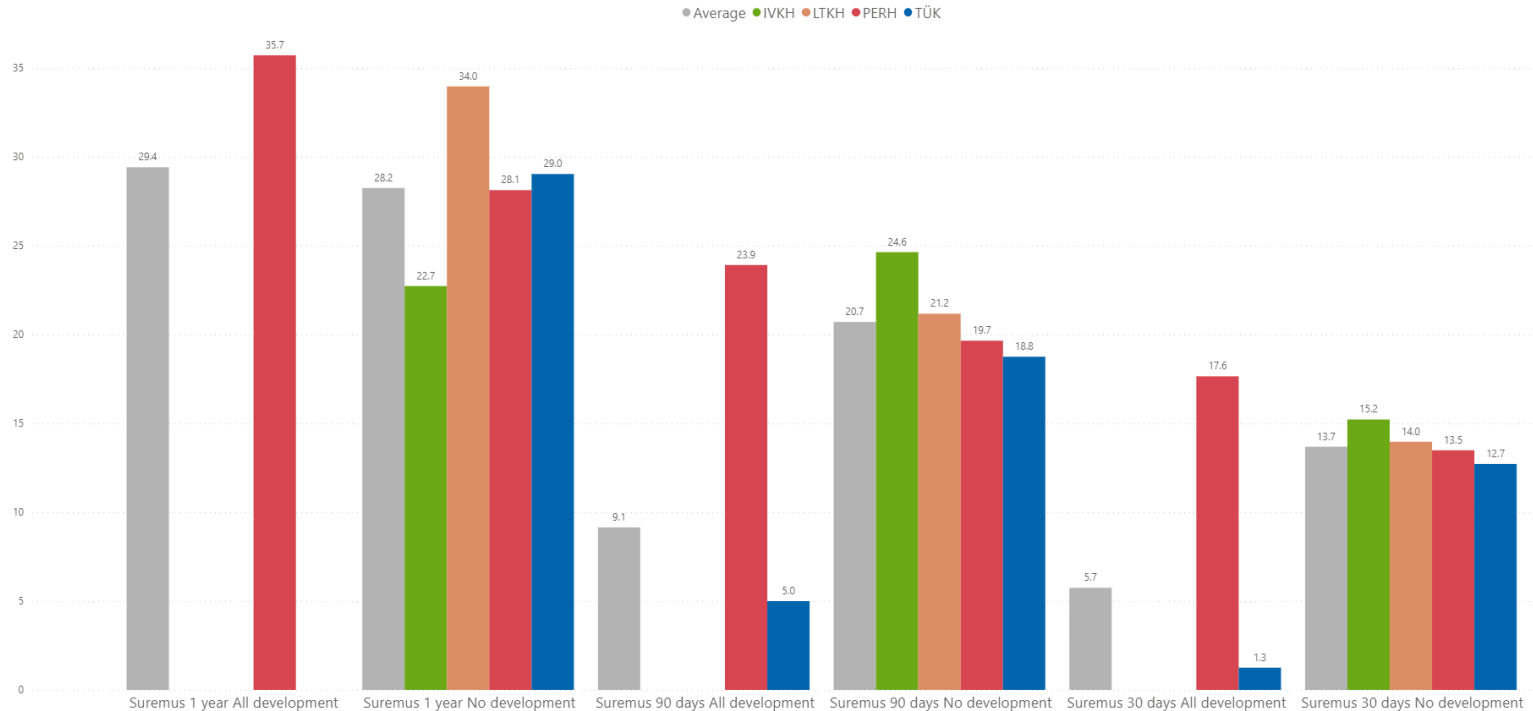
Suremus (JP vs 2019)

30 päeva suremus sarnane, 90 päeva ja 1 aasta suremus madalam; erinevused asutuste vahel



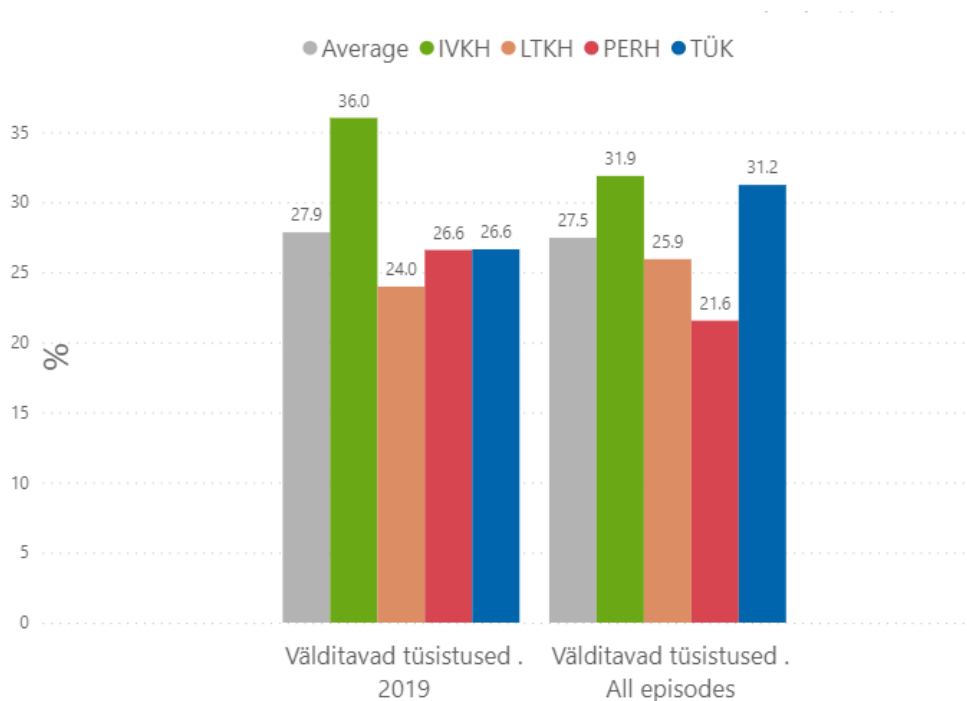
Suremus (mitte AP vs AP)

AP patsientide suremus madalam; erinevused asutuste vahel



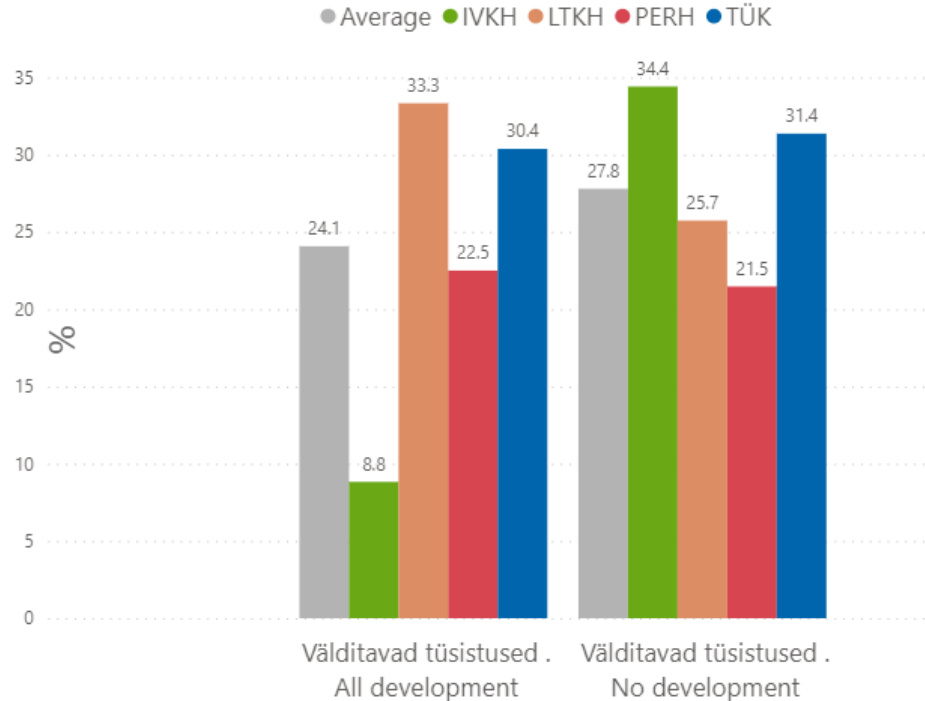
Välditavate tüsistuste esinemine (JP vs 2019)

Võrreldes 2019. aastaga vähem välditavaid tüsistusi; erinevused asutuste vahel



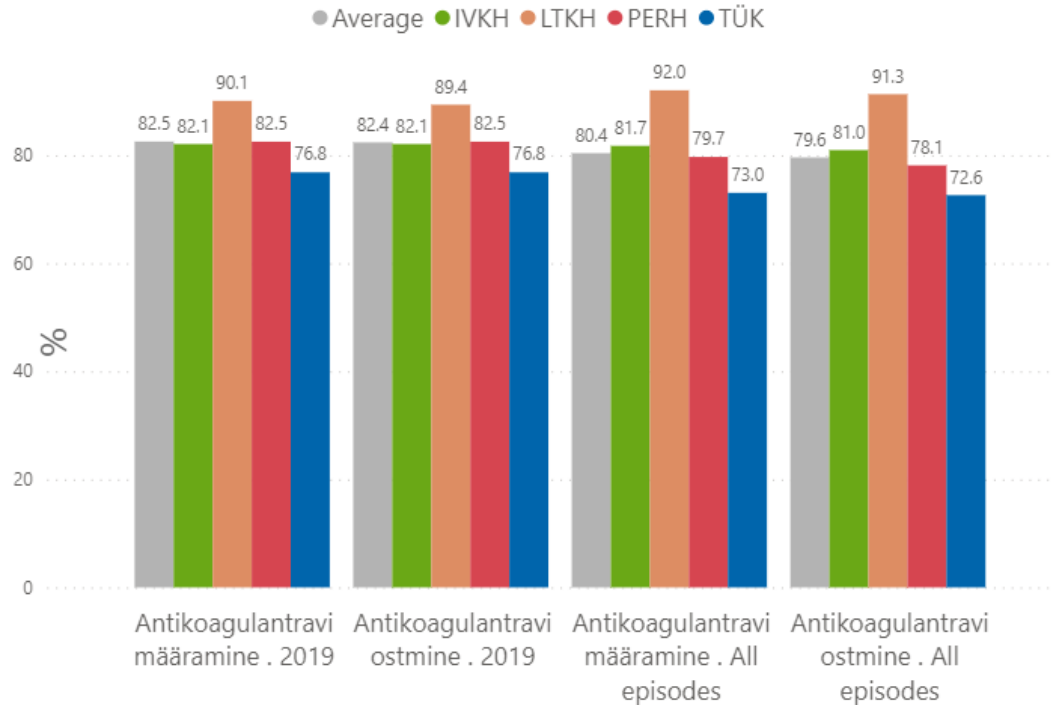
Välditavate tüsistuste esinemine (mitte AP vs AP)

AP patsientidel vähem välditavaid tüsistusi; erinevused asutuste vahel



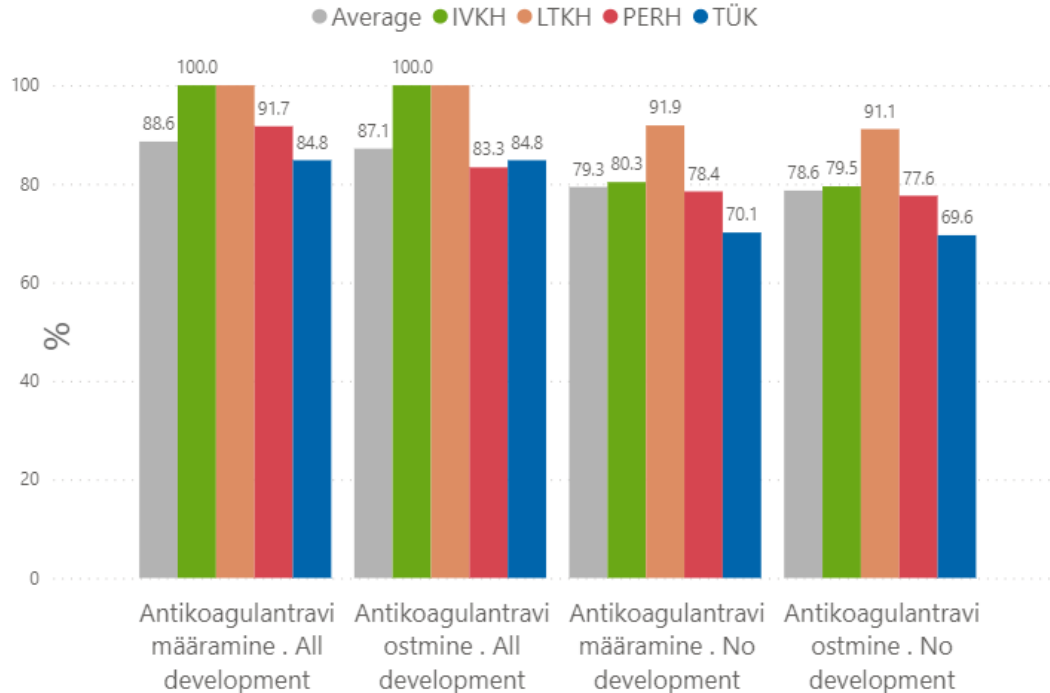
Antikoagulantravi määramine ja välja ostmine (JP vs 2019)

Võrreldes 2019. aastaga määramine ja väljaostmine mõnevõrra madalam; erinevused asutuste vahel



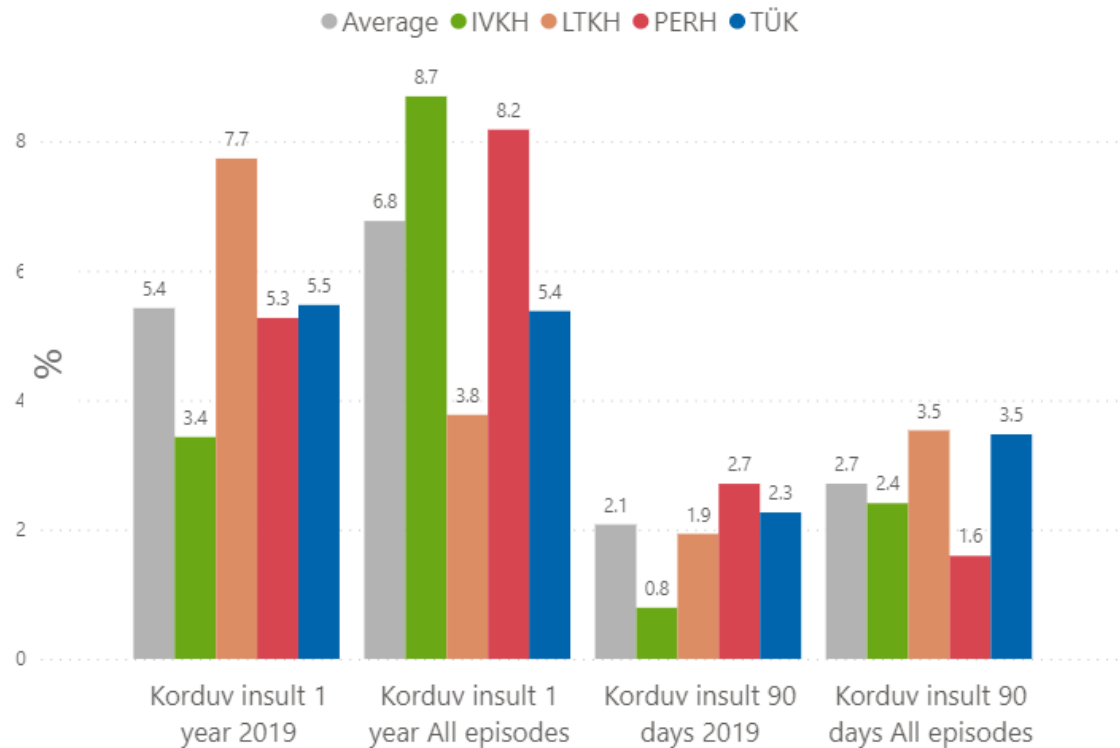
Antikoagulantravi määramine ja välja ostmine (mitte AP vs AP)

AP patsientidel määramine, väljaostmine kõrgem; erinevused asutuste vahel



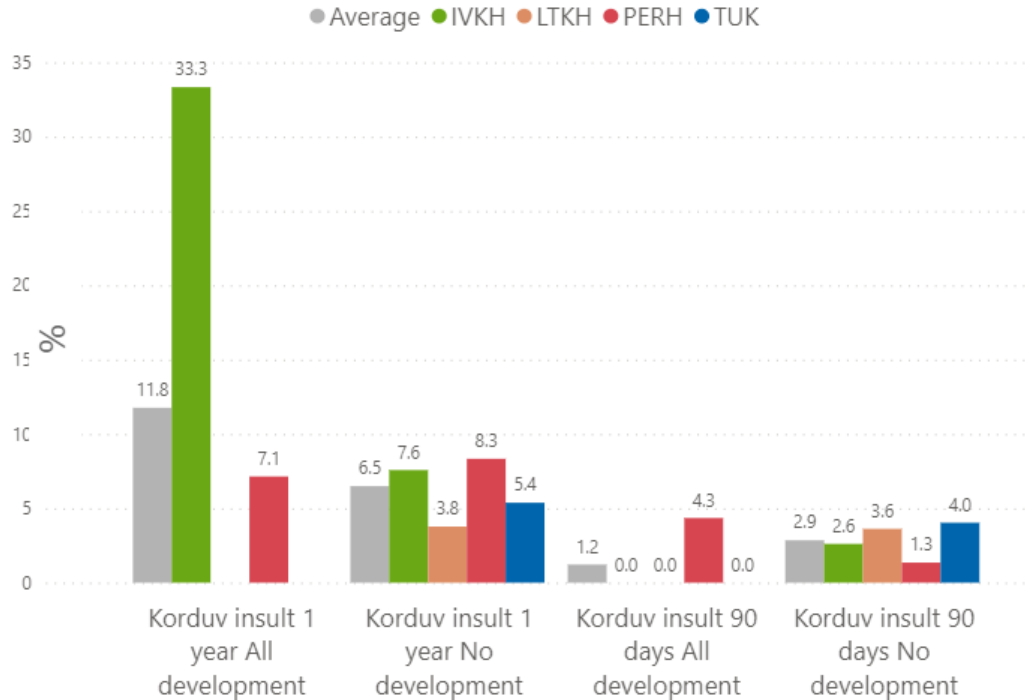
Kordusinsultide esinemine (JP vs 2019)

Võrreldes 2019. aastaga rohkem korduvaid insulte; asutuste vahelised erinevused



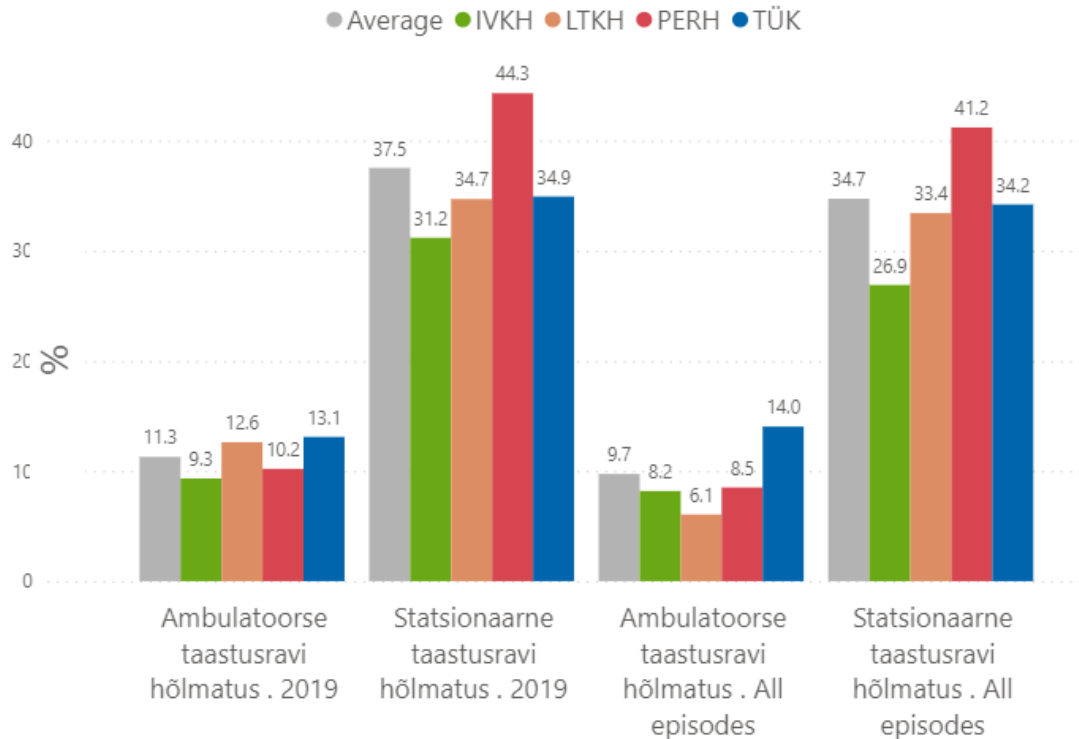
Kordusinsultide esinemine (mitte AP vs AP)

AP patsientidel vähem korduvaid insulte; asutuste vahelised erinevused



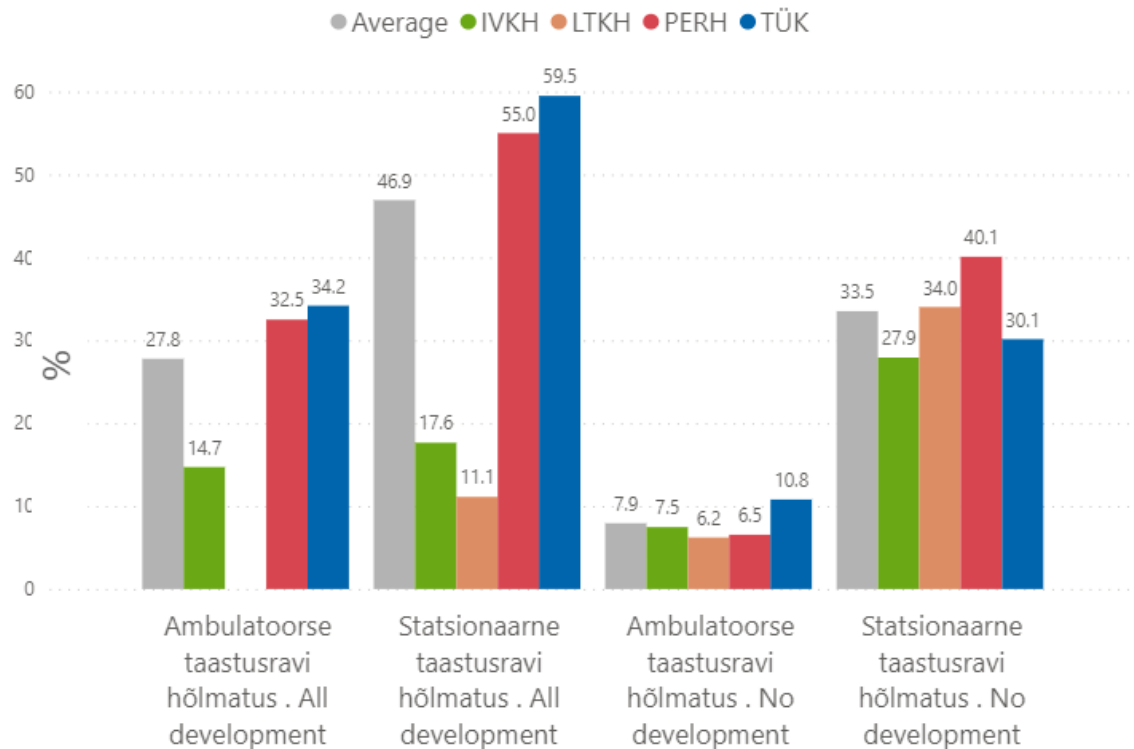
Taastusraviga hõlmatus (JP vs 2019)

Võrreldes 2019. aastaga taastusravi hõlmatus madalam; asutuste vahelised erinevused



Taastusraviga hõlmatus (mitte AP vs AP)

AP patsientidel suurem hõlmatus; asutuste vahelised erinevused



Kokkuvõte

Võrreldes 2019. aastaga juhtprojekti kaasatud patsientide hulgas

- suremus sarnane või madalam
- vähem välditavaid tüsistusi
- antikoagulantide määramine ja väljaostmine mõnevõrra madalam
- rohkem korduvaid insulte
- taastusraviga hõlmatus madalam

Arendusprojektidesse kaasatud patsientidel

- madalam suremus
- vähem välditavaid tüsistusi
- antikoagulantide väljakirjutamise, ostmise sagedus suurem
- vähem korduvaid insulte
- suurem hõlmatus taastusraviga

Ülevaade arendusprojektide elluviimisest

Arendusprojektide lõpetamine ja lahenduste tulevik

Raviteekond

Koostöö ja rollijaotus. Raviteekonna osapooled peavad kokku leppima rollijaotuses ehk kes, kus, mida ja kuidas teeb ning kuidas patsient sujuvalt ühest teekonna etapist teise liigub.

Raviteekonna tõdemused (1)

- Raviteekonnapõhine lähenemine on veel vöõras
- Insuldipatsiendid on väga erinevad ja ühtset teekonda on raske defineerida

Üleminekud:

- Stats õendusabist/järelravist -> stats taastusravisse (sõelhindamise sisseviimine)
- Akuutravist/stats taastusravist -> amb taastusravisse (teadlikkuse tõstmise)
- Vaja kokku leppida, kas saatekiri ja broneering peaksid käima koos? Kas ja kui pikalt on mõistlik teekonda ette planeerida?

Raviteekonna tõdemused (2)

Rollijaotus:

- Perearsti ebaselge roll. Mis ajahetkel ja mis infot jagatakse perearstiga ja mis on ta roll?
- Mis ajahetkel ja mis infot jagatakse KOV sotsiaaltöötajaga?

Kättesaadavus ja kvaliteet:

- Kodune taastusravi ei ole piisavalt kättesaadav (vaja eraldi tähelepanu)
- Õendusabi/järelravi sildi all pakutakse väga erinevaid teenuseid ja erineva kvaliteediga (standardi välja töötamine)
- Praktilised probleemid patsiendi transportimisega ühest kohast teise

Raviplaan

Ühtne raviplaan:

- Peab olema kõigile raviteekonna osapooltele kättesaadav dokument
- Seal on kirjas patsiendiga koos seatud eesmärgid, raviskeem, riskitegurid, olulised kontaktid, visiidid ning muu vajalik teave
- Peab liikuma teekonnal koos patsiendiga ning andma igale järgmisele spetsialistile ülevaate senisest ravist ja tulemustest ning võimaldama raviplaanit täiendada või muuta

Raviplaani tõdemused (1)

- Projektides arendatud ja **katsetatud erinevaid lokaalseid lahendusi**: paberil raviplaani, excel, turul olemasolevate lahenduste kohandamine, haigla IS arendus
- Järgmise sammuna vaja:
 - **ühtses raviplaani standardis kokku leppida**
 - **viia TIS-i/patsiendiportaali**
 - **andme- ja infovahetus sotsiaaliga**

Raviplaani tõdemused (2)

SNOMED CT standard (universaalne, mitte insuldi-spetsiifiline):

- Raviplaani tüüp
- Hindamine (sh vajaduste väljaselgitamine, riskide hindamine ja juhtimine), hindamise tulem
- Terviseprobleem
- Eesmärgid, sh tervise eesmärgid
- Tegevused
- Ravi hindamine / korduvhindamine, ravitulemid
- Järgmised sammud
- Ravimeeskonna, patsiendi, lähedase andmed/kontaktid

Raviteekonna koordineerimine

Koordineerivat rolli täitev spetsialist peab olema patsiendile ja lähedastele kogu teekonna vältel esimeseks kontaktiks ning juhtima neid ühest etapist teise.

Vaja oleks luua koordineeriv roll kas lisaks olemasoleva töötaja tööülesannetele või täiesti uue töötaja näol. Koordinaator peaks olema patsiendile ja lähedastele esimeseks kontaktiks ning juhtima neid teekonna järgmisesse etappi, kus koordineerimise võib (aga ei pruugi) üle võtta järgmine koordinaator. Nähti, et koordineerivat tööd võiksid teha haiglates kas sotsiaaltöötajad, kui nende hulka suurendada, või insuldiõed. Esmatasandil nähti vajadust samasuguse töötaja järgi. Esmatasandi koordinaator võib hallata üht perearstikeskust või laiemat piirkonda, kus mitmed väikepraksised. Hoolduskoordinaatori pilootprojekti raames on 6 Eesti piirkonnas koordinaatori amet testimisel.

Koordinaatorite intervjuude tulemused (1)

Suurim teenusevajadus esimesed 3-4 kuud peale insulti. Tööülesannete maht väheneb patsiendi liikumisel raviteekonna kaugemasse etappi. Teenusevajadus suurem 'keskmine-raske' haigusseisundiga patsiendile.

- Keskmise patsientide arv 47 (41/60)
- Tööülesanded jäänud suures osas samaks
- Teenusevajadust mõjutavad:
 - lähedaste olemasolu
 - haigusseisundi raskus
 - raviteekonna etapp
- Raviplaan:
 - ajakohase info saadavus piiratud
 - olulised funktsioonid: ülesanded/meeldetuletused, suhtlus partneritega, liidestatus

Tulemused (2)

Süsteemsed murekohad:

- Puudub ühtne andmebaas, millest näeks kõike patsiendiga tehtut (tervishoid + sotsiaal)
- Saatekirjade väljastamise süsteem aeganõudev ja kohmakas (haigla vs perearst)
- Vähene perearstide ja/või pere-/koduõdede koduvisiitide arv ja soovimatus neid teha
- Vajalike teenuste puudumine või piiratud saadavus (voodikeskse patsiendi koduteenused, psühholoogi teenus)
- Surnud patsientide kohta kiire info saamine
- Lähedaste hoolduskoormuse suurus
- Partnerite vähene teadlikkus insuldikoordinaatori rollist

IFIC kommentaarid intervjuude tulemustele (1)

Koordinaatori vaade:

- Koordinaator ei saa olla 24/7 patsiendile emotsionaalseks ja psühholoogiliseks toeks
- Koordinaatorid osutavad lisaks koordineerivatele tegevustele sõltuvalt oma taustast ka õendus- või sotsiaalteenuseid
- Ühtsete eesmärkide seadmine ja IT lahendused toetavad patsiendi raviplaani
- Raviplan ei anna koordinaatorile patsiendi raviteekonnast ajakohast tervikpilti
- Kui koordinaator sotsiaaltöötaja, siis tervishoiuasutused ei jaga infot viidates konfidentsiaalsusele

IFIC kommentaarid intervjuude tulemustele (2)

Süsteemi vaade

- Ei ole jätkusuutlik, sest koordinaator suudab hallata vähe patsiente
- Töökoormuse balansseerimine (patsiendid raviteekonna eri etappides, erinevate insuldi raskusastmega jne)
- PROMs ja PREMs küsimustikud (läbiviimine) koordinaatoritelt neutraalsele läbiviijale
- Luua koordinaatoritele ligipääs vajalikule infole – surmateated, digilugu, kolmandate haiglate infosüsteemid jne.

Koordinaatori tõdemused – kellele ja kui kaua

Kellele:

- **Kõik insuldid ja TIA**
- Teenuse **vajadus erinev, suurim kasu mõõduka** insuldiga patsientidele
- **Patsient/lähedane** peab teenusega **nõus olema**
- Ei sõltu **aktiivsete lähedaste** olemasolust

Kestus ja lõpetamine:

- **Vähemalt 3 kuud**, sealt edasi **hinnatakse vastuvõttudel**, kas ja mis mahus on vajalik aktiivne koordinaatori teenuse pakkumine (hindamise hetked ja kriteeriumid vaja täpsustada)
- Koordinaatori **kontakt jääb patsiendile** ja ta saab vajadusel ise ühendust võtta/ üleandmine perearstile (osa raviteekonna standardist)

	Ravi koordineerimise funktsioonid	Selgitus
1	Vajaduste hindamine	Holistiline, terviklik inimese füüsiliste ja sotsiaalsete vajaduste/olukorra hindamine, kaasates nii inimese enda kui ka tema lähedaste vaate olukorrale/vajadustele. Fookus vajaduste tuvastamisel ning isiku enda soovidel ja eesmärkidel.
2	Individuaalse raviplaani koostamine	Raviplaani koostamine koostöös patsiendi ja tema lähedastega, tuues plaanis välja patsiendi täitmata vajadused, eesmärgid, tegevused, tähtajad ja vastustava isiku või teenuseosutaja.
3	Raviplaani elluviimine	Raviplaani teostumisele kaasaaitamine, elluviimine ja tugi.
4	Teenuste koordineerimine	Teenuste, teenustele suunamiste ja vajalike tegevuste koordineerimine (tervishoiu-, sotsiaal- ja munitsipaalteenused), konstruktiivsed suhted teenuseosutajatega ning informatsiooni kogumine, haldamine ja edastamine erinevatele isikutele, teenuseosutajatele ja teistele organisatsioonidele. On nõ 'katalüsaatoriks' erinevatele koostöötavatele organisatsioonidele. Edendab ravi järjepidevust. Koordineerib teenuseid koostöös patsiendi ja tema lähedastega. On patsiendile ja tema lähedastele esmaseks kontaktiks.
5	Navigeerimisel aitamine	Patsientide ja nende lähedaste aitamine navigeerimisel nii süsteemis tervikuna kui ka eri teenuseosutajate vahel. Annab infot ja soovitusi erinevate teenuste ja teenuseosutajate kohta.
6	Jälgimine	Patsiendi ja tema ravi jälgimine. Raviplaani jälgimine. Vastavalt vajadustele raviplaani ülevaatamine. Plaanis kajastatud strateegiate ja tegevuste elluviimise jälgimine. Patsientidelt ja nende lähedastelt osutatud teenuste kohta arvamuste ja kogemuste kogumine ning hindamine.
7	Patsiendi eneseabi toetamine	Patsiendi eneseabi toetamine ja võimestamine. Õpetamine ja oskuste arendamine.
8	Patsiendi ja lähedaste abistamine	Õpetamine ja oskuste arendamine olukorraga hakkama saamisel. Info jagamine seisundist, patsiendiõigustest ja osutatavatest teenustest. Nõustamine. Sotsiaalse toe pakkumine. Mitteametlik, praktiline ja emotsionaalne tugi. Toetus tehniliste probleemidega hakkamasaamisel, tervisealase kirjaoskuse suurendamisel ja visiidiageade broneerimisel.

Koordinaatori tõdemused - funktsioonid

Erinevused/täpsustused:

- **Raviplaani koostab ravimeeskond**, kuhu kuulub ka koordinaator. Koordinaator aitab raviplaani kokku koondada
- **Raviplaani jälgimist takistab** see, et kõik osapooled seda ei täienda või ei ole neil võimalik seda jooksvalt täiendada
- Koordinaator **ei peaks ise ravi- või sotsiaalteenuseid osutama**

Arendusprojektide pikendamine

- Arendusprojektide lõpp 31.12.21
- 30.06.21 seisuga toetusest keskmiselt 50% kasutamata
- Projektide lõpuks kasutamata toetust ei maksta välja või kui on ette makstud rohkem, siis tuleb tagasi maksta
- Pikendada arendusprojektide lõpp-tähtaega (31.12.21) 1 aasta võrra kuni 31.12.22 (alternatiiv 31.07.22)
- Toetatavad tegevused: 1) piloteeritud lahenduste hindamine ja tulemuste tutvustamine, 2) tervisetulemite kogumine 01.01.22-31.07.22, 3) positiivselt hinnatud lahenduste kohandamine ja tavapraktikas kasutuselevõtt, 4) positiivselt hinnatud lahenduste laiema kasutuselevõtu planeerimine (insuldiravis, haiglas teiste raviteekondade puhul, teistes haiglates)
- 7 kv aruandesse (tähtaeg 16.10.21) eelarve jäägi prognoos 31.12.21 ja samas mahus 2022. a projektiplaani (tegevused, oodatavad tulemused ja eelarve)

Hindamine ja otsustamine

- Projektid teevad arendusprojektide tulemuste hindamise 2022 I pa
- EHK hangib juhtprojekti (arendusprojektid, tervisetulemid ja rahastamine) sõltumatu hindamise 2022 II pa
- EHK edasised otsused ja tegevused vastavalt hindamiste tulemustele 2023