

Viljandi maakonna PAIK ja Viljandi haigla koduhaigla teenus

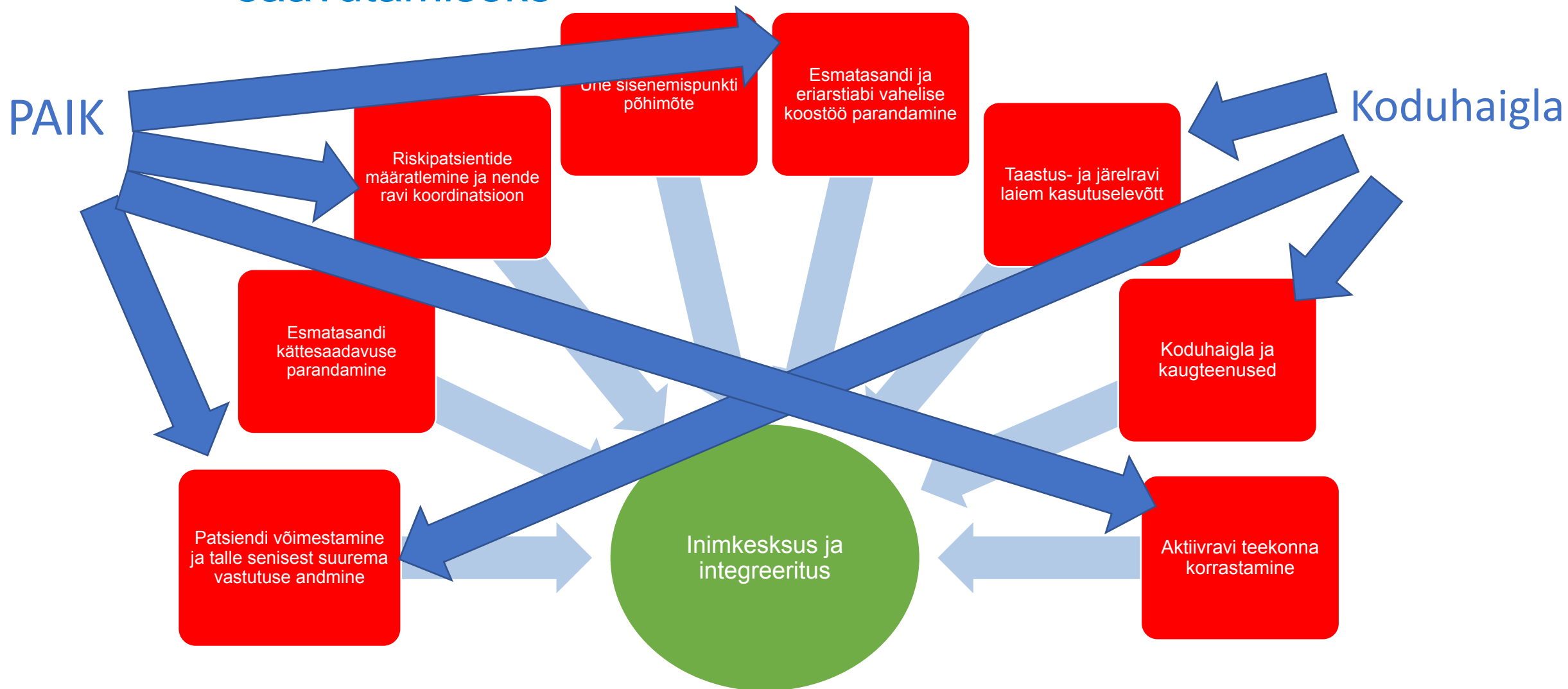


Millest täna räägime

- Mis on integreeritud ravijuhtimise teenus (PAIK)?
- Mis on koduhaigla?
- Miks integreeritud ravijuhtimine võiks olla hea mõte?
- Miks koduhaigla võiks olla hea mõte?
- Viljandi maakonna kogemus nimetatud teenustega 2019-2022
- Tuleviku ootused maakondlikule tervishoiusüsteemile



Riiklik plaan inimkeskse tervishoiu saavutamiseks



Slaid: SOM, Haiglate liidu konverents 2021, Viljandi

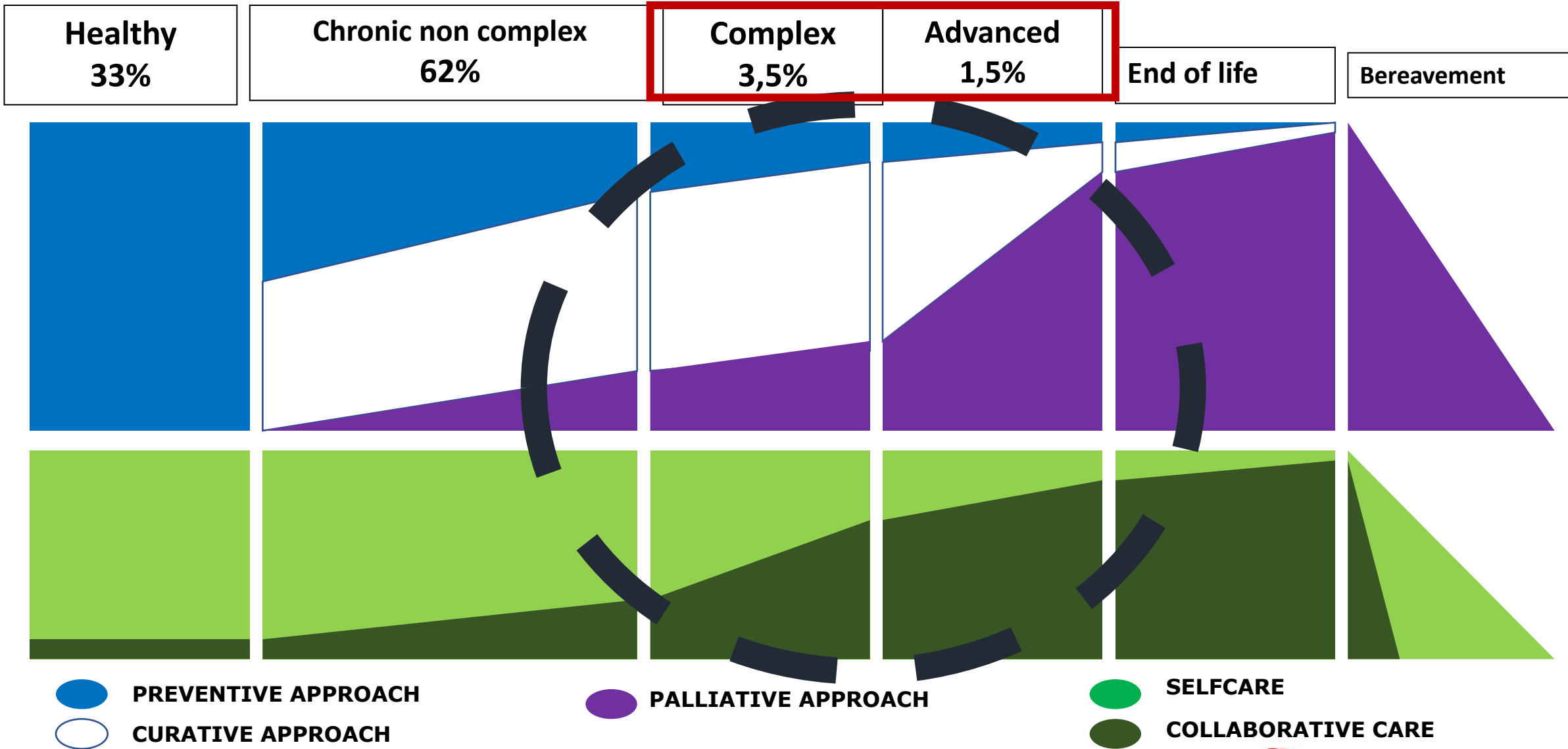


mõistuse ja südamega

Integreeritud ravijuhtimise teenus



Keerulised patsiendid vajavad teistsugust lähenemist



Integreeritud tervishoid (integrated care, IC)

- Kolm eesmärki (IFIC):
 - Inimeste (või rahvastiku) tervise parendamine
 - Patsiendikogemuse parendamine
 - Ebavajalike tervishoiukulutuste vähendamine
- Enamasti hõlmab ravijuhtimist/koordineerimist
- Keskendub kompleksete vajadustega patsientidele (inimestele)



Miks ravijuhtimine?

Table 5: Avoidable admissions by hospital type

Provider type	Total admissions (2013): Respiratory, Endocrine, and Circulatory	% Avoidable
Regional	22,903	14.69%
Central	20,612	18.58%
General	18,144	22.33%
Non HNDP providers	10,138	14.01%
All providers	71,797	17.64%

Source: World Bank team calculations.

Note: Referrals and transfers to other facilities are excluded from this analysis.

Estonia's population standardized avoidable admission rates have already decreased substantially between 2008 and 2013 (Table 6).



Miks ravijuhtimine?

Table 4: Avoidable admissions as a share of hospital admissions for related disease groups (2013)

Tracer condition and related disease group	Avoidable Admissions
<i>Avoidable COPD & asthma admissions as a share of:</i> <ul style="list-style-type: none">• Lower chronic respiratory disease admissions• Respiratory disease admissions	76.9% 8.7%
<i>Avoidable diabetes admissions as a share of:</i> <ul style="list-style-type: none">• Diabetes Mellitus admissions• Endocrine, nutritional and metabolic disease admissions	83.0% 46.7%
<i>Avoidable CHF & hypertension admissions as a share of:</i> <ul style="list-style-type: none">• Hypertension & other forms of heart disease admissions• Circulatory disease admissions	84.3% 22.35%



Miks tegeleda ravijuhtimise ja teenuste integreerimisega?

- Erinevad teenuseosutajad segregeeritud
- Raviplaanide ebaefektiivsuse põhjused sageli mittemeditsiinilised (70%)
- 10-40% haiglast koju kirjutatud patsiente satub lühikese aja jooksul haiglasse uuesti tagasi
- Sageli ebapiisavalt informeeritud ja „passiivne“ patsient astub ravisuhtesse kohtumiseks mitte ette valmistunud teenuseosutajaga

* Bodenheimer, Wagner et al 2002



Idee PAIK teenust käivitades (2016-2017)

- Luua integreeritud ravijuhtimise mudel (nii vertikaalne kui horisontaalne integratsioon) riskigrupi inimeste aitamiseks
- Keskenduda meeskonnana patsiendi ja tema lähedaste vajadustele (inimesekeskne raviprotsess)
- Ennetada krooniliste haigustega inimeste terviseseisundi ootamatut halvenemist ja haiglaravile sattumist

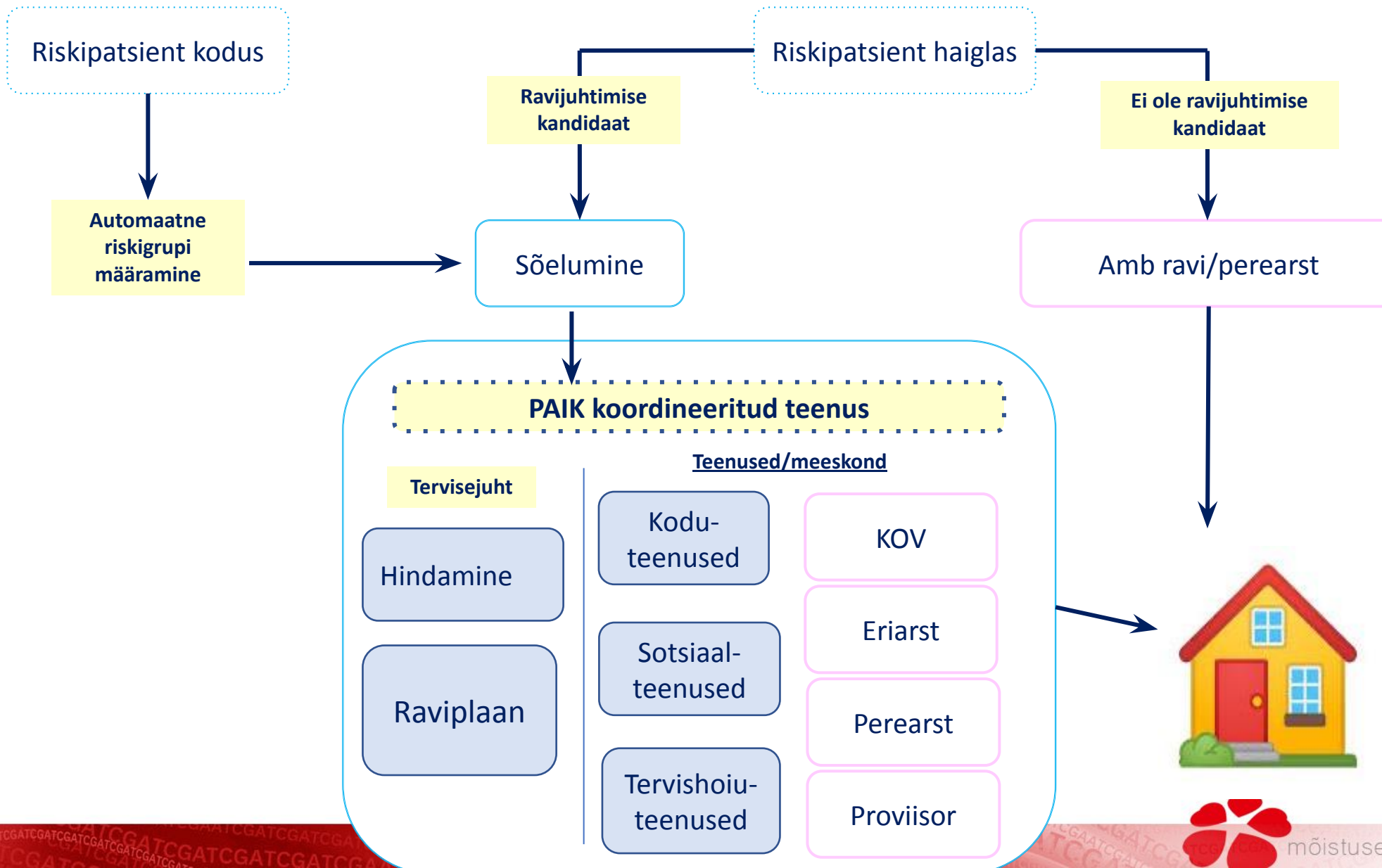


Maakondlikule integreeritud tervisjuhtimise teenusele seatud üldeesmärgid

- Objektiivsed:
 - Vähendada patsientide EMO-sse sattumisi
 - Vähendada erakorraliste hospitaliseerimisi
- Subjektiivsed:
 - Parem tervisega seotud elukvaliteet
 - Positiivne mõju tunnetuslikule ravi kvaliteedile
 - Parem teenuste omavaheline integratsioon



Viljandi PAIK mudel



Juhukorraldajad/tervisejuhi tööaeg

Tegevus	Osakaal tööajast
Telefonivisiidid	33%
Ambulatoorsed visiidid (s.h koduvisiidid)	24%
Iseseisev töö raviplaaniga e. patronaazh ja planeerimine	31%
Esmatasandiga suhtlemine ja muu võrgustikutöö	10%
Lisategevused	2%



The European Journal of Health Economics (2020) 21:1211–1221

<https://doi.org/10.1007/s10198-020-01217-5>

ORIGINAL PAPER



Cost and effects of integrated care: a systematic literature review and meta-analysis

Stephen Rocks¹  · Daniela Berntson¹ · Alejandro Gil-Salmerón² · Mudathira Kadu³ · Nieves Ehrenberg⁴ · Viktoria Stein⁴ · Apostolos Tsiachristas¹ 



Tulemused - Rocks et al. 2020

- 3096 artiklit -> 44 vastas kvaliteedi nõuetele
- Uuritud tervishoiutehnoloogiad (TT): integreeritud juhtumikorraldamine, integreeritud multidistsiplinaarne meeskonnatöö, teenustevahelise koordineerimise teenus, integreeritud terviseteevõrk ja integreeritud diagnoosipõhine raviteevõrk
- Tervisetulem (EQ-5D, SF-12) +6,2%, kulud -5.6%,
- Oluline mõju uuringu kestvusel (>1 aasta) ja tervishoiu süsteemi küpsusel mõju
 - USA -1%
 - Euroopa -4,9%
 - Aasia -22%
 - Aafrika -30%



(ACT@Scale, ICIC 2020)

Tulemusnäitaja	1 aasta peale projekti algusest
Hospitaliseerimised	-42%
Haiglas veedetud päevad	-44%
Keskmine hospitaliseerimise pikkus	-7%
EMO visiidid	-45%
Arstide poolt osutatud teenused	+4%
Õendusabi teenused	+60%



Koduhaigla



Koduhaigla (Hospital at Home, H@H)

- VH väljakutse 2020 Covidi pandeemia alguses – kuidas osutada “haiglatasemel” ravi inimese kodus?
- PAIK teenuse meeskond (Kodu ja kaugteenuste osakond, Taastusravi kliinik) võttis selle väljakutse vastu
 - Oskus koordineerida teenuseid inimeste kodudes
 - Kõrgelt kvalifitseeritud õed
 - Telemeditsiini kogemus
 - Valmisolek töötada mittestructureeritult ja meeskonnana
 - Motivatsioon proovida midagi uut!



Koduhaigla

- Viljandis 2 teekonda teenusele:
 - Haiglaravi asenduse teekond
 - Varase väljakirjutamise teekond
- 9 voodit avatud
 - ~1/5 siseprofiilsetest vooditest Viljandis
 - 8% kõigist somaatilise ravi vooditest
- Meeskond: 1 teenusejuht, 5 õde, 3 arsti, 2 autot, suur tahtmine



Table 1**Examples of conditions treated in hospital at home**

Infectious diseases	<ul style="list-style-type: none">• Community-acquired pneumonia• Bronchiectasis• Infective exacerbations of other chronic airways disease• Skin, bursal, and soft-tissue infections• Urinary tract infections• Bone and joint infections• Endocarditis• Prosthesis-related infections of all types• Hospital-acquired and other multiresistant infections• Febrile neutropenia• Cytomegalovirus retinitis• Herpes simplex
Dehydration and Volume Depletion	<ul style="list-style-type: none">• Mild dehydration in elderly due to gastroenteritis• Hyperemesis of pregnancy
Venous Thromboembolic Disease	<ul style="list-style-type: none">• Acute deep venous thrombosis• Pulmonary embolism
Cardiac Disease	<ul style="list-style-type: none">• Heart failure• Atrial fibrillation
Miscellaneous	<ul style="list-style-type: none">• Ischemic cerebrovascular accident• Multiple sclerosis• Ulcerative colitis• Decompensated liver disease• Parkinson's disease

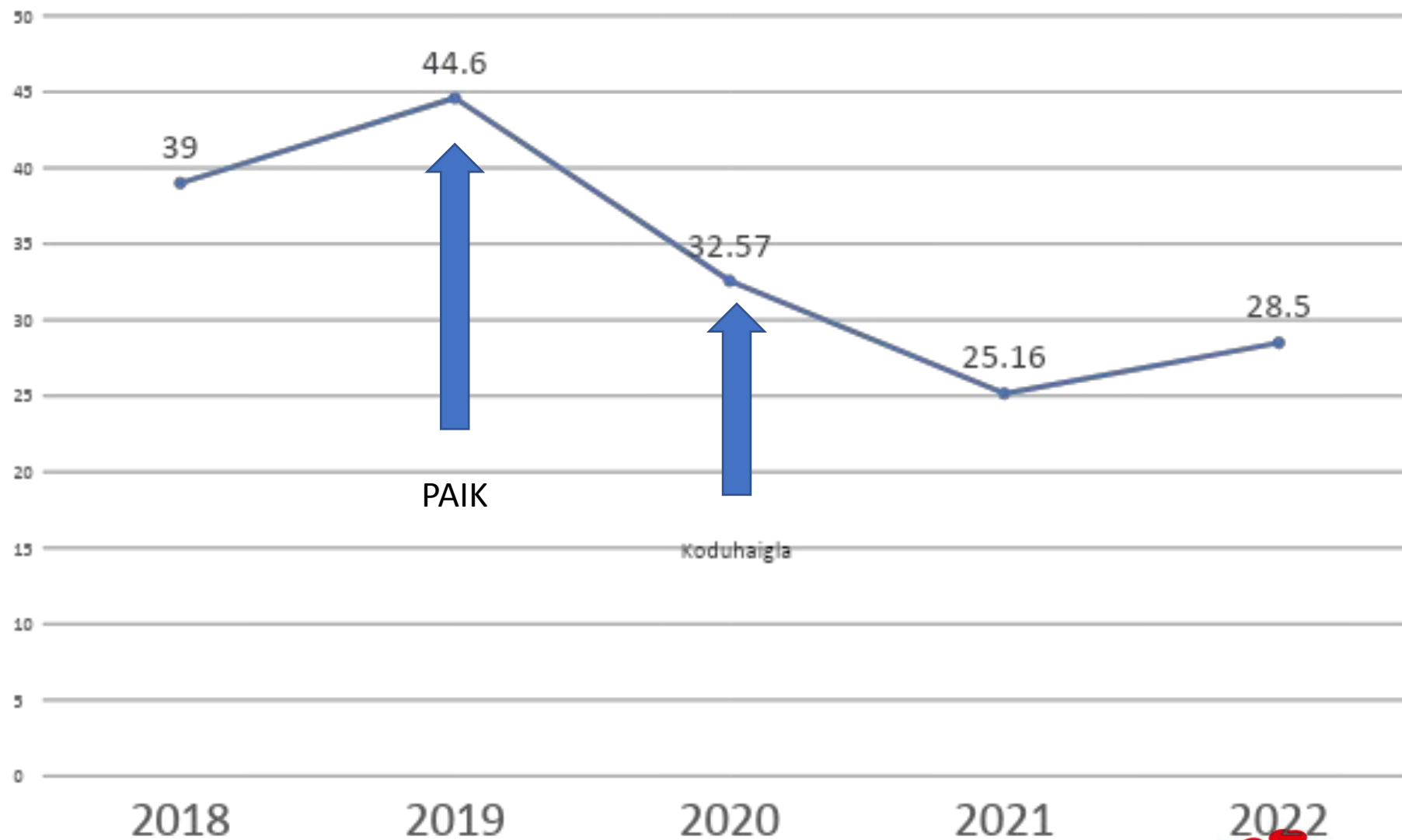
Koduhaigla mõju (Johns Hopkins)

- Madalam suremus
- Väiksem deliiriumi risk ja sedatiivsete preparaatide vajadus
- Väiksem ohjamismeetmete vajadus
- Patsiendi ja lähedaste suurem teenusega rahulolu
- Parem funktsionaalne seisund ravi lõppemisel
- Kulude kokkuhoid (19-30%)
- Oluliselt vähem laborianalüüse ja uuringuid
- **Erakordselt** kõrge hinnang patsiendikogemusele

<https://www.johnshopkinssolutions.com/solution/hospital-at-home/>



Täidetud voodid VH siseosakonnas 2018-2022 I kv



Kuhu oleme jõudnud ja kuhu suundume?



Viljandi maakond täna ja eesmärk aastaks 2029

KOORDINEERITUD VÕTMESÕNA: KOMMUNIKATSIOON		KOLOKALISEERITUD VÕTMESÕNA: FÜÜSILINE LÄHEDUS		INTEGREERITUD VÕTMESÕNA: MÕTLEMISE MUUTUS	
1. ASTE Minimaalne koostöö	2. ASTE Vähene koostöö füüsiliselt distsantsilt	3. ASTE Vähene koostöö, lähedalasuv teenuseosutami ne	4. ASTE Tihe koostöö, üksteisele lähedal, osa süsteeme ühiskasutuses	5. ASTE Tihe koostöö, läheneb integratsioonile	6. ASTE Täielik koostöö ühte sulanud integreeritud tervishoiumudelis
Esmatasand ning teised teenuseosutajad:					
Osutavad teenuseid erinevates kohtades, kus :	Teenust osutatakse erinevates kohtades, kus :	Teenust osutatakse samas hoones, aga eraldi olevates ruumides:	Teenust osutatakse samas hoones ja eraldi ruumides:	Teenust osutatakse samas hoones ja samades ruumides:	Teenust osutatakse samas hoones ja samades ruumides:
<input type="checkbox"/> Erinevad süsteemid <input type="checkbox"/> Suheldakse ravijuhtude osas harva kui on väga eriline vajadus <input type="checkbox"/> Suheldakse kui teenuseosutajal endal on vaja <input type="checkbox"/> Näost-näku enamasti ei kohtuta <input type="checkbox"/> Piiratud arusaam üksteise rollist teenuseosutamises	<input type="checkbox"/> Erinevad süsteemid <input type="checkbox"/> Suheldakse perioodiliselt ühiste patsientide osas <input type="checkbox"/> Suheldakse juhul, kui selleks on väga spetsiifiline patsiendiga seotud vajadus <input type="checkbox"/> Harva ühiskohtumised suurema seltskonnana <input type="checkbox"/> Peavad üksteisest lugu kui olulisest tervishoiu teenuse osutamise ressursist	<input type="checkbox"/> Erinevad süsteemid <input type="checkbox"/> Suhtlevad regulaarselt ühiste patsientide pärast telefonitsi või e-postiga <input type="checkbox"/> Koostöö, mida käivitab vajadus teineteise teenuste järele ja selge suunamise süsteem <input type="checkbox"/> Kohtutakse aeg-ajalt arutamaks ühiseid patsiente <input type="checkbox"/> Tunne, et kuulatakse juba suuremasse aga siiski veel mitte-ametlikku meeskonda	<input type="checkbox"/> Jagatakse süsteeme – registratuur, terviseinfo süsteemid (TIS) <input type="checkbox"/> Vajadusel suheldakse ka näost-näku <input type="checkbox"/> Koostöö, mida käivitab vajadus üksteise teenuste järele ning koordineeritud plaanide järele keeruliste patsientide puhul <input type="checkbox"/> Mõnede patsientide osas toimuvad regulaarsed ravivõrgustiku diskussioonid <input type="checkbox"/> Tekib algne	<input type="checkbox"/> Aktiivselt otsitakse ühiseid süsteeme ja töötatakse välja sobivaid lahendusi teenuste paremaks osutamiseks <input type="checkbox"/> Suheldakse sageli ja näost-näku <input type="checkbox"/> Koostöö eesmärgiks on saada osa ravimeeskonnast <input type="checkbox"/> Regulaarsed meeskonna koosolekud arutamaks individuaalseid patsiente kui ka üldiseid teenuse probleeme <input type="checkbox"/> Põhjalik arusaam teineteise rollidest ja töökultuurist	<input type="checkbox"/> Süsteemide poolt piirangud puuduvad – töötatakse ühtse integreeritud süsteemina <input type="checkbox"/> Suheldakse pidevalt nii süsteemi, meeskonna kui isiklikul tasandil <input type="checkbox"/> Koostöö, mida inspireerib ühte visioon ja arusaam meeskondlikust ravist <input type="checkbox"/> Toimuvad nii ametlikud kui mitteametlikud kohtumised et toetada integreeritud tervishoiumudeli toimumist

Viljandi maakond täna ja eesmärk aastaks 2029

- Teenust osutatakse erinevates kohtades
- Erinevad süsteemid
- Suheldakse perioodiliselt ühiste patsientide osas
- Suheldakse juhul, kui selleks on väga spetsiifiline patsiendiga seotud vajadus
- Harva ühiskohtumised suurema seltskonnana
- Peavad üksteisest lugu kui olulisest tervishoiu teenuse osutamise ressursist



- Teenust osutatakse samas hoones ja eraldi ruumides:
- Jagatakse süsteeme – registratuur, terviseinfo süsteemid (TIS)
- Vajadusel suheldakse näost-näku (või telesild)
- Koostöö, mida käivitab vajadus üksteise teenuste järele ning koordineeritud plaanide järele keeruliste patsientide puhul
- Mõnede patsientide osas toimuvad regulaarsed ravivõrgustiku diskussioonid
- On hea arusaam üksteise rollidest ja võimetest

Viljandi maakond täna ja eesmärk aastaks 2029

KOORDINEERITUD VÕTMESÕNA: KOMMUNIKATSIOON		KOLOKALISEERITUD VÕTMESÕNA: FÜÜSILINE LÄHEDUS		INTEGREERITUD VÕTMESÕNA: MÕTLEMISE MUUTUS	
1. ASTE Minimaalne koostöö	2. ASTE Vähene koostöö füüsiliselt distsantsilt	3. ASTE Vähene koostöö, lähedalasuv teenuseosutami ne	4. ASTE Tihe koostöö, Üksteisele lähedal, osa süsteeme ühiskasutuses	5. ASTE Tihe koostöö, läheneb integratsioonile	6. ASTE Täielik koostöö ühte sulanud integreeritud tervishoiumudel
Erinevus teenusmodelites					
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sõelumine ja hindamised tehakse vastavalt iga teenuseosutaja enda põhimõtetele <input type="checkbox"/> Erinevad raviplaanid <input type="checkbox"/> Tõenduspõhised raviteekonnad puuduvad 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sõelumine ja hindamised tehakse vastavalt iga teenuseosutaja enda põhimõtetele; info liigub vaid ametlike päringute puhul <input type="checkbox"/> Raviplaan jagatakse vaid mõnede teenuseosutajate vahel, kes ise omavahel kokku leppinud <input type="checkbox"/> Iga teenuseosutaja vastutab ainult oma loodud raviteekondade eest 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lepitakse kokku mõne haiguse puhul ühtsed sõelumise kriteeriumid efektiivsemaks majasiseseks töökorralduseks <input type="checkbox"/> Eraldi raviplaanid osaliselt jagatud infoga teenuseosutajate vahel, mis aitab teenuseid paremini osutada <input type="checkbox"/> Mõned ühised raviteekonna, eriti kõrge riskigrupi patsientide puhul 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lepitakse ühiselt kokku spetsiifilisemad hindamise ja skriinimise rutiinid <input type="checkbox"/> Ühine raviplaanide tegemine kindlatele kõrge riskiga patsientidele <input type="checkbox"/> Kõrge riski patsientide teekonnad ühised ja osaliselt teenuseosutajate ühine koolitamine – fookus kindlatel patsiendigruppide vajadustel 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Järjepidev ja ühiselt kokku lepitud sõelumise praktika, mis tagab korrektsed teenused <input type="checkbox"/> Ühine raviplaanide tegemine kõigile ühistele patsientidele <input type="checkbox"/> Teekonnad, mis ühised üle süsteemi ja mõju jälgitakse kindlate haiguste puhul ühtsel platvormil ja üheskoos kokku lepitud tulemusindikaatoritega 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Populatsioonipõhised proaktiivsed tervise skriiningud on standard, tulemused on osapooltele kätte saadavad ja olemas protokollid tegevusteks <input type="checkbox"/> Kõigi patsientide puhul ühine raviplaan <input type="checkbox"/> Teekonnad on koos arendatud, teenuseosutajate koolitamine koordineeritud ja ühtne ning teenus rakendatud kõigi teenuseosutajate

Viljandi maakond täna ja eesmärk aastaks 2029

- Sõelumine ja hindamised tehakse vastavalt iga teenuseosutaja enda põhimõtetele

- Erinevad raviplaanid

- Tõenduspõhised raviteekonnad puuduvad



- Lepitakse ühiselt kokku spetsiifilisemad hindamise ja skriinimise rutiinid

- Ühine raviplaanide tegemine kindlatele kõrge riskiga patsientidele

- Kõrge riski patsientide teekonnad ühised ja osaliselt teenuseosutajate ühine koolitamine – fookus kindlatel patsiendigruppide vajadustel



Kuhu edasi Viljandis..

- Ravijuhtimise teenuste juhtlaud
- Riskipatsientide algoritmid (JADECARE projekti tegevused)
- Ravijuhtimise (raviteekonna) tarkvara koos partneritega
- Jätkame tervisejuhtide/koordinaatorite koolitamisega
- Kitsamad maakondlikud raviteekonnad (KOK, diabeet, insult, osteoporoos, depressioon jne)



Teenuse juhtlaud

ID	Domeen	Indikaator	mõõtühik	PAIK (CCM) teenusel	Riskigrupp (non-CCM)
1	Patsientide indeksid				
1.1		Keskmine Charlsoni index	skoor		
1.2		Keskmine riskiskoor	skoor		
2	Kaasatus CCM teenustele				
2.1		Riskirühma patsiente maakonnas	#		
2.2		Patsiente kaasatud ravijuhumise programmi desse (CCM)	#		
2.3		Protsent riskirühmast, kes CCM-il	%		
2.4		Raviplaanide hulk	#		
2.5		Jälgi tavate raviplaanide hulk	#		
2.6		Raviplaanide arutelude/kohtumised	#/kvartalis või pa		
3	Protsessid ja kulu				
3.1		Töövõime päevi	#/1000 patsiendi aasta kohta		
3.2		Makstud haigushüvitise kulu	€/1000 patsiendi kohta		
3.3		Eriarsti visiite	#/1000 patsiendi kohta		
3.4		Pereõe visiite	#/1000 patsiendi kohta		
3.5		Patsiendi keskmine maksumus (kohandatud)	€/patsient		
3.6		PAIK projektiga hõlmatud teenuse osutajad	#		
4	Tulemusnäitajad				
4.1		Hospitaliseerimised	#/1000 patsiendi kohta		
4.2		S.h välditavad hospitaliseerimised	#/1000 patsiendi kohta		
4.3		re-hospitaliseerimised 90 päeva välitel	%		
4.4		Eriarstiabi ambulatoorsed visiidid	#/1000 patsiendi kohta		
4.5		s.h välditavad eriarstiabi ambulatoorsed visiidid	%		
4.6		EMO visiidid	#/1000 patsiendi kohta		
5	Rahulolu ja kogemus			Teenusel olles	Enne teenust
5.1		PAIK (CCM) teenusega rahulolu	% kes vastab "väga hea" või "suurepärane"		
5.2		"Tea, kes kordineerib minu ravi"	"enamasti" või "alati"		
5.3		"Minu raviplaan on igale järgmisele arstile/õe/ette teadaja sellega arvestatakse"	% kes vastab "enamasti" või "alati"		
5.4		Tunnen, et ravi on paranenud võrreldes varasemaga	% kes vastab "kindlasti"		
5.5		Soovitusindeks - "soovitsin PAIK projekti oma sõbrale või naabrile"	% kes vastab et "väga tõenäoliselt" või "kindlasti"		



Kinzigtal, Saksamaa

3. Quartal 2013

Quality indicators and key figures







Your practice
(Praxis 8)

Ø-LP-
GP's
(n=17)










Ø-NLP-
GP's
(n=21)

Min/
Max GP
(n=38)











3. Outcomes: Which impacts have interventions on medical and financial outcomes and patient satisfaction?

3.1 Economical outcomes	Allocation (Morbi-RSA) per patient		1.021,11 →	914,19	834,46	1.115,86
	- Total costs per patient		826,54	917,89	841,14	668,74
	= Contribution margin per patient		194,56	-3,70	-6,68	215,30
3.2 Health outcomes	Hospital cases per 1.000 patients (risk-adj.)		68,01	91,39	93,99	59,41
	Decedents % (risk-adj. mortality)		0,00 %	0,43 %	0,32 %	0,00 %
	Patients with osteoporosis & fracture %		1,8 %	1,3 %	1,3 %	0,0 %
3.3 Patient satisfaction	Impression of practice very good - exc. %		66,7%	61,0%		83,3%
	Med. treatment very good - exc. %		52,8%	53,0%		79,2%
	Recommendation likely - certain %		85,2%	84,6%		95,6%

2. Process - Where do we have to be excellent?

2.1 Diagnostic quality	Unspecified diagnoses %		26,3 % →	27,7 %	34,3 %	17,0 %
	Suspected diagnoses %		1,8 %	1,4 %	1,6 %	0,8 %
2.2 Utilization	Patients >= 35 with health-check-up %		9,1 %	8,0 %	7,8 %	12,8 %
	Patients incapable of working %		27,2 %	25,3 %	26,8 %	18,1 %
	Length of incapacity for work		2,71	2,48	2,74	1,76
2.3 Improvement of Medication	Generic quota		92,2 %	88,5 %	87,0 %	92,2 %
	Pat. with heart-fail. & guideline prescr. %		72,7 %	71,5 %	68,8 %	84,6 %
	Patients >= 65 with pot. inad. med. (PRISCUS) %		14,4 % →	11,6 %	11,2 %	5,6 %
	Patients >= 65 with inad. med. (FORTA D) %		10,2 %	9,0 %	9,9 %	5,5 %

1. Structure-What is the target population? Where can we improve structure elements to generate better outcomes?

1.1 Patient structure	1.1.1 Age, gender, etc.	Ø-Number of patients		481,0	480,9	326,1	934,0
		Ø-Age		57,88	55,31	52,96	54,2
		Female %		57,6 %	56,3 %	55,7 %	67,8 %
		Patients capable of work %		53,6 %	58,1 %	59,2 %	75,7 %
		Patients dependent on care %		8,7 % →	8,3 %	7,7 %	4,2 %
		1.1.2 Morbidity	Ø-Charlson-comorbidity-score		2,15 →	1,37	1,26
Regional GP-risk-score (Ø = 1,00)			1,16	1,04	0,95	0,81	
1.1.3 Enrollment	Participants Integrated Care %		86,5 %	58,5 %	10,7 %	86,5 %	
	Participants Disease Management Programs %		71,0 %	54,9 %	34,4 %	80,1 %	
1.2 Learning & innovation	Participation in quality circles (Ø = 1,00)		1,50	1,00	-	4,00	



Careplan



Updated at 12/04/2019 13:13 by Louise Eatwell

Activities

Activities you should do to achieve your goals.

- Carer Education** GENERAL
When: between 30/03/2019 and 30/06/2019
- HbA1c Test** GENERAL
When: between 30/03/2019 and 11/05/2019
- Sulfonylurea for blood glucose lowering** MEDICATION
When: Once a day from 30/03/2019 to 30/04/2019
- Metformin 500mg tablets** MEDICATION
When: from 09/04/2018
- Diabetes and Diet Questionnaire** QUESTIONNAIRE
When: Once every 2 months from 30/03/2019 to 30/03/2020
[Answer](#)
- Submit photo for dietary intake assessment** OBSERVATION
When: Once a day from 30/03/2019 to 30/04/2019
[Add new](#) [View photos →](#)
- Self-measurement of blood pressure** OBSERVATION
When: Once a day from 30/03/2019 to 30/06/2019
[Add new](#) [Open tracker →](#)

Goals

Goals and targets set by your care team.

- Treatment target is supposed to be 46 mmol/mol (<= 6.4%)** [Feedback](#)
- Reduce weight** [Feedback](#)
- Reduce alcohol consumption** [Feedback](#)
- Comply with the dietary restrictions. Evaluate every 6 months** [Feedback](#)
- Increase physical activity** [Feedback](#)

Info

Information materials assigned to you to help you understand your conditions and increase your confidence to manage your health.

[High blood pressure - hypertension](#)

<https://patient.info/health/high-blood-pressure-hypertension>

[Type 2 Diabetes](#)

<https://patient.info/health/type-2-diabetes>

[Eating Well](#)

<https://www.bhf.org.uk/publications/healthy-eating-and-drinking/eating-well>

JADECARE projekt - riskistratifikatsioon



Resum HC

Documents

Diagnòstics

Farmàcia

Immunitzacions

HCDSNS

Voluntats Anticipades

Manual d'usuari

Dades pacient



ROQUE RUIZ BUJANDA

CIP: RUBU0851023004

Data naixement: 23/10/1985

Document d'identificació: 46068039M



Adreça: CR PALLARS 360 N 5 4

Municipi: BARCELONA

C.P.: 08019

Telèfon 1: 652527708

Telèfon 2:

Equip d'atenció primària



Metge/ssa d'atenció primària:

Infermer/a d'atenció primària:



TURRÓ

Centre d'atenció primària: EAP BARCELONA 10B - RAMON TURRÓ

Centre d'atenció domiciliària: EAP BARCELONA 10B - RAMON

MACA: Advanced chronic disease

PCC: Complex Chronic Patient

ROQUE RUIZ BUJANDA
CIP: RUBU0851023004
26 anys
MACA

ROQUE RUIZ BUJANDA
CIP: RUBU0851023004
26 anys
Pacient Crònic Complex

Maakondlik tervishoiusüsteem?

Maakonna riskipatsient (riskipatsient kodus, haiglas, kiirabi või KOV vaateväljas)

Ühiselt kokku lepitud riskipatsientide sõelumise või märkamise põhimõtted

KOV

Esmatasand/Perearst

Haigla/eriarst

Erasektor / Proviisorid /
kogukond

Ravijuhtimise kandidaadi suunamine

Ühine sotsiaal- ja terviseinfo ning raviplaani tarkvara

Sotsiaal- teenused

Ennetuse
teenused

Tervishoiu- teenused

Kodu- teenused

SKA
Koordinaatsiooni
teenus

Riskipatsiendi
ravijuhtimise
teenus

PAIK teenus

Osteoporoos

Insult

KOK

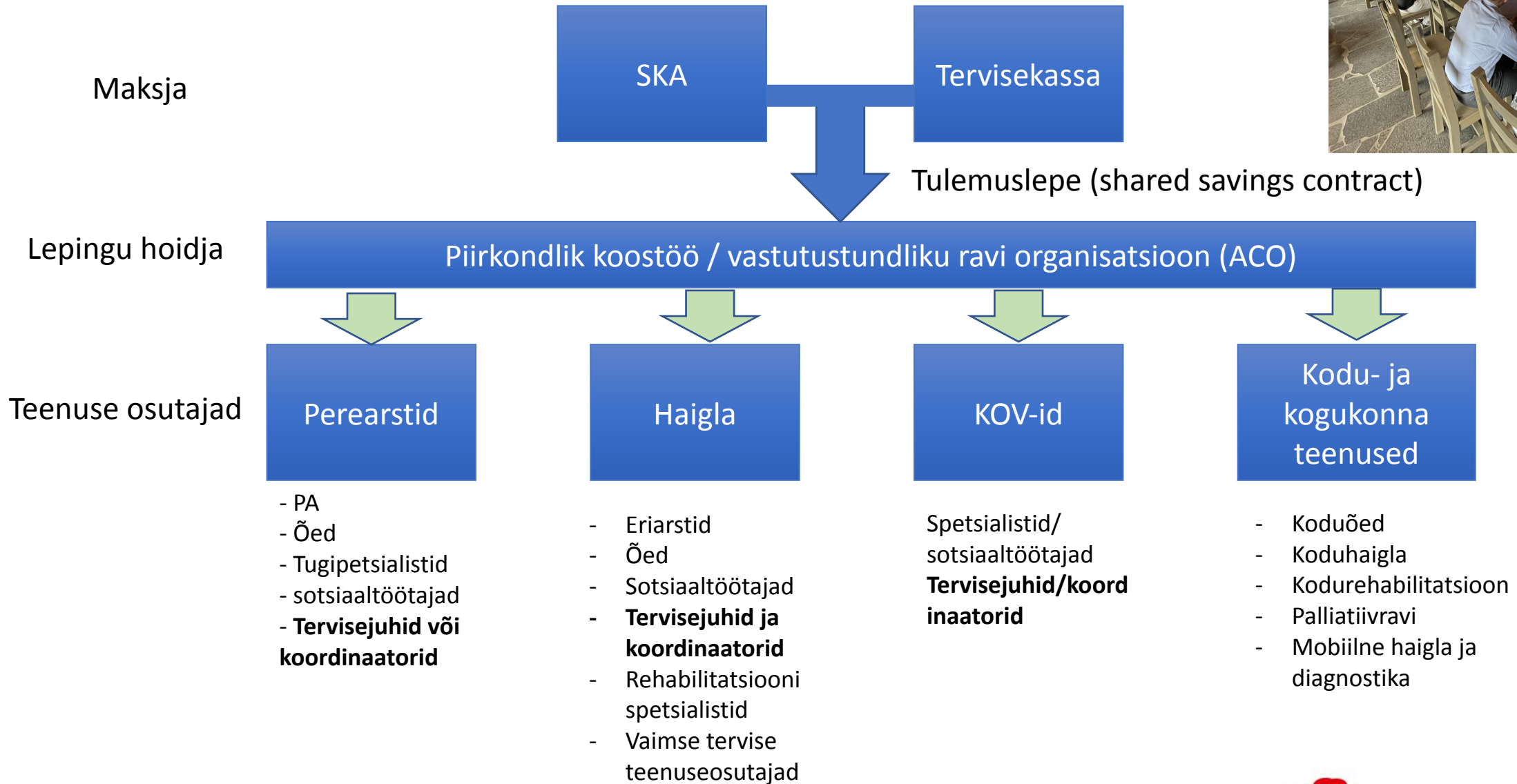
Diabeet

Meelelühäire

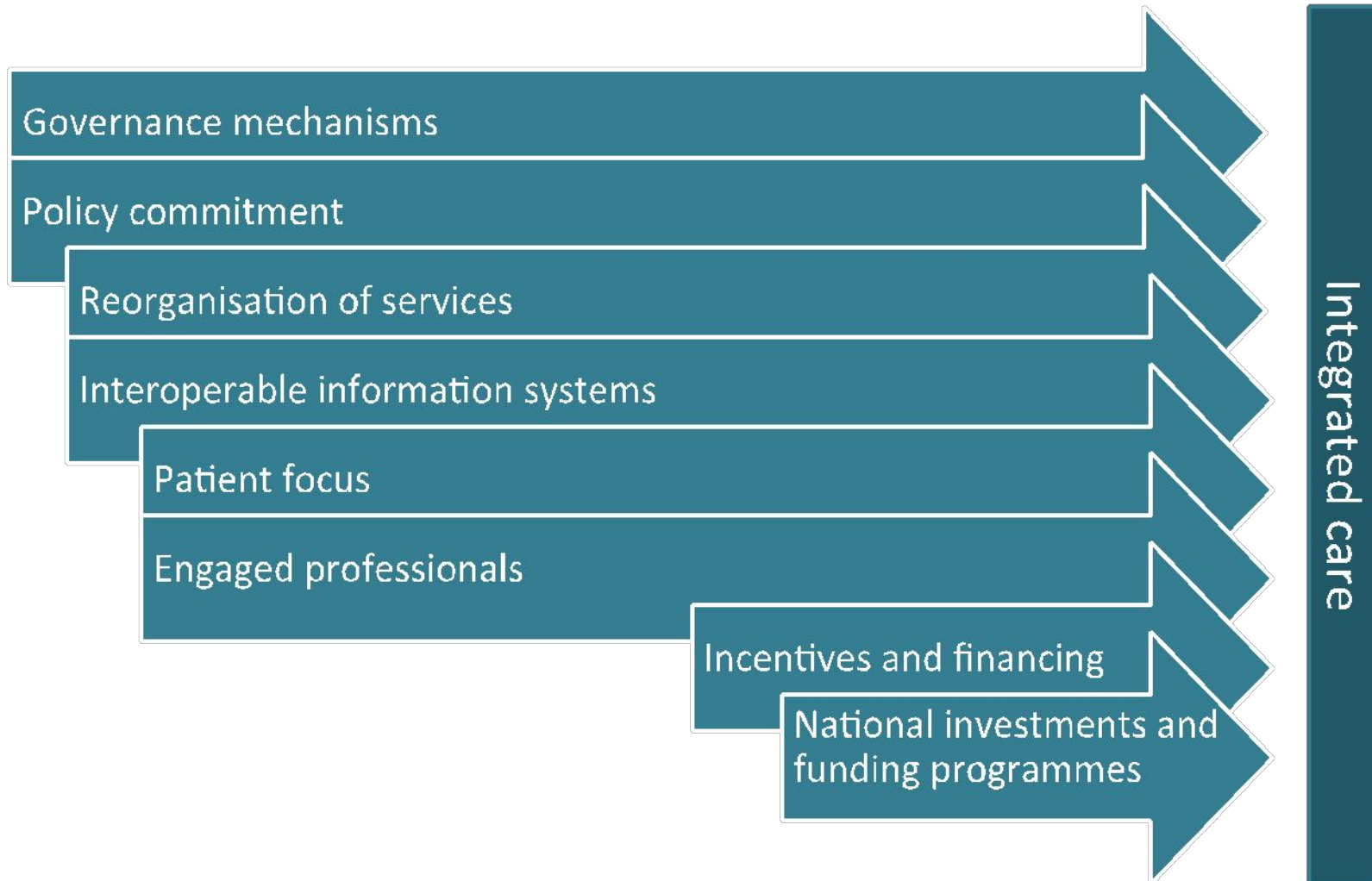
Jmt...



Piirkondlik koostöökoda?



Edutegurid kohale jõudmiseks



Integreeritud kogukonna tervisekeskus

Vähene
koostöö
füüsiliselt
distsantsilt



Tihed koostöö,
üksteisele
lähedal, osa
süsteemi
ühiskasutuses





Level
7

Savings from reduced readmissions and overall reduction in patient total cost of care



Level
6

Payer partnerships established to optimize a financially sustainable model



Level
5

Established Remote Patient Monitoring, Digital (example: Bluetooth-enabled stethoscopes) & Virtual Health (Example: telehealth) into cross continuum-based care plan with automation of H@H supply chain (in-home DME, pharmacy, etc.)



Level
4

Establishment of Field Paramedic program with basic caregiver communication & protocols



Level
3

Hospital at Home patient risk stratification and eligibility criteria defined with cross continuum-based care plan



Level
2

Define care innovation vision & core team for new care delivery model



Level
1

Traditional Home Health services provided

Koduhaigla täna-seks



mõistuse ja südamega

Koduhaigla soovid tulevikuks

- Põhjalikum mõjuuuringu
- Teenus 24/7 (hetkel 12/7)
- Täiustatud riskimudel patsientide selektsiooniks
- Parem integreeritus maakonna teiste teenuseosutajatega – kiirabi, perearstid
- Portatiivsed uuringuaparaadid ja kaugmonitooringu võimaluste lisamine
- Kogu maakonna katmine teenusega
- Jätkusuutlik rahastusmudel



Üritame minna veel lähemale..



Kokkuvõte - integreeritud ravijuhtimine

- Kroonilised haiged võiksid tulevikus saada:
 - parema ravi kättesaadavuse, ravi järjepidevuse ja ravikvaliteedi;
 - toetatud patsiendikeskse teenuseosutamise;
 - suureneks inimese omavastutus tervist puudutavate otsuste tegemisel
 - Paraneks tervisega seotud elukvaliteet
 - Tõuseks rahuolu teenusega ja kroonilise haiguse raviga seotud patsiendikogemus



Kokkuvõte - koduhaigla

- Lai sihtgrupp ja teenuseosutamise mudelite võimalused
- Leevendaks järjest suurenevat survet statsionaarsele voodifondile
- Tõuseks rahuolu teenusega ja kroonilise haiguse raviga seotud patsiendikogemus
- Kulude kokkuhoid



