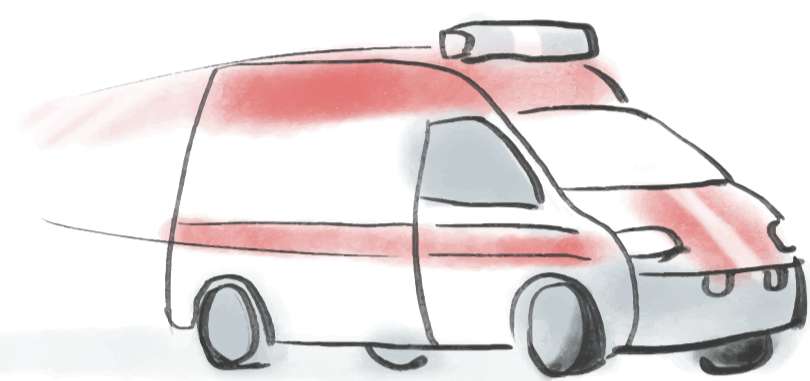


Insuldi patsiendi soovitud raviteekond

Soovitud teekond põhineb osapoolte töötaas kogutud sisendil. Osapoolte töötaas osales üle 40 valdkonna spetsialisti üle Eesti. Töötuba toimus 10. mail 2019 Tallinnas.

Autorid: Maarja Mõtus, Liina Pääbo, Laura Grigorjan
Partnerid Eesti Haigekassast: Kitty Kubo, Tiina Sats, Malle Avarsoo, Marion Kalju



MIDA PATSIENDIGA TEHAKESE?

Akuutravi

NEUROLOOG | INSULDIÖDE | SOTSIAALTÖÖTAJA | FÜSIOTERAPEUT
LOGOPEED | HOOLDUSTÖÖTAJA | TEGEVUSTERAPEUT | PSÜHHOLOOG

Kui patsient saabub ajaaknas (st. alla 6 tunni esmastest sümptomitest), siis tehakse intravenoosne trombolüüs või trombektoomia. Viiakse läbi neuroloogiline hindamine ja koostatakse raviplaan. Tegeletakse esmase aktiveerimisega ja neelamis-, kõnehäiretega.

Raviarst annab patsiendile ja lähedastele info ravist, **haigla koordinaatoriga** (sotsiaaltöötaja või insuldiöde) suheldakse järgmiste sammude osas.

Patsiendi ja lähedaste nõustamine insuldiöde poolt:

- o Insult, mis see on ja miks tekkis?
- o Mis ravi saab ja miks?
- o Haiguse prognoos.
- o Eesmärgistamine.
- o Mis saab edasi?
- o Kuidas patsiendiga käituda?
- o Kellega edasi suhelda?



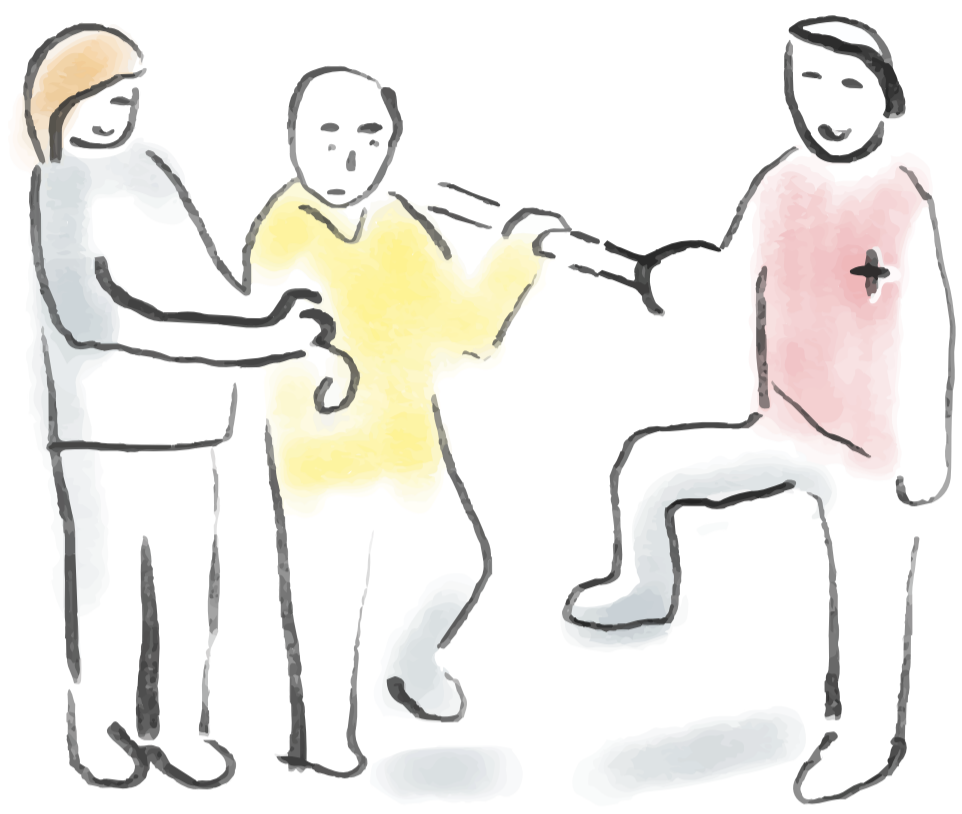
Järeldravi

ARST | HOOLDUSTÖÖTAJA | TEGEVUSTERAPEUT
LOGOPEED | ÖENDUSTÖÖTAJA | FÜSIOTERAPEUT

Patsient saab vastavalt raviplaanile füsioteraapiat, kõne- ja/või neelamisfunktsiooniravi, tegevusteraapiat. Eesmärk on patsiendi paranemist toetada ning kui vähegi võimalik, teda taastusraviks ette valmistada. Vajalikud teraapiad, eelkõige füsioteraapia, toimuvad ka nädalavahetustel.

Arst selgitab edasist ravi patsiendile ja seda, et edaspidi raviküsimustes on patsiendile partneriks perearst või statsionaarse taastusravi arst.

Hinnatakse, kas patsient on füüsiliselt ja vaimselt / kognitiivselt valmis taastusraviks.



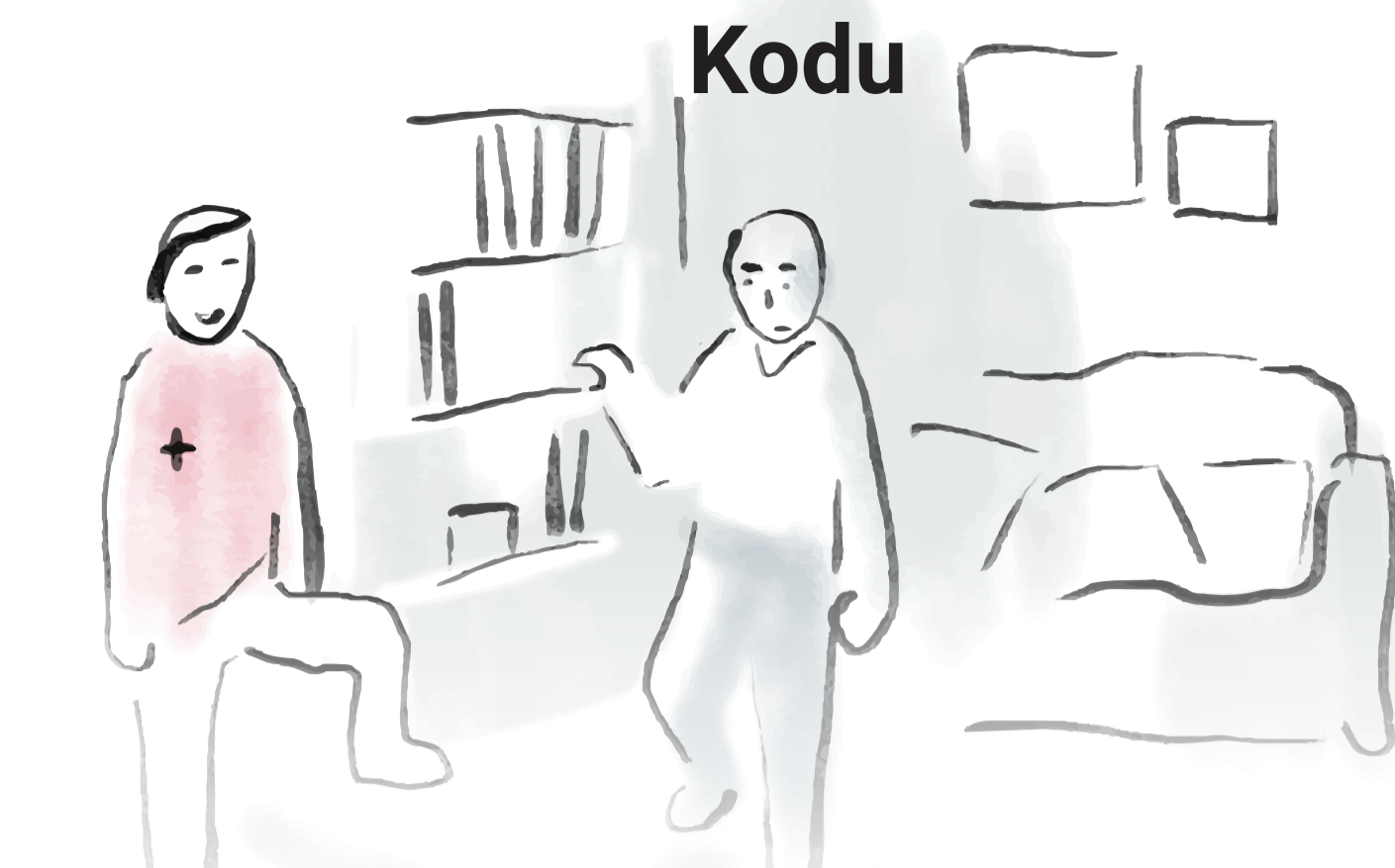
Statsionaarne taastusravi

TAASTUSARST | ÖENDUSTÖÖTAJA | SOTSIAALTÖÖTAJA | PSÜHHOLOOG
LOGOPEED | FÜSIOTERAPEUT | HOOLDUSTÖÖTAJA | TEGEVUSTERAPEUT

Taastusraviplaan on üks osa raviplaanist ja selle tegemisse kaasatakse patsient ja lähedased. Taastusravitiim teeb erialade ühise plaani. Vajalikud teraapiad, eelkõige füsioteraapia, toimuvad ka nädalavahetustel.

Füsioterapeut ja tegevusterapeut kaasavad lähedased teraapiasse osalema. Spetsialistid nõustavad patsienti ja lähedast kuidas käituda, kuidas taastumisel toeks olla ning abivahenditest ja kodu kohandamisest.

Arst nõustab patsienti ja lähedast taastumise prognoosist ning ajast, tüsistusest ja sellest, mis edasi saab; taastumise eesmärkidest ning eluviisist.



Perearsti visiidi broneeris patsiendile eelneva etapi koordinaator, näiteks stats.taastusravi koordinaator. **Perearstikeskus** tegeleb patsiendi tervikliku ravi koordineerimisega ja teise ennetusega, sh ravisoostumus, eluviisi nõustamine. Teenuste, sh sotsiaalteenuste korraldusega aitab patsienti **esmatasandi koordinaator**. Patsiendil **käib kodus** vastavalt vajadusele füsioterapeut, tegevusterapeut. Patsient saab vajadusel psühholoogi ja logopeedi kaugtreenust. Pikaajalist tulemust jälgib patsient ise kodus, näiteks mõttes vererõhku, mis kaugloetakse digilukku.

Perearst ja pereöde:

- o Vaatavad esimesel visiidil koos patsiendiga/lähedasega raviplaani üle.
- o Aitavad patsiendil püstitada tema eesmärgid (isiklikud, füüsilise aktiivsus, toitumine).
- o Hindavad patsiendi ja lähedase vaimse tervise seisundit.

Koordinaator jälgib, et andmed saavad kõigilt osapoolt ühtsesse raviplaani / registrisse.



Kogukonnateenused

Esmatasandi koordinaator jagab patsiendile/lähedasele infot tugigranisationsioonidest, insuldiühingutest/kogukondadest (nt Afaasialiit), annab kogemusnõustaja kontakti.

HINDAMINE

Kasutatakse standardiseeritud moodsikuid, tulemused dokumenteeritakse digitaalselt ja on saadavad teistele osapooltele. Hinnatakse elulemust, isiklikku hinnangut elukvaliteedile, kognitsiooni, emotsionaalset seisundit, igapäevast funktsionaalset ja sotsiaalset toimetulekut ja raviplaani täitmist.

DIGITAALNE RAVIPLAAN

Patsient näeb raviplaani patsiendiportaalis ja saab haiglas koordinaatorilt raviplaani koopia ka paberil. Igal spetsialistil on ligipääs süsteemis raviplaanile, spetsialist lisab alg- ja lõpphinnangud.

- Info haiguse kohta
- Riskifaktorid, kuidas ja miks tuleb nendega tegeleda
- Haiglaravi kokkuvõte
- Edasine ravi
- Ravimite tarvitamine
- Teenused 12 kuu vaates
- Koordinaatori kontakt

- Eesmärgid, sh teise ennetuse (näiteks kehakaal, vererõhk), vaimse tervise, kõne- ja neelamisfunktsiooni arengu eesmärgid
- Patsiendihariduse materjalid
- Seltside ja organisatsioonide kontaktid
- Sotsiaalabi info

Üleminek

- Ülevaade ravist ja osutatud teenustest, täpsustatud eesmärgid
- Süsteem edastab teavituse patsiendist perearstikeskusele
- Teavitab patsiendist ja raviplaanist järgmisi osapooli
- Digitaalne hindamine

Üleminek

Sama, mis akuutaravi üleminekul

- Patsient saab raviplaani rakenduses hinnata ise oma taastumist, näiteks elukvaliteedi küsimustik.
- Ülevaade eelnevast ravist ja teenustest
- Täpsustatud eesmärgid, sh patsiendi eesmärgid
- Statsionaarse taastusravi plaan
- Edasine raviplaan
- Tugiteenused ja sotsiaalabi, sh abivahendid, infopäevad,
- kogemusnõustamine, vaimse tervise tugi, pereteraapia jms.

Üleminek

Sama, mis akuutaravi üleminekul

- Perearstikeskusel, taastusravikliinikul ja osaliselt KOVI sotsiaaltöötajal on ligipääs patsiendi raviplaanile.
- Isiklikud eesmärgid (nt füüsilise aktiivsus, toitumine).
- Raviskeem – ravimi toimeaine ja lihtsas keeles, mille vastu see ravim on; sagedus.
- Millal ja kelle juures midagi vaja teha.
- Peamiste partnerite kontaktid.
- Mida ma kodus kui tihti ja kaua tegema pean?
- Patsiendi poolt lisatud andmed, nt vererõhk.

3-12 kuud pärast insulti

Perearst / esmatasandi koordinaator jälgib patsiendi tervist ja raviplaani täitmist.



RAVIPLAAN



Akuutravist..

Haigla koordinaator:

- o Nõustab järgnevatel sammudel osas, lähtutakse patsiendi eesmärkidest.
- o Broneerib vastavalt raviplaanile järgnevad teenused.
- o Selgitab patsiendile / lähedastele digitaalset raviplaani, selle sisu ja kasutamist.
- o Annab vajadusel paberkoopia.
- o Viib kokku patsiendi ja lähedased järgmise etapi koordinaatoriga, nt esmatasandi koordinaatoriga ja annab talle töö üle.
- o Võtab vajadusel ühendust KOVI sotsiaaltöötajaga.

Järeldravist...

<- vt. eelmine

Statsionaarsest taastusravist...

Taastusarst selgitab edasist ravi patsiendile ja seda, et edaspidi raviküsimustes on patsiendile partneriks perearst.

Statsionaarse taastusravi koordinaator:

- o Nõustab edasiste võimaluste ja järgmiste sammude osas, lähtutakse patsiendi eesmärkidest.
- o Teavitab patsienti / lähedasi digitaalsest raviplaanist.
- o Annab teada, et edaspidi on korralduslikes küsimustes partneriks esmatasandi koordinaator.
- o Toimetuleku toetamine kodus (abivahendid, kodu kohandamine).

Kui patsient suunatakse peale stats.taastusravi koju, siis stats. taastusravi koordinaator, vastavalt füsioterapeudi ja tegevusterapeudi soovitudele ja raviplaanile, suhtleb enne ülemineku perioodi KOV sotsiaaltöötajaga. Vajadusel vormistatakse abivahendikaart. Koos leitakse võimalusi (SKAIS-STAR, teraapiafond) selleks, et patsient saaks koju naasta juba kohandatud koju ja abivahenditega.

ÜLEMINEK-JÄRGMISESE ETAPPI

Üleminek koju + ambulatoorsele taastusravile: Vastava etapi koordinaator broneerib järgnevad ambulatoorse taastusravi teenused, vajadusel koos transpordit teenusega.

Üleminek koju + taastusravile kodus: Vastava etapi koordinaator broneerib koduenduse, füsio- ja/või tegevusteraapia teenuse kodus.

Üleminek koju + sotsiaalabi: Vastava etapi koordinaator võtab ühendust KOV sotsiaaltöötajaga, annab ülevaate patsiendi vajadustest. Selle põhjal koostatakse individuaalne sotsiaalabi plaan, mis sisaldab sotsiaalabi teenuseid. Sotsiaalabi plaan on lingitud digitaalse raviplaaniga.

