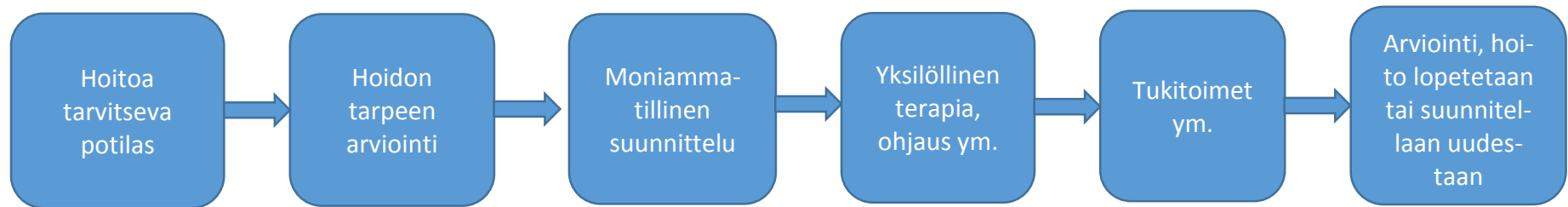


Prosessin nimi	Prosessin tavoite	Prosessin omistaja	Prosessin käyttäjät	Laatija/päivittäjä:	Hyväksytty:
Aivohalvauspotilaan palveluketju	Aivohalvauspotilaan hoidon ja kuntoutuksen turvaaminen		Sossiaali- ja terveystiraston henkilöstö	Aivohalvauspotilaan hoitoketjutyöryhmä	Annica Sundberg 17.1.2019



Prosessivaihe	Mitä tehdään	Kuka tekee/Vastuu	Mittari ja tavoitetaso	Arviointi	Ohjeet
Hoitoa tarvitseva potilas: Aivohalvausoireet, TIA-epäily	Epäillyn aivohalvaus-/TIA-potilaan hoidon tarpeen arviointi päivystyksessä	Päivystyslääkäri arvioi ja konsultoi: Mitä hoitoporrasta potilas tarvitsee *yliopistosairaala *keskussairaala *os. 6/7 (monitorointi) *tarkkailupaikka päivystyksessä			Käypähoito
Moniammatillinen suunnittelu	Os. 6/7 (monitorointi) * varhainen kuntoutus *hoidon tarpeen arviointi *lähete osastolle 2, jos vaativan kuntoutuksen tarve	Osastonlääkäri/ Osastonhoitaja/ Terapeutit ja hoitohenkilöstö	Seuranta hoidon tarpeen mukaan Hoitosuunnitelma	Moniammatillinen kokous kerran viikossa. Tarvitaan: *Konsultaatioita *Tarve vaativaan kuntoutukseen osastolla 2	Käypähoito Kuntouttavan työotteen ohje Aivohalvaushoidon ohje
Yksilöllinen terapia ja ohjaus	Vaativan kuntoutuksen osasto 2: Terapiat ja ohjaus hoidon tarpeen mukaan: fysioterapia, toimintaterapia, puheterapia, neuropsykologinen selvitys/arviointi, sosiaalihuolto.	*Hoitava lääkäri *Terapeutit/hoitohenkilöstö, sosiaalityöntekijä ja muu potilaan hoitoon osallistuva henkilöstö	Hoitosuunnitelma FIM-mittari	*Säännölliset moniammatilliset kokoukset *Omais keskustelut	Terapeutit Sosiaalityöntekijät Vaativan kuntoutuksen osasto 2

	Kuntoutus voidaan toteuttaa osittain kotona kuntoutusjakson aikana.				
Tukitoimet suunniteltaessa kotiuttamista/muuta asumismuotoa	Potilaan, omaisen, hoitotiimin ja palveluohjauksen yhteiset suunnittelu kokoukset *Itseharjoittelu/itsehoito	Hoitotiimi ja palveluohjaus Kuntoutusohjaaja Potilas ja omainen Kolmannen sektorin harjoitusryhmät	Hoitosuunnitelma HS-lehdelle RAI palveluohjauksessa FIM	Hoitosuunnitelma arvioidaan tarvittaessa tai 2 kertaa vuodessa (koskee kotihoidon asiakkaita) Kotikuntoutus yksilöllisen harkinnan mukaan	Tiedote: Sinulle läheinen Ikääntyneiden palveluohjaus Vammaishuolto
Arviointi/Seuranta	*Yksilöllinen hoitosuunnitelma *Seuranta hoitosuunnitelman mukaan *Potilaan oma vastuu	Seurantavastuu määritellään hoitosuunnitelmassa. *Fysiatrria (nuoremmat potilaat) *Kotihoito (tiimijohtaja) *Hoitava lääkäri (tk) *Terapeutit *Potilas ja omainen	RAI FIM	RAI 2 kertaa vuodessa Päivitetty hoitosuunnitelma	
Hoito lopetetaan tai suunnitellaan uudestaan	Hoidon tarpeen mukaan	Yhteydenotto hoitavaan lääkäriin			

Prosessin perustiedot

Prosessin omistaja	Ylilääkäri Annica Sundberg
Prosessikuvauksen laatija	Aivohalvauksen hoitoketjutyöryhmä, puheenjohtaja Jeanette Wargh
Hyväksymispäivä ja hyväksyjä	Ylilääkäri Annica Sundberg, 17.1.2019
Prosessin kohderyhmä	Potilaat, omaiset ja henkilöstö
Prosessin sidosryhmät	Keskussairaala, yliopistollinen keskussairaala, kolmas sektori (esim. Folkhälsan)
Prosessin onnistumisen edellytykset	
Mittarit ja tunnusluvut	
Prosessin kehittäminen ja päivittäminen	Prosessi arvioidaan ja päivitetään vuosikellon mukaisesti elo-syyskuussa toimintasuunnitelman laatimisen yhteydessä
Kosketuspinnat muihin prosesseihin	
Version numero	Versio 1 hyväksytty 17.1.2019