

EESTI RISKIPÕHISE RAVIJUHTIMISE JUHEND

TERVISEKASSA, EESTI PEREARSTIDE SELTS, MAAILMAPANK

2024

1. SISSEJUHATUS

Riskipõhise ravijuhtimise eesmärk on parandada ligipääsu tervishoiuteenustele, tõsta osutatavate teenuste kvaliteeti ning anda/pakkuda lisandväärtust suuremat terviseriski omavatele patsientidele. Kokkuvõtvalt on võimalik tagada ka tervishoiuteenuste kuluefektiivsem kasutus. Programm toetub suuresti perearstikeskuse meeskonna juhtimisele ja initsiatiivile olla aktiivne ja kaasav partner oma patsientidele. Riskipõhisel ravijuhtimisel on potentsiaal parandada tervishoiuteenuste integreeritust üle erinevate teenuse osutamise tasandite, parandada riskipatsientide tervisetulemeid ning suurendada kogu tervishoiusüsteemis osutatavate teenuste kvaliteeti. Ravijuhtimise programmi lõppeesmärk on parendada riskipatsientide tervisenäitajaid ja vähendada nende vajadust tervishoiuteenuste kasutamiseks ehk toetada nende patsientide suutlikkust ise oma haigustega toimetulekul.

Eestis viidi läbi ravijuhtimise esmane pilootprojekt 2017. aasta I poolaastal. Projekti kirjelduse ja tulemuste kokkuvõte on kättesaadav Tervisekassa kodulehel. Kuna esimese projekti tulemused näitasid, et pikemas perspektiivis tasub riskipõhist ravijuhtimist rakendada ka riiklikult, laiendati mudelit 2020-2022. aasta jooksul ning kaasati teise katseprojekti meeskonda veelgi rohkem perearste ja pereõdesid. Tulemustest selgub, et tänu katseprojektile on krooniliselt haigete ravikorraldus muutunud patsiendikesksemaks ehk patsient on rohkem kaasatud raviprotsessi ja võtab ka isevastutuse oma tervise eest.

2. MIKS ON RISKIPÕHINE RAVIJUHTIMINE VAJALIK?

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

Riskipatsientide ravijuhtimine põhineb ennetavatel tegevustel just neile patsientidele, kellel on kõrge tervises seisundi halvenemise risk või risk tervishoiuteenuste kasutamise vajaduse suurenemiseks. Sellisteks tegevusteks võivad olla näiteks patsiendi jälgimine peale haiglaravi; eriarstile suunamiste ja uuringute tulemuste jälgimine; ravijuhendite jälgimine perearstide poolt; ravimite sobivuse kontroll ja tarvitamise tagamine; ning kroonilise haigusega patsientidega järjepideva kontakti omamine. Riskipõhistel ravijuhtimise programmidel on suur potentsiaal ravi koordineerimise ja patsiendi ravitulemuste parendamiseks, ning sellist lähenemist kasutatakse paljude erinevate riikide tervishoiusüsteemides järjest rohkem.

3. RISKIPÕHISE RAVI JUHTIMISE MEESKONNA MOODUSTAMINE JA PROJEKTI KÄIVITAMINE

3.1 Ettevalmistused enne projekti algust

Olulised ettevalmistavad tegevused enne projekti algust (vastavalt projekti algusajale):

1. Moodustage ravi juhtimise meeskond ja leppige kokku meeskonnasisesed rollid ning vastutusvaldkonnad. Koostage töökorralduse tegevuskava (nt raviplaani täitmine ja ajakohastamine, patsiendiga ühenduse võtmine vajadusel jt). Meeskonna loomise põhimõtetega saab tutvuda käesoleva dokumendi lisas 2.
2. Leppige kokku meeskonna regulaarsete kohtumiste ajakava ja vorm, et segamatult arutada ja üle vaadata ravi juhtimise programmis osalevate patsientidega seonduv (soovitavalt 1 tund nädalas).
3. Tuletage patsiendile meelde, et ta teavitaks perearstikeskuse meeskonda oma hospitaliseerimisest.
4. Leidke kontaktisikud kohalikes omavalitsustes, kellega võtta ühendust patsiendi sotsiaalteenuste vajaduse. Tehke kindlaks kelle poole pöörduda ravi juhtimise patsientide võimaliku sotsiaallabi vajaduse korral. Sotsiaalmärkamisel hinnake toetusvajadusi erinevates eluvaldkondades (vt Lisa 4), arvestades inimese sotsiaalsete suhetega, kes on lähedased inimesed või spetsialistid, kes tänasel hetkel toetust pakuvad.
5. Tutvuge riskipatsientide valiku algoritmi alusel koondatud patsientide nimekirjaga MISP2 programmis. Patsiente võib valida omal initsiatiivil, kus on fookus on metaboolisel sündroomil või selle tekkimise riskil või MISP2 riskipatsientide nimekirjast.
6. Arutage ja kohandage patsientide nimekirja koos oma meeskonnaga ja vajadusel riskipõhise ravijuhtimise projekti koordinaatoriga. Tervisekassa poolt hallatava töölaua rakenduse kaudu

kuvatakse teile loetelu riskipõhise ravi juhtimise projekti sobivatest teie nimistu patsientidest (valikukriteeriume on kirjeldatud järgmisel leheküljel).

Riskipatsientide identifitseerimise algoritm MISP2-s ja patsientide valiku kriteeriumid on välja töötatud Maailmapanga, Tervisekassa ja perearstide koostöös.

3.2 Riskipõhise ravijuhtimise algoritmi kirjeldus

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

- Seab prioriteediks patsiendid, kes on viimase 24 kuu jooksul arsti vastuvõtul käinud.

TÄIENDAVID KAASAMISKRITEERIUMID

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

VÄLISTAMISKRITEERIUMID

- Rohkem kui 2 kardiovaskulaarset haigust/rohkem kui 1 psüühikahäire.

- Teatud haiguste mistahes diagnoos: vähk, skisofreenia, hemodialüüsi vajavad neeruhaigused, kaasasündinud väärarengud ja haruldased haigused. (Samas, kui soovite neid patsiente programmi hiljem lisada, võite teha erandi)
- **Kokku rohkem kui 7 kaasuvat haigust** - kaasatavate haiguste nimekirjas olevad diagnoosid,

Pluss: aneemia, ärevus, ateroskleroos, muud südame rütmihäired, südameklapi häired, krooniline koletsüstiit/sapikivid, krooniline gastriit/GERD, peeringlus, söömishäired, epilepsia, hemorroidid, hüpotensioon, soole divertikuloos, liigeste artroos, maksahaigused, alajäseme varikoos, migreen/krooniline peavalu, neuropaatiad, rasvumus, osteoporoos, Parkinsoni tõbi, eesnäärme hüperplaasia, psoriaas, skisofreenia, puriini/pürimidiini ainevahetushäired/podagra, reumatoidartriit/krooniline polüartriit, somatoformsed häired, kilpnäärme haigused, uriinipidamatus, kuseteede kivid.

3.3 Patsientide valimine projekti

Tervisekassa koostab ülal kirjeldatud algoritmi alusel iga nimistu jaoks nimekirja patsientidest, kes vastavad algoritmi kriteeriumitele. Patsiente võib valida MISP keskkonnas riskipatsientide nimekirjast või oma valikul, võttes arvesse metaboolset sündroomi. Kaasata võib ka vaid riskis olevaid patsiente, kellel ei ole veel diagnoositud krooniline haigus. Riskipatsientide identifitseerimise algoritm ja patsientide valiku kriteeriumid on välja töötatud Maailmapanga, Tervisekassa ja perearstide koostöös. Nimekiri kuvatakse MISP-is. Patsientide nimekirja võib koostada endale sobival viisil (MISP keskkonnas, Excel jm).

JUHEND RISKIPATSIENTIDE LEIDMISEKS MISP KESKKONNAS

1. Esimene samm MISP-i sisenemine

Sisene MISP keskkonda alljärgnevalt veebilehelt:

<https://misp2.digilugu.ee/misp2/login.action>

2. Teine samm riskipatsientide mudeli avamine

Ava kindlustatud isikute register ja vali riskipatsientide mudel

Kindlustatud isikute register

- ✳ [Hamba- ja proteesiravi haldus](#)
- ✳ [Nimistu haldus](#)
- ✳ [Riskipatsientide mudel](#) ←
- ✳ [Töövõimetuslehtede edastamine](#)

3. Kolmas samm

Sisesta nimistu kood ja vajuta esita päring.

Riskipatsientide mudel

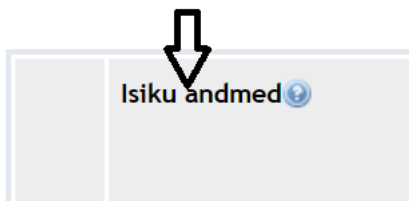
Nimistu kood

Esita päring



4. Neljas samm

Tutvu algoritmi alusel leitud riskipatsientide nimekirjaga.



Isikukood

Nimi

5. Viies samm - patsientide lisamine

Patsientide lisamiseks, keda nimekirjas ei ole, liigu esimesele leheküljele (sama vaade, mis on kirjeldatud punktis neljas samm). Selleks keri lehekülje lõppu ja vajuta Tagasi.

Vali Lisa patsient.

Nimistu N0054

[Kuva välistatud](#) [Lisa patsient](#)



Seejärel lisa patsiendi isikukood ja vajuta Lisa. Lisamise põhjuseks jääb alati vajab erilähenemist.



Isikukood: Lisamise põhjus:

Patsient ei ole sobilik riskipõhise ravijuhtimise programmi juhul, kui:

- juht on liiga komplitseeritud (k.a. muude tõsiste haiguste olemasolu)
- patsient on juba hästi jälgitud
- patsient on jälgimisel mujal (eriarsti juures)
- patsient on ettearvamatu ning on seeläbi turvariskiks perearsti meeskonnale
- patsient on sattunud nimekirja kodeerimisvea tõttu (st tal ei ole kõnealuseid kroonilisi haiguseid)

Nimekirja on võimalik on lisada kroonilisi haigeid, kes ei ole nimekirjas, kuid kel on vähemalt üks peamisse kaasamiskriteeriumite rühma kuuluv krooniline haigus ning kes meeskonna hinnangul võiksid riskipõhisest ravijuhtimisest kasu saada. Selliselt lisatud patsientide puhul tuleb samuti patsiente hinnata nagu kirjeldatud eespool.

Samuti palume **lisada** oma nimistust **kroonilise haiguse riskis olevaid** patsiente, kellel kinnitatud diagnoosi veel ei ole. Riskitegurid võivad olla näiteks korduval mõõtmisel piiripealne veresuhkru või kolesterooli tase, kõrge KMI jm teadaolevad riskitegurid, mille kontrolli all hoidmine aitaks haiguse teket kas ära hoida või edasi lükata.

Patsientide välistamise ja lisamise otsuste tegemiseks ei ole vaja vaadata läbi patsiendi andmeid/ravilugu/muid patsiendi kohta tehtud märkmeid (va erandlikud juhtumid, kui patsient on perearstile uus). See samm keskendub kliinilisele intuitsioonile.

Nõuanded kliinilisel intuitsioonil põhineva valikuprotsessi jaoks:

Sotsiaalsed tegurid, nt: puue, madal sissetulek, töötus; toetusvajaduse astmete hindamise tulemused vahemikus 1-2 (vt Lisa 4).

Käitumistegur

Mõned/kõik retseptid täitmata -> võib viidata raviskeemist kinni mitte pidamisele.

Tabel 1. Rahvusvaheline kogemus ja saadud õppetunnid ravi juhtimise programmide kasutamisel aitavad tagada teie valikuprotsessi edukuse. Järgnevalt on toodud mõned soovitusel, mida silmas pidada:

<p>Eelarvamused ja oletused</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Olge teadlikult ettevaatlikud oletuste osas, et teatud patsiendid ei saa programmist kasu või ei soovi olla programmi kaasatud (nt mitme kroonilise haigusega patsiendid). - Hoiduge eelarvamustest: püüdke mitte välistada patsiente, kellel on tervishoiuteenuste osutajatesse negatiivne suhtumine, kui nende välistamiseks ei ole mõjuvat põhjust. - Ilmsete sotsiaalsete riskidega patsiente tuleks programmi pigem kaasata, välja arvatud juhul, kui nende välistamiseks on olemas mõni väga oluline põhjus. - Ravi juhtimise programmid toovad sageli kasu varasemalt perearsti vähem külastanud patsientidele - näiteks varasemalt ravi suunistest mitte kinni pidanud, väheste terviseteadmistega või osalemishuvi mitte üles näidanud patsientidele. <p>Tegelikult võivad just nemad programmist enim kasu saada.</p>
---------------------------------	--

Praksise võimekuse arvestamine	<ul style="list-style-type: none"> - Kui patsiendi haigusseisund on väga raske, kuid on tõenäoline, et patsiendile on ravi juhtimise programm kasulik, tuleks ta programmiga liita; kui hindate, et patsient ravi juhtimisest tõenäoliselt kasu ei saa, pole teda vaja programmiga liita. - Juhul, kui teie hinnangul oleks teatud patsientidel ravijuhtimisest kasu, tuleks arvestada ka teie ravimeeskonna koosseisu, muude tervishoiuteenuse osutajate kättesaadavust, teie perearstikeskuse võimekust jne.
Olemasolevate toetussüsteemidega arvestamine	<ul style="list-style-type: none"> - Juba toimivad suhted teiste teenusepakkujatega nagu näiteks eriarstide (nt onkoloog), erasektori või hooldusteenuse pakkujatega (hooldekodud, toetatud elamise teenus) võivad viidata, et ravijuhtimise rakendamisest ei tule lisakasu. - Isoleeritud patsiendid võivad pigem saada kasu ennetavast proaktiivsest suhtlusest: pere toetuse puudus võib piirata nende võimet tervishoiusüsteemis orienteeruda.
Ohutuskaalutlused	Välistage patsiendid, kes tõenäoliselt kujutavad turvariski perearsti meeskonnale.

4. RISKIPÕHISE RAVI JUHTIMISE ALUSTAMINE JA LÄBIVIIMINE

Kui teie perearstikeskus on varasemalt osalenud riskipõhise ravijuhtimise programmis, vahepeal katkestanud ning soovite taas jätkata, siis teile kehtivad samad juhendid ja tingimused. Riskipõhise ravijuhtimise baaskoolituse taasläbimine ei ole kohustuslik.

4.1 Patsientide kaasamine projekti

Soovitavalt koostage tegevuskava patsientide kaasamiseks. Patsiendi kaasamisel riskipõhise ravijuhtimise projekti ei ole vaja allkirjastada kirjalikku nõusolekut, sest tegemist on tavapärase tervishoiuteenuse osutamisega (sh raviplaani koostamisega), kuid patsiendile lähtuvalt kõrgendatud terviseriskist pakutakse rohkem toetust. Kalendriaasta jooksul kaasatakse 25 riskipatsienti.

4.2 Riskipõhise ravijuhtimise programmi läbiviimine

Igale riskipõhise ravijuhtimise patsiendile koostatakse raviplaani jälgides käesoleva juhendi lisas 3 esitatud soovitusi ja seejärel nõustatakse patsienti Joonisel 1 on kirjeldatud riskipõhise ravijuhtimise programmi läbiviimine.

Enne patsiendi tulekut arutage meeskondlikult läbi patsiendi tervise seisund kasutades tervise infosüsteemi, retseptikeskuse ja oma programmi andmeid. Koostage eeltäidetud raviplaani. Patsiendile raviplaani koostamisel lähtuge lisas 3 esitatud soovitustest. Patsiendi nõustatakse ja toetatakse tema raviplaani tegevuste osas vähemalt kord kvartalis ja vajadusel kutsutakse patsient vastuvõtule. Kui selgub, et patsient on külastanud erakorralise meditsiini osakonda, siis vajadusel kutsutakse patsient perearsti või pereõe vastuvõtule.

4.3 Kodeerimise põhimõtted

Tegevuse kodeerimisel lähtutakse üldarstiabi lepingu lisast 2 (kättesaadav: <https://www.tervisekassa.ee/partnerile/raviasutusele/perearstile/lepingud>) ja alljärgnevates koodidest:

- **5092A** - riskipatsiendile raviplaani koostamine;
- **5095A** - riskipatsiendiga järelvisiit koos raviplaani ülevaatusena;

Riskipatsientidele tervishoiuteenuse osutamisel lähtutakse otsustustoe soovitudest ning ravijuhendites sätestatud uuringutest/analüüsides. Lisaks eelnevale on kokkulepitud perearstide kvaliteedisüsteemis ravijuhenditest lähtuvad uuringud/analüüsid.

Perearstide kvaliteedisüsteemi raames tehtavate uuringute kodeerimise põhimõtted on kirjeldatud käesoleva dokumendi tabelis 2.

Tabel 2. Perearstide kvaliteedisüsteemi raames tehtavate uuringute kodeerimispõhimõtted

Sihtrühm/ Tegevus	DIABEET	HYP1_79	HYP1_80	HYP2_79	HYP2_80	HYP3_79	HYP3_80	THYREO
66118	12							
66102	12			12	12	12	12	
66104	12	36		12		12		
66105	36			12		12		
66117/66102	12			12	12	12	12	
9044/9061	12	12	12	12	12	12	12	
66101/6118		36	36	12	12	12	12	
6361/6362				36	36			
66706								12

4.4 Ravijuhtimise meeskonna koosolekud

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

Ravijuhtimise koosolekud peaksid sisaldama järgmisi teemasid:

- Arutelu projekti seisust (sh palju patsiente on kaasatud ja keda on plaanis lähiajal kaasata).
- Arutelud patsientide üle, kes mingil põhjusel teevad meeskonnale muret (muutused tervislikus seisundis, sotsiaalsed probleemid, patsiendiga ei saa kontakti jne).
- Arutelud hiljuti erakorralise meditsiini osakonda külistanud patsientide üle, et veenduda, kas nende jaoks on olemas edaspidine jälgimise kava ja planeeritud perearsti visiit.
- Arutelud, millised patsiendid vajavad raviplaani uuendamist ja kuidas ning kes seda teeb.
- Arutelud, kellest on vaja teatada KOV-i ja /või suunata eriarsti juurde ja kes koostab

suunamise/saatekirja.

Lisa 1. Riskipõhise ravijuhtimise programmi perearstimeeskonna ülesannete loetelu

- Perearstikeskuse meeskond koostab riskipatsientide nimekirja kasutades selleks intuitsiooni või riskipatsientide nimekirja MISP2 programmis.
- Perearstikeskuse meeskond koostab riskipatsientide käsitluseks tegevusplaani.
- Perearstikeskuse meeskond määratleb ravimeeskonnas selged rollid ja planeerib regulaarsed kohtumised riskipatsientidega.
- Perearst või pereõde koostab kõigile riskipatsientidele kvaliteetse raviplaani, mis hõlmab muuhulgas patsiendi vajadusi (sh. ka sotsiaalseid vajadusi), patsiendi tervise mõõdetavaid eesmärke, tegevusplaani eesmärkide saavutamiseks, patsiendi ja tema lähedas(t)e kontaktandmeid ja perearsti/-õe/-keskuse kontaktandmeid.
- Perearst või pereõde koostab raviplaani koos riskipatsiendiga. Sama visiidi käigus planeeritakse ka järgmine visiit ja/või kontakt.
- Kui pereõde koostab riskipatsiendile raviplaani ja viib läbi esimese visiidi, siis perearst peab raviplaani valideerima.
- Perearstikeskuse meeskond kaasab ühe kalendriaasta jooksul vähemalt **25 riskipatsienti** riskipõhise ravijuhtimise programmi.
- Perearstikeskuse meeskond viib kalendriaasta jooksul läbi **3 järelvisiiti koos raviplaani ülevaatusega**, mis võib olla ka telefonikontakt/videoviisiit.
- Perearstil tuleb raviplaani sisestada tellija poolt ettenähtud tarkvara programmis raviplaani vormi täitmise kaudu.
- Perearstikeskuse meeskond loob vajadusel ja võimaluste piires kontakti kohalike omavalitsuste sotsiaaltöötajatega.
- Perearstikeskuse meeskond jälgib riskipatsientide ravimite väljaostmist digireseptikeskuse andmete põhjal.
- Perearstikeskuse meeskond vastab tellija poolt koostatud küsimustikele ja teeb koostööd riskipõhise ravijuhtimise koordinaatoriga.
- Riskipõhise ravijuhtimise teenuse osutamiseks on kohustuslik osaleda riskipõhise ravijuhtimise koolitustel ja seminaridel.
- Perearst või pereõde dokumenteerib tegevusi kasutades üldarstiabi rahastamise lepingu lisas 2 kokkulepitud koode ning muid koode, mis on riskipõhise ravijuhtimise materjalides kirjeldatud.
- Perearstikeskuse meeskond jälgib riskipõhise ravijuhtimise programmi rakendamisel juhendmaterjale, mis on avaldatud Tervisekassa kodulehel.

- Muud riskipatsiendi käsitlemisega seotud vajalikud tegevused, mis on osapoolte vahel kokkulepitud.

Lisa 2. Meeskonnatöö krooniliste haigete jälgimisel

Sissejuhatus

Perearstikeskuse meeskonna igapäevasest töökoormusest moodustab üha suurema osa töö krooniliste haigustega inimestega. Kroonilised haiged ning krooniliste haiguste riskigruppidesse kuuluvad inimesed vajavad järjepidevat koostööd perearstikeskuse spetsialistidega. Krooniliste haiguste ägenemise ennetamine ja haiguse enda ennetamine sõltub suurel määral patsiendi ja perearstikeskuse vahelisest efektiivsest suhtlemisest, ravi planeerimisest ja järelevalvest.

Terviseriske kaardistades ja tervisenäitajaid jälgides on võimalik ennetada haigestumist või krooniliste haiguste korral ennetada tüsistusi. Kui patsiendil on konkreetne raviplaan ehk terviseplaan tema personaalsete eesmärkide ja tegevustega, motiveerib see inimest rohkem panustama oma tervisega tegelemisse.

Käesolev juhend annab ülevaate perearstikeskuste tööst krooniliste haigetega.

Krooniliste haigete jälgimine

Krooniliste haigustega patsientide jälgimine ja ravi on üks osa perearstikeskuse tööst.

Igal perearstil on 1 või rohkem pereõdesid. Kui pereõdesid on rohkem kui üks, siis on soovitatav riskipatsientide nimekirjas olevad patsiendid jaotada pereõdede vahel. Erinevate haiguste jälgimiseks on Tervisekassa poolt välja antud ravijuhised.

Kui patsiendil on kinnitatud krooniline haigus, koostatakse talle perearsti rakenduses raviplaan, antud plaan trükitakse välja ja antakse patsiendile visiidil kaasa.

Raviplaan koosneb:

- 1) Tervisenäitajad (näitaja nimetus, individuaalne eesmärk, väärtus)
- 2) Haigused (haiguse nimetus, kood)
- 3) Ravimid (ravimi nimetus, toimeaine, annustamine, haigus, märkus)
- 4) Nõuanne ja tegevuskava (edasine ravi, elustiili- ja toitumisalased nõuanded, individuaalsed eesmärgid)

Regulaarsete jälgimiste käigus raviplaan korrigeeritakse ja täiendatakse.

Pereõe tegevused nimekirjas oleva riskipatsiendiga:

- Pereõde kontrollib nimekirjas oleva patsiendi andmeid - isiku kohta kontrollitakse perearsti/õe visiite, teostatud uuringuid ja analüüse, ravimeid, samuti kas on olnud statsionaarset ravi või EMOSse ja eriarsti poole pöördumisi.

- Kontrollib ravijuhendi järgi, mis toiminguid, analüüse või uuringuid on antud haiguse (haigustega) patsiendil vaja teostada.
- Vajadusel konsulteerib arstiga ja koostab plaanile vastavad uuringute saatekirjad ning kontakteerub patsiendiga analüüside ja uuringute läbiviimise kokkuleppimiseks ning vajadusel visiidiaja määramiseks. Sageli palutakse patsiendil kodus teostada mõõtmisi (näiteks vererõhu mõõtmiste registreerimine kindla ajaperioodi jooksul).
- Kui patsient on analüüsid/uuringud läbinud ja ta tuleb visiidile, vaadatakse koos patsiendiga üle tema tervisenäitajad, uuritakse enesetunde ja probleemide kohta. Iga visiit lõpeb otsusega, millal on järgmine pöördumine. Kas patsiendiga tegeleb arst või pereõde, sõltub patsiendi probleemi keerukusest. Vastuvõtu perearstikeskuses võib ka asendada telefonikonsultatsiooni või e-maili/ või muu kanali läbi suhtluse.
- Kui pereõde suunab patsiendi uuringutele, siis sama pereõde jälgib uuringute tulemusi ja jagab infot vajadusel perearstiga ning tagasisidestab ka patsienti.

Perearsti tegevused nimekirjas oleva riskipatsiendiga:

- Pereõde nõustamine
- Patsiendi ülevaatus ja nõustamine ning vajadusel raviplaani korrigeerimine, sh muudatused ravimites.
- Täiendavate uuringute ja analüüside määramine, vajadusel eriarstile või spetsialistile suunamine (kardioloog, endokrinoloog, toitumisterapeut, psühholoog, füsioterapeut jne)
- Perearstid suunates patsienti e-konsultatsioonile või uuringutele, siis perearst jälgib vastuste laekumist ja tagasisidestab patsienti.

Lisa 3. Raviplaani väljatöötamine

Raviplaaniid on aidanud parandada patsientide tervisetulemeid, suurendada patsientide eneseabi võimekust ja vähendada tervishoiuteenuste kasutamist ning on ravijuhtimise projektis kesksel kohal.

Raviplaani on patsientide ravisse kaasamise ja aktiveerimise vahend. Seda kasutatakse sageli patsiendi tervisevajaduste ja ravieesmärkide koordineerimiseks. Raviplaani peaks olema lühike ja lihtne dokument, kus on kirjeldatud patsiendi ravi eesmärgid, raviplaani, enesejuhtimise tegevused ja ravi koordineerimise kavad.

Kuna raviplaan on mõeldud kasutamiseks nii ravimeeskonnale kui ka patsiendile, peab see olema kirjutatud patsiendisõbralikus keeles, ning raviplaanis eesmärkide seadmisel peab olema arvestatud nii patsiendi kui tervishoiuteenuse osutaja prioriteete.

Kuidas raviplaani luua?

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

- Korraldage patsiendiga kohtumine. **Enne kohtumise korraldamist öelge patsiendile, et ta mõtleks enne visiidile tulekut, mida ta soovib ise aasta jooksul oma tervise osas saavutada.**
- Selgitage patsiendile raviplaani eesmärki: on oluline, et patsient saaks aru, et see dokument on mõeldud talle endale kasutamiseks ja et ta tunneks ennast selle loomisega seotud olevat.

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

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

Patsientidele suunavate küsimuste esitamisel võite kasutada Grow mudelit Esitage suunavaid küsimusi, näiteks:

TEEMA VALIK

1. Mis on Sulle täna oluline/tähtis?

GOAL. Eesmärgi seadmine: Mida tahad saavutada? (lühike ja pikaajaline eesmärk)

1. Mis on Sinu pikaajaline eesmärk selle teemaga seoses?
2. Kui tähtis on see eesmärk Sulle skaalal 1-10?
3. Mis on Sinu lühiajaline eesmärk selle teema osas?
4. Missugust tulemust Sa sellelt kohtumiselt ootad? Kuidas saan Sind täna kõige paremini aidata?

REALITY- Reaalsus: Mis on praegune olukord?

1. Kuidas kirjeldad oma praegust olukorda?

2. Mis on kõige olulisemad mõjutajad selles olukorras?
3. Keda see olukord veel mõjutab?
4. Mis see olukord Sinu jaoks tähendab?
5. Mida oled juba teinud olukorra lahendamiseks?
6. Kui palju saad ise soovitud lõpptulemust mõjutada?
7. Kes veel ja kuidas nad mõjutavad lõpptulemust?
8. Mis on võtmeküsimus selles olukorras?
9. Missugused ressursid on Sul kasutada (oskused, aeg, isiklik tahe, raha, toetajad, jne)?
10. Mis on praeguses olukorras hästi?

OPTIONS- Võimalused: Millised on Sinu võimalused eesmärgile jõuda?

1. Missuguseid erinevaid võimalusi näed eesmärgile jõudmiseks?
2. Mida veel võiksid teha? Ja veel? Veel?
3. Mis on nende erinevate võimaluste head ja halvad küljed?
4. Missugused neist võimalustest tunduvad kõige tõhusamad, et eesmärgile jõuda? Mis toob parima tulemuse?
5. Tahaksid Sa kuulda minu ettepanekut?
6. Mis neist võimalustest tõmbab Sind kõige rohkem, tundub Sulle parimana?

WILL- Tahe, tegevused: Mida ette võtad?

1. Missuguseid vaheetappe näed liikumisel oma eesmärgile ja missugune on ajagraafik?
2. Missuguse väljakäidud võimalustest tahad ellu viia?
3. Millal seda teed? Millal sa sellega alustad?
4. Mis kriteeriumide ja mõõdikute abil hindad enda õnnestumist?
5. Kas on mingeid sisemisi piiranguid, mis takistavad selle asja teostegemist?
6. Skaalal 1-10, mis on Sinu valmisolek see väljavalitud asi ellu viia/ära teha?
7. Mis peaks juhtuma, et Sinu motivatsioon tõuseks skaalal 10-le lähemale?
8. Millist tuge ja kellelt vajad, et jõuda soovitud lõpptulemuseni?
9. Kas on veel midagi, millest tahad rääkida enne kui lõpetame tänase kohtumise

Analüüsige patsiendi tervisevajadusi, sealhulgas sotsiaalhoolekandelist toetusvajadusi (majapidamis-toimingud, elukeskkond, enese eest hoolitsemine, toidu valmistamine ja söömine, raviplaani järgimine, vaimne heaolu, vaba aeg) ja kaasuvaid haigusi;

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

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

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

Arutage patsiendiga teistele tervishoiuteenustele suunamist, rõhuasetusega sammudel, mida patsient või ravimeeskond peaks enne ja /või pärast haiglaravi või eriarstile suunamist tegema (st patsiendi haiglast väljakirjutamisel perearstikeskusesse helistama)

Leppige kokku patsiendi järgmine kontakt perearstikeskusega.

Lõplik raviplan peaks sisaldama järgmisi elemente:

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

NÄIDISRAVIPLAAN

Pange tähele, et see näide ei ole spetsiaalselt kohandatud seda tüüpi ravijuhtimise projektile, milles teie osalete. See näide on mõeldud lihtsalt kasulike näidetena teile selle kohta, kuidas korralik raviplaani välja näeb. Teile antakse projekti ajal kasutamiseks tegeliku raviplaani vorm.

Näidis I:

	Hea raviplaani on koostatud koos patsiendiga	Hea raviplaani on lihtne ja arusaadav	
Hea raviplaani sisaldab infot raviülekandumise kohta	Patsiendi eesmärgi - patsiendi jaoks ohuline - valida maksimaalselt 3 - sõnastada lühidalt	Ravi vajadus - terviseprobleem patsiendile arusaadavalt - saadav ravi sh ravimite nimekiri - suunised ravimite võtmiseks	Hea raviplaani sisaldab nii palju infot kui vaja ja nii vähe kui võimalik
	Tegevuskava 1. Mida on vaja teha, et saavutada oma eesmärgid 2. Siduda inimese eesmärk kliinilise eesmärgiga 3. NB! õigete ravimite võtmine õigel ajal		
Hea raviplaani aitab patsiendil ise enda haigusega toime tulla	Ravi ülekandumine Kirjelda sammud, mida patsient peaks tegema juhul kui tema tervises seisund halveneb või tekib tema tervises seisundist lähtuvalt sagedane terviseprobleem (nt kõrge vererõhu puhul pearinglus jm). Pange paika järgmise kontakti aeg patsiendiga.	Kontaktid Arsti nimi ja nr Õe nimi ja nr Kuhu pöörduda tööajavälisel ajal: EMO nr Kõrabi nr Nõuande telefon	Hea raviplaani seob isiklikud ja kliinilised eesmärgid
			Hea raviplaani sisaldab ravimite infot patsiendile arusaadaval kujul

RAVIPLAANI TEGELIK NÄIDIS

OÜ Kärda Perearstid
Nuutri 3a Hiiumaa vald 92414

TEL: +372 462 2770
KARDLAPA@KARDLAPA.EE

24h Perearsti
nõuandetelefon
1220

PATSIENT

LÄHEDANE

Raviplan

Viimane perearsti või pereõe visiit: 16.02.2023

JÄRGMINE KONSULTATSIOON:

TERVISENÄITAJAD

TERVISENÄITAJA	INDIVIDUAALNE EESMÄRK	VÄÄRTUS
Vererõhk	120(100-140) / 80(70-90)	136/98 (07.05.2020)
Kehakaal	100	110.000 (07.05.2020)
Kehamassiindeks (KMI)	18.5-25	33.6 (07.05.2020)

HAIGUSED

HAIGUS	KOOD
Puhas hüperkolesteroleemia	E78.0
Hüpertooniatõbi e kõrgvererõhutõbi	I10

RAVIMID

RAVIM	TOIMEAINE	ANNUSTAMINE	HAIGUS	MÄRKUS
	Ramiprilum 5mg 56TK, tablett	1 tablett 1 x päevas	I10	
	Nebivololum 5mg 56TK, tablett	1 tablett 1 x päevas 6 päeva 1/2 tabletti edasi 1 tablett päevas	I10	

NÕUANNE JA TEGEVUSKAVA

Eesmärk: Kaalu langetamine 100 kg peale 3 kuu jooksul.
Tegevuskava:

Helistage 112, kui Te ei saa hingata, tekib tugev äkkvalu või ei saa liigutada kätt, jalga, nägu (ei saa vilistada). Muu erakorralise terviserikke korral pöörduge lähima haigla erakorralise meditsiini osakonda (EMO). Esimesel võimalusel teavitage tekkinud olukorrast perearsti

kardlapa@kardlapa.ee

- 1) Raviskeemi jälgimine (vererõhu igapäevane mõõtmine, ravimite korrapärane võtmine, vererõhu päeviku pidamine)
- 2) Igapäev liigun vähemalt 5000 sammu, hommikul võimlen (kaela ja selja venitused) ja 1-2 nädal jõuharjutused kodus.
- 3) Igapäev söön puu- ja juurvilja (värsket salatid), tarbin mõõdukalt saiakeksi ja maiustusi, söön vähemalt 3 korda päevas (hommikusöök, lõunasöök ja õhtusöök) ning vajadusel 1 vahepala. Üritan pidada toitumispäevik (nutridata.ee)

Kui sattun EMOsse, Haiglasse või kutsun kiirabi, siis võtan ühendust oma perearstiga
Telefon: 4622772

Helistage 112, kui Te ei saa hingata, tekib tugev äkkvalu või ei saa liigutada kätt, jalga, nägu (ei saa vilistada). Muu erakorralise terviserikke korral pöörduge lähima haigla erakorralise meditsiini osakonda (EMO). Esimesel võimalusel teavitage tekkinud olukorrast perearsti

kardlapa@kardlapa.ee

RAVIPLAANI KOOSTAMISE JUHEND MEDISOFT PROGRAMMIS

1. Samm I

Kirjuta märkuste lahtrisse, et patsient on kaasatud riskipõhise ravijuhtimise projekti.

2. Samm II

Ava menüüribal raviplaani koostamine ja kontrolli üle patsiendi kontaktandmed ning lisa kontaktisik.

The screenshot displays a patient's profile in the Medisoft system. The top section contains personal data: Eesnimi: TIIA, Sünniaeg: 19.10.1969, Sugu: N, Surmaaeg:, Rahvus: (dropdown), Sünnikaal: g, Teavitus: SMS E-post. Below this is the contact information: Mobiiltelefon: (input), Muud telefonid: (input), E-post: @gmail.com. To the right, registration details are shown: REG. PÕHJUS: esmakordne, REG. KUUPÄEV: 25.09.2000, and VÄLJA REG. KUUPÄEV: (input). A 'Kontrollitud' button is visible. Below the main form, there are two sections for 'ELUKOHT' (Residence): 'HK-JÄRGNE ELUKOHT' and 'TEGELIK ELUKOHT'. Both sections have fields for Riik (EST/EESTI), Postiindeks, and Vald (HAABERSTI, Harju maakond). The 'Tegev' section shows the address: Kemu v. Muusika k. Below these are tabs for 'Haridus', 'Veregrupp', 'Ekspertisid', 'Kontaktisik', 'Info', and 'Broneeringud'. At the bottom, a table lists contact persons with columns: Seos patsiendiga, Isikukood, Perekonnanimi, Eesnimi, Telefon, Mobiil nr, and E-post.

3. Samm III

Lisa raviplaani patsiendi elukvaliteeti oluliselt mõjutavad haigusseisundid.

3.1 Päri andmeid terviseinfosüsteemist

The screenshot shows a dialog box for importing data from a health information system. The dialog has a title bar with a close button (X). Inside, there is a checked checkbox labeled 'Päri TIS diagnoose alates', a date dropdown menu set to '25.02.2020', and an 'Edasi' button with a right-pointing arrow. Below the dialog, a table header is visible with columns: imeaine, Annustamine, Haigus, and Märkus.

3.2 Vali patsiendi elukvaliteeti oluliselt mõjutavad haigusseisundid

Valitud	Kood	Kor.	Nimetus
<input checked="" type="checkbox"/>	J32.4	-	Krooniline pansinu[s]iit
<input type="checkbox"/>	Z12.3	+	Kutse rinnanäärme kasvaja avastamise sõeluuringus osalemiseks
<input checked="" type="checkbox"/>	E66.0	-	Liigsete kalorite põhjustatud rasvumus
<input type="checkbox"/>	J01.0	-	Äge ülalõuaurkepõletik e maksillaarsinu[s]iit e haimoriit
<input type="checkbox"/>	Z25.1	+	Immuniseerimise vajadus gripi vastu
<input type="checkbox"/>	H10	-	Konjunktiviit e sidekestapõletik
<input type="checkbox"/>	K04.0	+	Pulpiit e säsipõletik
<input type="checkbox"/>	K05.3	+	Krooniline perikoroniiit
<input type="checkbox"/>	J02	+	Äge farüngiit e neelupõletik
<input type="checkbox"/>	J01	-	Äge sinuiit e ninakõrvalurkepõletik
<input type="checkbox"/>	N92.6	+	Rohke, sage ja korratu menstruaatsioon, täpsustamata ebaregulaarne menstruaatsioon
<input type="checkbox"/>	N92.5	-	Muu täpsustatud ebaregulaarne menstruaatsioon
<input type="checkbox"/>	E66	-	Rasvumus
<input type="checkbox"/>	Z12.4	+	Eri-sõeluuring emakakaela kasvaja avastamiseks
<input type="checkbox"/>	N60.8	-	Rinna muu healoomuline düsplaasia
<input type="checkbox"/>	J03	-	Äge suulae- e kurgumandlipõletik e tonsilliit (angiin)
<input type="checkbox"/>	B37	-	Kandidaas
<input checked="" type="checkbox"/>	M06	-	Muud reumatoidartriidid
<input type="checkbox"/>	Z24.1	-	Immuniseerimise vajadus lüljalgselvitava viirussefaliidi vastu
<input type="checkbox"/>	F41.2	-	Depressiooniga ärevus (segatüüpi)
<input type="checkbox"/>	K29	+	Gastriit ja duodeniit e mao- ja kaksteistsõrmikupõletik
<input type="checkbox"/>	U61.0	+	Väikeste suulõuapõletike

4. Samm IV

Lisa patsiendi objektiivse leiu andmed.

Tervisenäitaja: Tervisenäitaja sisaldab:

Valitud	Tervisenäitaja	Väärtus
<input type="checkbox"/>	Vererõhk parem käsi	118/80 (21.01.2021)
<input type="checkbox"/>	Vererõhk vasak käsi	
<input type="checkbox"/>	Kehakaal	63 (21.01.2021)
<input type="checkbox"/>	Kehamassiindeks (KMI)	22.9 (21.01.2021)
<input type="checkbox"/>	Vööümbermõõt	

5. Samm V

Lisa patsiendi ravimid – nii preparaati kui ka toimeaine. Vajadusel lisa loetellu ka mitte retseptiga väljastatavaid ravimeid.

Olek väärtused: Koostamisel Soodustus küsitud Paberretsept

PATSIENDI KÕIK RETSEPTID alates 26.02.2020 kuni 25.02.2021

Valik	Olek	Toimeaine	Ravimpreparaat	Kuup...	Kehtib k...	Kehtivus	Diagnoos	Kok
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Gabapentium, 300mg		23.02.2021	23.04.2021	4 %	G56.0 ?	50 T
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pseudoephedrinum+Loratadinum, 24	CLARINASE	21.02.2021	21.04.2021	7 %	J01.0 ?	28 T
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Fluticasonium+Azelaastinum, 50mcg+		21.02.2021	20.06.2021	3 %	J32.4 ?	2 TK
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Semaglutidum, 1mg 1annuses	OZEMPIC	17.11.2020	15.01.2021	100 %	E66.0 ?	1 TK
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Zolpidemum, 10mg	ZOLPIDEM SAN	17.11.2020	15.01.2021	100 %	F51 ?	40 T
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ibuprofenum, 600mg	IBUMETIN	17.11.2020	15.01.2021	100 %	M05 ?	100
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Methotrexatum, 2,5mg		17.11.2020	15.05.2021	56 %	M05 ?	100
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Acidum folicum, 5mg	ACIDUM FOLICI	23.07.2020	20.09.2020	100 %	M05 ?	30 T
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pregabalinum, 75mg	PRAGIOLA	29.05.2020	27.07.2020	100 %	G56.0 ?	56 T
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Glucosaminum, 400mg	GLUCOSAMINE	13.05.2020	07.11.2020	100 %	M05 ?	180
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dexamethasonum, 1mg 1ml	MAXIDEX	13.05.2020	11.07.2020	100 %	H10 ?	1 TK
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	klindamütsiin	DALACIN C	29.03.2020	27.05.2020	100 %		?
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	kodeiin+paratsetamool	PARACETAMOL	29.03.2020	27.05.2020	100 %		?
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Azithromycinum, 500mg	AZITROX 500 M	11.03.2020	09.05.2020	100 %	J01 ?	6 TK

1. rida 27-st

HEA RAVIPLAANI KOOSTAMISE 7 SAMMU

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

SITUATSIOONINÄITED

Kõik eesmärgid ja tegevused peaks eelkõige kõnetama patsienti ennast ja soovituslikult võiks lahendusi välja pakkuda tema ise. Need näited on abiks suunamisel. Eesmäärke ja tegevusi võiks olla mitte üle 3 korraga.

PROBLEEM	EESMÄRGID	TEGEVUSED
Suitsetamine (nt suitsetab pakk päevas)	1.Loobun suitsetamisest poole aasta jooksul (pikaajaline eesmärk) 2.Suitsetan järgmise kuu jooksul veerand pakki vähem (lühiajaline eesmärk)	1.Kasutan nikotiiniplaastrit suitsetamise asemel 2.Kui tekib tugev suitsunälg, joon sidrunivett 3.Teavitan lähedasi, et soovin suitsetamist maha jätta (pere tugi)
Ülekaal	1.Langetan kaalu x kg poole aasta jooksul 2.Langetan kaalu x kg 1 kuu jooksul 3.Saan liikuda ilma, et tekiks	1.Hakkan käima uuesti ujumas 3x nädalas vähemalt 45min 2.Koostame koos toitumisnõustajaga

	tugev hingeldus	toitumisplaani (kui on võimalik) 3.Palun perel mitte magusaid näkse enam tuua mulle
Ravimite ebaregulaarne võtmine	1.Vererõhu normaliseerumine	1.Panen eelmisel õhtul järgmise päeva ravimid valmis, et ei ununeks 2.Võtan menüüst välja poolfabrikaadid, sest need sisaldavad palju rasva ja soola
Kõrge kolesterool	1.Kolesterooli tase normi piiresse saada 2.Muudan elustiili, et ei peaks hakkama võtma statiine	1.Vähendan loomseid rasvu sisaldavaid toiduaineid ja kasutan selle asemel mõõdukalt häid rasvu (pähklid, avokaado, oliivõli jne) 2.Sisestan 2 nädala jooksul iga päev tarbitud toidu Nutridata toidupäevikusse, et paremini mõista, kui palju tegelikult tarbin erinevaid toitaineid 3.Lähme koeraga pikematele ringidele (tempokas liikumine vähemalt 3x45min nädalas)

Lisa 4. Sotsiaalhoolekandeline toetusvajaduse hindamine

Toetusvajaduse hindamise eesmärk on tuvastada inimese üldine õigustatus ja vajadus sotsiaalhoolekandelist abimeetmete järele. Toetusvajadust hinnates on esmalt oluline uurida, millised on inimese sotsiaalsed suhted, kes on lähedased inimesed või spetsialistid, kes tänasel hetkel toetust pakuvad. Toetusvajadust hinnatakse erinevates eluvaldkondades skaalal 0-4.

Üldised põhimõtted toetusvajaduse astme ja sobiva sotsiaalhoolekande abimeetme valikul on järgmised:

- toetusvajaduse aste on 0, inimene saab iseseisvalt hakkama ning ei vaja sotsiaalhoolekandelist abimeetmeid;
- toetusvajaduse astmed jäävad vahemikku 1-2, inimene võib vajada toetavad sotsiaalhoolekandelist abimeetmed, mis ei ole ööpäevaringset tegevust nõudvad;
- toetusvajaduse astmed jäävad vahemikku 3-4, inimene vajab igapäevaselt abi või isegi ööpäevaringseid sotsiaalhoolekandelist abimeetmeid.

Hinda inimese toetusvajadust hindamise skaala järgi 0-4 ning vastavalt hindamistulemusele märgi isiku toetusvajadus (0-iseseisev, 1-madal toetusvajadus, 2-keskmine toetusvajadus, 3 kõrge toetusvajadus, 4 äärmuslik toetusvajadus). (Kasuta eelpool saadud andmeid.)

Isiku kontaktandmed _____

	Iseseisev 0	Madal toetusvajadus 1	Keskmine toetusvajadus 2	Kõrge toetusvajadus 3	Äärmuslik toetusvajadus 4	Märkused
Majapidamis- Toimingud						
Elukeskkond						
Enese eest hoolitsemine						
Toidu valmistamine ja söömine						
Raviplaani järgimine						
Vaimne heaolu						
Vaba aeg						
Hindamistulemus on.....	Isiku toetusvajadus täiendavate sotsiaalteenuste osas					
	toetusvajadus					

Hindamise kuupäev _____

Näide

Mari MAASIKAS, 4580XXXXXX

	Iseseisev 0	Madal toetusvajadus 1	Keskmine toetusvajadus 2	Kõrge toetusvajadus 3	Äärmuslik toetusvajadus 4	Märkused
Majapidamis- Toimingud			X			
Elukeskkond			X			
Enese eest hoolitsemine				X		Vajab abi enesehooldus ega seotud toimingutega
Toidu valmistamine ja söömine				X		
Raviplaani järgimine				X		Vajab abi raiplaani järgimisega
Vaimne heaolu				X		
Vaba aeg			X			
Hindamistulemus on.....3...						Isiku toetusvajadus täiendavate sotsiaalteenuste osas kõrge toetusvajadus

Hindamise kuupäev: 02.03.2021

Sotsiaalhoolekandelse toetusvajaduse hindamise küsimustiku täitmise juhend

Toetusvajaduse astmed ja kirjeldus

Aste	Toetusvajadus	Toimetulek
0	Iseseisev	Ei vaja toetust.
1	Madal toetusvajadus	Toimetulek kergelt häiritud. Vajab meeldetuletust ja nõustamist.
2	Keskmine toetusvajadus	Toimetulek mõõdukalt häiritud. Vajab regulaarset (1-4 korda nädalas) juhendamist ja abi.
3	Kõrge toetusvajadus	Toimetulek raskelt häiritud. Vajab igapäevaselt kõrvalabi ja toetust.
4	Äärmuslik toetusvajadus	Võimetu toime tulema või tegelema. Vajab püsivalt hooldust ja/või järelevalvet ja tegevuste üle võtmist teise isiku poolt.

Igapäevaelu toimingute valdkonnad ja abistavad küsimused

I Majapidamistoimingud (hindamise skaala 0-4)

Kas inimene saab iseseisvalt hakkama majapidamistoimingutega või vajab selleks abi (nt koristamine, pesupesemine, nõude pesemine, kütmine jms)?

Iseseisev	Madal toetusvajadus	Keskmine toetusvajadus	Kõrge toetusvajadus	Äärmuslik toetusvajadus
-----------	---------------------	------------------------	---------------------	-------------------------

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

II Elukeskkond (hindamise skaala 0-4)

Kas inimene tuleb toime tänases elukeskkonnas või vajab abi selles osas (nt uue eluruumi vajadus, eluruumi kohandamine, vajalikud abivahendid enese eest hoolitsemiseks jms)?

Iseseisev	Madal toetusvajadus	Keskmine toetusvajadus	Kõrge toetusvajadus	Äärmuslik toetusvajadus
0	1	2	3	4

III Enese eest hoolitsemine (hindamise skaala 0-4)

Kas inimene on võimeline iseseisvalt teostama enesehooldusega seotud toiminguid või vajab selleks abi (sh enda pesemine, tualeti kasutamine, riietumine kodus ja riietumine vastavalt ilmastikule)?

Iseseisev	Madal toetusvajadus	Keskmine toetusvajadus	Kõrge toetusvajadus	Äärmuslik toetusvajadus
0	1	2	3	4

IV Toidu valmistamine ja söömine (hindamise skaala 0-4)

Kas inimene suudab iseseisvalt toitu valmistada ning teha sellega seotud tegevusi (sh toidu hankimine poest, toidu valmistamine, toidu soojendamine) või vajab selleks abi? Kas inimene suudab iseseisvalt süüa või vajab selleks abi?

Iseseisev	Madal toetusvajadus	Keskmine toetusvajadus	Kõrge toetusvajadus	Äärmuslik toetusvajadus
0	1	2	3	4

V Raviplaani järgimine (hindamise skaala 0-4)

Kas inimene on haigusteadlik, suudab järgida raviplaani ning muretseda iseseisvalt vajalikud ravimid või vajab selleks abi?

Iseseisev	Madal toetusvajadus	Keskmine toetusvajadus	Kõrge toetusvajadus	Äärmuslik toetusvajadus
0	1	2	3	4

VI Vaimne heaolu (hindamise skaala 0-4)

Kas inimene vajab teiste inimeste/spetsialistide abi ja toetust, et toime tulla nt üksilduse, motivatsioonilanguse, sõltuvuse, väärkohtlemise, traagilise õnnetuse/elusündmuse tagajärgede vms-ga?

Iseseisev	Madal toetusvajadus	Keskmine toetusvajadus	Kõrge toetusvajadus	Äärmuslik toetusvajadus
0	1	2	3	4

VII Vaba aeg (hindamise skaala 0-4)

Kas inimene suudab osaleda ühiskonnaelus ja väljapool kodu erinevates tegevustes, võtta osa üritustest, tegeleda meelepärase huvitegevustega või vajab ta selleks abi?

Iseseisev	Madal toetusvajadus	Keskmine toetusvajadus	Kõrge toetusvajadus	Äärmuslik toetusvajadus
0	1	2	3	4

Küsimuste korral palun võtke ühendust ravijuhtimine@tervisekassa.ee .