

Insuldi raviteekonna koordinaatorite intervjuud

Juuni 2021

Taust

2019. aasta kevadel haigekassa eestvedamisel toimunud insuldipatsiendi raviteekonna teenusedisaini töötuba tõi välja, et inimese jaoks on insuldijärgne raviteekond keeruline ja killustunud, sealhulgas ei arvestata patsiendi ja tema lähedaste vajadustega, mõningaid teenuseid pakutakse ebapiisavas mahus või teenused puuduvad ning samuti esineb probleeme raviteekonna osapoolte vahelises info liikumises ja koostöös. Muuhulgas toodi ühe arendusvajadusena aruteludes välja patsiendi raviteekonda koordineeriva rolli loomise vajadust: „*Vaja oleks luua koordineeriv roll kas lisaks olemasoleva töötaja tööülesannetele või täiesti uue töötaja näol. Koordinaator peaks olema patsiendile ja lähedastele esimeseks kontaktiks ning juhtima neid teekonna järgmisesse etappi, kus koordineerimise võib (aga ei pruugi) üle võtta järgmine koordinaator.*“¹

Raviteekonna analüüsi tulemuste põhjal disainis haigekassa 2019. aasta suvel insuldi juhtprojekti, eesmärgiga parandada inimese insuldijärgset elukvaliteeti arendades patsiendi vaatest terviklikku raviteekonda, kus muuhulgas võimestatakse inimest ja tema lähedasi, raviteekonna koordineerimise eest võetakse vastutus ja patsiendid saavad neile vajamineva teenuse. Insuldi juhtprojekti kaasati neli insuldi raviteekonna arendusprojekti: Põhja-Eesti Regionaalhaigla arendusprojekt (PERH), Tartu Ülikooli Kliinikumi arendusprojekt (TÜK), Ida-Viru Keskhaigla arendusprojekt (IVKH) ja AS Lääne-Tallinna Keskhaigla arendusprojekt (LTKH). Projektid kestavad 2021. aasta lõpuni.

Patsientide kaasamise kriteeriumid erinesid nii arendusprojektiti kui ka ühe arendusprojekti raames eri lahenduste lõikes. Täpsema ülevaate arendusprojektide kaasamiskriteeriumitest leiab Lisast 1.

Koordineeritud ja patsiendikeskse teenuse tagamiseks arendusprojektidesse kaasatud uute spetsialistide – insuldikoordinaatorite rolli, eesmärkide, ülesannete ja vajaduste paremaks mõistmiseks viiakse perioodil detsember 2020 – detsember 2021 kõikide arendusprojektide insuldikoordinaatoritega läbi kolm intervjuud: arendusprojekti algfaasis (kuni 7 kuud sekkumise algusest, detsember 2020), keskel (kuni 12 kuud sekkumise algusest, juuni 2020) ning lõpus (kuni 18 kuud sekkumise algusest, detsember/jaanuar 2022). Esimese etapi intervjuud viidi insuldikoordinaatoritega läbi ajavahemikul 3.- 16. detsember 2020. aastal².

Metoodika

Intervjuude teise etapi eesmärgiks oli uurida insuldi raviteekonna koordinaatorite töö iseloomu muutust seoses projektide arengu ja patsientide edasiliikumisega raviteekonna kaugemasse etappi. Töö eesmärgi täitmiseks seati alljärgnevad uurimisküsimused:

¹ Mõtus, M., Pääbo, L., Grigorjan, L. (2019). Insuldipatsiendi raviteekonna parem korraldus. https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/uuringud_aruanded/Insuldipatsiendi_raviteekonna_parem_korraldus_EHK_2019.pdf

² https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/Kokkuv%C3%B5te_koordinaatorite_intervjuud_dets2020.pdf

- Kui suur on koordinaatori poolt hallatavate patsientide arv (aktiivseid, passiivseid) ja kas see on optimaalne?
- Kuidas on koordinaatori tööülesanded muutunud seoses patsientide liikumisega raviteekonna kaugemasse etappi?
- Kui suur osa koordinaatori tööülesannetest on seotud meditsiinilist haridust vajavate tegevustega ja mis need on?
- Kuidas on muutunud suhtlus patsientide/lähedastega seoses patsiendi liikumisega raviteekonna kaugemasse etappi?
- Kuidas mõjutavad koordinaatori teenuse vajadust patsiendi a) haigusseisundi raskusaste, b) lähedaste olemasolu ja aktiivsus, c) raviteekonna etapp?
- Millised on koordinaatori tööd toetavad (digitaalsed) tööriistad?
- Millised on koordinaatorite ettepanekud oma töö tõhusamaks muutmiseks ning koordinaatori teenuse tavapraktikasse rakendamiseks?

Teise etapi intervjuud viidi läbi ajavahemikus 9. juuni kuni 16. juuni 2021. Intervjuud viidi läbi video teel (*MS Teams*) ning intervjuude keskmiseks pikkuseks oli 1 tund 10 minutit.

Intervjueeritavad

Intervjueeritavad olid võrreldes esimese etapi intervjuudega samad ehk uuringus osalesid kõik seitse insuldikoordinaatorit neljast insuldi arendusprojektist, kes osalesid ka esimese etapi intervjuudes, sh oli tegu samade inimestega:

- PERH: 2 koordinaatorit,
- TÜK: 2 koordinaatorit,
- LTKH: 2 koordinaatorit,
- IVKH: 1 koordinaator.

Kolme projekti (TÜK, PERH, IVKH) viisinsuldikoordinaatorit töötavad arendusprojektis insuldikoordinaatorina jätkuvalt täiskohaga ning LTKH arendusprojekti kaks insuldikoordinaatorit töötavad arendusprojektis insuldikoordinaatorina jätkuvalt osajaga (projekti alguses ~16 tundi nädalas, nüüd ~5 tundi nädalas), tehes seda lisaks oma põhitööle kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötajana.

Patsientide arv

Ühe koordinaatori poolt hallatavate patsientide arv erineb projektide lõikes küllaltki suurel määral, jäädes 26 ja 60 patsiendi vahele. Sealjuures on täiskoormusega töötavate koordinaatorite patsientide arv vahemikus 41 kuni 60, osajaga koordinaatoritel vahemikus 26 kuni 30. Patsientide arv arendusprojektide ja koordinaatorite lõikes on välja toodud järgnevas tabelis:

		Patsientide arv
TÜK	koordinaator 1	60
	koordinaator 2	50
IVKH	koordinaator 1	47
PERH	koordinaator 1	45
	koordinaator 2	41
LTKH	koordinaator 1*	30
	koordinaator 2*	26

*osakoormusega

Oma praegust patsientide arvu nähakse üldjuhul optimaalsena, kuna patsientide üldarvust on umbes 2/3 patsientidest jõudnud raviteekonnal juba etappi, mil nad ei vaja enam aktiivselt koordinaatori tähelepanu ja teenuste koordineerimist. Aktiivsete patsientide (patsiendid, kes vajavad aktiivselt koordinaatori tähelepanu ja teenuste koordineerimist) optimaalseks arvuks täiskohaga koordinaatori kohta nimetati keskmiselt 30 patsienti, arvestusega, et nad ei lisandu kõik korraga, vaid 1-2 uut patsienti paari-kolme päeva jooksul:

„Praegu on 60 optimaalne aga mul on väike hirm selles osas, et kui iga päevaga mul neid juurde tuleb ja me neid juurde kaasame, siis ma ei tea, kunas piir ette tuleb.“

„Praegu saame hakkama. Kui aga ühel hetkel peaks 30 inimesel korraga tekkima mingisugused probleemid, siis ilmselt läheks pea vee alla. /.../ Saksamaa projektis oli ühel koordinaatoril vist 110 patsienti, see meie jaoks utoopiline arv.“

„Kui oleks 50 patsienti väga aktiivselt, siis oleks kindlasti väga raske.“

„Kuna teen projekti põhitöö kõrvalt, siis pean selleks eraldi aega võtma ja pingutama, et ka need 23 saaks ära teenindatud. Vahel tunnen, et see number liiga palju.“

„Kokku mul 35 patsienti. Neist surnud 3, üks läinud teise linnaossa ja üks hooldekodus. Seega 30 selliseid patsiente, keda pean läbi helistama. Aktiivseid patsiente 9. /.../ Kui koordinaatori töö oleks minu põhitöö, siis 70-80 patsienti võiks inimese kohta küll olla. Kui ma peaks aga olema haigla sotsiaaltöötaja + insuldikoordinaator, siis vast maksimaalselt 50“.

Tööülesanded

Koordinaatorite tööülesanded on nende endi sõnul jäänud suures osas samaks, mis detsembris 2020, küll on vähenenud tööülesannete maht seoses patsientide liikumisega raviteekonna kaugemasse etappi: raviteekonna koordineerimine, toetavates teenustes navigeerimise toetamine, patsiendi/lähedaste toetamine, raviplaanis ettekirjutatu jälgimine, vastuvõttude broneerimine jne. Küll on vähenenud osade tööülesannete maht seoses patsientide liikumisega raviteekonna kaugemasse etappi:

„/.../ ja näiteks insuldiõe vastuvõttud, need nüüd kõik möödas. Nende broneerimine võttis oma aja – just patsientidele helistamine ja broneerimise korraldamiseks. Samuti nende kõige aktiivsem taastusravi aeg on möödas, kus me organiseerisime neid taastusravile – neid sekkumisi on vähemaks jäänud. /.../ Aga tööülesanded üldjoontes on ikkagi samad ehk me jälgime patsientide raviteekondi, toetame taastumist, pakume teenuseid kui nendega kontakteerume ja ka perearstid on teavitatud.“

„/.../ ülesanded jäänud samaks aga need teekonnal liikudes vähenenud.“

TÜK:

Koordinaatorid ei tee enam projektipatsientide värbamisi, mis võtsid suure osa koordinaatori ajast. Alates 17. maist pakutakse teenust kõikidele patsientidele. Koordinaatorid kohtuvad osakonnas insuldipatsiendiga, tutvustavad toetavaid teenuseid ning soovivad patsiendile spetsiifilisi tema jaoks kõige sobivaimaid teenuseid. Võrreldes detsembriga on lisandunud igateisipäevased meeskonnakoosolekud, kus koordinaatorid saavad arstidelt, füsioterapeutidelt, logopeedidelt jt spetsialistidelt vajalikku infot. Struktureeritud eesmärkide seadmist koos patsientidega pole veel tehtud. Kuna ühel koordinaatoritest on meditsiiniline haridus, siis on ta

„Praegune kogemus ütleb, et kui esimesed kolm kuud saab täis (alates insuldi tekkest)...kolme kuu möödudes on neil ju ka insuldiõde vastuvõtnud, kus nad saavad veel nõu ja probleemidele lahendusi küsida..., siis peale kolme kuud üldjuhul harva helistatakse.“

Kui raviteekonna alguses oli kontakti algatajaks tihtipeale koordinaator, siis patsiendi raviteekonnal edasi liikudes väheneb koordinaatori poolt algatatud kontaktide osakaal ning koordinaatorid lasevad patsientidel ja lähedastel vajadusel ise kontakti võtta:

„Alguses hoidsin kindlasti ise rohkem kontakti aga nüüd helistan ise vähem ja lasen vajadusel neil endil kontakti võtta. Kusagil kolm kuud on optimaalne, et koordinaator on kontakti algataja.“

Vajadus koordinaatori teenuse järele

Intervjueeritavate sõnul vähendab üldjuhul aktiivsete ja teadlike lähedaste olemasolu koordinaatori teenuse vajadust, kuna nad korraldavad paljud asjad ise ära. Eriti on seda näha nende patsientide puhul, kes elavad koos oma lähedas(t)ega. Samas ei saa lähedase olemasolu ainukesena olla otsustavaks kriteeriumiks teenuse vajaduse hindamisel, sest sassis peresuhte jm probleemsete olukordade korral ei ole lähedase olemasolust patsiendile abi.

„Kui poeg elab näiteks teises linnas ja ema elab üksinda, siis ta (poeg) võib-olla tahaks aidata aga ei oska näha pilti, mis realselt toimub.“

Samuti on intervjueeritavate sõnul patsiendi seisundi raskusastmel mõju koordinaatori teenuse vajadusele. Suurim on vajadus teenuse järele 'keskmise-raske' haigusseisundiga patsientidel, kes vajavad taastumiseks palju erinevaid tervishoiu- ja sotsiaalteenuseid. Väiksem on koordinaatori vajadus nii väga kerge kui ka väga raske insuldiga patsientidel. Esimeste puhul on insuldi tagajärjed inimese tervisele olematud või nii leebed, et inimene raviteenuseid ei vaja ning naaseb oma igapäevaellu.

Väga raske seisundiga inimesed liiguvad tavaliselt haiglast otse hooldekodusse, kus patsiendi eest hoolitseb juba oma väljaõppinud personal ning koordinaatori teenuse järgi vajadus puudub. Samuti toodi välja, et suurem teenusevajadus on tekkinud mäluprobleemid:

„Mul olnud kokkupuudet ka patsientidega, kel tekkinud mäluprobleemid. Vot sellisel juhul on insuldikoordinaatori roll väga oluline. Kui nad ikkagi unustavad ära taastusravi- ja eriarstide vastuvõtnud ja saatekirjad, siis tänu minupoolsele meilivahetusele ja meeldetuletusele on saanud nad ikkagi arsti juurde.“

Enamus intervjueeritavatest tõi välja, et patsiendid vajavad koordinaatori teenust peamiselt esimesed kolm-neli kuud peale insulti:

„Raviteekonna edenedes insuldikoordinaatori vajadus kindlasti väheneb. /.../ Mulle tundub, et enamikele patsientidele on optimaalne teenuse aeg (esimesed) 3 kuud.“

„Suurem koordinaatori vajadus on raviteekonna alguses akuutses perioodis ja natuke peale seda.“

Koordinaatori tööd toetavad (digitaalsed) tööriistad

TÜK:

Koordinaatorid kasutavad projektipatsientide raviteekonna koordineerimiseks jätkuvalt Teleskoop lahendust. Kuna Teleskoop lahendus pole osutunud kasutajasõbralikuks, siis alates maikuust 2021 on koordinaatoritel kasutusel uus raviteekonna koordineerimise digilahendus EHL-register, kuhu dokumenteeritakse kontaktid patsiendiga, lähedasega, sotsiaaltöötajaga jne. Lisaks kasutavad koordinaatorid oma töös haigla infosüsteemi EHL, kust näevad patsiendi haiguslugu, raviskeemi, anamneesi, epikriisi, ambulatoorseid vastuvõtte jne.

„Me leidsime, et Teleskoop pole nii jätkusuutlik programm, et seda kasutada. Seal oleks vaja veel väga palju muuta, et seda üldse suuremalt kasutusele võtta. /.../ Ta (Teleskoop) jube aeglane, iga aken avaneb eraldi uues aknas, iga kord peab eelneva salvestama, tähed on piiratud... Aga vanad projektipatsiendid meil ikka Teleskoobis. /.../ Uute patsientide jaoks võtsime kasutusele uue digilahenduse EHL-register. See selline päästerõngas ehk lahendus, mille IT meile kiirelt löi.“

„EHL-registrisse on võimalus sisestada patsiendi isikuandmeid, millises ravietapis ta parasjagu on, mis me oleme teinud ja mis probleemid patsiendil on olnud, millega veel vaja tegeleda jne. /.../ Praegu tundub see tööriist mugavam kui Teleskoop.“

PERH:

Koordinaatorid kasutavad projektipatsientide raviteekonna koordineerimiseks jätkuvalt Pipedrive lahendust ja on sellega rahul. Lisaks kasutavad koordinaatorid oma töös haigla infosüsteemi Ester (haiguslugu) ning eesti.ee andmebaasi (surmade kontrollimiseks):

„Kiidaksin siinkohal Pipedrive'i. Me ise oleme kujundanud seda endale mugavaks. Õnneks see võimaldab nii palju ja teda on hästi kerge hallata. /.../ Seal saame teha endale ülesandeid – et näiteks helista patsiendile sel ajal ja sel teemal. Siis süsteem viskab selle sulle õigel ajal ette, et helista talle ja teema, miks sa tahtsid helistada. Saab teha ka teistele ülesandeid, et see juhtus ja mis vaja teha on. Saab panna kindla aja, millal teine osapool teate saab. Saab panna teistele ka lihtsalt informatsiooniks infot. Lisaks koordinaatoritele ja perearstidele ja -õdedele kasutavad ja teevad Pipedrive'i sissekandeid ka teised spetsialistid.“

„Saad saata süsteemi (Pipedrive) kaudu kirja või teavituse pereõele ja ta siis loeb ja saadab süsteemi kaudu vastuse. See mugav, sest pole nii, et telefon jälle heliseb ja...ta saab ise valida vastamiseks sobiva aja.“

IVKH:

Koordinaator kasutab projektipatsientide raviteekonna koordineerimiseks jätkuvalt HEDA lahendust (raviplaan) ja haigla infosüsteemi (haiguslugu):

„Meie ütleme raviteekonna plaani kohta 'raviplaan'. Sinna on mul dokumenteeritud patsiendi raviskeem, diagnoosid ja kõik muu vajalik. /.../ Algselt oli plaanitud, et kogu info raviplaani sisestavad ravimeeskonna liikmed ise. Raviarst (neuroloog) küll täidab ja jälgib ka raviplaani aga perearstidega meil selline olukord, et...nad ei ole läinud sellega kaasa. Kahjuks meil on siiani ainult üks sissekanne raviplaanis perearsti poolt ja see sai tehtud eelmise (2020) suvel.“

LTKH:

Koordinaatorid kasutavad projektipatsientide raviteekonna koordineerimiseks jätkuvalt Excel tabelit. Lisaks kasutavad koordinaatorid oma töös sotsiaalteenuste infosüsteemi STAR,

(koordinaatorid põhikohaga kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötajad). Lähiajal peaks koordinaatorid saama ligipääsu ka haigla infosüsteemi LIISA:

„Excel tabelisse sisestavad infot nii koordinaator kui ka kõik muud spetsialistid – raviarst, õed, füsioterapeut, logopeed, psühholoog. Juulis peaks lisanduma ka ligipääs haigla infosüsteemile.“

„Väga palju näeme STAR programmist – kas puue, kas sotsiaaltranspordi kasutaja... Tervisepoolt me ei näe.“

Kuigi raviteekonna plaan on koordinaatoritele töö korraldamisel abiks, ei võimalda see neil saada igal ajahetkel vajalikku infot oma patsiendi viimasest kehtivast ravi- ja teenusplaanist. Sageli sisestavad koordinaatorid andmed raviteekonna plaani ise (TÜK, IVKH, PERH, LTKH) saades info kas raviarstilt, teistelt teenuseosutajatelt, patsiendilt või vaadates andmeid haigla infosüsteemist. Samas kui patsient käib partnerhaiglate või koostöö partnerite ringi mittekuulvas asutuses, siis selle kohta koordinaator infot ei saa:

„Info raviplaani sisestan põhimõtteliselt ise. Saan raviarstilt (neuroloog) teada, millal patsiendil korduvvastuvõtt arsti juurde või kui patsiendil taastusravi, siis korraldan asjad ja sisestan info raviplaani. Mõne asja pean patsiendilt üle küsima, et kas ja millal ta käis kusagil.“ (KO5).

„Kui patsient ei käi meie haiglas või meiega koostöös oleva perearstikeskuse juures, siis ma ei tea värskemata infot ja seda oma süsteemist ei näe.“

„Kui oleme vahetevahel perearstidelt küsinud infot, siis nad ütlevad, et see patsiendi konfidentsiaalne info ja nad ei saa seda meile edastada.“

Olulisemate funktsionaalsustena digitaalse raviteekonna koordineerimise tööriista juures nimetasid koordinaatorid:

- endale ja teistele (nii asutuse siseselt kui väliselt) erinevate ülesannete ja meeldetuletuste loomine;
- kasutajasõbralik suhtlus partneritega kiire info edastamiseks;
- liidestatus ja andmepäringute võimalus teistest süsteemidest nagu STAR, Retseptikeskus, perearstide infosüsteem, haiglate infosüsteem jne;

„Kui patsient koordinaatorile juba helistab näiteks retsepti pikendamise asjus, siis selle asemel, et öelda patsiendile, helistage ise perearstile retsepti pikendamiseks, võiks süsteem võimaldada mul saata ise perearstile kiri, et patsient vajab retsepti pikendamist.“

„Lisaks võiks olla andmete päring teistest andmebaasidest – näiteks retseptid või haiguslugu. Eriti kui patsient on mujal käinud. Samuti võiks süsteem ühilduda STAR programmiga.“

„Oluline, et kogu info, nii perearstide kui ka KOV sotsiaaltöötajate poolne, liidestuks süsteemi./.../ tõesti, kui oleks üks koht, kust näha, et omavalitsusest on patsiendile määratud tugiisik ja koduteenus, ning perearst on patsiendil võtnud raviskeemist maha vererõhuravimid, mis talle neuroloogiast tegelikult peale pandi...kui kõik see info oleks ühest kohast kätte saadav, siis see oleks super unistus.“

Süsteemsed murekohad

Lahendamist vajavate süsteemsete murekohtadena nimetasid koordinaatorid:

- puudub ühtne andmebaas, millest näeks kõike patsiendiga tehtut (tervishoid + sotsiaal);
- saatekirjade väljastamise süsteem aeganõudev ja kohmakas (haigla vs perearst);
- vähene perearstide ja/või pere-/koduõdede koduvisiitide arv ja soovimatus neid teha;
- vajalike teenuste puudumine või piiratud saadavus (voodikeskse patsiendi koduteenused, psühholoogi teenus);
- surnud patsientide kohta kiire info saamine;
- lähedaste hoolduskoormuse suurus;
- partnerite vähene teadlikkus insuldikoordinaatori rollist.

„Kui patsiendil on vaja minna füsioterapeudi juurde ja ta on kodus, siis ei saa haigla arstid enam anda patsiendile saatekirja, et ta saaks taastusravi arsti vastuvõtule, kes siis omakorda määraks talle vajaliku füsioteraapia teenuse. Selleks, et jõuda vajaliku spetsialisti vastuvõtule, peab läbima hästi palju etappe.“

„Vajalik, et pere- või koduõde käiks patsiendi juures kodus kasvõi korra kuus ja vaataks üle tema tervisliku olukorra ja raviskeemi. Inimese olukord võib ju ajas muutuda – vahel tuleb ravimi annust vähendada ja oleks vaja, et ta (õde) võtaks vereproovigi. /.../ Väga raske on saada perearste koduvisiidile.“

„Selleks, et patsienti aidata, peavad olema olemas ka teenused, mida probleemi lahendamiseks kasutada. Probleemiks on, et kodus pakutavaid teenuseid on vähe. Eriti neid, mis olulised voodikesksetele patsientidele.“

„Me tükk aega proovisime aru saada, mis andmeid me saame seoses surmadega. Et mitte helistada kogemata lähedasele ja küsida rõõmsalt, et kuidas patsiendil läheb? Aga kuidas tal ikka läheb, kui ta juba eelmisel kuul suri ära? Saame vaadata muidugi eesti.ee-st aga see lisatöö. /.../ Varem saatis haigekassa meile andmed ühte moodi ja nüüd saadab teistmoodi – teine süsteem. Me peame nüüd lahkunute leidmiseks nimesid käsitsi sisestama ja otsima. See teeb meie töö keerulisemaks.“

„Mul oli olukord, kus neuroloog sulges haiguslehe, kui patsient kirjutati haiglast välja aga patsient vajab haiguslehe pikendamist. Ma helistasin perearstile ja mul läks ikka aega, et selgitada talle, et ma pole mingi suvaline inimene, vaid helistan haiglast ja tegu patsiendiga, kelle raviteekonda koordineerin.“

Koordinaatori rolli tavapraktikasse rakendamine

Koordinaatorid töid välja, et tavapraktikasse rakendamisel oleks teenusest enim abi insuldi (k.a TIA) või infarkti läbi põdenutele ja onkoloogilistele haigetele. Haiguse raskusastme põhjal saaksid teenusest enim abi 'keskmise-raske' diagnoosiga patsiendid, samuti mälu ja meeleoluhäiretega patsiendid. Lisaks patsiendid, kel palju kaasuvaid haigusi, suurem lisateenuste vajadus ja nõrk tugivõrgustik.

Tööülesanded peaksid koordinaatorite arvates olema sarnased praegustele ülesannetele: toetavate teenuste vajaduse tuvastamine, raviteekonna koordineerimine, patsiendi/lähedaste toetamine, raviplaanis ettekirjutatu jälgimine (vastuvõtud, analüüsid, saatekirjad, ravimid), insuldiõde vastuvõttude broneerimine, perearstide teavitamine patsiendi haigestumisest. Mainiti ka, et koordinaatorid võiks teha ka vastuvõtte ning koduvisiite.

Optimaalne patsientide arv ühele koordinaatorile sõltub koordinaatorite sõnul suuresti koordinaatori täpsetest tööülesannetest, kuid toodi välja, et täiskohaga koordinaatorile võiks olla optimaalne 50-80 patsienti, kes raviteekonna eri etappides (aktiivseid patsiente 30 ringis).

Kontakti algataja ja kontakti tiheduse osas tõid koordinaatorid välja, et raviteekonna alguses peaks koordinaator siiski ise olema aktiivsem pool ning kindlaksmääratud aegadel patsiendiga ühendust võtma. Esimene koordinaatori poolt algatatud kontakt patsiendi ja lähedastega võiks toimuda kohe haiglas, teine kontakt võiks olla 7 päeva peale patsiendi koju jõudmist ning kolmas kolm kuud peale insulti. Raviteekonna hilisemas faasis võiks koordinaator jääda patsiendile passiivseks kontaktiks.

Teenuse lõpetamine peaks olema iga patsiendi puhul otsustatud individuaalselt, vastavalt tema paranemise kiirusele ja vajadustele. Insuldipatsiendi puhul võiks miinimum koordineeritav aeg olla 3 kuud. Teenuse lõpetamise osas võiks otsuse teha meeskond, kuhu kuuluvad vähemalt raviarst ja perearst. Meeskond teeb koordinaatorilt saabuva info põhjal (teenuse lõpetamine) otsuse, kas teenust vajalik jätkata või võib teenuse lõpetada. Kaasatud peaksid olema ka patsient ja tema lähedane. Peale teenuse lõpetamist liigub patsient esmatasandile perearsti jälgimisele. Suure sotsiaalteenuste vajadusega inimesed KOV sotsiaaltöötaja või piirkonna hoolduskoordinaatori olemasolul, hoolduskoordinaatori jälgimisele.

Rahulolu

Koordinaatorite hinnang oma töö vajalikkusele on võrreldes eelmise aasta detsembriga tõusnud 6,5% (keskmine hinne 5palli skaalal 4,5). Hinnang oma tööga rahulolule on võrreldes eelmise aasta detsembriga langenud 11% (keskmine hinne 5palli skaalal 3,93). Rahulolu vähenemise põhjustena on koordinaatorid välja toonud töö sobimatust oma isikuomadustega, tööülesannete ebaselgust, töö rutiinsust ja aja vähesust projektiga tegelemiseks.

Arendusprojektidesse patsientide kaasamise kriteeriumid

TÜK:

- Arendusprojekti alguses (2020):
 - valimisse sisselülitamise kriteeriumid:
 - esmane insuldihaige, kes on saabunud neuroloogia statsionaari põhidiagnoosiga I63; või korduv insuldihaige varasema diagnoosiga I63, kelle viimasest haigestumisest on möödunud vähemalt üks aasta;
 - äge isheemiline insult peab olema põhidiagnoos, kuid patsiendil võib olla rohkem kui 1 aasta tagasi olnud insult;
 - lisateenuste (erinevad taastusraviliigid ja/või statsionaarne õendusabi ja/või sotsiaalteenused) vajadus enne insuldikeskusest lahkumist;
 - elukoht Lõuna-Eestis.
 - valimist väljalülitamise kriteeriumid:
 - sügav dementsus ja/või ööpäevaringse hoolduse vajadus enne insulti ja/või mõni muu raske haigus, mis halvendab oluliselt patsiendi prognoosi;
 - eeldatav halb prognoos elulemusele;
 - kliinilise seisundi tõttu ei vaja patsient lisateenuseid.
- Alates 17. maist 2021 pakutakse insuldikoordinaatori teenust kõigile I60-I63 diagnoosiga patsientidele.

PERH:

- Lahenduse „Digitaalne juhtumikorraldaja“ kaasamiskriteeriumid:
 - kõik isheemilise insuldi diagnoosiga patsiendid, kes saavad akuutravile vahemikus 01.06.2020-31.08.2020, kelle registreeritud elukoht asub Mustamäe LOV või Rapla vallas ning kes on ise või kelle lähedased on piisavad digipädevad, et kasutada insuldiäppi.
- Lahenduse „Insuldi konsiilium“ kaasamiskriteeriumid:
 - kõik isheemilise insuldi diagnoosiga patsiendid, kes saavad akuutravile vahemikus 01.09.2020-30.11.2020 ja kelle registreeritud elukoht asub Mustamäe LOV.
- Lahenduse „Ühtne inforuum“ kaasamiskriteeriumid:
 - kõik isheemilise insuldi diagnoosiga patsiendid, kes saavad akuutravile vahemikus 01.09.2020-31.05.2021 ja kelle perearst on Rapla või Märjamaa perearstikeskuses.
- Lahenduse „Insuldijärgne tugiprogramm“ kaasamiskriteeriumid:
 - kõik isheemilise insuldi diagnoosiga patsiendid, kes saavad akuutravile vahemikus 01.06.2021-30.06.2021, kelle suhtluskeel on eesti keel ja kelle tervislik seisund võimaldab neil osaleda kas kogemusnõustamise või kõneraskustega inimeste tugigrupis.
- Lahenduse „Personaalne insuldiõde-juhtumikorraldaja“ kaasamiskriteeriumid:
 - (1) kõik isheemilise insuldi diagnoosiga patsiendid, kes on kaasatud eelnevalt mainitud gruppidesse, (2) kõik isheemilise insuldi diagnoosiga patsiendid, kes saavad akuutravile vahemikus 01.06.2020-31.08.2020, kelle registreeritud elukoht asub Mustamäe LOV või Rapla vallas ning kes ei kuulu digitaalse juhtumikorraldaja gruppi.

IVKH:

- Lahenduse nr 1 ehk "Raviplaani lahendus" valikukriteeriumid:
 - kerge-mõõduka neuroloogilise defitsiidiga insuldahaiged ja nende lähedased. (fookuses on nii patsient kui ka lähedane, uuringugrupi suurus 30 patsienti ja 30 lähedast ning võrdlusgrupi suurus 30 patsienti ja 30 lähedast).
- Lahenduse nr 4 ehk "Lähedaste kaasamine" valikukriteeriumid:
 - raske isheemilise insuldiga patsiendid ja nende lähedased (uuringugrupis 20 ning võrdluses 20 patsienti ja nende lähedast; ühe patsiendi kohta üks lähedane).

LTKH:

- patsiendi piirkondliku insuldikoordinaatori olemasolu (kaasamisperiood alates september 2020 kuni 75 projektipatsiendi arvu täitumiseni).