**Arbejdsgangsbeskrivelse – Tjekliste til brobyggersygeplejerske og kommunal sygeplejerske under fælles udskrivningsbesøg**

|  |  |
| --- | --- |
| Målgruppe | Borgere som har været indlagt som geriatrisk patient.  |
| Før besøget | * Der vil altid være en udskrivelsesrapport fra medicinsk afsnit 2. I den vil der stå en kort beskrivelse omkring indlæggelsen, og hvad planen er efter udskrivelsen. Derudover vil det fremgå hvilke opmærksomhedspunkter der er, som den kommunale sygeplejerske skal følge op på.
* Lægen (geriater, eller udskrivelseslægen) laver en epikrise og epikrise sendes som korrespondance seneste 1 dag efter udskrivelsen til orientering til egen læge og kommunen.
* Det fælles udskrivelsesbesøg planlægges med indsatsen ”koordinering” af koordinator.
* Den kommunale sygeplejerske skal inden besøget orientere sig om borgerens aktuelle situation (værdier (TOBS), særlig relateret til borgerens diagnoser, samt medicinske behandling)
* Hvis der ikke er sygeplejeindsatser i hjemmet skal den kommunale sygeplejerske indhente data/observationer fra SOSU-gruppen.
 |
| I forbindelse med det fælles udskrivelsesbesøg vil brobyggersygeplejersken og den kommunale sygeplejerske i fællesskab | Baseret på de problemer og helbredsproblematikker man fandt under indlæggelse:* Udføre systematisk og generel opfølgning på borgerens helbredstilstande, forventede helbredstilstande.
* Vurdere indsatser - om de skal fortsættes, ændres
* Sikre de tiltag der er planlagt ved udskrivelsen følges op
 |
| Sparring med geriater | * Der er mulighed for video eller telefonisk kontakt under udskrivelsesbesøget med geriater.
 |
| Efter besøget | * Brobyggersygeplejersken laver et notat der gennemgår de punkter fra mødet som sendes som en orienterende korrespondance.
* Den kommunale sygeplejerske justerer ud fra dette notat tilstandspræciseringer (det faglige notat), indsatsmål og evt. handlingsanvisninger kombineret med hendes egne observationer og vurderinger.
* Den kommunale sygeplejerske følger kort op med det kommunale personale, der kommer i hjemmet./ er omkring beboeren
 |
| Opfølgning | * Den kommunale sygeplejerske opretter en opgave og sender til koordinator med henblik på opfølgning. Hvordan er det gået med de tiltag der blev sat i værk?

Forløbet i geriatrien forventes afsluttet efter ca. en uge (senest 3 uger), hvorefter egen læge overtager behandlingsansvaret. Alternativt kan forløbet afsluttes tidligere efter et opfølgende hjemmebesøg af egen læge. |
| Kontaktnumre  | * Sygeplejerske Ying Nielsen
* Geriatrifunktionen, har telefon 30693149.

 De dage funktionen ikke er i gang kan afd. altid kontaktes  på tlf: 78448110. Her kan man få fat i en koordinator  |