



# Perearsti pilootprojekt

15.06.2018

Külli Friedemann

Esmatasandi paketi arenduse talituse juht



Eesti  
Haigekassa

# Eesti ravi juhtimise pilootprojekt

S.o krooniliste (keerukate, kõrgenenud ravivajadusega) haigete **jälgimissüsteem**

*Eesmärgiks:*

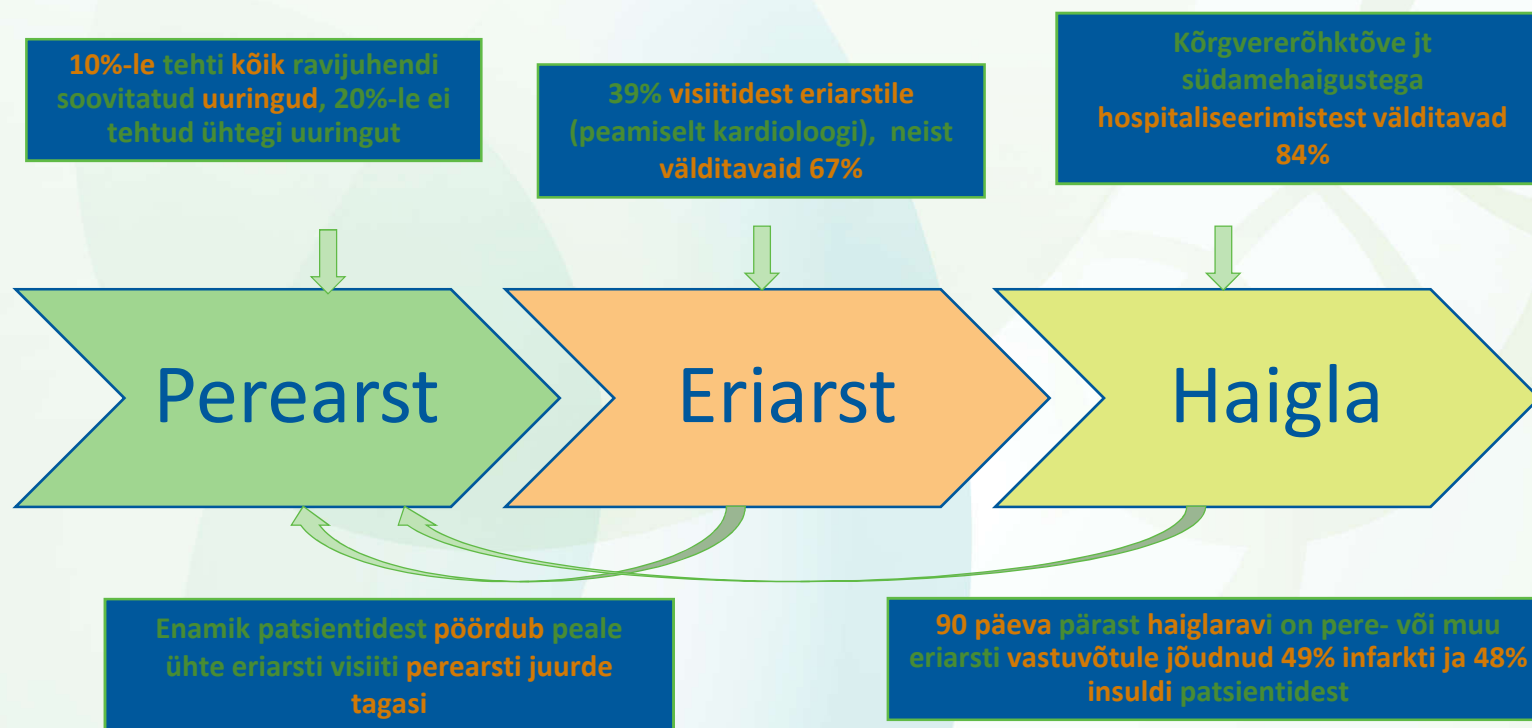
- Ennetada patsientide haiguste ägenemist
- Parandada tervisetulemeid
- Minimaliseerida haiglaravile sattumist (koostöö eriarstiabiga)
- Toetada sotsiaal- ja tervishoiusüsteemi omavahelist koostööd
- Vähendada vajadust tervishoiuteenuste kasutamiseks

# Maailmapanga analüüs 2014–2015

- Suurt osa statsionaarsest aktiivravist saaks vältida, juhtides ravi esmatasandil.
- Suurt osa eriarstivisiitidest saaks vältida.
- Diabeedi ja kõrgvererõhktõbe patsiendid saavad liiga vähe ennetavaid teenuseid.
- Patsiendid välistavad sageli esmatasandi arstiabi ja pöörduvad kohe eriarsti poole, ehkki eriarstide külastamine ei parandanud oluliselt krooniliste haiguste ravi tulemust.
- Ravi koordineerimises esineb probleeme kõikidel arstiabi tasanditel enne ja pärast statsionaarset haiglaravi, mida näitab esmatasandi teenuseosutajate tehtavate tarbetute operatsioonieelsete uuringute märkimisväärne hulk ja puudulik jätkuravi.
- Paljud neist tulemustest erinesid oluliselt ka konkreetsete patsientide / rahvastikurühmade lõikes (nt välditavate hospitaliseerimiste arv oli suurem vaeste, meeste, maapiirkondade elanike ja depressiooni põdevate patsientide seas).

*Allikas: Eesti ravi juhtimise pilootprojekti 2017. a hindamisaruanne*

# Kõrgvererõhktõve\* patsiendi teekond



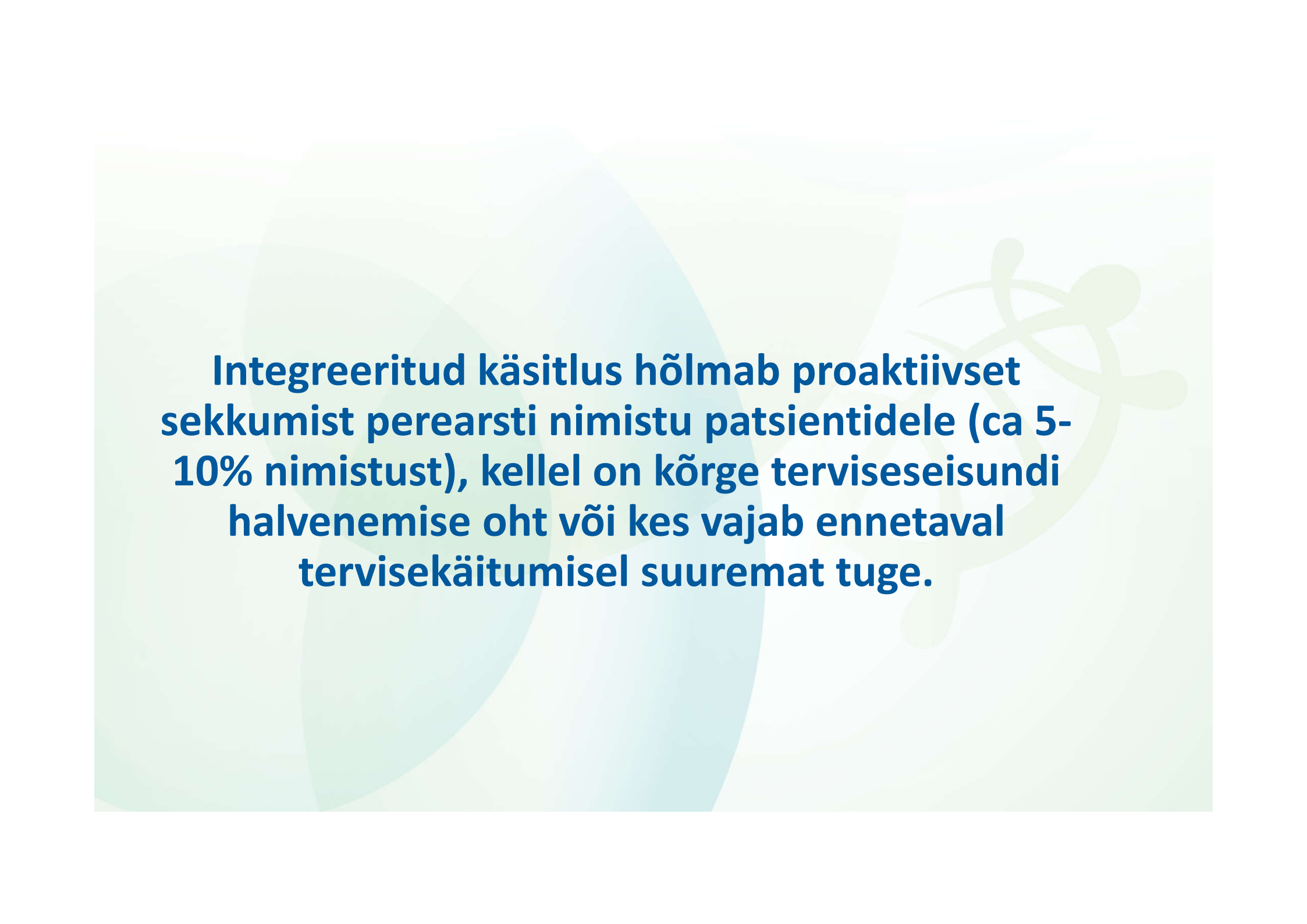
\*Aastas 5 arstiviisi keskmisest rohkem

Allikas: Ravi terviklik käsitus ja osapoolte koostöö Eesti tervishoiusüsteemis. Maailmapank (2015)

Kaija Kasekamp ettekanne 25.01.2018.a.

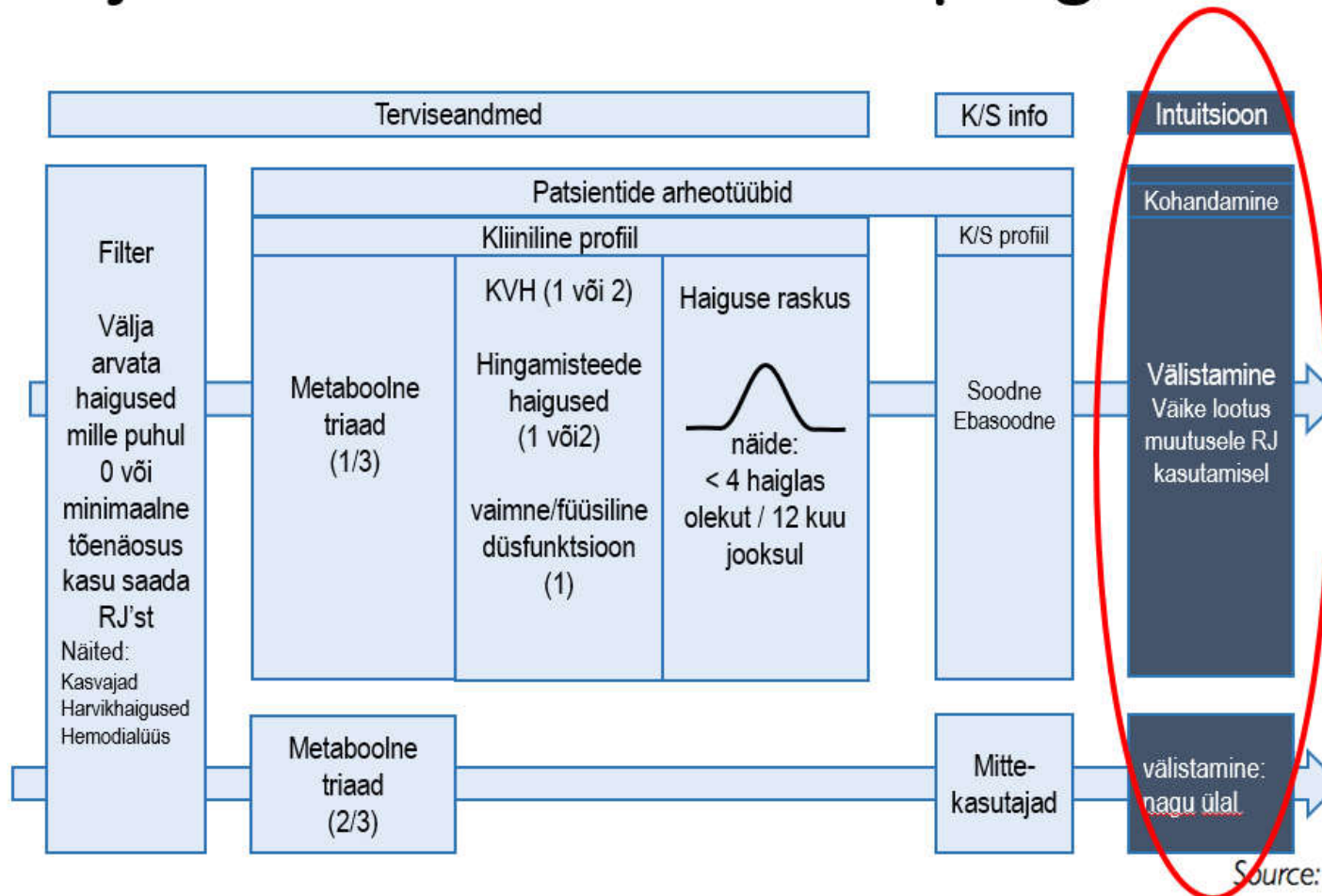
# Piloot

- **Haiguspõhise riski järgi eristamine** eesmärgiga keskenduda patsientidele, kes saavad ravi juhtimisest tõenäoliselt kõige rohkem kasu.
- **Ravi juhtimise plaanid**, et reageerida ennetavalt patsiendi seisundi muutustele, ennetada konkreetseid tulevasi probleeme ja edendada praeguse haigusseisundiga iseseisvalt toime tulemist.
- **Ennetav teavitustegevus ja katkematu ravi tagamine jätkuravi abil**, sh kaasates kõiki patsiendi raviga tegelevaid spetsialiste..
- **Meeskondlik lähenemine ja ressursside ühendamine** patsientide ja nende hooldajatega, et hinnata ja lahendada igakülgset meditsiinilisi ja sotsiaalseid vajadusi.



**Integreeritud käsitlus hõlmab proaktiivset sekkumist perearsti nimistu patsientidele (ca 5-10% nimistust), kellel on kõrge terviseseisundi halvenemise oht või kes vajab ennetaval tervisekäitumisel suuremat tuge.**

# 1. Nimekirja koostamine – Maailmapanga mudel



# Kaasamiskriteeriumid

## Olulised kaasamiskriteeriumid

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

## Valikulised kaasamiskriteeriumid

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

## Välistamiskriteeriumid

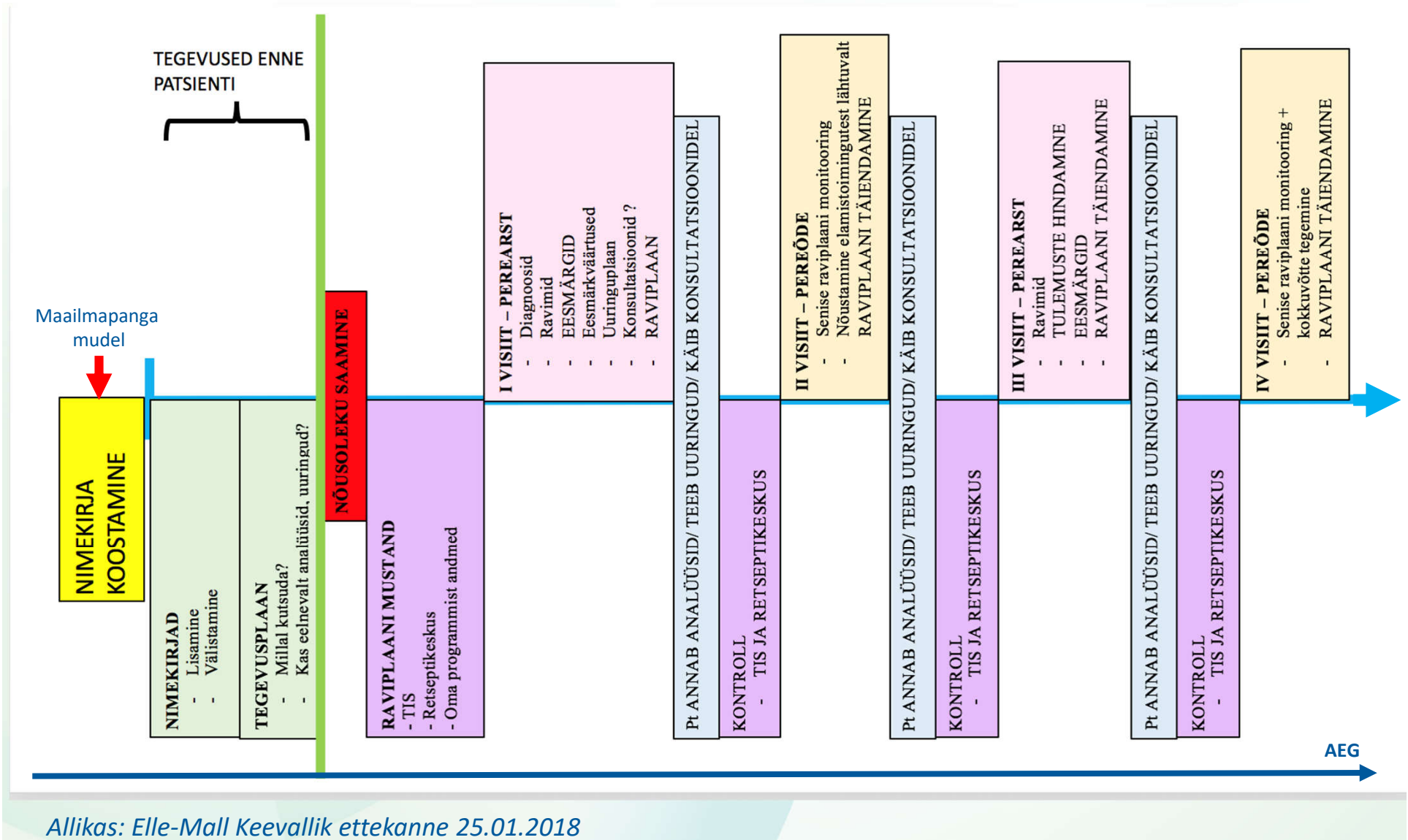
- **Rohkem kui kaks kardiovaskulaarset haigust / rohkem kui üks vaimne häire.**
- **Teatud häirete diagnoos:** ägedaloomuline vähk, skisofreenia, hemodialüüsi vajavad neeruhaigused, kaasasündinud väärarendid ja haruldased haigused.
- **Rohkem kui seitse kaasnevat haigusseisundit:** diagnoosid kaasamise loetelust ning levinumate krooniliste haigusseisundite loetelust.



# Nimekirja koostamine

Kalduvus välistada teatud patsiendid, kes võivad potentsiaalselt saada programmist kasu	Hoiduge oletustest, et patsiendid ei saaks kasu / ei sooviks osaleda.
	Hoiduge eelarvamustest: püüdke mitte välistada patsiente, kes tekitavad teenusepakkujates negatiivseid reaktsioone (ebamugavad patsiendid), välja arvatud juhul, kui välistamiseks on põhjus.
	Sotsiaalsete riskidega patsiendid tuleb <i>kaasata</i> , välja arvatud juhul, kui välistamiseks on olemas väga mõjuv põhjus.
	Ravi juhtimise programmidest saavad tihti kasu patsiendid, keda varasemad esmatasandi mudelid ei kaasanud, põhjuseks nt varasem kehv raviplaanist kinnipidamine, kehv tervisealane teadlikkus või kaasatuse puudumine.
Praksise võimekus ravi juhtimisest tulenevat kasu pakkuda	Kui patsiendil on raske haigus, kuid ta võib ravi juhtimisest kasu saada, tuleks ta lisada; kui tõenäosus kasu saada puudub, siis ärge lisage.

Praksise võimekus ravi juhtimisest tulenevat kasu pakkuda	<p>Kui patsiendil on raske haigus, kuid ta võib ravi juhtimisest kasu saada, tuleks ta lisada; kui tõenäosus kasu saada puudub, siis ärge lisage.</p> <p>Teie hinnang selle kohta, kas teatud patsiendid saavad ravi juhtimisest kasu, võib sõltuda teie ravimeeskonna koosseisust, teatud tervishoiuteenuste kättesaadavusest, võimekusest jne.</p>
Tugisüsteem	<p>Olemasolevad suhted teiste teenusepakkujatega, nagu eriarstid (nt onkoloogid), eraraviasutused või institutsioonilised hooldusteenuse osutajad (tugikodud, hooldekodud) võivad vähendada ravi juhtimise lisaväärtust.</p> <p>Isoleeritud patsiendid võivad eelkõige kasu saada pidevast ennetavast teavitusest: peretoetuse puudumine võib piirata nende suutlikkust tervishoiusüsteemis orienteeruda ja teenuseid leida.</p>
Ohutuskaalutlused	Ärge valige patsiente, kes tõenäoliselt kujutavad ohtu tervishoiutöötajatele.



# Raviplaani koostamine/esimene etapp

- Riskipatsientide ravi juhtimise **esimene etapp** on vajaduste hindamine ja ravi planeerimine. Raviplaanid peaksid olema kavandatud eelkõige patsientidele kasutamiseks ja iga patsiendi jaoks kohandatult. Selle eesmärgi saavutamiseks tuleks järgida järgnevat põhiprintsiipi.
- **Koostage plaan ühiselt:** raviplaanid tuleks koostada koos patsiendi, hooldaja ja/või patsiendi pereliikmetega.
- **Plaan olgu lihtne:** raviplaanid peavad olema võimalikult lihtsa ja selge ülesehitusega ning sobima kasutamiseks nii patsiendile kui ka teenusepakkujale. **Patsient peab tundma, et raviplaan on teostatav.**
- **Pidage meeles üldisi eesmärke ja hinnake pidevalt tehtud tööd:** eristada tuleb raviplaani (mis on staatiline) ja ravi planeerimise tegevust (mis tähendab osutatava ravi progresseeruvat ümberhindamist ja raviplaaniga ühitamist).

## Lõpliku raviplaani komponendid

Vajaduste hindamine	Kokkuvõte kõigist aktiivsetest meditsiinilistest probleemidest ja võtmeküsimustest, millega patsient soovib tegeleda.
Ravimid	Nimekiri kõikidest ravimitest, mida patsient praegu võtab, kaasa arvatud ajad, mil ta peaks neid võtma.
Patsiendi eesmärgid	Patsiendi enda sõnadega kirja pandud 2–3 eesmärki: mida patsient soovib seoses oma tervisega kõige rohkem. Nt paranenud tervisetulemid, eneseabi kaalutlused, teatud teenuste kasutamine, psühhosotsiaalsete probleemide lahendamine jne.
Tegevusplaan	Määrake kindlaks olulised terviseprobleemid, mis võivad tekkida, ja koostage situatsiooniplaanid (kui x juhtub, siis tehke y).
Katkematu ravi tagamine	Selgitage, mida patsient peab tegema, kui ta satub haiglasse (nt helistama perearstikeskusesse ja teavitama ravi juhtimise meeskonda).
Kontaktandmed	Patsiendi ja tema lähedase kontaktandmed. Arsti ja õe kontaktandmed. Päevase ja öhtuse aja kontaktandmed.

## Ravi juhtimine /teine etapp

- ravi koordineerimine ja teabevahetus teiste tervishoiu- ja sotsiaalhooldusteenuste osutajatega.
- Perearstidel paluti riskipatsiente jälgida, tagades seejuures vastavuse riiklikele suunistele (kehtiv kvaliteeditasu süsteem), ühildada ravimiskeeme ja parandada manustamisskeemist kinnipidamist, tagada riskipatsientide katkematu ravi üleminekul (nt jätkuravi, visiidid pärast haiglast välja kirjutamist jne), jälgida uuringute tulemusi ja eriarstide juurde suunamisi ning jälgida patsiente planeeritud visiitide vahelisel ajal.
- vaadata, kus sotsiaalhoolekandevajadusega patsiendid elavad.
- Võtta ühendust kohalike omavalitsustega, et luua iga omavalitsuse pakutavate teenuste nimekiri koos asjakohase kontaktteabe ja suunamisjuhistega.
- Tehke kindlaks asjakohased kontaktisikud omavalitsuses, et aidata koordineerida patsientide suunamist riiklike teenuste / hüvitiste saamiseks.

# Ravi juhtimise meeskonna loomine/kolmas etapp

- Perearstidel paluti oma praegused töövood ümber korraldada, et optimeerida ravi juhtimise piloodis osalevate patsientide teavitamist.
- Pilooti kaasatud meeskondadel soovitati iga nädal umbes üheks tunniks kokku saada, et arutada ravi juhtimisega seotud küsimusi, arutada patsientide raviplaanide uuendamist.
- Loovad meeskonna tegevusplaani, milles on kirjeldatud piloodis seotud tegevusi ja ülesannete jaotust meeskonnas.

- Vaadata üle patsiendid, kelle pärast meeskond on mingil põhjusel mures (tervisliku seisundi muutus, sotsiaalne probleem, ei saa kontakti jne).
- Vaadata üle patsiendid, kes on hospitaliseeritud või kes on sattunud EMOsse ja veenduvad, et neil on olemas jätkuravi plaan ja jätkuravivisiit on kokku lepitud.
- Hinnata, milliste patsientide puhul on vaja raviplaani ülevaadata või uuendada ja selgitavad, kuidas seda tehakse.
- Hinnata, keda tuleb suunata sotsiaalhoolekandeteenustele või suunata eriarsti vastuvõtule ja kes suunamised/saatekirjad vormistab jne.
- Ajakohastavad registri olulisi elemente.
- Teevad kindlaks ja määravad meeskonnaliikmetele peamised jätkuravi ülesanded (koos tähtaegadega).
- Tagavad jätkuravi meetmete rakendamise, sealhulgas patsiendi teavitamise või visiitide planeerimise, patsiendi jätkuravi plaanide koostamise pärast hospitaliseerimist, raviplaanide ajakohastamise ja sotsiaalhoolekandega suhtlemise, kvaliteeditasu süsteemiga seotud uuringute korraldamise või sobivate ravimite võtmise alustamise vastavalt patsiendi seisundile.



# **Perearsti meeskonnale loodud ajutine töölaua lahendus**



## Riskipatsientide mudel

Nimistu N0713

[Kuva välistatud](#)

	Isiku andmed	Triaad	Arhetüüp	Kaasuvad	Haiglaravi	PA visiid	Nõustus	Järgm. PA visiid	Tel kontakt	
1	[Redacted]	hüpertensioon diabeet	Resp	2		21.12.2017	16.03.2017	14.09.2017	25.05.2017	<a href="#">Detailandmed</a> <a href="#">Kuva raviplaani</a>
2	[Redacted]	hüpertensioon	Mental, Resp	6	09.05.2016	12.12.2017	17.03.2017	29.09.2017	31.03.2017	<a href="#">Detailandmed</a> <a href="#">Kuva raviplaani</a>
3	[Redacted]	hüpertensioon	CVD	8	27.10.2017	21.12.2017	10.03.2017	06.07.2017	06.06.2017	<a href="#">Detailandmed</a> <a href="#">Kuva raviplaani</a>
4	[Redacted]	hüpertensioon hüperlipideemia	CVD	1		27.12.2017	31.03.2017	02.10.2017	31.03.2017	<a href="#">Detailandmed</a> <a href="#">Kuva raviplaani</a>
5	[Redacted]	hüpertensioon	CVD	1	05.09.2017	16.06.2017	19.05.2017	20.10.2017	02.06.2017	<a href="#">Detailandmed</a>

# Raviplaan

MISP2 x

Secure | <https://idmisp2.digilugu.ee/misp2/xforms-query.action?id=745>

**Patsiendi tervise vajadused**

Seljavalu, õlavalu, kaelavalu paremal. Hüpertoonia, diabeet ja reumatoidartriit.

**Patsiendi eesmärgid**

Elamiväärne elu, saabub siis, kui valu ei ole,  
Vererõhu väärtused normipiires süstoolne 140 mmHg  
Veresuhkruväärtused normipiires ravimite foonil

**Tegevusplaan**

Mitmeid kroonilise valu ravimeid on proovitud, kuid ei sobi. Seni on leevendanud  
ibuprofeeni 400 mg x3  
Tarvitada ravimeid vastavalt skeemile

**Olulised kontaktandmed**

5088706 Tõnu Väljaäär  
Perearsti Nõuandeliin 1120  
Kiirabi 112

**Ravi ülekandumine**

Helistama perearstikeskusesse, kui satub haiglasse või külastab eriarste.

PA meeskonna koosoleku viimane kp 24.01.2018

Saada

# Tulemus

- 2017. aasta veebruarist augustini osales ravi juhtimise katseprogrammis 466 patsienti (197 meest ja 269 naist, ühtegi neist ei eemaldatud hiljem programmist).
- Kõik peamised piloodis osalejad tagasisidestasid, et piloot täitis ravi juhtimise eesmärgi.
- Piloot näitas, et sotsiaal- ja tervishoiuteenuste pakkujate vahelist koostööd on võimalik parandada.

## Perearsti meeskonna tegevuste ülevaade

Muutused kasutamises elaniku kohta	Pilootprojekt	Võrdlusrühm	Erinevuste protsentuaalne muutus
Esmane või jätkuravi visiit perearsti juurde	(0,762)	(1,042)	10%
Profülaktiline visiit perearsti juurde	0,026	0,011	53%
Perearsti koduvisiit	0,004	(0,001)	52%
Telefonikõne perearstiga	1,617	0,982	118%
Konsultatsioon õega	0,208	(0,021)	16%
Õe koduvisiit	0,026	0,001	296%
Telefonikõne õega	1,065	0,088	237%

*Allikas: Maailmapanga meeskonna arvutused.*

## Diagnostiliste uuringute protsentuaalsed muutused pilootprojektis võrreldes võrdlusrühmaga

Protsentuaalne muutus 2017 vs. 2016	Pilootprojekt	Võrdlusrühm	Erinevus
Kolesterool	38,5%	-6,1%	44,7%
Kolesterooli fraktsioonid	42,9%	-6,0%	48,9%
Kreatiniin	32,5%	-10,3%	42,9%
EKG	80,4%	-4,5%	84,9%
Glükoos	44,4%	-4,3%	48,7%
Glükohemoglobiin	33,1%	-2,2%	35,3%
Kaalium	25,0%	-6,6%	31,6%

*Allikas: Maailmapanga meeskonna arvutused.*

## Patsientide osakaal, kellele on määratud statiinid

Patsientide protsent, kellele on määratud statiinid	Pilootprojekt	Võrdlusrühm	Erinevus
2016	38,6%	31,5%	-7,1%
2017	50,6%	31,8%	-18,8%
Muutus	12,0%	0,3%	11,7%

*Allikas: Maailmapanga meeskonna arvutused.*

## Jätkuravi 30 päeva jooksul pärast aktiivravi lõppemist

Patsientide protsent, kellele tehti aktiivravijärgselt järelkontrolli telefonikõne või visiit	Pilootprojekt	Võrdlusrühm	Erinevus
2016	52,4%	57,7%	5,3%
2017	71,7%	56,4%	-15,3%
Muutus	19,3%	-1,3%	20,6%
Keskmine aeg (päevades) haiglast väljakirjutamise ja jätkuravi vahel			Erinevus
2016	8,77	10,90	2,13
2017	8,32	10,46	2,14
Muutus	-0,45	-0,44	-0,01

*Allikas: Maailmapanga meeskonna arvutused.*



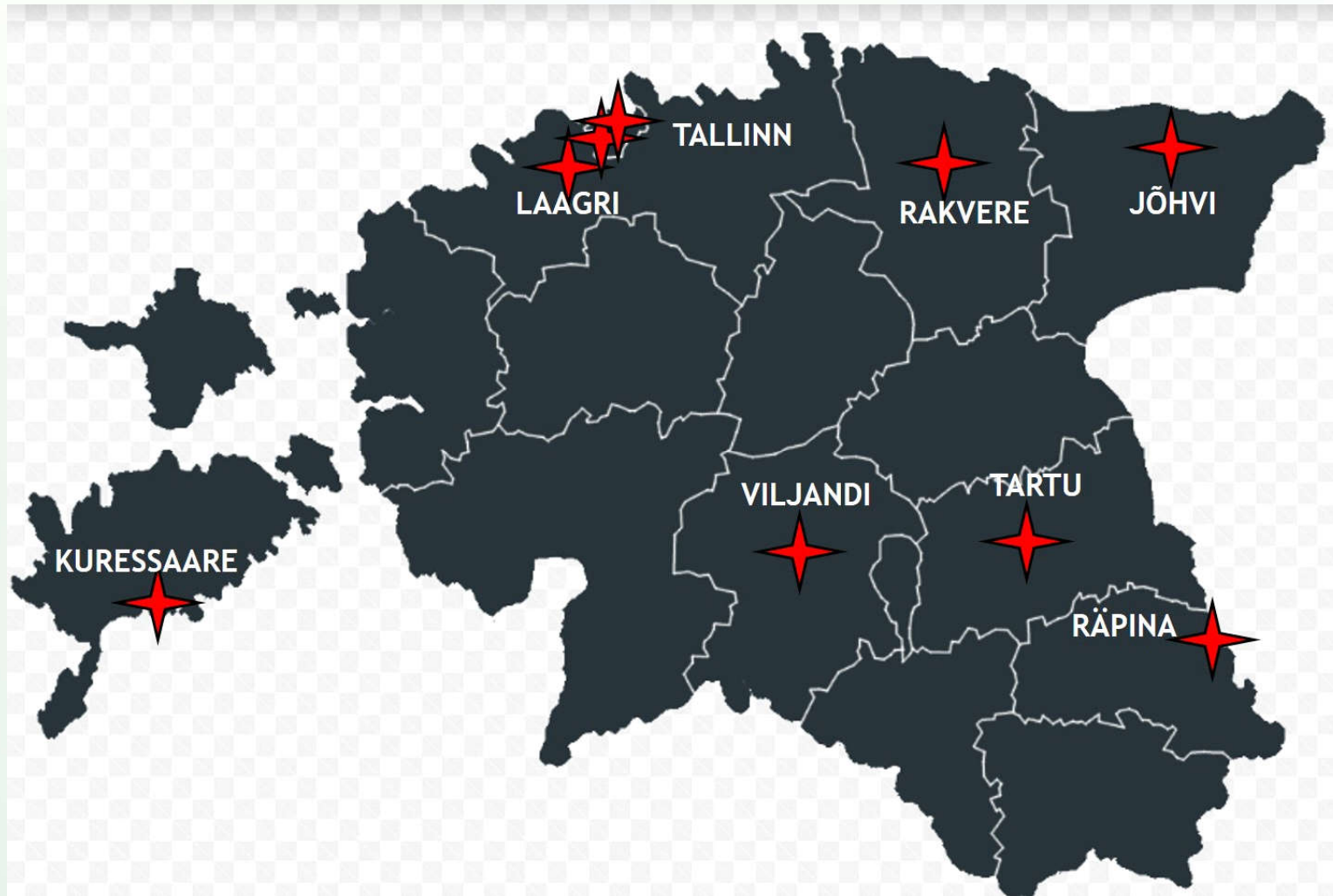
## Pilootprojekti lõpuks määratleti üheksa peamist tegevust, mis hõlmasid kõiki ravi juhtimisega seotud ülesandeid.

- Patsientide kutsumine, patsientide nõusoleku saamine pilootprojekti kaasamiseks.
- Patsiendi esimese visiidi ettevalmistamine.
- Esimesed visiidid, raviplaanide koostamine.
- Telefonikontaktid.
- Järelkontrolli visiidid, raviplaanide uuendamine.
- Patsientide nimekirja läbivaatamine, patsiendi kaasamise / välistamise otsused.
- Meeskonna koosolekud patsientide küsimuste arutamiseks.
- Patsiendiregistri läbivaatamine ja ajakohastamine.
- Patsientide jätkuravi koordineerimine (sotsiaalne või eriarst).

# Pilootprojekti tulemused perearsti vaates

- Muutunud lähenemine krooniliste haigetega tegelemises
  - Linnukeste "tagaajamine" PKSiS vs reaalsete eesmärkide seadmine ja saavutamine
- Patsiendi omaosaluse suurendamine – elementaarsete asjade ülerääkimine, eesmärgi seadmine ja patsiendi võimestamine muutusteks
- Patsiendi kaasamine raviprotsessi
- Ägenemiste ennetamine
- Ravimite korrektne kasutamine

*Allikas: Elle-Mall Keevallik ettekanne 25.01.2018*



LAAGRI

TALLINN

RAKVERE

JÕHVI

KURESSAARE

VILJANDI

TARTU

RÄPINA

## Laiendamise strateegia peab tegelema järgmiste oluliste küsimustega.

- Optimaalne meetod ja ajastus uute praksiste kaasamiseks programmi.
- Nendele praksistele pakutavad maksed ja stiimulid uute tegevuste läbiviimiseks.
- Teiste sidusrühmade kaasamine (st haiglad ja sotsiaaltöötajad).
- Muud Eestis käimasolevad või planeeritud muudatused esmatasandi arstiabis ja tervisesüsteemis üldiselt.
- Lahendada infosüsteemides takistused.

# Mis siis oli integreeritud patsiendikäsitlus?



**Patsient saab teenuse õigel tervishoiusüsteemi tasemel**

**Toimub ravi koordineerimine üle kõigi tasandite ja ravi on tõenduspõhine, vajadustele vastav ja järjepidev**

Allikas: Ravi terviklik käsitlus ja osapoolte koostöö Eesti tervishoiusüsteemis. Maailmapank (2015)  
Kaija Kasekamp ettekanne 25.01.2018.a.