

## 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 Opfølgningsbesøg

5.3 Ambulant opfølgning

<b>5.1</b>	<b>Første kontakt med kommunen efter udskrivelse</b>
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 <a href="#">rehabiliterende</a> eller <a href="#">kompenserende</a>.</p>
<b>5.2</b>	<b>Opfølgningsbesøg</b>
5.2.1	<p>Når sygehuset har screenet patienten som en <a href="#">DÆMP</a> patient, vurderer og iværksætter kommunen de efterfølgende indsatser. Praktiserende læge og /eller hjemmesygeplejerske vurderer behovet for evt. <a href="#">opfølgende hjemmebesøg (§2-aftale herom)</a>.</p>
<b>5.3</b>	<b>Ambulant opfølgning</b>
5.3.1	<p>Ved ambulant opfølgning, hvor borgeren eller de pårørende ikke har ressourcerne til at planlægge og gennemføre dette, kan kommunen være behjælpelig.</p>