

### Insuldi juhtprojekti arendusprojektide lõppraport

Arendusprojekti nimi:	Katkematu raviteekonna loomine insuldi läbi teinud inimestele
Toetuse saaja nimi:	AS Lääne-Tallinna Keskhaigla
Allkirjaõigusliku esindaja nimi:	Dr Arkadi Popov
Lõppraporti koostaja nimi:	Helin Pevkur, LTKH insuldiprojekti juht
Lõppraporti periood:	16.01.2020-30.06.2022
Esitamise kuupäev:	14.09.2022

„Eesti Haigekassa Insuldi juhtprojekti arendusprojektide toetamise kord” alusel aruande esitamiseks teises voorus

#### 1) EESMÄRGID

Palun kirjeldage lühidalt arendusprojekti eesmäärke.

Projekti ülim eesmärk on parandada insuldi saanud **inimese tervisetulemit** läbi arendusprojekti. Projekti eesmärk on arendada välja konkreetsed insuldi läbi teinud inimese **raviteekonna mudelid, mille aluseks on inimese individuaalsed vajadused**. See tähendab, et piloteeritud arendusprojekti raviteekonna mudel on terviklik, kus **kõik inimesele vajalikud teenuseid on kättesaadavad**. Laiapõhjaliste teenuste kättesaadavus on ajakriitiline alates esimestest insuldijärgsetest minutitest. Insuldi läbi teinud **inimene vajab teenuseid nii paralleelselt kui ajalises järgnevuses**. Inimese jaoks algab raviteekond haigestumisega ning jätkub tegelikult terve elu, millest esimesed 365 päeva on eesmärk muuta **sujuvamaks tänu arendusprojekti lahendustele**.

Antud raviteekonna eesmärkide täitmiseks on olulised iga insuldi läbi teinud inimese **individuaalsed eesmärgid**, mida täpsustatakse **insuldikoordinaatori poolt** konsiiliumi eelse **struktureeritud intervjuu** alusel ning seejärel koostab ravimeeskond **tervikliku raviplaani**.

Tervikliku raviteekonna mudeli eesmärkide elluviimiseks piloteeriti kolme arendustegevust:  
**I Arendus. Intervjuu** insuldi läbi teinud inimesega (ja lähedastega), kasutades TaCAsE meetodikat, et saada teada **insuldi läbi teinud inimese enda ootused, hirmud, vajadused ja soovid ning nendest lähtuvalt eesmärgistada insuldi läbiteinud inimese raviteekonda**. Intervjueerijaks oli insuldikoordinaator, kes viis patsiendi soovid, eesmärgid ja ka olulise info koduse olukorra kohta **meditsiinikonsiiliumisse**. Seega olime sidunud väärtusliku patsiendi info liikumise konsiiliumiga.

**II Arendus.** Insuldi läbi teinud **inimesest lähtuva tervikliku kirjaliku raviplaani loomine**, mis on kõigi raviteekonna osapoolte poolt piloteeritud, tagasisidestatud ja parendatud. Eesmärk oli, et raviplaani peab sisaldama patsiendi **nii meditsiinilist seisundikirjeldust, ravisoovitusi, funktsioonide kirjeldusi (RFK), ravimeid kui ka sotsiaaltöötaja poolset hinnangut** (sh sotsiaalhoolekandelistele teenustele vajaduste soovitusel/hinnangud).

**III Arendus. Insuldikoordinaatori teenuse loomine**, et igal insuldi läbi teinud inimesel oleks individuaalne insuldikoordinaator, kes on toeks tervikliku raviplaani jälgimisel ning on kontaktiks sotsiaal- ja meditsiiniteenuste kättesaamisel ning probleemide lahendamisel peale haiglast välja kirjutamist.

## 2) SEKKUMISED

Palun kirjeldage, milliseid sekkumisi arendusprojektis testiti. Kirjeldage lühidalt sekkumise sihtrühm, sisu (vajadusel saab lisadesse lisada täiendavaid materjale, nt juhendid), sealjuures sekkumise algne fookus, kas ja kuidas see projekti käigus muutus. Kui projekti käigus otsustati, et sekkumisega ei jätkata, siis palun tooge see välja koos põhjendusega.

### **Arendusprojektis testiti kolme sekkumist, kusjuures iga sekkumise juures oli sekkumise sihtrühm sama:**

- \* **Planeeritud projektipatsientide arv: 75** ehk plaan oli 25 (2020) + 50 (2021).
- \* Kaasamise kriteerium: patsiendi piirkondliku insuldikoordinaatori olemasolu (st vastava Tallinna LOV sotsiaaltöötajaga sõlmitud leping).
- \* Kaasamisperiood: alates 09/2020 kuni 75 projektipatsiendi arvu täitumiseni (täitus 02/2021). Kaasasime sihtrühma kuuluvaid patsiente vastavalt hospitaliseerimisele. Projekti käigus ilmnes, et kaasasime patsiendid planeeritust kiiremini 52 (2020) + 23 (2021).
- \* **Sekkumisperiood: terve raviteekonna vältel 0-365 päeva** ja vajaduspõhiselt seal edasi ka peale projekti lõppu, sest **LOV sotsiaaltöötaja (projektis insuldikoordinaator) vaatevälja jäävad niigi piirkonna inimesed, kellele saab vajadusel teenuseid või abi pakkuda.**

LTKH poolt piloteeritud **kolm sekkumist** on tihedalt omavahel seotud: tervikliku raviteekonna moodustas **insuldikoordinaatori** poolt läbi viidud **konsiiliumieelne TaCAs**e intervjuu (inimesed enda soovide ära kuulamine), mis oli sisendiks **raviplaani**.

*Selgituseks:* kuna kahe aasta jooksul on läbivalt taotluses ja aruannetes kajastatud TaCAsi ja konsiiliumit koos, siis ka lõpparuandes on need ühe sekkumise all kajastatud.

### **Tervikliku raviteekonna vältel pakutud uute sekkumiste kasutamise sagedus (75 kaasatud projektipatsiendi puhul):**

- \* **TaCAs viidi läbi 57/75st (76%) inimesel.** Keeldus 2/75st (3%) projektipatsienti ja polnud võimalik läbi viia 16/75st korral (21%),
- \* **kokku toimus 28 konsiiliumit 72/75st (96%) projektipatsiendile** (2 suundus Taastava Kirurgia Kliinikusse, 1 suri enne konsiiliumit),
- \* **raviplaani koostati kõigile inimestele 75/75st (100%),**
- \* **insuldikoordinaator oli 73/75st (96%) inimesel** (kahel korral oli insuldikoordinaatori haigestumine, COVID pandeemia, suurenenud põhitöö koormus).

### **Sekkumine 1. TaCAs - konsiiliumi eelne intervjuu insuldi läbi teinud inimesega.**

*Taking Charge of Stroke* ehk TaCAs on insuldi läbiteinud inimkeskse lähenemise põhimõttel loodud intervjuu ja küsimustik. Tõlkisime materjalid eesti keelde.

TaCAsi intervjuu vorm on üks väheseid teaduslikult tõestatud meetodikaid, kus **ravi inimesekeskne eesmärgistamine parandab ravitulemust**. TaCAsi intervjuu terviklikkus annab võimaluse laiemalt analüüsida ja raviteekonnale kaasata võimalusi, et **saavutada inimese poolt püstitatud eesmärgid**. Intervjueerija on insuldikoordinaator, kes on kuulaja ja peegeldaja rollis. See, et TaCAs on valideeritud ja on tõenduspõhiselt toonud kaasa insuldi läbi teinud inimese tervisega seotud elukvaliteedi paranemise ja lähedastest sõltumise vähenemise, tõime välja juba taotluses koos viidetega.

Projektipatsientide TaCAsi intervjuud analüüsitakse konsiiliumis, see on nii raviplaani sisend kui ka osa. Antud vestluse järgselt algab insuldi läbi teinud inimese vajadustest ja soovidest lähtuva tervikliku raviteekonna loomine, mille sisendiks on insuldikoordinaatori poolt läbi viidud TaCAsi tulemused.

09/2020 – 02/2021 toimusid haiglas **konsiiliumid, kuhu olid kaasatud patsiendi neuroloog, füsioterapeut, psühholoog, logopeed, (insuldi)õde, haigla sotsiaaltöötaja ja lisaks insuldikeskuse meeskonnale osales ka insuldikoordinaator**, kes toob sotsiaaltöö pädevuse meditsiinikonsiiliumisse. Selle järgselt toimus **nii patsiendi kui lähedaste nõustamine** edasise raviteekonna planeerimise osas ning **perearsti teavitamine** insuldipatsiendist.

Peaaegu kõik osalejad (95%) suutsid püstitada vestluse käigus üldise eesmärgi. Ka hirmude osa oli intervjuueeritavatele arusaadav ja selge, 86% osalejatest suutis sellele vastata. Jõuti tulemuseni, et TaCAsSe intervjuu on akuutravi faasis teostatav, kuid tarvis on mõningaid kohandusi. Tundus, et TaCAsSe lühem versioon (kolm esimest lehekülge) oleks akuutravise enamusele patsientidele sobivam. Insuldikoordinaatorite ja tuumikgrupi koostööl valmis 09/2021 modifitseeritud TaCAS ([lisa 1](#)), ehk sõnastati TaCAsSe vestluse põhiküsimused. Koostöös insuldikoordinaatoritega koondati TaCAsSe küsimused 12-ks jutupunktiks ja hakati kasutama nn modifitseeritud TaCAsSt. **Inimeste enda soovid on väga erinevad** (“taastusravile”, “koju!”, “kodus reklaame vaadata”).

**Konsiiliumid ise koos seal arutletud TaCAsSe sisuga osutusid projekti kaasatud ravi- ja tuumikmeeskonna arvates niivõrd väärtuslikuks, et peale projektipatsientide kaasamist otsustati selle tegevusega jätkata.**

**Alates 2022 on kahest linnaosast hospitaliseeritutele tavapraktikasse rakendunud, et sõelhindamise käigus jätkuvad konsiiliumid, kuhu on kaasatud patsiendi neuroloog, füsioterapeut, psühholoog, logopeed, insuldiõde, haigla sotsiaaltöötaja ja insuldikoordinaator.** Linnaosa sotsiaaltöötaja tuleb haiglasse, et teha modifitseeritud TaCAS ning infot arutatakse konsiiliumis, et seeläbi tagada patsiendile tema soovidest lähtuv raviteekond läbi koordineeriva rolli linnaosa tasandil. Teistest piirkondadest hospitaliseeritutele teeb intervjuu LTKH insuldikeskuse sotsiaaltöötaja ja annab olulise info edasi ravimeeskonnale, lähedasele.

### **Sekkumine 2 – Insuldi läbi teinud inimesest lähtuva tervikliku kirjaliku raviplaani loomine.**

Tulenevalt Haigekassa otsusest ei olnud LTKH projektis võimalik arendada digitaalse raviplaani prototüüpi ja vastavalt vähendati ka raviplaaniga seotud toetust 57 960 euro võrra. Kuna aga ilma raviplaanita ei olnud võimalik terviklikku raviteekonda luua, otsustasime selle siiski teha, kusjuures **kulusid Haigekassa projektile esitamata**. Kuna **riiklikult üha enam tuuakse esile RFK olulisust** (Rahvusvahelise funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioon), otsustasime raviplaani üles ehitada sellest lähtuvalt. Leidsime, et maailmapraktikas on lubatud kasutada nn lühemat RFK hindamist, mis andiski tõuke insuldipatsientide funktsioonide hindamistega raviplaani väljatöötamiseks.

Insuldiprojektiga seotud meeskonda **koolitas** LTKH ambulatoorse taastusravi kliiniku meeskond, kus RFK-d pikemat aega juba kasutatakse. Seejärel koolitas LTKH insuldiosakonna personal ära ITK statsionaarse taastusravi kliiniku ja LTKH õendusabikliiniku töötajad RFK ja uudsena piloteeritava raviplaani teemal.

Olles kaardistanud oluliseimad funktsioonid, omandanud RFK põhitõed, "ehitas" haigla finantsjuht koos projektijuhiga üles toimiva raviplaani ([lisa 2](#)).

**RFK-le üles ehitatud raviplaani** sisu moodustavad struktureeritud infoväljad, mis hõlmavad insuldiprojekti ravimeeskonna (neuroloog/raviarst, õde, füsioterapeut, psühholoog, logopeed, sotsiaaltöötaja/insuldikoordinaatori) **hinnanguid insuldi läbi teinud inimese funktsioonidele, jälgida saab ka dünaamikat**. Esmakordselt Eestis tuuakse ravimeeskonna liikmena **LOV/KOV sotsiaaltöötaja ehk insuldikoordinaator meditsiinikonsiiliumisse ning lisaks meditsiinameeskonnale palutakse sotsiaaltöötaja poolset hinnangut inimese funktsioonidele juba akuutravi faasis**. TaCAS-e kokkuvõte on eraldi kajastatud "Märkused" all. Raviplaani andmeväljade täitmise statistika oli 100%. Andmete sisestamiseks kuluv aeg oli

igal spetsialistil 5-15 min, kusjuures samaaegselt saab raviplaani täita mitu spetsialisti (kasvõi kõik koos).

**Kõigile projektipatsientidele (75) koostati raviplaani,** kus on kompaktselt koos lühikokkuvõtte haigusest, ravi, ravimid, soovitusel, tervisliku seisundi hinnang (RFK). Patsiendile anti see väljaprindina kaasa neuroloogi poolt peale konsiiliumit ja lisaks edastati krüpteerituna perearstile. Peale statsionaarset taastusravi (ITK-s) edastati perearstile täpsustatud eesmärkidega, uuendatud raviskeemiga ning riskiteguritega raviplaani, millest perearst saaks lähtuda järgmisel visiidil ning insuldikoordinaator juhendada.

Pilootprojekti käigus selgus, et eraldi projekti jaoks väljatöötatud raviplaani ei soovi krüpteerituna saada perearstid, vaid väga soovivad saada insuldikoordinaatorid, lisaks tundis selle vastu huvi Tallinna STA (eesmärk on **teenuseid paremini organiseerida, mitte dubleerida**). Perearste "huvitab" raviplaani alles siis, kui nad patsiendi "üle võtavad" ehk patsiendi (hooldes)koju naastes. Seevastu LOV sotsiaaltöötajad leidsid, et **raviplaani hõlbustab nende tööd, nt on raviplaani vajalik hooldusvajaduse hindamisel.**

Projektimeeskond arvestas perearstide sooviga ja peale projektipatsientide kaasamist enam eraldi krüpteeritud raviplaane perearstidele ei saadetud.

**Haigla LIISA süsteemi lisati varem piloteeritud raviplaani väljad, et info jõuaks patsiendi digilukku.**

Oleme otsustanud RFK hindamisega jätkata, kuna **väga suur kasu on insuldikoordinaatoritel, kes koheselt saavad RFK hinnangud võtta aluseks sobivate teenuste/toetuste pakkumisel.**

### **Sekkumine 3 – Insuldikoordinaatori teenuse loomine.**

**Insuldikoordinaator on piirkondlik linnaosa/KOV sotsiaaltöötaja,** kellega on haigla sõlminud lepingu, mis tähendab, et ta saab olla **ravimeeskonna liige** ning osaleda patsiendi konsiiliumis.

Insuldikoordinaator on **võtmeisik insuldi läbi teinud inimesest lähtuva raviteekonna loomisel ning kõikide vajalike teenuste õigeaegse kättesaamise koordineerimisel.** Ta on osa insuldimeeskonnast, alates sõelhindamisest, on informeeritud insuldiga inimese meditsiiniliste teenuste vajadusest ning toob varajases insuldijärgses faasis kaasa sotsiaalteenuste kompetentsi. Haigekassa soovitus oli, et piloteeriksime insuldikoordinaatori teenust vaid ühe linnaosaga, kuna aga meie soov oli uudet teenust laiemalt piloteerida/pakkuda, siis kaasasime siiski viis Tallinna linnaosa kaheksast ([lisa 3](#)).

Kuna kaasasime insuldikoordinaatori juba konsiiliumi päeval, sai ta seal üldpildi patsiendi meditsiinilisest olukorrast ning vajadusel teha juba patsiendi haiglas viibimise ajal ettevalmistusi abivahendite/puudetaotluse vormistamiseks või näiteks hakata ette valmistama hooldekodusse paigutamist. Seega konsiiliumitest võtab lisaks insuldikeskuse meeskonnale osa ka insuldikoordinaator, kes teeb TaCAsse intervjuu vahetult enne konsiiliumit ja kes toob **konsiiliumisse info patsiendi soovidest/hirmudest/eesmärkidest ja konkreetse linnaosa vajalikud sotsiaalhoolekandelised teenused.** Lisaks on tal võimalik patsiendi kohta infot võtta STAR-ist. Patsiendi haiglas viibimise ajal annab insuldikoordinaator patsiendile/lähedasele soovitusi vajalike teenuste osas ja alustab võimalike dokumentide korraldamist.

04-06/2021 viidi läbi kõikide kaasatud insuldikoordinaatoritega, neuroloogidega, haigla õendusjuhi ning sotsiaaltöötajaga 1:1 intervjuud projektivälise inimese poolt (lisaks viis eraldi intervjuud läbi ka Haigekassa poolne inimene) ning koostati põhjalik analüüs: mida tõi endaga kaasa KOV sotsiaaltöötaja ehk insuldikoordinaatori toomine haigla meditsiinkonsiiliumisse?

Selgus, et **insuldikoordinaatoreid nähakse teiste (ravi)meeskonnaliikmete poolt vajalikena**, et tagada inimkeskne ja terviklik insuldikäsitus, et inimene sellest enim kasu saaks ja süsteemide vahel liikudes kaduma ei läheks. Insuldikoordinaatori kaasamine aitas inimesi insuldijärgselt juba varakult **abistada, toetada** ja jõuda inimese jaoks paremate lahendusteni, samal ajal tõi see kaasa täiendava töömahu nii tervishoiu- kui sotsiaaltöötajatele.

insuldikoordinaatorite osalust konsiiliumites peeti vajalikuks ja kasulikuks. TaCAsse suurimaks väärtuseks peeti, et see võimaldas inimesel keskenduda oma elu väärtuslikele aspektidele, mis toetaksid ka haiguse järgset kohanemist ja hakkamasaamist ning puuduseks toodi välja liiga pikk ja kohati keerukas/detailirohke küsimustik.

**Insuldikoordinaator on professionaalne sotsiaaltöötaja, kes viib läbi ka kodukülastusi, mille käigus hindab inimese eluolu ja vastavalt vajadusele pakub ning viib ellu sekkumised/lahendused. See on väga suur eelis näiteks haiglas töötava insuldikoordinaatori ees, et mitte vaid varajaselt märgata vaid justnimelt sekkuda.**

Projekti nõustav tuumikgrupp, kuhu kuulusid ka perearstid, leidsid koos ravimeeskonnaga, et me ei soovi institutsionaliseerida patsienti haiglasse ja ei soovi, et patsient peab jooksmas mitme (ravi)arsti vahet, vaid ainuvõimalik on **üks meditsiinialane kontakt** koju naastes ja see on perearst/pereõde. Seega, haiglas koordineerib patsiendi ravi poolt raviarst/neuroloog ja (hoolde)koju naastes on meditsiinialaseks kontaktiks perearst. Oluline on siinkohal tuua ära tuumikgrupi poolt toodud väide, et me ei saa lubada olukorda, kus haiglas määrab arast ühed ravimid ja koju naastes võib perearst määrata omad (lisa)ravimid - oluline on info selgus nii patsiendile kui arstile. Projekti raames sai korduvalt seda perearstidega piloteeritud ja isegi COVID-19 olukorras, mil esmatasandi abi kättesaadavus oli piiratud, olid just **insuldikoordinaatorid vajadusel sillaks patsiendi ja meditsiinisüsteemi vahel** - vajadusel võtsid koordinaatorid ühendust perearstikeskusega, selgitasid olukorda ja aitasid ka vastavatele teenustele. Meie projektis on insuldikoordinaatori kohustus uurida läbivalt, kas patsient on **ühenduses oma perearstiga**, kas ravimid on välja ostetud ja kas patsient neid ka võtab. Seega, insuldikoordinaatorid võtsid vajaduspõhiselt ühendust, kas igal kuul või kord kvartalis projektipatsiendi/-lähedasega ning vajadusel suunati teenustele. Tehti nii koduviisiite kui ka telefonikõnesid. Oli ka neid, kes ise käisid LOV SHO kohapeal (ravimite hüvitised, toidupakk vms). Lisaks on koordinaatorid toonud paaril korral välja ühe uue üliolulise nüansi, mis seni teadmata oli. Näiteks mõnes leibkonnas olevad seni teadmata abivajajad või koduvägivald või toidupuudus. Ehk insuldikoordinaatorid ei hoiu pelgalt patsiendil silma peal terve raviteekonna jooksul, vaid saavad kodukülastusi tehes ja lisaks lähedastega suheldes tervikpildi kogu eluolust.

**Insuldikoordinaator on ravimeeskonna liige, kes osaleb meditsiinkonsiiliumis**, ta annab sisendi/RFK hinnangu raviplaani ja hindab kodukülastustel laiemalt inimese eluolu ja sekkub vajaduspõhiselt. Algselt oli mõeldud, et teenus on 0-365 päeva aga samas on/jääb inimene KOV SHO vaatevälja niigi, seega on seda teenust võimalik pakkuda seni, **kuni vajadus on**.

Kahe linnaosa koordinaatoritega pikendasime lepinguid kuni 2022 lõpuni, et pakkuda võimalikult paljudele patsientidele juba piloteeritud koordinaatori teenust.

Kuna Sotsiaal- ja Tervishoiuamet on endiselt huvitatud, et insuldikoordinaatorite tegevus jätkuks, siis on palutud juba **ligakaudsed ressursid meil välja arvutada**:

LTKH-s hospitaliseeritakse u 400+ insult aastast. Nendest u 330 on Tallinna linnaosadesse sisse kirjutatud elanikud. LTKH kiirabi piirkonnast tulenevalt saame öelda, et keskel läbi jaguneb see number (330) linnaosade lõikes: Pirita 3; Nõmme 5; Haabersti 110; Põhja-Tln 150; Kesklinn 5; Kristiine 35; Lasnamäe 7; Mustamäe 15.

Kuna insuldikoordinaatori ja LOV sotsiaaltöötaja töös kattuvad osad tööloigud, siis projektis osalemise ajal on insuldikoordinaatorid esitanud tööajatabeleid, kus eraldi on toodud nn projektiga seotud lisatöö ja töö, mida koordinaator sotsiaaltöötajana niigi oleks antud juhtumiga seoses teinud. Ajaliselt tähendab see projektiga seotud tööd u 2-10h kuus ja LOV sotsiaaltöoga kattuvat tööd u 2-5h kuus.

### **3) SEKKUMISTE TULEMUSED**

*Sekkumiste kvalitatiivne analüüs, sh lühikirjeldus metoodikast (nt andmete kogumine, valim) iga sekkumise juures.*

Järgnevalt toodud aruande punktidele 1-5 on "Sekkumise tulemused" tagasiside saadud järgnevalt: Kvalitatiivse analüüsi tarbeks edastati Haigekassa poolt koostatud küsimustik kõikidele projekti sekkumistega seotud olnud osapooltele LTKH-s: (juhtkond 2, insuldikeskus 15 (sh 4 projektipatsientidega tegelenud neuroloogi), õendusabikliinik 2, ambulatoorne taastusravikliinik 1), ITK taastusravikliinik 1, projekti tuumikgrupp (sh perearstid ja lähedane) 4, linnaosavalitsuste sotsiaaltöötajatele ehk insuldikoordinaatoritele 5.

Neist osade inimestega vesteldi online koosolekul või või kohtumise käigus üks-ühele vastavalt varem Haigekassa poolt koostatud küsimustikule, kuid enamik saatsid oma mõtted/vastused kirjalikult.

**Kokku küsiti tagasisidet 30 isiku käest.** Puhkuste tõttu ei saadud vastuseid kolmelt isikult (1 psühholoog, 1 neuroloog, 1 koordinaator Kristiinest). **Keskmiselt kulus vastamiseks 1h** (35 min-1,5h).

#### **1. Insuldiõde ja konsiilium/võrgustiku kohtumine.**

**LTKH projekti raames viidi läbi konsiiliumid.** (Insuldiõde teemat ei piloteeritud eraldi).

Antud teema osas olid vastuste andjateks: haigla juhtkond, projekti kaasatud neuroloogid, taastusarst, õed, küsimustike andmesisestaja, logopeed, füsioterapeudid, õendusabikliiniku meeskond, osakonna sotsiaaltöötaja, tuumikgrupi liikmed (perearstid ja lähedane), insuldikoordinaatorid.

**Kokkuvõtvalt:** kõik tagasiside andjad leidsid, et piloteeritud moel on konsiiliumite jätkamine vajalik, kuna see on toonud välja efektiivse ressursikasutuse nii haiglameeskonnas kui peale haiglat patsiendi jaoks. Eelistatud on kontaktis konsiilium paar päeva peale haigestumist, kuid vajadusel võib teha ka veebi teel. Õendusabikliiniku personal tõi välja, et teine konsiilium võiks nende majas toimuda kuu möödudes. Mõned spetsialistid arvasid, et veidi kasvas töökoormus, kuna eelnevalt õpiti konsiiliumieelset RFK hindamist, kuid kogu see protsess toetas edukalt uude sekkumise piloteerimist, millest kõige enam sai kasu patsient.

Negatiivset tagasisidet ei antud.

**Tulevikuvaade/järeldus:** kuna konsiiliumid osutusid väga efektiivseks infovahetuse kohaks (meditsiin-sotsiaal-patsient-lähedane) ning ravimeeskond koos koordinaatoriga leidsid, et see võiks jätkuda, siis oleme tegevust jätkanud seniajani.

**Haigla juhtkond** arvas, et projekti raames piloteeritud konsiilium oli **väga hea** ning on tänaseks väga hästi käima läinud ja sellest **võidavad eeskätt patsiendid** ning lähedased eriti just seetõttu, et kaasatud on **LOV sotsiaaltöötaja**. Eraldi toodi välja, et tohutult suure lisandväärtuse on andnud see, et patsiendiga vesteldakse enne konsiiliumit, et kaardistada nii tema hirmud, soovid, eesmärgid kui ka kodune olukord, lähedased jne. Arvati, et **konsiiliumitega peaks jätkama nii nagu seni.**

**Neuroloogide** arvates on osakonnas meeskonnaliikmete koostöö olnud hea ka enne insuldiprojekti algust, kuid konsiilium võimaldas ja võimaldab (sest me jätkame tegevusega) kõigil meeskonnaliikmetel **ühe korraga kõik patsienti puutuv läbi arutada**. Kui iga meeskonnaliige teeb igapäevaselt oma tööd võib minna osa informatsioonist kaduma (nt annavad füsioterapeudid olulist informatsiooni patsiendi funktsionaalse võimekuse kohta üldisemalt, **arstlik hindamine seda alati esile ei too**). Lisaks tõid nad välja, et kõik koos konsiiliumis olles sai teada täpsemalt info patsiendi seisundi, vajaduste kohta ja toimus probleemide **kiirem/parem lahendus**, kuna erinevad spetsialistid tõid selle vestluses välja. Eriti rõhutati **insuldikoordinaatori** ehk LOV sotsiaaltöötaja konsiiliumis osalemise olulisust, kuna tema teab, mis võimalused on edaspidiste teenuste ja abi saamise osas vastavas linnaosas. Toonitati, et tingimata on linnaosadega koostöö parendanud patsientide sujuvamat liikumist ja eriti on sellest võitnud patsendid.

Insuldiprojekti alguses oli hirm, et konsiiliumid võtavad liigselt tööaega. Selgus aga, et arsti seisukohast see tegelikult nii ei ole, sest konsiilium ei vaja raviarsti arvates erilist ettevalmistust. Patsiendi anamneesi, teostatud uuringute ning raviplaani on raviarst niikuinii kursis, ning insuldiprojekti patsiendi käsitus arstlikkus mõttes toimub osakonnas samamoodi kui kõigil teistelgi patsientidel. Samuti on konsiiliumid oma olemuselt üsna konkreetsed ning iseenesest **kausa aega ei võta**, keskmiselt 30-60 min per patsient (TaCAsse intervjuu 15-30 min + raviplaani täitmine 5 min +15 min konsiilium + 15min lähedasega eraldi rääkimine). Lisaks süstemaatilisele koostööle toodi veel välja, et konsiiliumitel osalemine on laiendanud neuroloogide teadmisi sellest, millised on patsiendi aitamise võimalused **haigla järgses etapis** (just sotsiaalvaldkonda jäävate teenuste osas).

Arvati, et konsiilium peaks toimuma **insuldikeskuses kontaktvastuvõtuna vahetult enne patsiendi haiglast lahkumist**, sest siis on selge, milline on patsiendi seisund, ning millist abi ta lähemal ajal peale haiglast lahkumist vajab. Koheselt peale haiglasse sattumist konsiiliumi läbi viia mõttekas ei ole, sest patsiendi seisund võib esimese paari päevaga oluliselt muutuda. Iga patsiendi jaoks peaks planeerima **ühe konsiiliumi, mitte rohkem. Konsiiliumi eesmärk** peaks olema paika panna, millist abi patsient võiks edaspidi vajada: kas on vaja kaasata sotsiaalhoolekanne, kas patsient vajab töövõime/puude hindamist jne. Samuti anda patsiendile ja tema lähedastele piisavalt informatsiooni võimalikest teenustest (arstil sageli puuduvad vastavad teadmised kui ka aeg sellist informatsiooni jagada, selles osas on kõige rohkem abi sotsiaaltöötajatest).

**Konsiiliumi meeskonda peaks kuuluma** raviarst, LOV sotsiaaltöötaja rollis koordinaator(id) (tohutult oluliseks peeti, et ta pääseks andmetele ligi), füsioterapeut, kliiniline psühholoog (kui on mäluprobleemidega vainainimene, siis pole vaja ressursi raisata), logopeed ning õde. Konsiiliumi eest peaks vastutama raviarst. Teenuse sihtrühmaks peaksid eelduspäraselt olema patsendid, kellel on insuldiprojektist reaalne oodatav kasu, st kes vähegi on ise motiveeritud tegutsema ning kelle **tervislik seisund seda võimaldab** (ehk kes pole voodis 24/7 abivajajad). Pakkuda võiks kõigile ühtseid võimalusi, vajadusastmest lähtuvalt - kui vaid kõigi piirkonna sotsiaaltöötajad suudavad seda vastu võtta. Konsiiliumis jõutakse ühisele otsusele, kuhu patsient haiglast edasi liigub või kui patsiendi seisund on niivõrd halb, et ta lahkub, pole mõtet konsiiliumit teha.

TIAsid me ei kaasanud ja neil peaksid olema üldised ravisoovitused. Hemorraagilised kindlasti lisaks aga NIHSSi vaatame nagunii kõigil - selle skoor ei tohiks kriteeriumiks olla.

**Osakonna sotsiaaltöötaja** toonitas, et tänu konsiiliumitele ei jäänud patsient "märkamatuks" ja temaga tegeles juba konsiiliumis KOV sotsiaaltöötaja, **kelle vaateväljas patsient tulevikus niigi oleks**. Super, et kontakt luuakse juba eos haiglas.

**Insuldikoordinaatorid** arvasid, et konsiiliumi mõju koostööle on olnud **positiivne**. Kohene info patsiendi hetkeolukorra kohta on oluline ja ka edasine jälgimise/juhendamise vajaduse planeerimiseks (millised teenused toetavad taastumist, eluaseme kohandamise vajadus jne). Patsienti puudutav **infovahetus** võimaldab insuldikoordinaatoril **efektiivsemalt** tegutseda.

Toodi positiivsena välja, et nüüd teab ka haigla pool, millist infot omab KOV taustaga insuldikoordinaator ja seda, et **kohe saab asuda tegutsema patsiendi huvides**. Konsiiliumis selgub kuhu ja millal liigub patsient edasi. Küsimuste korral on võimalik kohe erialaspetsialistidega konsulteerida. Kompaktne info, kohtumine patsiendi ravimeekonnaga **hoiab ära edasist suuremat töökoormust**. Vesteldes patsientidega ei oska nad tihti hinnata oma vaimset tervist, ka füüsiline võimekus ei vasta tihti kirjeldusele, mida konsiiliumis spetsialist on hinnanud, puudulik on haiguskriitika. **Õppetunnid on olnud positiivsed**, sest patsiendi jaoks olulist informatsiooni on võimalik saada läbi konsiiliumi. Näiteks vesteldes patsiendiga, tundus ta vägagi adekvaatne sellel ajahetkel aga konsiiliumi raviarsti arvamus viitas rasketele mäluhäiretele.

Koordinaatorite arvates peaks konsiilium **toimuma tingimata haiglas**, kogu info saadakse ühel ajahetkel. Edasise teekonna planeerimiseks on kõigi spetsialistide hinnang oluline. Kuigi pilootprojekti oli kaasatud 5 Tallinna linnaosa, võiks teenust pakkuda kogu sihtrühmale.

**Tuumikgruppi** kuuluv perearst tundis kahju, et projekti käigus ei õnnestunud konsiiliumiga seotud olla, kuna tema nimistu patsienti ei hospitaliseeritud. Kuid samas arvas, et **konsiilium on hea koostöövorm**, aga eeldab haldamiskulusid, sest osapooled on erinevatest asutustest. Tuumikgrupi arvates peaks konsiilium toimuma **haiglas või siis vajadusel virtuaalselt** 3-5 päeva peale insulti. Olulisena tõid ka nemad välja **insuldikoordinaatori osalemise** konsiiliumis.

**Taastusarst** arvas, et konsiiliumi plussideks oli **info kiirem liikumine**, raske patoloogia isikute parem arusaamine ja tegevuste suunamine. Töökoormus pisut tõusis. Sekkumiste vajaduse teadmine tõusis. Oli ka enam tunda spetsialistide puuduse probleem tervishoiu süsteemis. **Tekkis RFK-alane teadmine ja kasutamisvalmidus**. Hinnang on oluline ka kognitiivse häirega patsiendi puhul. Kiire paranemisega inimesed tõenäoliselt ei vaja teenust. Teenust vajavad eelkõige raske insuldiga või ICH leiuga patsiendid.

Konsiilium peaks toimuma insuldikeskuses. Taastusravikeskuses enam raskemate kahjustustega patsientidel lisa konsiiliumeid - kus on näha, et kahe nädalaga patsiendi üldseisund ei parane ning patsient jääb teistest isikutest mingil määral sõltuvaks - ei teeks.

**Õendusabikliiniku** esindajad arvasid, et konsiilium peaks toimuma võimalusel kontaktkoosolekuna **insuldikeskuses ca 3-4 päeva pärast haigestumist ning nt ca 1 kuu pärast**, et hinnata planeeritu tegelikku realiseerumist ning ideaalne, kui teenust saaks pakkuda kogu sihtrühmale.

**Logopeedile** tundus, et kohati jäi patsient konsiiliumit oodates kauemaks akuutravihaiglasse, et oodata ära kõigi hindamised ja elukohajärgse sotsiaaltöötaja haiglasse tulemine, kuid samas pidas ta väga suureks lisaväärtuseks, et konsiiliumisse toodi **sotsiaaltöötaja hinnang** kodustele võimalustele ja tema eelteadmised patsiendi kohta. Tõusis töökoormus, aga ilma ühiste



aruteludeta ei saada ühtselt asjadest aru ja ei pruugi olla terviknägemist. Konsiiliumid meeldisid, aga kõigil on õppida lühidalt mõtete edastamist. Alati on hea arvestada aja efektiivse kasutamise, seega kui kaasame pere, siis ilmselt oleks mõistlik vaid siis, kui patsient koju saab. Samuti muutub patsiendi seisund haiglas olles ja esimese päeva seisundi kirjeldus ei pruugi anda õiget ülevaadet haigest, kes edasi liigub. Seega, konsiilium võiks toimuda päeval, kui patsient edasi liigub. Samas mida varem koos otsustatakse, seda õigem edasi liikumise suund valitakse.

Projekti kaasatud tervisetulemite **andmesisesaja** ei osalenud konsiiliumites, kuid tõi välja, et patsendid või nende omaksed, kes kaastati insuldiprojekti, on väga **tänuulikud** võimaluse eest. Need tänud on saadud kontaktidest patsientidega telefoni kõnedes. Personalil võimekus puudub kogu sihtrühmale konsiiliumit korraldada. Valimis võiksid olla patsiendid, kellel omakseid ei ole või on nn muukeelsed, kellel sotsiaalset võimekust ei ole või üldse puuduvad teadmised ja võimalused.

**Füsioterapeudid** tõid välja, et konsiilium oli kokkuvõtte patsiendiga seni toimunud ning edasise tööplaani kinnitamine. Samas üks teine füsioterapeut tõi välja, et kõige rohkem kasu konsiiliumist saab patsient, kellele organiseeritakse võimalikult kiiresti kas taastusravi või õendusravi koht, antakse infot sotsiaalsete toetuste ja abi kohta jm. Konsiiliumi käigus said nad füsioterapeudina rohkem patsiendi taustast teada, mis kaudselt **aitas ka füsioterapeutiliste eesmärkide püstitamisel teraapias**. Arvati, et konsiiliumid olid sisukad ja inforohked, saadi rohkem teada sotsiaalsetest toetustest ja puudega inimese õigustest.

Uudne ja väga oluline, et **patsient ja tema omaksed saavad info kiiremini kätte**, omavalitsuse sotsiaaltöötaja saab info otse tervishoiutöötajatelt kiiremini, kui kunagi varem.

Oluliselt töökoormus ei mõjutatud. Oli huvitav kogemus, **kui erinevalt spetsialistid oma erialast lähtuvalt patsiente näevad** (hetke seisundit, tulevikku).

Konsiilium peaks toimuma kontaktvastuvõtuna "jooksvalt" iga päev. Näiteks iga hommikuse kella 8 koosoleku raames võiks projekti patsiendid eraldi läbi arutada, juhul kui on seisundis/tööplaanis muutuseid. Teine füsioterapeut arvas aga, et konsiilium peaks toimuma esimese kolme-viie päeva jooksul pärast patsiendi haigestumist. Eesmärk on korraldada edaspidine raviteekond, selgitada välja tema vajadused ja eesmärgid, perekonna võimalused abistada jm. **Aidata patsiendi ja tema omakseid leida optimaalne lahendus**. Peale igat konsiiliumi oli tunne, et me teeme kõik õigesti ja patsient saab võimalikult palju abi omal teekonnal. Meeskonnas võiks ka edaspidi olla arst, õde, füsioterapeut, logopeed, psühholoog, insuldikoordinaator ehk sotsiaaltöötaja.

Arvati, et omavalitsuse sotsiaaltöötaja käimine sel viisil haiglas, muule tööle lisaks, ei ole pikas plaanis kõige ratsionaalsem meetod. Kõne alla tuleks kas veebivahendusel konsiiliumite pidamine või siis, et insuldiosakonnas oleks eraldi palgatud KOV sotsiaaltöötaja, kes saaks koheselt alustada nõustamist ning vajalike dokumentide vormistamist jm ning oleks otseses kontaktis nii omastega, et hiljem saaks sama inimene neid tegevusi jätkata. Füsioterapeut lisas, et olles aastaid töötanud insuldikeskuses tunnen ka spetsialistina sellest puudust, patsientidel on vahel väga palju küsimusi.

Teenuse sihtrühmas võiksid olla nii isheemiline, kui ka hemorraagiline insult. Olenemata jääkleiust vajavad patsient ja tema omaksed siiski algset nõustamist ja võimaluste tutvustamist. Ning teenuse saadavus ei tohiks oleneda elukohast.

**Õed** pidasid oluliseks, et kindlate tööülesannetega ja silmast silma kohtumine konsiiliumis on igapäeva töö muutnud **sujuvamaks ning efektiivsemaks**, patsiendi individuaalsetest vajadustest lähtuvaks nii raviteekonnal kui meeskonna rollides. Lisati, et konsiiliumis võeti

"kõik haige teemad" teemad kokku ja kuna seal viibis **ravimeeskonna liikmena ka insuldikoordinaator**, kes sai vahetult olulise info ka patsiendi tervisliku seisundi kohta, siis oli see suureks abiks infosulu vältimiseks. Õed tõid välja, et konsiiliumis oli uudne ja **hea RFK ja ühtsete kriteeriumite alusel patsiendi hindamine**. Ajas konsiiliumid muutusid sujuvamaks. Muutus töökorraldus, et tehti juurde ühine konsiiliumi ja see pani meeskonna **koosõlastatumalt töötama**. Aga samas tehti igapäevast tööd edasi. **Töökorralduse kvaliteet muutus paremaks** ja osakond on täna rakendadnud seda, töökoormus tegelikult ei muutunud/või siis veidi, sest korrastasime tööd uut moodi.

Ägeda insuldi järgselt on patsiendilt adekvaatse info kättesaamine vahel päris keeruline. Erinevatel ajahetkedel päevade lõikes võib patsiendi seisund niivõrd muutuda, et meeskonna liikmete hinnang võib olla väga erinev. Ilmselgelt oleks patsiendi olukorrast selgem pilt, kui ajavahe haigestumise ja hindamise vahel oleks pikem, ent haiglast oleks vaja patsient võimalikult kiiresti edasi saata. Konsiiliumi eesmärk peaks olema parima võimaliku taastumise ning insuldi kordumise vältimise vahendite ja võimaluste leidmine. Parim selleks on **erinevate spetsialistide meeskond**, nagu see just ongi.

Kõik patsiendid ei vaja kõiki teenuseid, ent nõustamist insuldi kordumise vältimiseks, elustiili osas jms vajavad kindlasti kõik insuldipatsiendid. Võib-olla olekski otstarbekas konsiiliumid korraldada nii, et kaasatud oleks ainult konkreetsel juhul vajalikud spetsialistid.

Piloteeritu on osutunud väga kasulikuks, **varasemalt pole kõigile regulaarselt teinud sellises mahus konsiiliume koos insuldikoordinaatoriga ja ravimeeskonnaga aga see on olnud väga kasulik tervik lähenemine** - võimalus lugu terviklikult kokku võtta.

## **2. Rollijaotus ja koostöö perearstide ja KOV sotsiaaltöötajatega**

Antud teema osas olid vastuste andjateks: haigla juhtkond, projekti kaasatud neuroloogid, taastusarstid, õendusabikliiniku juht ja õendusjuht, õed, küsimustike andmesisestaja, logopeed, füsioterapeudid, osakonna sotsiaaltöötaja, tuumikgrupi liikmed (perearstid ja lähedane), insuldikoordinaatorid.

**Kokkuvõtvalt:** Projektipatsiendi hospitaliseerimise järgselt saatis osakonna õendusjuht esmalt sellekohase krüpteeritud teatise otse perearstile ning peale konsiiliumit saatis ta perearstile ka raviplaani. Kuna insuldikoordinaator oli osa ravimeeskonnast, sai tema kogu vahetu info konsiiliumi päeval. Edaspidi võttis koordinaator vajaduspõhiselt ühendust **perearstikeskusega**, kui patsient ei olnud ise ühendust saanud/soovinud võtta ühe kuu jooksul. Koordinaator oli edaspidi nii **patsiendile kui lähedasele nr 1** kontaktisik meditsiini ja sotsiaal(hoolekande)teemadel.

Ühelt poolt leidis meditsiinimeeskond, et perearstile on kõik vajalik patsiendi info kättesaadav digiloost, kuid praktikas tõid koordinaatorid välja, et eriti COVID-19 ajal oli keerulisem kontakti perearstidega saada, kuigi nii oli see üleilmselt. Siiski ei olnud lahendamatu olukordi ja **tänu koordinaatori organiseerimisele said patsiendid perearstiga kontakti**.

**Tulevikuvaade/järeldus:** meil oli kokku lepitud, kes millal mida teeb (õde saadab esmalt teavituse perearstile, siis raviplaani, vajadusel liigub raviplaani ITK stats.taastusravisse jne) aga piloteerimise käigus saime teada, et perearstid on koostööaltima siis, kui patsient on koju jõudnud - nad ei vaja/soovi enne saada ka haiglas valminud raviplaani vaid soovivad 1:1 patsiendiga tegeleda, kui ta on koju naasnud (*patsiendil saab olla vaid üks raviarst korraga LTKH tuumikgrupp*).

Sotsiaaltöötajad aga seevastu olid uskumatult palju toeks tervel raviteekonnal nii patsiendile, lähedasele kui ka ravimeeskonnale - koostöö ja rollijaotus oli suurepärase. Seetõttu oleme otsustanud Haigekassa juhtprojekti lõpuni jätkata koostööd kahe linnaosaga, kust hospitaliseeritakse kõige enam I63 diagnoosiga inimesi LTKH-sse.

**Haigla juhtkond** arvas, et projekti käigus **toimis rollijaotus kenasti** ning hoolimata COVID pandeemiast saime rakendada oma plaane. Kliiniline projektimeeskond toimis väga hästi ning koostöö teiste (ravi)asutustega samuti. Oluliseks peeti, et haiglast väljakirjutamisel saab perearst digiloost kätte kogu RFK hinnangu ning iga hindaja soovitusel ja et perearst jääb patsiendile edasiseks meditsiinilaseks kontaktiks.

Eraldi toodi välja, et **projektimeeskond on teinud suure töö ära** seoses viie linnaosa kaasamisega projekti ning, et peale projektipatsientide kaasamise lõppu on hea koostöö jätkunud niivõrd, et Tallinna Sotsiaal- ja Tervishoiuamet on palunud lausa eraldi personali ning ajakulu Tallinna näitel välja arvutada.

**Neuroloogidele** tundus, et see ei ole meeskonna rahulolu oluliselt mõjutanud, meeskonna koostöö on osakonnas ka varasemalt hea olnud. Kuna perearst saab ka koheselt info ja edasised suunited ning perele ja patsiendile on sotsiaaltöötaja/insuldikoordinaator toeks, siis tunnevad nad kõik end turvalisemalt ja saavad ka parima võimaliku abi. **Kui patsient haiglast lahkub, saab kogu info perearst aga meil on lisaks koordinaator.** Me viisime praktikasse piloteeritud koostöö ja see toimib! Sellist koostööd peab kindlasti jätkama kõiki osapooli endiselt kaasates.

**Insuldikoordinaatorite** arvates on tänu projektile selgem nägemus, millega keegi tegeleb ja millist sisendit keegi annab. Samas toodi välja, et kahjuks perearstid võiks olla ise rohkem motiveeritud, nad on üpris passiivsed! Insuldikoordinaatoritel on olnud mõnede perearstidega kontakti saamisel probleeme. Võrgustikutöö olulisus peaks olema tähtis kõikidele osapooltele, sh vastutuse jagamine ja hoolivus, märksõnaks ka efektiivne ja kiire tagasiside. Oluline on kogu võrgustiku (lähedased, spetsialistid) kaasamine ja seda tehti! Koostöö on olnud märkimisväärselt tõhus, kogu patsiendisse puutuv esmane info on koondatud konsiiliumi toimumise ajaks ja see on olnud **kättesaadav nii perearstile kui ka koordinaatorile**, kes on ravimeeskonna liige. Teadmine, et **sa ei ole spetsialistina üksinda**, vaid meeskonnas, annab enda töös kindlustunnet ning toob teistsugust sünergiat.

Kogu pandeemia aeg on olnu keeruline nii patsientidele kui ka KOV töötajatele. Telefoni teel perearstikeskusega alati ühendust ei saanud ja tervist puudutavates küsimustega pöörduakse senini KOV töötajate poole (kas vaktsineerida, taastusravivõimalused, abivahendid jne). Projekti raames on positiivne, et **abivajaja kohta liigub info projekti koordinaatorini kohe**. On võimalik välja selgitada, elutingimused, lähedaste olemasolu jne, sest neil on õigus minna kodukülastusele ja sekkuda ning pakkuda teenuseid.

Kui haiglasse satub lähedasteta inimene, siis antakse KOV töötajatele sellest teada. Kui aga patsiendil on olemas seadusjärgsed lähedased, siis mitte. On olnud juhtumid, kus lähedane on sõltuvusprobleemidega või on enne enda haigestumist olnud insulti haigestunud pereliikme hooldajaks kodus. **Teadlikkuse tõstmine ja koostöö** on kindlasti oluline nii KOV töötajatele kui ka perearstidele, nt kuidas toimub rehabilitatsiooniteenusele saamine, taastusravivõimalused jne. Kindlasti on võimalik mudelit rakendada ka kogu sihtrühmale.

**Logopeed** arvas, et projektis osalemine on meeldiv, kuna on andnud positiivseid koostöökogemusi. Koostöövajadus sõltub konkreetsetest inimestest.

**Füsioterapeudid** ei oskagi öelda, kuidas ja milline info patsientidest varem koostöövõrgustikus olevate spetsialistideni jõudis. Nüüd on **kõik ühes infovoos**.

Puudusena toodi välja, et LTKH-l puudub oma statsionaarne taastusravikeskus (aga see polnud antud projekti lahendada), mis takistab mõnel patsiendil teenuseni jõudmist, kuna teiste haiglate taastusravikeskused eelistavad enda haigla patsiente.

Et üldse patsient saaks infot nt abivahendite või teenuste kohta, siis vahel ise on füsioterapeut andnud patsientidele infot teenustest ja võimalustest, kuid usuvad, et see on olnud kindlasti sisukam, kui seda teevad sotsiaaltöötajad. Suhtlemine akuutravi arsti, perearsti ja KOV sotsiaaltöötaja vahel on reeglina minimaalne, kuid tegelikult lähenemine peaks olema kompleksne ja ühtne. On **vaja süsteemset lähenemist selge rollijaotusega ja seda ka piloteeriti**. Üks füsioterapeut arvas, et hea oleks, kui KOV sotsiaaltöötajal ja perearstil oleksid regulaarsed koosolekud (vähemalt x1 kord kuus), kui saaks arutada nimistus olevaid patsiente. Oluliseks küsimuseks on ka sõiduki juhtimine: patsient ei pruugi olla võimeline taas turvaliselt sõidukit juhtima, kuid ei pruugi olla piisavalt kriitiline oma haiguse suhtes ning jätkata autoga sõitmist. Perearst peaks olema initsiatiivne, et algatada patsiendi tervisekontrolli selle suhtes ning osata patsiendi nõustada.

**Õdede** arvates oli patsiendi käsitus nüüd palju parem: konkreetsed probleemid on konkreetsete spetsialistide käsitleda ning **perearst ja sotsiaaltöötaja saavad otseallikast info inimese tervise ja probleemide kohta**. Põhimõtteliselt võiks meeskonna kooslus olla juhtumipõhine, st vastavalt patsiendi vajadustele. Kõigile ju pole altai vaja kõiki spetsialiste. Kes aga selleks hinnangu peaks andma - raviarst. Varem oli sama koostöö ja see oli elementaarne. Pilootprojekt sattus COVIDi ajale aga KOV sotsiaaltöötaja tegi asja sujuvamaks.

**Tuumikgrupp** arvas, et rahastamise teema on koostöö rakendamisel suureks takistuseks. **Koordineerimine on oluline kulu, mida peab tervishoiuteenuste rahastamismudelite juures arvestama**. Puudulikud/mitteintegreeruvad IT-süsteemid, personali ülekoormus on murekohad. Koostöö KOVga on kas aktiivselt juhtumite teavitus või passiivselt inimeste suunamine perearstikeskusesse. Sisulist juhtumit lahendamist, arutelu ei toimunud varem.

**Haigla sotsiaaltöötaja** tunnistas, et talle on seni valmistanud probleemi see, et ta saab anda patsiendile või lähedasele vaid KOV sotsiaaltöötaja kontakti ja ta ei tea kunagi, kas inimene selle maja üles otsib või kõne teeb. Kuid **tänu projektile tuleb omavalitsuse töötaja ise haiglasse konsiiliumisse ja sellele eelnevalt on ta juba vaadanud oma STAR andmebaasi**, kuhu haigla sotsiaaltöötaja ei pääse ehk on võimalik ette valmistada mõned dokumendid, et (hoolde)koju/taastusravile minek sujuvam oleks.

**Õendusabikliiniku** esindajad tõid välja, et KOV sotsiaaltöötaja käis mõned korrad, kui COVID lubas ja see koostöö toimus. Tihedam koostöö ja infovahetus võiks edasi toimida, vajadusel võrgustikukohtumised.

**Taastusarst** arvas, et taastusravi meeskonnaga reaalsete patsientide suunamine ei ole tööritmi muutnud. KOV sotsiaaltöötaja sekkus näiteks patsiendi **koduolukorra parendamisse** ja seda juba varakult. Haigla ja KOV sotsiaaltöötajate vaheline koostöö **võiks tulevikus olla sama hea**, sõltumata diagnoosist ja situatsioonist.

**Andmesisestaja** rõhutas, et meeskonna koostöö oli ja on väga tähtis. Töö kvaliteet kannatab, kui töökoormus suureneb ja kohustusi tuleb juurde. Ideaalis peaks olema eraldi personal, kes võib nii statsionaaris kui ambulatoorselt patsientidega läbi viia taolisi projekte.

### **3. Koordineeriv roll**

Antud teema osas olid vastuste andjateks: haigla juhtkond, projekti kaasatud neuroloogid, taastusarstid, õendusabikliiniku juht ja õendusjuht, õed, logopeed, füsioterapeudid, osakonna sotsiaaltöötaja, tuumikgrupi liikmed (perearstid ja lähedane), insuldikoordinaatorid.

**Kokkuvõtvalt**: Kõik tagasiside andjad leidsid, et projektis **piloteeritud koordineeriv roll osutus projekti "võtmelahenduseks"** ja on edukalt rakendatud tänaseni. Negatiivset kogemust ja vastanute erisusi ei ilmnunud.

**Kõik vastanud osapooled arvasid, et**

- \* insuldikoordinaatori teenuse loomine oli äärmiselt vajalik ja tõi kaasa tohutult suurel määral mõistlikku **ressursikasutust** just patsiendi abi saamise vaatest;
- \* teenust peab pakkuma seal, kus on patsient aga **alustama haiglast** ja edasi vastavalt vajadusele;
- \* teenust ei ole vaja kõigile pakkuda, vaid ikka vaid neile, kes seda vajavad (võimelised vastu võtma) ja kellel sellest kasu oleks;
- \* teenuse lõpetamise kriteeriumiks peaks olema: elukaare lõpp, patsiendi või omaste keeldumine, kui teenust enam ei ole vaja nt piisava tervenemise järgselt aga kontakt jääb alles, et vajadusel uuesti kontakteeruda;
- \* projekti raames oleks optimaalne patsientide arv umbes 10 inimest, kuid teenuse ellurakendamisel oleks võimalus suurem (koordinaator on seotud ka teiste töökohustustega) - mõnel kuul vähem, teisel rohkem +/- 5.
- \* koordinaatoril peab tingimata olema **ligipääs andmetele** ja kirjeldatud funktsioonidest (RFK) tulenevalt peab olema **võimalus pakkuda vajalikke teenuseid** ning lisaks olema **õigus määrata (sotsiaal)teenuseid**.

**Tulevikuvaade/järeldus:** täiesti uudsena piloteeritud insuldikoordinaatori roll ei ole mitte ühegi projekti osapoolt poolt saanud kordagi negatiivset vastukaja. Ülal kokkuvõttes on toodud detailsem analüüs. Oleme väga rõõmsad, et saime piloteerida midagi täiesti uut ja tänujulge, et 8st Tallinna linnaosast 5 meiega selle piloodi kaasa tegid.

Tegevus on ühelt poolt oodatud ja nõutud ning teiselt poolt ütlevad täna LOV sotsiaaltöötajad ehk insuldikoordinaatorid, et nad võimalusel jätkakski haiglas patsientidega vestlusi, sest nii saavad patsiendid kõige tõhusamalt abi, muidu jääks mõned abita või jõuaks selleni alles nädalate-kuude möödudes.

Tegevus jätkub projekti lõpuni.

**Haigla juhtkond** leidis, et KOV sotsiaaltöötaja toomine haiglasse, patsiendi juurde (vestlema), oli **tohtu suur võit patsiendile ja tema lähedastele**, sest sotsiaaltöötaja juba eos sai pakkuda **vajalikke teenuseid** ning olla edaspidi **kontaktisikuks**. Ehk enne kui patsiendil tekkisid küsimused, olid vastused olemas. Eraldi toonitati, et äärmiselt oluline on, **et insuldikoordinaator on justnimelt KOV sotsiaaltöötaja**, kel on voli minna **kodukülastustele** ja määrata/soovitada teenuseid. Vastukaaluks ei saaks seda teha nt haiglas või perearstikeskuses töötav meditsiinitöötaja.

Arvatakse, et insuldikoordinaatori teenuse loomine oli suur mõlemapoolne ressursi kokkuhoid. Tehti ettepanek edasi uurida teemat, kas ja kuidas on võimalik, et linnaosapõhised koordinaator-sotsiaaltöötajad võiksidki käia **kord nädalas haiglas** aga siis enam mitte diagnoosipõhiselt insuldiosakonnas vaid ikka vajaduspõhiselt kõigis osakondades. Siinjuures on oluline, et koordinaator peab olema (osalise ajaga) haigla töötaja/**ravimeeskonna liige**, et osaleda nt konsiiliumites või et pääseda ligi terviseandmetele - **teenus peaks olema Haigekassa TTL-s**.

**Neuroloogid** arvasid üksmeelselt, et insuldikoordinaatori roll on olnud väga tähtis. See on **vahelüli, mis seob haiglaetapi edasisega**. Raviarstil tavaliselt insuldihaigega peale haiglast väljakirjutamist edasist kontakti ei ole, **patsiendi jälgimist jätkab perearst**. Insuldikoordinaator on see, kes **jälgib, et patsiendi üleminek ambulatoorsesse võrku sujus**. Ilma insuldikoordinaatorita ei oleks selline sujuv töökorraldus võimalik.

Koordinaatori teenus peaks lõppema, kui teenus ei ole enam vajalik, st puudub abi saamise vajadus, sest patsient on paranenud või seisund on äärmiselt raskeks muutunud, st vajab 24/7 abi. Seda saavad üheskoos arutada ja **otsustada koordinaator perearsti ja patsiendi ning lähedastega**. Kogu sihtrühm teenust ei vaja (nt väga rasked patsiendid, nn lamajad), samuti ei peaks teenust pakkuma patsiendile, kes seda üldse ei soovi (eeldusel, et tegemist on adekvaatse

otsusega; inimesed on erineva kognitiivse võimekusega peale insulti ja võivad esineda erinevad mäluprobleemid, mis omakorda võivad mõjutada vastuseid).

**Logopeed** tõi samuti väga positiivse rollina välja koordinaatori. Ta arvas, et koordinaatorid olid alati lahked, kiired ja mõistlikud. Roll logopeedina oli peamiselt tegeleda patsiendiga, harva suhelda elukaaslasega - pigem väga raskete haigete korral, et selgitada patsiendi huvisid, varasemat kõnetaset vmt. Nüüd aga on **sillaks insuldikoordinaator!** Mida rohkem inimesi saab meeskondlikku ja perearsti/koduni ulatuvat abi, seda parem. Insuldikoordinaatori eeliseks oli **kiire infovahetus, võimalik lai ülevaade patsiendi seisundist, abi vajadusest/võimalustest.** **Õed** arvasid, et insuldikoordinaatoril oli väga suur ja oluline roll, kuna **kõik oli väga hästi koordineeritud**, kõik meeskonnaliikmed said õige info õigel ajal. **Koordinaatori roll oli see, mis kogu aeg oli puudu**, sest oli küsimus - **mis saab edasi?**

Ehkki projekti tõttu meeskonnaliikmete töökoormus veidi kasvas, oli koordinaatori hea töö ja meeldiva suhtumisega võimalik suurema nurinata asjaga valmis saada.

Sihtrühmaks võiks ka edaspidi olla need, **kes tulevad konsiiliumisse**, et neil oleks ka koordinaator aga vastavalt vajadusele, sest mõnele vaja väikses mahus, mõnele vaja palju teenuseid jne. NIHSSist ei peaks see sõltuma, vaid konkreetselt vajadusest. TIA patsiente ei võtaks, neile rakendaks nõustamise, mitte koordinaatori teenuse - ei ole ressursimõistlik.

Tänu koordinaatorile saab juba haiglas teada **üldise ja laia pildi**, kuidas inimest kiirelt ja tõhusalt aidata. Kui aga inimene ise läheb nädalate või kuude pärast sotsiaaltöötaja juurde, ei pruugi ta seal rääkida enda insuldist (kõike) või ei pruugi adekvaatselt rääkida oma meditsiinilisest seisundist. Otsekontakt meditsiinimeeskonnaga on osutunud ülimalt väärtuslikuks.

**Õendusabikliiniku** töötajad arvasid, et uuendusliku ning väärtuslikuna mõjus, et hoolimata pandemiast õnnestus koordinaatori paaril korral ka õendusabikliinikusse minna ja see oli väga **oluline just lähedaste jaoks. Kindlasti oleks süsteemne koordinaatori roll vajalik.**

**Füsioterapeudid** tõi välja **eelkõige info vahetamise paranemise haigla ja KOV sotsiaaltöötaja vahel**. Nad arvasid, et koordinaator peaks hakkama koheselt jälgima patsiendiga toimuvat ning **planeerima koostöös haigla/perekonnaga edasist teekonda.**

Koordinaator oli **sillaks**, mis tagas **kiirema info jõudmise patsiendi ja tema lähedasteni** - inimesed tunnevad, et nendest **hoolitsetakse**, et neid **juhendatakse**, ei tunne ennast probleemiga üksi. Patsient saab **kiiremini** abi ja **teenuseid**, mida tal on õigus saada.

Positiivne ja uudne kogemus koostööst koordinaatoriga - rohkelt uut infot saadud KOV sotsiaaltöötajalt erinevate teenuste ja võimaluste kohta, insuldikoordinaatori töö tundus selgelt planeeritud, selgete küsimustike ja algorütmidega.

Koordinaatori teenust peaks pakkuma isheemilise ja hemorraagilise insuldi korral alates akuutravi faasist, et teekond planeerida ja siis nt 3 nädala möödumisel, 3-6 kuu möödumisel jne, kuid vastavalt vajadusele tihemaid/harvemad kontaktid. Vajadusel ka kaugvastuvõtt KOV sotsiaaltöötajaga, kes neid toiminguid edaspidi ka jätkab, kui patsient akuutravi pinnalt ära läheb. Kui kõik osapooled on piisavalt initsiatiivikad ja pühendunud, kui rollid on selgelt jaotatud ja tööülesanded planeeritud, siis ei tohiks olla takistusi.

**Statsionaarse taastusravi arst** arvas, et kui neil osakonnas on sotsiaaltöötaja olemas, siis tema võib ka telefoni teel suhelda insuldikoordinaatoriga.

Teenuse sihtrühma hinnangus ei tohi lähtuda NIHSS skoorist, pigem **üldseisundist**. Näiteks, siia võiksid kuuluda need inimesed, kes on viibinud intensiivsel taastaval taastusravil või patsient oma raske üldseisundi tõttu ei kvalifitseerunud taastusravile (raske kognitiivne düsfunktsioon, kaasnevad haigused).

Teenust peaks **insuldikeskusest alates**, peale akuutset perioodi, pakkuma seni, kuni sotsiaalprobleemid püsivad ja vastavalt vajadusele seal, kus patsient on (kui patsient liigub koju/hooldekodusse jne). Lõpetama peaks siis, kui teenust pole enam vaja (patsient on paranenud või surnud) ja arvestama peab, et kõik insuldipatsiendid ei jää raske defektiga või teistest sõltuvaks.

**Tuumikgrupp** arvas, et alustama peaks koordinaatori teenusega haiglast.

Insuldiprojekti koordinaatoril on oluline roll nii sisulises mõttes (osapooltega tulemuslik kommunikeerimine nõuab oskuseid, teadmisi ja personaalseid kompetentse) kui halduslikult.

**Väga suur positiivne mõju**, just tänu vajalikele isikuomadustele.

Insuldikoordinaatori teenus peaks olema paindlik ja lähtuma erinevate spetsialistide vajadusest, kui vajadus ei nõua erinevate asutuste koostööd, siis ei ole vaja seda rakendada. **Vastavalt vajadusele/juhtumile saaks TTO teenust sisse osta** (sarnaselt radioloogia teenustega) kas kaugteenusena või kontaktteenusena. Võiks luua teenuse vajaduse hindamise mudeli.

Koordinaator **peaks tulema pigem KOV-st**, kuigi tegelikult ei ole vahet, kus see pädev inimene "istub" aga koordinaatoril **peab tingimata olema ligipääs andmetele ja kirjeldatud funktsioonidest (RFK) tulenevalt peab olema võimalus pakkuda vajalikke teenuseid ning lisaks olema õigus määrata (sotsiaal)teenuseid.**

**Osakonna sotsiaaltöötaja** leidis, et senise kontaktivõtu asemel võiks ka edaspidi **kindlasti jätkuda insuldikoordinaatori teenus sarnasel kujul**. Suur mure, et haigla ja KOV sotsiaaltöötaja andmebaas ei ole sama - aga projektis "päästime" olukorra sellega, et insuldikoordinaator tuli majja. Ta arvas, et **äärmisel oluline on, et konsiiliumijärgselt sai koordinaator sealsamas haiglas suhelda ka lähedastega** (eelnevalt oli suhelnud patsiendiga).

**Insuldikoordinaatorid** ise arvasid, et **kiire abi, kiire info liikumine** ja kohene nõustamine tagab selle, et meeskond mõistab paremini, milliseid **teenuseid, toetusi** on võimalik KOV-st saada ja millistel tingimustel. Mitte kõik ei saa kohe toetust. Märksõnaks on selge rollijaotus ja **nägemus sujuvast teenustele üleminekust.**

Pigem arvati, et põhitöö kõrvalt on raske teostada, et kui oleks osaline koormus KOV-s ja osaline haiglas, oleks super. Täies mahus teenuse osutamiseks oleks vajalik töökoht, mis tegeleks ainult patsientidega või oleks praegused tööülesanded vastavalt jaotatud.

Otsene/kohene kontakt patsiendi ja lähedastega tagab **sujuvama edasise teekonna planeerimise**. Insuldikoordinaatoril on oluliselt lihtsam patsiendi edasisel teekonnal toeks olla, kui ta on konsiiliumis käinud ja kogu ravimeeskonnaga kohtunud. Projekti käigus on saadud palju olulist informatsiooni, mille kohta eelnev info puudus (näiteks logopeedi vajadus, juhendamine puuderaskusastme vormistamisel, massaaži võimalused, teraapilised harjutused jne).

Peale esmakordset kontakti haiglas järgnes iga kahe kuu tagant suhtlemine kas patsiendi või lähedastega. Olenevalt patsiendi olukorrast ja tervislikust seisundist, mida keerulisem ja raskem on olukord, seda intensiivsem on olukorrale lahenduste otsimine. Kui patsient läheb pärast haiglas viibimist kohe tööle või on vajalik hoolekandetasutusse paigutamine, on **erinevad tegevused vaja rakendada**. Pöördumise põhjusteks võib olla nt abivahendite vajadus, puude vormistamine, hoolduse seadmine, töökoha kaotus, hooldekodukoha vajadus, linnaosaluse taotlemine, sotsiaalvalveteenuse vajadus jne. See, kaua koordinaatori teenust vaja on, sõltub **patsientide olukorrast**, ühed suunduvad tavaelu juurde tagasi, teised vajavad toetust ka veel pärast projekti lõppemist. Seda saabki **üheskoos patsiendi, lähedase ja perearstiga otsustada**. Näiteks peaks teenus lõppema, kui patsient asub tööle (terveneb märgatavalt ja tõhusalt), viibib ööpäevaringsel hooldusteenusel (on nt 24/7 afaasiaga lamaja ja talle ei ole mõistlik logopeedi teenuseid pakkuda vms). Alati peaks jääma nii patsiendile kui ka lähedasele kontakt ja võimalik

vajadusel pöörduda oma murega ka pärast abivajaduse ära langemist (nt hoolekandeesutuse vahetamine, soovib õendus-hooldusteenust, lähedasele puhkuse võimaluse korraldamist jne). Tuleb toetuda **professionaalsetele võrgustiku liikmetele**, alati ei tohi patsiendi juttu uskuda. Usalda aga kontrolli (nt kas ravimid on olemas ja ka välja ostetud, kas neid ka korrapäraselt kasutatakse, kas on kontaktis oma perearst/pereõega, probleemsete lähedaste puhul tuleb kontrollida ka seda, et lähedased abivajajat ära ei kasutaks jne).

Edaspidi peaksid kaasatud olema piirkonna patsiendid, **kohe peale haiglasse sattumist**. Täna projekti raames on patsiendi ja lähedaste toetamine korraldatud **ladusalt**, kaasatud on ka lähedased.

Meeskonna rahulolu tõuseb sellega, et on tekkinud tõdemus, et patsiendi toetuste ja teenuste süsteemiga põhjalikult kaetud, lisaks veel aktiivne võrgustikutöö tervishoiu jm sotsiaalhoolekannet pakkuvate asutustega.

Kontaktide arv inimese kohta on keskmiselt 25-30 korda, kontaktide algatajaks on tavaliselt koordinaator.

Projekti raames oli optimaalne patsientide arv umbes 10 inimest (koordinaator on seotud ka teiste töökohustustega). Tavaelus, kui KOV sotsiaaltöötaja oleks osalise koormusega KOVs ja osaliselt haiglameeskonnas, oleks võimekus suurem!

**PREM analüüs** on toodud käesoleva aruande neljandas peatükis "**Arendusprojekti tulemused**". kuid kuna neli PREM küsimust puudutasid otseselt **insuldikoordinaatori teenust**, on kokkuleppeliselt kajastatud tulemusi antud sekkumise tulemuste all. Täpsemalt saab vaadata [lisa 7](#). **LTKH insuldipatsientide PREMs analüüs** (koostatud Haigekassa poolt).

LTKH on PREM andmeid kogunud koos ICHOM küsimustikuga alates 01.07.2020 hospitaliseeritutele kahel korral: 90p ja 365p peale hospitaliseerimist. Haigekassa poolt on analüüsitud 392 inimese andmed, kellest 75 olid projekti- ehk nn sekkumisepatsiendid.

**Kahe 90. päeva PREM küsimuse tulemuste analüüsist ilmnes statistiliselt oluline erinevus:**

**6. Kas tundsitate raviteekonnal puudust teabest ravi võimaluste kohta?**

Huvitav oli see, et 46% kontrollrühmast ja 16% sekkumisrühmast ei tundnud puudust - ilmselt ei saagi kontrollrühm puudust tunda selle üle, mille kohta midagi ei tea. Samas 20% kontrollrühmast ja 37% sekkumisrühmast tundsid puudust, kusjuures on huvitav, et aasta möödudes oli sekkumisrühmal jah vastuste väärtus 17%.

**7. Kas tundsitate raviteekonnal puudust teabest võimalike teenuste kohta?**

Taas on huvitav, et 45% kontrollrühmast ja 22% sekkumisrühmast ei tundnud puudust, kuid 22% kontrollrühmast ja 33% sekkumisrühmast vastas "jah".

Nii sekkumis- ja kontrollrühma PREM vastused ei olnud kahe küsimuse puhul statistiliselt oluliselt erinevad:

**4. Kas Teil oli igal hetkel kontaktisik, kelle käest abi ja infot küsida?**

Arvame, et kuna mõlema rühma inimesed ei osanudki arvata/oodata, et peale haiglameeskonna, sh osakonna sotsiaaltöötaja, on veel võimalik kelleltki infot saada, ei tundud ka sellest puudust. Mõlemas rühmas arvas 90p peale insulti ligi 60% vastanutest, et neil oli see kontaktisik olemas ja eitavalt vastas 30% kontrollrühmast ja 24% sekkumisrühmast.

**8. Kas tundsitate raviteekonnal puudust teabest teenuste kättesaadavuse osas?**

Võimalik, et taas võis põhjuseks olla see, et inimene ei oska puudust tunda millegi üle, millest tal aimu pole. 90p peale insulti vastas 25% sekkumisrühmast ja 42% kontrollrühmast, et nad



ei tundnud puudust. Aasta möödudes vähenes see näit sekkumisrühmast 14% ja kontrollrühmast 10%.

#### **4. Raviteekonna ja selle etappide kirjeldamine (sh ka kriteeriumid teenustele suunamiseks)**

Antud teema osas olid vastuste andjateks: haigla juhtkond, projekti kaasatud neuroloogid, taastusarstid, õendusabikliiniku juht ja õendusjuht, õed, logopeed, füsioterapeudid, andmesisestaja, osakonna sotsiaaltöötaja, tuumikgrupi liikmed (perearstid ja lähedane), insuldikoordinaatorid.

**Kokkuvõtvalt:** LTKH insuldiprojekti **raviteekond koos etappidega on kirjeldatud lisatud joonistel (lisa 4)**. Peale **hospitaliseerimist** suunatakse patsient **insuldikeskusesse**, kus toimub **sõelhindamine**: vastavalt sõelhindamise ajal toimunud **konsiiliumi** otsusele (patsiendi seisundit ja tema enda **soove arvestades**) suunatakse patsient, kas (hoolde)koju, statsionaarsele taastusraviteenusele, õendusabisse/järelravile vm. Raviarst on vastutav haiglas, kuid ära ei tohi unustada koostööd koordinaatori ja patsiendi/lähedasega. Haiglasiseselt koordineerib tööd kas haigla sotsiaaltöötaja ja/või õde-koordinaator (et lähedased ja koordinaator haiglasse tuleksid) ning haiglast väljakirjutamisel koordineerib insuldikoordinaator, kes on KOV sotsiaaltöötaja. Piloteerimise ajal oli insuldiprojekti patsientide kaasamise kriteeriumiks piirkondliku insuldikoordinaatori olemasolu. **Kaasati 5 Tallinna linnaosa 8st**, kust kõige enam patsiente LTKHsse hospitaliseeritakse. Kuna LTKH projektis oli **insuldikoordinaator koheselt kaasatud ravimeeskonda**, ei tekkinud probleeme etappide üleminekul ning nii patsient kui lähedane said alati **ühest allikast adekvaatse info ning juhised**. Lisaks aitas vajadusel koordinaator hoida/luua **kontakti perearstiga**. Haigla insuldiosakonna töötajad tõid välja, et nemad näevad vaid, kuhu patsient konsiiliumijärgselt edasi suundub, kuid mis temast edasi saab, see on juba edaspidi patsiendi, lähedase, koordinaatori ja esmatasandi koostöö.

Tagasiside andnud osapooled tõid ühiselt välja, et patsiendi ja lähedase jaoks tekitab **insuldikoordinaator ülisuure kindlustunde** ja seetõttu on ka **ühest asutusest teise liikumine sujuvam** (nt LTKH akuudist ITK taastusraviteenusele ja sealt koju või edasi LTKH ambulatoorsele taastusraviteenusele/õendusabisse vm) - **koordinaator on alati sillaks ja abistajaks** ("Ei sa arugi, et on mingi etappide üleminek, sest meil on koordinaator"). Lisaks on edukalt rakendunud konsiiliumid, kus arutletakse patsiendi nii **meditsiini kui ka sotsiaalseid** teemasid ning **hinnatakse funktsioone**. Parem RFK mõistmine (toimusid koolitused) on aidanud mõista ka patsiendi seisundit/olukorda paremini ja on aluseks, et ühiselt otsustada patsiendi edasi liikumine järgmisse etappi.

Paaril korral mainiti, et kindlasti oleks mugavam, kui LTKH-l oleks oma statsionaarne taastusravi, kuid koostöö ITK-ga toimib ladusalt.

Õppetundidena toodi välja, et uue õppimine on ikka üle kivide ja kändude ja kui selge, siis on töö kiire ja korralik.

**Tulevikuvaade/järeldus:** kuna piloodi käigus sai käivitatud veel sujuvam patsientide liikumine erinevate etappide vahel (haigla-taastusravi-õendushaigla/järelravi/hooldekodu), kui seni oli, siis oleme ka seda koostööd jätkanud. Haiglast väljakirjutamise järgselt aitas patsiendil etappide vahel sujuvalt liikuda insuldikoordinaator.

**Haigla juhtkond** tõi välja, et **läbimõeldud raviteekonna mudel on taganud sujuva töökorralduse erinevate etappide vahel piloteerimise faasis**.

**Neuroloogid** juhtisid korduvalt tähelepanu, et koordinaatori **intervjuu** on osutunud nende jaoks üllatavalt oluliseks meetodiks raviteekonna planeerimisel, sest sel moel on välja tulnud patsiendi enda soov ja hirmud, mis aitab raviteekonda sujuvamaks muuta ja ennetada etappide vahel liikudes potentsiaalselt ettetulevaid kitsaskohti. Probleemid, mis vajavad lahendamist

jõuavad **kiiremini** vastavatesse asutustesse ja ka perearst saab kiiremini info, enda patsiendi kohta. **Koordinaator aitab planeerida.**

**Insuldikoordinaatorid.** Info kiire liikumine on olnud **toetav** tegur. Raviteekonna osapoolte koostöö on olnud **efektiivsem**. Vastavalt COVID pandeemia aja võimalustele on raviteekond toiminud sujuvalt. Raviteekonna planeerimisel on COVID olukorra alguses olnud raskusi taastusravi korraldamisel (vaktsineerimata, osakonnad pandeemia tõttu patsiente vastu ei võta, suhtlemine perearstidega jne).

Jagati mõtteid, et oleks hea, kui kohe saaks iga kord ravimeeskonnaga liituda, aga ei saa, kuna põhitöö seda ei võimalda - kui oleks tööl haiglas igapäevaselt, oleks see võimalik.

Kuna koordinaator oli **ravimeeskonna liige** ja sai konsiiliumijärgselt vestelda ka patsiendi ning lähedastega, siis andis see hoopis laiemat pildi inimese olukorrast, kuna seni oli teada vaid sotsiaalne pool aga konsiiliumis osalemine andis ka meditsiinilise olulise info, mis oli ülioluline järgmistesse etappidesse liikumisel otsuste tegemisel. Näiteks tulid erinevate raviteekonna etappide koordineerimise vahel välja mitu **patsiendi ärakasutamise juhtumit** (patsiendil korralik pension ja laps võttis ta raha ära ja selleks ei saanud ravimeid osta; patsient ei ole adekvaatne; lähedane ei soovi, et patsient suunataks edasi hoolekandetasutusse, sest siis kaob "sissetulek" jne), lisaks perevähivallajuhtumid, sotsiaalne abivajadus peres jms. Oluline on patsiendi kohta eelinfo kogumine/taustauuring (kas elab üksi, kas on toetav **lähivõrgustik**, elukoht nt liftita viiekordse maja viiendal korrusel jne).

Teenustele suunamise ja edasise planeerimise eest peaks haiglas vastutama eelkõige raviarst aga kaasama peab ka koordinaatori, kuid enne kõike on oluline patsient ise ja tema lähedased, sest koordinaatoril on abistav ja toetav roll. Tema saab olla toeks ja nõustada/juhendada, kui vajalik, siis ka kontrollida. Läbi **koolituste** ning meeskonna töö on võimalik uusi praktikaid alal hoida.

**Tuumikgrupi liikmed.** Luua koordinaatori vajaduse **hindamise instrument**, mis tagaks vajadusel koordinaatori olemasolu, kes omakorda sujuvalt raviteekonda korraldaks.

Teenuste planeerimise eest peaks **vastutama raviarst** koos meeskonnaga. Raviteekonna etappide vahel liikumine peab olema vajaduspõhiselt korraldatud **koordinaatori poolt**.

**Õed** märkisid, et tänu piloteerimisele on parem infovahetus, selgemad tööülesanded, **paremini käsitletud ja üle antud patsient** aga insuldiravi on sama. Peale akuutset insulti on esimestel päevadel väga raske hinnata, milliseks kujuneb patsiendi edasine tervises seisund.

Ideaalses maailmas võiks patsient pikemalt olla haiglas jälgimisel, et saaks selgemaks, **milliseid teenuseid ta edaspidi vajab ja milleks on suuteline**.

**Füsioterapeudid** Projekti patsiente on vahel "üritatud" järelravi asemel saata stats.taastusravisse, kuigi patsiendi seisund ei ole selleks sobiv olnud. Nüüd on **parem koostöö taastusravi ja järelravi pakkuvate asutustega**.

**Haigla sotsiaaltöötaja** arvates on tänu projektile eelkõige **kasu saanud patsient**, kuna haigla sotsiaaltöötajal **puudub ligipääs KOV sotsiaaltöötaja infole/andmebaasi** ning seetõttu ei olnud võimalik varem parimat otsust patsiendi huvides teha. Nüüd on raviteekonna sujuvuse tagamiseks koordinaator.

**Õendusabikliiniku** töötajad tõid välja, et pandeemia tingimustes toimus osapoolte töö võimaluste piires.

**Statsionaarse taastusravi arst.** Teenuse rakendamiseks ei sobi ükski kriteerium, vaid **patsiendi üldseisund ja võimekus**, mida saab hinnata meeskondlikult ja dokumenteerida. **Parem RHK mõistmine tõi kaasa patsiendi seisundi parema mõistmise.**

Abivahendite ja kodukohanduse, sotsiaaltöötaja abi mahu vajadus on samuti pigem meeskondlik otsus. Samas peaks arvestama ka **kodutingimustega** ja siin on hea koordinaatori roll. Vastutaja haiglas on ikka raviarst ja asutuse meeskond, lähedased ja sugulased.

**Ambulatoorse taastusravi arst** töö välja tõhusa ja hea koostöö - ambulatoorsele taastusravi teenusele on olnud suunamine tavapärase.

**Andmesisestaja.** Suurim takistus, et teenust laiendada ja ladusalt kõigile pakkuda, on rahaliste vahendite puudus, tööjõu puudus, taastusravi kohtade ja hooldushaigla kohtade vähesus.

**Logopeed** töö välja taaskord koordineeriva rolli nüansi: et patsient teekonnal ära ei kaoks, on hea, kui **koordinaator on pidevalt protsesse kõrvalt jälgimas** ja vajadusel sekkub, soovitab perearstiga ühendust võtta vms.

## **5. Raviplaan**

Antud teema osas olid vastuste andjateks: haigla juhtkond, projekti kaasatud neuroloogid, taastusravistid, õendusabikliiniku juht ja õendusjuht, õed, logopeed, füsioterapeudid, osakonna sotsiaaltöötaja, tuumikgrupi liikmed (perearstid ja lähedane), insuldikoordinaatorid.

**Kokkuvõtvalt:** Raviteekonna sujuvuse ja patsiendi probleemide mõistmiseks on projekti raames valminud **hea ja ülevaatlik raviplaan** ([Lisa 5](#), [Lisa 6](#)), mis **koostatakse ravimeeskonnaga** ning arutatakse läbi konsiiliumis - üks osapool on ka insuldikoordinaator. Projektipatsientide puhul saadeti valminud raviplaan krüpteerituna **nii taastus- kui ka perearstile**, tänaseks kanname raviplaanis oleva meditsiinilise seisundi, ravimite info, hinnangud ja soovitusel **digilukku läbi haigla LIISA programmi**. Selliselt ei dubleerita info kogumist (KOV sotsiaaltöötaja hakkaks muidu otsast peale sarnaseid küsimusi küsima, kui patsient tema vaatevälja satub) ja **hoitakse kokku ressursse**. Haigla ravimeeskond ja perearstid töid olulisena välja, et kuna info läheb digilukku, siis **ravib üks arst korraga inimest** (ei saa topelt ravi(meid) määrata).

Raviplaani koostamise käigus **võtsime kasutusel RFK**, õppides seda ise kasutama ja koolitades ITK taastusraviosakonda, LTKH õendusabikliiniku. Täna kasutatakse antud raviplaani LTKHs senini. **RFK-1** põhinev raviplaan on olnud **abiks patsiendi funktsionaalse seisundi mõistmisel** - see on andud tervikpildi, mida patsiendi edasiseks abistamiseks saab oma töös kasutada insuldikoordinaator.

Piloteeritud raviplaanis on selged juhised raviks, edasiseks käsitlemiseks, patsiendi oskused ja võimed ja patsiendi enda soovid ja eesmärgid.

Projekti jooksul tõdeti, et raviplaani ülevaatamine peaks toimuma patsiendi seisundi muutmisel, probleemi iseloomu muutmisel, uue probleemi tekkimisel. Õppetundidena toodi välja, et piloteeritud ja täna kasutusel olev raviplaan on lihtne loogiline, väga selge, ilma liigsete "mullideta", patsiendile selgelt mõistetav ning väljaprintidina kaasa antav. Raviplaan peab olema olemas **kõigil raviteekonna abistavatel osapooltel** ning algset nõustamist vajavad kõik sihtrühma esindajad. Peaks olema **kasutajasõbralik** nii patsiendile, kui ka spetsialistile, kättesaadav online, sh osad väljad peaks automaatselt eeltäidetud olema.

**Tulevikuvaade/järeldus:** raviplaani arendasime haiglas ise välja nii, et kulu projektis ei tekkinud. Vabatahtlik panustamine ladusa patsiendi raviteekonna loomise nimel pole muidugi pikas perspektiivis jätkusuutlik aga ilma raviplaanita ei oleks meie projekt olnud terviklik. Ajas täiendasime raviplaani nii, et täna on kõik RFK hinnangud jm raviplaani osad patsiendi epikriisis nähtavad digiloos.

Oleme saanud väga palju toetavat tagasisidet, et raviplaani oleme üles ehitanud just RFK baasil, st haiglast väljakirjutamisel on nt ambulatoorses taastusravis või sotsiaalsüsteemis hulga kiiremini võimalik inimest abistada, kuna tema funktsioonid on (ajas korduvalt) hinnatud.

**Haigla juhtkond.** Toodi välja, et piloteerimise käigus on koostatud **läbimõeldud raviplaani**. Ka esimeses faasis, mil toimus nt üleminek LTKH-st ITK statsionaarse taastusraviteenusele **liikus raviplaani patsiendiga** ja seda täideti ajas. Lisaks **tunnustati** projektimeeskonda, et ITK statsionaarse taastusravi meeskonda koolitati RFK teemal.

**Neuroloogid.** Raviplaani on **konsentreeritud variant haigusloost**, seega võimaldab edastada olulist informatsiooni kiire ja mugavas variandis. Raviplaanis peab olema kliiniline probleem 1-2 lausega, raviskeem, edasine käsitlus (milliseid teenuseid patsient vajab). Raviplaani võiks olla **kõigil patsientidel** (käsitlеме ägedas faasis patsiente ühtselt, ei selekteeri) ja selle koostamisse peaks olema kaasatud **kogu ravimeeskond**, nagu projektipatsientidel, sh koordinaator. Pole mõeldav, et perearst igakordselt kohake tuleb, haiglast lahkudes suundub patsient perearsti "hoole alla". Raviplaani koostamine ja ülevaatamine peaks toimuma enne haiglast lahkumist.

**Insuldikoordinaatorid.** Raviplaani koostatakse **koos ravimeeskonnaga**, mille üheks osapooleks on ka insuldikoordinaator. **Osapoolte koostöö ja raviteekond on sujuvamad**, kui on eelnevalt läbi arutatud plaani. Statsionaarse ravi järgselt ning teatavatel "kriitilistel" etappidel, kui seisund muutub, tuleks **raviplaani üle vaadata**. Seal peaks olema nii haiguse kulgu kui taastumise info.

**Tuumikgrupi liikmed.** Raviplaani (eelistavad **terviseplaani**) peab olema **kõikidel**, kes võtavad pidevalt ravimeid ja vajavad erinevaid teenuseid (kas tervishoiu või sotsiaal). Üle peaks vaatama kord aastas või kui olukord märgatavalt muutub. Seal peab olema ravi eesmärgid, medikamentoosne ja mittefarmakoloogiline ravi, liikumine, toitumine, stressiga toimetulek jne (olenevalt riskide maandamise plaanist), arsti jm visiidid.

RP peab olema veebipõhine, turvaline, integreeruv.

**Õed** arvasid, et raviplaani tegi patsiendi teekonna sujuvamaks ning **haigla järgne etapp oli planeeritud ja kiirem**. Hea, et raviplaani oli kiirelt täidetav iga spetsialisti poolt, kasvõi samaaegselt. Peeti oluliseks, et saime täiesti uue raviplaani ise oma jõududega teha, piloteerida ja töö käigus kohendada. Lisandväärtuseks peeti, et saatsime enda loodud raviplaani ITK-sse, kus omakorda spetsialistid seda täitsid ning saime **näha muutusi/dünaamikat** patsiendi funktsioonides.

**Füsioterapeudid.** RFK-koodide piloteerimisel tekkis kohati vajadus nimekirja korrigeerida, mis oli ka edukalt ellu viidud. Lõpuks valmis plaani, mida **senini kasutame**. Kodeeritud funktsioonihäire annab lühidalt sõnastatuna sisukat infot patsiendi seisundist ning **vastavalt sellele on võimalik planeerida sekkumisi**. Raviplaanis peab olema toodud patsiendi funktsionaalne seisund, kaasuvad haigused, varasem funktsionaalne seisund, parandamist vajavad funktsioonid, patsiendi anamnees, õe, füsioterapeudi, logopeedi, psühholoogi alghinnang, hiljem ka hindamine dünaamikas 1-3-6 kuu jooksul, patsiendi vajadused, teenused, taastusraviplaani (kuupäevaliselt), dünaamikas hindamise kuupäevad jm.

Kaasatud peab olema akuutravi meeskond (arst, õde, füsioterapeut, logopeed, psühholoog, sotsiaaltöötaja), perearst, KOV-sotsiaaltöötaja, kui patsient suunatakse statsionaarsele taastusravile, siis ka taastusravimeeskond (hindamine dünaamikas, abivahendi vajaduse hindamine, abivajaduse määr igapäevaelus (kui palju ja mis toimingutel vajab patsient abi) - aga seda kõike omal ajal, sest seda kõike ei ole võimalik ennustada akuutravi faasis.

**Haigla sotsiaaltöötaja** arvates **lahendas raviplaani olukorra**, millega alati ta silmitsi seisis - patsienti ei saa piisavalt abistada, sest haigla sotsiaaltöötaja ei tohi edastada infot KOV sotsiaaltöötajale aga nüüd, kui viimane on ravimeeskonna liige, sai ta juba eos patsienti ja lähedasi nõustada, abistada ja vajalikele teenustele suunata või abivahendite tellimisest rääkida.

Tänu raviplaanile on kogu oluline info, sh patsiendi enda soovid ja sotsiaaltöötaja hinnang, sõnastatud **ühes dokumendis**.

**Õendusabikliiniku töötajad** leidsid, et **antud raviplaan oli vajalik**, kuid üle peaks selle vaatama seisundi märkimisväärsel muutumisel. Raviplaan peab olema arusaadav kõikidele osapooltele.

**Ambulatoorse taastusravi arst** rõhutas, et **raviplaan peab kirjeldama patsiendi funktsionaalset seisundit ja potentsiaalseid ohtusid**.

**Taastusarst** tõi eraldi välja, et **RFK põhine infovahetus on olnud abiks** patsiendi funktsionaalse seisundi mõistmisel.

**Logopeed**. Positiivne mõju, eri meeskonnaliikmete teadlikkus paranes - saime üksteist toetada (et teeme sama asja, hindame samu väärtuseid ja kiidame üksteist).

Järgnevalt toodud aruande punktidele 6-7 "Sekkumise tulemused" on tagasiside saadud järgnevalt: Kvalitatiivse analüüsi tarbeks vesteldi Haigekassa poolt koostatud küsimustiku põhjal antud kahe sekkumisega seotud olnud osapooltega LTKH-s: (juhtkond 2, finantsjuht, närvihaiguste kliiniku juht/projekti kliiniline juht, närvihaiguste kliiniku õendusjuht, närvihaiguste kliiniku sotsiaaltöötaja, õde/tervisetulemite andmesisestaja (kes ei puutunud osakonnas otseselt kokku patsientidega).

**Kokku küsiti ja saadi tagasiside 7 isiku käest. Keskmiselt kulus vastamiseks 15 min.**

01.07.2020–30.06.2021 rakendati isheemilise insuldi saanud patsientide puhul juhtprojekti ülejäänud kahte osa: tervistulemite mõõtmist ja raviteekonnapõhist tasustamist.

## **6. Tervisetulemite mõõtmine**

**Kokkuvõtvalt:** Tervisetulemite info koguti neljal ajahetkel, kas patsiendilt või lähedaselt või patsiendiga tegelevalt spetsialistilt vastavalt võimalustele ja/või tervislikule seisundile, kas telefoni teel või meilile saadetud küsimustiku kaudu.

Koguti: taustandmeid nii sisse- kui ka väljakirjutamisel, tervistulemeid, võimekust, Rankini skaala küsimustiku andmeid, PROMIS-10 ja PREMse.

1. **Hospitaliseerimisel** insuldiõde dokumenteeris nt kas patsiendil on olnud ka varem insult ning milliseid muid haiguseid patsiendil on. Samuti märgiti insuldi raskusastet puudutav info.

2. **Akuutravilt väljakirjutamine või 7 päeva peale hospitaliseerimist** märkis insuldiõde patsiendi ravi puudutava info, nt kas patsiendile tehti trombolüüs või trombektoomia, kas patsient suunati taastusravile.

3. **Kolm kuud peale hospitaliseerimist** vastas küsimustikule, kas patsient ise digitaalselt, telefonikõnele vastates või vastas patsiendi eest tema lähedane või tema eest hoolt kandev inimene.

4. **Üks aasta peale hospitaliseerimist** vastas küsimustikule, kas patsient ise digitaalselt, telefonikõnele vastates või vastas patsiendi eest tema lähedane või tema eest hoolt kandev inimene.

Haigekassa jälgis **elulemuse infot**.

Puudusena toodi välja, et tervisetulemite töölaud ei anna haiglale vajalikku sisendit seoses tervisetulemite mõõtmisega, kuna **puudub väärtuste tõlgendus**, parameetreid on samuti palju ja töölaualt ei loe kohe välja ka statistilist olulist infot jne - ehk puudub nõ aruandlusvaade. Lisaks on halb, et **töölauda ei ole regulaarselt uuendatud** ning ka antud lõpparuannet tehes (14.09.22) on viimane uuendus 02.08.2022 tehtud, st kõik andmed ei pruugi neljal haiglal sisestatud olla, mis omakorda tähendab, et andmed ei pruugi olla võrreldavad.

Projekti alguses ega jooksul ei täpsustatud kordagi **kas või kuidas tervisetulemite andmeid edaspidi kasutada** - tegime suure töö ära seoses kogumisega aga edasi? Kes neid andmeid

nüüd kasutab ja mis otstarbel? Ravimeeskonnal ega finantsjuhil ei ole mahti nende andmetega tegeleda sellisel kujul - kui, siis koondanalüüsi vaadates.

Insuldi juhtimislaua järgi on **LTKH-I** aruande koostamise hetkel (juhtimislaua viimane uuendus tehtud 02.08.2022) **404 raviteekonda**, kuid Haigekassa kvantitatiivse aruande põhjal 406, **neist 75 on projektipatsiendid** ehk sekkumisgrupp.

Alates 01.07.20 koguti **kõikide** ägeda isheemilise insuldiga hospitaliseeritud patsientide andmeid **ICHOM** järgi. Juhul, kui patsient oli mujal osakonnas viibinud, koguti ja sisestati andmed tagantjärele. Välja kujunes latus rutiin patsiendi teavitamisest kuni andmete sisestamiseni, mil insuldiõde tutvustas I63 diagnoosiga inimesele juhtprojekti, vestles patsientidega, täitis küsimustiku paberil (insuldiõded on digivõimekad, kuid kliinikul ei ole selleks tarbeks iPadi ja nutitelefon) ning andmesisestaja sisestas info QL (Philips VitalHealth - **QuestLink**). Alates oktoobrist 2020 tehti 90p ja alates juulist 2021 tehti 365p **ajapunkti kõnesid** neile patsientidele või lähedastele, kes ei olnud digivõimekad, sh telefoni teel Rankini küsimustik õe haridusega inimese poolt. LTKH projektis kasutati ICHOMi lisana **PREMS küsimustikku**.

Keskmine **telefonikõne kestis ca 8 min**, kuid pikimad olid üle 25 minuti ning enamasti toimusid telefonikõned vastavalt juhistele kl 10-12 vahel.

Baasnäitajad patsientidel, kelle tervisetulemeid mõõdeti (S=sekkumisgrupp; K=kontrollgrupp): S=77 aastased; K=76 aastased; naised S=60%; K=51%.

**Tulevikuvaade/järeldus:** kuna algselt (06/2020) ei olnud Haigekassa poolne IT-lahendus valmis, toimus esimestel kuudel tulemite kogumine Excelisse ja IT-lahenduste "paika loksumine" võttis oma aja koos koolitustega ja juhendmaterjali koostamisega. Kuna ajas on korduvalt selgunud **mitmed kitsaskohad** (küsitlajad olid enne protsessi algust ühte moodi välja õpetamata, kokku leppimata olid standardid, kes ja kuidas küsib, juhendmaterjal saadeti projektijuhtidele 30.06.2020 ja terve meeskond pidi selle järgi 01.07.2020 hakkama tervisetulemeid koguma jne), on antud pilootprojekt **pigem õppekohaks, kuna andmete kvaliteet ei ole erinevate projektihaiglate vahel hetkel võrreldav**. Projektis osalenud haigla meeskonnad **juhtisid korduvalt tähelepanu** sellele (eriti tihe meilivahetus 30.06.2020 ehk vahetult enne tervisetulemite kogumist), et tervisetulemite kogumise alguseks **puudusid meil üheselt mõistetavad definitsioonid** ning anti tagasisidet, et sisestaja, kes ei ole neuroloog vm arst, ei saa selle juhendi alusel kahjuks töötada.

Ka ekspert **IFIC**-ust arvas 08/2021 tervisetulemite teemal, et PREMS ja PROMS küsimustikku ja kõnesid ei tohiks teha see isik, kes on haiglas patsiendile juba "tuttavaks muutunud", see **ei tohiks olla osakonnas töötav koordinaator/ravimeeskonna liige**. See osutus kõige suuremaks õppetunniks seoses tervisetulemite mõõtmisega.

Seni **ei ole tervisetulemite andmeid kasutatud kliiniliste otsuste tegemisel** ja arendusprotsessis. Ravimeeskonnas arutati, et konsolideeritud andmed on vähem väärtuslikud kui me ise kogume PROMSe ja PREMSe nt 2 nädlat peale väljakirjutamist, kuna me teame hästi ise oma haigeid. Esimesed 24h on inimese jaoks määravad ja igast üksikolukorrast sõltuvad ka antud vastused. Üleüldse peab vaatama, mida ja kuidas koguda, sest inimene võib olla rahulolematu, et ei saa minna taastusravile aga tegelikkuses ei ole kohe kohta sinna saatmiseks ja see **meeleolu võib peegelduda kogu vastatud küsimustikus**. Huvitava nüansina toodi välja, et patsiendi poolt antud vastused on väga sageli mõjutatud ka nt ilmast - kui on ilus ilm, on ka patsient rõõmsam ja tervis ei ole nii kehv. Seega päikesepaistelise ilmaga on küsitletu positiivsem. Aga mõjutavad ka subjektiivsed faktorid, nt kui lapsed käisid väga ammu viimati külas, on ka vasta ja torssis ja tema vastused negatiivsemad ning ta kipub viima jutu küsimustikust eemale.

Edaspidiseks tekkis veel soovitus: kui tahame ravikvaliteeti parandada, siis peaksime konkreetselt neid soovitusi, parandusettepanekuid ja rahulolu koguma, mis parandavad patsiendi rahulolu. Oluline, et inimesed tunneks ennast hästi. Peab eelnevalt sõnastama, mida täpselt siis teada tahetakse ja näiteks mida PREMS ja PROMS-dega soovitakse parandada. Aga samas peab kriitiliselt suhtuma küsimuste sõnastusse (elukvaliteet kodus - kuidas see suhestub aasta pärast antud vastustega).

Lisaks peab väga täpselt ühtse metodoloogia sõnastama ja kõik peavad seda kasutama. Veel toodi välja, et inimese organism on terviklik süsteem, valu kohta päringud ei ole alati objektiivsed insuldi diagnoosi puhul.

Kui vastavad patsiendi küsimustiku andmed on kättesaadavad raviarstile, siis raviarst oma äranägemise järgi saab otsuseid teha.

Anda võiks range soovitus, **et on vaja koguda patsiendi kogemust**, sest see on haiglale tagasisideside. Kui haigla kogub ise enda kohta andmeid, kusjuures patsientidega vestleja ei ole patsiendiga kokku puutunud ravi käigus, siis vajadusel saab osakonnas kohe uurida, kui mõned vastused "kahtlased" tunduvad, sest insuldiosakonnas töötavad inimesed teavad patsiendi tausta (nt vastajad on erineva kognitiivse võimekusega peale insulti ja võivad esineda erinevad mäluprobleemid, mis omakorda võivad mõjutada vastuseid) ja võib vastata, et ei saa ise süüa, ei saa teenuseid piisavalt või tal pole kodu või lähedasi aga tegelikkus on muud. Peab väga **kriitiliselt suhtuma** saadud vastustesse. Samas, kui tulemeid kogub tsentraalne agentuur ei tohi me ära unustada, et patsiendi jaoks on tema haigus alati kõige raskem aga ikkagi suurem probleem on nt erineva kognitiivse võimekusega inimesed, kel võivad esineda erinevad mäluprobleemid, mis omakorda võivad mõjutada vastuseid - kas saame võrrelda ja usaldusväärselt arvestada neid vastuseid?

Ettepanek on kutsuda kokku **valdkondlik ümarlaud**, et "selgeks vaielda": kas ja kuidas võiks tulenevalt õppetundidest tulevikus tervisetulemite andmeid kasutatud kliiniliste otsuste tegemisel ja arendusprotsessis. Teatavasti taastusravi on väga abiks paljudel juhtudel taastumise algusest alates aga kui me tahame autonoomiat, peaks soovi korral patsiendi koju lubama.

Seoses tervisetulemite mõõtmise rakendamise kogu sihtrühmale pakuti, et seda peaks analüüsima kaasates ka kiirabi ning taastusravi kogemuse. Ettepanekuna kõlas, et võiks teha tulevikus kogu sihtrühmale aga selleks peab olema esinduslik valim, et nt iga kümnes kaasatakse tervisetulemite mõõtmisse. Peamine eesmärk on, **et patsient jääb rahule teenusega** - see on nii patsiendi, lähedaste kui ka Haigekassa huvides oluline. Takistuseks toodi, et puuduvad vastavad ressursid (personal, vahendid).

**Kui me tahame, et kogutud tervisetulemid midagi tähendavad on absoluutselt kriitiline metoodikas eelnevalt kokku leppida ja läbiviimiseks peab olema välishindaja.**

### 7. Raviteekonnapõhine tasustamine

**Kokkuvõtvalt:** Positiivne on see, et raviteekonnad on rahaliselt määratletud ja teekondade koode ei ole liiga palju aga siiski võiks olla vähem. Samuti ka see, et ei toimu haiglate vahelist hindade diferentseerimist. Ühtsena toodi välja, et **loomulikult ei ole tasustamine muutnud ravisutuse käitumist** (käesolevas aruandes on mitmes kohas toodud ka neuroloogide kommentaar, et "ravisime ja suunasime vajadusel patsiente edasi nii nagu varem, sõltumata, kas tegemist oli projekti- või kontrollgrupi hospitaliseerituga", ka varem said inimesed vajalikke teenuseid ja said sama moodi edasi). Pilootprojektist tulenevalt oli küll 75-l inimesel olemas insuldikoordinaator, kes patsiendiga juba haiglas vestles ja edaspidi raviteekonnal toeks oli ning tehti uudne raviplaan, kuid ravisutuste käitumine, raviotsused ei sõltunud

tasustamisest - otsuseid tehti patsiendi vajadustele tuginedes. Raviotsuseid ei tee finantsistid - **patsiendile pakutakse temale kõige paremini sobivat ravi ja raviteekonda.**

**Tulevikuvaade/järeldus.** Teekonnapõhine rahastusmudel on väga erinev traditsioonilisest ja sellega harjumine võtab veel aega (eriti meedikutel). Samas otsuste tegemisel ei tohikski järgalt hinnas kinni olla. **Primaarne on ju lähtuda patsiendi vajadustest.** Seetõttu võib nii mõnegi patsiendi tegelik teekonna maksumus osutuda kallimaks kui hinnakirja hind. Haigla roll on seda jälgida ja kui erinevused on suured, siis ka uurida põhjuseid ja analüüsida.

Haigla finantsjuht arvas, et **võiks üle vaadata vanuselise määratluse koodide osas.** Ehk tuleks jätkuvalt analüüsida kas vanusegruppidega seotud tegelikud kulud on proportsionaalsed praegu kehtivate osakaaludega. Võibolla piisaks ka väiksemast arvust vanusegruppidest, näiteks 2 gruppi: üks kuni 75 aastased ja teine üle 75 aastased. Praeguses versioonis on grupi 45-80 ja grupi 80+ hinnavahe suhteliselt väike.

Mudel on üsna lihtne ja üheselt mõistetav, suuremaid probleeme ei ole esinenud. Soovitus sellist lihtsust püüda ka säilitada (va gruppide arvu teema).

Lääne-Tallinna Keskhaigla on kasutanud kahte raviteekonnapõhise tasustamise võimalust:

- 1) **vabadus osutada teenuseid vastavalt patsientide vajadusele** (nt osutada teenuseid suuremas mahus kui tervishoiuteenuste loetelu on siiani võimaldanud; kasutada uusi teenuseid, mis tervishoiuteenuste loetelus ei sisaldu; kasutada alltöövõttu)
- 2) **vastutuse jagamine partnerhaiglatega.**

**Võimalust ja koostöö teiste partneritega** on hästi oluline. See ongi ju patsiendisõbraliku raviteekonna põhimõte, et patsient saaks võimalikku parimat ravi. Kõikidele ravivaldkondadele ei saagi ühtemoodi spetsialiseeruda. Selliselt on üles ehitatud ka meie haigla raviteekonna pilootprojekt. Loomulikult on esinenud palju teekondi, mille tegelikud kulud on ületanud kehtestatud piirhindasid ja haigla on pidanud juurde maksuma. Samuti on esinenud ka vastupidiseid olukordi ja see ongi täiesti normaalne praktika. LTKH insuldiravi meeskond on väga innovaatilise vaatega ja seetõttu **osutatakse ka uusi teenuseid** (TaCAsE intervjuu, koordinaator, raviplaan, konsiilium) mis aitavad patsiendi tervenemisele kaasa.

Alltöövõttu kasutame väga palju (trombektoomiad, taastusravi jne).

Samas peab silmas pidama, et lisateenuste väljaarendamine võtab aega ning nõuab nii rahalist kui tööjõu lisaressurssi.

Kodupõhiste teenuste juurde loomise arutelu juures on aga vastakad reaktsioonid olnud: ühelt poolt on väga hea, kui saab pakkuda kodukohandamist, kodus käib tegevusterapeut või füsioterapeut aga teisalt **inimesed ei taha, et nende koju tuleb võõras inimene** toimetama ja õpetama.

Tasustamisega seotud ettepanekutest tuli esile, et **teekondade ravikoode võiks olla vähem** (näiteks kokku 5: kaks gruppi trombektoomiaga; kaks gruppi trombolüüsiga ja üks grupp ülejäänud).

**Normeeritud rahastusmudel ei aita haiglatel finantsiliselt teha oluliselt säästlikumaid otsuseid**, sest kui toimub patsiendi raviteekonna valik, siis rahaline plaan ei ole esmane (mis on ka mõistlik). Ilmselt aitab normeeritud rahastusmudel vältida ebamõistlikult kallite teekondade valikuid, aga üldiselt ei tee haiglad seda nagunii, sest piiravaks teguriks on Haigekassa leping. Siiski võib ju teekonnapõhist rahastust katsetada edasi, aga positiivse efekti ootamisega peab olema kannatlik, sest siin on harjumusel väga suur jõud ja inertsus kõrge.

Finantsjuht rõhutas, et tema ei poolda raviteekonna piirhindade diferentseerimist subjektiivsete mõõdikutega, näiteks patsiendi küsitluse tulemused jne (sest **subjektiivne hinnang ja reaalsed kulud ei ole omavahel seotud** ning vältida tuleks nõ raviasutuste rahalist karistamist, sest sellega kaasneb demotivatsioon). Hinnangu andmisel on väga raske juhendada patsiendi subjektiivsetest arvamistest, kuna haigused on erinevad. Raviasutuste **hindamisel on**



**olulisemad raviasutuse protsessid** - nii ka näiteks tehakse ESO (European Stroke Organisation) sertifikaadi hindamisel (hinnatakse protsesse). Näiteks kui patsiendi raviteekond eeldaks väga kalleid lisategevusi, mida rahastusmudel ei sisalda, võiks olla lisatasu maksmine teatud juhtudel põhjendatud. Või raviasutus on olnud eriti tubli edu toovate innovatsioonilahenduste teostamises.

Kui aga tasustamine on liiga madal ja ei ole indekseeritud, siis see viib haigla pankrotti.

#### **4) ARENDUSPROJEKTI TULEMUSED**

*Eesti Haigekassa kvantitatiivse analüüsi reflekteerimine.*

**Tulemused on analüüsitud Haigekassa poolt ja toodud vastavalt lisades 7, 8 ja 9.**

##### **Lisa 7. LTKH insuldipatsientide PREMs analüüs (koostatud Haigekassa poolt).**

LTKH on PREM andmeid kogunud alates 01.07.2020 hospitaliseeritutele kahel korral: 90p ja 365p peale hospitaliseerimist. Haigekassa poolt on analüüsitud **392 inimese** andmed, kellest 75 olid projekti- ehk nn sekkumispatiendid.

LTKH kaheksa PREM küsimust olid:

- 1. Kas Teil oli kättesaadav teave insuldi kohta?*
- 2. Kas Teil oli kättesaadav teave insuldiravi kohta?*
- 3. Kas Teil oli kättesaadav teave taastusravi võimaluste kohta?*
- 4. Kas Teil oli igal hetkel kontaktisik, kelle käest abi ja infot küsida?*
- 5. Kas Teid kaasati ravieesmärkide seadmisel?*
- 6. Kas tundsite raviteekonnal puudust teabest ravi võimaluste kohta?*
- 7. Kas tundsite raviteekonnal puudust teabest võimalike teenuste kohta?*
- 8. Kas tundsite raviteekonnal puudust teabest teenuste kättesaadavuse osas?*

Oluline on siinkohal tuua tervisetulemite kogumiseks kõnesid teinud õe/andmesisestaja kommentaar, et **väga paljud inimesed ei mäleta aasta peale insult** (peaaegu) midagi insuldiravi eesmärkidest ja osad ei mäleta isegi seda, et nad haiglas viibisid. Kindlasti peab ka siinkohal arvestama, et **vastaja kognitiivne võimekus (kohe) peale insult on väga erinev** ja tal võivad esineda erinevad mäluprobleemid, mis omakorda **võivad mõjutada vastuseid**.

Kuna küsimused numbriga 4, 6, 7, 8 puudutavad insuldikoordinaatori teenust, on nende lühianalüüs kajastatud vastavalt aruande kolmandas osas (Sekkumiste tulemused, 3.3. Koordineeriv roll alapealkirja all).

Küsimused 1, 2, 3, 5 puudutavad mitut sekkumist ja/või on sekkumiste ülesed PREM küsimused:

- 1. Kas Teil oli kättesaadav teave insuldi kohta?*
- 2. Kas Teil oli kättesaadav teave insuldiravi kohta?*
- 3. Kas Teil oli kättesaadav teave taastusravi võimaluste kohta?*
- 5. Kas Teid kaasati ravieesmärkide seadmisel?*

Statistiliselt olulisi erinevusi ei esinenud ei 90p ega 365p peale insuldi nende nelja küsimuse puhul.

Arvame, et ehkki TaCAsse vestluse tulemusi võeti arvesse konsiiliumis edasise raviteekonna planeerimisel, ei selgitanud vast koordinaator alati piisavalt, mida me nende andmetega (nt ravieesmärgid) teeme. Muidugi, ka osad patsiendid ei olnud võimelised ravieesmärgi täpselt

sõnastama ja hiljem neid meenutama (erinev kognitiivne võimekus vms). Ilmselt oleks pidanud projektimeeskonnaga seda aeg-ajalt meelde tuletama. Võimalik hoopis, et **inimene ei oska puudust tunda millegi üle, millest tal aimu pole** (kontrollrühm ei tea, mis roll oleks kontaktisikul, kellelt abi ja nõu küsida; millised oleks teenused ja võimalused või mis on ravieesmärkide kaasamine).

#### **Lisa 8. Insuldi juhtprojekti mõju kvantitatiivne hindamine.**

##### **Baasnäitajate võrdlus - LTKH (koostatud Haigekassa poolt).**

Analüüsi kaasati **406 teekonda**, sh 75 inimest sekkumis- ning 331 kontrollrühmast. Ravimeeskond pakkus **samasugust ravi nii sekkumisrühmale kui ka kontrollgrupile** ehk ravimeeskond tegi kõike senist tavapäraselt edasi.

Vaid ühe analüüsitud näitaja puhul esines statistiliselt oluline erinevus - **indeksravi**. Nähtub, et 57% sekkumisgrupist ja 32% kontrollgrupist raviti trombolüüsiga. Me kaasasime sekkumisrühma kõik patsiendid järjest, vastavalt insuldikoordinaatori olemasolule (liitunud oli viis linnaosa). Me arvame, et antud tulemi numbrid tulenevad liiga väikestest arvudest ja ka sellest, et projektipatsiendid kaasasime just COVIDi kõrghetkel (09/2020-02/2021). Ehk, kuna MRT kättesaadavus oli COVIDi tõttu piiratud, sai miimikuid tromblüüsitud.

**Lisa 10.** Toob lisainfoks ja taustaks välja ka projektiaegsed näitajad (sh door-to-needle time).

#### **Lisa 9. Insuldi juhtprojekti mõju kvantitatiivne hindamine.**

##### **Arendusprojektide mõju - LTKH (koostatud Haigekassa poolt).**

Analüüsi kaasati **406 teekonda**, sh 75 inimest sekkumis- ning 331 kontrollrühmast. Ravimeeskond tõi välja, et kuna kõiki haigeid on ravitud samade standardite järgi, ei ilmne valdavaid suuri erinevusi kahes rühmas. **Sekkmisrühma kuulujad said varem, rohkem asjakohast infot erinevate teenuste, toodete kohta ning insuldikoordinaator oli ka nõ kontrolliks**, kes jälgis, et patsient läheks nt 30p peale insulti perearsti vastuvõtule, et ta ostaks välja väljakirjutatud ravimid ja ka neid võtaks.

Kommentaariks lisa 9 juurde:

\* sekkumisrühmas oli keskmine kohandamata risk saada kordusinsult kolme kuu jooksul 0.0% ja kontrollrühmas oli see 5%,

\* välditava tüsistuse arveid ei esinenud,

\* projekti aeg langes COVID-leviku kõrgajale.

#### **KOKKUVÕTE JA ARUTELU**

*Palun kirjeldage, kas püstitatud eesmärgid said täidetud, kuidas hindate arendusprojekti tulemusi.*

*Palun kirjeldage, millised sekkumised toimusid, millised mitte ning mis võib olla põhjuseks.*

*Toetudes tulemustele, milliste sekkumistega peaks jätkama tavapraktikas?*

Antud aruande esimestes peatükkides on iga sekkumise juures on ära toodud kokkuvõte ning hinnang sekkumistele koos tulevikuvaatega.

**Kokkuvõtvalt eesmärkidest ja nende täitmisest.** Projekti eesmärkide täitmiseks arendati välja kolm konkreetset lahendust, mille aluseks olid inimese individuaalsed vajadused. Piloteeritud arendusprojekti raviteekonna mudel on terviklik, kus kõik inimesele vajalikud teenuseid on kättesaadavad. Laiapõhjaliste teenuste kättesaadavus on ajakriitiline alates esimestest insuldijärgsetest minutitest ning insuldi läbi teinud **inimene vajab teenuseid nii paralleelselt kui ajalises järgnevuses**. Selleks piloteeriti kolme uut arendust: konsiiliumieelset

TaCAsE intervjuud insuldi läbi teinud inimesega, kirjalikku raviplaani ja insuldikoordinaatori teenust. Me hindame, et iga sekkumine toimis ja eesmärgid said täidetud.

1. Eesmärk oli saada teada insuldi läbi teinud inimese enda ootused ja soovid ning nendest lähtuvalt eesmärgistada tema raviteekonda. Keskse lähenemise aluseks on **TaCAsE** küsimustik, et insuldi läbi teinud inimese eesmärkide ja soovidega arvestada. TaCAsE intervjuu terviklikkus annab võimaluse laiemalt analüüsida ja raviteekonnal kaasata võimalusi, et saavutada inimese poolt püstitatud eesmärgid. Selgus, et kui inimese poolt püstitatud eesmärgid on saavutatud, on ka inimese rahulolu suurem.
2. Kokkuvõtte TaCAsE intervjuude tulemustest on osa ühtselt **raviplaani**, mis hoiab fookuses insuldi läbi teinud inimese eesmärgid igas etapis. Kirjalik terviklik raviplan eesmärgistab kogu raviteekonna alates insuldiga inimese sõelhindamisest ning koondab kogu struktureeritud informatsiooni teostatud teenuste, vajalike teenuste (sh meditsiiniliste ja sotsiaalvaldkonna teenused) ning konkreetse edasise tegevuskava kohta ühte dokumenti, kuna kogu ravimeeskond on saanud varem anda hinnangu tema funktsioonidele lähtudes RFKst.
3. Igal insuldi läbi teinud inimesel on individuaalne **insuldikoordinaator**, kes tagab tervikliku raviplaani jälgimise. Insuldikoordinaator korjas raviplaani tarbeks eesmärkide sisendi insuldi läbiteinud inimese (TaCAsE) intervjuust, mis tagas patsiendikeskse lähenemise terve raviteekonna jooksul.

**Kaugem eesmärk oli see, et me ei institutsionaliseeri patsienti, vaid sotsiaalsüsteemi kaudu suudame tagada kodus elamise.** Insuldikeskusest suundus otse koju 44% ja taastusravile 36% projektipatsientidest.

See kõik kokku on raviteekonna mudel, mille oleme välja arendanud ning mida piloteerisime. Seega projekti oodatava lõpptulemusena tekkis **parim terviklik praktikas toimiv raviteekonna mudel**, mis on loodud insuldi läbi teinud inimese kesksena.

**Antud mudelit jätkame Põhja-Tallinnast ja Haaberstist hospitaliseeritutele kuni projekti lõpuni, ehk kõik piloteeritu on ellu viidud ja jätkub tavapraktikas kahes linnaosas kuni projekti/rahastuse lõppemiseni.**

**Intervjuu.** Raviteekonna aluseks on iga insuldi läbiteinud inimese **individuaalsed eesmärgid**, mida täpsustatakse insuldikoordinaatori poolt struktureeritud intervjuu alusel insuldi läbiteinud inimesega. Antud raviteekonna mudel on **terviklik (st ühendatud on tervishoid ja sotsiaalteenused)**, kus kõik inimesele vajalikud teenused on kättesaadavad.

**Struktureeritud intervjuu insuldi saanud inimesega** on aluseks edasise **raviteekonna eesmärgistamisel**. Struktureeritud intervjuu aluseks on võetud **TaCAS** (“Taking Charge After Stroke”).

Intervjuu insuldi läbi teinud inimesega (ja lähedastega), kasutades TaCAsE meetodikat oli uudne viis teada saada **insuldi läbi teinud inimese enda ootused, hirmud, vajadused ja soovid ning nendest lähtuvalt eesmärgistada insuldi läbiteinud inimese raviteekonda**. Intervjueerijaks oli insuldikoordinaator, kes viis patsiendi soovid, eesmärgid ja ka olulise info koduse olukorra kohta **meditsiinkonsiiliumisse**. Seega olime sidunud **väärtusliku patsiendi info liikumise konsiiliumiga**. Projektipatsientide kaasamise järgselt tellisime projektivälise hindaja ning **modifitseerisime TaCAsE** intervjuud vastavalt sellele.

Loeme igati kordaläinuks antud sekkumist, kuna see aitas patsientidel sõnastada enda soove ning **tekitas silla patsiendi ja insuldikoordinaatori vahel**.

Suures plaanis on toimunud kõik plaanipäraselt: edukalt toimus sõelhindamise ülesehitamine ja sellega seotud koolitused haiglameeskonnale, sotsiaaltöötajatele ning LTKH ambulatoorse ja statsionaarse ITK taastusravi meeskonnale. Üle ootuste edukalt kaasasime viiest Tallinna

linnaosast koordinaatorid, kellest kaks töötavad projekti lõpuni oma linnaosast insuldiga hospitaliseeritutega. **Sõelhindamise ajal toimub senini projektipatsientide konsilium**, kuhu on kaasatud neuroloog, meditsiinispetsialistid, insuldiõde ja insuldikoordinaator. Lähtutakse iga patsiendi individuaalsetest vajadustest. **Oluline, et lähedane saab kohapeal nõustamise** nii raviarstilt kui insuldikoordinaatorilt. Seni kaasatud patsientide lähedased on kõik saanud nõustamise, sh ka need, kes COVID-19 isolatsiooni tõttu pole saanud haiglasse tulla - sel juhul on insuldikoordinaator lähedasi telefoni teel nõustanud ja hiljem on toimunud kohtumine kas linnaosavalitsuses või projektipatsiendi kodus (**kodukülastuse** raames).

Positiivne oli, et hoolimata eriolukorrast oli kogu projektimeeskond motiveeritud ja toimus koostöö tervikliku raviteekonna loomisel. Hoolimata COVID-19 levikust oleme saanud insuldiprojekti ellu viia ning projektis välja toodud lahendusi rakendada efektiivsemalt, kui taotluses planeeritud.

Valmis **inimesest lähtuv terviklik kirjalik raviplaan**: raviteekonna eesmärgistatud terviklik kirjeldus, mis koondab meditsiinilised ja sotsiaalteenused kokku ühtsesse dokumenti, mis sisaldab patsiendi **nüü meditsiinilist seisundikirjeldust, ravisoovitusi, funktsioonide kirjeldusi (RFK), ravimeid kui ka sotsiaaltöötaja poolset hinnangut** (sh sotsiaalhoolekandelistele teenuste vajaduste soovitusel/hinnangud).

Loeme kordaläinuks antud sekkumist, kuna esmakordselt sai üliolulise **sisendi meditsiinilise raviplaani anda KOV sotsiaaltöötaja** ning edaspidises nn abistamisprotsessis oli just abiks uudsena raviplaani toodud RFK hinnangud (nt KOV sotsiaaltöötaja sai kasutada infot hooldusvajaduse hindamisel jne). Samas saime tõestada, et perearstid ei vaja lisadokumenti/raviplaani ja edaspidi **koondasime RFK hinnangud epikriisi ja perearst näeb seda digiloost**. Leidsime, et selliselt on infovahetus kõige mõistlikum ja paralleelset süsteemi luua pole vaja.

Patsiendile **trükitakse välja haiguslugu**, mis sisaldab raviplaani, ravimeid, ravisoovitusi, **funktsioonide hinnanguid (RFK)** - selle annab peale konsiliumit üle neuroloog.

**Kolmest piloteeritud sekkumisest kõige enam tunnustust** (huvi meedias, esinemised seminaridel, konverentsidel, päringud teistest maakondadest, LOV huvi, Tallinna Sotsiaal- ja Tervishoiuameti huvi, et teenus jätkuks jne) **on saanud uudne insuldikoordinaatori teenuse loomine**. Piloteerisime 75 patsiendi puhul individuaalse insuldikoordinaatori teenust, mis on toeks tervikliku raviplaani jälgimisel ning koordinaator on kontaktiks sotsiaal- ja meditsiiniteenuste kättesaamisel ning peale haiglast välja kirjutamist abiks probleemide lahendamisel.

Ehkki TaCAs eesmärk oli teada saada inimese raviteekonna eesmärk, ei pruukinud patsient sellest aru saada (*miks või milleks eesmärk sõnastada, ma tahan praegu koju minna ja seal taastuda*), oli **pärast piloteeritud sekkumisi patsient ja ta lähedane tegelikult hulga paremini informeeritud raviteekonna võimalustest, teenustest ja igal hetkel oli patsiendil kontaktisik**, kellelt nõu ja abi alati saada.

Kuna ravimeeskonnas oli/on ka kliiniline psühholoog, sai vajadusel koheselt tõlgendada aeg-ajalt esinenud vastuolulist infot patsiendi poolt - enne konsiliumi olid tehtud vastavad testid (sh kognitiivne võimekus) ning patsiendiga oli vestelnud insuldikoordinaator.

**Kindlasti soovime koos insuldikoordinaatorite, haiglameeskonna ja projektimeeskonnaga, et koordinaatori teenus jätkub** - sellest on suur abi nii patsiendile, lähedastele kui ka koordinaatorile, kelle vaatevälja (hoolde)koju naasnuna patsient lõpuks kliendina sageli jõuab.

Koordinaatorid on toonud paaril korral välja ühe **uue üliolulise nüansi - leibkonnas olevad seni teadmata abivajajad**: "*Me ei hoiu pelgalt patsiendil silma peal terve raviteekonna jooksul vaid saame kodukülastusi tehes ja lisaks lähedastega suheldes tervikpildi kogu eluolust*". Nii

on saadud teada mitmest perevägivallajuhtumist (kaasatud politsei ja ohvriabi jne), leibkonnas olevast abivajajast puudega inimesest, toidupuudusest jne. Ehk seesaama koordinaator on tänu insuldiprojektis osalemise saanud lahendada seni varjul olnud teemasid.

#### Lisainfoks:

- **Uute sekkumiste kasutamise sagedus [75 projekti kaasatud inimese puhul](#):**
  - raviplaan koostati kõigile inimestele 75 (100%),
  - TaCAS viidi läbi 57 (76%),
  - koordinaator on 73 (96%) ning konsiilium toimus 72 (96%) inimesel.
- **Projektipetsiifiliselt koolitati LTKH Närvihaiguste kliiniku neurolooge**, kes varem projektiga seotud ei olnud, et piloteeritu laiemalt kasutusele võtta.
- **<http://www.insult.ee/>** kodulehekülgl on uuendatud nelja haigla poolt.
- **Koostöös Insuldiseeltsiga** toimuvad 2022 neli **insuldi seminari**.
- Kõikide projektijuhtide vahel on **suurepärane ja toetav koostöö**.
- Antud projekt ajal kogusime RES-Q andmeid (Registry of Stroke Care Quality) ning haiglale omistati GOLD staatus [Lisa 11](#).

#### **SOOVITUSED**

*Üldised soovitused ja arendusvajadused juhtprojekti erinevatele osapooltele (sh asutused, Eesti Haigekassa jt).*

- **Soovitus: teha edaspidi enne hangitud IT-lahendused korralikult valmis** (sh võtta aega haiglatega läbirääkimisteks, testimisteks, kooskõlastamiseks) ja siis rakendada piloteerimisse.  
Projektahaiglad soovitasid 01.07.2020 **alguskuupäev lükata** kuu-paari võrra edasi, et töötada toimiva ja testitud süsteemiga - järgmise projektiga oleks mõistlik antud soovitus arvestada. Tervisetulemite kogumise algus oli korralik proovikivi kõikidele osapooltele, kuna Haigekassa hangitud IT-lahendus ei olnud valmis ja seoses ICHOM küsimustikuga oli palju ebaselgust. Näiteks polnud valmis ei IT keskkond, polnud testitud (nt veel 01/2021 ei olnud Rankin väli kohustuslikuks märgitud) ega kooskõlastatud juhendid, polnud toimunud eestikeelseid koolitusi. Lisaks oli suvepuhkuste ajal seda kõike korraldada keeruline.
- **IT-keskkonna edukas töös hoidmine.** Töölaua, kus saab tervisetulemeid ja kulusid vaadata, võiks uuendada nt iganädalaselt või vähemalt 2x kuus kindlal ajal (nt E kl 8). **Kahjuks on aruande esitamise hetkel Haigekassa hangitud IT-partneri poolt uuendamata töölaua info ning seal kuvab kohatine väär info [lisa 12](#)**, siit nähtub, et tulemid ja projekti edukuse mõõdikud on uuendatud viimati 16.06.2022 ja kulude leht 02.08.2022. Korduvalt on juhitud Haigekassa tähelepanu ka sellele, et arendusprojekti sekkumiste all kuvab töölaud õigesti insuldikoordinaatori ja raviplani kulu 0€ aga sekkumisi intervjuu ja konsiilium täitab kuluga, kuigi Haigekassale on esitatud vastavad 0€ statistiliste koodide arved ([lisa 12](#)).
- **Pisteline kontroll andmekvaliteedi tagamiseks.** Tegime Haigekassale andmekvaliteedi tagamise/parandamise ettepaneku seoses tervisetulemite kogumisega telefoni teel: meie hinnangul ei olnud käesolevad andmed võrreldavad, kuna andmete kogumisel on kasutatud ebahühtlast meetodikat. Sama arvas ka IFICu esindaja Leo Lewis 08/2021 Haigekassa suvekoolis tehtud ettekandes. Lisaks on küsitava väärtusega vastused, mida nt annab tütar oma ema eest, kes elab hooldekodus ja pole ema ammu näinud vms.

- Huvitav oleks olnud **töövarjutada** nelja projektihaiglaga omavahel - tulevikuks hea meelde jätta! Projektijuhid tegelikult planeerisid omakeskis seda aga COVID-olukord tuli vahele. Oleks olnud huvitav vaadata teiste konsiiliume, insuldikoordinaatori tööd jne.
- **Eelnevalt uurida**, kas sama teemaga tegeleb keegi veel, nt mõni projekt või mõni ministerium, allasutus. Projekti käigus ilmses, et riiklikult kavandatakse ühtse raviplaani/terviseplaani loomist ning ühtse koordineeriva rolli loomist erinevate sotsiaal- ja meditsiinivaldkonna spetsialistide koostöös. Samal ajal oli Haigekassa eraldanud märkimisväärsed summad kolmele projektihaiglale (LTKH rahastust raviplaani arenduseks ei saanud) nende samade tegevuste piloteerimiseks.
- **Toetav suhtumine koostööle**. Projekti sai kaasata vastavalt vajadusele nii KOV spetsialiste, teisi haiglaid, perearstikeskusi kui ka lähedasi.
- **Kiire suhtluskanal**: oli positiivne, et saab operatiivselt Skypes kohe Haigekassa meeskonnaga suhelda ning teemasid arutada.

**Lääne-Tallinna Keskhaigla projektiga seotud kogu meeskonna nimel: *meil on ülimalt hea meel, et meil on olnud võimalus piloteerida uudsete lähenemistega insuldi raviteekonda. Täname usalduse ja koostöö eest!***

Koostas: Helin Pevkur 14.09.2022

AS Lääne-Tallinna Keskhaigla insuldipatsiendi raviteekonna projektijuht.