Regional retningslinje for henvisning til et ophold på en sundheds- og omsorgsplads.

Region Nordjylland

Indholdsfortegnelse

1 Sundheds- og omsorgspladser 2

2 Fokuserede ophold med et rehabiliterende sigte 3

3 Regional retningslinje for henvisning til en sundheds- og omsorgsplads i Region Nordjylland. 4

1 Sundheds- og omsorgspladser

Sundheds- og omsorgspladserne tilbyder midlertidige, fokuserede og tværfaglige forløb til borgere med behov for sundhedsfaglige indsatser med et rehabiliterende sigte. Borgerens behov må ikke kræve sygehusindlæggelse, og indsatserne skal ikke hensigtsmæssigt kunne tilrettelægges i borgerens eget hjem. Opholdet kan både være forebyggede for en sygehusindlæggelse, sigte mod at forebygge funktionstab og følge efter en indlæggelse. Sundheds- og omsorgspladserne udgør dermed et stabiliserende og rehabiliterende led i de sammenhængende borgerforløb.

Formålet med opholdet
Et ophold på en sundheds- og omsorgsplads skal have et tydeligt formål og en forventning om, hvad opholdet skal føre til. Allerede ved henvisning skal der derfor tages stilling til:

- hvorfor et ophold på en sundheds- og Omsorgsplads er nødvendigt
- hvad borgeren forventes at opnå under opholdet

Ved visitation og tildeling konkretiseres opholdets formål og mål. Formål og mål danner grundlag for den faglige tilrettelæggelse af opholdet, den løbende vurdering af borgerens progression og opholdets afslutning.

Individuel tilrettelæggelse og indsatser
Opholdet tilrettelægges på baggrund af en konkret og individuel vurdering af borgerens samlede sundhedstilstand, funktionsevne, livssituation, behov, ressourcer og egenmestring.

Indsatserne understøtter borgerens aktivitet, deltagelse, egenmestring og livskvalitet og kan blandt andet omfatte observation, pleje, behandling, genoptræning, ernæringsindsatser og basal palliation. Indsatserne sammensættes og justeres løbende med udgangspunkt i opholdets formål og borgerens udvikling.

Planlægning af det videre forløb
Planlægningen af borgerens videre forløb påbegyndes ved opholdets start. Opholdskommunen inddrages tidligt, så den videre behandling, pleje, rehabilitering og støtte samt eventuelle hjælpemidler og tilpasninger i hjemmet kan afklares og forberedes rettidigt.

2 Fokuserede ophold med et rehabiliterende sigte

Et ophold på en sundheds- og omsorgsplads er et målrettet og tidsafgrænset forløb med et tydeligt formål, fælles målsætninger og en planlagt afslutning. Forløbet tilrettelægges individuelt på baggrund af en tværfaglig helhedsvurdering af borgerens sundhedstilstand, funktionsevne, ressourcer, egenmestring og livssituation. Borgeren er en aktiv part gennem hele forløbet og er sammen med relevante fagpersoner med til at sætte retning og formulere målsætninger for opholdet. Borgerens ønsker, behov og ressourcer danner grundlag for tilrettelæggelsen af indsatserne, som løbende tilpasses i takt med borgerens udvikling. Pårørende og relevante samarbejdspartnere inddrages efter behov. Hverdagsaktiviteter anvendes aktivt som en del af rehabiliteringen med fokus på, at borgeren opnår størst mulig egenmestring.

OPBYGNING AF ET FOKUSERET OPHOLD:

1. **Modtagelse og helhedsvurdering**
   Borgerens sundhedstilstand, funktionsevne, ressourcer, behov og livssituation vurderes tværfagligt.

2. **Målsamtale og fælles plan**
   Opholdets formål, mål, forventede resultat og varighed fastsættes sammen med borgeren. Pårørende og relevante samarbejdspartnere inddrages efter behov.

3. **Koordinerede og intensive indsatser**
   Indsatserne sammensættes omkring formålet og de fælles mål. Det afklares, hvilke faglige kompetencer der skal bidrage, hvordan indsatserne prioriteres, og hvem der har det faglige ansvar for indsatserne.
   Borgerens kommunale hjemme- og sygepleje samt almenmedicinske tilbud inddrages tidligt og løbende, når det er relevant for koordinering af opholdet og det videre forløb.

4. **Løbende opfølgning og evaluering**: Borgeren er en aktiv part i opfølgningen på eget forløb. Ved tværfaglige tavlemøder, konferencer og statussamtaler følges der op på progression og målopfyldelse. Sammen med borgeren vurderes og justeres mål, indsatser og forventet varighed af opholdet.
   Statussamtaler gennemføres tværfagligt med relevante fagpersoner og omfatter desuden en vurdering af, om borgeren fortsat er i målgruppen for opholdet.

5. **Planlagt afslutning og overgang**
   Planlægningen af det videre forløb begynder ved opholdets start. Under opholdet afklares næste skridt, fortsatte indsatser, behov for hjælpemidler og boligtilpasninger samt den videre opfølgning og ansvarsfordeling.

3 Regional retningslinje for henvisning til en sundheds- og omsorgsplads i Region Nordjylland.

FORMÅL

Den regionale retningslinje skal understøtte og sikre:

- fyldestgørende henvisninger
- ensartet indhold og kvalitet i henvisninger
- et klart beskrevet formål og forventet udbytte af opholdet
- et fagligt grundlag for visitation og tildeling af et ophold

FØLGENDE KAN HENVISE:

1. kommunal sygepleje
2. almenmedicinsk tilbud
3. hospital
4. regional akutsygepleje

EN BORGER KAN HENVISES TIL ET OPHOLD:

- fra eget hjem eller kommunalt regi, når opholdet forventes at kunne stabilisere borgerens situation, styrke eller vedligeholde funktionsevnen eller forebygge yderligere funktionstab og dermed forebygge en sygehusindlæggelse, eller
- når borgeren har et rehabiliteringspotentiale og forventes at kunne opnå progression i forhold til opholdets formål, eller
- som opfølgning på en sygehusindlæggelse, når borgeren ikke længere har behov for sygehusbehandling, men fortsat har behov for en sundhedsfaglig og rehabiliterende indsats før overgang til egen bolig, eller
- når de nødvendige indsatser ikke hensigtsmæssigt kan tilrettelægges i eget hjem.

GRUNDLAG FOR HENVISNING

Henvisningen skal indeholde de oplysninger, der er nødvendige for, at den regionale visitation kan foretage en konkret og individuel vurdering af, om borgeren er i målgruppen for et ophold.

Vurderingsområde	Oplysninger ved henvisning
Henvisningsårsag og formål med opholdet	• Aktuel problemstilling og årsag til henvisningen. • Begrundelse for at indsatsen ikke hensigtsmæssigt og fagligt forsvarligt kan tilrettelægges i borgerens eget hjem. • Forventet formål og udbytte af opholdet.

Vurderingsområde	Oplysninger ved henvisning
Helbredstilstand og igangværende behandling	• Anamnese og aktuel helbredstilstand. • Kliniske observationer og vitale værdier fx TOBS/TOKS. • Evt. lægefaglig vurdering og ajourført FMK. • Evt. iværksat og afprøvet behandling, herunder effekt. • Evt. behandlingsniveau, herunder beslutning om fravalg af genoplivning og livsforlængende behandling.
Funktionsevne og rehabiliteringspotentiale	• Habituel CFS-score • Rehabiliteringspotentiale fx mobilitet og ADL. • Aktuelt behov for hjælpemidler, og særlige fysiske behov.
Borgerperspektiv, samtykke og information	• Hvad ønsker borgeren at opnå med opholdet? • Samtykke til indhentning og videregivelse af oplysninger. • Relevante kognitive, psykiske, kommunikative, sociale eller boligmæssige forhold samt eventuelle misbrugsproblematikker. • Evt. borgerens ønske til geografisk placering af opholdet. • Evt. kontaktoplysninger på pårørende
Koordinering og praktiske oplysninger	• Kontaktperson fra henvisende instans (telefonnummer). • Evt. kontaktpersoner til den kommunale hjemme- og sygepleje. • Evt. kontaktperson til almenmedicinsk tilbud.

Henviser bidrager med oplysninger inden for eget faglige kendskab til borgeren. Manglende relevante oplysninger afklares gennem direkte faglig dialog og samarbejde mellem henviser, den regionale visitation og øvrige aktører med kendskab til borgeren, så henvisningen bygger på et tilstrækkeligt fagligt grundlag.
Henvisninger modtages af den døgnbemandede regionale visitation alle ugens dage.

TIDEN FREM TIL OPHOLDETS START

Et ophold på en sundheds- og omsorgsplads er ikke et akuttilbud, men et planlagt, fokuseret og rehabiliterende ophold. Opstart tilstræbes hurtigst muligt og som udgangspunkt inden for 1-2 dage efter tildeling.

Hospitalet overtager det lægefaglige behandlingsansvar, når borger tildeles et ophold.

Hvis opholdet ikke begynder umiddelbart efter tildeling, koordinerer den regionale visitation i samarbejde med henviser, den kommunale hjemme- og sygepleje samt den regionale akutsygepleje, hvordan borgeren understøttes indtil opstart. Det aftales, hvem der varetager pleje, observation og udførelse af behandlingen, hvilke midlertidige eller forberedende indsatser der iværksættes, og hvordan der handles ved ændringer eller forværring. Planen aftales med den behandlingsansvarlige læge på hospitalet.

Indsatserne frem til opholdets start skal så vidt muligt understøtte opholdets formål og rehabiliterende sigte. Hvis borgerens tilstand eller behov ændrer sig inden opstart, revurderes tildelingen og det videre forløb i dialog og samarbejde mellem de involverede aktører.