

Insuldi juhtprojekti juhtrühma koosoleku PROTOKOLL nr 1

Teams keskkonnas

30.04.2020 nr 1.1-6.6/19

Algus kell 13.00

Lõpp kell 16.30

Juhatas: Karl-Henrik Peterson/Tiina Sats

Protokollis: Reelika Truuts

Osa võtsid: Maarja Mõtus, Mikk Jürisson, Donald Kiidjärv, Janika Kõrv, Teele Orgse, Kersti Reinsalu, Tarmo Bakler, Terje Peetso, Katrin Reinhold, Gerli Aavik-Märtmaa, Helve Kansi, Kaja Elstein, Merle Liivak, Gerli Liivet, Siim Kallast, Heli Paluste

Haigekassa- Kitty Kubo, Sirje Kree, Pille Banhard, Tiina Sats, Mariliis Põld, Kaljo Poldov, Marko Tähnas, Rõõt Palmiste, Malle Avarsoo

IVKH- Katrin Põld, Toomas Kariis, Anna Medvedeva

PERH- Andrus Kreis, Siim Schneider, Emilija Šventšenite, Liise Eiber, Siiri Heinaru, Triin Naudi

LTKH- Helin Pevkur, Katrin Gross-Paju

TÜK- Liina Pääbo

Puudusid Maivi Parv, Andres Kotsar

PÄEVAKORD:

- 1) Sissejuhatus juhtprojekti
- 2) Arendusprojektide tutvustused
- 3) Juhtprojekti edukuse mõõdikud
- 4) Tööplaan 2020. aastaks

I päevakorrapunkt

Sissejuhatus juhtprojekti

T.Sats tutvustab juhtrühma rolli, haigekassa insuldi juhtprojekti tuumikmeeskonda, juhtrühma töökorda, juhtprojekti eesmärki, juhtprojekti osasid sh arendusprojekte, patsiendi tervisetulemite mõõtmist ja raviteekonnapõhist tasustamist ning ajatelge.

II päevakorrapunkt

Arendusprojektide tutvustused

Ida-Viru Kesksaigla arendusprojekti tutvustus

K.Põld:

- projekti eesmärgid;

- oodatavad tulemused;
- projekti mõõdikud;
- projekti tuumikmeeskond;
- koostööpartnerid;
- lahendused;
- projekti ajakava;
- raviplaan sh digilahendus;
- raviteekonna koordinaator;
- insuldi- ja akuutravijärgsete meeskondade teenused;
- lähedaste kaasamine;
- veebilehe insult.ee koostöökokkulepe;
- patsienditeekonna uuringu ülesehitus;
- analüüs.

Küsimused/vastused

H.Kansi- mainiti 2 perearstikeskust, kas ainult nendega jääb koostöö?

K.Pöld- ei ole piiritletud ainult nende 2 keskusega, nendega jätkub koostöö raviplaani kooskõlastamise ja tagasisidestamise osas. Teeme koostööd kõigi keskustega, kelle patsiendid satuvad insuldiga haiglasse.

S.Kallast- digilahenduse arendus- mõeldud raviplaani jälgimiseks. Haigekassal ka hange käimas. Kas Teie arendus on Teie infosüsteemi jaoks?

K.Pöld- soovime digilahendust, mis integreeruks haigla infosüsteemiga ja tagaks ligipääsu rollipõhiselt.

K.Kubo- haigekassa ei hangi raviplaani jälgimise töövahendit. Hangime lahendust, mis mõeldud tervisetulemi ja kulude jälgimiseks.

T.Orgse- kas arutame digilahendust ka hilisemate punktide juures? Ma arvan, et IVKH otsus integreerida haigla infosüsteemiga, on ainuõige.

K.-H.Peterson- koosoleku lõpus peaks jääma aega selle teema aruteluks.

Lääne-Tallinna Keskhaigla arendusprojekti tutvustus

H.Pevkur ja K.Gross-Paju:

- projekti koostööpartnerid;
- insuldi läbiteinud inimese teekond ja mõõdikud;
- arendusprojekti testimine;
- TaCAS- LTKH kogemus, TaCAsE valim, mõõdik, testimise tulemuste hindamine, insuldikoordinaator;
- sõelhindamine ja aktiveerimine, ettevalmistustööd;
- raviplaan;
- tutvustus Meditsiiniuudistes, FB lehel.

Küsimused/vastused

S.Kallast- TaCAS- kui palju rahvusvaheliselt kasutatakse? Euroopas?

K.Gross-Paju- algselt võeti kasutusele Uus-Meremaal. Küsimustik oli mõeldud mõni aeg juba kodus olnud patsientidele, meil ei ole plaanis selekteerida. Küsimustik on vajalik patsiendi eesmärkide paika panemisel ja sellest tulenevalt edasiste otsuste tegemisel. Siiani ei ole ühegi patsiendi parim päev see, kui ta suunatakse kodu asemel hooldekodusse. Iga patsient soovib minna koju.

T.Orgse- tüsistuste vältimise protokoll- kas kasutatav ka mujal, kui ainult insuldil?

K.Gross-Paju- sobib kopsu-, põie- ja nahahügieeni jälgimiseks. Üpriski terviklik protokoll, praktilistel tegijatel ja koordinaatoril kasutamiseks väga positiivne kogemus. Et ei toimuks ebavõrdset kohtlemist ning et saaks täitjate vaatest tagasisidet, on kontroll-leht täielikult kasutusele võetud Närvihäiguste kliinikus, mitte ainult insuldi läbi teinud inimeste puhul.

T.Orgse- kas see on lisaks muudele tüsistuste vältimise protokollidele?

K.Gross-Paju– aluseks on meie enda meeskondade poolt kokku pandud tavalised muud protseduurid nõ kvaliteetne õendusteenus. Tegemist on check-listiga, et protseduur meelest ei läheks.

T.Peetso- 1.slaid - õendusravist enam koju ei saa, maandub hooldusesse?

K.Gross-Paju – planeeritud, et inimesed ei satu õendusesse enne, kui nad on võimetele vastava taastusravi läbinud. 30 päeva on murdepunkt, millal ilmneb, kas inimene saab minna statsionaarsele taastusravile või koju, kui selleks valmis ei ole, siis suunatakse õendusabisse. See ei tähenda, et keegi õendusest koju kunagi ei saa.

T.Peetso- TaCAS printsiip peaks olema igapäevase töö rutiiniks – inimese käest küsida, mis on tema jaoks oluline.

Põhja-Eesti Regionaalhaigla arendusprojekti tutvustus

T.Naudi:

- koostööpartnerid;
- lahendus 1- personaalne insuldiõde-juhtumikorraldaja;
- lahendus 2- digitaalne juhtumikorraldaja;
- lahendus 3- insuldi konsiilium ja patsiendi raviplaan;
- lahendus 4 – ühtne inforuum tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi vahel;
- lahendus 5 – insuldijärgne nõustamisprogramm;
- insuldiprojekti hetkeseis I kv põhjal: suurimad saavutused, suurimad väljakutsed, hetkel käimasolevad tegevused.

Küsimused/vastused

K.-H.Petreson- kui palju 1.-5. lahendusse patsiente ootate?

T.Naudi- meil on 2 piirkonda- Mustamäe ja Rapla. Lahendus 1 - 30 patsienti, lahendus 2- 15 patsienti, lahendus 3- 25 patsienti, lahendus 4 - 15 patsienti, lahendus 5 - 15 patsienti.

S.Kallast- personaalne ja digitaalne juhtumikorraldaja? Kas töötavad paralleelselt?

T.Naudi- esialgu töötab 2 paralleelset patsiendirühma, seega paralleelselt, aga patsiendid erinevad S.Kallast- digitaalne juhtumikorraldaja on väga hea idee, mõned inimesed pelgavad otsesuhtlust.

M.Avarsoo- kas olete mõelnud kuidas laiendada hakkate või ootate esmaseid tulemusi?

T.Naudi- liigume samm- sammult. Täna ei saa lubada, et kõik lahendused kasutusele võetakse, see ei oleks mõistlik. Peame olema veendunud, et need ka praktikas kasutatavad on. Praegune mõte on liikuda edasi samm-sammult.

K.-H.Peterson- kuidas planeerite valideerida?

T.Naudi- struktuur ja mis info, lepitakse jooksvalt kokku. Kogutakse kasutajatelt tagasisidet

Tartu Ülikooli Kliinikumi arendusprojekti tutvustus

L.Pääbo:

- TÜK-st algava raviteekonna kaardistus;
- koostöövõrgustik;
- insuldiprojekti 4 fookust: ladus korraldus: raviteekonna protsessi väljatöötamine ning ühtlustamine koostöövõrgustiku piires; inimkeskne sisu: tõenduspõhine ja inimkeskne insuldikäsitlus; toetav kogemus: patsiendikogemuse disain; uued teenused: innovatsioon insuldikeskusest koduni;
- patsientide kaasamine projekti;
- olulisemad järgmised sammud.

Küsimused/vastused

S.Kallast- patsiendi kaasamise punkt oli väga huvitav. Kuidas need maksimaalsed numbrid on kujunenud? Kuidas asi edasi areneb, et seda hinnata?

L.Pääbo- minimaalsed arvud saab siis, kui jagada kõik arvud 2-ga. Teiste sekkumiste puhul on arvud väikesed, sest me arvame, et meil peab olema inimese nõusolek, et võetakse ühendust tööandjatega. Me ei eelda, et tööaliste patsientide hulk, kes seda sooviksid, oleks väga suur. Pigem kaasame alguses lahendustesse patsiente vähem ja teeme lihtsamalt ning pärast vaatame,

kas lahendused hinnatakse patsientide ja ravimeekonna poolt toimivaks, et minna teemaga laiemaks. Fookustel on erinev prioriteetus, sujuv raviteekond on fookus nr 1.

S.Kallast- lõpus antakse hinnang?

L.Pääbo- jah, hinnangu annab nii patsient, kui ravimeeskond.

S.Kallast- partnerhaigla koordinaator ja insuldi koordinaator- kas näete info takerdumise riske?

L.Pääbo- selle eest peab vastutama kliinikumi koordinaator.

T.Peetso- kas MinuDoc platvormi kasutamine on iseseisev lahendus või on millegagi liidetud andmevahetus? Milliseid oskusi õpetate teraapiakoerale?

L.Pääbo- MinuDoc videokonsultatsioone osutavad kliinikumi töötajad, kes on patsientidega kokku puutunud. Võib esineda variant, et inimene vajab nt psühholoogi nõustamist ja ei saaks nii kiiresti tavamoel, siis tehaksegi otsus et saab psühholoogi konsultatsiooni. MinuDoc liidestumist haiguslukku, seda veel arutame. Teleskoopi jääb märke. Teraapiakoerad- selleks on meil abiks välja õpetatud koeretega Teraapiakoerte Ühing.

M.Mõttus- Teleskoop - kas seda kasutab ka patsient või patsiendi lähedane raviplaanist ülevaate saamiseks?

L.Pääbo- põhiliselt kliinikumi insuldi koordinaator. Väga loodame, et patsiendi ja nende lähedased oleks sellest huvitatud.

III päevakorrapunkt

Juhtprojekti edukuse mõõdikud

T.Sats tutvustab esmast visiooni.

Oleme projekti meeskondadega mõtteid vahetanud, ühist arutelu pole veel toimunud, väga ootame juhtühma ettepanekuid.

Pakume aruteluks järgmised juhtprojekti edukuse mõõdikud:

- 1) Insuldijärgse elukvaliteedi parandamine- tööle naasmine, makstud sotsiaalmaksu muutus, *elukoht peale insulti, suremus*, funktsionaalne võimekus, patsiendi hinnatud tervisetulemid (elukvaliteet), elukvaliteediga kohandatud elulemuse ja kulude suhe*
- 2) Tervikliku raviteekonna arendamine- *patsiendi hinnatud kogemus*, kordusinsultide esinemine 90 päeva jooksul*, välditavate tüsistuste esinemine*, antikoagulantravi määramine ja välja ostmine, patsientide visiidid perearsti ja eriarsti juurde 30 ja 90 päeva jooksul**, taastusravile jõudnud patsientide osakaal, taastusravi intensiivsus tundides, mediaanaeg ravietaappide vahetamisel

*Projektimeskonnad on tõstatanud, kas terviklikum raviteekond mõjutab nende mõõdikute väärtusi

** Projektimeskonnad on tõstatanud, et eriarsti visiidid ei ole 30 või 90 päeva möödudes vajalikud

Kaldkirjas mõõdikud, mille puhul ei saa tulemusi võrrelda juhtprojektile eelivate perioodidega

S.Kallast- elukvaliteediga kohandatud elulemuse ja kulude suhe?

T.Sats- üritame mõõdikud kokku leppida ja siis alles liigume täpsete tehniliste kirjelduste juurde. Planeerime selle mõõdiku väärtuse arvutamiseks kasutada ühe aasta elulemust, elukvaliteeti vastavalt PROMIS-10le ja kogu raviteekonna kulusid.

T.Peetso- mõõdetavad kõik. Elukvaliteedi mõõdikud paneksin kommunikatsiooni mõttes ette poole. Nad kajastavad paremini seda, mida tahame saavutada. Makstud sotsiaalmaksu muutus - see küll edukust ei näita, kahtlen selles. Tööle naasmine - see on hea näitaja, sotsiaalse tähtsuse tunne on positiivne. Mõned inimesed jäävad muudele kodustele tegevustele - lapselapsed vm. Tagasiside ja skaleeritavus- mida mõtlete?

T.Sats- mõttes, et kõiki neid lahendusi oleks võimalik laiemalt kasutusele võtta.

T.Peetso- siis ikkagi eskaleeritus.

K.-H.Peterson- maksubaas- tösi, mõni inimesed ei soovi enam tööl käia vaid tegelevadki lastelastega. Kuid, kas meil on põhjust arvata, et võrreldes teiste perioodidega on see struktuur (kes soovivad tööl edasi käia ja kes kodus olla) muutunud?

S.Kallast- toetan EHK ettepanekut. Ükski mõõdik üksisku tasemel ei kirjelda tulemust, tuleb vaadata suuremat hulka inimesi ja mõõdikuid komplektis koos. Makstud sotsiaalmaksu muutuse

mõõdik annab rohkem infot, kui tööle naasmine -kas inimese võimekus on säilinud. Kas mõõdikute rolliks on võrrelda piloodipatsiente ja teisi patsiente?

T.Sats- saab teha erinevaid võrdlusi. Need mõõdikud, mille puhul näeme andmeid eelmistest aastatest, saame võrrelda juhtprojekti eelset perioodi juhtprojektiga. Need mõõdikud, mille puhul eelmiste aastate kohta andmeid ei ole, saame võrrelda arendusprojektide patsiente sama asutuse kontrollgrupiga. Nt hinnatud tervisetulemid- saame võrrelda samas haiglas olevaid patsiente.

T.Orgse- tervikliku raviteekonna arendamise 4 viimast mõõdikut- mis on nende mõõdikute mõõtmise eesmärk?

T.Sats- eesmärk on vaadata, kas raviteekond oli terviklik. Taastusravi puhul oleme ideaali kokku leppinud, saame võrrelda, kas patsiendid said sellises mahus ravi.

J.Kõrv- insuldijärgse elukvaliteedi parandamine- ei oska öelda, kas ükski nendest mõõdikust oleks sobiv. Peaks ilmselt eesmärki kohandama. Tervikliku raviteekonna arendamine- antikoagulantravi ei oleraviteekonnaga üldse seotud, taastusravi- me ei tea, kui paljud seda üldse vajasisid. Samuti mediaanaeg- võib olla oli probleem, miks ei saanud edasi liikuda või võib-olla oli haiglas pikka aega ja ootas järgmisesse etappi minekut. Kuidas kommenteerite?

T.Sats- elukvaliteedi näidikud - patsiendi hinnatud tervisetulem näitab kahtlemata kõige paremini elukvaliteeti. Teiste näidikute puhul me eeldame, et seal on seos, nt kui patsient naastes tööle oli ilmselt ta elukvaliteet ka parem, kui seda mitte tehes. Taastusravi- inimeste vajadused on erinevad, ning üksikisiku vaatamisel järeldusi teha ei saa, küll aga suurema hulga vaatlamisel. Mis on ettepanek mõõdikute osas?

J.Kõrv- patsiendi hinnatud on kogemuse näitaja, mitte elukvaliteedi näitaja. Elukvaliteedi mõõdikud on olemas, mis on disainitud seda kõike mõõtma.

T.Sats- patsiendi hinnatud kogemuse (kas patsienti sai neid teenuseid, mida ta oleks pidanud saama) oleme lisanud raviteekonna terviklikkuse hindamise juurde. Patsiendi hinnatud tervisetulemi ehk elukvaliteedi hindamiseks kasutame juhtprojekti PROMIS-10 hindamisinstrumenti, mis on analoogne EQ-5D-ga, mõlemal hindamisinstrumendil on oma plussid ja miinused. PROMIS-10 tulemust on võimalik ka EQ-5D tulemuseks teisendada.

J.Kõrv- siis on sobilik

J.Kõrv- tuleb selgelt sõnastada, mida millega mõõdame ja kas see on kaudselt või otseselt. Kas mõõdikuid peab nii palju olema, äkki piisabki ICHOM-st, patsiendi kogemusest ja elukvaliteedist EQ-5D analoogiga.

M.Avarsoo- arvan, et esialgu võiksime mõelda nii, et paneme rohkem ülesandeid ja kogume rohkem andmeid ja hiljem analüüsime ja saame vajadusel mõnest loobuda. Kui me raviteekonna terviklikkust taastusravi puhul ei vaata, siis me ei saa seda ka hinnata seda.

K.-H.Peterson lahkub koosolekult

T.Orgse- peame mõõtma midagi, mille tulemusel saaksime midagi muuta. Mis sellest arutelust edasi saab, mis me mõõdikute osas edasi saab.

T.Sats- täna tahame koguda sisendit juhtrühmalt. Mis on mõistlikud mõõdikud millega edasi liikuda ja mis ei näita seda, mida soovime. Edasi peame tegema arutelu projektimeeskondadega. Peale seda läheme tehniliste kirjelduste juurde. Kas peaksime määratlema ka eesmärkväärtused? Hetkel oleme kahtlevad, sest periood on lühike ja me ei tea, mis sellest perioodist oodata, pigem paneme paika suuna, aga mitte eesmärkväärtuse.

T.Peetso- projekti hindamise jaoks oleks mõistlik koguda projektis osalevate haiglate tagasisidet, kas see kõik ka teostatav on?

T.Sats- jah, kindlasti. Teostatavust, tagasisidet ja eskaleeritavust soovime hinnata kõigi juhtprojekti osade puhul.

S.Kallast- toetan, et mõõdame kõiki kirjeldatud mõõdikuid. Kindlasti projekti käigus selgub, mis on parem, mis halvem mõõdik. Praegu tunduvad kõik mõistlikud, kui tuleb veel häid mõtteid saab veel täiendada.

T.Sats- suremus, kordusinsuldid tüsistused ja eriarsti visiidid, kus osas on kahtlusi. Kas sisse jätta või välja visata?

T.Peetso- tuleb teha selget vahet, kas on insuldiga seotud eriarsti visiidid või muul põhjusel.

K.Pöld- suremusega on sama küsimus, surm ei pruugi olla insuldiga seotud, vaid olla eakate inimeste suremus. Vahetuid surma põhjuseid on mitmeid.

K.Gross-Paju- mina toetan suremuse mõõtmist. Üldine kogu ravile hinnangut andev näitaja. Annab võimaluse pikalt tagasi vaadata. Annab hinnangu kas insuldi prognoos on paremaks muutunud.

K.Pöld – projektid on suunatud akuutravi järgsele käsitlusele, mis elu ja surma ei mõjuta, siis mis mõju me suremusele saame oodata.

K.Gross-Paju – suremus näitab raskemas seisus patsientide ravikvaliteet pärast akuutravi.

T.Orgse – ettepanek kõiki mõõdikuid mõõta. Teha mõõdikute testimine. Suremus on ainus mõõdik, mida ka OECD mõõdab ja avalikustab. Viimased 4 ei anna teadmist.

T.Sats- kas võiksime praegu juhtrühmas otsustada, et mõõdame kõiki neid mõõdikuid? Seejuures mitte eesmärk väärtusi paika panna ning esmalt kokku leppida interpretatsioonis.

S.Kallast- nõus.

K.Reinsalu- nõus.

G.Liivet- nõus.

T.Bakler- edasiste sammude osas tuleb pikk protsess, kuid mõõtmise osas vastu ei ole.

D.Kiidjärv- võiksime proovida kõiki, aga millisele lõppjäreldusele jõuame, see selgub hiljem.

J.Kõrv- kui mõõta, siis tuleb arvesse võtta seda, et võib esineda mõjutavaid faktoreid, mida tuleb analüüsida tulemuste saamiseks.

T.Peetso- lõpptulemust mõjutab tugevalt see aspekt, kuidas patsient haiglasse jõuab. Milline on patsiendi seisund haiglasse jõudmisel.

T.Sats- kas mõtled seda, kas patsient saabub haiglasse hooldekodust või kodust ning mis on insuldi raskusaste?

T.Peetso- jah.

T.Sats – neid aspekte võtame tulemite näitamisel arvesse.

T.Peetso – rõhutama peab seda, et parandada saame seda, mida mõõdame.

T.Bakler- lõppotsuse saab teha siis, kui mõõdikute definitsioonid on selged.

M.Mõttus- patsiendi lähedaste elukvaliteet - kas seea on ka midagi, mida võiks jälgida?

T.Peetso- väga toetan seda mõtet.

S.Kallast- saab vaadata näiteks lähedaste hinnatud kogemust, väga mõistlik mõte.

H.Paluste- nõus.

G.Aavik-Märtmaa- nõus. Lähedaste mõõdik on hea mõte.

T.Peetso- lähedaste makstud sotsiaalmaksu muutust võiks ka mõõta.

T.Orgse- lähedased ei ole defineeritavad, kahtlen kas selleks luba antaks

Juhtrühm otsustab – juhtrühm soovib mõõta kõiki insuldijärgse elukvaliteedi parandamise ja tervikliku raviteekonna arendamise mõõdikuid.

IV päevakorrapunkt

Tööplaan 2020. aastaks

T.Sats- pakun välja järgmised koosolekute ajad:

17.07 kell 11-15

22.10 kell 12-16

J.Kõrv – võiks teha küsitluse

T.Peetso- juulikuu keeruline, klassikaline puhkuste aeg. Kasutame aegade planeerimiseks doodle vm rakenduse abi.

T.Bakler- mõõdikute definitsioonid võiks enne projekti käivitumist teada olla. Samuti tulemite mõõtmise ja tasustamise detailid. Kas planeerime selleks lisaarutelu?

T.Sats- kas juhtrühm sooviks enne rakendamist ettepanekud rakendamiseks üle vaadata?

T.Orgse- sooviks küll. Lisaks sooviks koordinaatori ABC ja IT süsteemi kohta teada.

J.Kõrv – ka ICHOM-i rakendamist võiks tutvustada.

T.Sats- planeerime juunisse lisa koosoleku.

G.Liivet- see oleks mõistlik.

K.Reinsalu- ootaks ka koosoleku materjale võimaluse korral ette.

Juhtrühma liikmetele saadetakse aegade valikud järgmiste koosolekute planeerimiseks.

/allkirjastatud digitaalselt/

Karl-Henrik Peterson
Juhataja

/allkirjastatud digitaalselt/

Tiina Sats
Juhataja

/allkirjastatud digitaalselt/

Reelika Truuts
Protokollija