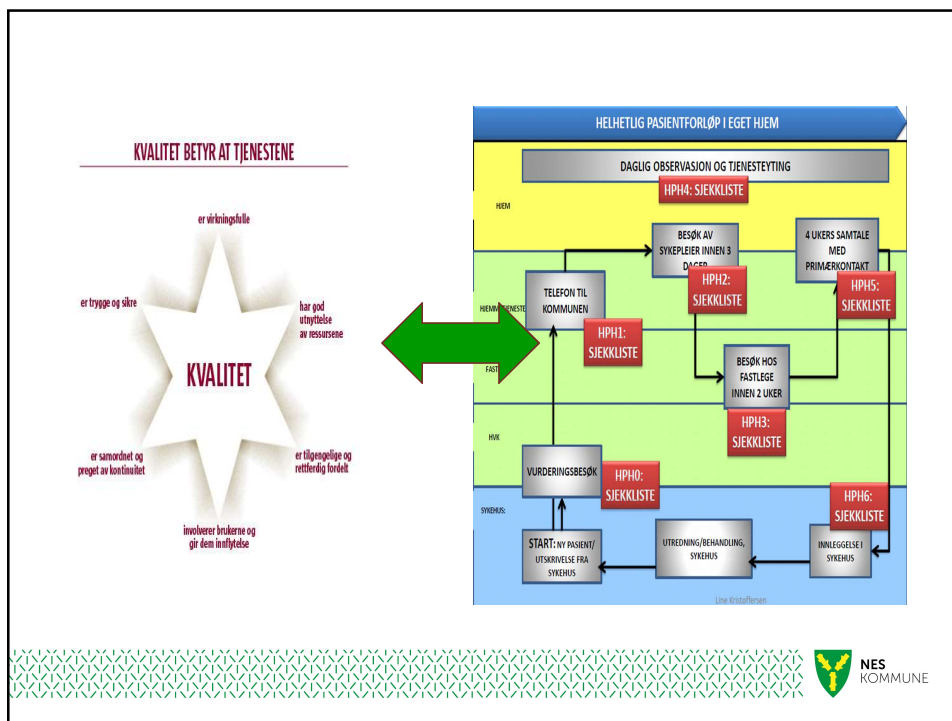




DIALOGMØTE PASIENTSAMARBEID 28. MAI 2019
Helhetlig pasientforløp / brukerreiser

Helhetlig pasientforløp hjem
Hvordan sikre overgangene? 😊





Sikre overgangene fra sykehus - hjemmetjenesten

- Tidlig på! God kommunikasjon og forventningsavklaring ☺
- Rett person; kompetanse, forståelse trygghet, kommunikasjon
- Tidlig kontakt med pasient og samarbeid med pårørende/nettverk
- God tverrfaglig samhandling

NES-MODELLEN

Felles prosedyre for alle uansett diagnose, utfordring, alder

Forløpet

Verktøy

1. START Innen 3 virkedager	Sjekklistor Kartleggingsverktøy Mål om mestring
2. GJENNOMFØRING Kontaktperson Oppfølging fastlege?	Tiltaksplan (mål!) Sjekklistor Kartleggingsverktøy
3. EVALUERING/ REVURDERING Halvårlig Årskontroll fastlege?	Sjekklistor Kartleggingsverktøy Måloppnåelse? Fortsatt behov eller avslutte?



Mestringsperspektiv

- Flytte oppmerksomheten fra «hva er i veien med deg» til «hva er viktig for deg»
- Hverdagsmestring som mål
 - Hva mestrer du nå og hva ønsker du å mestre?
 - Utarbeide tiltaksplan med klar mål
- Du skal bidra selv med det du er i stand til å klare
- HPH – tverrfaglig kartlegging, tett oppfølging og tryggende tiltak ved hjemkomst



Helsetjenester i hjemmet

- Hjemmesykepleie – tradisjonelle hjemmetjenester som personlig stell, påkledning, hjelp til ernæring og gi medisiner til de mer kompetansekrevene prosedyrer (CVK, VAP, Picc-line, smertepumper ect). Oppfølging av pasienter i palliativ og terminal fase av livet.
- Kreftkoordinator – oppfølging av pasienter, pårørende støtte
- Psykiatri, rus og avhengighet – samtaler, støttetiltak
- Ergo/fysio tjenester
- Demensteam – kartlegging, kontakt med fastlege i forhold til utredning, pårørendestøtte, dagaktiviteter for personer med demens
- Praktisk bistand i hjemmet

