

## II töötoa kokkuvõte:

- **Probleemi ja selle mõju määratlemine ning otsustuskriteeriumide loomine, et mõista kas raviteekond on konkreetsele probleemile sobivaim lahendus:**
  - Probleemi defineerimist tuleb alustada patsiendi vaatest (nt kas probleem on ooteaeg või teenuste kättesaadavus), st esmalt läbi mõelda, mis on patsiendi probleem ja kus peituks tema jaoks väärtus; samas tuleb jälgida, et ühe patsiendi kasu ei tuleks teise patsiendi arvelt
  - Juba probleemi analüüsimisel tuleb mõelda ka eesmärkidele ning seada esimesed hüpoteesid, kuhu tahaksime raviteekonna loomise tulemusena jõuda
  - Kui kujutatakse ette, et korraldusliku probleemiga peaks välja tulema kliinitsist, siis võib tekkida olukord, kus seda ei juhtu, sest kliinitsisti vaade võib olla kitsas ja ta ei pruugi näha oma tööst või vaatest laiemates protsessides probleemi (“vastuvõetud on ju patsiente täis”).
  - Otsustuskriteeriumitele tagasiside::
    - Mitte patsientide arv, vaid haiguskoormus; “palju” on suhteline
    - Erakorralised hospitaliseerimised liiga kitsas, kriteerium peaks olema laiem, sh katma tervise ebavõrdsuse sh teenuste majandusliku ja geograafilise kättesaadavust
    - Erinevad barjäärid ka kriteerium, nt sotsiaalse poole parem integreerimine tervishoiuga, et patsiendid ei kaoks süsteemi tasandite vahele ära
    - Uue või muutunud praktika juurutamise vajadus (nt ravijuhendite rakendamine)
    - Variatsioonid nii ravitulemustes kui ka ravikorralduses/protsessides. Samas kas see on kindlasti halb, kui protsessid erinevad, aga annavad sama tulemuse?
    - Probleemi tõsidus - mis juhtub, kui seda ei lahendata (nt inimene sureb, tekib püsiv puue, vmt)
  - Objektiveks hindamiseks tuleks proovida luua skoor
- **Multidistsiplinaarse meeskonna loomine:**
  - **Tuumikmeeskonnas** peab alati olema kaasatud:
    - Patsientide esindaja. Alustada tuleks patsiendiühenduste esindajast, kes oma võrgustiku abil saab vajadusel leida sobiva profiiliga/kompetentsiga patsiendi(d), keda kaasata nt intervjuudesse jm. Väga oluline on patsientide tegelik kaasamine ja nende tagasisidega arvestamine (st tuleb vältida “teoreetilist kaasamist”)
    - Idee “omanik” võib olla nii kliinilise kui mittekliinilise taustaga; mittekliinilise projektijuhi kõrval on oluline hea reputatsiooniga (nö hinnatud autoriteet) kliiniline juht, kes ideesse usub ja hiljem aitab ka rakendamisel (nö valdkonna osapoolte *buy-in*)
    - Andmeanalüütik asutuse põhine; kui mitu haiglat, siis igas asutuses, esmatasandi puhul üks ühine nt EPS-ist, kes toetab andmepõhist raviteekondade arendamist
    - Projektijuht - õiged kompetentsid väga olulised st peab tundma raviteekondade arendamise protsessi (metoodikat) aga ka juhtima projekti logistilist poolt (kokkusaamiste planeerimine, läbiviimine jpt); siin oleks hea mentori tugi protsessi läbiviimisel (nt üleriigiliste raviteekondade loomise juures võiks see olla keskselt pakutud, nt Tervisekassa poolt)
  - **Laiendatud meeskonnas** peavad olema kaasatud:
    - Sobiva profiiliga patsiendid ja lähedased, esmatasandi, tugiteenuste ja sotsiaalvaldkonna esindaja, eriala eksperdid, juhtkond ja (üleriigiliste raviteekondade puhul) rahastaja ning kommunikatsiooni ekspert, kes hiljem toetab osapoolte informeerimist ja kaasamist rakendamisel (nt koolituste tegemine)

- **Külalisesineja Pieter de Bey ettekanne** (rohkem infot Santeonis rakendatava parendusprotsessi mudeli kohta [siin](#), insuldipatsiendi teekonna kohta raport koos tulemuskaardiga [siin](#), erinevate haiguste tulemuskaardid ja juhtimislauad [siin](#)):
  - Patsiendid ja klinitsistid näevad erinevalt seda, mis on oluline ravitulem, mistõttu on oluline kõik osapooled mõõdikute väljatöötamise protsessi kaasata
  - Andmete olemasolu ja ravitulemite ning kulude läbipaistvus asutuste lõikes motiveerib parendusprotsesside käivitamist (st raviteekonna standard paberil ei näita, kuidas teekond reaalelus toimib)
  - Efektivse parendusprotsessi aluseks on nii asutusesise - kui asutustevaheline usaldus