

FLYTSKJEMA PASIENTSENTRERT HELSETEAM MIDT TROMS

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Henvisning Identifisere behov	Tverrfaglig vurdering av henvisning: Vurdere om pasienten vil ha nytte av PSHT	Møte med pasienten Kartlegging av pasientens mål «HVA ER VIKTIG FOR DEG»	Tverrfaglig kartlegging Kartlegge og involvere med øvrige tjenester og pårørende	Risikovurdering Hvilke helsemessige utfordringer står i veien for at pasienten når sine mål?	Tverrfaglig oppsummering Hva trengs for at pasienten skal nå målet?	Behandlings og oppfølgingsplan Veilede/ samarbeide	Starte opp Med tiltak Evaluere/justere	Overføring og Avslutning PSHT Alternativ:
SAMTYKKE fra pasient til å henvise til PSHT			Hjemmebesøk	Sette inn risiko-reducerende (forebyggende) tiltak	Delta på samarbeidsmøter			PSHT avslutter, pasienten trenger ingen kommunale tjenester
Hvem kan henvise: Unn Fastlege Kommunale institusjoner Pasient Pårørende Tildelingsenheten Koordinerende enhet Hjemmetjeneste	Inneholder henvisningen de nødvendige opplysninger? Behov for tverrfaglig tilnærming?	Leser i pasients journal, ser etter mønster og sykdomshistorie, eksisterende tilbud osv.		Målet er å forebygge uheldige hendelser, eller forverring.	Se på saksutredningen i profil og dokumentasjon i Dips Snakker med Tildelingsenheten Hjemmetjenesten Pårørende	Målrettet proaktiv plan basert på pasientens mål og risikovurdering Lage en helhetlig plan for pasienten.	Bidrar til å sette opp tiltakene Styrker og veileder sammen med andre aktører	Pasienten trenger koordinator og kommunale tjenester. Melde til koordinerende enhet. PSHT avslutter
Henvisning sendes via Dips, Profil Telefon, Brev Direkte (ATA)	Første notat i Dips og Profil	Tilsyn i sengepost Tilsyn i hjemmet			Dersom manglende undersøkelser/ informasjon, initiere tiltak		Evaluere om pasienten har behov for mer oppfølging	Overføringsmøter, informere andre instanser som er involvert om at PSHT avslutter Tverrfaglige epikriser