

TALLINNA TERVISHOIU KÕRGKOOL



Õenduse õppetool
Terviseteaduse õppekava

Triinu Leppik
Kerli Valdre

**RISKIPATSIENTIDE AKTIVEERIMINE ESMATASANDI
TERVISHOIUS - KOOLITUSPROGRAMMI VÄLJATÖÖTAMINE JA
PILOTEERIMINE JÄRVEOTSA PEREARSTIKESKUSE ÕDEDELE**

Arendusprojekt

Tallinn 2022

Oleme koostanud arendusprojekti iseseisvalt. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite töödest, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud. Lubame Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolil avalikustada oma arendusprojekti PDF-versiooni raamatukogu programmis.

Arendusprojekti autorite allkirjad:

.....

Kuupäev “.....” 2021.a

Juhendaja Jekaterina Šteinmiller RN, PhD

..... /allkiri/ Kuupäev

“.....”2021.a

Juhendaja Angela Eensalu-Lind RN, MA

..... /allkiri/ Kuupäev

“.....”2021.a

KOKKUVÕTE

Triinu Leppik, Kerli Valdre (2022). Tallinna Tervishoiu Kõrgkool. Õenduse õppetool. Terviseteaduse magistriõpe. Riskipatsientide aktiveerimine esmatasandi tervishoius - koolitusprogrammi väljatöötamine ja piloteerimine Järveotsa Perearstikeskuse õdedele. Töö on esitatud 29 leheküljel, kasutatud on 38 kirjandusallikat. Töö sisaldab ühte joonist ja seitset tabelit. Lisasid on neli, kokku 20 leheküljel.

Arendusprojekti eesmärgiks oli välja töötada koolitusprogramm ja viia läbi pilootkoolitus pereõdedele riskipatsientide aktiveerimise tõhustamiseks. Koolitusprogrammi koostamise ja rakendamise eesmärk oli täiendada ning parendada pereõdede teadmisi raviplaani olemusest ja põhimõtetest. Arendada oskusi raviplaani koostamisest ja kujundada valmisolekut saadud teadmiste rakendamiseks pereõenduses.

Arendusprojekti läbiviimisel toetuti Demingu kvaliteedijuhtimise Planeeri-Teosta-Kontrolli-Tegutse (*Plan-Do-Control-Act* ehk PDCA) protsessimudelile. Teoreetilise raamistiku aluseks oli tõendus põhise kirjanduse ülevaade.

Arendusprojekti tulemina valmis koolitusprogramm pereõdedele: "Raviplaani olemus, eesmärk ja selle koostamise põhimõtted riskipatsientide aktiveerimiseks esmatasandi tervishoius". Koolitusprogrammi piloteeriti Järveotsa Perearstikeskuses oktoobris 2021.

Arendusprojekti järelalusena tuuakse välja riskipatsientide jälgimise ja aktiveerimise ühtse kontseptsiooni loomise vajalikkuse.

Võtmesõnad: riskipatsiendi ravijuhtimine, patsiendi aktiveerimine, raviplan, esmatasandi tervishoid, koolitusprogramm pereõdedele

SUMMARY

Triinu Leppik, Kerli Valdre (2022). Tallinn Health Care College. Chair of Nursing. Health Sciences Master's program. Activation of risky patients in primary health care - development and piloting of a training programme for nurses at Järveotsa Family Medical Centre. Development project is presented on 29 pages, using 38 references. Development project contains one figure and seven tables. Four appendices on 20 pages.

The aim of this development project was to develop a training programme and to carry out a pilot training for family nurses to improve the activation of risky patients. The aim of designing and implementing the training programme was to increase and improve the knowledge of family nurses on the nature and principles of the care plan. To develop skills in the development of a care plan and to develop the readiness to apply the acquired knowledge in primary care nursing.

The Deming's Plan-Do-Control-Act (PDCA) was used as a process model for ensuring quality management of the development project. The theoretical framework was based on a review of the evidence-based literature.

As a result of this development project, a training programme for family nurses on "The nature, purpose and principles of care plan design for activating risky patients in primary care" was developed. The training programme was piloted in Järveotsa Family Medical Centre in October 2021.

As a conclusion of this development project, the need for a common concept for monitoring and activation of risky patients was highlighted.

Keywords: risky patients, care management, patient activation, care plan, primary care, training program for primary care nurses

SISUKORD

KOKKUVÕTE	3
SUMMARY	4
SISUKORD	5
SISSEJUHATUS	6
1. TEOREETILINE RAAMISTIK	9
1.1 Riskipatsientide käsitlemise eripärad	9
1.2 Riskipatsientide ravi koordineerimine ja raviplaani olemus	10
1.3 Riskipatsientide aktiveerimise versus võimestamise võimalused esmatasandi tervishoius	11
1.4 Pereõenduse kliinilise praktika parendamine koolituse abil	12
1.5 Kaasaegsed ja tõhusad õppemeetodid ning selle praktiline väärtus	13
2. METOODIKA	15
2.1 Organisatsiooni diagnostika	15
2.2 Ankeetküsitluse tulemused	16
3. ARENDUSPROJEKT	18
3.1 Ajaline raamistik, planeeritavad tegevused	18
3.2 Kommunikatsioon ja ressursside planeerimine	19
3.3 Riskijuhtimine	20
3.4 Monitooring ja kvaliteedikontroll	21
3.5 Projekti tulemused	22
4. ARUTELU	23
5. JÄRELDUSED	26
KASUTATUD KIRJANDUS	27

LISAD:

Lisa 1. Peamised surmapõhjused 100 000 elaniku kohta Eestis 2008. ja 2017. aasta võrdluses. Tervisekaotus ehk enneaegse suremuse ja haigestumise tõttu kaotatud eluaastad Eestis 2017. aastal

Lisa 2. Kroonilise haige hindamise küsimustiku statistilised tulemused

Lisa 3. Andmete väljavõtuleht

Lisa 4. Koolitusprogramm riskipõhise ravijuhtimise programmi kaasatud pereõdedele:

Raviplaani olemus, eesmärk ja selle koostamise põhimõtted

SISSEJUHATUS

Riskipatsientide all käsitletakse patsiente, kellel esineb kaks või enam kroonilist haigust - multimorbiidsus. Maailma rahvastiku vananemine ja pikaajalise suurenemine viimastel aastakümnetel on esitanud palju väljakutseid tervishoiusüsteemile. Uuringud kinnitavad, et multimorbiidsuse levimus on tõusutrendis erivanuses elanike seas. (Rijken jt, 2019: 1–2; Tan jt, 2019: 2).

2015. aastal avaldatud Eesti Haigekassa ja Maailmapanga analüüsi “Ravi terviklik käsitlus ja osapoolte koostöö Eesti tervishoiusüsteemis” tulemustest selgus, et statsionaarse aktiivravi ja hospitaliseerimise vajadus on välditavad, kui tugevdada perearstiabi. Üle poolte ambulatoorsetest visiitidest tehakse perearstide ja –õdede juurde. Krooniliste haigusseisundite kasvu tõttu suureneb vajadus õendusabi järele ja tervishoiuteenuste lihtsama kättesaadavuse järele seonduvalt patsiendi kahanenud funktsionaalsuse ja mobiilsuse tõttu (Ravi terviklik ..., 2015: 9–12). Viimasel kümnel aastal on Eestis eeldatav eluiga kasvanud, kuid tervena elatud aastate arv pidurdunud. Eesti meeste hulgas on tervisekaotuse peamisteks põhjusteks südame ja veresoonkonna haigused (35%), kasvajad (19%) ning vigastused ja mürgistused (11%), naiste seas aga südame-veresoonkonna haigused (40%), kasvajad (19%) ning lihasluukonna- ja sidekoehaigused (7%) (vt lisa 1 tabel 1–2). (Rahvastiku tervise ..., 2020: 7–8).

Riskipatsientide tervise vajadused on keerukamad ja nad vajavad rohkem erinevate tervishoiutöötajate sekkumisi, mille tõttu on oluline nende ravi koordineerimine. Ravi koordineerimise tulemusena valmib terviklik raviplaan, mis on oluline osa riskipatsientide paremate tervise- ja ravitulemuste saavutamiseks. Koordineerimata jätmine võib põhjustada erinevaid tervise ja raviga seonduvaid probleeme. (Fabbri jt, 2016: 2–3; O’Connor jt, 2018: 1–4; Kilbourne jt, 2018: 516).

Riskipatsientide paremaks juhtimiseks ja ennetamiseks on muudatused õendusteaduses, koolituses ja praktikas vajalikud, et aidata õdedel professionaalsemalt töötada patsientide, perede ja multidistsiplinaarsete meeskondadega koostöös ning osutada kvaliteetsemat õendusabi (O’Connor jt, 2018: 1–4). Üks võimalik lahendus selleks on koolitusinterventsiooni rakendamine, mis on laialt levinud sekkumine õpetamise kaudu, kus planeeritud õpe on eesmärgipärane, innovaatiline, õppijakeskne ja muutustele orienteeritud, sh õenduses. Selle eesmärk on parendada õppijate teadmisi, muuta nende hoiakuid piiratud aja jooksul. (Machado jt, 2018: 59; Rhodes ja Burgess, 2018: 197). Pereõenduses on koolitusinterventsioon tööalane

täiendkoolitus, mis on suunatud tegelikele praktilisele vajadustele tuues muutusi tervishoiu parendamiseks (Õdede erialase ..., 2003: 6)

Koolitusinterventsioon parendab õdede teadmisi, oskusi, suhtlemist, kultuurilist taju (Davis jt, 2014: 443) ning tõenduspõhist praktikat tervishoius (Wu jt, 2018: 110). Lynch jt (2017: 6) poolt teostatud uuringus leiti, et koolitusinterventsioon parendas oluliselt õendusdokumentatsiooni täitmist. Lisaks soovitati kasutada reaalsele juhtumitele keskenduvaid situatsioonülesandeid interventsiooni planeerimisel ja läbiviimisel, mis avaldas positiivset mõju õenduspraktikale. Machado jt (2018: 61) uurimistöo tulemustest selgus, et koolitusinterventsiooni järgselt pairesid õdede teoreetilised teadmised ja praktilised oskused.

Käesolev arendusprojekt on “Ravi juhtimise programmi kaasatud riskipatsientide aktiveerimine Eesti perearstikeskustes- koolitusinterventsioon pereõdedele” rakendusuuringu II etapp. Rakendusuuringu I etapis kaardistati kasutades ankeetküsitlust pereõdede hinnanguid riskipatsientide aktiveerimisele. Saadud tulemuste analüüsist leidis kinnitust arendusprojekti **uurimisprobleem**, milleks on pereõdede ebaühtalsed arusaamad riskipõhisest ravijuhtimisest ja individuaalse raviplaani koostamise olulisusest. Samas on patsiendikeskse raviplaani koostamine kvaliteetse tervishoiuteenuse oluline komponent ja on teenust iseloomustavaks teguriks. Tuginedes tõenduspõhisele kirjandusele, leiab kinnitust, et raviplaani on aidanud parendada patsientide tervisetulemeid, suurendada patsientide eneseabi võimekust ja vähendada tervishoiuteenuste kasutamist. (Eesti riskipõhise ..., 2018: 7–8).

Arendusprojekti **eesmärgiks** on välja töötada koolitusprogramm ja viia läbi pilootkoolitus pereõdedele riskipatsientide aktiveerimise tõhustamiseks. Koolitusprogrammi koostamise, piloteerimise ja rakendamise keskmes on täiendada ning parendada pereõdede teadmisi raviplaani olemusest ja põhimõtetest. Arendada oskusi raviplaani koostamisest ja kujundada valmisolekut saadud teadmiste rakendamiseks praktikas. Antud teemat ei ole Eestis varasemalt käsitletud ja puudub ülevaade, millised on tegelikult pereõdede tegevused ravi juhtimise programmi kaasatud riskipatsientide aktiveerimisele.

Eesmärgist lähtuvalt on püstitatud järgmised **ülesanded**:

1. Kirjeldada riskipatsientide käsitlemise eripära esmatasandi tervishoius tuginedes tõenduspõhisele teabele.
2. Koostada koolitusprogramm pereõdedele riskipatsientide aktiveerimise tõhustamiseks.

3. Piloteerida riskipatsientide raviplaani koostamise alast koolitusprogrammi Järveotsa Perearstikeskuses töötavate pereõdede seas.

Käesolev arendusprojekt valmis kahe magistrandi koostöös ning mõlemad autorid panustasid töö valmimisse võrdväärselt. Teoreetilises osas vastutas Kerli Valdre riskipatsientide ning Triinu Leppik koolituste väärtusi kirjeldava osa eest. Koolitusprogrammi koostamine, läbiviimine ja teised arendusprojekti osad valmisid magistrantide ühise panustamise tulemusena. Koostöö sujuvamaks arenguks kasutati *Google docs* programmi.

Arendusprojekt koosneb viiest peatükist. Esimene peatükk koosneb teoreetilisest raamistikust, mis kirjeldab riskipatsientide käsitlemist ja koolituste vajalikkust ning rakendatavust. Teine peatükk on arendusprojekti metoodika, mis kirjeldab, kuidas antud projekti ellu viidi. Kolmas peatükk kirjeldab arendusprojekti koostamise protsessi, kus tuuakse välja konkreetsed tegevused ajalise graafiku alusel. Neljandas peatükis ehk arutelus analüüsivad autorid arendusprojekti rakenduslikkuse ja mõju üle. Viendas peatükis on välja toodud arendusprojekti järelused.

1. TEOREETILINE RAAMISTIK

1.1 Riskipatsientide käsitlemise eripärad

Multimorbiidsuse paremaks juhtimiseks, ennetamiseks, individuaalsetele vajaduste rahuldamiseks ja kvaliteetse patsiendikesksete teenuse osutamiseks on pereõdedel oluline teada riskipatsientide eripärasid ja aktiveerimise võimalusi. Kaardistades riskipatsientide probleeme ja potentsiaalseid lahendusi selguvad pereõdede vajadused teadmiste ja oskuste täiendamise järele. (O'Connor jt, 2018: 1; Rijken jt, 2019: 1–2).

Krooniliste haigustega inimesed on igas vanuses tervishoiuteenuste peamised kasutajad ja moodustavad rohkem kui kaks kolmandikku tervishoiukulutustest ning on väljakutseks tervishoiuteenustele, eriti esmatasandile. Riskipatsiendid pöörduvad rohkem eriarstide vastuvõttudele, mis suurendab ravikulusid ja muudab esmatasandi arstiabi pakkujatel ravi koordineerimise keeruliseks, samas selle tegemata jätmine võib põhjustada erinevaid terviseprobleeme, uuringute dubleerimist, terviseseisundi halvenemist ja võimalik, et ka sellest tulenevalt ravivigu. (Fabbri jt, 2016: 2–3; O'Connor jt, 2018: 1–4). Läbilõikeuuringus, mis hõlmas 1,7 miljonit Šotimaa patsiente, leiti, et 30,4% 45–64-aastastest elanikkonnast, 64,9% 65–84-aastastest ja 81,5% 85-aastastest ja vanematest inimestest on teatatud vähemalt kahest kroonilisest haigusest. Ekspertide hinnangul elab 2030. aastaks 26% USA elanikkonnast mitme kroonilise haigusega. (Fabbri jt, 2016: 2–3).

Fabbri jt (2016: 7–9) toovad oma 2016. aastal läbi viidud uuringust välja, et riskipatsientidel on kõrgem suremus ja suurem risk sattuda statsionaarsele ravile. Halb üldine terviseseisund, sagedamini esinev depressioon, kehvem elukvaliteet ja madalam kehaline funktsioon esineb riskipatsientidel tihedamini kui ühe kroonilise haigusega patsientidel. Riskipatsientidel on suurem haavatavus haiguste ja väiksem resistentsus ägedate terviseohtude suhtes, näiteks suurem vastuvõtlikkus infektsioonidele. Lisaks on neil oht polüfarmatseerimisele, mis võib põhjustada ravimite omavahelisi konflikte ja kõrvaltoimeid.

1.2 Riskipatsientide ravi koordineerimine ja raviplaani olemus

Ravi kordineerimine on termin, mida kasutatakse kirjeldamiseks koostööd patsientidega, et töötada välja terviklik raviplaani, mis aitab patsientidel oma tervist paremini kontrollida ja oma eesmärgid saavutada. Ravi koordineerimine on patsiendikeskne lähenemisviis, mis hõlmab tervise-, kogukonna- ja sotsiaalteenuste õigeaegset koordineerimist patsiendi vajaduste rahuldamiseks. Ravi koordineerimine on partnerlus patsiendi ja erinevate teenuseosutajate vahel ning selle edukaks rakendamiseks on oluline kogu meeskond ja integreeritud lähenemine. (Kilbourne jt, 2018:516). Selline lähenemine on vajalik patsientidele, kellel on kroonilised haigused, kellel on pikaajalised ja/või kroonilised haigused ning on oht sattuda haiglasse või kellel võivad olla keerulised meditsiinilised vajadused, sealhulgas tervise sotsiaalsed tegurid. Puudulik ravi koordineerimine mõjutab keeruliste ja pikaajaliste seisunditega patsiente, nende kogemusi saadud tervishoiuteenustega ning süsteemi tõhusust. (Kripalani jt, 2014; Lindblom, 2019).

Raviplaani on patsientide ravisse kaasamise ja aktiveerimise vahend, mida kasutatakse patsientide tervisevajaduste ja ravieesmärkide koordineerimiseks. Raviplaani aitab parendada patsientide tervisetulemusi, toetada krooniliste haigustega patsientide iseseisvat toimetulekut, kui rakendada asjakohast ravi, tõhustada dokumenteerimist ning suurendada patsientide eneseabi võimekust. Samuti aitavad raviplaanid vähendada kulusid tervishoiusüsteemile. (Fabbri jt, 2016: 2–3; Eesti riskipõhise ..., 2018: 8).

Raviplaani on dokument, kus on kirjeldatud patsiendi ravi eesmärgid, vajaduste hindamine, enesejuhtimise tegevused, ravi koordineerimise kavad, ravimid ja kontaktinfo. Antud komponente sisaldav terviklik raviplaani peab olema kirjutatud patsiendile arusaadavalt ja on mõeldud kasutamiseks ravimeeskonnale, patsiendile ja võimalusel jagatav spetsialistide ning multidistsiplinaarsete meeskondadega. Raviplaani koostatakse koostöös patsiendiga ja eesmärkide seadmisel peab olema arvestatud nii patsiendi kui tervishoiuteenuse osutaja prioriteete. (Eesti riskipõhise ..., 2018: 8; Riskipatsientide ravi ..., 2021: 25). Raviplaani kasutatakse paljudes riikides ravi planeerimise integreeritud mudelite ühe osana (Kilbourne jt, 2018: 516). Eestis ei ole ühtset raviplaani kontseptsiooni, seetõttu erinevate projektide raames (PAIK, Riskipõhine ravijuhtimine, Insuldi juhtprojekt jt) kasutatakse raviplaanid, mis olid arendatud nende projektide raames ning erinevad sisu poolest.

Riskipatsientide integreeritud ravi hõlmab patsiendikeskset lähenemist, võttes individuaalsete raviplaanide lähtepunktiks patsientide vajadused, eesmärgid ja eelistused (Rijken jt, 2019: 1–2). Pereõdedel on oluline roll krooniliste haigustega patsientide jälgimisel ja nõustamisel vastavate ravijuhiste järgi oma pädevuse piires. Pereõdede vastuvõtul käivad krooniliste haigustega patsiendid vähemalt kord aastas, et kontrollida olulisi tervisenäitajaid, arutada toimetulekut haigustega ja igapäevase eluga ning haiguste kulgu mõjutavat käitumist. Pereõded jälgivad ja aitavad ellu viia patsiendile koostatud raviplaani. (Krooniliste haiguste ..., 2021).

1.3 Riskipatsientide aktiveerimise versus võimestamise võimalused esmatasandi tervishoius

Patsiendi aktiveerimist määratletakse kui hästi patsient mõistab oma rolli tervishoiuprotsessis ning tema teadmiste, oskuste ja enesejuhtimise taset oma tervise haldamisel. Riskipatsientide aktiveerimine selgitab välja patsientide tervisealased eesmärgid, edendab enesejuhtimist ja tagab raviplaani koostamise; aitab parendada patsientide ravitulemusi, mis omakorda vähendavad vajadust tervishoiuteenuste kasutamise järele. Riskipatsientide aktiveerimine suurendab keerukate haigustega patsientide ravi koordineerimist erinevate tervishoiuteenuste pakkujate vahel ja tervishoiusüsteemi tasemel. (Blakemore jt, 2016: 2).

Nii O'Connor jt (2018: 5–7) kui Rijken jt (2019: 9) uurimusetest selgus, et mitme kroonilise haigusega vajatakse esmatasandi tervishoius uusi ravi korraldamise mudeleid. Riskipatsientidel võivad olla väga erinevad ja komplitseeritud tervise vajadused, lisaks võivad kogeda nad funktsionaalset puuet ja probleeme igapäevaelus. Riskipatsientide ravi eeldab tihedat ja integreeritud koostööd erinevate tervishoiuteenuste pakkujate vahel. Seni on integreeritud ravi valdavalt kavandatud ja rakendatud täpselt määratletud haiguste ohjamiseks, näiteks krooniliste haiguste ennetusprogrammide või onkoloogiliste ravijuhiste kaudu.

Patsiendikeskseks õendusabi osutamiseks krooniliste haiguste korral tuleb tähelepanu pöörata patsiendi ravikoormusega toimetulekule. Mitme kroonilise haigusega toimetulek, raviskeemide järgimine ja erinevate tervishoiuteenuste osutajate juures visiitidel käimise planeerimine on patsientide jaoks väljakutse. Patsientide toetamiseks ja keerukate vajaduste rahuldamiseks tuleb õdedel pakkuda terviklikku hooldust, oluline on hinnata kõiki tervise aspekte alates füüsilisest kuni emotsionaalse ja sotsiaalse heaoluni. (O'Connor jt, 2018: 4).

Ed Wagneri (Wagner et al 1996) poolt Ameerika Ühendriikides välja töötatud kroonilise hoolduse mudel on viimastel aastatel pälvinud märkimisväärset tähelepanu sobiva raamistikuna esmatasandi tervishoiuteenuse osutamiseks krooniliste haigustega riskipatsientidele. Mudelil koosneb kuuest üksteisest sõltuvast komponendist: kogukonna ressursid, tervishoiusüsteemi tugi, enesejuhtimise tugi, teenuste osutamise süsteemi kujundamine, otsuste tegemise toetus ja kliinilised infosüsteemid. Mudeli keskmes on teadlik ja aktiveeritud patsient, keda toetab proaktiivne esmatasandi tervishoiu ravimeeskond, et välja töötada ja rakendada personaliseeritud raviplaani. (Self-management Support ..., 2016: 2). Toetatud patsiendi enesejuhtimine on laialdaselt kasutatav strateegia krooniliste haiguste ja riskipatsientide juhtimisega seotud probleemide lahendamiseks, sealhulgas patsientide abistamiseks elustiili käitumise muutmisel ja põhioskuste õppeks. Näiteks sümptomitele reageerimine, ravimite haldamine, dieedi parendamine, liikumise suurendamine, suitsetamisest loobumine ja spetsialistidega suhtlemise haldamine. (Blakemore jt, 2016: 2).

1.4 Pereõenduse kliinilise praktika parendamine koolituse abil

Õed moodustavad suurema osa maailma tervishoiu töötajatest ning puutuvad kokku paljude haigusjuhtudega. Õdede pädevuse hoidmine ning tõhus arendamine on seetõttu oluline ning suurendab tervishoiutöötajate kvantiteeti, kvaliteeti ja asjakohasust. (Bvumbwe jt, 2018: 6). Pereõde on perearsti meeskonna võrdväärne partner. Pereõdede teadlikkus enda teadmistest, hoiakutest, käitumisest ja emotsioonidest on aluseks edukale professionaalsele arengule, mis mõjutab tervishoiutöötaja võimet pakkuda patsientidele tõhusat abi, mis omakorda suurendab patsientide rahulolu teenusega ja teenuse järjepidevust (Childs-Kean jt, 2020: 919).

Pereõdede töövaldkonda kuuluvad haiguste ennetamine, tervise edendamine, õendusabiteenuste osutamine, üldarstiabi osutamine oma pädevuse piires ägeda tervisehäirega patsientidele, krooniliste haigete jälgimine, tervishoiuteenuste osutamist tõendavate dokumentide vormistamine ning dokumenteerimine (Perearsti ja ..., 2021: §4). Äärmiselt oluline on digipädevuse omamine, mis mõjutab märkimisväärselt esmatasandi tervishoiu jälgimissüsteemi ja dokumenteerimist (Romero-Rodríguez jt, 2020: 2). Schierhout jt (2016: 2) sõnul esineb rahvusvaheliselt dokumenteerimisel ebatäpsusi ning krooniliste haiguste ja kogu süsteemi hõlmavaid lahendusi nagu ravimite väljakirjutamine, hooldusprotsessid, laboratoorsed testid jne on keeruline teostada ning vähe teada. Selleks, et vastata tervishoiu kõrgetele standarditele on vajadus järjepideva täiendõppe järele. Romero-Rodríguez jt (2020:

2) rõhutavad vajadusele tugevdada tervishoiutöötajate täiendõpet, mille eesmärk on tervise edendamine ja riskitegurite ennetamine.

Koolituste rakendamise eesmärgiks on täiendada ja süvendada pereõdede teadmisi riskipatsientide aktiveerimisest ning arendada nende oskusi krooniliste haigete jälgimiseks. Õdede pädevust parendab koolitusinterventsiooni rakendamine, mis hõlmab erialased strateegilisi koolitusi. Selle läbi parenevad teadmised, suureneb kindlustunne ning praktilised oskused. (Kelly jt, 2015: 6; Machado jt, 2017: 61). Esmatasandi tervishoiu koolituste eesmärk on täiendada õdede teadmisi vastavalt kultuurililistele omapäradele, hõlbustada barjääride varajast tuvastamist, mille tulemuseks on parem ravitulemus erinevates elanikkonnarühmades (Sanchez jt, 2019: 2). Koolitusinterventsiooni rakendamine on vajalik organisatsioonilistes, ametialastes ja patsientidele suunatud sekkumistes ning arvuti kasutamise oskustes eriti eakamate õdede seas, kellel puudub digipädevus. (Romero-Rodríguez jt, 2020: 2).

Koolitusinterventsioon on oluline parendamiseks tervishoiu asutustes meeskonna toimimist. Meeskonna ebatõhus toimimine mõjutab kriitiliselt patsiendi ohutust. Ravimeeskonna parem toimimine viib patsiente paremate tervisetulemiteni ja tervishoiutöötajaid paremale töö tulemuslikkusele. Meeskonna toimimist mõjutavad protsessid hõlmavad otsuste tegemist, suhtlemist, sidusust, hoolduse koordineerimist, probleemide lahendamist ning keskendumist patsientidele ning nende perekondadele. (Kilpatrickl jt, 2020: 3).

1.5 Kaasaegsed ja tõhusad õppemeetodid ning selle praktiline väärtus

Õendusala täiendõpe on elukestev ja muutuv, mis soodustab kvaliteetse õendusabi osutamist (Davis jt, 2014: 443). Seega on täiendõpe oluline mitmetes erinevates sekkumistes ja ametialane areng vajab jätkupidevaks arenguks ajakohaseid ja teaduslikke tõendeid (Machado jt, 2018: 60; Thabet jt, 2017: 108). Terviseteaduse valdkonnas kasutatakse laias valikus õppimisstiili raamistikke (Childs- Kean jt, 2020: 925).

Suureneva koormusega tervishoiutöötajatele on traditsiooniline õppimine ligipääsmatum, aeganõudvam ja kulukam. Tervishoiualase täiendõppeks ja erialaseks arenguks kasutatakse järjest rohkem e-õpet, mis ületab geograafilisi ja ajalisi piiranguid ning on kulusäästev. Mitmekesiste meediakanalite ja edastusseadmete kasutamine võimaldab kaasahaaravaid ja interaktiivseid õppematerjale, mida saab vastavalt uutele tõenditele hõlpsasti ajakohastada ja

kohandada vastavalt tervishoiutöötajate õppimisvajadustele. (Tudor Car jt, 2019: 2). McDonald jt (2018: 172) on välja toonud, et e-õppe põhised programmid on paindlikud, kuid ei ületa reaalselt simulatsioonõpet. Paremaid tulemusi tervishoius annab e-õppe ja traditsiooniliste õppemeetodite põimimine.

Esmatasandi tervishoiu keskmes on meeskonnatöö ning koolitusinterventsiooni peetakse hädavajalikuks meeskonnakoolitustes, et parandada meeskonna toimivust ja tulemuslikkust. Tõhusamad on koolitused, mis kestavad vähem kui üks päev ning hõlmavad meeskonnaprotsesse, teadlikkuse parendamist, keskkonda, juhtimist, jagatud mõistmist, otsuste tegemist, suhtlemist, koordineerimist ja teadmisi meeskonnarollist. (Kilpatrick jt, 2020: 16; Romero-Rodríguez jt, 2020: 8). Kilpatrick jt (2020: 23) on välja toonud, et meeskonnatreeningutes parendavad üksikud kahetunnilised koolitusseansid tehnilisi oskusi. Kolm kuni neli 30–60 minutilist treeningut jaotatuna hõlbustab struktureeritust ja parandab mittetehnilisi oskusi. Igakuised koosolekud aitavad aja jooksul tekkinud muutustel säilida.

Õdede kliiniliste oskuste täiendamiseks on tõhusaks meetodiks simulatsioon. Simulatsioon on aktiivõppe meetod, mis koosneb teoorial põhinevast sessioonist ning sellele järgnevast praktilisest osast. (Kelly jt, 2015: 6; Machado jt, 2018: 61). Simulatsioonipõhist õpet kasutatakse keerukate oskuste praktiliseerimiseks tõhustades õendusoskusi diagnostiliste pädevuste ning mootorsete ja tehniliste oskuste edendamiseks (Chernikova jt, 2020: 501).

Õenduses on olulisel kohal otsustusoskus. Otsustusoskuse parendamiseks kasutatakse probleemipõhist õpet, mis suurendab õdede pädevust probleemide lahendamisel ja otsuste tegemisel. (Thabet jt, 2017: 109). Probleemipõhine õpe kasutab konstruktivistlikke põhimõtteid edendades õdede eelteadmisi, koostöös õppimist ning aktiivset kaasatust (Seibert, 2021: 86). Probleemipõhine õpe suunab õdesid ühise rühmatöö abil leidma riskipatsientide probleemidele parima lahenduse (Thabet jt, 2017: 109; Seibert, 2021: 86).

2. METOODIKA

2.1 Organisatsiooni diagnostika

Arendusprojekt viidi läbi Järveotsa Perearstikeskuses, kus on kasutusel riskipõhine ravijuhtimise programm alates 2017 aastast. Käesolev arendusprojekt on oma olemuselt empiiriline, kvantitatiivne ja kirjeldav. Arendusprojekti läbiviimisel toetutakse Demingu kvaliteedijuhtimise Planeeri-Teosta-Kontrolli-Tegutse (*Plan-Do-Control-Act* ehk PDCA) protsessimudelile (joonis 1). Demingi ringi abil selgitatakse välja, milline on hetkeolukord, püstitatakse eesmärgid, luuakse plaanid ning seejärel viiakse need ellu, rõhk on õppimisel. (Chödrön, 2009: 15). Demingi ringi kasutamine arendusprojekti protsessi kirjeldusel annab tegevustele kindla raamistiku ja võimaldab protsessi juhtimisele läheneda süstemaatiliselt.



Joonis 1. Demingi ring (Chödrön, 2009: 15).

Arendusprojekti edukaks toimimiseks moodustati töörühm, kuhu kuulusid töö autorid (2), arendusprojekti juhendajad (2), Järveotsa Perearstikeskuse töörühm (2) - pereõde- ja arst. Meeskonnatöö edukaks toimimiseks suheldi jooksvalt e-kirjade, Skype ja Zoomi koosolekute vahendusel vastavalt vajadusele. Koolitusprogramm viidi läbi kontaktõppena, arvestades Vabariigi Valitsuse poolt vastu võetud piiranguid, mis hakkasid kehtima alates 1.11.2021.

Teoreetilise raamistiku koostamisel on tuginetud erialasele, kaasaegsele ja tõenduspõhisele kirjandusele, mis on esitatud süstemaatilise kirjanduse ülevaatenähtena, usaldusväärse tagamiseks kasutati eelretsenseeritud artikleid (vt lisa 3).

Käesolev arendusprojekt on suurema mitmeetapilise rakendusuuringu II osa. Rakendusuuringu I etapis kaardistati õdede hinnanguid riskipatsientide aktiveerimisele. Selleks saadi esmalt luba Tervise Arengu Instituudi Inimiuuringute Eetika komiteelt. Andmeid koguti ajavahemikus oktoober-detsember 2020, Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli õe õppekava üliõpilaste poolt, kes on samuti rakendusuuringu projekti kaasatud. Anonüümne küsitlus viidi läbi veebipõhises keskkonnas *Microsoft Forms*, Carryer jt (2010: 120) valideeritud ühedimensioonilise küsimustiku *Modified Patient Assessment of Chronic Illness Care* (MPACIC) abil. Küsimustik koosnes 26 küsimustest, millest 6 taustandmed ja 20 põhiküsimused. Küsimustik oli tõlgitud inglise keelest vene ja eesti keelde ning tagasi inglise keelde. Õdede hinnanguid hinnati Likerti tüüpi skaala abil. Likerti poolt 1932.a. väljatöötatud skaalat peetakse üheks kõige usaldusväärsemaks hoiakute mõõtmise meetodiks (Osula 2008: 2). Küsimustikule vastasid 16 pereõde.

Kogutud andmetest moodustunud andmebaas edastati märtsis 2021 *Exceli* tabelina arendusprojekti autoritele, rakendusuuringu II etapi läbiviimiseks. Andmeid analüüsiti kirjeldava statistika abil (vt lisa 2). Analüüsi tulemused esitatakse kasutades illustreerivaid tabeleid või kirjeldatakse teksti sees. Kõik tulemused on mõõdetavad ja kontrollitavad.

Saadud tulemuste põhjal koostati ja viidi läbi koolitusprogramm 20. oktoobril 2021.a. Järveotsa Perearstikeskuses. Arendusprojekti algfaasis planeeriti läbi viia koolitus viies perearstikeskuses, kuid otsustati esmalt piloteerida koolitusprogrammi ühes suurimas perearstikeskuses, kus on kokku 8 perearsti nimistut ja töötab 17 pereõde. Nimistutes on kokku 14 484 patsienti, riskipatsiente sealhulgas 569. Koolitusprogrammi edukal läbiviimisel ja toimimisel plaanitakse laiendada see teistele perearstikeskustele üle Eesti. Koolitusprogrammi edukust ja vajalikkust hinnatakse tagasiside alusel.

2.2 Ankeetküsitluse tulemused

Rakendusuuringu I etapis ankeetküsitluse teel kogutud vastused koondati *Excelisse*, analüüsiti ja esitati tabeli kujul. Populatsiooni moodustasid perearstikeskuste nimistut töötavad pereõded $n = 50$. Tegemist oli käepärase valimiga. Vastamismäär oli 32% ($n=16$). Ankeetküsimustele vastanud olid naissoost, kellest 11 on rakendusliku kõrgharidusega, 3 rakenduskõrghariduse eriõe haridusega, 1 õendusteaduste magister õendusjuhtimise erialal ja 1

keskerihariduse/kutseharidusega õde. Vastanute vanus varieerus 27 - 58 aastat (M=38). Vastanute töökogemus tervishoius 2 - 31 aastat (M=11).

Skaala väitele, **kui sageli küsite patsiendilt mõtteid raviplaani kohta**, vastati enim vastuse variandiga “alati”, mis oli koguvalimist n=5 ning kõige vähem vastati valikvastusega “mitte kunagi”, mis oli koguvalimist n=1. Neljal korral vastati “üldiselt mitte”, kolmel korral vastati “mõnikord” ning kolmel korral vastati variandiga “peaaegu alati”.

Väitele, **annate talle kätte raviplaani koopia**, vastati koguvalimist enim vastustega “mõnikord” ja “mitte kunagi” vastavalt n=4 ja n=4. Kolm vastanut teeb seda “alati”, kaks “peaaegu alati” ning kolm vastanut valisid variandi “üldiselt mitte”.

Aitate tal ettevalmistada rasketel aegadel toimetulekuks, vastati koguvalimist enim “mõnikord” ja “üldiselt mitte” vastavalt n=5 ja n=5 ning vähim ehk n=1 koguvalimist vastusega “mitte kunagi”. “Alati” teeb seda kaks vastanut ja “peaaegu alati” kolm vastanut.

Väitele, **võtate ühendust visiidi järgselt, et uurida kuidas tal läheb**, vastati enim ehk n=10 koguvalimist “mõnikord” ning vähim “üldiselt mitte” ja “mitte kunagi” vastavalt n=1 ja n=1. “Peaaegu alati” teeb seda vastanutest neli.

Skaala väitele, **julgustate patsienti osalema elanikkonnale suunatud programmides, millest võiks abi olla**, vastati koguvalimist “mõnikord” ja “üldiselt mitte” vastavalt n=5 ja n=5. “Mitte kunagi” vastati kolmel korral, “alati” kahel korral ning “peaaegu alati” vaid ühel korral koguvalimist.

Saadud tulemuste analüüsist selgus, et pereõdedel on ebaühtlased arusaamad riskipõhisest ravijuhtimisest ja individuaalse raviplaani koostamise olulisusest. Patsiendi eesmärkide kaardistamine ning vastuvõtu järgne tagasisidestamine on antud vastuste põhjal vähene. Kirjandusest leiab kinnitust, et pereõdedel on oluline roll riskipatsientide käsitlemisel, raviplaani jälgimisel ja ellu viimisel (Fabbri jt, 2016; O’Connor jt, 2018; Kilbourne jt, 2018; Rijken jt, 2019).

3. ARENDUSPROJEKT

3.1 Ajaline raamistik, planeeritavad tegevused

Arendusprojekti ajalise raamistiku aluseks olid kõik planeeritavad tegevused ja aeg, mille jooksul pidid planeeritavad tegevused olema tehtud. Tegevuste ajaline raamistik koos täiendavate kommentaaridega on kajastatud tabelis 4.

Tabel 4. Arendusprojekti tegevuste ajagraafik

Kuupäev	Tegevus, kommentaarid
september 2020 - jaanuar 2021	Teoreetilise raamistiku kirjanduse otsimine, töötlemine ning sisupeatükkide kirjutamine, kahe artikli loomine
jaanuar - märts 2021	Autorite koostöös arendusprojekti raamistiku loomine ning sisupeatükkide kirjutamine
aprill - juuni 2021	Statistiline andmete analüüs ning arendusprojekti sisu täiendamine
juuni - oktoober 2021	Koolitusprogrammi ettevalmistus: teoreetiline ja praktiline osa
20. oktoober 2021	Koolitusprogrammi piloteerimine Järveotsa Perearstikeskuse pereõdede seas
november 2021	Koolitusprogrammi järgne kokkuvõtete tegemine ning arendusprojekti kandmine
detsember 2021	Arendusprojekti täiendamine, viimistlemine ja lõplik vormistamine
14-16 detsember 2021	Arendusprojekti esitamine
13. jaanuar 2022	Arendusprojekti kaitsmine

Arendusprojekti ja selle tulemiks oleva koolitusprogrammi koostamisel tugineti kirjanduse süstemaatilisele ülevaatele, mille planeeritud tegevused, kvaliteedikontrolli ning täiendamise meetodika koos ajalise ressursiga on kirjeldatud vastavalt William Edwards Deming'i pideva parendamise mudeli (1950) etappidele tabelis 5. Demingi ring on käsitlus, mis on abiks tegevuste ja eesmärkide omavahelise suhe süsteemseks täiustamiseks ning probleemilahenduste pidevaks täiustamiseks.

Tabel 5. Arendusprojekti protsess Demingi ringi põhjal.

Planeeri (<i>Plan</i>)	Planeeri , vaja on määratleda probleem, eesmärk ja protsess. <ul style="list-style-type: none"> - töenduspõhise kirjanduse ülevaade arendusprojekti teoreetilise raamistiku loomiseks (september-detsember 2020) - arendusprojekti arutelu: arendusprojekti vajalikkuse kinnitamine, tegevused ja ajakava, riskitegurid, eelarve ja ressursid, kvaliteedikontroll (veebruari-märts 2021) - projektiplaani koostamine (märts-aprill 2021) - koolitusprogrammi sisu koostamine (juuni-oktoober 2021)
Teosta (<i>Do</i>)	Rakendada tegevused eesmärkide saavutamiseks. <ul style="list-style-type: none"> - kahe teadusartikli kirjutamine - andmete analüüs (aprill-juuni 2021) - koolitusprogrammi piloteerimine Järveotsa Perearstikeskuses (oktoober 2021) - meeskonna koosolekud: projekti tutvustamine
Kontrolli (<i>Study</i>)	Kontrolli kas lahendus aitab elimineerida probleemi. <ul style="list-style-type: none"> - andmete analüüsi kontroll - meeskonna arutelud
Tegutse (<i>Act</i>)	Korrigeeri parandustegevuste kavandamist. <ul style="list-style-type: none"> - arendusprojekti vormistamine, esitamine (detsember 2021) - arendusprojekti kaitsmine (jaanuar 2022)

Demingi ringi kasutamine arendusprojekti protsessi kirjeldamisel annab tegevustele kindla raamistiku ja võimaldab läheneda protsessi juhtimisele süstematiseeritult.

3.2 Kommunikatsioon ja ressursside planeerimine

Esmalt tutvustati arendusprojekti autoritele rakendusuurigut “Ravi juhtimise programmi kaasatud riskipatsientide aktiveerimine Eesti perearstikeskustes- koolitusinterventsioon pereõdedele”. Seejärel moodustati meeskond ja lepiti kokku rakendusuuringu II etapi edasistes tegevustes.

Käesoleva arendusprojekti koostamise peamine kasutatav ressurss on autorite aeg, mida panustatakse arendusprojekti planeerimisel, koostamisel ja rakendamisel kõigis etappides. Arendusprojekti meeskonnaliikmete poolt panustatud ajaline ressurss kattub nende tööajaga ning lisa ressursse sellega ei kaasnenud. Arendusprojekti igakuised koosolekud lepiti eelnevalt kokku ja enamasti toimusid need Zoomi või Skype vahendusel, kestvusega umbes 30 minutit. Koosolekute vahelisel ajal suheldi ja edastati infot e-kirja teel. Arendusprojekti koostamisel ei

läinud autoritel vaja rahalist ressursi ega kaasnenud muid materiaalseid kulusid, investoriid puuduvad.

3.3 Riskijuhtimine

Riskijuhtimisest parema ülevaate saamiseks ja riskide maandamiseks koostati riskijuhtimise plaan (vt tabel 6). Võimalike riskide maandamine on oluline arendusprojekti eesmärkide saavutamisel.

Tabel 6. Võimalikud riskid ning nendega toimetulek

Võimalik risk	Riski esinemise tõenäosus	Riski ennetavad tegurid	Tegevused riski tekkimisel
Arendusprojekti autorite piiratud ajaline ressurss	madal	- ajakavast kinnipidamine - täpse ajaplaani koostamine - tulemuste vahehindamine	- põhjuste likvideerimine - planeeritud tegevuste ja ajalise ressursi korrigeerimine ja kriitiline hindamine
Koolitusel osalejate vähesus	kõrge	- pidev infovahetus - teema olulisuse rõhutamine - pilootprojekti edukatele tulemustele viitamine	- patsiendi tervisetulemi parandamise eesmärgi rõhutamine - teenuse kvaliteedi parendamise eesmärgi rõhutamine
Eriolukord riigis seoses Covid-19 viiruse levikuga	keskmine	- ajakavast kinnipidamine	- järeltegevuste planeerimine olukorra leevendamise järel
Algselt planeeritud kohapeal toimuva koolituse asemel veebikoolitus	keskmine	- ajakavast kinnipidamine - koolituse toimumise aja võimalikult paindlik kokkuleppimine perearstikeskustega	- veebikoolituse korraldamine

Antud arendusprojekti suurimaks riskiks võis pidada arendusprojekti autorite piiratud ajalise ressursi, seoses eriolukorraga tõusnud töökoormuse tõttu. Keskmise tähtsusega riskiks peeti Covid-19 viirusest eriolukorra kordust, mis võis piirata arendusprojekti läbiviimist.

3.4 Monitooring ja kvaliteedikontroll

Kvaliteedi ja monitooringu eest vastutavad arendusprojekti autorid. Arendusprojekti koostamisel lähtutakse kvaliteedijuhtimise põhimõtetest ja kasutatakse Demingu kvaliteedijuhtimise Planeeri-Teosta-Kontrolli-Tegutse (*Plan-Do-Control-Act* ehk PDCA) protsessimudelit (joonis 1). Arendusprojekti kvaliteedikontroll põhineb kvaliteedijuhtimise kaheksale põhimõttele, mille aluseks on kvaliteedijuhtimise põhimõtete rakendamine arendusprojekti elluviimisel vastavalt EVS-EN ISO 9000:2015 „Kvaliteedijuhtimissüsteemid. Alused ja sõnavara”. Eelmainitud kvaliteedijuhtimise põhimõtted on välja toodud tabelis 7.

Tabel 7. Kvaliteedijuhtimise põhimõte, kirjeldus ja kvaliteedi tagamine

Kvaliteedijuhtimise põhimõte	Kirjeldus	Kvaliteedi tagamine
1. Kliendikesksus	Individuaalne ravi koordineerimine võimaldab patsiendil saavutada paremaid tervisetulemeid	Raviplaan toetab meditsiinilist ja patsiendi ühiseid eesmärke ning tulemuslikku jälgimist
2. Eestvedamine	Arendusprojekti autorite poolt loodud visiooni jagamine ja täiendamine	Arendusprojekti meeskonnaga pidev kontakteerumine
3. Inimeste kaasamine	Töörühma loomine	Töörühma kuuluvad antud teemast huvitatud isikud
4. Protsessikeskne lähenemisiis	Tuginemine erialasele, kaasaegsele ja tõenduspõhisele kirjandusele	Riskipatsientide õige käsitlemine ja korrektse raviplaani koostamine tagab paremad ravitulemused
5. Süsteemne lähenemine juhtimisele	Koolitusprogrammi piloteerimine	Koolitavate tagasiside ning sellele tuginedes järeltuste tegemine
6. Pidev parendamine	-Jätku koolituste loomine -Rakendatavuse kontrollimine	-Koolitusprogrammi täiendamine -Koolitusel osalejate tagasiside ja sellega arvestamine
7. Faktipõhine lähenemine otsustamisele	Teoreetilise raamistikute loomine tuginedes tõenduspõhisele kirjandusele	Koolitusprogrammi täiendamine tõenduspõhise uuendusliku teabega
8. Vastastikku kasulikud suhted tarnijaga	Ühtse raviplaani koostamine ja kasutuselevõtt hõlbustab oluliselt pereõdede tööd riskipatsientidega	Jätkupidevad koolitused ja raviplaani täiendamine

Projekti koostamisel lähtuti ajalisest raamistikust, eelarvest ja riskijuhtimise plaanist. Tugineti teoreetilisele raamistikule, mis on koostatud lähtudes tõenduspõhisest kirjandusest. Toimuvad koosolekud ja kirjavahetused meeskonnaliikmete vahel, mis tagab pideva infovahetuse ja

tagasiside töö täiendamiseks, muudatuste tegemiseks ning eesmärkide saavutamiseks. Arendusprojekti kõikide protsesside juures on tagatud läbipaistvus.

3.5 Projekti tulemused

Antud arendusprojekti lõpptulemusena valmis **koolitusprogramm pereõdedele** (vt lisa 4), mis sai edukalt piloteeritud Järveotsa Perearstikeskuses, kus kasutatakse riskipõhise ravijuhtimise programmi. Käesolev arendusprojekt on suurema rakendusuuringu II etapp.

Koolitusprogrammi koostamisel lähtuti tõenduspõhisest teavest ja ankeetküsimustiku teel saadud tulemustest. Koolitusprogramm koosneb teoreetilisest ning praktilisest osast. Koolitusprogrammi teoreetilises osa keskmes on raviplaani olemus, eesmärgid ja selle koostamise põhimõtted. Praktilise osa tulemusena loodetakse kujundada pereõdede valmisolekut saadud teadmiste rakendamiseks praktikas, koostades juhtumipõhine individuaalne raviplaani riskipatsiendile. Koolitusprogrammi läbinud pereõded toetuvad oma tegevustes ühistele arusaamadele riskipatsientide käsitlemisel ja oskavad rakendada saadud teadmisi oma igapäevatoos, mis omakorda tagab patsiendikeskse lähenemisviisi.

Autorite hinnangul on arendusprojektil praktiline väärtus ja koolitusinterventsiooni kasutamine võiks leida Eestis laialdasemat rakendamist.

4. ARUTELU

Lähtudes kirjandusallikatest põhinevale teabele ja rakendusuringu raames läbiviidud uuringule, selgitasid arendusprojekti autorid välja, et Eestis puudub ühtne kontseptsioon riskipatsientide jälgimiseks ning aktiveerimiseks. Arendusprojekti esimese uurimisülesande raames läbitöötatud tõenduspõhistest kirjandusallikatest selgus riskipatsientide arvukuse tõus ning nende keerukam käsitus (Rijken jt, 2019; Tan jt, 2019). Erinevate uuringute tulemusena on toodud esile pereõde tähtsust riskipatsientide käsitlemisel, neile koostatud raviplaani jälgimisel ja ellu viimisel (Fabbri jt, 2016; O'Connor jt, 2018; Kilbourne jt, 2018; Rijken jt, 2019). Pereõdede teadlikkust riskipatsientide käsitlemisel saab süvendada läbi koolituse. Koolituste tulemusel suudavad pereõded pakkuda riskipatsientidele tõhusamat abi. (Kelly jt, 2015; Machado jt, 2017; Childs-Kean jt, 2020). Arendusprojekti autorid nõustuvad kirjanduses selgunud väitega, et õdede jätkupidevaks arenguks on vaja järjepidevaid koolitusi. (Kelly jt, 2015; Machado jt, 2017; Bvumbwe jt, 2018; Romero-Rodríguez jt, 2020). Koolitusprogrammide läbiviimiste kitsaskohaks võib pidada õdede suurenenud töökoormuse tõttu ajalise ressursi vähesust.

Arendusprojekti teiseks ülesandeks oli koostada koolitusprogramm, mis puudutab riskipatsientide jälgimise ja aktiveerimise toetamist. Rakendusuringu I etapi raames läbi viidud ankeetküsitluse tulemustest selgusid pereõdede hinnanguid riskipatsientide aktiveerimisele, mille tulemusena leidis kinnitust arendusprojekti probleem ja selgus ühtlasi koolitusprogrammi teema. Teemavaliku puuduseks oli kvantitatiivse küsimustiku vähene vastasmäär, viiest perearstikeskusest kokku vaid 16 õde. Koostatud koolitusprogrammi "Raviplaani olemus, eesmärk ja selle koostamise põhimõtted riskipatsientide aktiveerimiseks esmatasandi tervishoius", piloteeriti Järveotsa Perearstikeskuses. Koolitusprogrammi sisu andis edasi põhiteadmisi riskipatsientide käsitlemisest ja aktiveerimisest läbi raviplaani. Koolitusprogramm koosnes teoreetilisest ning praktilisest osast, teoreetilise raamistiku aluseks on tõenduspõhise kirjanduse ülevaade. Õppemeetodiks valiti simulatsioon ehk aktiivõppe meetod, mis koosneb teorial põhinevast sessioonist ning sellele järgnevast praktilisest osast (Kelly jt, 2015; Machado jt, 2018). Praktiline osa koosnes juhtumianalüüsil meeskonnas. Õppemeetodi valikul toetuti varasematel koolitusinterventsioonidel edukalt kasutatud meetoditele. Koolitusprogrammi koostamisel arutati arendusprojekti töörühmas koolitusvajaduse üle ja sisu kooskõlastati töörühmaga. Autorid leiavad, et koolitusprogrammi koostamisel saaks teha parendusi ülesehituses, kus teoreetiline osa võiks olla lühem ja

konkreetses ning baseeruda rohkem näidetele, mis aitaks hoomata informatsiooni kasulikkust. Suurem sidusus teoreetilise osa ja näidete vahel loob tugevama suhestuse kuulajaskonnaga ning seeläbi koolitatavate teadmiste tõhusama kinnistamise. Autorite jaoks oli koolitusprogrammi koostamine ja piloteerimine õpetlik kogemus ja tuleb kasuks edaspidistel sarnastel ettevõtmistel.

Arendusprojekti kolmandaks ülesandeks oli läbi viia koolitus pereõdedele. Koolitusprogrammi kestvuseks oli planeeritud kaks akadeemilist tundi, millest 30 minutit oli teoreetiline ja 55 minutit praktiline osa. Koolituse praktiline osa oli rühmatöö, mis sisaldas juhtumianalüüsi lahendamist ja analüüsimist. Juhtumianalüüsi meetodit on soovitatud kasutada koolitusinterventsiooni planeerimisel ja läbiviimisel (Lynch jt, 2017). Koolitusel osales kokku 18 Järveotsa Perearstikeskuse töötajat, sh õed, arst-residendid ja perearstid. Rühmatöö raames läbi viidud juhtumianalüüsiga toetati koolitusprogrammi eesmärkide saavutamist. Rühmatöös osaleti aktiivselt, rühmatöö käigus kirjeldasid osalejad aktiivselt riskipatsientide käsitlemise ja raviplaani koostamise kogu protsessi, analüüsi ja toodi erinevaid näiteid, mis sisaldasid patsiendikeskseid tegevusi.

Koolituse sisu vajalikkuse ning praktilisuse kinnitamiseks/ümberlukkamiseks koostasid autorid osalejatele tagasiside küsimustikud, mille kaudu oli võimalik anda oma hinnang koolitusprogrammi sisule ja korralduslikule poolele. Tagasiside koosnes 8 küsimusest. Tagasisidest selgus, et koolitusel osalejad said uusi teadmisi ja olemasolevate teadmiste kinnistamist. Korduvalt toodi välja, et uueks ja kasulikuks infoks on “Raviplaani koostamise 7 sammu”, kuna sealsed nõuanded on konkreetsed ja kasutatavad. Olulisemaks teadmiseks peeti raviplaani koostamise juures patsiendi eesmärkide seadmist ja nende sõnastamist. Koolitust hinnati skaalal 1 (=väga halb) kuni 5 (=väga hea) halvast väga heani. Aritmeetiliseks keskmiseks tuli 4,1, mis on vastav hindele “hea”. Sarnast koolitust soovitaks oma kolleegidele 10 osalejat, neli osalejat soovitaks koolitust siis, kui ei olda raviplaani teadlikud, kolm ei soovitaks üldse ja üks osaleja ei vastanud küsimusele. Osalejate ettepanekutel võiks koolitusprogramm sisaldada rohkem praktilisi ülesandeid ja näiteid. Kõige enam tekitas diskussiooni patsiendi tarvitavate ravimite manustamise märkimine raviplaani ja milliste suunavate küsimuste abil jõuda patsiendi eesmärkide seadmisel kõige olulisemate eesmärkideni. Tagasiside analüüsist selgus, et koolituse jooksul täiendati osalejate teadmisi riskipatsientide aktiveerimisest ja raviplaani koostamise olulisusest. Kokkuvõttes saab väita, et arendusprojekti eesmärgid said täidetud.

Autorite ettepanekud edaspidiseks arendustööks rakendusüingu jätkamise tööühmale ja tervishoiu arendamise seisukohast:

- Antud koolitusprogrammi täiendamine, tuginedes tagasisidest saadud tulemustele ja koolituse laiendamine teistes perearstikeskustes.
- Koolituse mõju hindamine rakendusüingu III etapi tegevuste raames, Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli õe põhiõppe üliõpilaste poolt.
- Raviplaani ühtse kontseptsiooni arendamine ja rakendamine Eestis. Eesmärgiga luua ühtne dünaamiline dokument, mis on abiks ravimeeskonnale pikaajaliste ja/või krooniliste haigete jälgimiseks.

Autorid toovad välja, et arendusprojekti eesmärk ja eesmärgist tulenevad ülesanded said täidetud ning Järveotsa Perearstikeskuse koolitatavate poolne tagasiside koolitusprogrammile oli positiivne. Arendusprojekti raames valminud koolitusprogrammi koostamise ja rakendamise eesmärk oli täiendada ning parendada pereõdede teadmisi raviplaani olemusest ja põhimõtetest. Arendada oskusi raviplaani koostamisest ja kujundada valmisolekut saadud teadmiste rakendamiseks praktikas.

5. JÄRELDUSED

Kirjeldades ja analüüsisid koolitusprogrammi koostamist, selle piloteerimist ja hindamist ning arvestades koolitusprogrammi edaspidiste laiendamiste/korraldamiste perspektiivi, jõudsid autorid järgnevate järeldusteni:

- Riskipatsientide käsitlemine on keerukam ja raviplaanid on aidanud parendada patsientide tervisetulemeid, suurendada patsientide eneseabi võimekust ning vähendada tervishoiuteenuste kasutamist. Rakendusuuringu “Ravi juhtimise programmi kaasatud riskipatsientide aktiveerimine Eesti perearstikeskustes- koolitusinterventsioon pereõdedele” teostatud uuringu põhjal võib öelda, et pereõdede arusaamad riskipõhisest ravijuhtimisest ja individuaalse raviplaanide koostamise olulisusest on ebahühtsed.
- Koolitusprogramm “Raviplaanide olemus, eesmärk ja selle koostamise põhimõtted riskipatsientide aktiveerimiseks esmatasandi tervishoius” on koostatud võttes arvesse rakendusuuringu I etapi raames läbiviidud ankeetküsitluse tulemusi. Koolitusprogramm on koostatud teaduspõhise kirjanduse põhjal ja tugines arendusprojekti ajakavale ning riskijuhtimise plaanile. Koolitusprogramm jaguneb kaheks osaks, teoreetiline ja praktiline osa. Esimeses osas kirjeldatakse riskipatsientide käsitlemist ja aktiveerimist läbi raviplaanide ja teises osas viiakse läbi raviplaanide koostamise teemaline juhtumianalüüs.
- Arendusprojekti autorid viisid 20.10.2021 läbi koostatud koolitusprogrammi “Raviplaanide olemus, eesmärk ja selle koostamise põhimõtted riskipatsientide aktiveerimiseks esmatasandi tervishoius” Järveotsa Perearstikeskuses. Koolitusprogrammi sisu andis edasi põhiteadmisi riskipatsientide käsitlemisest ja aktiveerimisest läbi raviplaanide. Õppemeetodiks valiti simulatsioon ehk aktiivõppe meetod, mis koosneb teoorial põhinevast sessioonist ning sellele järgnevast praktilisest osast. Praktiline osa koosnes probleemipõhisest õppes läbi meeskonnatöö.

KASUTATUD KIRJANDUS

Blakemore, A., Hann, M., Howells, K., Panagioti, M., Sidaway, M. (2016). Patient activation in older people with long-term conditions and multimorbidity: correlates and change in a cohort study in the United Kingdom. *BMC Health Services Research*, 16:582.

Bvumbwe, T.M. & Mtshali, N.G. (2018) A middle-range model for improving quality of nursing education in Malawi. School of Nursing and Public Health, University of KwaZulu-Natal, South Africa. *Aosis. CrossMark*. 1-12

Carryer, J., Budge, C., Hansen, C., Gibbs, K. (2010). Modifying the PACIC to assess provision of chronic illness care: An exploratory study with primary health care nurses. *Journal of Primary Health Care*, 2(2), 118-123

Chernikova, O., Heitzmann, N., Stadler, M., Holzberger, D., Seidel, T., Fischer, F. (2020) Simulation-Based Learning in Higher Education: A Meta-Analysis. *Review of Educational Research* August 2020, Vol. 90, No. 4. 499- 541

Childs- Kean, L., Edwards, M., Douglass Smith, M. (2020). REVIEW Use of learning Style Frameworks in Health Science Education. *American Journal of Pharmaceutical Education*. 919- 927

Chödrön, P. (2009). Alusta sealt, kus sa oled. Pilgrim.

Da Costa Linch, G.F., Lima, A.A.A., de Souza, E.N., Nauderer, T.M., Paz, A.A., da Costa, C. (2017). An educational intervention impact on the quality of nursing records. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25.
<https://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/0104-1169-rlae-25-e2938.pdf> (25.12.2020)

Davis, L., Daylor, H., Reyes, H. (2014). Lifelong learning in nursing: A Delphi Study. *Nurse Education Today* Volume 34, Issue 3, March 2014, Pages 441-445.

Enhanced Care Management: Improving Health for High Need, High Risk Patients in Estonia. Evaluation Report of the 2017 Enhanced Care Management Pilot in Estonia. Draft Version. (2017). World Bank Group: Tallinn.

<https://www.haigekassa.ee/partnerile/raviasutusele/perearstile/ravi-juhtimise-pilootprojekt>

Eesti riskipõhise ravi juhtimise projekti juhend. (2018). Eesti Haigekassa, Eesti Perekarsti Selts, World Bank Group.

<https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/perearstid/Riskipatsientide%20ravi%20juhtimise%20juhend.pdf>

Eesti riskipõhise ravi juhtimise projekti juhend. (2021). Eesti Haigekassa, Eesti Perekarsti Selts, World Bank Group.

https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/PA_juhend_2021_koordinaatoritele_t%C3%A4iendatud_ver5.pdf

Fabrizi, E., Zoli, M., Gonzalez-Freire, M., Salive, M.E., Studenski, S.A., MD, Ferrucci. (2016). Aging and Multimorbidity: New Tasks, Priorities, and Frontiers for Integrated Gerontological and Clinical Research. *J Am Med Dir Assoc. Author manuscript*, 16(8), 640–647.

Kelly, L.J., Green, A., Hainey, K. (2015) Implementing a new teaching and learning strategy for CVAD care. *British Journal of Nursing*, (IV Supplement), Vol 24, No 8, S4-S12.

Kilbourne, M.L., Denise Hynes, D., O'Toole, T., Atkins, D. (2018) A research agenda for care coordination for chronic conditions: aligning implementation, technology, and policy strategies. Oxford University Press on behalf of the Society of Behavioral Medicine. *TBM*, 8:515–521.

Kilpatrick, I, K, Paquette, L., Jabbour, M., Eric Tchouaket, E., FernandezI, N., Grace Al Hakim, G., Landry, V., Nathalie Gauthier, N., Beaulieu, M., Duboi, C.A. (2020). Systematic review of the characteristics of brief team interventions to clarify roles and improve functioning in healthcare teams. *Plos One*. 1-28.

Kripalani S, Theobald CN, Anctil B, Vasilevskis EE. (2014). Reducing hospital readmission rates: current strategies and future directions. *Annual review of medicine*. 2014; 65:471-85.

Krooniliste haiguste ennetamine. Eesti Haigekassa.

<https://www.haigekassa.ee/inimesele/haiguste-ennetus/krooniliste-haiguste-ennetamine>

Lindblom, S. (2019). A rapid summary and analysis of the functions, skills/competencies, and outcomes of care co-ordination. International Foundation for Integrated Care.

Machado, J.P., Veiga, E.V., Ferreira, P.A.C., Martins, J.C.A.M., Atila, E., Fernanda R. E. Gimenes, F.R.E. (2018). Assessment of an educational intervention to improve nurses' knowledge of blood pressure measurement. *Journal of Nursing Education and Practice*, 8(2). 56-62.

McDonalds, E. W., Boulton, J. L., Dravis, J. L. (2018) E- learning and nursing assessment skills and knowledge- An integrative review. *Nurse Education Today*. Volume 66, July 2018, 166-175.

Multimorbidity. (2016). World Health Organization.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252275/9789241511650-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

O'Connor, S., Deaton, C., Nolan, F. (2018). Nursing in an age of multimorbidity. *BMC Nursing*, 17(49).

Osula, K., 2008. Andmeanalüüs.

<http://www.tlu.ee/~kairio/failid/kysimused.pdf> (25/05/2021)

Pérez-Francisco, D. H, Duarte-Clíments, G., Rosario-Melián, J. M., Gómez-Salgado, J, Romero-Martín, M., Sánchez-Gómez, M. B. (2020) healthcare Review Influence of Workload on Primary Care Nurses' Health and Burnout, Patients' Safety, and Quality of Care: Integrative Review. *Healthcare*. 1-14.

Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030. Eesti Haigekassa.

https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/rahvatervis/rta_2020-2030.pdf (11.06.2021)

Ravi terviklik käsitlus ja osapoolte koostöö Eesti tervishoiusüsteemis (2015). Eesti Haigekassa ja Maailmapanga Grupp: Tallinn.

<https://www.haigekassa.ee/partnerile/raviasutusele/perearstile/ravi-juhtimise-pilootprojekt>

Rhodes, B., Burgess, A. (2018). An Innovative Educational Intervention to Improve Nursing Students' Knowledge, Attitudes, and Skills Surrounding Breastfeeding. *Teaching and Learning in Nursing*, 13(4), 197-201

Rijken, M., Heide, I. (2019). Identifying subgroups of persons with multimorbidity based on their needs for care and support. *BMC Family Practice*, 20:179.

Romero-Rodríguez E., Torres, L.A.P., Moral, R. R., Fernández García, J.A., Parras Rejano, J. M., Villalobos, A. R. (2020) Training health providers to address unhealthy alcohol use in primary care: a cross-sectional, multicenter study. Francisco Camarelles Guillem and Collaborative Group Alco-AP. *BMC Health Services Research* 2-9.

Sanchez, K., Killian, M. O., Eghaneya, B. H., Cabassa L.J., Trivedi, M. H. (2019) Culturally adapted depression education and engagement in treatment among Hispanics in primary care: outcomes from a pilot feasibility study. Sanchez et al. *BMC Family Practice*. 2-9: 6

Schierhout, G., Matthews, V., Christine Connors, Thompson, S., Kwedza. R., Kennedy, C., Bailie, R. (2016) Improvement in delivery of type 2 diabetes services differs by mode of care: a retrospective longitudinal analysis in the Aboriginal and Torres Strait Islander Primary Health Care setting. *Schierhout et al. BMC Health Services Research*. 1-18

Self-management Support for People with Long-term Conditions. (2016). Wellington: Ministry of Health.

https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/self-management-support-people-with-long-term-conditions-feb16_0.pdf

Seibert, S. A. (2021). Problem-based learning: A strategy to foster generation Z's critical thinking and perseverance. *Teaching and Learning in Nursing*. Volume 16, Issue 1, January 2021. 85-88

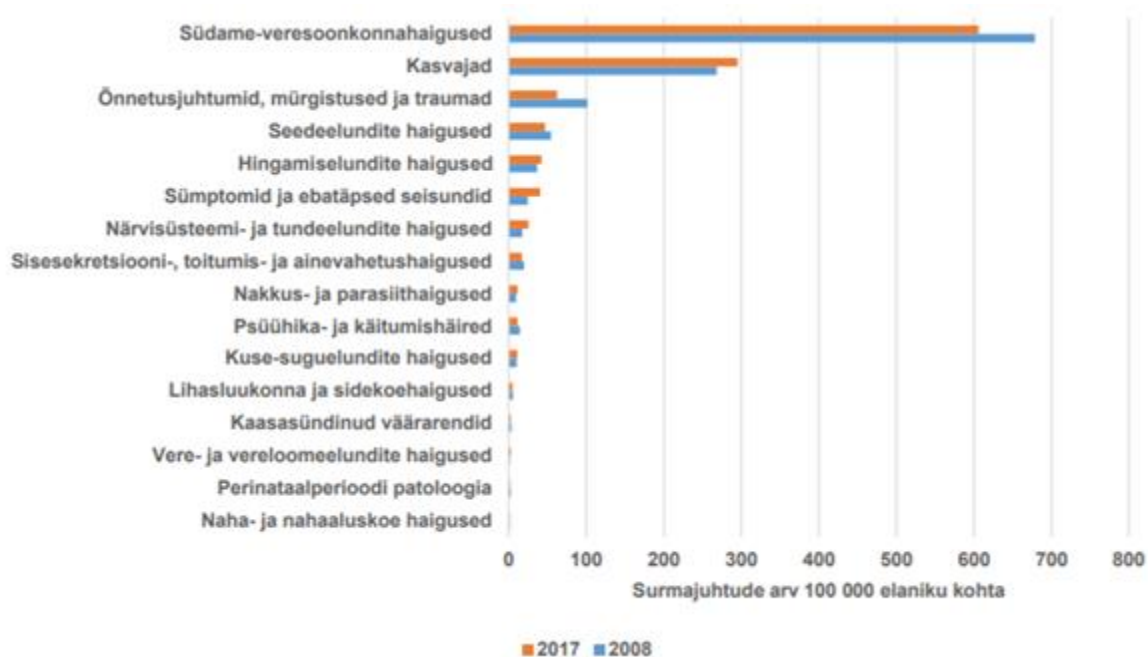
Tan, X.W., Xie, Y., Lew, K.L., Lee, P.S.S., Lee, E.S. (2020). Patterns of patients with multiple chronic conditions in primary care: A cross-sectional study. *PLOS ONE*, 15(8).

Thabet, M., Taha, E. L., Aboud S. A., Morsy. E. (2017). The effect of problem-based learning on nursing students' decision-making skills and styles. *Journal of Nursing Education and Practice*. 2017, Vol. 7, No. 6. 108-116.

Tudor Car, L., Soong, A., Kyaw, B.M., Chua, K.L., Naomi Low-Beer, n., Majeed, A. (2019) Health professions digital education on clinical practice guidelines: a systematic review by Digital Health Education collaboration *BMC Medicine*. 1-16:2

Õdede erialise koolituse põhimõtted. (2003. Tallinn: Eesti Õdede Liit. EV Sotsiaalministeerium. 1-31

Wu, Y., Brettle, A., Zhou, C., Ou, J., Wang, Y., Wang, S. (2018). Do Educational Interventions Aimed at Nurses to Support the Implementation of Evidence-Based Practice Improve Patient Outcomes? A Systematic Review. *Nurse Education Today*, 70, 109-114.



Tabel 1. Peamised surmapõhjused 100 000 elaniku kohta Eestis 2008. Ja 2017. Aasta võrdluses. Allikas: Statistikaamet (Rahvastiku tervise ..., 2020: 7).



Tabel 2. Tervisekaotus ehk enneaegse suremuse ja haigestumuse tõttu kaotatud eluaastad Eestis 2017. Aastal. Allikas: Tervise Arengu Instituut (Rahvastiku tervise ..., 2020: 8).

Tabel 3. Kroonilise haige hindamise küsimustiku statistilised tulemused.

Jrk.nr	KÜSIMUSED	Mean ± Std Median
1.	küsite tema mõtteid raviplaani kohta?	1 ± 1,32 2,5
2.	annate talle valikuvõimalused kaasa mõelda ja rääkida planeeritud ravi osas?	1 ± 1,30 2
3.	palute tal rääkida ravimitega seotud probleemidest ja nende mõjudest?	1 ± 1,27 1,5
4.	panete kirja asjad, mida ta peaks oma tervise heaks tegema?	1 ± 1,10 2
5.	tunnete rahulolu, et teete head tööd tema ravi korraldamisel?	2 ± 1,03 2
6.	näitate talle, kuidas need tegevused mida ta enda heaks teeb, mõjutavad tema seisundit?	1 ± 1,03 2
7.	palute tal rääkida eesmärkidest enda eest hoolitsemisel?	1 ± 0,93 2
8.	aitate tal enda eest hoolitsemisel konkreetseid eesmärke seada?	2 ± 1,09 2
9.	annate talle kätte raviplaani koopia?	3 ± 1,42 3
10.	julgustate teda osalema konkreetsetel üritustel, mis on abiks haigusega toimetulekul?	4 ± 1,21 3,5
11.	uurite tema terviseharjumusi?	1 ± 1,42 1
12.	arvestate ravi soovitamisel tema väärtuste ja traditsioonidega?	2 ± 1,03 2
13.	aitate tal koostada raviplaani, mida ta saaks järgida oma igapäevaelus?	2 ± 1,05 2
14.	aitate tal ettevalmistada rasketel aegadel toimetulekuks?	3 ± 1,12 3
15.	tunnete huvi kuidas krooniline haigus mõjutab tema elu?	2 ± 1,09 2
16.	võtate ühendust visiidi järgselt, et uurida kuidas tal läheb?	3 ± 0,75 3
17.	julgustate teda osalema elanikkonnale suunatud programmides, millest võiks abi olla?	4 ± 1,22 3,5
18.	suunate teiste eriala spetsialistide poole?	3 ± 0,90 3
19.	selgitate talle kuidas teise erialaspetsialisti visiit aitab tema ravis?	1 ± 1,27 2
20.	tunnete huvi kuidas teiste erialaspetsialistide visiidil läks?	1 ± 1,37 2

Andmete väljavõtuleht nr 1.

Artikli pealkiri, autorid, uurimiskoht ja aasta	Allikas	Uurimismetoodika	Uuritavad ja valim	Peamised tulemused
Patient activation in older people with long-term conditions and multimorbidity: correlates and change in a cohort study in the United Kingdom. Blakemore, A., Hann, M., Howells, K., Panagioti, M., Sidaway, M. United Kingdom, 2016	Rahvus- raamatu- kogu	Kohortuuring	Krooniliste haigusega 4377 vanemat inimest, kellest 4225-le saadeti küsimustik	Patsiendid vajavad aktiveerimisel tuge, see võimaldab kohandada sekkumisi (näiteks tervise juhendamist), et paremini toetada krooniliste haigustega vanemaid patsiente.
Enhanced Care Management: Improving Health for High Need, High Risk Patients in Estonia. Kurowski, C. Finkel, E. Kasekamp, K Ploetz, M Ratcliffe, H Bitton, A Eesti, 2017		Sekkumisuuring (pilotprojekti hindamisaruanne); Kirjanduse ülevaade	Perearstid, patsiendid	„Hoolduse juhtimise” eesmärk on parandada tervishoiuteenuste kättesaadavust, kvaliteeti ja väärtust patsientide sihtrühmade ennetava teavitamise kaudu. ECM-i lähenemisviisi tugineb esmatasandi tervishoiuteenuse pakujate juhtimisele ja energiale. ECM-l on potentsiaal parandada tervishoiu integreerimist tervishoiuasutustes, parandada patsiendi individuaalseid tulemusi ja tõsta tervisesüsteemi kõigil tasanditel pakutavate tervisealaste sekkumiste väärtust.
Eesti riskipõhise ravi juhtimise projekti juhend. Eesti Haigekassa, Eesti Perearsti Selts, World Bank Group Eesti, 2018		Kirjanduse ülevaade		Riskipõhise ravijuhtimise eesmärk on parandada ligipääsu tervishoiuteenustele, tõsta osutatavate teenuste kvaliteeti ning anda/pakkuda lisandväärtust suuremat terviseriski omavatele patsientidele. Riskipõhine ravijuhtimine on vahend parendamiseks keerukate, suurenenud ravivajadustega patsientide ravi koordineerimist erinevate tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi tasandite vahel.

Aging and Multimorbidity: New Tasks, Priorities, and Frontiers for Integrated Gerontological and Clinical Research Fabbri, E., Zoli, M., Gonzalez-Freire, M., Salive, M.E., Studenski, S.A.,MD, Ferrucci 2016	Pubmed	Kirjanduse ülevaade		Multimorbiidsuse uurimine aitab mõista vananemise bioloogiat ja samal ajal võib vananemise aluste mõistmine aidata välja töötada strateegiaid multimorbiditeedi koormuse ennetamiseks või edasilükkamiseks.
Multimorbidity World Health Organization, 2016		Kirjanduse ülevaade		
Nursing in an age of multimorbidity O'Connor, S., Deaton, C., Nolan, F. England, 2018	Rahvus- raamatu- kogu	Epidemioloogiline uuring, eksperimentaalne uuring/sekkumisuuring	24 öde	Muudatused õendusuuringutes, hariduses ja praktikas on vajalikud selleks, et aidata õdedel teha koostööd patsientide, perede ja multidistsiplinaarsete meeskondadega, et paremini ennetada kroonilisi haigusi praegu ja tulevikus.
Ravi terviklik käsitlus ja osapoolte koostöö Eesti tervishoiusüsteemis Eesti Haigekassa ja Maailmapanga Grupp 2015		Kirjanduse ülevaade		Uuring keskendub krooniliste haiguste ennetuse ja raviga seotud integreerimise kitsaskohtadele, pöörates erilist tähelepanu esmatasandi arstiabi rollile ja toimimisele ning patsientide õiglase kohtlemisega seotud küsimustele.
Identifying subgroups of persons with multimorbidity based on their needs for care and support Rijken, M., Struckmann, V., Heide, I., Hujala, A., Barbabella, F., Ginneken, E., Schellevis, F. Netherlands, 2016	Pubmed	Epidemioloogiline uuring, vaatlus uuring	Isikud, kellel on diagnoositud kaks või enam somaatilist kroonilist haigust N=613, 38 erinevat haiglat	Integreeritud hoolduse väljaarendamine multimorbiidsusega patsientidele.
Patterns of patients with multiple chronic conditions in primary care: A cross-sectional study Tan, X.W., Xie, Y., Lew, K.L., Lee, P.S.S., Lee. E.S. Singapore, 2020	EBSCO	Epidemioloogiline uuring, läbilõikeuuring	437 849 0–99-aastase patsient, kes külastasid riiklikke polikliinikuid 1. juulist 2015 kuni 30. juunini 2016 krooniliste haiguste juhtimiseks	Multimorbiidsete patsientide külastamise „mustrid“ esmatasandil.

Andmete väljavõtuleht nr 2.

Autor(id)	Aasta	Eesmärk	Meetod	Valim	Olulised tulemused
Bvumbwe, T.M. & Mtshali, NG	2018	Jurida õendushariduse probleeme ja võimalusi õendushariduse parendamiseks Malawi näitel.	Longituuduuring- paneeluuring	Tehniline töörühm n=4, õendustöötajad n=12, õendusjuhid n=8 õendusabi n=8	Õendushariduse kontekstis akadeemilise ja praktilise koostöö pädev kraadiõppe ja ümberkujundav strateegia.
Da Costa Linch, G.F., Lima, A.A.A., de Souza, E.N., Nauderer, T.M., Paz, A.A., da Costa, C	2017	Hinnata haridusliku sekkumise mõju õendusarvestuse kvaliteedile.	Kvaasi-eksperimentaalne uuring	Antud haigla kardiointensiivravi õend	Hariduslik sekkumine õendusdokumentatsiooni mõjutab oluliselt parendamise tulemusi.
De Lucio, L.G., Lopez, F.J.G., Lopez, M.T.M., Hesse, B.M., Caamano, MD	2000	Hinnata õdede enesekontrollimeetodeid ja suhtlemisoskuse õhusust.	Randomiseeritud kontrolluuring	Juringus osales 500 õed, koolitajad ja õed. Kõhikohaga ülikooli haigla 61 õde	Koolitus paremaks enesekontrollimiseks ja suhtlemiseks parendab õdede suhtlemisoskust.
Kelly, L.J., Green, A., Hainey, K	2015	Eesmärk oli välja selgitada, kas uuenduslikud hariduslikud sekkumised kõrgoolis parendavad registreeritud õdede usaldust ja teadmisi.	Küsitlusuuring, mis koosnes küsimustest ja avatud küsimustest	59 õde, kes töötasid erinevates tervishoiuasutustes	Peale koolitust tundsid õed end enesekindlamat. Turvalises keskkonnas praktiseerimine annab paremaid tulemusi.
Machado, J.P., Veiga, E.V., Ferreira, P.A.C., Martins, J.C.A.M., Atila, E., Fernanda R. E. Gimenes, F.R.E.	2018	Eesmärgiks oli hinnata RR mõõtmist käsitlevat haridusliku sekkumise mõjusid keskendudes kardioloogia õdede teoreetilistele ja praktilistele teadmistele.	Küsimustikuuring	31 õde Brasiilia tertsiaarhaiglas	Hariduslik sekkumine parandab õdede teadmisi, mis võib aidata kaasa tervishoiuteenuste ohutumale osutamisele.

Romero-Rodríguez E., Torres L.A.P., Moral, R. R., Fernández García, J.A., Parras Rejano, J. M., Villalobos, A. R.	2020	Eesmärk oli hinnata tervishoiutöötajate koolitustegeledes ebatervisliku alkoholitarbimisega.	Vaatlus- kirjeldav, istlõikeline mitmekeskuseline uuring.	Veebiküsituluse teel 1760 uhuvalimi teel perearstide, residentide ja meditsiiniõdede seas Hispaanias	Vähene koolitus ebatervisliku alkoholitarbimisega tegelemiseks ning arvutiga tegelemisel.
Sanchez, K., Killian, M. O., Eghaneya, B. H., Cabassa L.J., Trivedi, M. H.	2019	Eesmärk on tõsta õdede ja patsientide teadlikkust ning rajutada müüte seoses depressiooni ja selle raviga.	Piloottasuvus uuring	350 esmatasandi tervishoiu depressiooni diagnoosiga patsienti	Sekkumised esmatasandi arstiabis, mis hõlbustaksid varajast barjääride tuvastamist mille tulemuseks on patsiendi parem kaasamine ravis.
Schierhout, G., Matthews, V., Christine Connors3, Thompson, S., Kwedza. R., Kennedy, C., Bailie, R.	2016	Esmatasandi arstiabi puudujääkide kõrvaldamine on endiselt rahvatervise probleem, mis eeldab parendamist tervishoiusüsteemi erinevatel tasanditel.	Retrospektiivne longituuduuring	Retrospektiivne longituuduuring	Nõustamise ja haridusmeetmete läbiviimine näitas varajast paranemist.

KOOLITUSPROGRAMM:

Raviplaani olemus, eesmärk ja selle koostamise põhimõtted riskipatsientide aktiveerimiseks esmatasandi tervishoius

Koolitusprogrammi kestvus on kaks akadeemilist tundi ja koosneb teoreetilisest ning praktilisest osast. Teoreetilise raamistiku aluseks on tõendus põhise kirjanduse ülevaade, õppemeetodina kasutatakse loengut ja aktiivõppemeetodit.

Toimumiskoht: Järveotsa perearstikeskus (Õismäe tee 179, 13517 Tallinn).

Toimumisaeg: 20.10.2021 kell 13.00–14.30 (maht: 1,5 h)

Korraldajad: Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli magistrandid Triinu Leppik ja Kerli Valdre

Koolitusprogrammi eesmärk on täiendada ja parendada pereõdede teadmisi riskipatsientide raviplaani olemusest ja põhimõtetest, arendada oskusi raviplaani koostamisest ning kujundada valmisolekut saadud teadmiste rakendamiseks praktikas. Raviplaani on oluline osa riskipatsientide ravi koordineerimisel. Raviplaani aitab parendada riskipatsientide tervisetulemusi ja toetada iseseisvamat toimetulekut.

Koolitusprogramm on mõeldud rakendusüringus osalenud perearstikeskustes töötavatele pereõdedele.

KOOLITUSE PROGRAMM JA AJAKAVA

13:00–13.30 Raviplaani olemus, eesmärk ja selle koostamise põhimõtted

13.30–14.00 Rühmatöö: juhtumianalüüs, raviplaani koostamine

14.00–14.25 Rühmatöö raames koostatud raviplaanide esitlemine, arutelu

14.25–14.30 Kokkuvõte. Tagasiside koolitajatele

SISUKORD

SISSEJUHATUS	8
1. TEOREETILINE RAAMISTIK	9
1.1 Riskipatsientide käsitluse eripärad	9
1.2 Riskipatsientide ravi koordineerimine ja raviplaani olemus	10
1.3 Riskipatsientide aktiveerimise versus võimestamise võimalused esmatasandi tervishoius.11	
2. RAVIPLAANI KOOSTAMINE JA SELLE RAKENDAMINE PRAKTIKAS	13
2.1 Riskipatsientide raviplaani koostamine	13
2.2 Praktiline osa: raviplaani koostamine juhtumianalüüsi näitel.	16
KASUTATUD KIRJANDUS.....	17

LISAD:

Lisa 1. Patsientidele suunavate küsimuste esitamine Grow mudeli näitel.

Lisa 2. Tagasiside koolitusinterventsioonile.

SISSEJUHATUS

Käesolev koolitusprogramm on osa rakendusuuringu "Ravi juhtimise programmi kaasatud riskipatsientide aktiveerimine Eesti perearstikeskustes- koolitusinterventsioon pereõdedele". Koolitusprogramm on mõeldud rakendusuuringu osalenud perearstikeskustes töötavatele pereõdedele.

Rakendusuuringu I etapis kaardistati õdede hinnanguid riskipatsientide aktiveerimisele, saadud andmetele tehti statistiline analüüs. Ankeetküsitlusele vastanutest küsib alati viis (31,25%) patsiendi mõtteid raviplaani kohta, üks (6,25%) ei tee seda mitte kunagi ja neli (25%) üldiselt ei küsi patsiendi arvamust raviplaani osas. Peale visiiti võtab patsiendiga peaaegu alati ühendust neli (25%) õde kuid üks (6,25%) ei kontakteeru patsiendiga visiidi järgselt. Kaks (12,5%) õde julgustab patsiente osalema konkreetsel üritusel, millest võiks kasu olla haigusega toimetulekul ning kolm (18,75%) antud võimalusele tähelepanu ei pööra. Raviplaani koopia annab alati patsiendile jälgimiseks kolm (18,75%) õde, neli (25%) seda oluliseks ei pea. Neli (25%) õde aitab mõnikord patsienti ette valmistada elu erinevate etappidega toimetulekuks, viis (32,5%) õde üldiselt patsienti rasketeks aegadeks ette ei valmista, üks (6,25%) ei pea teemat oluliseks, kuid kaks (12,5%) õde toetab alati patsienti elulistes küsimustes.

Ankeetküsitluse tulemustest selgus, et arusaamad raviplaani olulisusest ja koostamisest on ebahühtlased. Patsiendikeskse raviplaani koostamine on kvaliteetse tervishoiuteenuse oluline komponent ja on teenust iseloomustavaks teguriks. Samas on tõestatud, et raviplaani on aidanud parandada patsientide tervisetulemeid, suurendada patsientide eneseabi võimekust ja vähendada tervishoiuteenuste kasutamist.

Koolitusprogrammi eesmärk on täiendada ja parandada pereõdede teadmisi riskipatsientide aktiveerimise raviplaani olemusest ja põhimõtetest, arendada oskusi raviplaani koostamisest ning kujundada valmisolekut saadud teadmiste rakendamiseks praktikas. Teoreetilise raamistiku aluseks on tõendus põhise kirjanduse ülevaade, õppemeetodina kasutatakse loengut ja aktiivõppemeetodit (juhtumianalüüs).

1. TEOREETILINE RAAMISTIK

1.1 Riskipatsientide käsitluse eripärad

Multimorbiidsuse paremaks juhtimiseks, ennetamiseks, individuaalsetele vajaduste rahuldamiseks ja kvaliteetse patsiendikesksete teenuse osutamiseks on pereõdedel oluline teada riskipatsientide eripärasid ja aktiveerimise võimalusi. Kaardistades riskipatsientide probleeme ja potentsiaalseid lahendusi selguvad pereõdede vajadused teadmiste ja oskuste täiendamise järele. (O'Connor jt, 2018: 1; Rijken jt, 2019: 1–2).

Krooniliste haigustega inimesed on igas vanuses tervishoiuteenuste peamised kasutajad ja moodustavad rohkem kui kaks kolmandikku tervishoiukulutustest ning on väljakutseks tervishoiuteenustele, eriti esmatasandile. Riskipatsiendid pöörduvad rohkem eriarstide vastuvõttudele, mis suurendab ravikulusid ja muudab esmatasandi arstiabi pakkujatel ravi koordineerimise keeruliseks, samas selle tegemata jätmine võib põhjustada erinevaid terviseprobleeme, uuringute dubleerimist, terviseseisundi halvenemist ja võimalik, et ka sellest tulenevalt ravivigu. (Fabbri jt, 2016: 2–3; O'Connor jt, 2018: 1–4). Läbilõikeuuringus, mis hõlmas 1,7 miljonit Šotimaa patsiente, leiti, et 30,4% 45–64-aastastest elanikkonnast, 64,9% 65–84-aastastest ja 81,5% 85-aastastest ja vanematest inimestest on teatatud vähemalt kahest kroonilisest haigusest. Ekspertide hinnangul elab 2030. aastaks 26% USA elanikkonnast mitme kroonilise haigusega. (Fabbri jt, 2016: 2–3).

Fabbri jt (2016: 7–9) toovad oma 2016. aastal läbi viidud uuringust välja, et riskipatsientidel on kõrgem suremus ja suurem risk sattuda statsionaarsele ravile. Halb üldine terviseseisund, sagedamini esinev depressioon, kehvem elukvaliteet ja madalam kehaline funktsioon esineb riskipatsientidel tihedamini kui ühe kroonilise haigusega patsientidel. Riskipatsientidel on suurem haavatavus haiguste ja väiksem resistentsus ägedate terviseohtude suhtes, näiteks suurem vastuvõtlikkus infektsioonidele. Riskipatsientidel on oht polüfarmatseerimisele, mis võib põhjustada ravimite omavahelisi konflikte ja kõrvaltoimeid.

1.2 Riskipatsientide ravi koordineerimine ja raviplaani olemus

Ravi koordineerimine on termin, mida kasutatakse kirjeldamiseks koostööd patsientidega, et töötada välja terviklik raviplaani, mis aitab patsientidel oma tervist paremini kontrollida ja oma eesmärgid saavutada. Ravi koordineerimine on vajalik patsientidele, kellel on kroonilised haigused, kellel on oht sattuda haiglasse või kellel võivad olla keerulised meditsiinilised vajadused, sealhulgas tervise sotsiaalsed tegurid. Ravi koordineerimine on patsiendikeskne lähenemisviis, mis hõlmab tervise-, kogukonna- ja sotsiaalteenuste õigeaegset koordineerimist patsiendi vajaduste rahuldamiseks. Ravi koordineerimine on partnerlus patsiendi ja erinevate teenuseosutajate vahel ning selle edukaks rakendamiseks on oluline kogu meeskond ja integreeritud lähenemine. (Kilbourne jt, 2018:516). Puudulik ravi koordineerimine mõjutab keeruliste ja pikaajaliste seisunditega patsiente, nende kogemusi saadud tervishoiuteenustega ning süsteemi tõhusust. (Kripalani jt, 2014; Lindblom, 2019).

Raviplaani on patsientide ravis kaasamise ja aktiveerimise vahend, mida kasutatakse patsientide tervisevajaduste ja ravieesmärkide koordineerimiseks. Raviplaani aitab parendada patsientide tervisetulemusi, toetada krooniliste haigustega patsientide iseseisvat toimetulekut, kui rakendada asjakohast ravi, tõhustada dokumenteerimist ning suurendada patsientide eneseabi võimekust. Samuti aitavad raviplaanid vähendada kulusid tervishoiusüsteemile. (Fabbri jt, 2016: 2–3; Eesti riskipõhise ..., 2018: 8).

Raviplaani on dokument, kus on kirjeldatud patsiendi ravi eesmärgid, vajaduste hindamine, enesejuhtimise tegevused, ravi koordineerimise kavad, ravimid ja kontaktinfo. Antud komponente sisaldav terviklik raviplaani peab olema kirjutatud patsiendile arusaadavalt ja on mõeldud kasutamiseks ravimeeskonnale, patsiendile ja võimalusel jagatav spetsialistide ning multidistsiplinaarsete meeskondadega. Raviplaani koostatakse koostöös patsiendiga ja eesmärkide seadmisel peab olema arvestatud nii patsiendi kui tervishoiuteenuse osutaja prioriteete. (Eesti riskipõhise ..., 2018: 8; Riskipatsientide ravi ..., 2021: 25). Raviplaani kasutatakse paljudes riikides ravi planeerimise integreeritud mudelite ühe osana (Kilbourne jt, 2018: 516).

Riskipatsientide integreeritud ravi peab olema patsiendikeskne, võttes individuaalsete raviplaanide lähtepunktiks patsientide vajadused, eesmärgid ja eelistused (Rijken jt, 2019: 1–2). Pereõdedel on oluline roll krooniliste haigustega patsientide jälgimisel ja nõustamisel vastavate ravijuhiste järgi oma pädevuse piires. Pereõdede vastuvõtul käivad krooniliste haigustega patsiendid vähemalt kord aastas, et kontrollida olulisi tervisenäitajaid, arutada toimetulekut haigustega ja igapäevase eluga ning haiguste kulgu mõjutavat käitumist. Pereõed jälgivad ja aitavad ellu viia patsiendile koostatud raviplaani. (Krooniliste haiguste ..., 2021).

Eestis on raviplaani edukalt piloteeritud mitme erineva projekti raames, näiteks riskipatsientide ravijuhtimise pilootprojekt, mis on vahend parendamiseks keerukate, suurenenud ravivajadustega patsientide ravi koordineerimist erinevate tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi tasandite vahel (al. 2017).

1.3 Riskipatsientide aktiveerimise versus võimestamise võimalused esmatasandi tervishoius

Patsiendi aktiveerimist määratletakse kui hästi patsient mõistab oma rolli tervishoiuprotsessis ning tema teadmiste, oskuste ja enesejuhtimise taset oma tervise haldamisel. Riskipatsientide aktiveerimine selgitab välja patsientide tervisealased eesmärgid, edendab enesejuhtimist ja tagab raviplaani koostamise. Aktiveerimine aitab parendada patsientide ravitulemusi, mis omakorda vähendavad vajadust tervishoiuteenuste kasutamise järele. Riskipatsientide aktiveerimine suurendab keerukate haigustega patsientide ravi koordineerimist erinevate tervishoiuteenuste pakkujate vahel ja tervishoiusüsteemi tasemel. (Blakemore jt, 2016: 2).

Patsiendikeskseks õendusabi osutamiseks krooniliste haiguste korral tuleb tähelepanu pöörata patsiendi ravikoormusega toimetulekule. Mitme kroonilise haigusega toimetulek, raviskeemide haldamine ja erinevate tervishoiuteenuste osutajate juures visiitidel käimise planeerimine on patsientide jaoks väljakutse. Patsientide toetamiseks ja keerukate vajaduste rahuldamiseks tuleb õdedel pakkuda terviklikku hooldust, oluline on hinnata kõiki tervise aspekte alates füüsilisest kuni emotsionaalse ja sotsiaalse heaoluni. (O'Connor jt, 2018: 4).

Lisa 4 järg

Ed Wagneri (Wagner et al 1996) poolt Ameerika Ühendriikides välja töötatud kroonilise hoolduse mudel on viimastel aastatel pälvinud märkimisväärset tähelepanu sobiva raamistikuna esmatasandi tervishoiuteenuse osutamiseks krooniliste haigustega riskipatsientidele. Mudelil koosneb kuuest üksteisest sõltuvast komponendist: kogukonna ressursid, tervishoiusüsteemi tugi, enesejuhtimise tugi, teenuste osutamise süsteemi kujundamine, otsuste tegemise toetus ja kliinilised infosüsteemid. Mudeli keskmes on teadlik ja aktiveeritud patsient, keda toetab proaktiivne esmatasandi tervishoiu ravimeeskond, et välja töötada ja rakendada personaliseeritud raviplaan. (Self-management Support ..., 2016: 2). Toetatud patsiendi enesejuhtimine on laialdaselt kasutatav strateegia krooniliste haiguste ja riskipatsientide juhtimisega seotud probleemide lahendamiseks, sealhulgas patsientide abistamiseks elustiili käitumise muutmisel ja põhioskuste õppeks. Näiteks sümptomitele reageerimine, ravimite haldamine, dieedi parendamine, liikumise suurendamine, suitsetamisest loobumine ja spetsialistidega suhtlemise haldamine. (Blakemore jt, 2016: 2).

2. RAVIPLAANI KOOSTAMINE JA SELLE RAKENDAMINE PRAKTIKAS

2.1 Riskipatsientide raviplaani koostamine

Kroonilise haigusega patsiendile koostatakse perearstikeskuses raviplaani, mille trükis antakse paber kandjal patsiendile visiidil kaasa. Raviplaani korrigeeritakse ja täiendatakse regulaarsete jälgimiste käigus. Pereõde lepib kokku patsiendiga visiidi aja ning palub eelnevalt patsiendil mõelda, mida ta ise soovib teatud aja jooksul enda tervise osas saavutada. (Riskipatsientide ravi ..., 2021: 14-22).

Pereõde tegevusplaani riskipatsiendi jälgimisel:

- Andmete kontroll: patsiendi isiklikud andmed, visiidid perearstile/õele, visiidid teistesse tervishoiuasutustesse, statsionaarne ravi, teostatud uuringud ja analüüsid, määratud ravimid
- Ravijuhendi järgi kontrollida antud haigusega teostamist vajavad toimingud, analüüsid ja uuringud.
- Raviplaani järgi koostada uuringute saatekirjad, vajadusel konsulteerida arstiga ning kontakteerumine patsiendiga uuringute läbiviimise korraldamiseks. Uuringute tulemuste jälgimine ning tagasisidestamine patsiendile.
- Analüüside/uuringute järgsel visiidil tervisenäitajate ülevaade, probleemide kaardistamine ning järgmise visiidi kokkuleppimine. (Riskipatsientide ravi ..., 2021:15).

Patsiendiga ravi eesmärkidest vesteldes keskenduge asjadele, mida patsient ise teha saab, **juhtige vestlust**. Eesmärk tuleb **sõnastada** konkreetse, mõõdetava ja ajalise faktoriga (nt patsiendi toitumisharjumused on muutunud, kehakaal langeb 2 kg kuus). Esitage patsiendile suunavaid küsimusi. Patsientidele suunavate küsimuste esitamisel võib kasutada näiteks Grow mudelit, mis on toodud välja lisa 1. (Riskipatsientide ravi ..., 2021:24).

Analüüsi patsiendi tervisevajadusi, kaasuvaid haigusi ja sotsiaalseid probleeme (majapidamistoimingud, elukeskkond, enese eest hoolitsemine, toidu valmistamine ja söömine, raviplaani järgimine, vaimne heaolu, vaba aeg). **Sõnastage** konkreetne tegevuskava, mida peaks

Lisa 4 järg

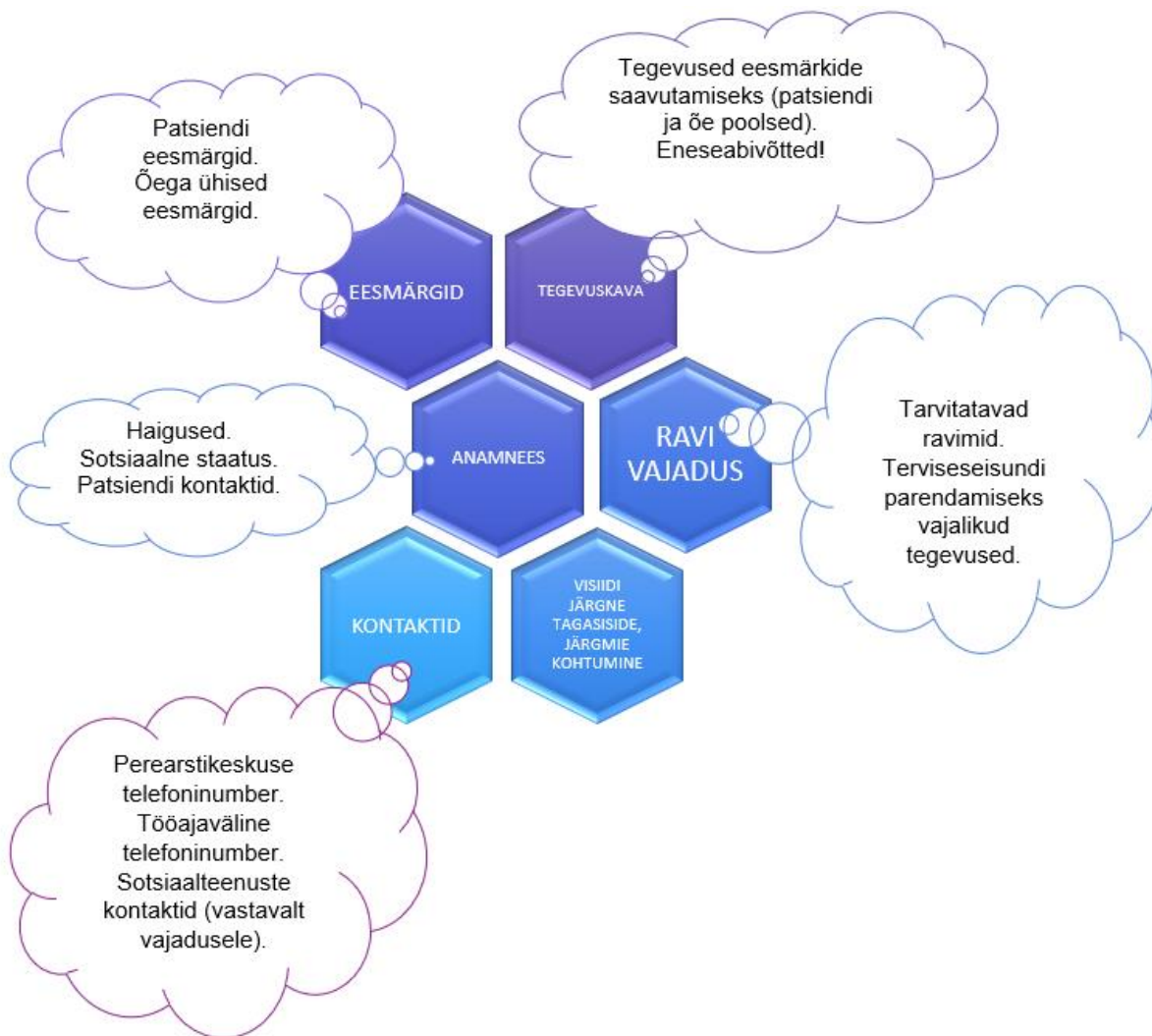
seatud eesmärkide saavutamiseks järgima. Vajadusel arutage läbi terviseprobleemide ägenemisel kohaldatavad situatsiooniplaanid. **Koostage raviplaani** lisamiseks oluliste kontaktide nimekiri (nt perearstikeskuse telefoninumber, tööajaväline telefoninumber). **Arutage patsiendiga** teistele tervishoiuteenustele suunamist, mida patsient peaks enne ja pärast haiglaravi, eriarstile suunamist, EMO-s käimist või kiirabi kutsumist tegema (st näiteks patsiendi haiglast väljakirjutamisel perearstikeskusesse helistama). **Leppige kokku** patsiendi järgmine kontakt perearstikeskusega. (Riskipatsientide ravi ..., 2021:24).

Hea raviplaani koostamise 7 sammu:

1. Kirjelda koos patsiendiga tema ravieesmärgid lühidalt ja konkreetset
2. Selgita patsiendile tema ravivajadusi.
3. Seo kliinilised eesmärgid patsiendi eesmärgiga
4. Koolita patsienti ja selgita patsiendile tema ravivajadusi kasutades “küsi-räägi-küsi” metoodikat
5. Hinda, kui olulised on patsiendile need eesmärgid, mis said seatud kasutades olulisuse määrdikut (nt kui oluline on 10 palli skaalal see eesmärk sinu jaoks, mis peaks juhtuma, et see oleks kõrgem)
6. Sõnastage koos eesmärk raviplaanile kasutades SMART tööriista (specific, measurable, attainable, relevant, time-bound – konkreetne, mõõdetav, saavutatav, asjakohane, ajastatud)
7. Koosta edasise jälgimise kava ja anna sellest patsiendile teada

(Riskipatsientide ravi ..., 2021: 25–26).

Tuginedes tõenduspõhisele kirjandusele ja ankeetküsitlusest selgunud tulemustele on koolitusprogrammi autorid koostanud näidis raviplaani pereõdedele riskipatsientide jälgimise ja aktiveerimise kohta (joonis 1).



Joonis 1. Näidis raviplaani pereõdedele riskipatsientide jälgimise ja aktiveerimise kohta

2.2 Praktiline osa: raviplaani koostamine juhtumianalüüsi näitel.

65 aastane Tiiu tuleb iga-aastasele profülaktilisele pereõe vastuvõtule. Anamneesis on hüpertensioon, II tüüpi diabeet, südamepuudulikkus, astma, ärevus, pearinglus ja uriinipidamatus. Patsient on teadlik oma haiguste olemusest.

Ravimeid tarvitab regulaarselt raviskeemi järgi, kõrvaltoimed ei esine. Kodustel mõõtmiste püsivad vererõhk ja veresuhkur normipiires. Astma on hetkel kontrolli all, ägenemisi viimaste kuude jooksul ei olnud olnud. Üldine enesetunne rahuldav. Ei suitseta, alkoholi tarbib harva. Allergiaid eitab. Patsient elab koos abikaasaga, neil on 3 last ja 5 lapselast. Suhted pereliikmete vahel on head, külastatakse üksteist ja tehakse koosviibimisi. Töötab poole kohaga poemüüjana. Saab iseseisvalt hakkama kõikide elamistoimingutega. Pingeid väga ei esine, depressiooni eitab.

Patsiendi sõnade kohaselt toitub üsna tervislikult, õhtu ooteks sööb vahel mõne koogi või küpsise magustatud teega. Ärevuse tõttu on raske uinuda ning voodimärgamine äratab üles, abikaasaga seetõttu voodit ei jaga. Intensiivset füüsilist koormust ei talu, proovib igapäevaselt käia koeraga jalutamas ning tegeleb aiatöödega. Kurdab turseid jäsemetes, mis esinevad tihedamini peale tööpäeva. Aeg- ajalt esineb pearinglust. Lugemiseks vajab prille, kaugete nägemisega probleeme üldiselt ei ole, toob välja et õhtuti on nägemisteravus natuke halvem. Mäluga probleeme eitab.

Raviskeem, mida patsient manustab korrapäraselt: Betaloc-zok 50mg x1Õ, Ramipril 10mg x1H, Metforal 500 mg x3HLÕ, Diaprel 60mg x1H, vajadusel Betaserc 24mg x1, Torasemid 5mg x1H, astma baasravi.

Objektiivne leid: Pikkus 162 cm, kaal 73 kg, VÜ 88cm, KMI = 28,41 RR 150/95 fr 77, veresuhkur 6,8 mmol/l.

KASUTATUD KIRJANDUS

Blakemore, A., Hann, M., Howells, K., Panagioti, M., Sidaway, M. (2016). Patient activation in older people with long-term conditions and multimorbidity: correlates and change in a cohort study in the United Kingdom. *BMC Health Services Research*, 16:582.

Carryer, J., Budge, C., Hansen, C., Gibbs, K. (2010). Modifying the PACIC to assess provision of chronic illness care: An exploratory study with primary health care nurses. *Journal of Primary Health Care*, 2(2), 118-123.

Eesti riskipõhise ravi juhtimise projekti juhend. (2018). Eesti Haigekassa, Eesti Perekooli Selts, World Bank Group.

<https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/perearstid/Riskipatsientide%20ravi%20juhtimise%20juhend.pdf>

Eesti riskipõhise ravi juhtimise projekti juhend. (2021). Eesti Haigekassa, Eesti Perekooli Selts, World Bank Group.

https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/PA_juhend_2021_koordinaatoritele_t%C3%A4iendatud_ver5.pdf

Fabbri, E., Zoli, M., Gonzalez-Freire, M., Salive, M.E., Studenski, S.A., MD, Ferrucci. (2016). Aging and Multimorbidity: New Tasks, Priorities, and Frontiers for Integrated Gerontological and Clinical Research. *J Am Med Dir Assoc. Author manuscript*, 16(8), 640–647.

Kilbourne, M.L., Denise Hynes, D., O'Toole, T., Atkins, D. (2018) A research agenda for care coordination for chronic conditions: aligning implementation, technology, and policy strategies. Oxford University Press on behalf of the Society of Behavioral Medicine. *TBM*, 8:515–521.

Kripalani S, Theobald CN, Anctil B, Vasilevskis EE. Reducing hospital readmission rates: current strategies and future directions. *Annual review of medicine*. 2014; 65:471-85.

Lindblom, S. (2019). A rapid summary and analysis of the functions, skills/competencies, and outcomes of care co-ordination. International Foundation for Integrated Care.

O'Connor, S., Deaton, C., Nolan, F. (2018). Nursing in an age of multimorbidity. *BMC Nursing*, 17(49).

Rijken, M., Heide, I. (2019). Identifying subgroups of persons with multimorbidity based on their needs for care and support. *BMC Family Practice*, 20:179.

Self-management Support for People with Long-term Conditions. (2016). Wellington: Ministry of Health.

https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/self-management-support-people-with-long-term-conditions-feb16_0.pdf

Patsientidele suunavate küsimuste esitamine Grow mudeli näitel.

TEEMA VALIK

1. Mis on Sulle täna oluline/tähtis?

GOAL. Eesmärgi seadmine: Mida tahad saavutada? (lühike ja pikaajaline eesmärk)

1. Mis on Sinu pikaajaline eesmärk selle teemaga seoses?

2. Kui tähtis on see eesmärk Sulle skaalal 1–10?

3. Mis on Sinu lühiajaline eesmärk selle teema osas?

4. Missugust tulemust Sa sellelt kohtumiselt ootad? Kuidas saan Sind täna kõige paremini aidata?

REALITY. Reaalsus: Mis on praegune olukord?

1. Kuidas kirjeldad oma praegust olukorda?

2. Mis on kõige olulisemad mõjutajad selles olukorras?

3. Keda see olukord veel mõjutab? ‘

4. Mis see olukord Sinu jaoks tähendab?

5. Mida oled juba teinud olukorra lahendamiseks?

6. Kui palju saad ise soovitud lõpptulemust mõjutada?

7. Kes veel ja kuidas nad mõjutavad lõpptulemust?

8. Mis on võtmeküsimus selles olukorras?

9. Missugused ressursid on Sul kasutada (oskused, aeg, isiklik tahe, raha, toetajad, jne)?

10. Mis on praeguses olukorras hästi?

OPTIONS. Võimalused: Millised on Sinu võimalused eesmärgile jõuda?

1. Missuguseid erinevaid võimalusi näed eesmärgile jõudmiseks?

2. Mida veel võiksid teha? Ja veel? Veel?

3. Mis on nende erinevate võimaluste head ja halvad küljed?

4. Missugused neist võimalustest tunduvad kõige tõhusamad, et eesmärgile jõuda? Mis toob parima tulemuse?

5. Tahaksid Sa kuulda minu ettepanekut?

6. Mis neist võimalustest tõmbab Sind kõige rohkem, tundub Sulle parimana?

WILL. Tahe, tegevused: Mida ette võtad?

1. Missuguseid vaheetappe näed liikumisel oma eesmärgile ja missugune on ajagraafik?

2. Missuguse väljakäidud võimalustest tahad ellu viia?

3. Millal seda teed? Millal sa sellega alustad?

4. Mis kriteeriumide ja mõõdikute abil hindad enda õnnestumist?

5. Kas on mingeid sisemisi piiranguid, mis takistavad selle asja teokstegemist?

6. Skaalal 1–10, mis on Sinu valmisolek see väljavalitud asi ellu viia/ära teha?

7. Mis peaks juhtuma, et Sinu motivatsioon tõuseks skaalal 10-le lähemale?

8. Millist tuge ja kellelt vajad, et jõuda soovitud lõpptulemuseni?

9. Kas on veel midagi, millest tahad rääkida enne kui lõpetame tänase kohtumise?

(Riskipatsientide ravi ..., 2021: 22–24).

Tagasiside koolitusinterventsioonile.

Antud küsimustikuga palume Teil analüüsida ja hinnata läbitud koolitusprogrammi.

Palun vastake järgnevale 8 küsimusele:

1. Mida uut õppisid?

2. Millised saadud teadmised on Sulle kõige olulisemad ja miks?

3. Kuidas saad õpitut kasutada oma igapäevases töös?

4. Milliste teemade käsitlemine jäi Sulle ebaselgeks?

5. Mis Sulle koolituse juures meeldis/ei meeldinud (sisu, ülesehitus, meetodid jne)?

6. Milline on Sinu üldhinnang koolitusele (hinda skaalal 1 (=väga halb) kuni 5 (=väga hea))?

7. Kas soovitaksid sarnast koolitust oma kolleegidele?

8. Milliseid koolituse käigus tekkinud mõtteid tahaksid jagada koolituse korraldajatega?
