



Överenskommelse mellan Äldreförvaltningen, korttidsboendets paramedicinare, hemrehabiliterings – och neuroteam i Sundbybergs stad vid korttidsvistelse

Sundbybergs stad och Regionen har behov av att kontinuerligt utveckla samverkan inom olika områden och har ett gemensamt ansvar för att detta sker.

Biståndshandläggare från äldreförvaltningen i Sundbybergs stad samverkar med berörda aktörer under hela vårdprocessen.

Biståndshandläggaren ansvarar för

1. Att ta reda på vilken vårdcentral och hemrehabteam patienten tillhör. Om patienten tillhör ASIH är det deras rehabteam som är aktuellt.
2. Att informera patienten om de olika utförare av hemrehabteam som finns i staden.
3. Att skicka uppdraget till ansvarig sjuksköterska och paramedicinarna senast tre dagar innan patientens ankomst förutom vid akuta ärenden.
4. Att efter en vecka kontakta ansvarig sjuksköterska och paramedicinare för att utvärdera patientens aktuella status samt om det finns behov av bostadsanpassning. Finns det behov av hembesök så ska det göras innan vårdplaneringen.
5. Att bjuda in anhöriga till vårdplanering.
6. Att informera ansvarig sjuksköterska om vistelsen behöver förlängas. Orsaken ska framgå i det nya uppdraget.

Korttidsboendets sjukgymnast och arbetsterapeut ansvarar för

1. Att säkerställa att information lämnas till neuroteamet om behov föreligger.
2. Att funktionsbedömning utförs inom tre dagar.
3. Att ADL bedömning utförs inom tre dagar och alltid inför ett hembesök.
4. Att ~~ordina~~ ordina förskriva de hjälpmedel som patienten behöver under korttidsvistelsen.
5. Att informera hemrehab/neuroteam när det är dags att boka hembesök. Neuroteamet hanterar ärendet skyndsamt.
6. Att informera biståndshandläggaren om hembesöket efter överrapportering från hemrehab/neuroteamet.
7. Att överrapportera till hemrehab/neuroteamet-senast en vecka före utskrivning.



8. Att vid utskrivning bifoga tidigare epikriser, aktuell funktionsbedömning och ADL-status.

Hemrehab/Neuroteamet ansvarar för

1. Att vid behov utföra hembesök tillsammans med patienten innan vårdpanering.
2. Att överrapportera till korttidsboendets sjukgymnast och arbetsterapeut efter utfört hembesök.
3. Att vara behjälpliga vid ifyllnad av ansökan om bostadsanpassning, skriva intyget som beskriver behovet av anpassningen. Patient är själv ansvarig för att skicka in ansökan om bostadsanpassning till stadens bostadsanpassare/handläggare.
4. Att förskriva hjälpmedel som behövs vid hemgång.
5. Att planera uppföljande hembesök. För hemrehab innebär detta inom fem arbetsdagar och för neuroteamet inom två dagar efter utskrivning.