

4.1 Безпечне повернення із лікувального закладу у суспільство		Клас
a)	Перед випискою із закладу, усі пацієнти повинні бути оцінені для того, щоб визначити його потреби, які є необхідні для повернення додому, і які можуть бути здійснені та забезпечують безпечну та відповідну допомогу, підтримуються та комунально обслуговуються.	C ⁵⁹
b)	Для того, щоб оформити безпечну виписку, обслуговуючий персонал закладу повинен перед випискою переконатись, що виконані наступні пункти: <ul style="list-style-type: none"> • пацієнти та їх родини/ опікуни мають мати можливість визначити та обговорити їх потреби після виписки (напр. фізичні, емоційні, соціальні, рекреаційні, фінансової та соціальну підтримку) з відповідними членами мультидисциплінарної команди • лікарі загальної практики, команда первинної медичної допомоги та соціальні служби повинні бути повідомлені перед чи під час виписки • для оформлення безпечної виписки пацієнта мають бути підготовлені усі лікарські препарати, обладнання та допоміжні пристрої • має бути організоване продовження необхідного виду лікування • виписка має містити у собі план по догляду, який створено разом з пацієнтом та його родиною, а копія цієї виписки має бути надана їм. План може включати у себе інформацію про відповідні соціальні служби, стратегії по самообслуговуванню (напр. інформацію про лікарські препарати та їх уживання, цілі та терапію у домашніх умовах), сервіси підтримки для осіб після перенесеного інсульту, подальшу реабілітацію чи амбулаторні зустрічі, а також відповідний контактний номер для будь яких запитів. 	ЕПД ЕПД ЕПД ЕПД ЕПД
c)	Локально розроблений протокол, який може допомогти реалізувати процес безпечної виписки.	ЕПД
d)	Менеджер з виписки може узяти на себе усю координацію по оформленню програми для осіб після перенесеного інсульту	D ⁶⁵
4.2 Навчання опікунів		Клас
	Перед випискою осіб після перенесеного інсульту, відповідні члени мультидисциплінарної команди, повинні провести окреме та спеціально розроблене заняття для опікунів/ родини. Заняття, по мірі необхідності повинно у себе включати методи особистої гігієни, стратегії спілкування, техніки переміщення, профілактику ускладнень та інших специфічних проблем пов'язаних з інсультом, контроль за безпечним ковтанням та відповідної зміни дієти, допомогу регулювання поведінки при психосоціальних проблемах.	B ⁶⁷
4.3 Відновлення у громаді та довготривала підтримка		Клас
a)	Служба охорони здоров'я разом з інсультним підрозділом повинні забезпечити всебічне, всеохоплююче мультидисциплінарне відновлення у громаді з відповідним ресурсами обслуговуючих служб підтримки для осіб після перенесеного інсульту та їх родин/ опікунів. За наявності, відповідних мультидисциплінарних служб та опікунської підтримки по обслуговуванню для відновлення у громаді, вони повинні прийняти участь на ранніх етапах виписки усіх пацієнтів, які мають легкий та середній ступінь неповносправності.	A ^{68,69}
b)	Реабілітація у домашніх умовах повинна бути запропонована усім особам після перенесеного інсульту, які її потребують. У випадках, коли реабілітація у домашніх умовах недоступна, пацієнти, які її потребують повинні отримувати реабілітацію у амбулаторних умовах.	B ^{72,73}
c)	Після виписки, відвідування та навчання у кваліфікованого персонала, повинно бути запропоноване усім особам після перенесеного інсульту та їх родинам/ опікунам.	C ^{77,81}
d)	Особі після перенесеного інсульту, після виписки, можуть отримувати соціальний супровід. Якщо вони отримують цей супровід, фахівець соціального супроводу повинен уміти виявити та допомогти при депресії, а також скорегувати відповідне втручання через медичного працівника.	C ^{89,92}
e)	Особі після перенесеного інсульту повинні мати систематичні та постійні огляди у члена мультидисциплінарної команди, включно хоча би один раз мати огляд у медичного фахівця. Перший огляд повинен бути у межах трьох місяців, потім ще раз на 6 та 12 місяці після виписки.	ЕПД
f)	Особі після перенесеного інсульту та їх родини/ опікуни, принаймні перший рік після виписки, повинні мати для будь яких запитів контактні дані фахівця опікунської служби та контактної особи (у лікарні чи громаді).	ЕПД

4.4 Тривала реабілітація		Клас
a)	Особи після перенесеного інсульту, які мають залишкові порушення на завершальному етапі реабілітації, повинні щорічно проходити огляд у лікаря загальної практики чи постачальника реабілітаційних послуг для визначення потреби у подальшому отриманні втручань. При появі нових проблем, які не мали місце на початку реабілітації, або коли фізичний стан чи соціальні умови особи зазнали змін, повинен бути залучений відповідний медичний фахівець або представник реабілітаційної служби для проведення подальшого обстеження.	ЕПД
b)	Особи після перенесеного інсульту із залишковими порушеннями, які визнані як такі, що потребують подальшої реабілітації, повинні отримувати терапевтичні послуги з встановленням нових цілей та покращенням завдання-орієнтованої діяльності.	B ^{104, 105}
c)	Особи після перенесеного інсульту з стійкими труднощами при виконанні особистих завдань, щоденної та професійної діяльності, дозвілля і відпочинку, повинні мати оновлений задокументований план допомоги для вирішення цих проблем.	ЕПД
d)	Особи після перенесеного інсульту, повинні бути залучені до участі у відповідних тривалих програм фізичних вправ у горомаді.	C ¹⁰³
4.5 Стандартизоване обстеження		Клас
	Клінічні фахівці, у процесі прийняття клінічного рішення повинні використовувати перевірені та надійні інструменти обстеження чи вимірювання, що відображають потреби пацієнта.	ЕПД
4.6 Постановка цілей		Клас
a)	Повинно бути обговорено і враховано бажання та очікування особи після перенесеного інсульту та його родини/ опікунів, які є залучені до процесу відновлення.	ЕПД
b)	Особи після перенесеного інсульту та його родина/ опікуни, повинні мати можливість бути залученими до участі у процес постановки цілей, за виключенням якщо, вони не хочуть чи неможуть брати у ньому участь.	B ⁵
c)	Фахівці галузі охорони здоров'я повинні спільно ставити цілі для пацієнта по догляду. Цілі повинні бути визначені, конкретні та стимулюючі (мати виклик). Вони повинні бути записані, регулярно переглядатись та оновлюватись.	C ¹²²
d)	Особи після перенесеного інсульту повинні пройти навчання по оволодінню навчанням самодогляду, які включають у себе практичне вирішення проблем та постановку особистих цілей.	ЕПД
4.7 Командні зустрічі		Клас
	Мультидисциплінарна команда по інсульту, повинна мати регулярні зустрічі (принаймні один раз на тиждень) для обговорення обстеження нових пацієнтів, перегляді цілей, втручання та планування виписки для пацієнтів.	C ⁴¹
4.8 Поінформованість та освіченість		Клас
a)	Усім особам після перенесеного інсульту, їх родинам/ опікунам, інформація повинна надаватись з врахуванням їх потреб та використанням відповідної мови та способу спілкування.	A ¹²⁵
b)	Інформація повинна надаватись на різних етапах процесу відновлення.	B ¹²⁵
c)	Особи після перенесеного інсульту, їх родини/ опікуни повинні мати регулярну та подальшу можливість уточнювати чи підтверджувати інформацію	B ¹²⁵
4.9 Зустрічі з родиною		Клас
	Команда по інсульту повинна мати регулярні зустрічі з пацієнтами, їх родинами/ опікунами для залучення їх по догляду, постановки цілей та планування виписки.	C ⁴¹
4.10 Удосконалення обслуговуючих служб по інсульту		Клас
a)	Усі обслуговуючі служби по інсульту, повинні бути включені до покращення якості надання послуг включно з регулярними аудиторськими перевітками та отриманням відгуків («регулярне» – принаймні один раз на два роки).	B ¹⁴¹
b)	Показники, які затвердженні на рівні національних стандартів надання медичної допомоги повинні використовуватись при будь якій аудиторській перевірці.	ЕПД

Це резюме ґрунтується на клінічних настановах з допомоги пацієнтам при інсульті 2010, які були затверджені Національною радою зі здоров'я та медичних досліджень Австралії (NHMRC) і схвалені Австралійською Асоціацією Фізичної Терапії.



Про Національний Фонд Інсульту

Національний Фонд Інсульту є некомерційною організацією, яка працює з громадськістю, урядом, фахівцями охорони здоров'я, особами, які перенесли інсульт, опікунами, сім'ями/родинами, щоб зменшити вплив інсульту на австралійське суспільство.

Наше завдання полягає у тому, щоб протягом 10 років було врятовано 110 000 австралійців від смерті та інвалідності у наслідок інсульту.

Ми будемо досягати цього шляхом:

- інформування громадськості про чинники ризику і ознаки інсульту, пропаганди здорового способу життя
- співпраці з усіма зацікавленими сторонами з метою розробки та реалізації політики у сфері профілактики та допомоги при інсульті
- сприяння розробки комплексних та скоординованих послуг для усіх осіб після перенесеного інсульту та їх родин
- сприяння та допомоги у дослідженнях про інсульт.

StrokeLine

Національний Фонд Інсульту 1800 787 653 StrokeLine надає інформацію про профілактику інсульту, відновлення та підтримці. Наші кваліфіковані фахівці у галузі охорони здоров'я пропонують повну інформацію і допомогу.

Безкоштовний сервіс відкритий у робочий час EST по усій Австралії, служба повідомлень доступна і у інший час.