

Elämänlaadun parantaminen aivoverenkiertohäiriön jälkeen

Tämä **Aivoverenkiertohäiriön jälkeinen tarkistuslista (PSC)** on kehitetty auttamaan terveydenhuollon ammattilaisia tunnistamaan aivoverenkiertohäiriön jälkeisiä ongelmia, joihin on mahdollista puuttua hoidolla ja/tai lähettämällä potilas jatkohoitoon. PSC on lyhyt ja helppokäyttöinen työkalu, joka on tarkoitettu potilaan kanssa täytettäväksi tarvittaessa läheisen avustuksella. PSC tarjoaa standardoidun lähestymistavan aivoverenkiertohäiriöpotilaiden pitkän aikavälin ongelmien tunnistamiseen ja ohjaa asianmukaiseen hoitoon ja lähetekäytäntöön.

KÄYTTÖOHJEET:



Kysy potilaalta kukin numeroitu kysymys ja merkitse vastaus (EI/KYLLÄ). Yleensä jos vastaus on EI, voit päivittää tilanteen potilaan sairaskertomukseen ja arvioida uudelleen seuraavalla tapaamisella. Jos vastaus on KYLLÄ, ryhdy asianmukaisiin toimiin ja seuraa tilannetta. Huomaa, että tässä versiossa kuvatut toimet ovat ohjeellisia ja "KYLLÄ" ja "EI" - tekstilaatikat voidaan muokata paikallista käytäntöä vastaavaksi.

Potilaan nimi: _____ Päivämäärä: _____



Lomakkeen täytti: Lääkäri Hoitaja Muu

Aivoverenkiertohäiriön sairastumisen tai viimeisen käyntisi jälkeen



1. VERENKIERTOHÄIRIÖIDEN EHKÄISY

Oletko saanut neuvontaa terveistä elintavoista tai lääkityksestä uuden aivoverenkiertohäiriön ehkäisemiseksi?	<input type="checkbox"/> EI 	Jos EI, kartoita riskitekijät ja aloita niiden hoito.
	<input type="checkbox"/> KYLLÄ 	Seuranta



2. PÄIVITTÄISET TOIMINNOT

Onko sinun vaikeampi huolehtia itsestäsi?	<input type="checkbox"/> EI 	Seuranta
	<input type="checkbox"/> KYLLÄ 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Onko sinulla vaikeuksia pukeutua tai peseytyä? <input type="checkbox"/> Onko sinulla vaikeuksia valmistaa lämpimiä juomia ja/ tai aterioita? <input type="checkbox"/> Onko sinun vaikea päästä ulos? <p>Pyydä sosiaalityöntekijän tai kotihoidon arvio tai tee lähete asianomaiselle terapeutille (fysio- tai toimintaterapeutti).</p>



3. LIIKUNTAKYKY

Onko sinun vaikeampi kävellä tai siirtyä turvallisesti sängystä tuoliin?	<input type="checkbox"/> EI 	Seuranta
	<input type="checkbox"/> KYLLÄ 	<p>Saatko edelleen kuntoutusta?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kyllä. Päivitä tilanne sairaskertomukseen ja arvioi uudelleen seuraavalla tapaamisella. <input type="checkbox"/> Ei. Tee lähete fysioterapeutille tai kuntoutustyöryhmälle.

4. LIHASJÄYKKYYS

Onko sinulla toimintakykyäsi haittaavaa jäykkyyttä käsivarsissa, käsissä ja/tai jaloissa?	<input type="checkbox"/> EI 	Seuranta. Kirjaa tilanne sairaskertomukseen ja arvioi uudelleen seuraavalla tapaamisella.
	<input type="checkbox"/> KYLLÄ 	Aloita hoito spastisuuteen (fysioterapia ja tarvittaessa lääkitys) ja mikäli tämä ei auta, konsultoi neurologia.

5. KIPU

Onko sinulla uusia kipuja?	<input type="checkbox"/> EI 	Seuranta
	<input type="checkbox"/> KYLLÄ 	Selvitä kivun syy ja aloita syyn mukainen hoito. Konsultoi tarvittaessa oman alueesi kivun hoitoon perehtynyttä lääkäriä tai kipupoliklinikkaa.

6. VIRTSA- TAI ULOSTEENKARKAILU

Kärsitkö virtsan- tai ulosteenkarkailusta, joka on lisääntynyt aivoverenkiertohäiriön sairastumisen jälkeen?	<input type="checkbox"/> EI	Seuranta
	<input type="checkbox"/> KYLLÄ	Pyri selvittämään inkontinenssin syy ja aloita hoito tämän mukaisesti.

7. KOMMUNIKAATIO

Koetko kommunikaation muiden kanssa olevan aiempaa vaikeampaa?	<input type="checkbox"/> EI	Seuranta
	<input type="checkbox"/> KYLLÄ	Arvioi, onko tarvetta puheterapeutin konsultaatioon.

8. MIELIALA

Oletko tuntenut enemmän ahdistusta tai masennusta?	<input type="checkbox"/> EI	Seuranta
	<input type="checkbox"/> KYLLÄ	Arvioi oireiden vaikeusaste ja suunnittele hoito tämän mukaisesti.

9. ÄLYLLISET TOIMINNOT

Koetko että sinun on vaikeampi ajatella, keskittyä tai muistaa asioita ja tämä haittaa päivittäistä toimintaa ja osallistumista?	<input type="checkbox"/> EI	Seuranta. Kirjaa tilanne sairaskertomukseen ja arvioi uudelleen seuraavalla tapaamisella.
	<input type="checkbox"/> KYLLÄ	Harkitse psykologin/neuropsykologin konsultaatiota tai muistitutkimuksia.

10. ELÄMÄ AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖN JÄLKEEN

Koetko sinulle tärkeitä asiat aiempaa vaikeampana (esim. vapaa-ajan toimet, harrastukset, työn tai ihmissuhteet)?	<input type="checkbox"/> EI	Seuranta
	<input type="checkbox"/> KYLLÄ	Ohjaa potilas sopeutumisvalmennuskurssille tai Aivoliittoon, joka kehittää ja tarjoaa vertaistukea jäsenyhdistysten ja palveluiden kautta.

11. PERHESUHTEET

Ovatko perhesuhteet muuttuneet vaikeammiksi tai kuormittavammiksi?	<input type="checkbox"/> EI	Seuranta
	<input type="checkbox"/> KYLLÄ	Varaa seuraava vastaanottoaika potilaan ja perheenjäsenen kanssa. Tai jos perheenjäsen on mukana, arvioi voiko tilannetta helpottaa tukitoimilla (esim. psykologi, perheneuvola, pariterapeutti).

12. MUUT OIREET

Onko sinulla muita oireita tai huolia, jotka häiritsevät toipumistasi tai haittaavat jokapäiväistä elämääsi?	<input type="checkbox"/> EI	
	<input type="checkbox"/> KYLLÄ	Mitä?