

РУКОВОДСТВО ПО ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
КООРДИНАТОРА ПО ИНСУЛЬТУ

*Если лечащая команда оценила состояние пациента и исходя из этого решила, что возникла необходимость в услугах координатора, то в период госпитализации пациента с ним или его/ее близким связывается **координатор по инсульту**.*

Роль координатора по инсульту заключается в поддержке пациента и его близких в планировании послегоспитального периода, что включает в себя поддержку и координацию внедрения плана лечения, а также определение и планирование соответствующей поддержки и дополнительных услуг.

КРИТЕРИИ НАПРАВЛЕНИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ УСЛУГ

Услуга предоставляется пациенту, **который перенес ишемический инсульт и которому могут потребоваться дополнительные услуги (медицинские, социальные и общественные услуги) в течение одного года после инсульта.** Необходимость в услугах определяет медсестра инсультного отделения или лечащий врач пациента во время консультации перед выпиской из инсультного отделения. Чаще всего пациент нуждается в дополнительных услугах сразу в течение первых трех месяцев после начала заболевания и в течение первых трех месяцев. Для оказания услуги необходимо согласие пациента, которое оформляется в свободном поле в медицинской карте пациента, оно также должно быть отражено в эпикризе.

Услуга координатора предоставляется пациентам, имеющим хотя бы одно из следующих состояний и/или обстоятельств, осложняющих выздоровление:

- несколько сопутствующих заболеваний;
- слабая сеть поддержки;
- проблемы с памятью и перепадами настроения;
- ранее была обнаружена плохая приверженность лечению.

КОНТАКТ С ПАЦИЕНТОМ ИЛИ ЕГО БЛИЗКИМИ

Информация о пациенте, нуждающемся в услуге, поступает к координатору через других членов лечащей команды и устанавливаются через договоренность по организации деятельности.

Если после оценки инсультной медсестры/врача потребность пациента в этой услуге оказались очевидными, и он способен пользоваться ею, то первоначальный контакт координатора с пациентом и/или его близкими должен состояться в период госпитализации.

- На первой встрече координатор предоставляет информацию о содержании услуги и своей роли, подтверждает согласие пациента/близкого на использование услуги и (при необходимости) на обработку данных о здоровье.
- Если пациент/близкий пациента заинтересован в услуге, пациент регистрируется на ее получение, т.е. в его лечебном счете отмечается статистический код 9425. Код используется для анализа объема услуг координатора.

Когда пациент готов покинуть инсультное отделение, координатор помогает спланировать дополнительные услуги или направить его домой:

- По возможности, пациенту на этапе выписки из инсультного отделения бронируется будущий прием к инсультной медсестре в рамках вторичной профилактики, и в этом случае лечащая команда информирует об этом

координатора. Координатор проверяет, чтобы **визит пациента к инсультной медсестре** был забронирован и что **пациент/близкий знает время приема**.

- В случае направления пациента на дополнительное стационарное лечение, **координатор бронирует пациенту время приема инсультной медсестры по окончании стационарного активного лечения** в соответствии с организационными договоренностями лечащей команды.
- **При необходимости перед направлением домой орган местного самоуправления информирует социального работника о необходимости посещения пациента на дому.** Потребность может быть вызвана ставшими неподходящими пациенту условиями домашней обстановки и ведения повседневного хозяйства (закупки продуктов питания и т.п.), отсутствием сети поддержки, потребностью во вспомогательных средствах и т.п., выявленными в ходе первичной беседы.
- При планировании дополнительных услуг координатор помогает найти время приема пациента в ближайших к дому учреждениях и при необходимости консультируется с органами местного самоуправления по вопросам организации транспортной помощи.
- **Координатор информирует семейного врача пациента после окончания активной фазы лечения пациента по телефону и, если возможно, бронирует время для стандартного предусмотренного визита пациента к семейному врачу (30 дней после возвращения домой после стационарного лечения).**

Когда пациент выписывается из больницы домой, координатор связывается с пациентом/близким **не позднее, чем через 2 недели после выписки из больницы**.

- Если пациент по окончании активного лечения переезжает в учреждение по уходу (не домой), координатор предоставляет обзор о проведенных ранее скоординированных мероприятиях командам, занимающимся лечением и уходом за пациентом в этом учреждении по уходу.

Координатор остается основным контактным лицом пациента при оценке его послегоспитальных потребностей, координации услуг и поддержки, а также обеспечении мотивационной поддержки **на протяжении всего периода лечения (365 дней)**. В случае если информационные запросы пациента или его близких выходят за пределы компетенции и сферы деятельности координатора, координатор передает вопрос другим членам лечащей команды или сторонам, контактирующим с пациентом и/или его близкими. Если направление невозможно или в нем нет необходимости, координатор предоставит пациенту/близким информацию для самостоятельного контактирования.

- После выписки из больницы с пациентом/близким согласовывается дальнейшее общение, включая частоту и способ контакта.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КООРДИНАТОРА

Услуга, предоставляемая координатором, включает в себя следующие виды деятельности:

- 1) оценка потребностей пациента;
- 2) консолидация индивидуального плана лечения;
- 3) поддержка и контроль выполнения плана лечения;
- 4) координация получения услуг (включая услуги системы здравоохранения, социальные и общественные услуги);
- 5) обучение навыкам ежедневной деятельности;
- 6) оказание мотивационной поддержки и консультирование.

Координатор по инсульту обязан обращаться с личными и конфиденциальными медицинскими данными пациента в соответствии с установленными законом процедурами. При обработке данных координатор по инсульту руководствуется внутриорганизационными договоренностями и условиями защиты личных данных, установленными оказателем медицинских услуг.