



# Insuldipatsiendi raviteekonna parem korraldus

Teenusedisaini kokkuvõte, sisend patsiendikeskse ja tervikliku raviteekonna juhtprojektile

Autorid: Maarja Mõtus, Liina Pääbo, Laura Grigorjan

Eesti Haigekassa esindajad töörühmas: Kitty Kubo, Tiina Sats, Malle Avarsoo, Marion Kalju

Tallinn 2019

## Sisukord

Eesmärk, metoodika, töö lühikirjeldus	4
Probleemid võtmeisikute ja teenuseosutajate vaatest	5
Probleemid patsientide ja lähedaste vaatest	6
Osapooled, persoonad ja praegune teekond	7
Töötoa kokkuvõte	9
Soovitud teekond	10
Töötoas väljatoodud arendusvajadused	12
Kaasatud spetsialistide ja ekspertide esindajad	14

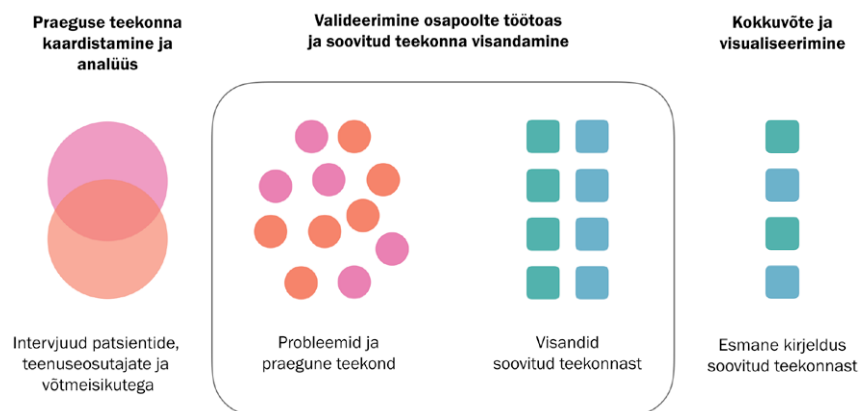
## Eesmärk, metoodika, töö lühikirjeldus

Eesti Haigekassa (EHK) teeb ettevalmistusi tervikliku raviteekonna ja patsiendi tulemuste keskse ehk väärtuspõhise tervishoiu lähenemise piloteerimiseks Eestis. Praegusel ajal kasutatav teenuse- ja ravijuhupõhine tasustamine suunab keskendumata teenuste mahule ja ravijuhtude pakkumisele, kuid mitte tulemustele ja nende parandamisele. Kvaliteediindikaatoreid mõõdetakse osadel erialadel, kuid tihtilugu on need protsessikesksed ega mõõda patsiendi jaoks olulisi tulemusi.

Väärtuspõhine lähenemine peab andma teenusepakkujatele impulsi raviteekonna terviklikuks käsitlemiseks, tulemuste ja kulude mõõtmiseks ja võrdlemiseks, patsiendikesksemaks ja lõimitumaks teenuste korraldamiseks ning erinevate osapoolte vahelise koostöö parandamiseks. Üheks esimeseks uue lähenemise katsetamise valdkonnaks valiti isheemiline insult.

Uue lähenemise eelduseks on erinevate osapoolte ühine arusaam insuldihaike patsiendi tänasest ja soovitud raviteekonnast ning olulisematest arendusvajadustest. Seepärast on juhtprojekti ettevalmistamise üks osa insuldipatsiendi tervikteekonna analüüs ja arendusvajaduste kaardistamine kõiki osapooli kaasates.

Töö eesmärgiks on luua osapooli ühendav arusaam insuldipatsiendi raviteekonnast, julgustada osapooli mõtlema paremale ravikorraldusele, sellega seotud protsesside ümberkujundamisele ja IT-lahenduste arendamisele. Selleks kasutati teenusedisaini metoodikat, mis võtab lähtekohaks patsiendi ja tema lähedaste vaate. Osapoolte töötoas Tallinnas, kus osales üle 40 valdkonna spetsialisti üle Eesti, valideeriti eeltööna kaardistatud probleeme ja visandati uut soovitud teekonda. Tööd teostati perioodil 8. aprill – 31. mai 2019, mil tehti järgmist:



### A. Insuldipatsiendi praeguse teekonna kaardistamine, analüüs

- osapoolte kaardistamine;
- intervjuud patsientide / lähedastega;
- intervjuud tervishoiutöötajatega;
- intervjuud võtmeisikutega;
- personade ja praeguste näidisteedkondade loomine;
- probleemide väljatoomine.

### B. Valideerimine ja soovitud teekonna loomine osapoolte töötoas

- probleemide valideerimine;
- soovitud teekonna visandamine;
- arendusvajaduste kirjeldamine.

### C. Kokkuvõtte tegemine ja soovitud teekonna visualiseerimine

## Probleemid võtmeisikute ja teenuseosutajate vaatest

Probleemide kokkuvõte põhineb intervjuudel võtmeisikute ja teenuseosutajatega ning patsientide ja nende lähedastega. Kokku viidi aprillis 2019 läbi 12 intervjuud võtmeisikute ja osapooltega ning 4 intervjuud patsientide ja nende lähedastega. Lisaks töötati läbi asjakohaseid meedia- ja teadusartikleid. Intervjuude põhjal selgitati välja peamised probleemid võtmeisikute ja teenuseosutajate ning patsientide ja lähedaste vaatest.

### *Ebapiisav tähelepanu ennetusele*

1. Ühiskond laiemalt ning kõrge insuldiriskiga inimesed ei ole piisavalt **teadlikud**, et insult on suures osas ennetatav elustiilihaigus.
2. Insuldi teise **ennetusega** ei tegeleta süsteemselt, patsiendid ei jõua insuldi järgselt esmatasandile jälgimisele.
3. Puuduvad spetsialiseeritud teise ennetuse **nõustamisteenused** insuldipatsientidele, puudub patsiendi harimise etapp kui osa raviteekonnast.

### *Probleemid info liikumise ja koostööga*

1. Ei ole kokku lepitud, kes peaks uurima patsiendi käekäigu kohta näiteks **3 või 6 kuud pärast insulti**.
2. Esmatasand ja eriarstiabi ei tee piisavalt koostööd ning info patsiendi insuldist **ei jõua perearstini**.
3. Ei ole ühtseid **põhimõtteid ega juhendit**, mille järgi otsustatakse patsiendi raviteekond pärast akuutravi. Erinevatel tervishoiuteenuse osutajatel on erinev arusaam patsientide teenustevajadusest.

4. Teenuseosutajad kasutavad traditsioonilisi töövorme ning palju dokumentatsiooni on endiselt **paberkandjal**.
5. Kasutamata on **kogukonna**, patsiendi lähivõrgustiku, kogemusnõustajate ning tehnoloogiliste lahendustega seotud võimalused.
6. Tervishoiusüsteemi ja sotsiaalsüsteemi koostöö on konarlik. Puudub ühtne arusaam, kes ja kuidas peaks patsiendi tervishoiusüsteemist **sotsiaalsüsteemi "üle andma"**. Süsteemides tuleb ette asjatut dubleerimist (hindamine nii taastusravimeeskonna kui rehabilitatsioonimeeskonna poolt) ning pikka ootamist (nt töövõime hindamine, kodu kohandamine).

### *Probleemid taastusraviga*

1. Esmase insuldiga patsientide jõudmist statsionaarsele taastusravile piirab taastusravikohtade vähesus / hõivatus teistsuguse profiiliga (krooniliste probleemidega) patsientide poolt ning **vähene etteplaneerimine**.
2. **Ambulatoorne taastusravi**, seal hulgas füsioteraapia teenus kodus, on alakasutuses, sh pärast akuutraviperioodi.
3. Ambulatoorse taastusravi kättesaadavust piiravad teenuse ebapiisav maht ning sobiva **transporditeenuse** puudumine.

### *Puuduvad teenused insuldipatsiendi raviteekonnal*

1. Akuutravis ei pakuta **nädalavahetustel** ega pühade ajal tugispetsialistide teenuseid. Taastusraviteenused pole enamasti

kättesaadavad nädalavahetustel ega tööpäeva teises pooles.

2. Järelravis ei pakuta piisavalt patsiendi jaoks vajalikke **taastusraviteenuseid**, samuti pole võimalik saada teenuseid nädalavahetustel; järelravietapis jäetakse kasutamata inimese taastumispotentsiaal.
3. Insuldi raviteekonnas ei sisaldu **teenuseid lähedastele**, kuigi nende nõustamisega seotud ajakulu on tervishoiutöötajate jaoks väga suur.

### ***Insuldipatsientide vaimne tervis tagaplaanil***

1. Tervishoiutöötajate seas puudub ühtne arusaam psühholoogi teenuse olemusest ja vajadusest kogu raviteekonna jooksul.
2. Insuldijärgsed **vaimse tervise probleemid** jäävad sageli taastumisel tagaplaanile.
3. Puuduvad toetatud suhtlemist soodustavad **kogukonnateenused**.

## **Probleemid patsientide ja lähedaste vaatest**

### ***Teenuseosutajad ei arvesta raviteekonnal piisavalt patsiendi vajadustega***

1. Patsientide ja nende lähedaste jaoks on raviteekond **fragmenteeritud ja keeruline**, puudub lihtne ülevaade kogu raviteekonna kohta, sh paberivaba info.
2. Puudub ühtne lähenemine patsientide ja **lähedaste kaasamise** osas.
3. Patsientidelt ja nende lähedastelt ei küsita süsteemselt **nende eesmärkide** kohta.
4. Patsiendid tahavad saada vajalikud abivahendid võimalikult **kiiresti kätte**, rohkem probleeme abivahendite hankimisega esineb tööealistel.
5. Patsientide jaoks on suur probleem muutunud elukorraldus ning **vähenenud iseseisvus** pärast haiglast kojuminekut.
6. Patsiendid ei taha lähedastele koormaks olla. Pärast insulti on sagedaseks probleemiks **suurenenud abivajadus** igapäevastel tegevustel.
7. Patsiendid tahavad võimalikult ruttu tagasi **enda koju** minna.
8. Patsiendid tahavad võimalikult ruttu tööle jt enda jaoks **oluliste tegevuste** juurde naasta.

### ***Puuduvad teenused insuldipatsiendi raviteekonnal***

1. Patsiendid ja nende lähedased ei tea, **milliseid teenuseid** (nii tervishoiu- kui sotsiaalteenuseid) ja mis alustel on neid võimalik saada.

2. Need, kes mõned päevad pärast trombolüüsi/ trombektoomiat koju lähevad, ei pruugi pärast seda saada ühtegi toetavat teenust.
3. Patsient, kes ei saa kohe statsionaarse taastusravi kohta ja/või ambulatoorse taastusravi aega, võib jääda kriitilise tähtsusega taastumise **ajaaknas vajalike teenusteta**.
4. Patsientide vajaduste ja eelistustega ei arvestata taastus- või järelravile suunamisel. Patsiendid tahaksid vajalikke teenuseid saada võimalikult **kodu lähedal**, kogukonnas või kodus. Ei teata näiteks EHK teenuse "füsioteraapia kodus" olemasolust.

### ***Vähene arvestamine lähedastega***

1. Taastumine läheb reeglina paremini neil, kellel on aktiivsed lähedased. **Lähedasteta patsientidel** on suurem tõenäosus jääda isolatsiooni ning vajalike teenusteta.
2. Lähedastel on **suurenenud hoolduskoormus** nii füüsiliselt, vaimselt kui ka finantsiliselt.
3. Lähedaste **kaasamine** teraapiasse on vähene, nad ei osale enamasti teraapiates ega (taastus)raviplaanide koostamisel.

### ***Katmata infovajadus***

1. Patsient tahab, et kogu raviteekonna jooksul suhtutakse temasse inimlikult ja toetavalt ning **selgitatakse toimuvat**.
2. Patsientide ja nende lähedaste infovajadus on suur, kuid sageli jääb segaseks, kellelt ja millist infot küsida, saadav **info on koordineerimata ja killustatud**. Oluline info võib olla antud ajahetkel, kui patsient ega tema lähedased pole võimelised seda vastu võtma.

3. Patsiendid ei tea ega arva, et nad peaksid **perearstiga** insuldi teemadel suhtlema. Pigem otsitavad (tööealised) patsiendid ja lähedased infot internetist, aga nad ei saa tervishoiutöötajalt suunist kvaliteetse info kohta.

### ***Insuldipatsientide vaimne tervis tagaplaanil***

1. **Psühholoogiline tugi** pole piisavalt tagatud (nii teenuse vähese kättesaadavuse kui patsientide hoiakute tõttu), samas esineb insuldipatsientide seas ärevust, mäluprobleeme, meeleoluhäireid, väsimust ja valu.

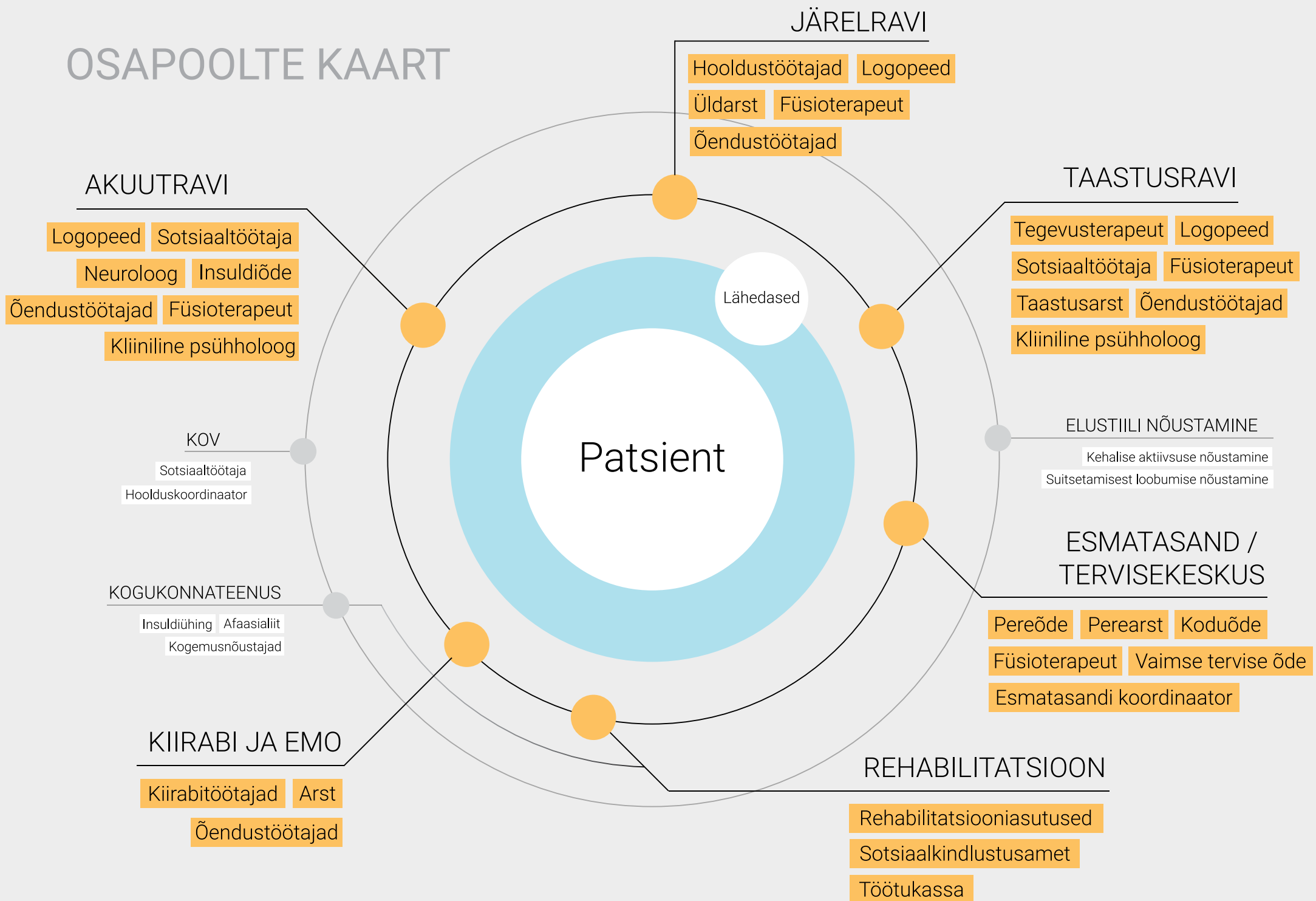
### ***Osapooled, persoonad ja praegune teekond***

Osapoolte intervjuudes toodi sageli välja, et isheemilise insuldi patsientide puhul on tegemist väga heterogeense grupiga. See tähendab, et insuldipatsientide teekonnad on erinevad ning sõltuvad mitmetest teguritest ning osapooltest.

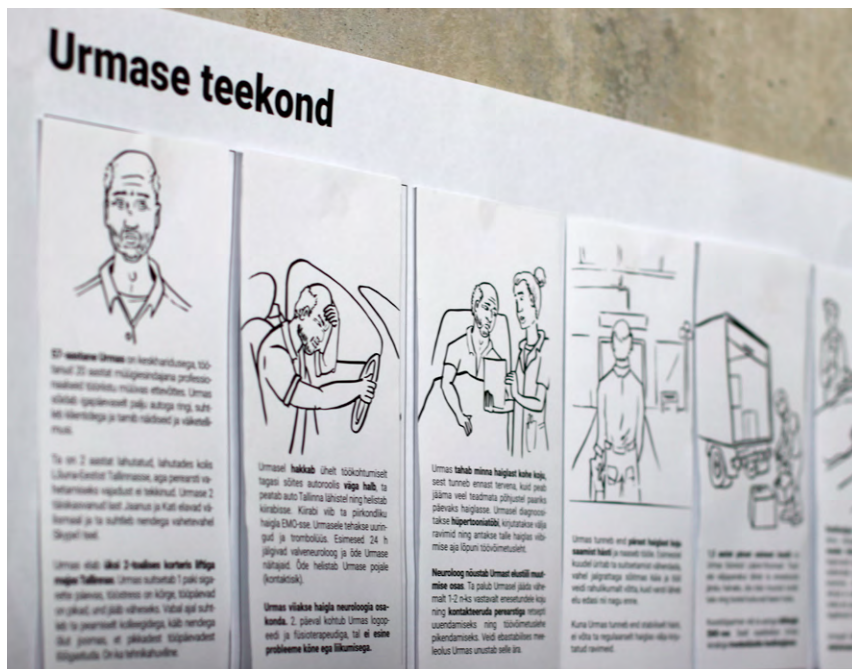
Keeruka info lihtsustamiseks, näitlikustamiseks ja visualiseerimiseks kasutatakse teenusedisainis erinevaid meetodeid, näiteks kaardistatakse kõik insuldipatsiendiga (potentsiaalselt) kokkupuutuvad osapooled, luuakse patsientide koondportreed ehk persoonad ning kaardistatakse raviteekond – sammud ja etapid, mida patsient pärast insulti kogeb – patsiendi vaatest. Kuna tervishoiusüsteemi ei analüüsita enamasti patsiendi vaatest, annab teekonna kaardistamine väärtuslikke taipamisi ja vihjeid probleemide ja arendusvajaduste kohta.

Osapoolte kaart annab ülevaate spetsialistidest, kes on inimesele abiks insuldi ravis ja sellest taastumisel.

# OSAPOOLTE KAART







Persoona on teenusedisainis sageli kasutatav meetod, mis kujutab endast teenuse kasutajate (antud juhul patsientide) koondportree loomist. Eesmärgiks on muuta kogutud info kergesti mõistetavaks ning inimnäoliseks. Enamasti luuakse mitu persoonat, kes esindavad tüüpilisemaid kasutajagruppe. Praeguse teekonnaga patsiendi vaatest saab tutvuda kahe persona, **Helga ja Urmase lugude kaudu**. Personaad ja nende lood on süntees intervjuudest ega esinda konkreetseid inimesi. **Vaata Lisa 1.**

## Töötoa kokkuvõte

### Töötoa lühikirjeldus

Insuldipatsiendi raviteekonna töötuba toimus 10. mail Tallinnas. Töötoas osalesid erinevad osapooled, kellega insuldipatsient oma raviteekonnal kokku puutub ja kelle omavahelisest koostööst sõltub tema jaoks teekonna terviklikkus ja ravitulemus. Töötoa eesmärgiks oli luua osapoolte vahel ühine arusaam praegusest teekonnast ja selle kitsaskohtadest, visandada soovitud raviteekond ning kokku leppida olulisemad arendused, sh paremini ära kasutades IT-võimalusi.

Osapoolte tulevikutunnetuse kogumiseks alustati töötuba soovitud raviteekonda iseloomustavate märksõnade individuaalse kaardistamisega. Kõige sagedamini kasutati märksõnu **“järjepidevus”, “patsiendikeskus”, terviklikkus”, “selgus” ja “efektiivsus”**.





Järnesid konteksti loovad lühiettekanded insuldipatsiendi raviteekonnast neuroloogide vaatest (dr Riina Vibo), taastusarstide vaatest (dr Aet Lukmann) ja perearstide vaatest (dr Diana Ingerainen). Seejärel tutvuti isiklike Helga ja Urmase raviteekondadega ja kaardistati teekonnal paiknevad probleemid nii teenuseosutajate kui ka patsientide vaatest. Osalejad said kasutada eeluuringus kaardistatud probleeme kui ka lisada omalt poolt murekohti. Kõige enam toodi esile järgnevaid teemasid:

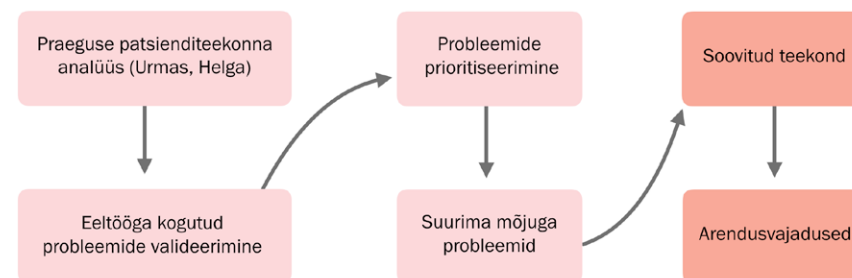
- probleemid taastusraviga;
- ressursipuudus, sh erinevate spetsialistide puudus;
- lähedaste suurenenud koormus;
- kodulähedaste teenuste osutamise vajadus;
- probleemid järelraviga;
- patsientide elustiili muutmise vajadus ning teisese ennetuse vähesus;
- raviteekonna keerulisus ja killustatus patsiendi jaoks ning osapoolte vähene koostöö ja sidusus.

Ühtlasi sai iga osaleja tuua välja probleemid, mille lahendamisel on **kõige suurem mõju teekonna terviklikkusele ja patsiendi tervisetulemusele**.

Enim toodi esile:

- **raviteekond on patsiendi jaoks keeruline ja killustatud;**
- **osapoolte koostööd ja sidusust on vähe;**
- **probleemid taastusraviga.**

Pärastlõunal said laudkonnad raviteekonna töölehed, et eelmainitud probleeme adresseerides visandada soovitud teekond. Pooled laudkonnad visandasid soovitud teekonda patsiendi vaatest, pooled teenuseosutaja

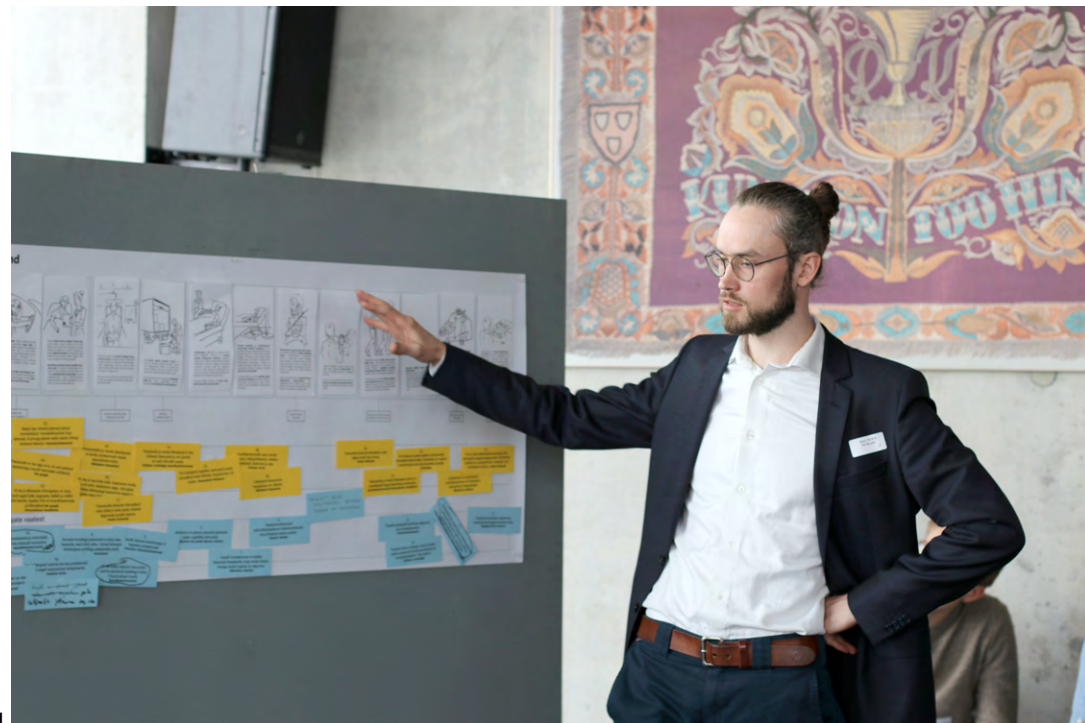


vaatest. Laudkonnad iseloomustasid soovitud teekondi märksõnadega **“sidusus”, “koordinatsioon”, “järjepidevus”, “koostöö”, “patsiendikeskus”, “omavahel suhtlemine”**. Ühtlasi pidi iga meeskond välja tooma kolm olulisemat arendusvajadust.



## Soovitud teekond

Töötoas visandatud 6 soovitud teekonda koondati kokku üheks soovitud teekonnaks. **Vaata Lisa 2.**





## Töötoas väljatoodud arendusvajadused

### *Patsiendikeskne lähenemine*

Patsient ja tema lähedased peaksid saama õigel ajahetkel neile arusaadavat ja asjakohast teavet.

1. Patsiendi ja lähedaste proaktiivne, süsteemne ja individuaalne nõustamine kogu raviteekonna jooksul, sh haigusteadlikkuse tõstmisega tuleks alustada akuutravis.
2. Keskelt organiseeritud üle-Eestiline patsiendiinfo, mis on kaasaegses vormis (interaktiivne), patsiendikeskselt disainitud ning õigel ajal õiges koguses kuvatud.
3. Raviplaan peaks sisaldama patsiendi jaoks vajalikku ja arusaadavat teavet (raviskeem, riskitegurid, kontaktid)
4. Patsientide ja nende lähedaste kaasamine ravikorralduse arendamisse ning insuldipatsientide esindusorganisatsiooni teke.

*Osapooled: SoM, EHK, TEHIK, IT-arendajad, erialaseltsid (perearstid, neuroloogid, taastusarstid, tugispetsialistid), patsiendid / patsientide esindusorganisatsioonid*

### *Koostöö*

Osapooled peavad kokku leppima rollijaotuses ehk kes, kus, mida ja kuidas teeb ning kuidas patsient sujuvalt ühest teekonna etapist teise liigub.

1. Teenuste ja etappide ühendus- ja üleandmiskohtade defineerimine, vastutaja määramine erinevates etappides, sh selle kommunikeerimises patsiendile ja lähedastele.
2. Koostöö parandamine tervishoiusüsteemis: kogu süsteemi tihe koostöö patsiendi ja lähedastega, lisaks koostöö akuutravi

ja taastusravi, eriarstiabi ja esmatasandi vahel ning erinevate meeskondade siseselt.

3. Teraapiavajaduse ja teenusevajaduse määramise ühtsed alused.
4. Sujuv üleminek tervishoiusüsteemist sotsiaalsüsteemi ja koostöö KOViga.

*Osapooled: raviasutused (akuutravi, järelravi, taastusravi, tervisekeskused/ perearstid), EHK, erialaseltsid (perearstid, neuroloogid, taastusarstid), KOV, SKA, Töötukassa, rehabilitatsiooniasutused.*

### *Koordineeriva rolli loomine*

Vaja oleks luua koordineeriv roll kas lisaks olemasoleva töötaja tööülesannetele või täiesti uue töötaja näol. Koordinaator peaks olema patsiendile ja lähedastele esimeseks kontaktiks ning juhtima neid teekonna järgmisesse etappi, kus koordineerimise võib (aga ei pruugi) üle võtta järgmine koordinaator. Nähti, et koordineerivat tööd võiksid teha haiglates kas sotsiaaltöötajad, kui nende hulka suurendada, või insuldiöed. Esmatasandil nähti vajadust samasuguse töötaja järgi. Esmatasandi koordinaator võib hallata üht perearstikeskust või laiemat piirkonda, kus mitmed väikepraksised. Hoolduskoordinaatori pilootprojekti raames on 6 Eesti piirkonnas koordinaatori amet testimisel.

*Osapooled: raviasutused, haiglajuhid, KOV, EHK, perearstid, hooldusasutused.*

### *Kodu- ja kogukonnateenuste arendamine*

Patsient peaks saama teenuseid, eeskätt ambulatoorset taastusravi, vastavalt oma individuaalsetele vajadustele, näiteks võimalikult kodu lähedal / kodus, vastavalt lähedaste elukohale või mõne muu patsiendi jaoks tähtsa kriteeriumi alusel.

1. Kaasata tuleks kogemusnõustajaid, kes on sarnase kogemuse läbi

teinud ning läbinud nõustamiskoolituse.

2. Tähelepanu tuleks pöörata koduteenuste arendamisele.
3. Teenuseid tuleks osutada hindamiskaala alusel vastavalt patsiendi vajadusele.
4. Patsiendikeskne teenuseosutamine hõlmab ka vajalike transporditeenuste osutamist või nende hüvitamist.

*Osapooled: SoM, EHK, erialaseltsid, patsiendid / patsientide esindusorganisatsioonid.*

## **Ühtne raviplaan**

Raviplaan peaks olema digitaalne terviklik kõigile osapooltele kättesaadav dokument, kus on olemas patsiendi raviskeem, vajalikud kontaktid ja visiidid, eesmärgid, riskitegurid ja muu vajalik teave. Raviplaan peaks liikuma teekonnal koos patsiendiga ning andma igale järgmisele spetsialistile ülevaate senisest ravist ja tulemustest ning võimaldama raviplaani täiendada või muuta. Nähakse vajalikuna andmevahetuse paranemist – andmestandardit ning kokkulepet, kuidas kõik osapooled vajalikke andmeid kasutada saaks.

*Osapooled: SoM, EHK, raviasutused, TEHIK, tervishoiu tarkvara arendajad, digilahenduse kasutajate grupid (erialaseltsid).*

## **Patsiendi tulemuste mõõtmine ja väärtuspõhine teenuseosutamine**

Vaja oleks kasutusele võtta ühtne patsiendi tulemuste mõõtmise süsteem, et tulemused oleksid võrreldavad ning võtaksid arvesse kõigile osapooltele, st nii patsientidele, teenuseosutajatele kui rahastajatele olulisi aspekte.

1. Kasutusele tuleks võtta üle-eestiline ühtne mõõdikute süsteem.
2. Rahastus peaks toetama integreeritud ja väärtuspõhist teenuseosutamist.
3. Indikaatorid peaksid olema kõikidele osapooltele olulised.

*Osapooled: SoM, EHK, TEHIK, raviasutused, erialaseltsid, patsiendid / patsientide esindusorganisatsioonid.*



## Kaasatud spetsialistide ja ekspertide esindajad

### Intervjueeritud tervishoiutöötajad ja võtmeisikud

- Heidi Alasepp ja Ene Halling, Ida-Tallinna Keskhaigla
- Olga Arnik, Meeli Mumma, Jevgenia Pissarenkova, Anneli Teder-Braschinsky, Kadri Toom, Epp-Triin Võsu, Ida-Tallinna Keskhaigla
- Kadri Englas ja Siret Russi, Haapsalu Neuroloogiline Rehabilitatsioonikeskus
- Katrin Gross-Paju, Lääne-Tallinna Keskhaigla
- Diana Ingerainen, Eesti Perearstide Selts, Järveotsa Perearstikeskus
- Kersti Jakobi, Põhja-Eesti Taastusravikeskus
- Triinu Kurvits ja Anneli Jaska, Tartu Ülikooli Kliinikum
- Janika Kõrv, Riina Vibo ja Pille Taba, Ludvig Puusepa nimeline Neuroloogide ja Neurokirurgide Selts, Tartu Ülikooli Kliinikum
- Aet Lukmann, Eesti Taastusarstide Selts, Tartu Ülikooli Kliinikum
- Heli Paluste, Sotsiaalministeerium
- Siim Schneider, Põhja-Eesti Regionaalhaigla
- Anne Uriko, Eesti Kliiniliste Logopeedide Selts, Tartu Ülikooli Kliinikum

### Insuldipatsiendi raviteekonna töötoas 10. mail 2019 osalesid:

- Ewe Alliksoo, Sotsiaalkindlustusamet, rehabilitatsioon
- Malle Avarsoo, EHK, eriarstiabi
- Kadri Englas, Haapsalu Neuroloogiline Rehabilitatsioonikeskus, juht
- Kersti Esnar, Sotsiaalministeerium, tervisesüsteem
- Elvi Grigorjeva, Terviseõenduse seltsing

- Kadri Haller-Kikkatalo, EHK, andmeanalüüs
- Diana Ingerainen, Järveotsa Perearstikeskus, perearst
- Anneli Jaska, Tartu Ülikooli Kliinikum, insuldiõde
- Marina Kaarna, Põhja-Eesti Regionaalhaigla, kvaliteet
- Marion Kalju, EHK, partnersuhtlus
- Toomas Kariis, Ida-Viru Keskhaigla, ülemarst
- Katrin Kasepalu, Haapsalu Neuroloogiline Rehabilitatsioonikeskus, füsioterapeut
- Donald Kiidjärv, insuldipatsient, kogemusnõustaja
- Raul-Allan Kiivet, Tartu Ülikool, tervishoiukorraldus
- Imbi Kivi-Sild, Põhja-Eesti Regionaalhaigla, IT
- Janika Kõrv, Tartu Ülikooli Kliinikum, neuroloog
- Sirje Kree, EHK, kvaliteet
- Andrus Kreis, Põhja-Eesti Regionaalhaigla, neuroloog
- Priit Kruus, Taltech, tervisetehnoloogiad
- Kitty Kubo, EHK, innovatsioon
- Rein Kuik, Tartu Ülikooli Kliinikum, taastusarst
- Mart Kull, Viljandi Haigla, ravijuht
- Triinu Kurvits, Tartu Ülikooli Kliinikum, insuldiõde
- Andres Lasn, Eesti Perearstide Selts, peremeditsiini resident
- Aive Liigant, Tartu Ülikooli Kliinikum, neuroloog
- Aet Lukmann, Tartu Ülikooli Kliinikum, taastusarst
- Argo Lätt, Rapla Perearstikeskus, perearst
- Meeli Mumma, Ida-Tallinna Keskhaigla, taastusarst

- Kairi Nool, Viljandi Haigla, sotsiaaltöötaja
- Maarika Nurm, Põhja-Eesti Taastusravikeskus, taastusarst
- Dag Nurm, Põhja-Eesti Taastusravikeskus, juht
- Kateriine Orav, TÜK, neuroloogia arst-resident
- Teele Orgse, Pärnu Haigla, kvaliteet
- Viljar Pallo, TEHIK
- Katrin Põld, Viljandi Haigla, neuroloog
- Margit Rikka, Põlva Haigla, ülemarst
- Külli Roht, Eesti Afaasialiit, logopeed
- Tiina Sats, Haigekassa, eriarstiabi
- Toomas Toomsoo, Ida-Tallinna Keskhaigla, neuroloog
- Anne Uriko, Tartu Ülikooli Kliinikum, logopeed
- Riina Vibo, Tartu Ülikooli Kliinikum, neuroloog
- Epp-Triin Võsu, Ida-Tallinna Keskhaigla, sotsiaaltöötaja
- Georgi Zjablov, Ida-Viru Keskhaigla, neuroloog