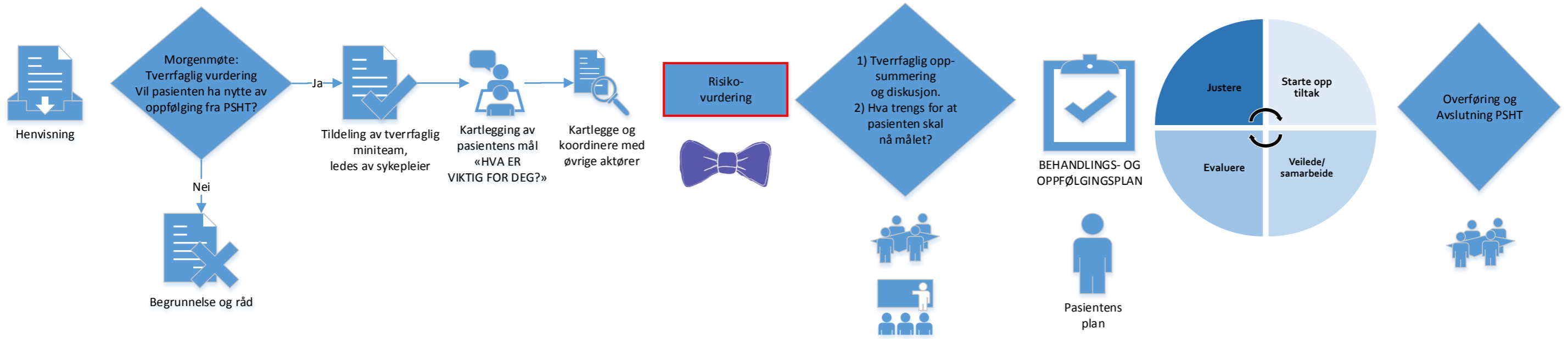


Arbeidsprosess



Beskrivelse

<p>Fra: UNN Fastlege Kommunale instusjoner Pasient Pårørende Tildelingskontoret Hjemmetjenesten</p>	<p>Oppfyller henvisningen de veiledende kriteriene? Over 60år 2 eller flere kroniske diagnoser Minst 1 innleggelse siste år Se prosedyre PR41813 DocMap</p>	<p>Definere miniteam basert til behov og ressurser, sykepleier er teamleder Leser i journal, ser etter mønster og sykdomshistorie, eksisterende tilbud osv.</p>	<p>Tilsyn i sengepost PR41814 DocMap</p> <p>Tilsyn i hjemmet PR41810 DocMap</p> <p>Huskeliste for hvilken informasjon man skal etterspørre</p>	<p>Starter risikovurdering. Modell/mal «bowtie»-modellen. Analyse (amøbe-modell) og tiltak. Dokumenteres.</p>	<p>Delta på samarbeidsmøter</p> <p>Se på saksutredninger i profil og dokumenter i DIPS. Snakker med: Tildelingskontor Hjemmetjeneste Pårørende Primærkontakt i kommunen Rehabiliteringstjenesten Personalet på avdelinger i spesialisthelsetjenesten Dersom manglende undersøkelser/informasjon, initieres tiltak</p>	<p>Mårettet, proaktiv plan basert på pasientens mål og risikovurderingen lages en helhetlig plan for pasienten. Planen utformes sammen med pasienten og i samarbeid med aktører som er en del av pasientens omgivelser</p>	<p>Bidrar til å starte opp tiltakene Styrker og veileder sammen med andre aktører Evalueres om pasienten er på rett vei</p>	<p>Overføringsøter. Tverrfaglig epikrise Telefon</p>
<p>DIPS Profil Tif Brev Direkte (ATA)</p>	<p>Første notat i DIPS og profil</p>							