

# EESTI RISKIPÕHISE RAVI JUHTIMISE PROJEKTI JUHEND

EESTI HAIGEKASSA, EESTI PEREARSTIDE SELTS, MAAILMAPANK

2021

## **1. SISSEJUHATUS**

Riskipõhise ravijuhtimise eesmärk on parandada ligipääsu tervishoiuteenustele, tõsta osutatavate teenuste kvaliteeti ning anda/pakkuda lisandväärtust suuremat terviseriski omavatele patsientidele. Kokkuvõtvalt on võimalik tagada ka tervishoiuteenuste kuluefektiivsem kasutus. Programm toetub suuresti perearstide endi juhtimisele ja initsiatiivile olla aktiivne ja kaasav partner oma patsientidele. Riskipõhisel ravijuhtimisel on potentsiaal parandada tervishoiuteenuste integreeritust üle erinevate teenuse osutamise tasandite, parandada riskipatsientide tervisetulemeid ning suurendada kogu tervishoiusüsteemis osutatavate teenuste kvaliteeti.

Eestis viidi läbi ravijuhtimise esmane pilootprojekt 2017. aasta I poolaastal. Projekti kirjelduse ja tulemuste kokkuvõte on kättesaadav haigekassa kodulehel.

## **2. Miks on riskipõhine ravi juhtimine vajalik?**

Riskipõhine ravijuhtimine on vahend parendamiseks keerukate, suurenenud ravivajadustega patsientide ravi koordineerimist erinevate tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi tasandite vahel. Riskipatsientidel on enamasti korraga mitu kroonilist haigust, nad võivad seista silmitsi oluliste sotsiaalmajanduslike probleemidega ja/või neil võib samaaegselt olla ka tervisekäitumisest tingitud muud kaasuvad haigused; nad võtavad tõenäoliselt palju erinevaid ravimeid, käivad mitme erineva eriarsti juures ja/või neil võib olla olulisi funktsionaalsed piirangud igapäevases elus. Sellised omadused võivad esmatasandi arstiabi pakkujatele muuta patsiendi ravi koordineerimise keeruliseks, kuid selle tegemata jätmine võib põhjustada tõsiseid probleeme, sealhulgas tarbetut tervise halvenemist, raviks määratud ravimite omavahelisi konflikte, uuringute dubleerimist ja võimalik, et ka sellest tulenevalt ravivigu.

Riskipatsientide ravijuhtimine põhineb ennetavatel tegevustel just neile patsientidele, kellel on kõrge tervises seisundi halvenemise risk või risk tervishoiuteenuste kasutamise vajaduse suurenemiseks. Sellisteks tegevusteks võivad olla näiteks patsiendi jälgimine

peale haiglaravi; eriarstile suunamiste ja uuringute tulemuste jälgimine; ravijuhendite jälgimine perearstide poolt; ravimite sobivuse kontroll ja tarvitamise tagamine; ning kroonilise haigusega patsientidega järjepideva kontakti omamine. Riskipõhistel ravijuhtimise programmidel on suur potentsiaal ravi koordineerimise ja patsiendi ravitulemuste parendamiseks, ning sellist lähenemist kasutatakse paljude erinevate riikide tervishoiusüsteemides järjest rohkem.

### **3. Millised on ravi juhtimise projekti laiendamise eesmärgid?**

Riskipõhise ravijuhtimise projekti eesmärgid on:

- hinnata riskipatsientide ravijuhtimise mudeli rakendatavust Eestis;
- tuvastada riskipatsientide ravijuhtimise projekti mõju tervisetulemitele, ravi kvaliteedile eriarstiabi teenuste kasutusele;
- tuvastada riskipõhise ravijuhtimise võimalikud barjäärid ja kirjeldada võimalused programmi laiendamiseks kogu esmatasandil.

Ravi juhtimise programmi lõppeesmärk parendada riskipatsientide tervisenäitajaid ja vähendada nende vajadust tervishoiuteenuste kasutamiseks ehk toetada nende patsientide suutlikkust ise oma haigustega toimetulekul.

## **4. RISKIPÕHISE RAVI JUHTIMISE MEESKONNA MOODUSTAMINE JA PROJEKTI KÄIVITAMINE**

### **4.1 Ettevalmistused enne projekti algust**

Olulised ettevalmistavad tegevused enne projekti algust (vastavalt projekti algusajale):

1. Moodustage ravi juhtimise meeskond ja leppige kokku meeskonnasisesed rollid ning vastutusvaldkonnad. Koostage töökorralduse tegevuskava (nt raviplaani täitmine ja ajakohastamine, patsiendiga ühenduse võtmine vajadusel jt). Meeskonna loomise põhimõtetega saab tutvuda käesoleva dokumendi lisa 1.
2. Leppige kokku meeskonna regulaarsete kohtumiste ajakava ja vorm, et segamatult arutada ja üle vaadata ravi juhtimise programmis osalevate patsientidega seonduv

(soovitavalt 1 tund nädalas).

3. Leidke kontaktisikud kohalikes haiglates ja informeerige neid projektist. Kavandage süsteem nii, et info jõuab perearsti meeskonnani alati kui ravi juhtimise programmis osalev patsient on hospitaliseeritud/või haiglast välja kirjutatud. Tuletage patsiendile meelde, et ta teavitaks perearsti oma hospitaliseerimisest.
4. Leidke kontaktisikud kohalikes omavalitsustes, kellega võtta ühendust patsiendi sotsiaalteenuste vajaduse osas ning teavitage neid käesoleva projekti läbiviimisest. Tehke kindlaks kelle poole pöörduda ravi juhtimise patsiente võimaliku sotsiaalabi vajaduse korral; soovitavalt kohtuge sotsiaalhoolekande meeskonnaga, et luua kontaktid ja kokku leppida suunamise viis ja peamised suhtluskanalid. Sotsiaalmärkamisel hinnake toetusvajadusi erinevates eluvaldkondades (vt Lisa 4), arvestades inimese sotsiaalsete suhetega, kes on lähedased inimesed või spetsialistid, kes tänasel hetkel toetust pakuvad.
5. Tutvuge riskipatsientide valiku algoritmi alusel koondatud patsientide nimekirjaga ning hinnake ja välistage patsiendid koostöös oma meeskonnaga ning riskipõhise ravijuhtimise koordinaatoriga.
6. Arutage ja kohandage patsientide nimekirja koos oma meeskonnaga ja riskipõhise ravijuhtimise projekti koordinaatoriga. Haigekassa poolt hallatava töölaua rakenduse kaudu kuvatakse teile keskmiselt 100 - 200 patsiendi nimest koosnev loetelu riskipõhise ravi juhtimise projekti sobivatest teie nimistu patsientidest (valikukriteeriume on kirjeldatud järgmisel leheküljel). Kõigil nimekirja lisatud patsientidel peab olema hüpertensiooni, hüperlipideemia ja/või diabeedi diagnoos. Lisaks peab neil olema vähemalt üks kardiovaskulaarne ja/või respiratoorne haigusseisund ja neil võib olla ka vaimne või funktsionaalne häire.

Riskipatsientide identifitseerimise algoritm ja patsientide valiku kriteeriumid on välja töötatud Maailmapanga, haigekassa ja perearstide koostöös.

## 4.2 Riskipõhise ravijuhtimise mudeli kirjeldus

<b>Metaboolne triaad</b>	<b>PLUSS</b>	<b>1-4 respiratoorsed ja/või kardiovaskulaarsed haigused</b>	
<b>Vähemalt 1:</b>		<b>0-2:</b>	<b>0-2:</b>
Hüpertensioon  Hüperlipideemia Diabeet		Astma Krooniline obstruktiivne kopsuhaigus (KOK)	Südame isheemiatõbi Insult Südamepuudulikkus Kodade virvendusarütmia

- Seab prioriteediks patsiendid, kes on viimase 24 kuu jooksul arsti vastuvõtul käinud.

### TÄIENDAVALD KAASAMISKRITEERIUMID

<b>Vaimne häire</b>	<b>Funktsionaalne häire</b>
<b>Ainult 1:</b>	
Meeleoluhäired Alkoholi kuritarvitamine Mõnuainete kuritarvitamine Dementsus	Nägemis- ja kuulmispuuded Nõrkus

### VÄLISTAMISKRITEERIUMID

- Rohkem kui 2 kardiovaskulaarset haigust/rohkem kui 1 psüühikahäire.
- Teatud haiguste mistahes diagnoos: vähk, skisofreenia, hemodialüüsi vajavad neeruhaigused, kaasasündinud väärarengud ja haruldased haigused. (Samas, kui soovite neid patsiente programmi hiljem lisada, võite teha erandi)

- **Kokku rohkem kui 7 kaasuvat haigust** - kaasatavate haiguste nimekirjas olevad diagnoosid,

pluss: aneemia, ärevus, ateroskleroos, muud südame rütmihäired, südameklapi häired, krooniline koletsüstiit/sapikivid, krooniline gastriit/GERD, pearinglus, söömishäired, epilepsia, hemorroidid, hüpotensioon, soole divertikuloos, liigeste artroos, maksahaigused, alajäseme varikoos, migreen/krooniline peavalu, neuropaatiad, rasvumus, osteoporoos, Parkinsoni tõbi, eesnäärme hüperplaasia, psoriaas, skisofreenia, puriini/pürimidiini ainevahetushäired/podagra, reumatoidartriit/krooniline polüartriit, somatoformsed häired, kilpnäärme haigused, uriinipidamatus, kuseteede kivid.

### **4.3 Patsientide valimine projekti**

Patsientide valik programmi toimub järgnevate sammude alusel:

I SAMM: Haigekassa koostab ülal kirjeldatud algoritmi alusel iga nimistu jaoks esmase nimekirja patsientidest, kes vastavad riskipatsiendi kriteeriumitele. Riskipatsientide identifitseerimise algoritm ja patsientide valiku kriteeriumid on välja töötatud Maailmapanga, haigekassa ja perearstide koostöös. Nimekiri kuvatakse MISPi-is.

II SAMM: Patsientide nimekirja hindamine tuginedes kliinilisele intuitsioonile. Kasutades perearsti, -õe või muu meeskonnaliikme intuitsiooni, kogemust ning patsientide tundmist, tuleb perearstil koostöös oma meeskonnaga hinnata iga nimekirjas olevat patsienti järgnevatel põhimõtetel tehes märke MISPi keskkonna sobival väljal:

Väljastada, kuna (valida väljastamise väljal rippmenüüst sobivaim variant; NB! vaata ka tabel 1):

- juht on liiga komplitseeritud (k.a. muude tõsiste haiguste olemasolu)
- patsient on juba hästi jälgitud
- patsient on jälgimisel mujal (eriarsti juures)
- patsient on ettearvamatu ning on seeläbi turvariskiks perearsti meeskonnale
- patsient on sattunud nimekirja kodeerimisvea tõttu (st tal ei ole kõnealuseid kroonilisi haiguseid)

Järgmiseks, võttes arvesse patsiendi kliinilist seisundit ja ka muid teadaolevaid seisundit mõjutada võivaid tegureid (näiteks sotsiaalsed probleemid, mis mõjutavad ravi järjepidevust, või haiguse süvenemise riskitegurid nagu näiteks suitsetamine vmt) ning meeskonnaliikmete intuitsiooni („kõhutunnet“), tuleb iga nimekirja allesjäänud patsiendi osas märkida, kas patsiendi seisund on meeskonna hinnangul:

- 1 kerge-mõõduka raskusastmega
- 2 raske, kuid veel perearsti poolse ravi ja jälgimisega kontrolli all hoitav (st ei vaja jälgimist eriarsti poolt)

Nimekirja on võimalik on lisada kroonilisi haigeid, kes ei ole nimekirjas, kuid kel on vähemalt üks peamisse kaasamiskriteeriumite rühma kuuluv krooniline haigus ning kes meeskonna hinnangul võiksid riskipõhisest ravijuhtimisest kasu saada. Selliselt lisatud patsientide puhul tuleb samuti hinnata seisundi raskusaste nagu kirjeldatud eespool.

Samuti palume **lisada** oma nimistust **kroonilise haiguse riskis olevaid** patsiente, kellele kinnitatud diagnoosi veel ei ole. Riskitegurid võivad olla näiteks korduval mõõtmisel piiripealne veresuhkru või kolesterooli tase, kõrge KMI jm teadaolevad riskitegurid, mille kontrolli all hoidmine aitaks haiguse teket kas ära hoida või edasi lükata.

Eelpool kirjeldatud protsessi juures on abiks ravijuhtimise koordinaator, kes toetab hindamisprotsessi, aidates meeles pidada kriteeriume ning vajadusel abistades tehnilistes küsimustes. **Patsientide välistamise, seisundi raskusastme hindamise ja lisamise otsuste tegemiseks ei ole vaja vaadata läbi patsiendi andmeid/ravilugu/muid patsiendi kohta tehtud märkmeid (va erandlikud juhtumid, kui patsient on perearstile uus). See samm keskendub kliinilisele intuitsioonile.**

**Nõuanded kliinilisel intuitsioonil põhineva valikuprotsessi jaoks:**

**Sotsiaalsed tegurid**, nt: puue, madal sissetulek, töötus; toetusvajaduse astmete hindamise tulemused vahemikus 1-2 (vt Lisa 4).

## Käitumistegur

Mõned/kõik retseptid täitmata -> võib viidata raviskeemist kinni mitte pidamisele.

III SAMM: Hinnatud nimekirjad randomiseeritakse ning perearst saab lõpliku nimekirja 50 patsiendiga, kes tuleb programmi kaasata. Juhul kui mõni patsientidest keeldub osalemast, tuleb sellest teavitada koordinaatorit, kes informeerib projektimeeskonda asenduspatsiendi lisamise vajadusest.

---

Tabel 1. Rahvusvaheline kogemus ja saadud õppetunnid ravi juhtimise programmide kasutamisel aitavad tagada teie valikuprotsessi edukuse. Järgnevalt on toodud mõned soovitusel, mida silmas pidada:

Eelarvamused ja oletused	<ul style="list-style-type: none"><li>- Olge teadlikult ettevaatlikud oletuste osas, et teatud patsiendid ei saa programmist kasu või ei soovi olla programmi kaasatud (nt mitme kroonilise haigusega patsiendid).</li><li>- Hoiduge eelarvamustest: püüdke mitte välistada patsiente, kellel on tervishoiuteenuste osutajatesse negatiivne suhtumine, kui nende välistamiseks ei ole mõjuvat põhjust.</li><li>- Ilmsete sotsiaalsete riskidega patsiente tuleks programmi pigem kaasata, välja arvatud juhul, kui nende välistamiseks on olemas mõni väga oluline põhjus.</li></ul>
--------------------------	--



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ravi juhtimise programmid toovad sageli kasu varasemalt perearsti vähem külastanud patsientidele - näiteks varasemalt ravi suunistest mitte kinni pidanud, väheste terviseteadmistega või osalemishuvi mitte üles näidanud patsientidele.</li> </ul> <p>Tegelikult võivad just nemad programmist enim kasu saada.</p>
Praksise võimekuse arvestamine	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kui patsiendi haigusseisund on väga raske, kuid on tõenäoline, et patsiendile on ravi juhtimise programm kasulik, tuleks ta programmiga liita; kui hindate, et patsient ravi juhtimisest tõenäoliselt kasu ei saa, pole teda vaja programmiga liita.</li> <li>- Juhul, kui teie hinnangul oleks teatud patsientidel ravijuhtimisest kasu, tuleks arvestada ka teie ravimeeskonna koosseisu, muude tervishoiuteenuse osutajate kättesaadavust, teie perearstikeskuse võimekust jne.</li> </ul>
Olemasolevate toetussüsteemidega arvestamine	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Juba toimivad suhted teiste teenusepakkujatega nagu näiteks eriarstide (nt onkoloog), erasektori või hooldusteenuse pakkujatega</li> </ul>

	<p>(hooldekodud, toetatud elamise teenus) võivad viidata, et ravijuhtimise rakendamisest ei tule lisakasu.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Isoleeritud patsiendid võivad pigem saada kasu ennetavast proaktiivsest suhtlusest: pere toetuse puudus võib piirata nende võimet tervishoiusüsteemis orienteeruda.</li> </ul>
Ohutuskaalutlused	Välitage patsiendid, kes tõenäoliselt kujutavad turvariski perearsti meeskonnale.

## **5. RISKIPÕHISE RAVI JUHTIMISE ALUSTAMINE JA LÄBIVIIMINE**

### **5.1 Patsientide kaasamine projekti**

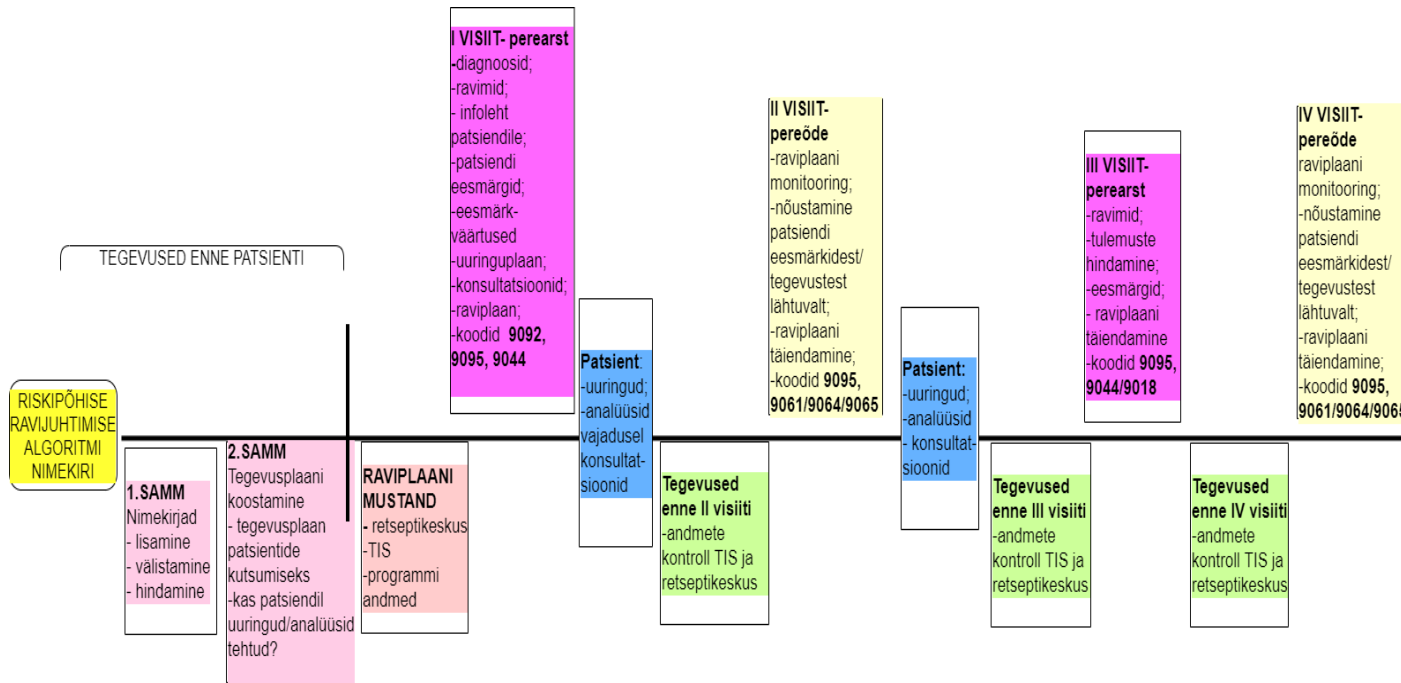
Soovitavalt koostage tegevuskava patsientide kaasamiseks. Patsiendi kaasamisel riskipõhise ravijuhtimise projekti ei ole vaja allkirjastada kirjalikku nõusolekut, sest tegemist on tavapärase tervishoiuteenuse osutamisega (sh raviplaani koostamisega), kuid patsiendile lähtuvalt kõrgendatud terviseriskist pakutakse rohkem toetust. Patsiendile antakse infoleht riskipõhise ravijuhtimise programmi kohta. Käesoleva dokumendi lisa 2.

### **5.2 Riskipõhise ravijuhtimise programmi läbiviimine**

Igale riskipõhise ravijuhtimise patsiendile koostatakse raviplaan jälgides käesoleva juhendi lisas 3 esitatud soovitusi ja seejärel nõustatakse patsienti. Joonisel 1 on kirjeldatud riskipõhise ravijuhtimise programmi läbiviimine.

Enne patsiendi tulekut arutage meeskondlikult läbi patsiendi tervise seisund kasutades tervise infosüsteemi, retseptikeskuse ja oma programmi andmeid. Koostage eeltäidetud raviplaan. Patsiendile raviplaani koostamisel lähtuge lisas 3 esitatud soovitustest. Patsiendi nõustatakse ja toetatakse tema

raviplaani tegevuste osas vähemalt kord kvartalis ja vajadusel kutsutakse patsient vastuvõtule. Kui patsient on teavitanud perearsti või andmetest selgub, et patsient on külastanud erakorralise meditsiini osakonda, siis vajadusel kutsutakse patsient perearsti vastuvõtule.



Joonis 1. Ülevaade riskipõhise ravijuhtimise programmist

### 5.3 Kodeerimise põhimõtted

Tegevuse kodeerimisel lähtutakse üldarstiabi lepingu lisast 3 (kättesaadav: <https://www.haigekassa.ee/partnerile/raviasutusele/perearstile/lepingud>) ja alljärgnevat koodidest:

- 9094- riskipatsiendi andmetega tutvumine;
- 9092- riskipatsiendi kaasamine programmi;
- 9095- riskipatsiendi raviplaani koostamine/täiendamine;
- 9090- riskipatsiendi keeldumine programmis osalemisest;

Riskipatsientidele tervishoiuteenuse osutamisel lähtutakse otsustustoe soovitustest ning ravijuhendites sätestatud uuringutest/analüüsides. Lisaks eelnevale on kokkulepitud perearstide kvaliteedisüsteemis ravijuhenditest lähtuvad uuringud/analüüsid.

Perearstide kvaliteedisüsteemi raames tehtavate uuringute kodeerimise põhimõtted on kirjeldatud käesoleva dokumendi tabelis 2.

Tabel 2. Perearstide kvaliteedisüsteemi raames tehtavate uuringute kodeerimispõhimõtted

Sihtrühm/ Tegevus	DIABEET	HYP1_79	HYP1_80	HYP2_79	HYP2_80	HYP3_79	HYP3_80	THYREO
66118	12							
66102	12			12	12	12	12	
66104	12	36		12		12		
66105	36			12		12		
66117/66102	12			12	12	12	12	
9044/9061	12	12	12	12	12	12	12	
66101/6118		36	36	12	12	12	12	
6361/6362				36	36			
66706								12

#### 5.4 Ravijuhtimise meeskonna koosolekud

Kord nädalas peaksid kõik ravijuhtimise pilootprojekti kaasatud õed ja perearstid umbes ühe tunni vältel ravijuhtimise alaseks aruteluks kokku saama, et vaadata üle patsientide register/mudel ja arutada konkreetsete patsientide raviplaanis tehtavaid muudatusi. Mõned perearstikeskused võivad pidada vajalikuks oma ülesannete täitmise hõlbustamiseks koosolekutele kaasata ka lisaks perearstikeskuse assistenti (näiteks abiks visiitide planeerimisel).

Ravijuhtimise koosolekud peaksid sisaldama järgmisi teemasid:

- Arutelu projekti seisust (sh palju patsiente on projekti kaasatud ja keda on plaanis lähiajal kaasata).
- Arutelud patsientide üle, kes mingil põhjusel teevad meeskonnale muret (muutused tervislikus seisundis, sotsiaalsed probleemid, patsiendiga ei saa kontakti jne).
- Arutelud hiljuti erakorralise meditsiini osakonda külastanud patsientide üle, et veenduda, kas nende jaoks on olemas edaspidine jälgimise kava ja planeeritud perearsti visiit.
- Arutelud, millised patsiendid vajavad raviplaani uuendamist ja kuidas ning kes seda

teeb.

- Arutelud, kellest on vaja teatada KOV-i ja /või suunata eriarsti juurde ja kes koostab suunamise/saatekirja.

## **Lisa 1. Meeskonnatöö krooniliste haigete jälgimisel**

### **Sissejuhatus**

Perearstide igapäevasest töökoormusest moodustab üha suurema osa töö krooniliste haigustega inimestega. Kroonilised haiged ning krooniliste haiguste riskigruppidesse kuuluvad inimesed vajavad järjepidevat koostööd perearstikeskuse spetsialistidega. Krooniliste haiguste ägenemise ennetamine ja haiguse enda ennetamine sõltub suurel määral patsiendi ja perearstikeskuse vahelisest efektiivsest suhtlemisest, ravi planeerimisest ja järelevalvest.

Terviseriske kaardistades ja tervisenäitajaid jälgides on võimalik ennetada haigestumist või krooniliste haiguste korral ennetada tüsistusi. Kui patsiendil on konkreetne raviplaan ehk terviseplaan tema personaalsete eesmärkide ja tegevustega, motiveerib see inimest rohkem panustama oma tervisege tegelemisse.

Käesolev juhend annab ülevaate perearstikeskuste tööst krooniliste haigetega.

### **Krooniliste haigete jälgimine**

Krooniliste haigustega patsientide jälgimine ja ravi on üks osa perearstikeskuse tööst.

Igal perearstil on 1 või rohkem pereõdesid. Kui pereõdesid on rohkem kui üks, siis on soovitatav riskipatsientide nimekirjas olevad patsiendid jaotada pereõdede vahel. Erinevate haiguste jälgimiseks on Haigekassa poolt välja antud ravijuhised.

Kui patsiendil on kinnitatud krooniline haigus, koostatakse talle perearsti rakenduses raviplaani, antud plaan trükitakse välja ja antakse patsiendile visiidil kaasa.

### **Raviplaani koostamine:**

- 1) Tervisenäitajad (näitaja nimetus, individuaalne eesmärk, väärtus)
- 2) Haigused (haiguse nimetus, kood)
- 3) Ravimid (ravimi nimetus, toimeaine, annustamine, haigus, märkus)
- 4) Nõuanded ja tegevuskava (edasine ravi, elustiili- ja toitumisalased nõuanded, individuaalsed eesmärgid)

Regulaarsete jälgimiste käigus raviplaani korrigeeritakse ja täiendatakse.

### **Pereõde tegevused nimekirjas oleva riskipatsiendiga:**

- Pereõde kontrollib nimekirjas oleva patsiendi andmeid - isiku kohta kontrollitakse perearsti/õe visiite, teostatud uuringuid ja analüüse, ravimeid, samuti kas on olnud statsionaarset ravi või EMOSse ja eriarsti poole pöördumisi.
- Kontrollib ravijuhendi järgi, mis toiminguid, analüüse või uuringuid on antud haiguse (haigustega) patsiendil vaja teostada.
- Vajadusel konsulteerib arstiga ja koostab plaanile vastavad uuringute saatekirjad ning kontakteerub patsiendiga analüüside ja uuringute läbiviimise kokkuleppimiseks ning vajadusel visiidiaja määramiseks. Sageli palutakse patsiendil kodus teostada mõõtmisi (näiteks vererõhu mõõtmiste registreerimine kindla ajaperioodi jooksul).
- Kui patsient on analüüsid/uuringud läbinud ja ta tuleb visiidile, vaadatakse koos patsiendiga üle tema tervisenäitajad, uuritakse enesetunde ja probleemide kohta. Iga visiit lõpeb otsusega, millal on järgmine pöördumine. Kas patsiendiga tegeleb arst või pereõde, sõltub patsiendi probleemi keerukusest. Vastuvõtu perearstikeskuses võib ka asendada telefonikonsultatsiooni või e-maili/ või muu kanali läbi suhtluse.
- Kui pereõde suunab patsiendi uuringutele, siis sama pereõde jälgib uuringute tulemusi ja jagab infot vajadusel perearstiga ning tagasisidestab ka patsienti.

### **Perearsti tegevused nimekirjas oleva riskipatsiendiga:**

- Pereõde nõustamine
- Patsiendi ülevaatus ja nõustamine ning vajadusel raviplaani korrigeerimine, sh muudatused ravimites.
- Täiendavate uuringute ja analüüside määramine, vajadusel eriarstile või spetsialistile suunamine (kardioloog, endokrinoloog, toitumisterapeut, psühholoog, füsioterapeut jne)
- Perearstid suunates patsienti e-konsultatsioonile või uuringutele, siis perearst jälgib vastuste laekumist ja tagasisidestab patsienti.

## Lisa 2. Infokirjad osalejatele

Eesti Haigekassa  
Lastekodu 48, Tallinn 10113  
☎ 669 6630  
@ info@haigekassa.ee  
🌐 www.haigekassa.ee  
📱 #Tervisekassa



### RISKIPÕHINE RAVIJUHTIMINE. INFOKIRI OSALEJATELE.

Täname Teid, et osalete riskipõhise ravijuhtimise programmis. Programmi korraldab Eesti Haigekassa koostöös rahvusvahelise organisatsiooni Maailmapangaga ning seda aitavad läbi viia perearstid koos oma meeskondadega üle Eesti.

Riskipõhine ravijuhtimine on suunatud krooniliste haigustega patsientidele (II tüüpi diabeet, kõrgvererõhktõbi), et jälgida tervist ning pakkuda parimat ravi. Tõhusama ja süsteemse jälgimisega saab vähendada tõenäosust, et Teie tervis halveneb või satute haiglasse või peate pöörduma erakorralise meditsiini osakonda. Saame Teid toetada haigusega kaasnevate sümptomite halvenemisel ning kohandame ravi plaane vastavalt vajadusele.

Meie omaltpoolt saame Teie osalemisest kasulikke andmeid ning saame seeläbi teada kuidas selle uuendusliku programmi abil krooniliste haigustega inimestele kõige parem ravi ja jälgimine kindlustada.

Kui osalete programmis, koostatakse esmalt Teile koostöös Teie enda ja Teie perearstiga raviplaani. Raviplaani koostamise eesmärk on aidata Teil tulla iseseisvalt toime oma krooniliste haigustega ja olla nii terve, kui võimalik. Selles seatakse ravile selged eesmärgid, mis leitakse just Teie vajadustest ning ootustest lähtuvalt. Raviplaani koostate koos perearstiga, tervise jälgimisse on aga kaasatud ka pereõde, kes toetab perearsti. Peamine kontakt on Teil edaspidi pereõdega telefoni teel, kuid vastavalt kokkuleppele võib



olla ka perearsti külastusi. Täpse plaani lepite kokku juba oma perearstiga.

Teid ravitakse jätkuvalt Eestis kehtivate ravijuhendite kohaselt nagu siianigi. Programmiga ei kaasne täiendavaid uuringuid või protseduure, mis tuleneksid sellest programmist.

Programmi oodatakse aasta jooksul osalema ligi 7000 patsienti üle Eesti. Programmi tulemusel soovitakse leida parim võimalik viis, kuidas toetada perearste krooniliste haigete jälgimisel, et ennetada haiguse halvenemist ja tagada patsiendikeskne lähenemine. Uuringu tulemusi analüüsib Maailmapank, mille meeskonnal on lai kogemus erinevate projektide mõju hindamisest. Maailmapank on rahvusvaheline organisatsioon, kes aitab teistel riikidel uuendusi sisse viia ja neist kasu saada. Tulemuste hindamiseks analüüsitakse Teie raviga seotud andmeid, mida arstid oma igapäevatöö käigus haigekassale juba praegugi esitavad. Veel hinnatakse uuringu alg- ja lõppfaasis teatud analüüside ja uuringute tulemusi (kõrgvererõhktõve patsientidel vererõhu väärtus, diabeedipatsientidel HbA1c, paastuglukoos ning üldiselt kolesterool fraktsioonidega ja kehamassiindeks) – need näitajad on valitud vastavalt riiklikes ravijuhistes toodud eesmärkidele ning tulemused nende osas päritakse tervise infosüsteemist. Seda tehakse selleks, et mõista riskipõhise ravijuhtimise mõju haiguse halvenemise ennetamisel ning inimese tervisele laiemalt. Võrreldes tavapärase ravitööga uusi, olemasolevast erinevaid andmeid Teie kohta ei koguta. Kinnitame, et Teie isiku- ja terviseandmed on kaitstud ning nende avaldamisel järgitakse kõiki õigusakte, st et programmi tulemused avaldatakse ainult koondatud kujul ning ei pea kartma, et Teie terviseandmete kohta saab infot keegi kõrvaline isik.

Programmis osalemine on vabatahtlik. Osalemine ei too endaga kaasa riske tervise osas, kuna Teie ravi ning jälgimine toimub jätkuvalt vastavalt ekspertide poolt heaks kiidetud ravijuhistele. Võite oma osalemise igal ajal katkestada, ilma et seda tuleks põhjendada või et sel oleks Teile negatiivseid tagajärgi. Kui Teil on soov programmis osalemine katkestada, teavitage sellest kindlasti kohe oma perearsti.

Kui Teil tekib küsimusi või soovite saada tagasisidet projekti kohta, siis palun võtke ühendust

oma perearsti või -õega.

[Nimi]

[kontaktand  
med]

Lugupidamisega

Eesti Haigekassa  
Lastekodu 48, Tallinn 10113  
☎ 669 6630  
@ Info@haigekassa.ee  
www.haigekassa.ee  
#Tervisekassa



## УПРАВЛЕНИЕ ПРОЦЕССОМ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ГРУППЫ РИСКА. ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО УЧАСТНИКАМ.

Благодарим вас за участие в программе управления процессом лечения с учетом рисков. Программа организована Больничной кассой Эстонии в сотрудничестве с Мировым Банком, а также при помощи команд семейных врачей со всей Эстонии.

Управления процессом лечения с учетом рисков направлено на пациентов с хроническими заболеваниями (Диабет II типа, высокое кровяное давление) для того, чтобы следить за Вашим здоровьем и обеспечивать лучшее лечение. Более эффективный и систематический мониторинг может снизить вероятность ухудшения Вашего здоровья, обращения в отделение неотложной помощи или госпитализации. Мы можем помочь Вам в случае обострения Ваших симптомов и при необходимости скорректировать планы лечения.

Со своей стороны, мы получим полезные данные и информацию благодаря Вашему участию и таким образом, узнаем, как обеспечить наилучшее лечение и последующее наблюдение над пациентами с хроническими заболеваниями с помощью этой инновационной программы.

Если Вы принимаете участие в исследовании, сначала для Вас будет составлен план лечения в сотрудничестве с вами и вашим семейным врачом. Цель этого плана

19

лечения - помочь Вам самостоятельно справляться с хроническими заболеваниями и чувствовать себя лучше. В плане лечения формулируются четкие цели для улучшения Вашего здоровья, которые определяются на основе Ваших индивидуальных потребностей и ожиданий. Вы составляете план лечения вместе с Вашим лечащим врачом, но семейная сестра, также участвует в мониторинге вашего здоровья. В дальнейшем Вы будете контактировать с семейной медсестрой по телефону, но по договоренности возможны также посещения семейного врача. Точный план действий Вы согласуете со своим семейным врачом.

Вас продолжат лечить в соответствии с действующими в Эстонии руководствами по лечению. Программа не включает в себя никаких дополнительных исследований или процедур, которые могут возникнуть в результате данной программы.

Ожидается, что в течение года в программе примут участие почти 7000 пациентов со всей Эстонии. В результате программы мы надеемся найти наилучший способ поддержки семейных врачей в наблюдении за хроническими пациентами, чтобы предотвратить прогрессирование заболеваний и обеспечить подход, ориентированный на пациента. Результаты исследования анализирует Мировой Банк, команда которого имеет большой опыт оценки влияния различных проектов.

Мировой Банк- международная организация, которая помогает другим странам вводить новшества и извлекать из них выгоду. Для оценки результатов анализируются данные о Вашем лечении, которые врачи передают в Больничную кассу в ходе повседневной работы. Результаты определенных анализов и исследований (высокое кровяное давление у пациентов с гипертонией, HbA1c у пациентов с диабетом, глюкоза натощак и индекс массы тела на начальной и конечной фазах исследования) также оцениваются в соответствии с национальными правилами методических рекомендаций.

Это делается для того, чтобы понять влияние лечения, основанного на оценке риска, на предотвращение прогрессирования заболевания и на здоровье пациента в целом. По сравнению с традиционным лечением новые данные о Вас не собираются. Мы подтверждаем, что Ваши личные данные и данные о состоянии

Вашего здоровья защищены, и что их публикация соответствует всем законодательным актам, то есть результаты программы публикуются только в обобщенной форме, и нет необходимости опасаться, что данные о Вашем здоровье будут раскрыты кому-то другому.

Участие данной в программе добровольное. Участие не влечет за собой никаких рисков для здоровья, так как Ваше лечение и наблюдение будут продолжаться в соответствии с принципами лечения, утвержденными экспертами. Вы можете прекратить свое участие в любое время без объяснения причин или негативных последствий для вас. Обязательно сообщите своему семейному врачу или сестре, если хотите прекратить участие в исследовании.

Если у Вас есть вопросы или Вы хотите получить обратную связь о проекте, то пожалуйста свяжитесь со своим семейным врачом или сестрой.

[Имя]

[Контактные данные]

С Уважением

### **Lisa 3. Raviplaani väljatöötamine**

Raviplaani on aidanud parandada patsientide tervisetulemeid, suurendada patsientide eneseabi võimekust ja vähendada tervishoiuteenuste kasutamist ning on ravijuhtimise projektis kesksel kohal.

Raviplaani on patsientide ravisse kaasamise ja aktiveerimise vahend. Seda kasutatakse sageli patsiendi tervisevajaduste ja ravieesmärkide koordineerimiseks. Raviplaani peaks olema lühike ja lihtne dokument, kus on kirjeldatud patsiendi ravi eesmärgid, raviplaani, enesejuhtimise tegevused ja ravi koordineerimise kavad.

Kuna raviplaani on mõeldud kasutamiseks nii ravimeeskonnale kui ka patsiendile, peab see olema kirjutatud patsiendisõbralikus keeles, ning raviplaanis eesmärkide seadmisel peab olema arvestatud nii patsiendi kui tervishoiuteenuse osutaja prioriteete.

#### **Kuidas raviplaani luua?**

Projekti kaasamine hõlmab ravi juhtimise meeskonna kohtumisi iga konkreetse patsiendiga (ja potentsiaalselt ka nende pereliikmetega) ja neile raviplaani koostamist:

- Korraldage patsiendiga kohtumine. **Enne kohtumise korraldamist öelge patsiendile, et ta mõtleks enne visiidile tulekut, mida ta soovib ise aasta jooksul oma tervise osas saavutada.**
- Selgitage patsiendile raviplaani eesmärki: on oluline, et patsient saaks aru, et see dokument on mõeldud talle endale kasutamiseks ja et ta tunneks ennast selle loomisega seotud olevat.

**Juhtige** patsiendiga peetavat ning nende ravi eesmärke käsitlevat vestlust, keskendudes asjadele, mida patsient ise teha saab

**Sõnastage** iga eesmärk konkreetse, mõõdetava ja täitmise tähtajaga (nt patsiendi toitumisharjumused on muutunud, kehakaal langeb 2 kg kuus) .

**Patsientidele suunavate küsimuste esitamisel võite kasutada Grow mudelit** Esitage suunavaid küsimusi, näiteks:

### **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 teostegemist?
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

**Analüüsi** patsiendi tervisevajadusi, sealhulgas sotsiaalhoolekandelisi toetusvajadusi (majapidamis-toimingud, elukeskkond, enese eest hoolitsemine, toidu valmistamine ja söömine, raviplaani järgimine, vaimne heaolu, vaba aeg) ja kaasuvaid haigusi;

**Sõnastage** selge tegevuskava, mida patsient ja ravimeeskond peaks kokkulepitud eesmärkide saavutamiseks järgima;

Vajadusel **arutage läbi** kliiniliste seisundite ägenemise korral kohaldatavad situatsiooniplaanid;

**Koostage** raviplaani lisatav võtmekontaktisikute nimekiri. Nende hulka kuuluvad perearstikeskuse telefoni number, tööajaväline telefoninumber, ravimeeskonna õe



kontaktinformatsioon;

**Arutage** patsiendiga teistele tervishoiuteenustele suunamist, rõhuasetusega sammudel, mida patsient või ravimeeskond peaks enne ja /või pärast haiglaravi või eriarstile suunamist tegema (st patsiendi haiglast väljakirjutamisel perearstikeskusesse helistama)

**Leppige kokku** patsiendi järgmine kontakt perearstikeskusega.

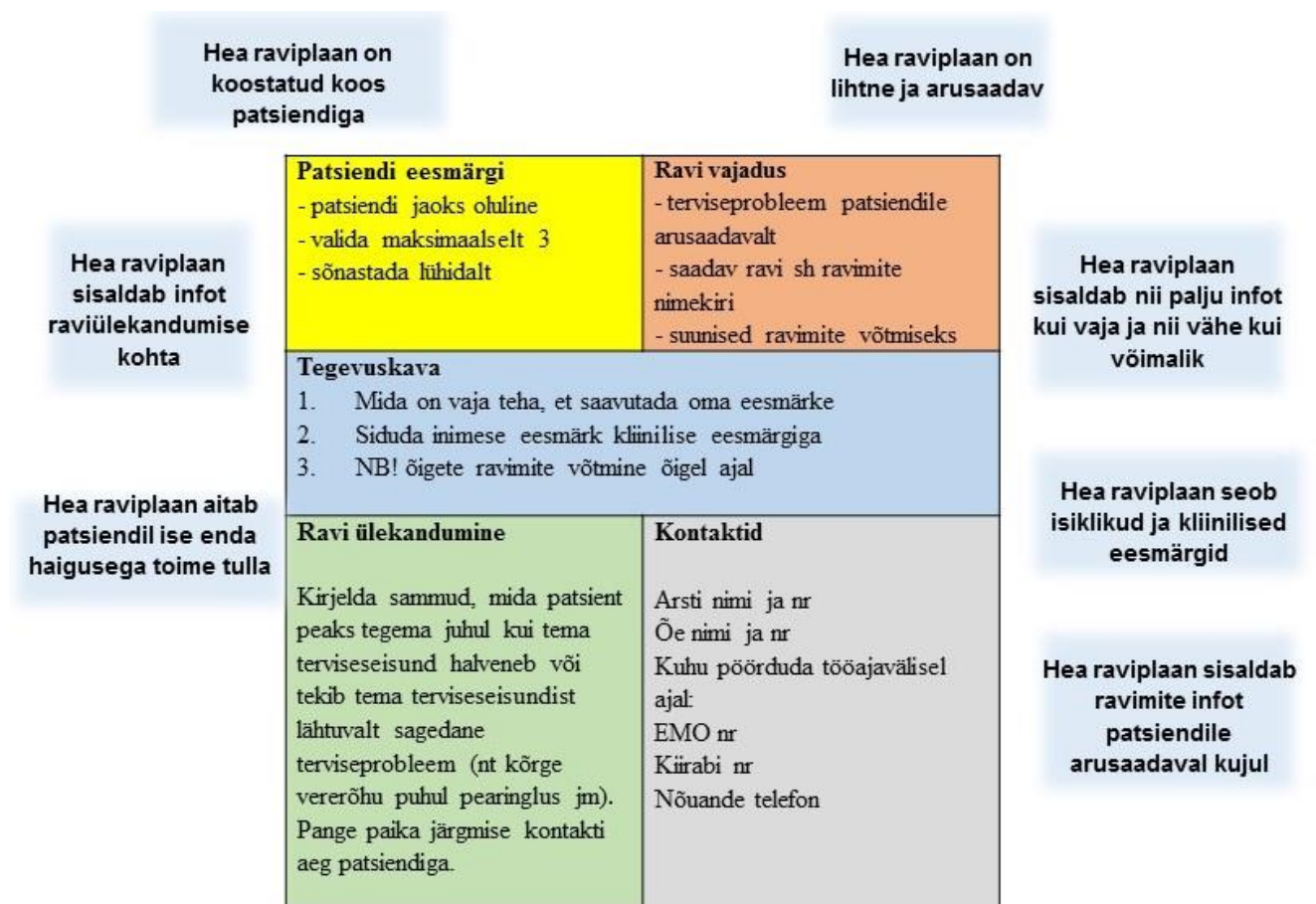
**Lõplik raviplaan peaks sisaldama järgmisi elemente:**

Vajaduste hindamine	Kokkuvõtte kõikidest aktiivsetest meditsiinilistest probleemidest ja põhiküsimustest, mida patsient soovib lahendada.
Ravimid	Nimekiri kõigist ravimitest, mida patsient hetkel võtab, ning raviskeem.
Patsiendi eesmärgid	2-3 patsiendi enda poolt sõnastatud eesmärki: mida patsient oma tervisega seoses kõige rohkem tahab? nt paranenud tervisetulemit, eneseabi küsimused, teatud teenused, sotsiaalsete probleemide lahendamine jms.
Tegevuskava	Selgitage välja olulised terviseprobleemid ning sõnastage vastavad situatsiooniplaanid (kui x juhtub, siis tehke y).
Ravi ülekandumine	Sõnastage, mida patsient peaksid tegema haiglasse sattumisel (nt helistama ravimeeskonnale, teavitamaks perearsti/õde).
Kontaktinfo	Patsiendi ja lähedase kontaktandmed Arsti ja õe kontaktandmed Info kuhu pöörduda väljaspool perearstikeskuse tööaega.

## NÄIDISRAVIPLAANID

Pange tähele, et mitte ükski neist näidetest ei ole spetsiaalselt kohandatud seda tüüpi ravijuhtimise projektile, milles teie osalete. Need näited on mõeldud lihtsalt kasulike näidetena teile selle kohta, kuidas korralik raviplaan välja näeb. Teile antakse projekti ajal kasutamiseks tegeliku raviplaani vorm.

### Näidis I:



## 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 mõõdikut (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, measuarble, attainable, relevant, time-bound – konkreetne, mõõdetav, saavutatav, asjakohane, ajastatud)
- 7: Koosta edasise jälgimise kava ja anna sellest patsiendile tead

### Näidis II: Pilootprojektis praksise poolt loodud raviplaan

<b>Patsiendi andmed:</b>			
<b>KÕRGVERERÕHUTÕBI</b>	<b>SUHKRUHAIGUS</b>	<b>SÜDAME ISHEEMIATÕBI</b>	<b>HEALOOMULINE PEARINGLUS</b>
<b>MINU KASUTATAVAD RAVIMID</b>			
<b>NEBILET 5mg 1tbl</b> hommikul	<b>METFORMIN 500mg</b> 1tbl 2 korda päevas koos söögiga	<b>SÜDAME ASPIRIIN</b> 1tbl hommikul  <b>ATORIS 10mg 1tbl</b> hommikul	<b>BETASERC 24mg 1tbl</b> 2 korda päevas, vajadusel 1 kuuliste kuuridena

<p style="text-align: center;"><b>MINU EESMÄRGID</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Olla jätkuvalt füüsiliselt aktiivne</li> <li>• Osaleda huviringi tegevustes</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>TEGEVUSKAVA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Liigun igapäevaselt värskes õhus</li> <li>• Toitun tervislikult ja tarbin piisavalt vedelikku</li> <li>• Tarvitan regulaarselt ravimeid</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kui täheldan enesetundes muutusi (pearinglus), teavitan koheselt oma perearsti/pereõde</li> <li>• Erakorralise haiglasse sattumise korral teavitan sellest ka oma perearsti/pereõde</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>OLULISED KONTAKTID</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Kuressaare Perearstikeskus</b>  Perearst Kerli Jaagosild, pereõde Laura Keidong  <b>45 24 300</b>  24h avatud Perearstide nõuandeliin <b>1220</b>  <b>Kiirabi 112</b></p>

#### Lisa 4. Sotsiaalhoolekandeline toetusvajaduse hindamine

Toetusvajaduse hindamise eesmärk on tuvastada inimese üldine õigustatus ja vajadus sotsiaalhoolekandelist abimeetmete järel. Toetusvajadust hinnates on esmalt oluline uurida, millised on inimese sotsiaalsed suhted, kes on lähedased inimesed või spetsialistid, kes tänasel hetkel toetust pakuvad. Toetusvajadust hinnatakse erinevates eluvaldkondades skaalal 0-4.

Üldised põhimõtted toetusvajaduse astme ja sobiva sotsiaalhoolekande abimeetme valikul on järgmised:

- toetusvajaduse aste on 0, inimene saab iseseisvalt hakkama ning ei vaja sotsiaalhoolekandelist abimeetmeid;
- toetusvajaduse astmed jäävad vahemikku 1-2, inimene võib vajada toetavad sotsiaalhoolekandelist abimeetmed, mis ei ole ööpäevaringset tegevust nõudvad;
- toetusvajaduse astmed jäävad vahemikku 3-4, inimene vajab igapäevaselt abi või isegi ööpäevaringseid sotsiaalhoolekandelist abimeetmeid.

*Hinda inimese toetusvajadust hindamise skaala järgi 0-4 ning vastavalt hindamistulemusele märgi isiku toetusvajadus (0-iseseisev, 1-madal toetusvajadus, 2-keskmine toetusvajadus, 3 kõrge toetusvajadus, 4 äärmuslik toetusvajadus). (Kasuta eelpool saadud andmeid.)*

Isiku kontaktandmed \_\_\_\_\_

	Iseseisev 0	Madal toetusvajadus 1	Keskmine toetusvajadus 2	Kõrge toetusvajadus 3	Äärmuslik toetusvajadus 4	Märkused
Majapidamis- Toimingud						
Elukeskkond						
Enese eest hoolitsemine						
Toidu valmistamine ja söömine						
Raviplaan järgimine						
Vaimne heaolu						
Vaba aeg						
Hindamistulemus on.....	Isiku toetusvajadus täiendavate sotsiaalteenuste osas .....					
	toetusvajadus					

Hindamise kuupäev \_\_\_\_\_

**Näide****Mari MAASIKAS, 4580XXXXXX**

	Iseseisev 0	Madal toetusvajadus 1	Keskmine toetusvajadus 2	Kõrge toetusvajadus 3	Äärmuslik toetusvajadus 4	Märkused
Majapidamis- Toimingud			<u>X</u>			
Elukeskkond			<u>X</u>			
Enese eest hoolitsemine				<u>X</u>		<u>Vajab abi</u> <u>enesehooldus</u> <u>ega seotud</u> <u>toimingutega</u>
Toidu valmistamine ja söömine				<u>X</u>		
Raviplaani järgimine				<u>X</u>		<u>Vajab abi</u> <u>raiplaani</u> <u>järgimisega</u>
Vaimne heaolu				<u>X</u>		
Vaba aeg			<u>X</u>			
Hindamistulemus on.....3...		Isiku toetusvajadus täiendavate sotsiaalteenuste osas kõrge toetusvajadus				

**Hindamise kuupäev: 02.03.2021**

## Sotsiaalhoolekandeline toetusvajaduse hindamise küsimustiku täitmise juhend

### Toetusvajaduse astmed ja kirjeldus

Aste	Toetusvajadus	Toimetulek
0	Iseseisev	Ei vaja toetust.
1	Madal toetusvajadus	Toimetulek kergelt häiritud. Vajab meeldetuletust ja nõustamist.
2	Keskmine toetusvajadus	Toimetulek mõõdukalt häiritud. Vajab regulaarset (1-4 korda nädalas) juhendamist ja abi.
3	Kõrge toetusvajadus	Toimetulek raskelt häiritud. Vajab igapäevaselt kõrvalabi ja toetust.
4	Äärmuslik toetusvajadus	Võimetu toime tulema või tegelema. Vajab püsivalt hooldust ja/või järelevalvet ja tegevuste üle võtmist teise isiku poolt.

### Igapäeva elu toimingute valdkonnad ja abistavad küsimused

#### I Majapidamistoimingud (hindamise skaala 0-4)

Kas inimene saab iseseisvalt hakkama majapidamistoimingutega või vajab selleks abi (nt koristamine, pesupesemine, nõude pesemine, kütmine jms)?

Iseseisev	Madal toetusvajadus	Keskmine toetusvajadus	Kõrge toetusvajadus	Äärmuslik toetusvajadus
0	1	2	3	4

#### II Elukeskkond (hindamise skaala 0-4)

Kas inimene tuleb toime tänases elukeskkonnas või vajab abi selles osas (nt uue eluruumi vajadus, eluruumi kohandamine, vajalikud abivahendid enese eest hoolitsemiseks jms)?

Iseseisev	Madal toetusvajadus	Keskmine toetusvajadus	Kõrge toetusvajadus	Äärmuslik toetusvajadus
0	1	2	3	4

#### III Enese eest hoolitsemine (hindamise skaala 0-4)

Kas inimene on võimeline iseseisvalt teostama enesehooldusega seotud toiminguid või vajab selleks abi (sh enda pesemine, tualeti kasutamine, riietumine kodus ja riietumine vastavalt ilmastikule)?

Iseseisev	Madal toetusvajadus	Keskmine toetusvajadus	Kõrge toetusvajadus	Äärmuslik toetusvajadus
0	1	2	3	4

#### IV Toidu valmistamine ja söömine (hindamise skaala 0-4)

Kas inimene suudab iseseisvalt toitu valmistada ning teha sellega seotud tegevusi (sh toidu hankimine poest, toidu valmistamine, toidu soojendamine) või vajab selleks abi? Kas inimene suudab iseseisvalt süüa või vajab selleks abi?

Iseseisev	Madal toetusvajadus	Keskmine toetusvajadus	Kõrge toetusvajadus	Äärmuslik toetusvajadus
0	1	2	3	4

**V Raviplaani järgimine** (hindamise skaala 0-4)

Kas inimene on haigusteadlik, suudab järgida raviplaani ning muretseda iseseisvalt vajalikud ravimid või vajab selleks abi?

Iseseisev	Madal toetusvajadus	Keskmine toetusvajadus	Kõrge toetusvajadus	Äärmuslik toetusvajadus
0	1	2	3	4

**VI Vaimne heaolu** (hindamise skaala 0-4)

Kas inimene vajab teiste inimeste/spetsialistide abi ja toetust, et toime tulla nt üksilduse, motivatsioonilanguse, sõltuvuse, väärkohtlemise, traagilise õnnetuse/elusündmuse tagajärgede vms-ga?

Iseseisev	Madal toetusvajadus	Keskmine toetusvajadus	Kõrge toetusvajadus	Äärmuslik toetusvajadus
0	1	2	3	4

**VII Vaba aeg** (hindamise skaala 0-4)

Kas inimene suudab osaleda ühiskonnaelus ja väljapool kodu erinevates tegevustes, võtta osa üritustest, tegeleda meelepärase huvitegevustega või vajab ta selleks abi?

Iseseisev	Madal toetusvajadus	Keskmine toetusvajadus	Kõrge toetusvajadus	Äärmuslik toetusvajadus
0	1	2	3	4