

5.Indsatsen efter udskrivelse

Afgrænsning

Nedenstående fastlægger kommunikation og samarbejde i forbindelse med:

- patienter der efter udskrivelse har behov for kommunale indsatser

Forløbsoversigten er opdelt i følgende overskrifter:

- 5.1 Første kontakt med kommunen efter udskrivelse
- 5.2 Opfølgingsbesøg
- 5.3 Ambulant opfølgning

5.1	Første kontakt med kommunen efter udskrivelse
5.1.1	<p>Borgeren kommer hjem til vanlige indsatser:førstkommende besøg sker i forhold til vanlige aftaler</p> <p>Ved nye eller ved ændringer i vanlige indsatser:ligger første besøg inden vanlig aftale, er tidspunkt aftalt mellem borgeren og kommunen inden udskrivelsen. Dette kan foregå med borgeren selv eller med sygehusets assistance.</p> <p>I særlige tilfælde:hvor der er behov for, at kommunen er til stede i borgerens hjem ved dennes hjemkomst, er dette aftalt i forbindelse med planlægning og koordinering af udskrivelsen. Sygehuset kontakter kommunen telefonisk, når patienten forlader sygehuset.</p> <p>Kommunen vil altid vurdere, om indsatsen er rehabiliterende eller kompenserende.</p>
5.2	Opfølgingsbesøg
5.2.1	Når sygehuset har screenet patienten som en DÆMP patient, vurderer og iværksætter kommunen de efterfølgende indsatser. Praktiserende læge og /eller hjemmesygeplejerske vurderer behovet for evt. opfølgende hjemmebesøg (§2-aftale herom) .
5.3	Ambulant opfølgning
5.3.1	Ved ambulant opfølgning, hvor borgeren eller de pårørende ikke har ressourcerne til at planlægge og gennemføre dette, kan kommunen være behjælpelig.