



ÆLDRELOV

i Hjørring Kommune

Dokumentations arbejdsgange og flow

Version 5

Indholdsfortegnelse

Indledning.....	3
Ældrecentrene:	3
Hvad betyder helhedspleje, selvbestemmelse og tillid til medarbejdere -og ledere i Hjørring Kommune?.....	4
HELHEDSPLEJE i Hjørring Kommune	4
SELVBESTEMMELSE i Hjørring Kommune.....	4
TILLID – TIL MEDAREJDERE OG LEDERE i Hjørring Kommune	5
Arbejdsgangsbeskrivelser og flow beskrivelse for borger der modtager hjælp efter Ældreloven fra Sygehjemmeplejen og Træningsenheden	6
Bevilling fra myndighed Ældre.....	6
Leverandør	7
Tildeling af forløbsansvarlig og kontaktperson.....	8
Ydelsen 'Dialog med borger om tilrettelæggelse af forløb':	8
Formål med mødet:	8
Planlægning af ydelserne til dialog møde:	9
Ydelsen Dialog med borger om tilrettelæggelse af forløb (FSIII) (ÆL) §9	9
Mødet med borger:	11
Efter mødet med borgeren:	12
Handlingsanvisningen:.....	12
Besøgsplan:	13
Det videre arbejde med borgeren:	13
Tværfaglige konferencer:	14
Ændring i borgers tilstand:.....	16

Indledning

Håndbogen skal understøtte alle medarbejdere, der arbejder med borgere, som er berettigede til hjælp efter ældrelovens §§, og den beskriver arbejdsgange og værdier fra myndigheds første møde med borger og indtil borger ikke længere skal modtage hjælp i ældrelovsforløb.

Alle arbejdsgange understøttes af Aftalekataloget (som er under revidering) og af øvrige vejledninger som findes i My Med Card og Curahjælp.

Da Hjørring kommune er midt i implementeringen af Ældreloven, er dokumentet kontinuerligt under udarbejdelse og der kan træffes midlertidige beslutninger, som kan forandres over tid.

De tre bærende værdier i Ældreloven, - *den ældres selvbestemmelse, tillid til medarbejderne og den borgernære ledelse samt et tæt samspil med pårørende, lokale fællesskaber og civilsamfund*, danner grundlag for arbejdet med borgeren.

Ældrecentrene:

I Hjørring Kommune arbejder ældrecentrene også efter ældreloven, men ældrecentrene skal ikke benytte det omfattende afsnit om arbejdsgange og flow i dette dokument. I stedet skal de arbejde efter de overordnede retningslinjer og den grundlæggende forståelse af ældreloven, som er beskrevet indledningsvist.

Borgerens afgørelse om ophold på ældrecenter vil, fra Myndighed Ældre indeholde udredning, som beskrevet i begyndelsen af afsnittet "Arbejdsgange og flow".

Personalet på ældrecentrene skal i det videre arbejde, på lige fod med øvrige områder, anvende en faglig og dynamisk tilgang i arbejdet med borgerens indsatser. Det indebærer, at medarbejderne kontinuerligt reflekterer over borgerens tilstande og tilpasser indsatsen herefter.

Efter de første 12 uger gælder følgende:

- Borgeren skal fortsat have en fast tilknyttet kontaktperson.
- Hjælpen skal løbende tilpasses borgerens aktuelle funktionsniveau og behov.
- Formål og delmål skal evalueres løbende i forhold til den opfølgingsdato, der er angivet i handlingsanvisningen.

Hvad betyder helhedspleje, selvbestemmelse og tillid til medarbejdere -og ledere i Hjørring Kommune?

HELHEDSPLEJE i Hjørring Kommune

Hvad betyder det?

Helhedspleje betyder, at hjælp til borgeren tilbydes som et sammenhængende pleje- og omsorgsforløb, der gør det muligt at tilpasse hjælpen løbende ud fra borgerens aktuelle behov – behov, som kan gå på tværs af fagligheder. Hele borgerens livssituation og dennes behov, ressourcer og udfordringer skal inddrages i tilgangen til -og planlægningen af borgerens forløb. Det gælder både psykologiske, sociale og fysiske behov. Fokus er på at hjælpe borgeren til at øge sin livskvalitet og blive så selvhjulpne som muligt.

Hvad gør vi i praksis?

Vi ser på helheden: Vi har en holistisk tilgang til borgeren, som betyder, at vi har fokus på borgerens livskvalitet og ser alle borgerens behov - både psykologiske, sociale og fysiske. Vi ser på hele borgerens livssituation - også selvom vi ikke skal handle på alle behov.

Vi vejleder: Vi vejleder borgere og pårørende til at kontakte andre fagfolk i de tilfælde, hvor deres behov falder uden for vores kompetenceområde.

Vi samarbejder tværfagligt: Vi samarbejder på tværs af fagligheder omkring borgeren og har fælles, tværfaglige drøftelser i teamet om vores fælles borgere.

Vi "multitasker": Vi leverer alt det, vi kan, i ét besøg. Det er fleksibelt for både borgere og medarbejdere og giver færre medarbejdere i borgerens hjem.

Vi involverer: Vi går i dialog med borgerne og deres pårørende om beslutninger, der vedrører borgerens pleje og tilpasning af borgerens forløb.

SELVBESTEMMELSE i Hjørring Kommune

Hvad betyder det?

Selvbestemmelse betyder, at borgeren har ret til at træffe egne beslutninger om sin behandling, pleje og livssituation. Det betyder, at borgere og pårørende inddrages i tilrettelæggelsen af deres hjælp inden for de rammer, der er mulige. Det kan fx være rammer som arbejdsmiljø, serviceniveau/økonomi og så skal det være fagligt forsvarligt.

Hvad gør vi i praksis?

Vi lytter til borgerens ønsker og spørger i samværet med borgeren; "hvad er vigtigt for dig?". Det er vigtigt, at vi får stillet spørgsmål hele vejen rundt om borgerens livssituation.

Vi respekterer borgerens ret til at sige ja eller nej. Faglighed kommer forud for selvbestemmelse, hvis borgerens ønsker og reaktioner kan resultere i svigt i pleje og behandling.

Vi inddrager borgerne i den konkrete planlægning ved at spørge ind til foretrukne tidsrum og ugedag for levering af hjælpen. Vi tager udgangspunkt i hvad borgerne selv kan, og hvad de oplever behov for hjælp til.

Vi er fleksible når borgerne ønsker anden hjælp end den planlagte, hvis det kan lade sig gøre med den afsatte tid, faglige vurdering og kompetencer i besøget og teamet. I tilfælde, hvor dette ikke kan lade sig gøre, drøftes ønsker i teamet. Der planlægges til et kommende besøg, hvis ønsket falder inden for rammen af den hjælp, der leveres under Ældreloven - og overholder arbejdsmiljøkrav og ligebehandling.

TILLID – TIL MEDAREJDERE OG LEDERE i Hjørring Kommune

Hvad betyder det?

Tillid betyder, at vi har en gensidig tro på, at ledere og medarbejdere handler ansvarligt, kompetent og med gode intentioner. Lederne har tillid til, at deres medarbejdere udfører deres opgaver professionelt, tager ansvar og bidrager positivt til arbejdspladsen. Medarbejderne har tillid til, at ledelsen træffer rette beslutninger, kommunikerer åbent og støtter dem i deres arbejde.

Hvad gør vi i praksis?

Vi respekterer hinanden: Vi lytter til hinandens faglige perspektiver og inddrager alle fagligheder på lige fod.

Vi tager ansvar: Alle tager ansvar for at bidrage til at skabe et godt arbejdsmiljø med psykologisk tryghed.

Vi betragter dokumentation som kommunikation: Vi dokumenterer det, der er nødvendigt for teamet at vide for at kunne udføre vores opgaver – og dokumenterer det ud fra gældende retningslinjer på dokumentation. Vi betragter nødvendig dokumentation som en del af opgaven.

Vi viser tillid til borgerne: Vi har tillid til, at borgerne (og pårørende) kender deres egen virkelighed bedst. Vi forventningsafstemmer ved at lytte til deres ønsker og behov – og har opmærksomhed på, om borger og pårørende føler sig hørt og inddraget.

Arbejdsgangsbeskrivelser og flow beskrivelse for borger der modtager hjælp efter Ældreloven fra Sygehjemmeplejen og Træningsenheden

Beskrivelsen er udført i et flow, hvor myndighed Ældre har den første kontakt til ny borger, der berettiget til forløb under Ældreloven.

Bevilling fra myndighed Ældre

Midlertidig arbejdsgang:

Arbejdsgang er kun gældende, indtil medarbejderen har gennemført et kompetenceløft. Efter afsluttet kompetenceforløb forventes det, at medarbejderen har opnået forståelse for, hvordan borgerens behov for hjælp kan dokumenteres og dermed udføres på baggrund af myndighedens tilstandsudredning i Pleje- og Omsorgstilstandene (POT'er).

Derudover forventes det, at myndighedsmedarbejderen også gennemgår et kompetenceløft med fokus på udarbejdelse af kvalificerede tilstandsudredninger.

Myndighed ældres beskrivelse i POT'erne skal indeholde følgende på ældrelovsborger:

Områdedokumentation:

- **Områdedokumentation benyttes ikke**
- 'Øje' lukkes på områder, hvor der *ikke* er udredte tilstande

På de enkelte tilstande i Cura:

Myndighed ældre beskriver **kun** de tilstande, hvor borgeren har en faktisk funktionsnedsættelse.

For hver relevant tilstand beskrives:

- **Niveau og forventet tilstand**
 - Markeret med niveau 0-4
- **Faglig vurdering**

Beskrivelsen skal indeholde:

 - En faglig vurdering af borgerens funktionsniveau (både hvad borger kan, og hvad borger ikke kan).
 - En kort og overordnet beskrivelse af den hjælp, borgeren kan få.

Rengøring (praktisk hjælp)

Borgeren kan kun få hjælp til de rengøringsopgaver, som Myndighed har beskrevet i POT'en "Lave husligt arbejde".

Her står der præcist:

- hvilken hjælp der skal gives
- hvor ofte hjælpen skal gives

Dette er en midlertidig løsning.

På sigt vil også de praktiske opgaver blive vurderet og planlagt gennem **borgernær visitation**.

Delvise afslag

Hvis myndighed giver delvist afslag på hjælp, beskrives hjælp og afslag på hjælp direkte under den tilstand, som afslaget vedrører.

Bevilling af forløb:

- Bevilliger det relevante forløb til borgeren
- Lægger opgave til planlægger via observationen "Borger til pleje- og omsorgsforløb". Der krydses af og i feltet "Beskrivelse kort af aftalt hjælp" skrives der, om der er behov for hjælp til morgen, formiddag, middag, eftermiddag, aftensmad, aften, til natten og natbesøg.

Leverandør

Når leverandøren modtager bevillingen på borgeren, planlægges besøg til borgeren inkl. Ydelsen Dialog med borger om tilrettelæggelse af forløb (FSIII) (ÆL) §9.

Ansvarlige for borgerens forløb i driften:

Alle nye borgere og revisiterede borgere fra serviceloven, skal tildeles forløbsansvarlig og skal drøftes på tværfaglig konference som minimum i uge 2-5-10-12. Det er muligt at sætte borger på hyppigere, hvis det vurderes relevant.

Den nuværende model for tværfaglig konference jvf. Fremtidens hjemmehjælp fastholdes og benyttes på alle borgere, der tildeles et ældrelovsforløb til hjemmepleje i eget hjem.

- Forløbsansvarlig:
 - Har borger rehabiliteringspotentiale, og udfordringerne primært er ift. pleje- og omsorgstilstande, er det som udgangspunkt terapeuter, der er forløbsansvarlig.
 - Har borger begrænset rehabiliteringspotentiale, og udfordringerne primært er ift. pleje- og omsorgstilstande, er det som udgangspunkt sygeplejersker og Social- og sundhedsassistenter, der er forløbsansvarlige.

- Har borger rehabiliteringspotentiale, og udfordringerne primært er ift. Sygeplejetilstande, er det som udgangspunkt sygeplejersker og Social- og sundhedsassistenter, der er forløbsansvarlige

Fordelingen skal altid tage udgangspunkt i kompetence profiler.

Tildeling af forløbsansvarlig og kontaktperson

Sker som I er bekendt med fra Fremtidens Hjemmehjælp.

Den forløbsansvarlige udvælges primært ud fra formålet med borgerens rehabiliteringsforløb set ift. faglige kompetencer.

Det tværfaglige team udpeger enten en social- og sundhedshjælper eller en social- og sundhedsassistent til at være kontaktperson.

Ydelsen 'Dialog med borger om tilrettelæggelse af forløb':

Formål med ydelsen 'Dialog med borger om tilrettelæggelse af helhedspleje'

Hjælpen planlægges ud fra en helhedsorienteret indsats, hvor der tages højde for hele borgerens livssituation. Udgangspunktet er altid rehabilitering. Der vurderes, hvordan borgeren kan støttes til at klare mest muligt selv ved fx at inddrage pårørende, civilsamfund hjælpemidler, E-team, velfærdsteknologi og/eller tværfaglige samarbejdspartnere.

Borger tilbydes et dialogmøde for at sikre, at hjælpen tilrettelægges ud fra borgerens egne mål og de udredte POT'er. Formålet med mødet er at skabe en fælles forståelse af, hvordan borgeren bedst kan støttes i at blive så selvhjulpne som muligt.

Borgerens selvbestemmelse og indflydelse er central i samarbejdet. Hjælpen tilrettelægges derfor med udgangspunkt i borgerens hverdag, de omgivelser borgeren lever i, og de relationer, der er vigtige for borgeren.

Formål med mødet:

Set fra leder/medarbejder perspektiv

Formålet med mødet er at etablere en fælles forståelse mellem borger og medarbejder om målene for den visiterede hjælp. Samtidig skal borgerens forventninger afklares, herunder hvordan hjælpen kan bidrage til øget livskvalitet. Fokus er på borgerens ressourcer og muligheder for at opnå størst mulig selvstændighed – med afsæt i en rehabiliterende tilgang.

Myndigheds udredning af borgerens tilstande (Fælles Sprog III) anvendes som grundlag for planlægningen, men hjælpen skal nu målrettes borgerens individuelle behov og livssituation.

Grundlaget for samtalen på mødet er POT'er som Myndighed har udredt, så leverandør (sygehjemmeplejen) kan tilbyde den rette hjælp. Borgeren får mulighed for at bidrage med egne perspektiver på evner og ressourcer, og medarbejderen lytter aktivt til borgerens oplevelse af pleje- og omsorgsbehov.

Dialogen skal styrke relationen mellem borger og medarbejder, skabe tillid og danne grundlag for et konstruktivt samarbejde. Derudover kan borgerens netværk og pårørende aktivt inddrages i planlægningen. Borgerens ønsker til, hvad hjælpen skal bidrage med, afklares, og der sikres, at indsatsen understøtter borgerens mål og livskvalitet.

**Overordnet handler det om
at styrker borgerens indflydelse og giver medarbejderen fagligt råderum til
helhedsorienteret pleje.**

Planlægning af ydelserne til dialog møde:

Mødet afholdes så hurtigt som muligt, når myndighed ældre har tildelt borgere et forløb efter ældreloven. Dette gøres for at medarbejder og borgere sammen kan få oparbejdet den rigtige hjælp på det rigtige tidspunkt ud fra værdierne i ældreloven.

Den nationale beskrivelse af ydelsen fra FSIII indsatskatalog Pleje og omsorgstilstande:

o-ydelse (§ 11, stk. 1)	Dialog med borger om tilrettelæggelse af forløb	Indsatsen omfatter den første dialog med borgeren om udmøntning og tilrettelæggelse af det visiterede forløb.	Fx første møde mellem medarbejder og borger i forbindelse med udmøntning og konkret tilrettelæggelse af forløb. Her kan også drøftes borgerens mål i forhold til selvhjulpethed. Indsatsen anvendes ikke ved den løbende dialog mellem borger og medarbejder omkring ændringer og koordinering af hjælp og støtte.
-------------------------	---	---	--

Varighed af ydelserne til Dialogmødet er i alt 60 minutter som varetages af 1-2 personer.

Ydelsen er opdelt i to, så I har mulighed for at planlægge forberedelse og opsamling (tid ud over de 60 min får man ikke levering for)

Hos Terapeuter og sygeplejersker kan der planlægges forberedelse, som det tidligere er gjort i Fremtidens Hjemmehjælp. (Her skal man dog også være opmærksom på at holde sig indenfor eget budgetmæssige ramme)

- En borgerrettet del, som er synlig for borger i Aftaleoverblikket.
Ydelsen hedder: Dialog med borger om tilrettelæggelse af forløb (FSIII)(ÆL)
- En planlæggelsesydelse, som ikke er synlig for borger.
Ydelsen hedder: Forberedelse/opsamling på dialog møde med borger om tilrettelæggelse af forløb (FSIII)(ÆL)

Det giver planlæggeren større fleksibilitet, da forberedelse og dokumentation kan ske uafhængigt af selve besøget. Og borger kan i Aftaleoverblikket kun se den reelle tid for besøget.

Hvis man ønsker at benytte 'begge ydelser', så visiteres de sådan:

- Myndighed ældre:
visiterer *ingen* af ydelserne omkring dialogmødet (det gør planlægger eller træningsenheden selv.)
- Planlægger i Sygehjemmeplejen/privat leverandør:
 - Tildeler "Dialog med borger om tilrettelæggelse af forløb (FSIII)(ÆL)"
Udstilles i Aftaleoverblik
 - Tildeler "Forberedelse/opsamling på dialog møde med borger om tilrettelæggelse af forløb (FSIII)(ÆL)"
Udstilles ikke i Aftaleoverblik
- Træningsenheden – når terapeut er forløbsansvarlig:
 - Tildeler "Dialog med borger om tilrettelæggelse af forløb (Træningsenheden)"
Udstilles ikke i Aftaleoverblik

Medarbejderens forberedelse til Dialogmøde med borger om tilrettelæggelse af forløb:

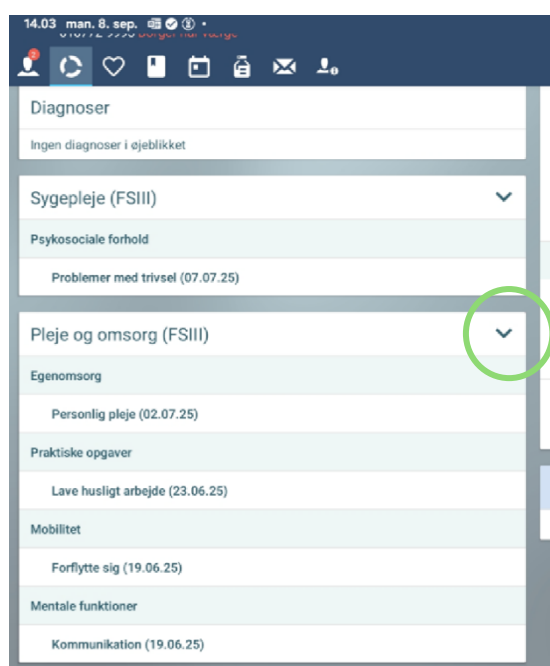
I Cura bruges observationen "Dialogmøde om helhedspleje" til at dokumentere oplysninger fra dialogmødet med borgeren (Observationen kan løbende tilpasses på baggrund af erfaringer fra driften).

Forberedelsen skal tage udgangspunkt i Myndigheds dokumentation i Cura.

Myndigheds helhedsvurdering

- Se Pleje og omsorgstilstande (POT) på tilstandsniveau
- Se Generelle Oplysninger
- Se Resultat af helhedsvurdering

På tablet er det nemt at tilgå Pleje – og omsorgstilstandene (POT'er), som Myndighed har udredt, da kortet "Pleje og omsorg (FSIII)" kun viser de tilstande, hvor der er registreret oplysninger.



Eksemplet viser en borger med fire tilstande, som skal drøftes på dialogmødet. *“Personlig pleje”, “Lave husligt arbejde”, “Forflytte sig” og “Mentale funktioner”.*

De fire tilstande åbnes ved at trykke på pilen (markeret med grøn cirkel), hvorefter både område -og tilstandsudredning vises.

Mødet med borger:

Hvis der i dialogmødet deltager to medarbejdere, så kan følgende arbejdsgang benyttes:

- **Den ene medarbejder** har ansvar for at mødet udelukkende omhandler de tilstande (POT'er), som myndigheden har udredt. Det gøres ved at kigge i CURA.
- **Den anden medarbejder** dokumenterer i observationen *“Dialogmøde med borger om tilrettelæggelse af helhedspleje”* undervejs.

Spørgsmål til borgeren skal alene vedrøre de tilstande, som myndigheden har beskrevet. De øvrige tilstande, som *ikke* er udredt, skal IKKE drøftes med borgeren. Felterne i observationen, der vedrører disse tilstande, springes derfor over og udfyldes ikke.

Midlertidig arbejdsgang vedrørende praktiske opgaver

Indtil videre er praktiske opgaver ikke en del af den borgernære visitation.

Borgeren kan derfor kun tilbydes hjælp til de praktiske opgaver, som er beskrevet i POT'en *“Lave*

husligt arbejde".

Hvordan opgaven konkret skal udføres, kan dog drøftes med borgeren under mødet.

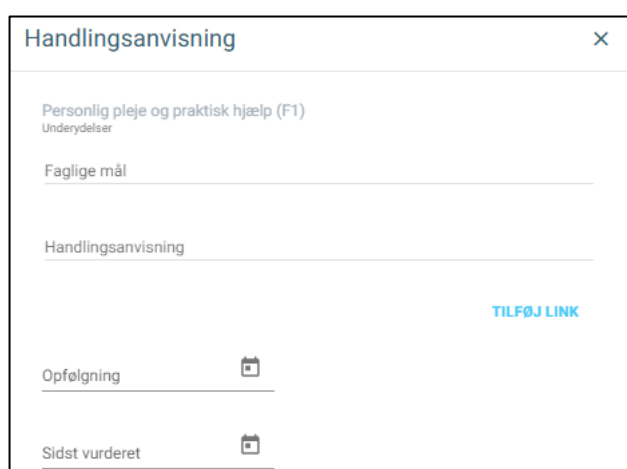
Benyt samtaleguiden under mødet med borger

[Samtaleguide til dialogmøde om helhedspleje.docx](#)

Efter mødet med borgeren:

Observationen "Dialogmøde om helhedspleje" skal nu benyttes til udarbejdelse af handlingsanvisning og besøgsplan.

Handlingsanvisningen:



På dialogmødet har borgeren **fortalt om sit mål med hjælpen**. Formålet udtrykker det borgeren gerne vil opnå gennem den hjælp og støtte, som medarbejderne giver.

Udfyldelse af handlingsanvisning:

Faglige mål:



Fra observationen "Dialogmøde om helhedspleje" indskrives borgers formål i feltet Faglige mål.

Handlingsanvisning:

I feltet Handlingsanvisning formuleres de mål, som skal iværksættes og som er aftalt mellem borger og medarbejderne på dialogmødet.

Borgerens mål skal være udarbejdet efter SMARTE mål metoden.

S	SPECIFIKKE	Hvad skal gøres og opfyldes?
M	MÅLBARE	Hvordan kan det ses, at målet er nået? Indsatsen skal kunne måles, og resultatet holdes op mod målet.
A	ACCEPTEREDE	Målene skal være anerkendt af borgeren og internt i teamet. Der skal være enighed om, hvad målet er, og hvorfor det er vigtigt at nå det.
R	REALISTISKE	Målet skal være indenfor en vis rækkevidde. Vær gerne ambitiøs men ikke overambitiøs.
T	TIDSANGIVNE	Hvor længe vil vi have fokus på dette mål, og hvornår skal resultatet indtræffe?
E	EVALUERBARE	Hvornår og hvordan skal der evalueres og justeres på målet?

Besøgsplan:

Der skal udarbejdes en besøgsplan på baggrund af notaterne i observationen "Dialogmøde om helhedspleje", på samme måde som hidtil.

Bemærk:

På sigt forventes det, at besøgsplanen ikke udfyldes i detaljer, da borgerens selvbestemmelse fra dag til dag skal være en integreret del af medarbejdernes arbejdsmåde. Besøgsplanen skal afspejle denne fleksible og borgernære tilgang.

Det videre arbejde med borgeren:

I arbejdet med borgeren ønskes en tilgang, hvor medarbejderne er opmærksomme på, borgerens behov og ønsker.

Derfor skal vi **løbende reflektere over borgerens udvikling, trivsel og ændringer i hverdagen.**

Handlingsanvisningen er vores fælles arbejdsredskab, og den skal hele tiden være opdateret, så den afspejler borgerens aktuelle mål og behov. Derfor skal evt. nye planer/opgaver/mål der aftales med borger og/eller på Tværfaglig konference altid dokumenteres det relevante sted i Cura. F.eks. I handlingsanvisningen eller ved at tilrettet Besøgsplanen.

I handlingsanvisningen skrives:

- Borgerens mål
- når der sker ændringer i borgerens situation
- når mål skal justeres, afsluttes eller udskiftes
- når nye behov eller muligheder opstår
- nye mål og indsatser efter en tværfaglig konference

På den måde sikrer vi, at alle medarbejdere arbejder i samme retning, og at borgerens mål er tydelige, meningsfulde og aktuelle.

Dialogmøder ved ændringer i borgeren tilstand eller tildeling af nyt forløb.

Borgeren skal som udgangspunkt ikke tilbydes et nyt dialogmøde, hvis der allerede er afholdt ét.

Dette begrundes med, at der løbende foregår dialog i den borgernære visitation, og at medarbejderne arbejder tæt på borgerens aktuelle behov.

Dog gælder følgende undtagelse:

Hvis det vurderes fagligt relevant, kan der i særlige tilfælde tilbydes et ekstra dialogmøde – f.eks. ved væsentlige ændringer i borgerens tilstand eller ved tildeling af et nyt forløb.

Tværfaglige konferencer:

Planlagte tidspunkter for hvornår en borgeres behov skal drøftes på konference:

Uge 2, 5, 10 og 12.

Opfølgingsdatoer:

Myndighed Ældre sætter opfølgingsdatoen til seks måneder efter opstartes dato.

Opfyldningen sættes til leverandøren.

Leverandøren sætter herefter opfølgningen tre år frem.

OBS medarbejderne skal altid sætte opfølgningen ud fra en faglig vurdering og dermed flytte opfølgingsdatoen på POT'erne tilbage, hvis borgerens tilstande ændres og POT'er tilrettes.

Borgere som revisiteres fra SEL til Ældrelov i perioden frem til 1. juli 2027.

Planlægger skal orientere sig i POT'erne. Hvis der er forskel i borgers aktuelle niveau og forventet niveau, skal borgeren på tværfaglig konference.

Borgere som revisiteres fra SEL til Ældrelov i perioden frem til 1. juli 2027

Planlægger skal orientere sig i borgerens POT'er (pleje- og omsorgstilstande).

Hvis der er forskel i **én eller flere tilstande** mellem nuværende og forventet niveau, skal borgeren bringes på en tværfaglig konference.

Pleje og omsorg (FSIII) »

Egenomsorg

Beskrivelse af område
Er benamputeret over knæ på begge ben, og sidder i kørestol. Har nedsat siddende balance, og skal derfor holde ved kørestol/bækkenstol med den ene hånd, når han skal læne sig til siden, fremover eller række ud. Kan række op til sit hår, men ikke hans ...
[Læs mere](#)

Personlig pleje (10.11.2025)

Niveau
0 1 2 3 4
Moderate begrænsninger

Forventet tilstand
0 1 2 3 4
Moderate begrænsninger

Faglig vurdering
Max har moderate begrænsninger i at udføre bad, i forhold til mobilitet og forflytning
Kan selv udføre daglig øvre og nedre hygiejne...
[Læs mere](#)

Praktiske opgaver

Beskrivelse af område
Er benamputeret over knæ på begge ben, og sidder i kørestol. Har nedsat siddende balance, og skal derfor holde ved kørestol/bækkenstol med den ene hånd, når han skal læne sig til siden, fremover eller række ud. Han skal støttes i at placere sig tæt på det...
[Læs mere](#)

Lave mad (10.11.2025)

Niveau
0 1 2 3 4
Lette begrænsninger

Forventet tilstand
0 1 2 3 4
Lette begrænsninger

Faglig vurdering
Har lette begrænsninger i forhold til rækkevidde. Kan have brug for at få ting bragt indenfor rækkevidde. Varetager selv anretning af kolde måltider.
Har moderate begrænsninger i forhold til at lave varm mad - har valgt madservice.

Er det nuværende og forventede niveau ens i **alle** POT'er, skal borgeren ikke på tværfaglig konference

Pleje og omsorg (FSIII) »

Egenomsorg

Beskrivelse af område
Er benamputeret over knæ på begge ben, og sidder i kørestol. Har nedsat siddende balance, og skal derfor holde ved kørestol/bækkenstol med den ene hånd, når han skal læne sig til siden, fremover eller række ud. Kan række op til sit hår, men ikke hans ...
[Læs mere](#)

Personlig pleje (11.12.2025)

Niveau
0 1 2 3 4
Svære begrænsninger

Forventet tilstand
0 1 2 3 4
Moderate begrænsninger

Faglig vurdering
Max har moderate begrænsninger i at udføre bad, i forhold til mobilitet og forflytning
Kan selv udføre daglig øvre og nedre hygiejne...
[Læs mere](#)

Praktiske opgaver

Beskrivelse af område
Er benamputeret over knæ på begge ben, og sidder i kørestol. Har nedsat siddende balance, og skal derfor holde ved kørestol/bækkenstol med den ene hånd, når han skal læne sig til siden, fremover eller række ud. Han skal støttes i at placere sig tæt på det...
[Læs mere](#)

Lave mad (10.11.2025)

Niveau
0 1 2 3 4
Lette begrænsninger

Forventet tilstand
0 1 2 3 4
Lette begrænsninger

Faglig vurdering
Har lette begrænsninger i forhold til rækkevidde. Kan have brug for at få ting bragt indenfor rækkevidde. Varetager selv anretning af kolde måltider.
Har moderate begrænsninger i forhold til at lave varm mad - har valgt madservice.

Ændring i borgers tilstand:

Hvornår skal driften kontakte myndighed?

Borger i forløb mellem uge 0 og uge 12

Mellem 0-12 uger:

Hvis borgers tilstand ændres – enten til det bedre eller dårligere - så skal borger drøftes på Tværfaglig konference. Vurderes det at borger ikke længere kan 'indeholdes' i det bevilliget forløb, skal planlæggeren i samarbejde med kontaktperson og/eller den forløbsansvarlig orientere myndighed om det ændrede behov.

Orienteringen sker i observationen ”*Tværgående visitationskoordinering*” og i henhold til Aftaleskema mellem myndighed og udfører

<https://curahelpeoj.hjoerring.dk/Media/638139454839039291/Aftaleskema%20revideret%2020230307.pdf>

Myndighed udarbejder ikke afgørelsesbreve ved skift af forløb i løbet af de første 12 uger.

12. uge:

Borgers bevilliget Forløb stemmer **ikke** overens med nuværende forløb/behov:

- Der skal udarbejdes status til myndighed
- Slutevaluering efter 12 uger udarbejdes i ”*Tværgående visitations koordinering*”
- Myndighed vurderer borgerens tilstande og laver en ny afgørelse

Borgers bevilliget Forløb stemmer overens med nuværende forløb/behov

- Myndighed skal ikke orienteres

Myndighed Ældre er forpligtet til at revisitere borgeren senest efter tre år.