

Insuldikoordinaatori juhend

Insuldipatsiendi raviteekonna koordineerimiseks

Patsiendi haiglaravi perioodil võtab patsiendi või tema lähedas(t)ega ühendust **insuldikoordinaator**, kui vastavalt patsiendi seisundile on ravimeeskond hinnanud koordinaatori teenuse rakendamise vajaduse.

Insuldikoordinaatori roll on toetada patsienti ja tema lähedasi haiglaravijärgse perioodi planeerimisel, mis hõlmab raviplaani läbiviimise toetamist ja koordineerimist ning sobivate tugi- ja lisateenuste tuvastamist ja nende planeerimist.

TEENUSELE VÕTMISE KRITEERIUMID

Teenust osutatakse patsiendile, **kes on haigestunud isheemilisse insulti ja kes võib vajada lisateenuseid (tervishoiu-, sotsiaal- ja kogukonnateenused) ühe aasta jooksul alates insulti haigestumisest**. Vajaduse määrab insuldiüksuse õde või patsiendi raviarst insuldiüksusest lahkumisele eelneva konsultatsiooni käigus. Valdavalt vajab patsient lisateenuseid vahetult pärast haigestumist **esimese kolme kuu jooksul**. Teenuse osutamiseks vormistatakse patsiendi nõusolek vabatekstiväljal patsiendi haigusloos, kajastades otsust ka epikriisis (sh koordinaatori kontakt).

Insuldikoordinaatori teenust rakendatakse patsientide puhul, kellel on akuutravi järgselt **mitmete täiendavate tervishoiu- ja sotsiaalteenuste vajadus** ning vähemalt **üks järgnevatest toimetulekut raskendavatest seisunditest ja/või taastumist raskendavatest asjaoludest** kuni 365 päeva pärast insulti haigestumist:

- mitmed kaasuvad haigused;
- nõrk tugivõrgustik;
- mälu- ja meeleoluprobleemid;
- varasem halb ravisoostumus.

KONTAKT PATSIENDI VÕI LÄHEDASTEGA

Info teenust vajavast patsiendist jõuab koordinaatorini läbi teiste ravimeeskonna liikmete ning on lahendatud läbi töökorraldusliku kokkuleppe.

Kui õe/raviarsti hindamise järgselt on ilmnunud patsiendi teenusele sobivus ja vajadus, siis toimub esmane koordinaatori kontakt patsiendi ja/või tema lähedasega haiglaravi perioodil.

- Esimesel kohtumisel annab koordinaator informatsiooni teenuse sisu ja oma rolli kohta, kinnitab patsiendi/lähedase nõusoleku teenuse kasutamiseks ja (vajaduse piires) terviseandmete töötlemiseks.
- Kui patsient/patsiendi lähedane on teenusest huvitatud, siis võetakse patsient teenusele ehk tema raviarvele märgitakse statistiline kood 9425. Koodi kasutatakse koordinaatori teenuste mahu analüüsimiseks.

Kui patsient on valmis insuldiüksusest lahkuma, aitab koordinaator planeerida täiendavaid teenuseid või koju siirdumist:

- Võimalusel on patsiendile juba insuldiüksusest lahkumise faasis teisese ennetuse raames insuldiõe vastuvõtuaeg broneeritud, mille osas jõuab info koordinaatorini ravimeeskonna poolt. Koordinaator kontrollib enda poolt üle, et **patsiendile on insuldiõe vastuvõtt broneeritud ja patsient/lähedane on vastuvõtu toimumise ajast teadlik**.
 - Juhul, kui patsient suundub täiendavale statsionaarsele ravile, **broneerib koordinaator patsiendile insuldiõe vastuvõtuoja statsionaarse ravi** (nt järelravi, taastusravi, õendusabi) **lõpus** vastavalt ravimeeskonna korralduslikele kokkulepetele.

- **Vajadusel teavitab enne koju suundumist KOV sotsiaaltöötajat patsiendi koduvisiidi vajalikkusest.** Vajaduse võib tingida esmase vestluse käigus selgunud elukorralduslikud puudujäägid kodus keskkonnas (toidu hankimine jm), tugivõrgustiku puudumine, abivahendite vajadus jm.
- Täiendavate teenuste planeerimisel aitab koordinaator leida patsiendile **kodulähedastes asutustes vastuvõtuajad** ja vajadusel konsulteerib KOV-ga transpordiabi korraldamise osas.
- **Koordinaator teavitab patsiendi perearsti meeskonda patsiendi aktiivravi faasi lõppemise järel** (nt telefoni teel) ja võimalusel **broneerib patsiendile standardijärgselt ettenähtud perearsti vastuvõtu aja** (60 päeva jooksul pärast insulti haigestumist).

Kui patsient lahkub haiglast koju, siis võtab koordinaator patsiendiga/lähedasega ühendust **hiljemalt 2 nädala jooksul pärast haiglast lahkumist.**

- Kui patsient liigub aktiivravi lõpus edasi hoolekandetasutusse (mitte koju), annab koordinaator patsiendi seni koordineeritud tegevuste osas ülevaate hooldusasutuses patsiendiga tegelevale ravi- ja hooldusmeeskonnale.

Koordinaator jääb patsiendile esmaseks kontaktiks haiglajärgsete vajaduste hindamisel, teenuste ja toetuste koordineerimisel ning motiveeriva toe pakkumisel **kogu raviteekonna kestvuse ulatuses** (365 päeva) . Juhul kui patsiendi või patsiendi lähedaste infovajadus on väljaspool koordinaatori pädevust ja tegevuspiire, **suunab koordinaator küsimuse edasi teistele ravimeeskonna liikmetele** või osapooltele, kes patsiendi ja/või tema lähedastega kontakteeruvad. Kui suunamine ei ole võimalik või vajalik, jagab koordinaator patsiendile/lähedasele ise kontakti võtmiseks infot.

- Haiglast lahkumisel lepitakse patsiendi/lähedasega kokku edasine kommunikatsioon, sh kontaktivõttude tihedus ja viis.

KOORDINAATORI TEGEVUSED

Koordinaatori osutatud teenus sisaldab järgmisi tegevusi:

- vajaduste hindamine;
- individuaalse raviplaani koondamine;
- raviplaani elluviimise toetamine ja jälgimine;
- teenuste (sh tervishoiu-, sotsiaal- ja kogukonnateenused) koordineerimine;
- toimetulekuoskuste õpetamine;
- motiveeriva toe ja nõustamise pakkumine.