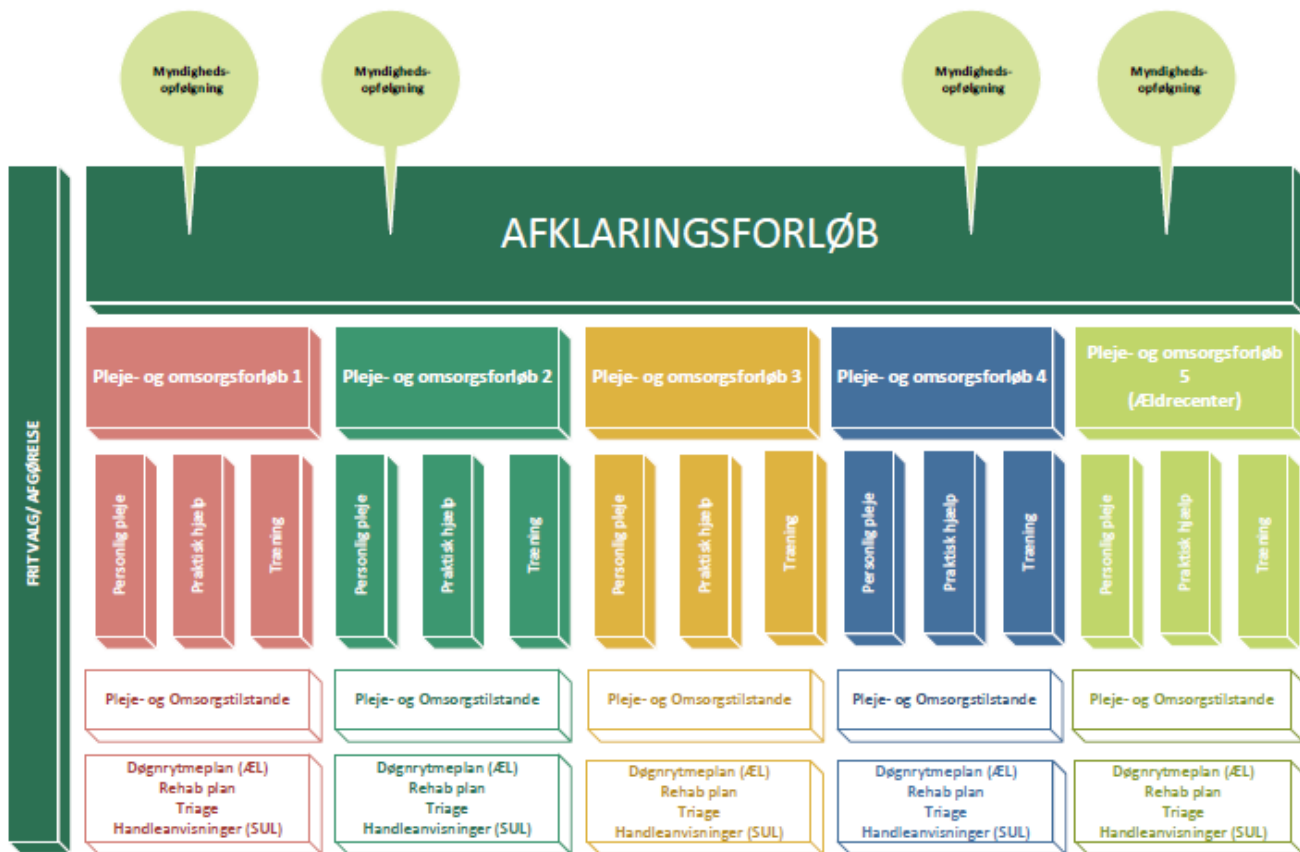


# HELHEDSPLEJE - bevilling og udmøntning



## ROLLER/ANSVAR (HVEM-GØR-HVAD)

VISITATOR	TERAPEUT	OPSTARTSBESØG	TEAMET	ÆLDRECENTER
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bevilliger</li> <li>- Træffer afgørelser</li> <li>- Deltager på opstartsbesøg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Varetager træning- og rehabilitering</li> <li>- Deltager på opstartsbesøg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dialog om udmøntning af forløb</li> <li>- Opstarter døgnrytmeplan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Planlægger</li> <li>- Udmøntning</li> <li>SOSU</li> <li>- Udfører</li> <li>- Borgemær dialog</li> <li>- Tværfaglig sparring</li> <li>- Deltager evt på opstartsbesøg</li> <li>Sygeplejerske</li> <li>- Udfører</li> <li>- Tværfaglig sparring</li> <li>Terapeut</li> <li>- Udfører</li> <li>- Tværfaglig sparring</li> <li>Visitor</li> <li>- Bevilliger</li> <li>- Tværfaglig sparring</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Udfører</li> <li>- Borgemær dialog</li> <li>- Tværfaglig sparring</li> </ul>

## Indholdsfortegnelse

Udmøntning af helhedspleje .....	3
Faglig vejledning – myndighed ift. arbejdsgangen ”udmøntning af helhedspleje” .....	4
Faglig vejledning for planlægningsansvarlige – opstart af pleje- og omsorgsforløb .....	5
Faglig vejledning – Opstartsbesøg i helhedsplejen.....	6
Faglig vejledning – Døgnrytmeplan .....	7
Faglig vejledning – Rehabiliterende hjælpemidler. SEL 83a og ældrelov .....	9
Faglig vejledning - Brug af ExorLive til træning .....	11
Faglig vejledning – Rehab-plan .....	13
Faglig vejledning - Fællesbesøg med visitation og terapeut ifm. ny ansøgning om praktisk hjælp .....	15

## Udmøntning af helhedspleje

Gældende for alle medarbejdere i de faste tværfaglige teams

<p><b>Myndighed:</b></p>	<p><b>Træffer afgørelse og bevilger pleje- og omsorgsforløb jf. fritvalg.</b> Skriftlig afgørelse sendes til borger indenfor 10 hverdage. Visitor har et særligt ansvar for at bringe nye borgere op på førstkommande tværfaglige møde.</p>
<p><b>Planlægnings-ansvarlig</b></p>	<p><b>Planlægger de(n) relevante indsats(er) på kørelisten</b> Regulerer standardtid på indsatsen indenfor pleje- og omsorgsforløbet jf. <a href="#">Faglig vejledning planlægningsansvarlig.</a></p>
<p><b>Opstartsbesøg i helhedsplejen</b></p>	<p>Opstartsbesøg v. borger jf. <a href="#">Faglig Vejledning opstartsbesøg</a> i helhedsplejen. Har særligt ansvar for at sikre ajourført dokumentation ved nye borgere, den borgernære dialog og udmøntningen af bevilget hjælp.</p>
<p><b>SOSU/sygeplejerske</b></p>	<p><b>Udfører helhedspleje.</b> Ajourfører dokumentation. Ajourfører døgnrytmeplan jf. <a href="#">faglig vejledning døgnrytmeplan.</a></p>
<p><b>Terapeut</b></p>	<p><b>Særligt ansvar for at afdække aktuelle behov for rehabilitering, hjælpemidler eller træningsindsatser.</b> Deltager i fællesbesøg jf. <a href="#">faglig vejledning fællesbesøg plejen og terapeut</a> Afprøvning af hjælpemidler jf. <a href="#">faglig vejledning hjælpemidler</a> Udarbejdelse af forløb i ExorLive jf. <a href="#">faglig vejledning Exorlive</a></p>
<p><b>Alle i teamet</b></p>	<p>Bidrage med viden til tværfaglig sparring. Opmærksomhed på at indkalde relevante ad-hoc funktioner. Oprette og udfylde rehab-plan jf. <a href="#">faglig vejledning</a> Oprette og udfylde kommunale pleje- og omsorgstilstande Ved behov for nat-besøg, sendes opgave om dette til "Hjemmepleje, vest nat" ATT. Planlægger. Drøfte behovet for hjælpemidler og handle på det jf. <a href="#">faglig vejledning hjælpemidler</a> Inddragelse af civilsamfundet Afklare digitale kompetencer hos borger.</p> <p><u>Ændringer indenfor igangværende forløb eller skift af forløb:</u> Den medarbejder der bliver bekendt med ændringer i funktionsniveau der gør at forløbet skal reguleres skal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sikre opdatering af relevant(e) kommunale pleje- og omsorgstilstand(e),</li> <li>• Sende opgave til planlægningsansvarlig om:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hvad er ændret i borgers funktionsniveau?</li> <li>○ Hvad er årsagen?</li> <li>○ Hvad er ændret ift. den leverede hjælp?</li> <li>○ Hvad er forsøgt ift. at understøtte borgers funktionsniveau (træning)?</li> </ul> </li> </ul>

## Faglig vejledning – myndighed ift. arbejdsgangen ”udmøntning af helhedspleje”

Gældende for visitator i Myndighed, CPO

<b>Myndighed/Slusen</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Træffer afgørelse og bevilger pleje- og omsorgsforløb.</li><li>• Borger vælger leverandør jf. Fritvalg.</li><li>• Opretter 3 indsatser (personlig pleje, praktisk hjælp og træning) pr vagtlagt.</li><li>• Knytter indsatsen pleje- og omsorgsforløb op på opdaterede kommunale pleje- og omsorgstilstande.</li><li>• Opretter opgave til CPO myndighed til opfølgning efter en uge.</li><li>• Er der vurderet behov for natbesøg, skal der gives besked til Hjemmepleje Vest dag ATT. Planlægger</li></ul>
<b>Visitator i distrikt syd/øst/vest/Jysk</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Det er visitators opgave at bringe alle nye borgere ind på det næstkommende ugentlige tværfaglige teammøde i distriktet mhp. opfølgning på borgers funktionsniveau ift. om borger er bevilget det rette pleje- og omsorgsforløb.</li><li>• Visitator kontakter planlægger/teamet vedr. fællesbesøg</li><li>• Visitator sender en skriftlig afgørelse på rette pleje- og omsorgsforløb til borger (indenfor 10 hverdage).</li><li>• Visitator opretter en opgave til CPO Myndighed syd/øst/vest/Jysk efter 12 mdr. mhp. myndighedsopfølgning.</li></ul>

## Faglig vejledning for planlægningsansvarlige – opstart af pleje- og omsorgsforløb

Gældende for planlægningsansvarlige i CPO

<b>Besked fra myndighed</b>	<p><b>Orienterer sig i</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Samlet faglig vurdering</li> <li>• Hvilket pleje- og omsorgsforløb der er bevilget</li> <li>• Kommunale pleje- og omsorgstilstande.</li> </ul>
<b>Planlægning af indsatser</b>	<p><b>Der planlægges med de 3 indsatser:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personlig pleje             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fx bad, hygiejne, af- og påklædning, toiletbesøg, støtte til forflytning</li> </ul> </li> <li>• Praktisk hjælp             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fx rengøring, tøjvask, mad og drikke servering, anretning og indtagelse</li> </ul> </li> <li>• Træning             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Rehabiliterende indsatser, hvor det er en tidsafgrænset og målrettet indsats. Har borgeren rehabiliteringspotentiale skal indsatsen ”træning” være udgangspunktet, før der planlægges med indsatserne ”personlig pleje” og ”praktisk hjælp”.</li> </ul> </li> </ul> <p>Den medarbejder, der vurderer behov for natbesøg, er den der giver besked til Hjemmepleje Vest dag ATT. Planlægger</p>
<b>Indsatsen ”dialog med borger om tilrettelæggelse af forløb”</b>	<p><b>Indsatsen planlægges ved første besøg i førstkommande relevante vagtlag ved:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nyt opstartet pleje- og omsorgsforløb</li> <li>• Efter indlæggelse</li> <li>• Efter midlertidig ophold</li> <li>• Planlægger rækker ud til distrikt-visitator for at aftale fællesbesøg, ved borger opstartet i forløb</li> </ul> <p><b>Vejledende tidsforbrug til planlægning af opstartsbesøg i helhedsplejen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pleje- og omsorgsforløb 1: 10 minutter</li> <li>• Pleje- og omsorgsforløb 2: 20 minutter</li> <li>• Pleje- og omsorgsforløb 3 og 4: 30 minutter</li> </ul>
<b>Døgnrytmeplan og rehab-plan</b>	<p><b>Opret døgnrytmeplan og rehab-plan og tilknyt:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Døgnrytmeplan tilknyttes indsatserne ”personlig pleje” og ”praktisk hjælp”.</li> <li>• Rehab-plan tilknyttes indsatsen ”træning”</li> </ul>
<b>Tjekliste</b>	<p><b>Når borger er klar til at modtage pleje- og omsorgsforløb, sikres det at:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle relevante visiterede indsatser er planlagt i kalenderen</li> <li>• Indsatsen træning er prioriteret ved rehabiliteringspotentiale</li> <li>• Indsatsen ”dialog med borger om tilrettelæggelse af forløb” er planlagt.</li> <li>• Indsatser er planlagt i rette vagtlag</li> <li>• Døgnrytmeplan er tilknyttet indsatserne ”personlig pleje” og ”praktisk hjælp” i hvert vagtlag hvis relevant</li> <li>• Rehab-plan er tilknyttet indsatsen ”træning” hvis relevant.</li> </ul>
<b>Skift eller ændringer i forløb</b>	<p><b>Ved behov for skift eller ændringer i forløb:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modtager opgave fra teamet om behov for skift af forløb</li> <li>• Sikre at teamet har opdateret kommunale pleje- og omsorgstilstande er ajourført med nuværende funktionsniveau.</li> <li>• Tjekke om borgers behov fortsat kan rummes indenfor nuværende forløb.</li> <li>• Ved behov for ændringer i nuværende forløb, reguleres tiden i borgers kalender.</li> <li>• Ved behov for skift af forløb sendes opgave til visitator</li> </ul>

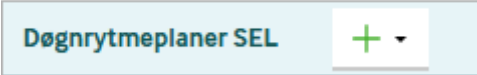
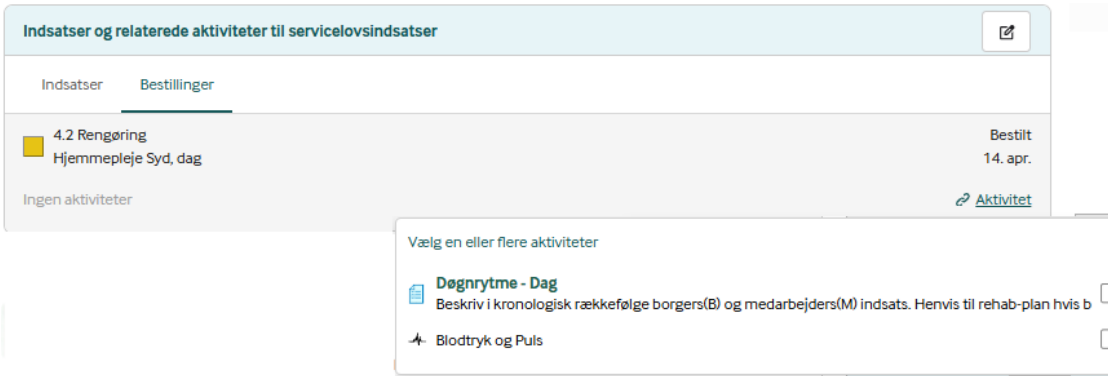
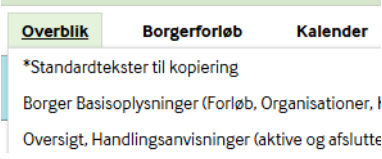
## Faglig vejledning – Opstartsbesøg i helhedsplejen

Gældende for opstartsbesøg i helhedsplejen.

<p><b>Forberedelse</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Danne sig et overblik i:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Samlet faglig vurdering</li> <li>○ Kommunale pleje- og omsorgstilstande</li> <li>○ Generelle oplysning</li> <li>○ Helbredsoplysninger</li> </ul> </li> <li>• Forberede åbne spørgsmål til afdækning af helhedsplejen ud fra samling med åbne spørgsmål.</li> <li>• I samarbejde med visitator og terapeut vurderes behov for tværfagligt fællesbesøg             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hvis aktuelt, opkald til relevante eller aftal fællesbesøg på ugentligt tværfagligt møde.</li> </ul> </li> <li>• Koble Indsatser til de(n) relevante kommunale pleje- og omsorgstilstand(e) ud fra borgerens behov for støtte.</li> </ul>
<p><b>Første besøg hos borger (borgernær dialog)</b></p>	<p><b>Medarbejderen skal ud fra en borgernær dialog og faglig vurdering sikre dialogen om borgers behov, ønsker og mål ved brug af samling med åbne spørgsmål.</b></p> <p><b>Vurdere potentiale og om der er behov for involvering af:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rehabiliteringspotentiale</li> <li>• Civilsamfund f.eks. hjælp af nabo, frivillige tilbud, lokale idrætstilbud osv.</li> <li>• Velfærdsteknologi f.eks. e-team og hjælpemidler</li> <li>• Pårørende f.eks. familie ift. støtte og hjælp</li> <li>• Tværfaglige samarbejdspartnere f.eks. dagcenter, terapeut, sygeplejerske, kostfaglig.</li> </ul>
<p><b>Dokumentation under besøget</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opret og opdater tilstande</li> <li>• Opdater generelle oplysninger</li> <li>• Indsæt og reguler standarttekst i døgnrytmeplan, så den afspejler borgers behov og udfyld med tilegnet information</li> </ul>
<p><b>Efter første besøg</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opret opgave til tværfaglige samarbejdspartnere ved behov</li> <li>• Opret opgave til ”Hjemmepleje, dag” for at sikre dialog om borger til førstkommende tværfaglige sparringsmøde</li> <li>• Sikre at borgeren følges løbende ved brug af opgaver de første 4 uger eller ved ændringer.</li> </ul>
<p><b>Opfølgning (første måned)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ugentlig opfølgning via opgave i nexus</li> <li>• Løbende vurdering af ændringer i forløb og behov for justeringer             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Er borger i rette forløb?</li> <li>○ Skal indsatserne tilpasses?</li> <li>○ Hvad er status på rehab-forløb?</li> <li>○ Er dokumentationen udført?</li> </ul> </li> <li>• Sikre at teamet orienteres ved ændringer i borgers tilstand</li> </ul>

## Faglig vejledning – Døgnrytmeplan

Medarbejdere der arbejder i faste tværfaglige teams.

<p><b>Oprette døgnrytmeplan</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Døgnrytmeplan oprettes på alle borgere der modtager ældrelovsydelser eller servicelovsydelser.</li> <li>Der oprettes en døgnrytmeplan til hhv. dag, aften og nat. Der må kun oprettes én døgnrytmeplan til hvert vagtlag.</li> <li>Døgnrytmen oprettes ved at gå til ”Udfører - Pleje og omsorg”.</li> <li>Tryk på ”+” ud for ”Døgnrytmeplan”. Vælg døgnrytme for det vagtlag du ønsker at oprette til.</li> </ul>  <p>Ingen data tilgængelige.</p>
<p><b>Tilknytte døgnrytmeplan til indsatser</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Døgnrytmeplanen skal tilknyttes til alle ældrelov- og servicelovsindsatser.</li> <li>Dette gøres ved at gå til ”Udfører – pleje og omsorg”.</li> <li>Gå til ”Indsatser og relaterede aktiviteter til servicelovsindsatser”</li> <li>Tryk på ”Aktivitet” ud for den enkelte indsats.</li> <li>Sæt flueben i boksen ud for døgnrytmeplan for det vagtlag, der skal relateres.</li> </ul> 
<p><b>Dokumentation i døgnrytmeplan</b></p>	<p><b>Klik på overblik og vælg ”*Standardtekster til kopiering”.</b></p>  <ul style="list-style-type: none"> <li>Kopier den standardtekst der passer til det vagtlag du skal oprette døgnrytmeplan for.</li> <li>Sæt denne standardtekst ind i døgnrytmeplanen i feltet ”Borgers indsats”.</li> <li>Teksten under særlig opmærksomhed, rykkes ned i feltet ”Særlig opmærksomhed”</li> <li>Rediger standartteksten så den passer til den aktuelle borger. Slet de overskrifter som ikke er aktuelle for de indsatser som ydes hos borger.</li> <li>Efterfølgende dokumenteres borgers (B:) og medarbejders (M:) indsats i den rækkefølge det udføres. Dokumenter i korte sætninger og start på en ny sætning på næste linje.</li> <li>Tryk ”Gem som aktiv”, når du har tilrettet standartteksten.</li> <li>Ved træningsindsats henvises til rehabplan, hvor udførsel står beskrevet</li> </ul>

## Faglig vejledning – Fælles besøg plejen og terapeut

### Medarbejdere ansat i CPO & CSKF

<b>Hvornår er fællesbesøg aktuelt?</b>	Når teamet ser et rehab-potentiale ved borger, hvor der er behov for sparring fra terapeut.
<b>Formål med fællesbesøg</b>	Formålet med fællesbesøg fra plejen og terapeuten er at afdække et aktuelt behov for rehabilitering, hjælpemidler eller træningsindsats.
<b>Hvordan iværksættes besøget</b>	<p><b>Når det er besluttet at der skal planlægges et fællesbesøg i hjemmet hos borger:</b></p> <p><b>Terapeut:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Opretter en kalenderaftale ”Træning (Helhedspleje) – Terapeut (ergo)/(fys)”</li> <li>• Sender opgave til hjemmeplejen med forslag til hvornår besøget udføres.</li> <li>• Planlægger besøget i borgers kalender når tidspunkt for fællesbesøg er aftalt.</li> </ul> <p><b>Planlægger</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Udvider tiden med 10 minutter som udgangspunkt på den aktuelle indsats som fællesbesøget handler om.</li> <li>• Skriv i bemærkning på besøget i borgers kalender, at besøget er et fællesbesøg med terapeut.</li> <li>• Informer terapeut hvis der efterfølgende er behov for at ændre tidspunktet for fællesbesøget.</li> </ul>
<b>Efter besøg</b>	<p><b>Hvis der ses rehab-potentiale:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rehab-plan oprettes – se <a href="#">faglig vejledning for rehab-plan</a></li> <li>• Der aftales mellem terapeut og plejen hvem der udfører hvilke opgaver for at opstarte rehabiliteringsforløb.</li> </ul>
<b>Opfølgende besøg</b>	Hvis der er behov for et opfølgende fællesbesøg med terapeut, følges denne arbejdsgang igen.

## Faglig vejledning – Rehabiliterende hjælpemidler. SEL 83a og ældreløvs

Medarbejdere i faste tværfaglige teams.

<p><b>Myndighed:</b></p>	<p><b>Øvrige hjælpemidler:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rehabforløb åbner op for muligheden for rehabiliterende hjælpemidler</li> <li>• Henvendelser kan komme til tværfaglige sparringsmøder eller opgaver fra udfører til “CPO myndighed øst/vest/syd”.</li> <li>• Dokumenterer i rehabplanen under feltet “hjælpemidler”</li> <li>• Bestiller hjælpemidlet ved depotet til levering eller afhentning. Ved levering er det mellem 9-15 på køredagen som oplyses til teamet, hvorefter én fra teamet videreformidler til borger.</li> </ul> <p><b>Særligt omkring arbejdsstol:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vurderer i samarbejde med rehabergoterapeuten behovet for arbejdsstol</li> <li>• Involvere konsulenten hvis relevant</li> <li>• Bestiller arbejdsstol på depot eller leverandør</li> <li>• Slipper opgaven, når stolen er endeligt tilpasset ift. borgers behov</li> <li>• Dokumenterer i rehabplan under feltet “hjælpemidler”</li> </ul> <p><b>Elektrisk støvsuger:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Opretter hjemtagning, såfremt støvsuger ikke bruges jf. Beskrivelse i rehabplanen.</li> </ul> <p><b>Returkørsel:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bestiller hjemtagning af hjælpemidlet ved depotet</li> </ul> <p><b>Hvis borger får et varigt behov for hjælpemidlet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vurdere, om hjælpemidlet skal konverteres til §112</li> </ul>
<p><b>Planlægningsansvarlig</b></p>	<p>Giver besked til sekretariat team ADM om behov for bestilling af ADL-hjælpemidler, når beholdningen er lav.</p>
<p><b>Opstartsbesøg</b></p>	<p>Vurderer behov for hjælpemidler ved startbesøg og inviterer terapeut med på besøg ved behov</p>
<p><b>Terapeut</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deltager i fællesbesøg ved behov – kan både være før, efter og til afprøvning af både ADL-hjælpemidler og øvrige hjælpemidler</li> <li>• Sparring omkring aktivitetsudførelsen og brugen af hjælpemidler</li> </ul> <p><b>Særligt omkring VELA arbejdsstol:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vurderer i samarbejde med visitation behovet for arbejdsstol</li> <li>• Involvere konsulenten sammen med visitator hvis relevant</li> <li>• Indstiller arbejdsstol hvis muligt.</li> <li>• Dokumenterer vurdering i træningsnotat.</li> <li>• Dokumenterer konklusion i rehabplan under feltet “hjælpemidler”.</li> </ul> <p><b>Elektrisk støvsuger:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Udlåner støvsuger til afprøvning efter en faglig vurdering. Dokumenterer i rehabplan og sender opgave herfra til myndighed ved endt forløb, hvis støvsuger ikke bruges.</li> </ul>
<p><b>SOSU/Sygeplejerske</b></p>	<p><b>ADL- hjælpemiddel:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ved behov for ADL-hjælpemidler tages de med ud til borger fra skabet.</li> <li>• Formål og borgerens brug af ADL-hjælpemidlet beskrives i rehabplan under feltet “hjælpemidler”.</li> </ul>
<p><b>Alle i teamet</b> Fortsætter på næste side</p>	<p>Løbende observere, vurdere og sparre om behov for hjælpemidler i hjemmet</p> <p><b>Øvrige hjælpemidler:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ved behov for øvrige hjælpemidler sendes opgave til CPO Myndighed Syd/Øst/Vest</li> </ul>

<p><b>Alle i teamet</b> Fortsat</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Opgave sendes fra rehabplanen.</li> </ul> <p>Bidrage med viden om borgeren ift. afklaring om, hvorvidt borger selv kan afhente hjælpemidlet eller om visitator skal bestille levering</p> <p>Vurdere løbende, om borger stadig har behov for hjælpemidlerne.</p> <p><b>Ved behov for hjemtagning af hjælpemidler:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sender opgave til CPO Myndighed Syd/Øst/Vest med behov for returkørsel. Begrund heri hvad årsagen er til hjemtagning af hjælpemidlet. Opgave sendes fra rehabplanen.</li> </ul>
<p><b>Sekretariatet team</b> <b>ADM</b></p>	<p>Depotstyrer i distrikterne og bestiller ADL-hjælpemidler</p>

ADL-hjælpemidler
Tåttørre/vasker
Badesvamp med langt skaft
Gribetang
Af- og påklædningsspind
Benløfter
Rebstige
Sengebånd

Rengøring
El-kost

Øvrige hjælpemidler – bevilges af CPO myndighed
Rollator (inkl. Højt greb til gigtramte)
Badebænk
Badebræt
Bakke til rollator
Toilet – badestol
Toiletforhøjet
Albuestokke
Gangstativ
Prædikestol

Særlige hjælpemidler
Arbejdsstol – håndteres i samarbejde mellem visitationen og ergo

## Faglig vejledning - Brug af ExorLive til træning

Gældende for alle medarbejdere i Helhedsplejen

### Opstart forløb ved borger

#### Faste tværfaglige teams

- Borger bringes til sparring i teamet med fokus på potentiale for træning samt målet for forløbet.
- Det aftales på tværfagligt teammøde hvem der tager dialogen med borger om mulighed for træning og at borger bliver kontaktet af terapeut.
- Hvis borger accepterer tilbuddet, sender teamet opgave til terapeut – TR Hverdagsrehabilitering med orientering om borgers accept.
- Det aftales på tværfagligt møde hvem der opretter rehab-plan og udfylder mål og formål med forløbet.
- Terapeut opretter og planlægger indsatsen ”Træning (Helhedspleje – terapeut (ergo/fys))” i borgers kalender, kontakter og besøger borger og udarbejder træningsprogram i ExorLive ud fra borgers mål.
- Terapeut sender opgave til det Hjemmeplejedistrikt, som borger er tilknyttet, med oplysninger om:
  - **Hypighed** (Antal træninger pr. uge)
  - Estimeret **tidsforbrug** pr. træning
- Planlægningsansvarlig tilknytter rehab-planen til indsatsen ”Træning” og planlægger indsatsen i borgers kalender (Som udgangspunkt i 12 uger)

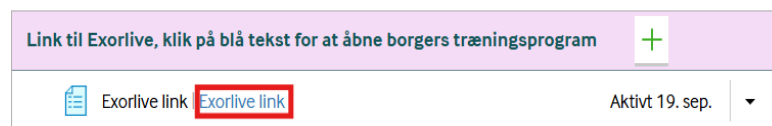
#### Faste tværfaglige team

Der er indsatsen ”træning” på kørelisten

**Orienter dig i rehab-plan, hvor der står ”træning via Exorlive”.**

**Gå til ”Udfører: Pleje og omsorg”. Nederst på overblikket findes Exorlive.**

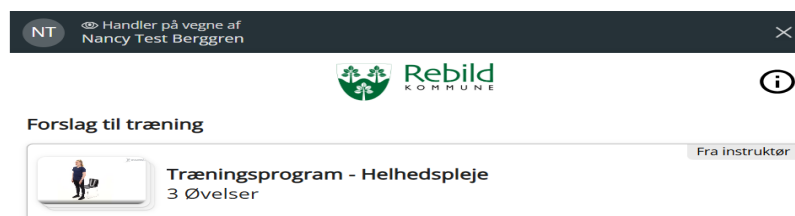
- Åbn SSO link



Link til Exorlive, klik på blå tekst for at åbne borgers træningsprogram +

Exorlive link Exorlive link Aktivt 19. sep. ▾

Understøt borger til at påbegynde træningen ved at klikke på programmet: ”Træningsprogram – Helhedspleje”.



NT Handler på vegne af Nancy Test Berggren

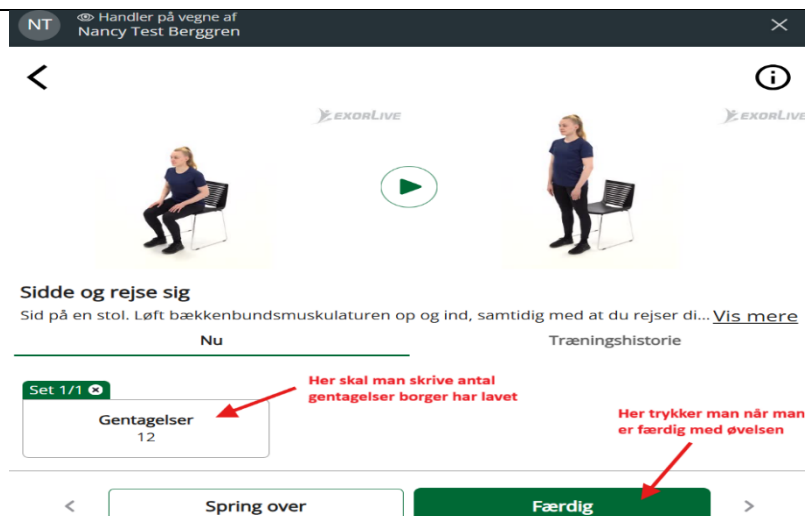
Rebild KOMMUNE

Forslag til træning

Fra instruktør

Træningsprogram - Helhedspleje  
3 Øvelser

Klik ind på programmet. Så kommer du ind på første øvelse.



NT Handler på vegne af Nancy Test Berggren

EXORLIVE

Sidde og rejse sig

Sid på en stol. Løft bækkenbundsmuskulaturen op og ind, samtidig med at du rejser di... [Vis mere](#)

Nu Træningshistorie

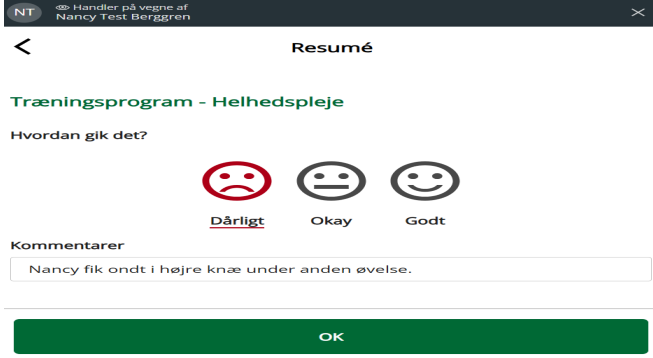
Set 1/1

Gentagelser 12

Her skal man skrive antal gentagelser borger har lavet

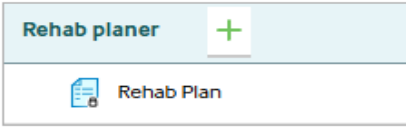
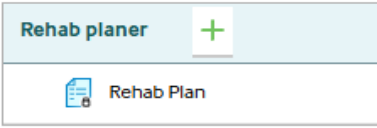
Her trykker man når man er færdig med øvelsen

Spring over Færdig

<p><b>Afslut træningen.</b> Angiv hvordan træningen er gået, ved at klikke på en smiley.</p>	 <p>Tryk "OK". Dokumenter under feltet "Afslutning" i rehab-plan hvordan dagens træning er gået.</p>
<p><b>Undervejs i forløb med ExorLive</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Drøft borgers indsats/mål på tværfaglig sparring efter ca. 4 uger med træning.</li><li>• Noter løbende status i Rehab Plan, for at sikre, at der følges op på borgers forløb<ul style="list-style-type: none"><li>➢ Aftal også justering af øvelser samt evt. behov for opfølgende besøg fra terapeut.</li></ul></li></ul>
<p><b>Afslutning af ExorLive forløb</b></p>	<p>Når borger har nået sit mål, eller at det er besluttet i det faste tværfaglige team, at borger skal afslutte træning, skal der tages stilling til hvordan forløbet afsluttes.</p> <p><b>Til dette er der flere muligheder:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Borger fortsætter træning selvstændigt - Print programmet fra ExorLive til borger.</li><li>• Borger fortsætter træning i civilsamfund og frivilligtilbud – Hjælp borger med at finde tilbud i civilsamfundet.</li><li>• Når borger har opnået sit mål, skal plejen opdatere relevante tilstande.</li></ul>

## Faglig vejledning – Rehab-plan

Gældende for alle medarbejdere i tværfaglige faste teams.

	<b>Ældrelov</b>	<b>Servicelev (83A)</b>
<b>Hvad er en rehabplan</b>	Dokumentations- og koordinationsværktøj for målrettede og tidsafgrænsede indsatser (indsatsen "træning") på tværs af faggrupper.	Dokumentations- og koordinationsværktøj for målrettede og tidsafgrænsede indsatser ("RH-indsatser") på tværs af faggrupper.
<b>Hvornår skal der oprettes en rehabplan</b>	Der skal oprettes en rehabplan, når borger skal modtage en træningsindsats med et afgrænset og målrettet sigte.  <b>Fx:</b> Borger har oplevet et funktionsfald og kan nu ikke klare badet selvstændigt. Der oprettes en træningsindsats "træning" mhp. at borger igen kan klare badet selvstændigt.	Der skal oprettes en rehabplan når der bevilges RH-indsatser.  <b>Fx:</b> Borger har oplevet et funktionsfald og kan nu ikke klare badet selvstændigt. Der oprettes en RH-indsats "RH-personlig pleje" mhp. at borger igen kan klare badet selvstændigt.
<b>Hvem opretter rehabplan og hvor?</b>	Teamet opretter rehabplan og kobler den på de tilstande der er træningsindsatser på.  Gå til "Udfører – pleje og omsorg". Tryk på "+" ud for rehab-plan. Tryk derefter "Gem som udfyldt".  	Visitor opretter rehabplan og kobler planen på de tilstande der er RH-indsatser på.  Gå til "Udfører – pleje og omsorg". Tryk på "+" ud for rehab-plan. Tryk derefter "Gem som udfyldt".  
<b>Hvad skal rehabplanen indeholde</b> Fortsætter på næste side	<b>Baggrund for rehab-henvisningen:</b> Øverst skrives hvilket team borger tilhører. Kort beskrivelse af baggrund for hvorfor der opstartes en træningsindsats.  <b>Mål/formål:</b> Her beskrives de mål, som er udarbejdet i samarbejde med borger og pårørende. Samt eventuelle delmål.  <b>Hjemmepleje:</b> Her beskrives hvordan aktiviteten udføres i praksis. Dokumenteres i kronologisk rækkefølge som i døgnrytmeplan med "M:" for medarbejders indsats og "B:" for borgers indsats.  <b>Rehab ergo:</b> Her beskrives afklaring af behov og de tiltag som ergoterapeuten udfører.  <b>Rehab fys:</b> Her beskrives afklaring af behov og de tiltag som fysioterapeuten udfører.  <b>Afslutning:</b> Her dokumenteres løbende status på udviklingen af de enkelte træningsindsatser.	<b>Baggrund for rehab-henvisningen:</b> Øverst skrives hvilket team borger tilhører. Kort beskrivelse af baggrund for hvorfor der opstartes en træningsindsats.  <b>Mål/formål:</b> Her beskrives de mål, som er udarbejdet i samarbejde med borger og pårørende. Samt eventuelle delmål.  <b>Myndighed:</b> Her dokumenteres baggrunden for bevillingen iht. SEL § 83a.  <b>Hjemmepleje:</b> Her beskrives hvordan aktiviteten udføres i praksis. Dokumenteres i kronologisk rækkefølge som i døgnrytmeplan med "M:" for medarbejders indsats og "B:" for borgers indsats.  <b>Rehab ergo:</b> Her beskrives afklaring af behov og de tiltag som ergoterapeuten udfører.  <b>Rehab fys:</b> Her beskrives afklaring af behov og de tiltag som fysioterapeuten udfører.  <b>Fortsætter på næste side</b>

<b>Hvad skal rehapplanen indeholde</b> Fortsat		<b>Afslutning:</b> Her dokumenteres løbende status på udviklingen af de enkelte træningsindsatser.
<b>Hvordan bruges rehapplan</b>	Rehabplanen anvendes af alle i teamet omkring borgeren. Der skal løbende dokumenteres status på udviklingen. Hvis det fx er indsats på bad, dokumenteres status af den der udfører badet.  Rehabplanen gennemgås på ugentligt tværfagligt sparringsmøde, med udgangspunkt i nyeste status.	Rehabplanen anvendes af alle i teamet omkring borgeren. Der skal løbende dokumenteres status på udviklingen. Hvis det fx er indsats på bad, dokumenteres status af den der udfører badet.  Rehabplanen gennemgås på ugentligt tværfagligt sparringsmøde, med udgangspunkt i nyeste status.
<b>Afslutning af rehapplan</b>	Når borger har opnået det fastsatte mål eller ny habituel tilstand, låser teamet rehapplanen, opdaterer kommunale pleje- og omsorgstilstande og afslutter træningsindsats. Derudover kopieres udførelsen af indsatsen over i døgnrytmeplanen.	Når borger har opnået det fastsatte mål eller ny habituel tilstand, opdaterer plejen kommunale pleje- og omsorgstilstande. Visitator låser rehapplanen og afslutter træningsindsats. Derudover kopieres udførelsen af indsatsen over i døgnrytmeplanen.

## Faglig vejledning - Fællesbesøg med visitation og terapeut ifm. ny ansøgning om praktisk hjælp

Gældende for terapeuter og myndighed

<p><b>Myndighed:</b></p>	<p><b>Borger søger om praktisk hjælp.</b>                  Myndighed taler med borger og afdækker funktionsevne.                  Hvis det vurderes, at der er behov for et besøg for yderligere afdækning og vurdering af rehab-potentiale planlægges fællesbesøg med ergoterapeut.                  Myndighed laver aftale med borger og sender opgave til TR Hverdagsrehabilitering via Nexus udfra egen og terapeuts kalender                  Opretter aftale i borgers kalender.</p> <p><b>Elektrisk støvsuger:</b>                  Opretter hjemtagning, såfremt støvsuger ikke bruges jf. Beskrivelse i rehabplanen.</p>	
<p><b>Ergoterapeut:</b></p>	<p>Modtager opgaven og svarer Myndighed om det er muligt at deltage.                  Opretter indsatsen: "Fællesbesøg med terapeut" og planlægger i borgers kalender.</p> <p><b>Elektrisk støvsuger:</b>                  Udlåner støvsuger til afprøvning efter en faglig vurdering.                  Dokumenterer i rehabplan og sender opgave herfra til myndighed ved endt forløb, såfremt støvsuger ikke bruges.</p>	
<p><b>Efter besøg</b></p>	<p><b>Borgere i servicelov</b></p> <p><b>Myndighed:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Opretter og dokumenterer i rehab-plan</li> <li>• Opretter indsats "RH Terapeut Ergo-Forløb".</li> <li>• Tilknytter organisationsenhed "TR hverdagsrehabilitering" og "Myndighed, rehab".</li> </ul> <p><b>Ergoterapeut:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Laver aftale om videre forløb og dokumentere i rehab-plan.</li> </ul>	<p><b>Borgere i ældrelov</b></p> <p><b>Myndighed:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Opretter og dokumenterer i rehab-plan</li> </ul> <p><b>Ergoterapeut:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planlægger opfølgning - indsats "Fællesbesøg med terapeut" i kalender.</li> <li>• Laver aftale om videre forløb og dokumentere i rehab-plan.</li> </ul>
<p><b>Afslutning af forløb</b></p>	<p><b>Borgere i servicelov</b></p> <p><b>Ergoterapeut:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sender opgave til "Myndighed, rehab" om afslutning af forløb.</li> </ul> <p><b>Myndighed:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Træffer afgørelse ud fra afslutning af rehab-forløbet.</li> <li>• Afslutter indsats "RH Terapeut Ergo-Forløb".</li> <li>• Afslutter rehab plan</li> </ul>	<p><b>Borgere i ældrelov</b></p> <p><b>Ergoterapeut:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sender opgave til "Myndighed, rehab" om afslutning af forløb.</li> <li>• ÆL: Afslutter indsats "Fællesbesøg med terapeut"</li> </ul> <p><b>Myndighed:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Træffer afgørelse ud fra afslutning af rehab-forløbet.</li> <li>• Afslutter rehab plan</li> </ul>