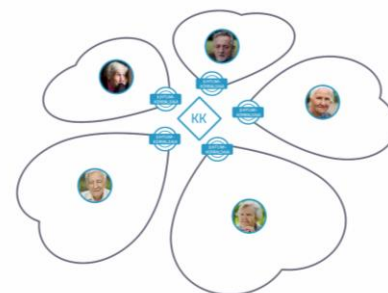


PAIK Viljandis

Paikkondlik tervisetootuse teenus
järjepideva ravi ning prima sotsiaalse toetuse
tagamiseks Viljandi maakonnas



Kontseptsioon

- Viljandi Haigla, Viljandi maakonna perearstide ja omavalitsuste ühine projekt

Mission:

- Üheskoos parandada Viljandi maakonna krooniliste haigustega inimeste **ravi korraldust**
- Tagada riskigruppidele Viljandi kogukonnas tervisega seotud **turvatus**
- Pakkuda **patsiendikeskset** käsitlust kroonilisi haigustega inimestele

Eesmärgid

- Tervishoiu eri tasandite omavaheline ja sotsiaalteenustega **integratsioon**
- Ravi **juhtimine** riskigruppi kuuluvatel inimestel
- **Patsiendikeskne** raviprotsess

Miks tegeleda ravijuhtimise ja integreerimisega?

- Erinevad teenuseosutajad segregeeritud
- Raviplaanide ebaefektiivsuse põhjused sageli mittemeditsiinilised (70%)
- 10-40% haiglast koju kirjutatud patsiente satub lühikese aja jooksul haiglasse uuesti tagasi
- Sageli ebapiisavalt informeeritud ja „passiivne“ patsient astub ravisuhtesse kohtumiseks mitte ette valmistunud teenuseosutajaga *

Viljandi maakond täna ja eesmärk aastaks 2023

KOORDINEERITUD VÕTMESÕNA: KOMMUNIKATSIOON		KOLOKUSEERITUD VÕTMESÕNA: FÜÜSILINE LÄHEDUS		INTEGREERITUD VÕTMESÕNA: MÕTLEMISE MUUTUS	
1. ASTE Minimaalne koostöö	2. ASTE Vähene koostöö füüsiliselt distantstilt	3. ASTE Vähene koostöö, lähedalasuv teenuseosutamine	4. ASTE Tihe koostöö, üksteisele lähedal, osa süsteeme ühiskasutuses	5. ASTE Tihe koostöö, läheneb integratsioonile	6. ASTE Täielik koostöö ühte sulanud integreeritud tervishoiumudel
Esmatasand ning teised teenuseosutajad:					
Osutavad teenuseid erinevates kohtades, kus :	Teenust osutatakse erinevates kohtades, kus :	Teenust osutatakse samas hoones, aga eraldi olevates ruumides:	Teenust osutatakse samas hoones ja eraldi ruumides:	Teenust osutatakse samas hoones ja samades ruumides:	Teenust osutatakse samas hoones ja samades ruumides:
» Erinevad süsteemid » Süheldakse ravijuhtude osas harva kui on väga erinev vajadus » Süheldakse kui teenuseosutajal endal on vaja » Näost-näkkude enamasti ei kohtuta » Piiratud arusaam üksteise rollist teenuseosutamises	» Erinevad süsteemid » Süheldakse perioodiliselt ühiste patsientide osas » Süheldakse juhul, kui selleks on väga spetsiifiline patsiendiga seotud vajadus » Havaühikohtumised suurema seltskonnana » Peavad üksteisest lugu kui olulisest tervishoiu teenuse osutamise ressursist	» Erinevad süsteemid » Suhtlevad regulaarselt ühiste patsientide pärast telefonitsi või e-postiga » Koostöö, mida käivitab vajadus teineteise teenuste järele ja selge suunamise süsteem » Kohtutakse aeg-ajalt arutamaks ühiseid patsiente » Tunne, et kuulutakse juba suuremasse aga siiski veel mitte-ametlikku meeskonda	» Jagatakse süsteeme – registratuur, terviseinfo süsteemid (TIS) » Vajadusel süheldakse ka näost-näkkude » Koostöö, mida käivitab vajadus üksteise teenuste järele ning koordineeritud plaanide järele keeruliste patsientide puhul » Mõnede patsientide osas toimuvad regulaarsed ravivõrgustiku diskussioonid » Tekib algne arusaam üksteise rollidest	» Aktiivselt otsitakse ühiseid süsteeme ja töötatakse välja sobivaid lahendusi teenuste paremaks osutamiseks » Süheldakse sageli ja näost-näkkude » Koostöö eesmärgiks on saada osa ravimeeskonnast » Regulaarsed meeskonna koosolekud arutamaks individuaalseid patsiente kui ka üldiseid teenuse probleeme » Põhjalik arusaam teineteise rollidest ja töökultuurist	» Süsteemide poolt piirangud puuduvad – töötatakse ühte integreeritud süsteemina » Süheldakse pidevalt nii süsteemi, meeskonna kui isiklikul tasandil » Koostöö, mida inspireerib ühte visioon ja arusaam meeskondlikust ravist » Toimuvad nii ametlikud kui mitteametlikud kohtumised et toetada integreeritud tervishoiumodeli toimimist » Rollid suuresti segunenud, piirid hägustunud

Viljandi maakond täna ja eesmärk aastaks 2023

» Teenust osutatakse erinevates kohtades

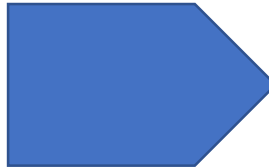
» Erinevad süsteemid

» Suheldakse perioodiliselt ühiste patsientide osas

» Suheldakse juhul, kui selleks on väga spetsiifiline patsiendiga seotud vajadus

» Harva ühiskohtumised suurema seltskonnana

» Peavad üksteisest lugu kui olulisest tervishoiu teenuse osutamise ressursist



» Teenust osutatakse samas hoones ja eraldi ruumides:

» Jagatakse süsteeme – registratuur, terviseinfo süsteemid (TIS)

» Vajadusel suheldakse näost-näku (või telesild)

» Koostöö, mida käivitab vajadus üksteise teenuste järele ning koordineeritud plaanide järele keeruliste patsientide puhul

» Mõnede patsientide osas toimuvad regulaarsed ravivõrgustiku diskussioonid

» On hea arusaam üksteise rollidest ja võimetest

Viljandi maakond täna ja eesmärk aastaks 2023

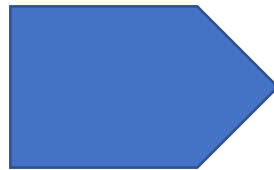
KOORDINEERITUD VÕTMESÕNA: KOMMUNIKATSIOON		KOLOKUSEERITUD VÕTMESÕNA: FÜÜSILINE LÄHEDUS		INTEGREERITUD VÕTMESÕNA: MÕTLEMISE MUUTUS	
1. ASTE Minimaalne koostöö	2. ASTE Vähene koostöö füüsiliselt distantsilt	3. ASTE Vähene koostöö, lähedalasuv teenuseosutamine	4. ASTE Tihe koostöö, üksteisele lähedal, osa süsteeme ühiskasutuses	5. ASTE Tihe koostöö, läheneb integratsioonile	6. ASTE Täielik koostöö ühte sulanud integreeritud tervishoiumodelis
Erinevus teenusmodelites					
» Sõelumine ja hindamised tehakse vastavalt iga teenuseosutaja enda põhimõtetele » Erinevad raviplaanid » Tõenduspõhised raviteekonnad puuduvad	» Sõelumine ja hindamised tehakse vastavalt iga teenuseosutaja enda põhimõtetele; info liigub vaid ametlike päringute puhul » Raviplaanide jagatakse vaid mõnede teenuseosutajate vahel, kes ise omavahel kokku leppinud » Iga teenuseosutaja vastutab ainult oma loodud raviteekondade eest	» Lepitakse kokku mõne haiguse puhul ühtsed sõelumise kriteeriumid efektiivsemaks majasiseseks töökorralduseks » Eraldi raviplaanid osaliselt jagatud infoga teenuseosutajate vahel, mis aitab teenuseid paremini osutada » Mõned ühised raviteekonnad, eriti kõrge riskigrupi patsientide puhul	» Lepitakse ühiselt kokku spetsiifilisemad hindamise ja skriinimise rutiinid » Ühine raviplaanide tegemine kindlatele kõrge riskiga patsientidele » Kõrge riski patsientide teekonnad ühised ja osaliselt teenuseosutajate ühine koolitamine – fookus kindlatel patsiendigruppide vajadustel	» Järjepidev ja ühiselt kokku lepitud sõelumise praktika, mis tagab korrektsed teenused » Ühine raviplaanide tegemine kõigile ühistele patsientidele » Teekonnad, mis ühised üle süsteemi ja mõju jälgitakse kindlate haiguste puhul ühtsel platvormil ja üheskoos kokku lepitud tulemus indikaatoritega	» Populatsioonipõhised proaktiivsed tervise skriiningud on standard, tulemused on osapooltele kätte saadavad ja olemas protokollid tegevusteks » Kõigi patsientide puhul ühine raviplaan » Teekonnad on koos arendatud, teenuseosutajate koolitamine koordineeritud ja ühtne ning teenus rakendatud kõigi teenuseosutajate poolt ühtlaselt

Viljandi maakond täna ja eesmärk aastaks 2023

- » Sõelumine ja hindamised tehakse vastavalt iga teenuseosutaja enda põhimõtetele

- » Erinevad raviplaanid

- » Tõenduspõhised raviteekonnad puuduvad



- » Lepitakse ühiselt kokku spetsiifilisemad hindamise ja skriinimise rutiinid

- » Ühine raviplaanide tegemine kindlatele kõrge riskiga patsientidele

- » Kõrge riski patsientide teekonnad ühised ja osaliselt teenuseosutajate ühine koolitamine – fookus kindlatel patsiendigruppide vajadustel

Raviteekond

Järelravi

ARST | HOOLDUSTÖÖTAJA | TEGEVUSTERAPEUT
LOGOPEED | ÕENDUSTÖÖTAJA | FUSIOTERAPEUT

se intravenoosse
atakse raviplaan.

otsiaaltöötaja või

Patsient saab vastavalt raviplaanile füsioteraapiat, kõne- ja/või neelamisfunktsiooniravi, tegevusterapiat. Eesmärk on patsiendi paranemist toetada ning kui vähegi võimalik, teda taastusraviks ette valmistada. Vajalikud teraapiad, eelkõige füsioteraapia, toimuvad ka nädalavahetustel.

Statsionaarne taastusravi

TAASTUSARST | ÕENDUSTÖÖTAJA | SOTSIAALTÖÖTAJA | PSÜHHOLOOG
LOGOPEED | FUSIOTERAPEUT | HOOLDUSTÖÖTAJA | TEGEVUSTERAPEUT

Taastusraviplaan on üks osa raviplaanist ja selle tegemisse kaasatakse patsient ja lähedased. Taastusravitiim teeb erialade ülese ühise plaani. Vajalikud teraapiad, eelkõige füsioteraapia, toimuvad ka nädalavahetustel.

Kodu



Hinnatakse, kas patsient on füüsiliselt ja vaimselt / kognitiivselt valmis taastusraviks.

Koordinaator jälgib, et andmed saavad kõigilt osapooltelt ühtsesse raviplaani / registrisse.

Üleminek

- Ülevaade ravist ja osutatud teenustest, täpsustatud eesmärgid
- Süsteem edastab teavituse patsiendist perearstikeskusele
- Teavitab patsiendist ja raviplaanist järgmisi osapooli
- Digitaalne hindamine

Üleminek

Sama, mis akuutaravi üleminekul

- Patsient saab raviplaani rakenduses hinnata ise oma taastumist, näiteks elukvaliteedi küsimustik.
- Ülevaade eelnevast ravist ja teenustest
- Täpsustatud eesmärgid, sh patsiendi eesmärgid
- Statsionaarse taastusravi plaan
- Edasine raviplaan
- Tugiteenused ja sotsiaalfabi, sh abivahendid, infopäevad,
- kogemustunustamine, valmne tervise tugl, pereteraapia jms.

Üleminek

Sama, mis akuutaravi üleminekul

- Perearstikeskuse, taastusravikliiniku ja osaliselt KOVI sotsiaaltöötajal on ligipääs patsiendi raviplaanile.
- Isiklikud eesmärgid (nt füüsiline aktiivsus, toitumine).
- Raviskeem – ravimi toimeaine ja lihtsas keeles, mille vastu see ravim on; sagedus.
- Milla ja kelle juures midagi vaja teha.
- Peamiste partnerite kontaktid.
- Mida ma kodus kui tihti ja kaua tegema pean?
- Patsiendi poolt lisatud andmed, nt vererõhk.

Raviteekond

Üleminek

- Ülevaade ravist ja osutatud teenustest, täpsustatud eesmärgid
- Süsteem edastab teavituse patsiendist perearstikeskusele
- Teavitab patsiendist ja raviplaani järgmisi osapooli
- Digitaalne hindamine
- Patsient saab raviplaani rakenduses hinnata ise oma taastumist, näiteks elukvaliteedi küsimustik.
- Ülevaade eelnevast ravist ja teenustest
- Täpsustatud eesmärgid, sh patsiendi eesmärgid
- Statsionaarse taastusravi plaan
- Edasine raviplaani
- Tugiteenused ja sotsiaallabi, sh abivahendid, infopäevad, kogemusnõustamine, vaimse tervise tugi, pereteraapia jms.
- Perearstikeskuses, taastusravikliinikus ja osaliselt KOVi sotsiaaltöötajal on ligipääs patsiendi raviplaanile.
- Isiklikud eesmärgid (nt füüsiline aktiivsus, toitumine).
- Raviskeem – ravimi toimeaine ja lihtsas keeles, mille vastu see ravim on; sagedus.
- Millal ja kelle juures midagi vaja teha.
- Peamiste partnerite kontaktid.
- Mida ma kodus kui tihti ja kaua tegema pean?
- Patsiendi poolt lisatud andmed, nt vererõhk.

Koordinaator jälgib, et andmed saavad kõigilt osapooltelt ühtsesse raviplaani / registrisse.

Miks alustasime Viljandis?

- Elanikkond vananeb
- Krooniliste haiguste esinemissagedus tõuseb
- Eestis puudusid toimivad ravijuhtimise ja integratsiooni projektid
- Kogukonna haigla eelis

Miks ravijuhtimine?

Table 5: Avoidable admissions by hospital type

Provider type	Total admissions (2013): Respiratory, Endocrine, and Circulatory	% Avoidable
Regional	22,903	14.69%
Central	20,612	18.58%
General	18,144	22.33%
Non HNDP providers	10,138	14.01%
All providers	71,797	17.64%

Source: World Bank team calculations.

Note: Referrals and transfers to other facilities are excluded from this analysis.

Estonia's population standardized avoidable admission rates have already decreased substantially between 2008 and 2013 (Table 6).

Miks ravijuhtimine?

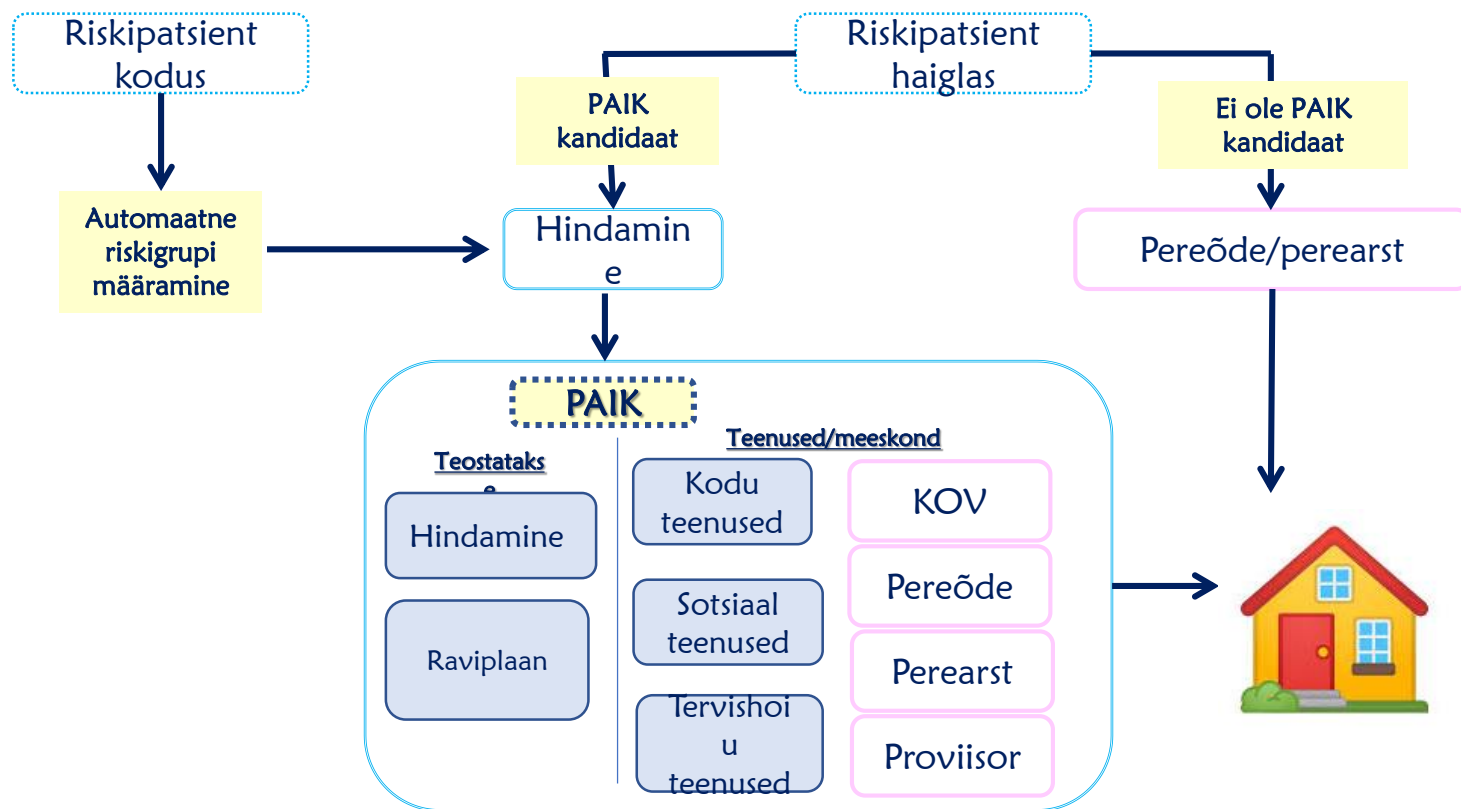
Table 4: Avoidable admissions as a share of hospital admissions for related disease groups (2013)

Tracer condition and related disease group	Avoidable Admissions
<i>Avoidable COPD & asthma admissions as a share of:</i> • Lower chronic respiratory disease admissions • Respiratory disease admissions	76.9% 8.7%
<i>Avoidable diabetes admissions as a share of:</i> • Diabetes Mellitus admissions • Endocrine, nutritional and metabolic disease admissions	83.0% 46.7%
<i>Avoidable CHF & hypertension admissions as a share of:</i> • Hypertension & other forms of heart disease admissions • Circulatory disease admissions	84.3% 22.35%

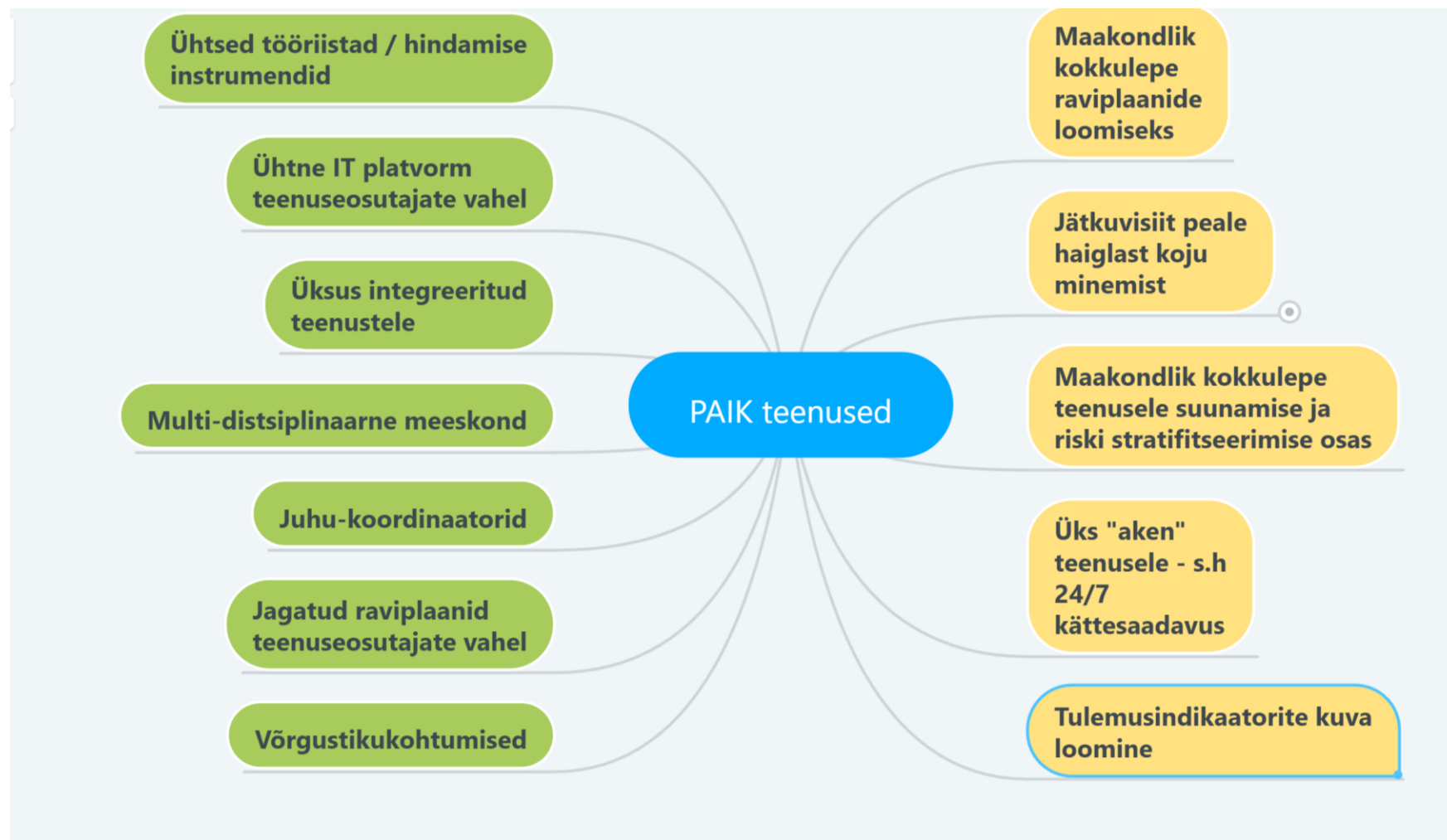
Sarnase teenuse tulemused (ACT@Scale, ICIC 2019)

Tulemusnäitaja	1 aasta peale projekti algusest
Hospitaliseerimised	-42%
Haiglas veedetud päevad	-44%
Keskmine hospitaliseerimise pikkus	-7%
EMO visiidid	-45%
Arstide osutatud teenused	+4%
Õendusabi teenused	+60%

Teenuse vajaja leidmine



Maakondlikud integratsiooni toetavad teenused



IT-testkeskkond

Klientide raamatud Kalendrisündmuste kokkuvõte Minule suunatud Üldine voog Tegevuskava kokkuvõte Minu tegevused

Klientide raamatud

Otsi klienti		Staatust:	kõik aktiivsed		- kuni 5 päeva vanused kanded	- üle 5 päeva vanused kanded	Punane joon alates 22.11.2019 09:54		<		>
Jnr	Nimi	Isikukood	Staatust	Tugimeeskond	INFO	Alates	Oluline	Tegevuskava	Kalender	Raamatu trükk	Sünnipäev
1			PAIK S	Tugimeeskond	Püüame patsienti toetada ning julgustada uuesti sotsialiseeruma.	22.04.2019	22.11.2019 09:19	22.11.2019 09:29	22.11.2019 08:43	Trüki	

OLULINE

Alates: 01.01.2018 Kuni: 25.12.2019 Kehtivus Kehtivad

Plokk	Sisu	Teadmiseks	Lisatud	Lõpetamine
Haigused ja ravimid	läbipõetud südameelihase infarkt 30.10.2016 (südameveresoone operatsioon) - Aspirini 75 mg (1 tablett hommikul), Atorvastatini 40 mg (1 tablett õhtul)	Kõigile	25.04.2019 16:27 KANSI, HELVE	Lõpeta Muuda Ajalugu
Haigused ja ravimid	Depressioon - Elicea (Escitalopram) 20 mg hommikul	Kõigile	25.04.2019 15:21 KANSI, HELVE	Lõpeta Muuda Ajalugu
Haigused ja ravimid	südame isheemiatõbi - Isomonit 60 mg (1 tablett/hommikul)	Kõigile	25.04.2019 15:21 KANSI, HELVE	Lõpeta Muuda Ajalugu
Haigused ja ravimid	Kõrgvererõhutõbi - Betaloc-Zok (Metoprolol) 12,5mg (0,5 tabletti) hommikul, Cardace (Ramipril) 2,5 mg x2 (1 tablett x 2)	Kõigile	25.04.2019 15:19 KANSI, HELVE	Lõpeta Muuda Ajalugu
Juhul-kui	Juhul kui sa peaksid Tallinnast tagasi naasma ilma heade sõnumiteta, siis võta vaba päev ja mõtle järgi.	Kõigile	03.09.2019 11:45 MÄTLIK, KRISTINA	Lõpeta Muuda Ajalugu
Juhul-kui	Kui olen saanud pahandada, nutan siidipatja	Kõigile	12.06.2019 10:54 RÕIGAS, TRIINU	Lõpeta Muuda Ajalugu
Juhul-kui	KUI TEKIB SÜDAME PIIRKONDA VALU VÕI EBAMUGAVUSTUNNE, TARVITAN 1 DOOSI, PÕÖRDUN HAIGLASSE VÕI KUTSUN KIIRABI.	Kõigile	23.04.2019 13:53 ANIER, ANDRES	Lõpeta Muuda Ajalugu
Juhul-kui	Kui hakkab halb: ei saa vabalt hingata, tekib tugev valu või ei saa liigutada kätt-jalga, siis peab helistama 112, et kutsuda kiirabi. Kui tervis lubab, siis võib erakorralise meditsiini osakonda pöörduda (Viljandi Haigla EMO, Pärsti vald)	Kõigile	23.04.2019 13:52 ANIER, ANDRES	Lõpeta Muuda Ajalugu

Klientide raamatud

Otsi klienti Staatus: kõik aktiivsed - kuni 5 päeva vanused kanded - üle 5 päeva vanused kanded Punane joon alates 22.11.2019 09:54

Jnr	Nimi	Isikukood	Staatus	Tugimeeskond	INFO	Alates	Oluline	Tegevuskava	Kalender	Raamatu trükk	Sünnipäev
1			PAIK S	Tugimeeskond	Püüame patsienti toetada ning julgustada uuesti sotsialiseeruma.	22.04.2019	22.11.2019 09:19	22.11.2019 09:29	22.11.2019 08:43	Trüki	

– TEGEVUSKAVA

Alates: 01.01.2018 Kuni: 25.12.2019 Kehtivus Kehtivad

Alates	Kuni	Tegevuse liik	Sisu		Tegevused	Teavitus	Teadmiseks	Lisatud	Teostatud	Lõpetamine	Lisa/ava fail
10.09.2019	22.11.2019	Koduõendus	Koduõde tuleb haavasid siduma.		Tegevused	Suunatud	PAI-Perearst, KANSI HELVE, ANIER ANDRES, MÄTLIK KRISTINA, ORAS KADRI, SEIDLA SVEA	22.11.2019 09:29 ORAS, KADRI	Jah	Lõpeta Muuda Ajalugu	Lisa fail
29.11.2019 13:00	29.11.2019 14:00	Võrgustiku kohtumised	Tugivõrgustiku kohtumine Pargi tee 6 II korrus. Meeskonnas: Kadri Oras, Kristina Mätlik, Mart Kull, perearst		Tegevused	Tavaline	PAI-Perearst, KANSI HELVE, MÄTLIK KRISTINA, ANIER ANDRES, ORAS KADRI, Kull Mart, ANIER ANDRES, MÄTLIK KRISTINA, ORAS KADRI	22.11.2019 08:39 MÄTLIK, KRISTINA	Ei	Lõpeta Muuda Ajalugu	Lisa fail
26.11.2019 00:00	19.11.2019 00:00	Võrgustiku kohtumised	Kokkulepped		Tegevused	Tavaline	MÄTLIK KRISTINA	19.11.2019 09:29 MÄTLIK, KRISTINA	Ei	Lõpeta Muuda Ajalugu	Lisa fail Untitled.jpg
03.09.2019	24.09.2019	Toitumine	Jälgin, mida süön		Tegevused	Tavaline	RÕIGAS TRIINU, MÄTLIK KRISTINA, ORAS KADRI, ANIER ANDRES	03.09.2019 11:48 MÄTLIK, KRISTINA	Jah	Lõpeta Muuda Ajalugu	Lisa fail
16.07.2019	16.07.2019	Sotsiaalne hakkamasaamine	kõnetan kõiki vastutulijaid sõbralikult ja reipalt		Tegevused	Tavaline	Kõigile	16.07.2019 13:35 MÄTLIK, KRISTINA	Ei	Lõpeta Muuda Ajalugu	Lisa fail

IT-testkeskkond

Klientide raamatud Kalendrisündmuste kokkuvõte Minule suunatud Üldine voog Tegevuskava kokkuvõte Minu tegevused

Klientide raamatud

Otsi klienti		Staatus: kõik aktiivsed	- kuni 5 päeva vanused kanded		- üle 5 päeva vanused kanded		Punane joon alates 22.11.2019 09:54		< >		
Jnr	Nimi	Isikukood	Staatus	Tugimeeskond	INFO	Alates	Oluline	Tegevuskava	Kalender	Raamatu trükk	Sünnipäev
1			PAIK S	Tugimeeskond	Püüame patsienti toetada ning julgustada uuesti sotsialiseeruma.	22.04.2019	22.11.2019 09:19	22.11.2019 09:29	22.11.2019 08:43	Trüki	

TEGEVUSKAVA

Alates: 01.01.2018 Kuni: 25.12.2019 Kehtivus: Kehtivad

Alates	Kuni	Tegevuse liik	Sisu	Tegevused	Teavitust	Teadmiseks	Lisatud	Teostatud	Lõpetamine	Lisa/ava fail
10.09.2019	22.11.2019	Koduõendus	Koduõde tuleb haavasid siduma.	Tegevused	Suunatud	PAI-Perearst, KANSI HELVE, ANIER ANDRES, MÄTLIK	22.11.2019 09:29 ORAS, KADRI	Jah	Lõpeta Muuda Ajalugu	Lisa fail

Juhul-kui 03.09.2019 Juhul kui sa peaksid Tallinnast tagasi naasma ilma heade sõnumiteta, siis võta vaba päev ja mõtle järgi.

22.11.2019 09:19 ORAS, KADRI suunatud Kull, Mart
võtab 2 vaba päeva!

- RÕIGAS, TRIINU (õde)
- KANSI, HELVE (Perearst)
- MÄTLIK, KRISTINA (IT teenuste haldur)
- ORAS, KADRI (null)
- Kull, Mart (reumatoloogia)

Küsin: Kull, Mart (reumatoloogia)

Saada

Ajalugu

Meie kliendist..

- **83 aastane Liidia**, elab üksi Viljandi linna korruselamus
- Hüpertooniatõbi, südamepuudulikkus, kodade virvendus
- 04.10-11.10 Viljandi haiglas ulatuslike tursete tõttu
- Raviarst soovitas PAIK teenusele
- Miks arst soovitas:
 - Kahtlus, et ravisoostumus on madal
 - Mitu välditavate hospitaliseerimistega haigust
 - >5 retseptiravimi
 - Tugivõrgustik puudus
- Nõusolek saadud 11.10

Teenus algas..

- Patsiendi igakülgne hindamine ja patsiendi probleemide sõnastamine **toimus kodus**, koduõe abiga
- Selgusid patsiendi **mäluhäired**, mida ei ole diagnoositud. Võimalikud raskused kodus hakkamasaamisega
- Patsient aga samas **väga koostöövalmis**, soov kodus elada ja mitte enam haiglasse sattuda
- **Nõustus võrgustikukohtumisega** kuhu tuleb ka **sotsiaaltöötajad** ja räägitakse läbi kes mida teeb

Võrgustikukohtumine patsiendi kodus 23.10.19
Osalejad: patsient, PAIK tervisejuht, koduõde, KOV
sotsiaaltöötaja, pereõde ja perearst telefoni kaudu

- **Tõsised mälu häired, mistõttu vajalik kõrvalabi ja jälgimine ravimite tarvitamise ja igapäevase hakkamasaamise osas**
- Patsient soovib osta ise ravimid ja pinali, kuhu koduõde saaks valmis panna nädala ravimid - **(Patsient)**
- Päevakeskusest tellitud lõunasöök koju – **(KOV sotsiaaltöötaja)**
- Päevakeskusest käib koduhooldaja 2-3 korda nädalas- **(KOV sotsiaaltöötaja)**
- L hakkab õues jalutamas käima 2 x nädalas vähemalt 30 min **(Patsient, koduhooldaja)**
- Retseptid tellida ja ravimid pinalisse valmis panna **(Koduõde)**
- Vererõhu ja tursete tekkimise jälgimine **(Koduõde, pereõde)**
- Rahaliste toimingutega hakkamasaamine - **(KOV sotsiaaltöötaja)**
- Patsiendi väitel riided haiglast tulles vahetusse läinud, vajalik üle kontrollida- **(PAIK tervisejuht)**

Perearst rõhutas üle ravimite võtmise vajaduse, tuletas meelde kui abitus seisukorras ta viimane kord patsient külastas ja talle kiirabi kutsus

Plaan toimib..

- Koduõde märkas köögis alkoholipudeleid
 - „kas patsiendi raha ja vara on ikka turvaliselt?”
 - Palutud KOV sotsiaaltöötajal seda uurida
- Koduvisiidid jätkusid
 - **Järjest rohkem oli märgata patsiendi mäluhäireid**
 - PAIK tervisejuht vestles telefoni teel koduhooldajaga, vajadust iga visiit jälgida, et ravimpinalist ravimid võetud
- PAIK tervisejuhi kõne KOV sotsiaaltöötajale
 - **Eestkoste seadmine 27.11.2019 algatatud**

Mis oli tavapärasest teistmoodi?

- **Patsiendi** enda seotud ***eesmärkidele suunatud abistamine*** koduõde ning koduhooldaja poolt
- ***Võrgustik*** (pereõde, koduõde, PAIK tervisejuht ja KOV sots) tegutses ***ühise eesmärgi nimel*** - et patsiendi ravimid oleks võetud ja ta ei peaks sattuma taas haiglasse
- ***Kliendiraamat***, võimaldab välja trükkida raviplaani, tegevusplaani, kontaktnumbrid jm. vajalik

Takistused täna

- Osapoolte vahel andmete vahetamise juriidilised aspektid
- Omavahel mitte-suhtlevad IT platvormid
- Tervishoiu rahastusmudel
 - Raha-tüki-eest
 - Tervisejuhtide palgafond on katteta
 - Patsiendi osaluseta tegevused katteta
- Meeskonnatöö oskused
- Üle koormatud tervishoiusüsteem

Edutegurid

- 1 **HUVI** , et leida igale inimesele tema vajadustele vastav sobivaim tervishoiu- ja sotsiaalteenuste lahendus
- 2 **ERAPOOLETU POSITSIOON**, et kaasata lahenduse väljatöötamisse kõik kriitilised osapooled (alustades perearstidest ja sotsiaaltöötajatest)
- 3 **VÕIMEKUS** ehk kompetentsitase, tänu millele aktsepteeritaks teda ka teenuse tellijate poolt kui sobilikku koostööpartnerit

“Kogukonna tervisekeskus”

Vähene
koostöö
füüsiliselt
distsantsilt



Tihe koostöö,
üksteisele
lähedal, osa
süsteeme
ühiskasutuses



Tänan väga!

- Kadri Oras
- Eneli Tulp
- Leivi Onga-Lebedeva
- Merit Tekko
- Kairi Nool
- Ege Tammeorg
- Annika Kadak
- Svea Seidla
- Signe Asi
- Triinu Rõigas
- Andres Anier
- Kristina Mätlik
- Daisy Koorits
- Krista Valdvee
- Janne Klušova
- Ellen Lippus
- Ulvi Skirta
- Eve Pärnaku
- Ilja Tretjakov
- Madis Parksepp
- Triinu Russki
- Anneli Taal
- Helen Tiits
- Helve Kansi
- Marje Metsur-Bensel
- **Haigekassa ja sotsiaalministeerium**



„Mu ema mõistis, et ta pole üksi sellel teel, ta on oluline ja vajalik, selle tunde tekitasid projekti inimesed“

