

Styrk Hverdagen

Håndbog for Plejepersonale, terapeuter og visitatorer

Indhold

Læsevejledning:	3
1. Hvad er Styrk Hverdagen?	4
2. Styrk Hverdagen - forløbet	5
Fase 1: Visitation.....	5
Fase 2: Indledende fase	7
Fase 3: Første besøg af terapeut	8
Fase 4: Rehabiliterende indsats ved hjemmeplejen	12
Fase 5a: Fælles besøg	13
Fase 5b: Fælles besøg	13
Fase 6: Rehabiliterende indsats – fortsat	14
Fase 7. Afslutning.....	15
2. Afvigelser i forløbet	17
A: Forlængelse af et forløb:	17
B: Procedure for afslutning af indsatser i løbet af et Styrk Hverdagen forløb:.....	17
C: Procedure ved indlæggelse:	17
3. Afklarende forløb.....	19
4. Oplæringsforløb.....	20
Bilag 1: Skematisk fremstilling af samarbejdet mellem træning og hjemmepleje	21
Bilag 2: Om Styrk Hverdagen	22
1. Baggrund.....	22
2. Hvad er rehabilitering?	22
3. Styrk Hverdagen – erfaringer indtil nu	24
4. Et justeret Styrk Hverdagen - tilbud	25
4.1. Målgruppen, der fremover tilbydes Styrk Hverdagen	25
4.2. Afklaringsbesøg.....	26
4.3. Oplæringsforløb	27
5. Hjælpe midler- afprøvnings redskaber	27
Bilag 3: Oversigt over roller og ansvar i Styrk Hverdagen-samarbejdet og i "Vi træner sammen"	28
Bilag 4: FSIII Arbejdsgangsbeskrivelse (terapeuter).....	31
Bilag 5: Hvad er Digirehab-programmet:.....	36
Hvad er "Vi træner sammen"?	36

Læsevejledning:

Denne håndbog er ny version af Håndbog for Styrk Hverdagen. Håndbogen er for både visitatorer, terapeuter, SOSUhjælpere og -assistenter, samt sygeplejersker. Håndbogen er ændret lidt, fordi Gribskov Kommune i efteråret 2017 ændrer Styrk Hverdagen på enkelte områder. Vi kalder fortsat tilbuddet Styrk Hverdagen. Som i den tidligere Håndbog får du som medarbejder indsigt i, hvordan du arbejder i Styrk Hverdagen. Der vil som tidligere stilles skarpt på, hvordan vi sammen kan understøtte borgernes egne ressourcer og motivation for at opnå størst mulig selvhjulpethed og derigennem livskvalitet.

Baggrunden for Styrk Hverdagen kan du læse om i Bilag 2. Bilaget gennemgår kort, hvilken lovgivning, der ligger bag Styrk Hverdagen; hvad vi forstår ved rehabilitering og hvilke erfaringer, vi har gjort os i den første fase af Styrk Hverdagen. Det gennemgås også, hvad der er nyt.

Bilag 2 bør gennemgås ved et eller flere møder i personalegruppen. På den måde sikres det, at vi forstår det samme, når vi taler om Styrk Hverdagen.

Gribskov Kommune har for puljemidler udvidet Styrk Hverdagen i perioden 15. marts 2019- efteråret 2020. Udvidelsen indeholder 2 x 20 minutters fysisk træning ved borgerens SOSUhjælper, som supplement til terapeutens træning med borgeren og den øvrige rehabiliterende tilgang som hjælperen er involveret i sammen med borgeren. Vi kalder indsatsen **Vi træner sammen**.

Da puljemidlerne er midlertidige, er indsatsen det indtil videre også.

Tekst med denne grønne farve i denne håndbog er derfor det, der relaterer sig direkte til denne ekstra indsats i den nævnte periode

1. Hvad er Styrk Hverdagen?

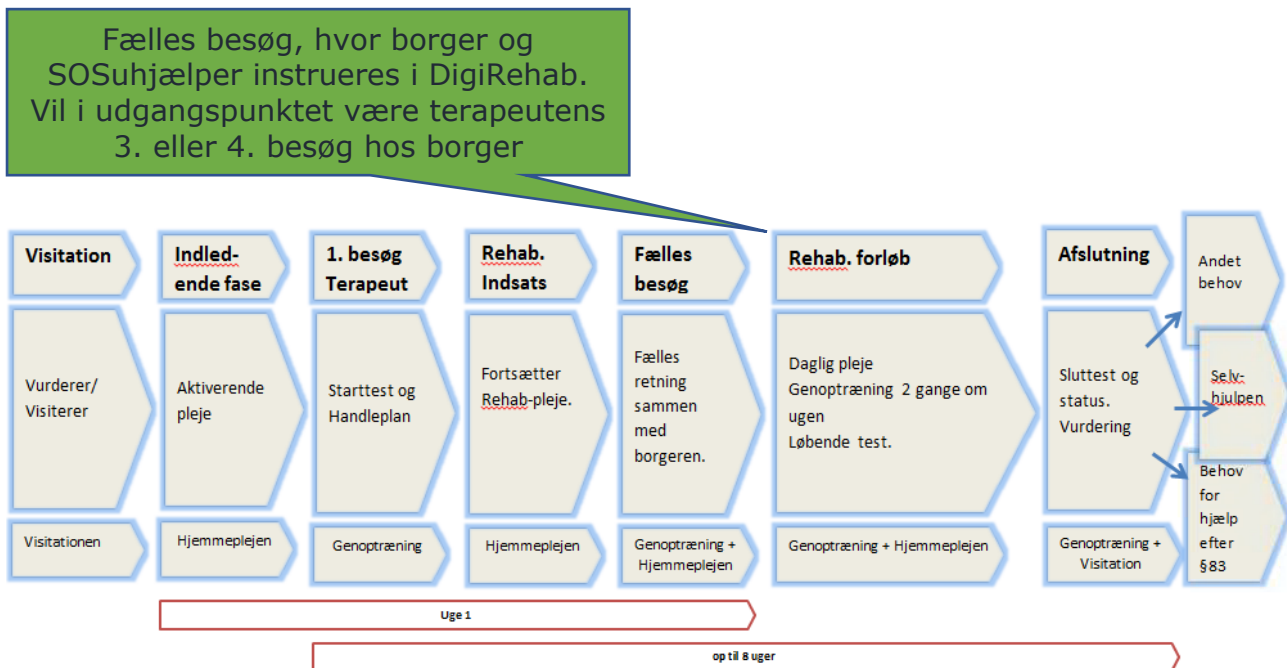
Styrk Hverdagen er et målsat og tidsafgrænset, rehabiliterende forløb, hvor borger og terapeuter fra Genoptræning Gribskov samarbejder med plejepersonale fra kommunens leverandører af personlig og praktisk hjælp om at nå de mål, som borger ønsker at nå med sit Styrk Hverdagen-forløb. Plejepersonalet består primært af SOSUhjælpere. I visse tilfælde vil der også indgå SOSUassistenter og sygeplejersker i forløbet. Forløbet kan maksimalt vare 8 uger. Under forløbet vil borger opleve at få trænet hverdagens aktiviteter, evt. træne fysisk ved hjælp af et digitalt træningsprogram, DigiRehab og, hvis det skønnes nødvendigt, afprøve udvalgte hjælpemidler. Hele forløbet er tovholdt af terapeuten.

Fremadrettet vil Styrk Hverdagen bygge på de samme principper som i tidligere version. Styrk Hverdagen

- tager udgangspunkt i borgerens vurderede behov for hjælp, ønsker, mål og hele livssituation. Det handler om at finde ind til borgerens motivation og arbejde derfra.
- arbejder med en fælles, tværfaglig plan for indsatsen, hvor borgerens egne mål er beskrevet. Hvis borgerens tilstand ændrer sig, justerer vi også mål og planer.
- arbejder tæt sammen på tværs af fagligheder f.eks. mellem genoptræningen og plejen og med andre fagligheder. Vi inddrager også borgere og pårørende mest muligt.

2. Styrk Hverdagen - forløbet

Styrk Hverdagen-forløbet er inddelt i de forskellige faser, som ses nedenfor.



Fase 1: Visitation

Deltagere: Borger, eventuelt pårørende og visitator

Formål

Formålet med visitationen er at afklare, om borger er berettiget til kommunal hjælp, primært inden for Servicelovens §§ 81, 83, 83a, 84, 86 og 112. Hvis visitator vurderer, at borger kan tildeles hjælp efter § 83, skal det samtidig vurderes, om et tidsafgrænset og målrettet rehabiliteringsforløb efter §83a kan hjælpe borgeren til at genvinde eller udvikle sin samlede funktionsevne og dermed reducere behovet for hjælp.

I vurderingen af, om borger skal tilbydes et Styrk Hverdagen-forløb, skal den enkeltes borgers ressourcer, ønsker og potentialer afdækkes. Visitator afklarer, hvordan borgeren kan indgå i et rehabiliteringsforløb*.

Handling

Visitator udarbejder en Fælles Sprog III funktionsvurdering. Alle funktionsevne**områder** berøres, så der ligger en vurdering af borgerens samlede funktionsevne*. Visitatorerne anbefales i øvrigt at benytte Hverdagsbuen, hvor det giver mening, eksempelvis til at få afdækket, hvilke forhold, der evt. kunne motivere borger for at indgå i et rehabiliteringsforløb.

Hvis visitator vurderer, at borger bør indgå i et Styrk Hverdagen-forløb, informeres

*Yderligere afdækning af borgers funktionsevne kan ske ved 3.part. Gennemgå side 11.

*Dette er ikke ensbetydende med, at alle funktionsevne**tilstande** vurderes. God sagsbehandling foreskriver, at vi indhenter tilstrækkelig viden til at kunne træffe en afgørelse og at vi samtidig ikke må overbelyse sagen.

borger om dette. Der sendes afgørelsesbrev.

Vi træner sammen: Oplysninger om "Vi træner sammen" fremgår af de eksisterende afgørelsesbreve.

Visitor understreger desuden over for borgeren:

- at mange kan komme til at klare sig bedre igen, hvis de får den rette træning og støtte
- at der er tale om tidsafgrænset forløb og at terapeuten vil fortælle mere om forløbets varighed – forløbet vil som regel ikke vare længere end 8 uger
- at der vil komme flere forskellige fagpersoner i hjemmet – eksempelvis terapeut og SOSUhjælper
- at der arbejdes ud fra en fælles rehabiliteringsplan
- at vi forventer, at borgeren deltager aktivt
- visitor udleverer pjecen "Styrk Hverdagen"

Visitor påbegynder rehabiliteringsplanen i KMD Nexus, hvor følgende punkter udfyldes:

- De **funktionsevnetilstande**, der ønskes forbedret, præciseres. Husk at beskrive årsag til tilstandene
- Borgers egne mål. Beskrives under **Borgers mål og ønsker**
- **Forventede tilstand** = Formål (det er vigtigt, at dette beskrives præcist: Eksempelvis at blive selvhjulpent ift. Brusebad)
 - Formålet bør være **VARMT**:
 - **V**ærdifuldt
 - **A**ftalt
 - **R**ealistisk
 - **M**ålbart
 - **T**idsfastsat
- Borgers aktuelle situation og baggrunden for denne skrives i det **Faglige notat**
- Ved behov for at beskrive borgers **mestring**, kan dette gøres i de **Generelle Oplysninger**
- Borgers **motivation**: Er der tale om høj, mellem eller lav motivation? Yderligere inspiration kan findes i motivationsguiden. Motivationen beskrives under **Generelle Oplysninger**
- Ved visitationen (bestillingen) sætter visitor myndighedsopfølgingsdato 12

uger fra visitationsdato. På opfølgingsdatoen undersøges, hvor langt forløbet er. Dette vil afhænge af, hvornår terapeuten har startet forløbet op. Hvis borger fortsat er i gang med forløbet, vil det fremgå af leverandøropfølgningen, hvor lang tid, der er behov for, for at færdiggøre de 8 uger. Det igangværende forløb forlænges de forventede uger **plus 1 uge**. Den ekstra uge sikrer, at terapeuterne har den fornødne tid til at lave en slutevaluering, så borger (ved behov) får de fulde 8 ugers rehabilitering. Det er terapeuternes ansvar, at der altid foreligger en slutevaluering 1 uge før myndighedsopfølgningsdatoen.

Ved bestilling af indsatsen sendes avis til både "Rehabilitering 83a og avis" og, hvis dette er relevant, til leverandør af hjemmepleje. Avis-teksten er kort, eks. "Borger er visiteret til rehabiliterende forløb, se funktionsevnevurdering og faglige notater. Hjælpen skal påbegyndes allerede i aften"

Fase 2: Indledende fase

Deltagere: Borger, SOSUhjælper / SOSUAssistent

I de tilfælde, hvor plejen ikke indgår i forløbet, udgår fase 2.

I denne fase er SOSUhjælperen som regel borgerens vigtigste samarbejdspartner i rehabiliteringsforløbet. Sygeplejersken / SOSUassistent indgår naturligvis også i samarbejdet i de tilfælde, hvor borgeren allerede er visiteret til sygepleje, eller hvis helbredsmæssige problemstillinger gør målrettet rehabilitering vanskelig. Nogle rehabiliterende forløb foregår uden deltagelse af plejepersonalet og forestås alene af terapeuter fra Genoptræning Gribskov - eksempelvis når borger indgår i et rehabiliterende forløb mhp. igen at kunne udføre praktiske opgaver i hjemmet.

Indsatsen tager altid udgangspunkt i borgerens hele livssituation. Forløbene vil variere afhængigt af, om borgeren allerede modtager pleje, eller om borgeren ikke tidligere har modtaget hjælp. Der vil også være forskel på, hvorvidt hjælpen skal opstartes her og nu – eksempelvis daglig, personlig pleje - eller om opstarten kan vente nogle dage.

Formål

Formålet er at sikre, at borgeren modtager den fornødne hjælp i perioden fra at hjælpen er visiteret, til Styrk Hverdagen-forløbet planlægges af terapeut fra Genoptræning Gribskov. Et vigtigt formål er desuden at vedligeholde og styrke borgers motivation for at gennemgå et rehabiliterende forløb.

Handling

- Ud fra den visitation, leverandøren modtager fra visitationen, planlægger hjemmeplejen nu første besøg med borgeren.
- Plejen orienterer sig i de informationer, der er relevante for den rehabiliterende indsats, dvs. i de **relevante tilstande** og i de **Generelle Oplysninger**. Det giver et indblik i baggrund, formål, borgerens motivation og hvilke indsatser, der bevilget. På den baggrund kan hjemmeplejen starte hjælpen/plejen.
- De visiterede indsatser skal som udgangspunkt gives som rehabiliterende eller aktiverende hjælp. Det kan dog i nogle tilfælde være nødvendigt at yde kompenserende hjælp – dvs. udføre konkrete opgaver, som borger (endnu) ikke kan deltage i.
- Det vigtigt at have fokus på at vedligeholde borgers motivation for

rehabilitering og hjælpe borgeren med at finde yderligere motivation. Plejepersonalet har derfor en vigtig rolle som "ambassadør", hvor det er en vigtig opgave at opretholde eller finde borgerens motivation for igen kunne udføre flere opgaver selv.

Plejepersonalet understreger over for borgeren:

- at forventningen er, at borgeren kan komme til at klare sig selv helt eller delvist igen, hvis han/hun får den rette støtte og træning og selv gør en aktiv indsats.
- at borgeren deltager i et forløb vi kalder Styrk hverdagen
- at der kommer en terapeut om nogle dage, som vurderer borgeren nærmere og som sammen med borger laver en rehabiliteringsplan, som alle skal arbejde ud fra. Terapeuten ringen for at aftale tid inden besøget
- at terapeut og plejepersonalet arbejder sammen med borgeren for at han/hun komme på fode igen / genvinder funktioner
- **Observationer** dokumenteres
 - under det **Faglige notat**, hvis de relaterer sig direkte til den rehabiliterende indsats (Eks: *"Borger kan udføre øvre toilett siddende ved håndvask. Skal have hjælp til nedre toilett"*)
 - eller
 - som **Observation**, hvis noget uventet er opstået (Eks. *"Borger har haft diarre det sidste døgn og er udmattet"*)

Terapeuterne kan med fordel tage **faglige notater** med Rehab 83a. Hjælperen tager altid **observationer**, der vedrører rehabiliteringen med Rehab 83a.

Fase 3: Første besøg af terapeut

Deltagere: Borger, eventuelle pårørende, terapeut

Terapeuten kontakter borger inden for 2 dage efter bestillingen er modtaget og bestræber sig på at komme ud til borgeren inden for 2 uger. Træningen prioriterer borgere, der er udskrevet fra Toftebo samt borgere, der udelukkende har træningen som leverandør, eks. borgere, der er visiteret til Rehab Brusebad 2 x ugentligt

Terapeuten er tovholder for Styrk Hverdagen-forløbet og er ansvarlig for at udarbejde en egentlig rehabiliteringsplan for forløbet. Såvel borger som terapeut og plejepersonale forventes at arbejde efter den fælles plan for rehabiliteringsforløbet.

Formål

Formålet med besøget fra terapeuten er, at der laves en systematisk faglig udredning og screening, som giver et billede af borgernes ressourcer og at der på denne baggrund udarbejdes en rehabiliteringsplan for forløbet. Pårørende kan evt. også

inddrages i udredningen.

Rehabiliteringsplanen tager udgangspunkt i visitationen, i borgerens ønsker og livshistorie og terapeutens faglige udredning.

Handling

- Terapeuten udarbejder på sit første besøg hos borgeren relevante tests, herunder evt. kognitive tests. I den udstrækning det giver mening, anvendes som minimum DigiRehab test og evt. COPM. Terapeuten vurderer selv, hvilke tests der er mest passende i situationen. Det er væsentligt, at i hvert fald én af de anvendte tests kan belyse udvikling i fht formålet med rehabiliteringen og de opstillede mål. Alle test dokumenteres i EOJ. Skemaer til tests vil primært ligge under **Vurdering**.

- Terapeuten færdiggør planen for rehabilitering i KMD Nexus, hvor følgende punkter udfyldes:

- Borgers mål på kort og lang sigt:

Borgers målsætning skal være styrende for forløbet. De langsigtede mål er ofte de motiverende mål, som dog ikke altid vil kunne nås inden for rammerne af Styrk Hverdagen. De *kortsigtede mål* dokumenteres som **Indsatsmål** og skal have klar relevans i fht. de funktionsevne-nedsættelser, der har været baggrunden for visitation til et Styrk Hverdagen-forløb. De *langsigtede* (og ofte motiverende) *mål* vil være beskrevet af visitator som del af borgers **Forventning og Mål**, men vil evt. skulle justeres eller uddybes af terapeuten. Den **Forventede tilstand** angiver, hvor meget funktionsevnetilstanden forventes at kunne forbedres.

- Målene formuleres som **SMARTe** mål:

- **Specifikt**
- **Målbart**
- **Accepteret** af borger og fagperson
- **Realistisk**
- **Tidsfastsat** (gælder for kortsigtede mål)

Ved opstillingen af mål er det vigtigt, at terapeuten klart forholder sig til evt. forskel mellem motiverende mål og de konkrete mål, der vurderes at kunne nås inden for rammen af rehabilitering efter Servicelovens § 83a og Styrk Hverdagen.

- Borgers egne handlinger: Beskrives under **Handlingsanvisninger**. Primært de forløb, hvor hjemmeplejen ikke er involveret i rehabiliteringen.
- Pårørendes eventuelle handlinger: Beskrives under **Handlingsanvisninger**

- Anvisninger til hjemmeplejen:
 - Terapeuten beskriver medarbejder og borgers handlinger så præcist og handlingsorienteret som muligt i **Handlingsanvisningen**. Det skal være tydeligt, hvilke aktiviteter, borger selv kan udføre og hvilke aktiviteter, plejen skal støtte borger i at udføre, og hvordan dette gøres.
 - Notatet opdeles i
 - "Borgers indsats"
 - "Medarbejders indsats".
 - Notatet startes med "REHAB" og afsluttes med angivelse af dato og "Styrk Hverdagen"
 - Terapeuten sender avis til plejen; i emnefeltet skrives "REHABindsats bad (eks.) opdateret". Ved efterfølgende ændringer anvendes samme arbejdsgang.
- Planlægger orienterer sig i Handlingsanvisningen og kopierer teksten fra "REHAB" til og med "Styrk Hverdagen" over i døgnrytmeplanen (DRP). På den måde er det klart for hjælperen, at handlingen ikke skal slettes. Det forventes at SOSUhjælper orienterer sig i DRP, ved hvert besøg.

Ergoterapeut/Fysioterapeuts handlinger: Beskrives under **Handlingsanvisninger**

Vi træner sammen: Typisk vil borgerens egne handlinger indeholde udførelse af øvelser på egen hånd efter instruktion fra terapeuten. Disse udføres i projektperioden sammen med en SOSUhjælper efter instruktion fra terapeuten.

Terapeuten skriver en handlingsanvisning, som kaldes "Vi træner sammen". Det er terapeutens ansvar at relatere handlingsanvisningen til indsatsen "Træning ved hjælper"

- Evt. om et hjælpemiddel vil kunne afhjælpe nogle af borgerens funktionsbegrænsninger
 - Hvis hjælpemidlet forefindes på Genoptræning Gribskøvs eget depot, tager terapeuten hjælpemidlet med til borger ved næste besøg
 - Hvis hjælpemidlet tilhører den gruppe af hjælpemidler, Team Hjælpemiddel og Boligændringer har mulighed for at bevilge som "§83a-hjælpemiddel", sendes besked til teamet. Det skal fremgå af emnelinjen, at avisen vedrører et "§83a hjælpemiddel".
- Eventuelt: Inddragelse af andre faggrupper – vær opmærksom på at indhente borgers samtykke til dette. Behovet for at anvende andre

faggrupper beskrives under det "**Faglige notat**"

- Ved behov for inddragelse af **sygeplejen** hos borgere, der allerede modtager hjemmesygepleje:

 - Terapeuten tager direkte kontakt til hjemmesygeplejen, der opdaterer de relevante helbredstilstande med særligt fokus på de problemstillinger, som vanskeliggør rehabiliteringen og som har givet anledning til henvendelsen (eksempelvis væggtab, træthed, manglende appetit, smerter).
 - Hjemmesygeplejen udarbejder handleplan(er) for de identificerede problemer – Helbredstilstande - og visiterer om nødvendigt de relevante indsatser. En handleplan omfatter den **Nuværende vurdering**, den **Forventede vurdering**, **Fagligt notat**, **Handlingsanvisning** og **Indsatsmål**. Visitationen har behov for en fyldestgørende dokumentation af den **Nuværende** og den **Forventede vurdering**, samt det **Faglige notat** for at kunne bevilge en indsats.
 - Hjemmesygepleje og Genoptræning Gribskov er begge ansvarlige for, at den fornødne dialog om problematikken finder sted

- Ved behov for inddragelse af **sygeplejen** hos borgere, der **IKKE** modtager hjemmesygepleje

 - Terapeuten kontakter visitationen ved advis.
 - Visitationen visiterer til en sygeplejefaglig udredning med særligt fokus på de problemstillinger, der gør rehabiliteringen vanskelig.
 - Hjemmesygeplejen udarbejder handleplan(er) for de identificerede problemer – Helbredstilstande - og visiterer om nødvendigt de relevante indsatser. En handleplan omfatter den **Nuværende vurdering**, den **Forventede vurdering**, **Fagligt notat**, **Handlingsanvisning** og **Indsatsmål**.
 - Hjemmesygepleje og Genoptræning Gribskov er begge ansvarlige for, at den fornødne dialog om problematikken finder sted

- Ved behov for inddragelse af egen læge:

 - Terapeut eller borger tager selv kontakt. For borgere, der allerede modtager sygepleje, bør problemstillingen dog drøftes med hjemmesygeplejen inden lægekontakt. Husk altid borgers samtykke inden kontakt til egen læge

- Ved behov for diætist:
 - Terapeuter og plejepersonale skal være opmærksomme på, at visse patientgrupper har adgang til diætist. Dette gælder borgere, der de er visiteret til forløbsprogrammer for patienter med KOL, cancer, diabetes, hjerte-kar-sygdomme og lænde-ryg-problemer. Visitation hertil sker på baggrund af henvendelse fra egen læge
 - Småtspisende borgere over 65 år med utilsigtet vægttab kan i visse tilfælde gøre brug af kommunens ernæringskonsulent. Det er en forudsætning, at hjemmesygeplejen forinden har foretaget en ernæringsvurdering og aktivt har vurderet, om problemstillingen kan løses af hjemmesygeplejen.

Fase 4: Rehabiliterende indsats ved hjemmeplejen

Deltagere: Borger, SOSUhjælper/SOSUAssistent

Hjemmeplejen er nu ansvarlig for, at hjælp og pleje udføres, som terapeuten har beskrevet det i rehabiliteringsplanen. Rehabiliteringsplanen er et centralt dokument gennem hele forløbet. Plejens rehabiliterende arbejde tager afsæt i denne plan.

Formål

Formålet er, at den pleje og praktiske hjælp, borger modtager, bidrager til borgerens rehabilitering. Det er derfor vigtigt, at plejen eller den praktiske hjælp udføres i samarbejde med borger og på samme måde, som terapeuten har beskrevet i rehabiliteringsplanen. Et andet formål er, at borgeren finder troen på, at han/hun vil kunne genvinde de funktioner, som kroppen har tabt, og dermed få en nemmere hverdag.

Handling

- SOSUhjælper orienterer sig i KMD Nexus ved hvert besøg, som minimum i Indsatsmål og i DRP.
- Borgers mål på kort sigt er beskrevet under **Indsatsmål**. De langsigtede mål fremgår dels af den **Forventede tilstand** og borgers **Mål og Ønsker**. Under **DRP** er der en konkret beskrivelse af de handlinger, der skal udføres sammen med borgeren. Her har terapeuten givet meget konkrete forslag, til hvad SOSUhjælper kan samarbejde med borgeren omkring.
- Det handler om at arbejde motiverende og aktiverende med borgeren, så I sammen finder ind til borgernes motivation – og arbejder herudfra.
- Skriv, hvad der er nyt og som relaterer sig til rehabiliteringen under **.observation** (eks. *"Borger stod ud af sengen uden støtte"* eller *"Borger ønskede ikke at gå med ud med affald, selv om det var aftalt"*). Observationen tagges med Rehab 83a
- Observationer, der ikke direkte har noget med rehabiliteringen at gøre, skrives

som vanligt også under **.observation** (eks. "Borger oplyser, at hun er forstoppet. Har ikke haft afføring i 5 dage")

Fase 5a: Fælles besøg

Deltagere: Borger, terapeuten, SOSUjælper/SOSUassistent og evt. hjemmesygeplejen

Formål

Dette er terapeutens 2. eller 3. besøg hos borger. Det er på dette møde, plejen og terapeuten sammen med borger kan gennemgå planen for rehabiliteringen og drøfte hvilke handlinger, der skal sættes i gang eller justeres, for at borgeren kan nå sit mål.

Da kendskab til den aftalte plan er helt nødvendig for kvaliteten og kontinuiteten af det videre forløb, er det meget vigtigt, at SOSUhjælperen så vidt muligt er den samme gennem hele forløbet.

Handling

- Mødet er aftalt mellem planlæggerne / terapeut i Genoptræning Gribskov og i hjemmeplejen. Det er Genoptræning Gribskov, der kontakter hjemmeplejen.
- Hvis én af parterne må aflyse besøget eller er forsinket, er det meget vigtigt at advisere de andre mødedeltagere hurtigst muligt. Telefonnummer bør stå på kørelisten.
- Planen drøftes og der laves konkrete aftaler mellem borger og medarbejdere.
- Terapeuten instruerer SOSUhjælper/SOSUassistent i, hvordan den personlige pleje eller praktiske hjælp skal udføres i samarbejde med borger.
- Hvis det er relevant præsenteres borgeren og SOSUhjælper også for et DigiRehab træningsprogram, enten på tablet eller i papirudgave.
- Terapeuten introducerer evt. SOSUhjælper/assistent til brugen af DigiRehab og de øvelser der indgår i DigiRehab.
- Genoptræning Gribskov og Hjemmepleje planlægger i så høj grad som muligt herefter deres besøg hos borgeren, så de kan mødes og udveksle erfaringer og instruktioner vedr. forløbet. Terapeuten ringer til planlæggeren i hjemmeplejen og aftaler næste fællesbesøg. Dette sker, når de er i borgernes hjem.

Fase 5b: Fælles besøg

Vi træner sammen: Der planlægges endnu et fælles besøg hurtigst muligt, hvor Digirehab programmet gennemgås. Ved dette besøg gennemgås Digirehab-øvelserne grundigt sammen med SOSUhjælper og borger, så de selvstændigt og sikkert kan varetage den del af træningen efterfølgende. Det er vigtigt, at det er den hjælper, der efterfølgende skal komme i hjemmet, som deltager på det fælles besøg. Dette besøg er det første af de 2 x 20 minutters træning ugentligt.

Efter gennemførelsen af øvelserne scorer hjælperen sammen med terapeuten, hvor godt det gik. Dette noteres i "Vi træner sammen- mappen" hos borgeren. Scoringen

er fremadrettet hjælperens indtryk af hvor ihærdigt borgeren arbejder med øvelserne og om disse gennemføres.

Fase 6: Rehabiliterende indsats – fortsat

Deltagere: Borger, Terapeuten, SOSUjælper/SOSUassistent og evt. hjemmesygeplejen

I denne fase skal der være fuld fokus på de handlinger, der kan medvirke til at borgeren når sine mål. Det er derfor vigtigt at borger, terapeut og plejepersonale følger den aftalte plan

Formål

Formålet er, at borger når de aftalte mål, inden for den givne tidsramme og så vidt muligt bliver i stand til selvstændigt at klare daglige aktiviteter.

Handling

- Hjemmeplejen udfører pleje og praktisk hjælp i samarbejde med borger og i overensstemmelse med den fælles rehabiliteringsplan.
- Hjemmeplejen dokumenterer desuden observationer som **.observation** som beskrevet ovenfor.
- **Vi træner sammen:** Hjælperen træner 2 x 20 minutter 2 gange om ugen sammen med borgeren. Hjælperen noterer hver gang i "Vi træner sammen - mappen", hvordan det er gået.
- Terapeuten justerer løbende rehabiliteringsplanen og informerer de øvrige samarbejdspartnere ved ændringer. SOSUhjælper er ved hvert besøg forpligtet til at orientere sig i fht **Indsatsmål** og evt. ændringer i **DRP**.
- Alle opfordrer de borgere, der anvender DigiRehab, til at selvtræne.
- Terapeuterne varetager både fysisk som funktionel træning – dvs. genoptræning af kropslige funktioner, genindlæring af forringede færdigheder, styrkelse af mestringsevnen og tilpasning af faktorer i omgivelser (eks. hjælpemidler) i det omfang, det vurderes at være relevant. I udgangspunktet aflægges 2 besøg ugentligt.
- Endvidere tester terapeuterne borgerens fysik og egenoplevede evne til at varetage egne behov.
- Terapeuten gentager tests regelmæssigt.
- **Vi træner sammen:** Digirehab-testen foretages regelmæssigt, dog minimum hver 4. uge. Ved behov tilpasses øvelserne, hvilket hjælperen skal være opmærksom på.
- Alle er medansvarlige for, at borgeren gør fremskridt, og at borgeren når sine delmål. Justeringer af handlinger og mål sker altid i samarbejde med terapeuten.

- Plejeleverandøren kontakter Genoptræning Gribskov, hvis denne oplever, at der er udfordringer i forhold til rehabiliteringsplanen.

Fase 7. Afslutning

Deltagere: Borger, terapeut og evt. pårørende

Forløbet afsluttes når:

- borgeren har nået sine mål *eller*
- potentiale for yderligere rehabilitering er udtømt *eller*
- forløbet har varet i 8 uger

Formål

At det fornødne grundlag for beslutning om det videre forløb er beskrevet. Ved behov for fortsat hjælp eller træning, at borger sikres de fornødne indsatser.

Handling

- Terapeuten kontakter visitationen, når de finder at rehabiliteringsplanens mål er indfriet og/eller potentialet med "Styrk hverdagen" indsatsen er udtømt eller når forløbet har varet i 8 uger.
- Det er terapeutens ansvar at sikre, at der foreligger en status på rehabiliteringsforløbet én uge før den fastsatte myndighedsopfølgingsdato. Det betyder, at det **Faglige notat** er opdateret for hver af de funktionsevnetilstande, der er omfattet af den rehabiliterende indsats.
- I slutstatus beskriver terapeuten den faglige vurdering af borgers formåen og funktionsniveau – konkret betyder det, at den **Nuværende tilstand** opdateres. Hvis borger fortsat har behov for hjælp, sikres det, at **DRP** er opdateret ifht borgers opnåede funktionsevneniveau. Hvis borger fortsat har et rehabiliteringspotentiale og den forventede tilstand derfor afviger fra den Nuværende, opdateres den **Forventede tilstand**.
- Derudover skal det oplyses, om borger fortsat søger hjælp eller andre kommunale indsatser, eks. træning, Flextrafik eller Aktivitetstilbud. Dette skrives i skemaet "**Slutevaluering 83a**"
- Hvis der er afprøvet hjælpemidler under forløbet, skal dette også fremgå af slutevalueringen. Det skal ligeledes beskrives om behovet for hjælpemidlet vurderes at være varigt.
- Terapeuten sender advis til visitationen, når slutstatus er udarbejdet.
- Plejen fortsætter, indtil der er advis fra visitationen.
- På baggrund af slutstatus fra Genoptræning Gribskov afgør visitationen, om borgeren er berettiget til hjemmepleje, træning, aktivitet eller hjælpemidler eller om der evt. skal henvises til andre kommunale myndigheder.
- For forløb, hvor der har været afprøvet hjælpemidler gælder desuden, at:

- Hjælpemidler som borgeren ikke fremover skal bruge, eller som borger selv skal købe, returneres til Genoptræning Gribskovs depot, hvis de er udlånt derfra.
- Team Hjælpemidler og Boligændringer adviseres om de hjælpemidler, som er rekvireret i kommunens hjælpemiddel depot og som skal returneres
- Team Hjælpemidler og Boligændringer adviseres om de hjælpemidler, hvor terapeuten vurderer, at de kan afhjælpe en varig funktionsnedsættelse. Team Hjælpemidler og Boligændringer vil herefter ændre bevillingen således, at det fremgår at hjælpemidlet er bevilget efter § 112.
- Terapeuterne afslutter borgers forløb:
 - Hvis borger er blevet **selvhjulpen**:
 - *Inaktiveres* de relevante datafelter, dvs. **Handlingsanvisning og Indsatsmål**. Inaktiverede datafelter kan altid genfindes i det **Historiske overblik**
 - **Nuværende og forventede tilstand** samt det **Faglige notat** opdateres
 - Hvis borger fortsat har brug for **hjælp**:
 - *Opdateres* **Indsatsmål, DRP, Nuværende og Forventede tilstand** samt **det Faglige notat**
 - DRP: Terapeuten opdaterer **Handlingsanvisningen** og sender advis til hjemmeplejen. I emnefeltet skrives "*REHAB indsats xx (eks. bad) opdateret*".
 - Planlægger kopierer teksten fra handlingsanvisningen fra "*REHAB*" til og med dato, men udelader ordene "*REHAB*", datoangivelsen samt "*Styrk Hverdagen*" i DRP. På dén måde bliver det klart for hjælper, at "*Styrk Hverdagen*"-forløbet er afsluttet. Plejen fortsætter aktiverende og rehabiliterende med udgangspunkt i det opnåede funktionsniveau.
 - Hvis det vurderes relevant aftaler terapeuten og plejen et fælles besøg med hjemmeplejen. Formålet er at sikre at hjemmeplejen er informeret om, hvordan borger hjælpes bedst muligt og de opnåede funktioner bevares
 - Hvis borger udelukkende har haft Genoptræning Gribskov som leverandør i "*Styrk Hverdagen*" og det ved afslutning vurderes, at der er behov for hjemmepleje, adviserer terapeuten visitationen to uger før forløbet afsluttes.

Herefter træffer visitationen afgørelse og bestiller de nødvendige indsatser hos hjemmeplejen. Der sendes samtidig advis til Genoptræning Gribskov, således at terapeuten har tid til at planlægge et fælles besøg med hjemmeplejen. Formålet er at sikre at hjemmeplejen er informeret om, hvordan borger hjælpes bedst muligt

og de opnåede funktioner bevares

- Visitationen sender afgørelsesbrev til borger i de tilfælde, hvor borger fortsat ansøger om hjælp.

Vi træner sammen: Hvis terapeuten afslutter Rehab-indsatserne hos borgeren, før de 8 uger er gået, fortsætter *Vi træner sammen* de fulde 7 uger. Terapeuten afslutter Styrk-Hverdagen-forløbet og adviserer Visitationen som vanligt. Visitationen afslutter Rehab-indsatserne. Træningen visiterer selv til sluttet med indsatsen "Digirehab Sluttet" og afslutter selv denne indsats, når testen er udført. I forbindelse med afslutningen dokumenterer og indtaster terapeuten data fra "Vi træner sammen-mappen" for hele perioden.

Leverandør af pleje afslutter ligeledes "Digirehab ved hjælper"-indsatsen.

2. Afvigelser i forløbet

A: Forlængelse af et forløb:

Hvis der er *vægtige* grunde til at forlænge et Styrk Hverdagen forløb, anmoder terapeuten om en revisitation:

- Klare og præcise **indsatsmål** (delmål) ved forløbets start, samt ved ansøgning om forlænget forløb, er en forudsætning for, at visitator kan tage stilling til anmodningen.
- De funktionsevnetilstande, der er forsøgt rehabiliteret, skal opdateres.
- Den tidsramme, som skønnes nødvendig for at nå de fastsatte mål, angives

Det skal overvejes, om målet for det forlængede forløb kan nås ved ambulantly genoptræning.

- Visitator skriver sin afgørelse i vurderingsskemaet "**Slutevaluering 83A**" Det er også her, visitator beskriver, hvor mange uger forløbet er forlænget
- "Organisation Rehabilitering 83A og advis" adviseres.

B: Procedure for afslutning af indsatser i løbet af et Styrk Hverdagen forløb:

Hvis enten plejen eller terapeuten vurderer, at én eller flere indsatser kan afsluttes undervejs i forløbet, kontakter parterne hinanden mhp. at drøfte overvejelserne og i fællesskab med borger tage beslutning om afslutning. Det er terapeuten, der som tovholder giver besked til visitationen om at en given indsats kan afsluttes.

Visitationen tager stilling til henvendelsen og giver besked til terapeut og pleje.

C: Procedure ved indlæggelse:

- Genoptræning Gribskov pauserer forløbet ved indlæggelse.
- Hvis forløbet afbrydes pga. af sygdom eller længerevarende indlæggelse, skal visitator tage stilling til, om et nyt forløb skal igangsættes efter udskrivelse, eller om det igangværende skal justeres.

Det vil altid være en individuel vurdering om

- Borgers funktionsevne er uændret og det igangværende forløb derfor blot kan genoptages

I skemaet "Status rehabilitering" skrives i den nederste rubrik "Borger har været indlagt 5 dage, Styrk Hverdagen forlænges tilsvarende". Den samme tekst sendes til "Organisation Rehabilitering 83A og advis"

- Borgers funktionsevne er ændret i en sådan grad, at det er nødvendigt med et nyt forløb
 - I dette tilfælde **afsluttes de eksisterende rehabiliterende indsatser** og der visiteres til nye relevante ydelser. Som altid skal visitator være opmærksom på, hvad der reelt vil kunne nås inden for 8 uger.
 - I FSIII opdateres tilstande, dvs. **aktuelle og forventede tilstande, borgers mål og ønsker og det faglige notat.**
 - Der sendes advis til "Organisation Rehabilitering 83A og advis"

3. Afklarende forløb

Der vil være tilfælde, hvor visitator ikke på baggrund af et enkelt visitationsbesøg vil kunne vurdere, om borger er berettiget til hjælp efter Servicelovens §83.

I disse tilfælde vil visitator have behov for at inddrage en mere detaljeret vurdering foretaget af tredjepart i sagsbehandlingen. Borger skal være medvirkende til at belyse sine evner inden for det ansøgte.

Konkret bestiller visitator et "Afklaringsbesøg". Dette forløb forestås af Genoptræning Gribskov.

Formål

At få belyst borgerens evne til selvstændigt at varetage de opgaver, borger ansøger om hjælp til.

Handling

- Visitator opretter én eller flere **funktionsevnetilstande**, men "scorer" dem ikke. Beskriver konkret og præcist, hvad der skal belyses, eksempelvis om borger kan udføre opgaven bredt, planlægge, tage initiativ til og sikre at opgaven bliver udført, udføre opgaven fysisk på passende vis (sundhedsmæssigt forsvarligt ud fra en faglig vurdering). Dette gøres i det **Faglige notat**. Der sendes advis til "Organisation Rehabilitering 83A og advis" og visiteres til "Afklaringsbesøg". Der sættes slutdato på indsatsen svarende til 2 uger.
- Terapeuten vurderer ved et enkelt besøg, om borger kan, eller ville kunne blive i stand til, at udføre de opgaver, der ansøges om hjælp til. Der skal i vurderingen tages højde for, om funktionsevnenedsættelsen ville kunne afhjælpes med et hjælpemiddel eller sædvanligt indbo. Det afklarende besøg aflægges inden for en uge efter bestilling.

Terapeuten dokumenterer sin vurdering i et **journalnotat**, der tagges med "Afklaringsbesøg"

Terapeutens vurdering, og evt. uddybende tests, vil indgå i de sagsoplysninger, der ligger til grund for en afgørelse.

Hvis terapeuten vurderer, at funktionsevnenedsættelsen vil kunne afhjælpes af et hjælpemiddel, men ikke har det pågældende hjælpemiddel med ud til borger, ansøger terapeuten Team Hjælpemidler og Boligændringer om at få hjælpemidlet leveret til afprøvning. Der anmodes samtidig om, at visitationen bestiller endnu et afklarende besøg. Hjælpemidlet bevilges efter §112, medmindre der er tale om almindeligt indbo eller et forbrugsgode. I disse tilfælde vil borger sædvanligvis selv skulle anskaffe redskabet eller betale en del heraf. Genoptræning Gribskov råder dog over enkelte redskaber, der kan udlånes til afprøvning.

Terapeuten adviserer visitationen, efter de(t) afklarende besøg og den endelige vurdering er dokumenteret.

- Visitator resumerer terapeuten's vurdering i det **Faglige notat**.
- Visitator træffer en endelig afgørelse, som sendes til borger.

Lovgrundlag: Dette forløb relaterer sig til Lov om Retssikkerhed §§10, 11, 11b, 12.

4. Oplæringsforløb

I visse tilfælde vil visitator, på baggrund af sagsoplysningen, vurdere, at borger ikke er berettiget til hjælp efter Servicelovens §83. Borger kan dog godt have behov for detaljeret råd og vejledning for selv at kunne udføre de opgaver, som hun eller han havde søgt om til at få udført.

I disse tilfælde er der mulighed for at visitere til et kort "Oplæringsforløb". Dette forestås af Genoptræning Gribskov og består af 1-3 seancer af ca. 1 times varighed, hvor borger modtager den ønskede rådgivning og instruktion.

Formål

At sikre at borgers funktionsnedsættelse afhjælpes gennem

- instruktion i hensigtsmæssige arbejdsteknikker
- brug / bedre brug af almindeligt indbo eller forbrugsgoder
- korrekt brug af visiterede hjælpemidler

Handling

- Visitator beskriver præcist i det **Faglige notat**, hvilke konkrete funktioner borger skal oplæres i at udføre (eksempelvis vride en karklud med én hånd, anvende robotstøvsuger, gå sikkert med rollator). Visitator bestiller forløbet hos Genoptræning Gribskov.
- Visitator bestiller forløbet som en indsats "Oplæringsbesøg". Der sættes slutdato på forløbet, svarende til 2 uger.

Visitator sender borger en skriftlig afgørelse, hvoraf det fremgår, at borger tilbydes et oplæringsforløb.

- Med udgangspunkt i de funktionsevnenedsættelser, der volder problemer, men som ikke berettiger til hjælp efter Servicelovens §83, giver terapeuten den fornødne rådgivning og instruktion. Ved behov kan terapeuten dokumentere vejledning og instruktion i et journalnotat som tagges "Oplæringsbesøg".
- Ved forløbets afslutning opdaterer terapeuten de relevante funktionsevnetilstande, således at det er dokumenteret, hvad borger mestrer. Det **Faglige notat** opdateres, så det fremgår helt klart, hvad borger er instrueret i og mestrer.

Lovgrundlag

Lov om Retssikkerhed §§ 10, 11, 11b og 12.

Bilag 1: Skematisk fremstilling af samarbejdet mellem træning og hjemmepleje

	Genoptræning Gribskov Altiden + Leverandør af pleje	Genoptræning Gribskov Altiden + Leverandør af pleje eller praktisk hjælp	Genoptræning Gribskov Altiden
Personlig pleje			
Hjælp til brusebad 1-2 gange ugtl.			X
Øvrig hjælp til personlig pleje	X		
Færdes ude			X**
Praktisk hjælp			
Rengøring ved borger, der aktuelt <i>ikke</i> kan deltage selv.		X	
Rengøring ved borger, der selv kan deltage			X
Revisiterede borgere			
Personlig pleje			
Hjælp til brusebad 1-2 gange ugtl.			X
Øvrig hjælp til personlig pleje	X		
Færdes ude			X*
Praktisk hjælp			
Rengøring ved borger, der aktuelt <i>ikke</i> kan deltage selv.		X	
Rengøring ved borger, der selv kan deltage		X	
*Genoptræning Gribskov varetager som udgangspunkt denne ydelse.			

Bilag 2: Om Styrk Hverdagen

1. Baggrund

Gribskov har siden 2015 arbejdet med Styrk Hverdagen.

Tilbuddet om rehabilitering gælder for borgere, der på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har behov for praktisk hjælp, hjælp til personlig pleje eller madservice Det fremgår af Lov om Social Service, at

§ 83 a. *Kommunalbestyrelsen skal tilbyde et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb til personer med nedsat funktionsevne, hvis rehabiliteringsforløbet vurderes at kunne forbedre personens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp efter § 83, stk. 1. Vurderingen skal være individuel og konkret og tage udgangspunkt i modtagerens ressourcer og behov.*

Stk. 2. Rehabiliteringsforløbet, jf. stk. 1, skal tilrettelægges og udføres helhedsorienteret og tværfagligt. Kommunalbestyrelsen skal fastsætte individuelle mål for rehabiliteringsforløbet i samarbejde med den enkelte modtager af forløbet. (...)

Stk. 4. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde modtageren af et rehabiliteringsforløb den nødvendige hjælp og støtte under forløbet med henblik på at nå de fastsatte mål, jf. stk. 2. Hjælpen og støtten skal løbende tilpasses udviklingen i modtagerens funktionsevne. Kommunalbestyrelsen kan ikke give afslag på hjælp efter § 83 alene med henvisning til, at modtageren ikke magter at gennemføre rehabiliteringsforløbet.«

Gribskov kommune har implementeret Servicelovens §83 a under overskriften Styrk Hverdagen. Styrk Hverdagen er for de borgere, hvor det må forventes, at træning og rehabilitering kan reducere behovet for hjælp. Borgeren får gennem Styrk Hverdagen hjælp til at genvinde eller styrke sine færdigheder.

Rehabiliteringsforløbet, der maksimalt løber over 8 uger, leveres af et tværfagligt rehabiliteringsteam bestående af terapeuter og plejepersonale.

2. Hvad er rehabilitering?

Rehabilitering defineres på flere måder.

WHO's definition

"Rehabilitering af mennesker med nedsat funktionsevne er en række af indsatser, som har til formål at sætte den enkelte i stand til at opnå og vedligeholde den bedst mulige fysiske, sansemæssige, intellektuelle, psykologiske og sociale funktionsevne. Rehabilitering giver mennesker med nedsat funktionsevne de redskaber, der er nødvendige for at opnå uafhængighed og selvbestemmelse."

Hvidbogens definition

"Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er at borgerne, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i

sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baserer sig på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats."

Gribskov Kommunes tilgang til rehabilitering er tæt knyttet op på lovgivningens ordlyd samt Hvidbogens definition. Styrk Hverdagen har fokus på at gøre den enkelte så selvhjulpne som muligt og dermed reducere behovet for hjælp. Metoden til at nå dette skal udspringe af borgerens motivation og giver frihed for terapeuter og plejepersonale i forhold til, hvordan Styrk Hverdagen planlægges hos den enkelte borger.

I Gribskov Kommune kaldes rehabilitering efter Servicelovens § 83a "Styrk Hverdagen". Styrk Hverdagen er et målsat og tidsafgrænset forløb, hvor borger og terapeuter fra Genoptræning Gribskov samarbejder med hjemmeplejen på de mål, som borger har sat for sit Styrk Hverdagen-forløb. Plejepersonalet består primært af SOSU-hjælpere. I visse tilfælde vil der også indgå SOSU-assistenten og sygeplejersker i forløbet. Forløbet kan maksimalt vare 8 uger. Under forløbet vil borger opleve at få trænet hverdagens aktiviteter, evt. træne fysisk ved hjælp af DigiRehab og, hvis det skønnes nødvendigt, afprøve udvalgte hjælpemidler. Hele forløbet er tovholdt af terapeuten.

I de gældende Servicebeskrivelser for alle områder står endvidere:

"Aktiverende, rehabiliterende og kompenserende indsats

I Gribskov Kommune ønsker vi at understøtte borgerne i et sundt liv med så mange gode leveår som muligt. Vi tror på, at alle borgere helst vil klare deres egen hverdag så mange år som muligt, og at mestre sit eget liv har en direkte sammenhæng med god livskvalitet.

Derfor ønsker vi, at en aktiv tilgang skal præge alle de sammenhænge, hvor man som borger møder en ansat, der har til opgave at hjælpe. Vi ønsker at støtte alle i at vedligeholde deres færdigheder ved at fokusere på, hvilke styrker og ressourcer den enkelte borger har.

Konkret kommer det til udtryk ved, at vi arbejder med følgende tre indsatsniveauer: Den rehabiliterende, den aktiverende og den kompenserende tilgang.

Den rehabiliterende tilgang

*Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, kognitive og/eller sociale funktionsevne, opnår et så selvstændigt og meningsfuldt liv som muligt og **generhverver** tabte eller **udvikler** nye funktioner. Det forventes, at borgeren deltager aktivt og på sigt udfører indsatsen helt eller delvist.*

Rehabilitering udføres som en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem borger, pårørende og personale. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation, og beslutninger består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret tilgang (Inspireret af Hvidbog om Rehabiliteringsbegrebet).

Den aktiverende tilgang

Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, kognitive og /eller sociale funktionsevne, opnår et så selvstændigt og meningsfuldt liv som muligt og fastholder eksisterende færdigheder/ funktioner,

herunder **udsætter** yderligere tab af funktioner. Det er nødvendigt at inddrage borgerens ressourcer i at udføre aktiviteterne/hjælpen.

Den aktiverende tilgang udføres i en samarbejdsproces mellem borger, pårørende, visitator og plejepersonale.

Den kompenserende tilgang

Formålet er at **bevare borgerens livskvalitet og værdighed** til trods for svækkelse/sygdom/handicap. Der ydes her en servicerende indsats ud fra kompensationsprincippet, jf. Servicelovens kapitel 1. Det betyder eksempelvis, at personalet træder til og gør det, borgeren ikke kan og heller ikke har mulighed for at opnå via en aktiverende og rehabiliterende indsats.

3. Styrk Hverdagen – erfaringer indtil nu

Styrk Hverdagen været i gang siden 2015. Fokus har været på nye borgere, der ansøgte om hjælp samt på at få revisiteret alle borgere, som allerede var kendt med visiteret hjælp.

Overordnet har Styrk Hverdagen vist god effekt, når effekten opgøres ved hjælp af start- og sluttesten som terapeuten udfører ved hjælp af DigiRehab.

Erfaringer fra Styrk Hverdagen er indtil nu:

- mange borgere har gentagne forløb med Styrk hverdagen
- flere borgere har meget lange forløb, væsentligt længere end de 8 uger
- samarbejdet mellem plejen og terapeuter kan styrkes. I nuværende forløb er der aftalt opstarts møde mellem plejen og terapeuten, hvor forløbet for borgeren fastlægges og det aftales, hvilke opgaver plejen skal udføre sammen med borger.

Målgruppen for tilbud om rehabilitering efter Servicelovens § 83a, er borgere, der på baggrund af deres funktionsevne niveau, vurderes at være berettigede til tilbud om hjælp efter § 83. Der har tidligere været en praksis med at anvende Styrk Hverdagen-forløb til at afdække borgers funktionsniveau og dermed til at afklare, om borgere var i målgruppen for hjælp efter §83. Rehabilitering efter §83a kan dog **ikke** anvendes til at afklare, om en borger er berettiget til hjælp efter § 83. Denne vurdering foretages af visitator på baggrund af den funktionsevnevurdering, der er en del af visitationsprocessen. Der er dog borgere, hvis funktionsevne er vanskelig at vurdere på baggrund af visitationsbesøget alene.

Hvis visitator er i tvivl, om en borger tilhører målgruppen for hjælp efter § 83, må sagen oplyses yderligere. I forbindelse med justeringen af Styrk Hverdagen, vil det fremover være muligt at iværksætte et afklarende forløb i de tilfælde, hvor der er behov en mere detaljeret vurdering af borgers funktionsevne. Dette vil ske efter Retssikkerhedslovens §§10, 11, 11b og 12.

Udover de tilfælde, hvor der er behov for at oplyse sagen yderligere for at kunne træffe en afgørelse, er der tilfælde, hvor borgere, der søger om hjælp efter Servicelovens §83, ikke er berettiget til denne hjælp, men som har behov for instruktion eller oplæring for at kunne afhjælpe den givne funktionsnedsættelse. Denne borgergruppe vil fremover kunne tilbydes et oplærende forløb.

Nedenfor vil de enkelte ændringer blive gennemgået.

4. Et justeret Styrk Hverdagen - tilbud

Styrk Hverdagen bliver opdateret ved:

- en præcisering af den målgruppe, der fremover skal tilbydes Styrk Hverdagen
- klare kriterier for, hvilke borgere der kan tilbydes mere end ét forløb

Herudover suppleres myndighedens sagsbehandling med et nyt redskab – et **Afklaringsbesøg** af terapeut. Formålet er at få belyst sager ved en mere detaljeret vurdering af borgers funktionsevne niveau og ressourcer.

Endeligt bliver der fremover mulighed for at tilbyde borger et **Oplæringsforløb** à 1-3 besøg. Oplæringsforløbet bevilges på baggrund af Lov om Retssikkerhed §§ 10, 11, 11b og 12.

Formålet er

- instruktion i hensigtsmæssige arbejdsteknikker
- bedre brug / brug af almindeligt indbo eller forbrugsgoder
- korrekt brug af visiterede hjælpemidler

4.1. Målgruppen, der fremover tilbydes Styrk Hverdagen

Formålet med at præcisere målgruppen for Styrk Hverdagen er, at sikre, at det er de borgere, der vil få effekt af et Styrk Hverdagen forløb, som modtager tilbuddet.

Antallet af Styrk Hverdagen-forløb per borger vil fremover reduceres på grund af den nye afgrænsning af målgruppen.

Herudover indskærpes det, at et Styrk Hverdagen-forløb i udgangspunktet varer **8 uger**.

Målgruppen for Styrk Hverdagen er fremover:

A) Nye borgere (Borgere, der på tidspunktet for ansøgning ikke modtager hjælp efter SEL §83):

- fra eget hjem
- fra midlertidig plads
- fra hospitalet (– med og uden GOP)

B) Kendte borgere, der har behov for mere hjælp:

- fra praktisk hjælp til personlig hjælp
- fra ugebad (eller andre ugentlige ydelser) til daglig hjælp
- fra praktisk hjælp til mere praktisk hjælp (eks. tøjvask, hvor borger får hjælp til rengøring)

C) Borger der, som hovedregel, ikke skal tilbydes § 83A:

- borgere der allerede er visiteret til daglig personlig pleje og søger om mere personlig pleje

Vurderingen tager dog fortsat udgangspunkt i en konkret, individuel stillingtagen til, om borger vil kunne profitere af et Styrk Hverdagen-forløb.

Det er vigtigt, at der hos denne gruppe borgere er et stadigt fokus på, at plejen arbejder ud fra en aktiverende tilgang. Dette for at sikre, at færdigheder i videst mulige omfang vedligeholdes og om muligt forbedres.

Nedenfor ses visitationsforløbet for de enkelte borgergrupper.

Ad A.

1. Nye borgere fra eget hjem:

Ny borger der ansøger kommunen om hjælp til praktisk/personlig pleje eller begge dele. Ved tvivl, om borger er i målgruppen for hjælpe efter § 83a kan visitationen tildele et afklaringsforløb. Ved afslag kan borger evt. tilbydes et oplæringsforløb

2. Nye borgere fra midlertidig plads:

Nye borgere der har været indlagt på midlertidig plads enten via hospitalet eller fra eget hjem. Borgeren ansøger om kommunen om hjælp til praktisk/personlig pleje eller begge dele.

3. Nye borgere fra hospitalet:

Borgere der udskrives fra hospitalet. Borgeren ansøger om kommunen om hjælp til praktisk/personlig pleje eller begge dele.

4. Nye borgere fra hospitalet der kommer hjem med en GOP:

I de tilfælde hvor borgeren udskrives med en genoptræningsplan (GOP) fra hospitalet og behov for hjælp, skal visitator nøje vurdere, om det vil være mest effektivt at afvente et evt. Styrk Hverdagen-forløb til *efter* et genoptræningsforløb, eller om Styrk Hverdagen skal gives sideløbende med genoptræningen. Et eksempel kunne være en borger med hoftebrud, der skal træne i 8 uger og i perioden har behov for hjælp. Her igangsættes træning og der visiteres til tidsafgrænset hjælp, mens vurderingen af Styrk Hverdagen først er relevant, hvis borger har behov for fortsat hjælp efter genoptræningen.

Ad B

Kendte borgere, der søger om mere hjælp:

1. Borgeren modtager praktisk hjælp, men søger nu om hjælp til personlig pleje.
2. Borgeren har tidligere kun modtaget ugentlige ydelser f.eks. ugentlig bad og ansøger nu kommunen om mere personlig hjælp.
3. Borgeren modtager praktisk og søger nu væsentligt mere praktisk hjælp – har eksempelvis hjælp til rengøring og søger nu også hjælp til tøjvask.

4.2. Afklaringsbesøg

Fremover vil visitator have mulighed for at bestille et afklarende forløb i de tilfælde, hvor der er behov for oplysning af sagen ved 3. part for at kunne træffe en afgørelse. Denne mulighed vil formentlig bidrage til at reducere antallet af Styrk Hverdagen-

forløb.

Formålet er yderligere sagsoplysning ved 3. part, således at visitator, ved tvivl om borgernes funktionsnedsættelse, har mulighed for at bestille en mere detaljeret afdækning af borgeres funktionsevne.

Afklaringsbesøget er en selvstændig ydelse som visitator bestiller. Der sættes slutdato på indsatsen, så den er åben i 14 dage. Borger har krav på en afgørelse, og borgers funktionsevne skal derfor afklares hurtigt

Besøget foretages af Genoptræning Gribskovs terapeuter og varer en time. Efter endt afklaringsbesøg hos borgeren, dokumenterer terapeuten sin vurdering. Visitator kan herefter træffe en afgørelse:

- skal borger helt eller delvist have afslag på den ansøgte hjælp
- skal borger tilbydes et Oplæringsforløb efter Retssikkerhedsloven §§ 10,11,11b og 12.
- er borger i målgruppen for hjælp efter Servicelovens §83
- er borger i målgruppen for træning efter Servicelovens §86 m.fl.

4.3. Oplæringsforløb

Der vil være tilfælde, hvor visitator, evt. på baggrund af et afklarende forløb, har vurderet, at en borger ikke er berettiget til hjælp efter §83. I visse tilfælde forudsætter denne vurdering, at borger kan bruge et hjælpemiddel hensigtsmæssigt og korrekt for dermed at kompensere for en given funktionsnedsættelse. Et oplæringsforløb sikrer borger den fornødne instruktion i eksempelvis at anvende et hjælpemiddel eller forbrugsgode korrekt. Der visiteres i disse tilfælde til et kort "Oplæringsforløb", som forestås af Genoptræning Gribskov og består af 1-3 seancer af ca. 1 times varighed, hvor borger modtager den ønskede rådgivning og instruktion.

Formål

At sikre at borgers funktionsnedsættelse afhjælpes gennem

- instruktion i hensigtsmæssige arbejdsteknikker
- bedre brug / brug af almindeligt indbo eller forbrugsgoder
- korrekt brug af visiterede hjælpemidler

5. Hjælpemidler- afprøvnings redskaber

Der er oprettet et mini-depot indeholdende de mest anvendte hjælpemidler til Styrk Hverdagen. Terapeuterne har fri adgang til at benytte hjælpemidlerne i både Styrk Hverdagen forløbet og i de enkelte afklaringsforløb.

Standardhjælpemidler, der ikke findes i dette depot, kan ansøges i Team Hjælpemidler og Boligændringer. For at sikre en fremskyndet sagsbehandling skriver terapeuten "Hjælpemiddel § 83a" i advisens emnelinje

Bilag 3: Oversigt over roller og ansvar i Styrk Hverdagen-samarbejdet og i "Vi træner sammen"

Visitator

Opstart:

Vurderer borger funktionsniveau og træffer afgørelse om borger er i målgruppen for et Styrk Hverdagen forløb.

Aftaler formål med forløbet sammen med borger og beskriver, hvad der forventes opnået med den rehabiliterende indsats. Baggrunden for borgers situation beskrives kort og det beskrives ligeledes i hvor høj grad borger er motiveret for rehabilitering. Det skal fremgå af oplægget om der er særlige kognitive eller sociale udfordringer, der skal tages højde for i rehabiliteringen.

Visiterer til de rehabiliterende indsatser og sender besked til Genoptræning Gribskov og til evt. leverandør af hjemmepleje.

Afslutning:

Efter endt rehabilitering skriver Genoptræning Gribskov en status. Visitator træffer en afgørelse på denne baggrund og sender om nødvendigt denne til borger.

Planlægger Genoptræning

Opstart:

Modtager advis fra visitationen

Kontakter borger inden for 2 dage fra henvendelse, og aftaler opstart, når der findes en ledig tid.

Hvis det er muligt, skriver planlægger til hjemmeplejen og aftaler fælles besøg i fbm opstart. Hvis dette er muligt, aftaler terapeut selv dette med hjemmeplejens planlægger. Samtidig aftales det fælles "Vi træner sammen"- møde.

Videresender henvisningsadvis til den terapeut, der skal træne med borger.

Afslutning:

Sender besked til visitationen om at borger kan afslutte sit Styrk Hverdagen forløb

Pauserer borgers planlagte besøg ved indlæggelse.

Planlægger om nødvendigt en DigiRehab Sluttest – gælder for borgere, hvis Styrk Hverdagen-forløb er blevet afsluttet før de 8 uger.

Planlægger hjemmeplejen

Opstart:

Modtager advis fra Visitationen.

Kontakter borger og aftaler opstart af de visiterede indsatser. Planlægger disse.

Modtager advis fra Genoptræning Gribskov vedr. fælles besøg og besvarer denne.

Planlægger og låser de fælles besøg. Terapeutens tlf. nummer skrives på besøget, så hjælper kan ringe til terapeut ved forsinkelse eller aflysning af et planlagt fælles besøg.

Planlægger skal være opmærksom på, at fælles besøg skal være med den faste hjælper. Det er bedre at aflyse et fælles besøg end at sende en vikar, der ikke kender borger.

"Vi træner sammen" planlægges. Ydelsen **Digirehab ved hjælper – 83a** anvendes

Træningen lægges hensigtsmæssigt, så borgeren kan magte det, dvs. ikke lige efter bad, morgen toilette eller anden træning

Afslutning:

Det er altid terapeuten, der tager endeligt stilling til, om en rehabiliterende indsats kan afsluttes. Rehabiliterende indsatser afsluttes derfor kun efter besked fra Visitationen.

"Vi træner sammen" afsluttes efter besked fra terapeuten.

SOSUhjælper

Opstart:

Orienterer sig i oplægget fra Visitationen. Bestræber sig på at udføre de visiterede indsatser på en inddragende måde og på at motivere borger til at indgå aktivt i forløbet. Brug evt. "Motivationsguiden". Afventer i øvrigt terapeutens 1. besøg

Kontakter terapeut, hvis der er problemer med at være fremme til de fælles møder.

Orienterer sig ved hvert besøg i borgers DRP for at se, om der er ændringer i fht plejens opgaver i rehabiliteringen.

Ændringer i det, borger kan udføre, noteres som **Observation** og "tagges" med Rehab 83A". På den måde kan terapeuten let genfinde hjælperens notater.

Observationer, der ikke har noget med Styrk Hverdagen at gøre, skrives som vanligt som Observation, men tagges ikke.

Ved hvert efterfølgende besøg orienterer hjælper sig i dokumentationen, primært DRP. Orienterer sig ligeledes i borgers "Vi træner sammen"-mappe, hvor borgers træning også "scores"

Afslutning:

De rehabiliterende indsatser fortsætter, indtil der kommer besked fra Visitationen. Ved afslutningen af forløbet afgør visitator om borgers hjælp skal fortsætte eller afsluttes.

Ved fortsat hjælp er det vigtigt at arbejde på at vedligeholde de funktioner, som borger har oparbejdet i løbet af Styrk Hverdagen-forløbet.

Nogle borgere vil fortsætte deres "Vi træner sammen"-forløb i nogle uger efter at Styrk Hverdagen er afsluttet.

Terapeuten

Terapeuten er tovholder på Styrk Hverdagen-forløbet og det er således hende, der lægger og dokumenterer planen for rehabiliteringen og også endeligt vurderer, om der er rehabiliterende indsatser, der evt. kan afsluttes undervejs i forløbet.

Opstart:

Vi bestræber os på, at det første besøg kan aflægges inden for de første 2 uger efter bestilling af Styrk Hverdagen.

Ved første besøg opstilles mål for forløbet i samarbejde med borger, og de øvrige elementer i planen for borgeres rehabilitering beskrives. Evt. test udføres og dokumenteres.

Ved første fælles besøg drøftes planen for rehabilitering sammen med borger og hjælper, så det sikres, at man arbejder frem mod samme mål.

Ved det andet fælles besøg instrueres hjælper i DigiRehab-træningen.

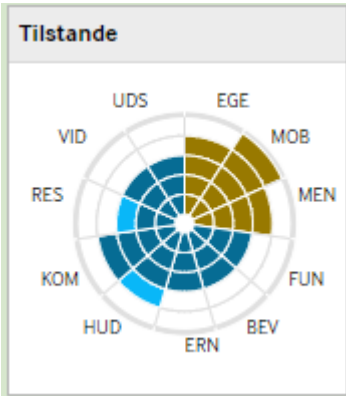
Undervejs i forløbet orienterer terapeut sig i hjælpers notater og justerer aktiviteter sammen med borger.
















Afslutning:

Når borger har nået målet for sin rehabilitering eller når tidsrammen for forløbet er nået, evaluerer terapeuten borger. Funktionsevnetilstande, herunder det **Faglige notat**, opdateres. Det sikres, at handlinger, som fortsat skal udføres af plejen, fremgår af DRP. Handlingsanvisninger, der ikke længere har relevans, inaktiveres. Der sendes advis til visitator, som på baggrund af evalueringen afgør, om hjælpen kan afsluttes eller skal overgå til §83.

Ved borgere, der har afsluttet et Styrk Hverdagen forløb inden for 8 uger, fortsætter "Vi træner sammen" indtil borger i alt har fået ca. 14 ugers træning. Herefter sluttet terapeuten borger og sikrer, at hjælpers "scoringer" er dokumenteret elektronisk.

Bilag 4: FSIII Arbejdsgangsbeskrivelse (terapeuter)

FSIII Styrk hverdagen	
Flow – fra start til slut	Hvad skal gøres?
Hvor er jeg i Nexus	Plan – Tilstande
	<p>En funktionsevnetilstand repræsenterer et behovsområde og dækker over tilstande inde for Servicelovsområdet. Funktionsevnetilstande opdelt på 5 områder og dækker over 30 funktionsevnetilstande.</p> <p>En tilstand består af en klassifikation og en tilhørende præcisering i form vurdering på en skala fra 0-4.</p> <p>Det er altid visitator og terapeuter der opretter funktionsevnetilstande. Det er kun visitator og terapeuter der kan oprette og opdatere det nuværende- og det forventede niveau (scoringen) af tilstanden og de felter der vedrører borgers vurdering, ønsker og mål mv.</p> <p>Det faglige notat oprettes altid af visitator eller terapeut og skal opdateres ved behov. Dette kan både gøres af visitatorer, terapeuter, sygeplejersker og SSA.</p> <p>De tilstande der dækker over et aktuelt behovsområde, skal gemmes som aktive. Tilstandene ses i tilstandshjulet som gule og giver et hurtigt overblik over borger.</p> <div style="text-align: center;">  <p>Tilstande</p> </div> <p>I FSIII er sagsoplysning helhedsvurderingen og udredning af funktionsevnetilstande</p>

Funktionsvurderingen	<p>Funktions- og ressourcevurderingen: Anvendes som en dybdegående oplysning af sagen indenfor de funktionsområder, som vurderes at være relevante i den pågældende sag. Disse tilstande udfyldes og gemmes som aktive.</p> <p>I Styrk Hverdagen forløb skrives altid overskriften REHAB i det faglige notat. Dette for at synliggøre, at der er et rehabiliteringsforløb i gang på en eller flere tilstande.</p> <p>Tilstande der automatisk hentes til indlæggelsesrapporten: Vaske sig, Af og påklædning, Gå på toilet, Forflytte sig, Færdes i forskellige omgivelser, Drikke og Spise.</p> <p>Når de 7 omtalte funktionsevnetilstande er aktive vil det faglige notat samt niveau for begrænsninger trækkes til indlæggelsesrapporten.</p> <p>Når tilstanden er inaktiv trækkes teksten ikke relevant til indlæggelsesrapporten, så hospitalet får denne information, at borger ikke har begrænsninger</p>																				
Niveau for funktionsevnetilstande	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="402 853 762 887">Niveau</th> <th data-bbox="762 853 1118 887">Problemets karakter</th> <th data-bbox="1118 853 1458 887"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="402 887 762 1055">Niveau 0</td> <td data-bbox="762 887 1118 1055">Ingen/ubetydelige begrænsninger</td> <td data-bbox="1118 887 1458 1055">  Borgeren er selvstændig og har ikke behov for personassistance for at udføre aktiviteten </td> </tr> <tr> <td data-bbox="402 1055 762 1223">Niveau 1</td> <td data-bbox="762 1055 1118 1223">Lette begrænsninger</td> <td data-bbox="1118 1055 1458 1223">  Borgeren er den aktive part og kan med let personassistance udføre aktiviteten. </td> </tr> <tr> <td data-bbox="402 1223 762 1525">Niveau 2</td> <td data-bbox="762 1223 1118 1525">Moderate begrænsninger</td> <td data-bbox="1118 1223 1458 1525">  Borgeren er den aktive part og kan under forudsætning af moderat personassistance udføre aktiviteten. Klarer stort set at overkomme/overskue/tage initiativ til en eller flere funktioner </td> </tr> <tr> <td data-bbox="402 1525 762 1827">Niveau 3</td> <td data-bbox="762 1525 1118 1827">Svære begrænsninger</td> <td data-bbox="1118 1525 1458 1827">  Borgeren deltager og kan under forudsætning af omfattende personassistance udføre aktiviteten. har vanskeligt ved at overkomme/overskue/tage initiativ til de fleste funktioner </td> </tr> <tr> <td data-bbox="402 1827 762 2063">Niveau 4</td> <td data-bbox="762 1827 1118 2063">Totale begrænsninger</td> <td data-bbox="1118 1827 1458 2063">  Borgeren er ude af stand til at udføre aktiviteten og har behov for fuldstændig personassistance. Er ude af stand til at overkomme/overskue/ </td> </tr> </tbody> </table>			Niveau	Problemets karakter		Niveau 0	Ingen/ubetydelige begrænsninger	 Borgeren er selvstændig og har ikke behov for personassistance for at udføre aktiviteten	Niveau 1	Lette begrænsninger	 Borgeren er den aktive part og kan med let personassistance udføre aktiviteten.	Niveau 2	Moderate begrænsninger	 Borgeren er den aktive part og kan under forudsætning af moderat personassistance udføre aktiviteten. Klarer stort set at overkomme/overskue/tage initiativ til en eller flere funktioner	Niveau 3	Svære begrænsninger	 Borgeren deltager og kan under forudsætning af omfattende personassistance udføre aktiviteten. har vanskeligt ved at overkomme/overskue/tage initiativ til de fleste funktioner	Niveau 4	Totale begrænsninger	 Borgeren er ude af stand til at udføre aktiviteten og har behov for fuldstændig personassistance. Er ude af stand til at overkomme/overskue/
Niveau	Problemets karakter																				
Niveau 0	Ingen/ubetydelige begrænsninger	 Borgeren er selvstændig og har ikke behov for personassistance for at udføre aktiviteten																			
Niveau 1	Lette begrænsninger	 Borgeren er den aktive part og kan med let personassistance udføre aktiviteten.																			
Niveau 2	Moderate begrænsninger	 Borgeren er den aktive part og kan under forudsætning af moderat personassistance udføre aktiviteten. Klarer stort set at overkomme/overskue/tage initiativ til en eller flere funktioner																			
Niveau 3	Svære begrænsninger	 Borgeren deltager og kan under forudsætning af omfattende personassistance udføre aktiviteten. har vanskeligt ved at overkomme/overskue/tage initiativ til de fleste funktioner																			
Niveau 4	Totale begrænsninger	 Borgeren er ude af stand til at udføre aktiviteten og har behov for fuldstændig personassistance. Er ude af stand til at overkomme/overskue/																			

			tage initiativ til funktioner.
<p>Opret tilstand Præcisering og udredning af tilstand.</p>	<p>Funktionsevnetilstande: Funktionsevnetilstanden beskrives både ud fra borgerens egen oplevelse af og myndighedens faglige vurdering af borger funktionsevne.</p> <p><u>Tilstandsklassifikation</u></p> <p>Vælges fra listen med arbejds i Plan -> Tilstande</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Årsag</u> Årsagen til tilstanden. Årsagen beskrives i tilstanden. Hvis flere tilstande skal kobles til en årsag gøres dette under plan->Tilstande. Er enten en årsagsbemærkning som er fritekst felt eller en årsagstilstand som er en anden tilstand. Årsagen og tilstanden relateres* • <u>Nuværende niveau</u> Funktionsevnetilstandens aktuelle karakter jf. ovenstående niveaubeskrivelse • <u>Fagligt notat</u> – Fagligt notat giver en aktuel overordnet status på borgers Funktionsevnetilstand. Det kan være kendetegn, observationer, borgers udsagn og reaktioner. Opdateres når der er ændringer i tilstanden, må opdateres af visitator, terapeuter og sygeplejerske/SSA • <u>Forventet niveau</u> hvilket niveau, det forventes borger at kan opnå med den kommunale indsats. Hvis det forventede niveau ikke forventes at progrediere, skrives nuværende niveau, også som det forventede niveau. <p><u>Borgers vurdering:</u></p> <p>Som en væsentlig del af udredningen dokumenteres også borgers egne tilkendegivelser i forhold til udførelse og betydning heraf.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>FSIII Udførelse:</u> Hvordan borger selv vurderer sin udførelse af funktionsevnetilstanden. • <u>FSIII Betydningen heraf:</u> Hvilken betydning tillægger borger den angivne udførelse. • <u>Borgers ønsker og mål:</u> Samtidig med dokumentationen af borgers tilkendegivelser af udførelse og deres betydning, kobles borgers ønsker og mål til hver enkelt tilstand, eller en samling af tilstande. Således at der allerede i sagsoplysningen skabes en sammenhæng mellem borgers ønsker og mål. <p><i>*Der findes en selvstændig arbejdsgangsbeskrivelse for relationer</i></p>		

Nedenstående er et eksempel på en funktionsevnetilstand. Beskrivelsesfeltet skal ikke anvendes.

Vaske sig Gem som aktiv Annullér 🖨 Vis tidligere versioner Vis tilstandsoverblik Vis tilstandsdetaljer

Oprettelsesdato: 24-09-2018

Status: Aktiv

Tilstandsdetaljer

Nuværende niveau: 3 - Svære begrænsninger

Fagligt notat: REHAB
Borger er i stand til at deltage i del funktioner i vaske sig. Borger kan selvstændigt vaske sig foroven, men mangler strategier til at strukturere aktiviteten. Borger kan ikke vaske sig fornedet da han bliver usikker på benene. Borger føler sig usikker på benene under aktiviteten og er bange for at falde. Borger er vejledt i at anskaffe sig en skridsikker måtte. Borger har en badebænk, men er ikke glad for at bruge denne

Forventet niveau: 2 - Moderate begrænsninger

Beskrivelse:

Borgers vurdering

Udførelse: Udfører dele selv


Betydning af udførelse: Oplever begrænsninger

Borgers forventning og mål: Borger ønsker at blive sikker i badesituationen og ønsker at kunne klare mere af den daglige hygiejne

Skema til Status rehabilitering

Alle borgere i 83A forløb skal have ved start af forløbet have oprettet et skema 'Status rehabilitering' Skemaet tilføjes under Plan – Tilstande – Vurdering

Årsager | Tilstandsdetaljer | Udredning | Indsatser | Vurdering | Observationer

Vurdering + 

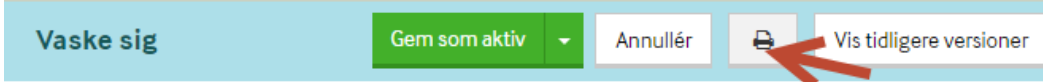
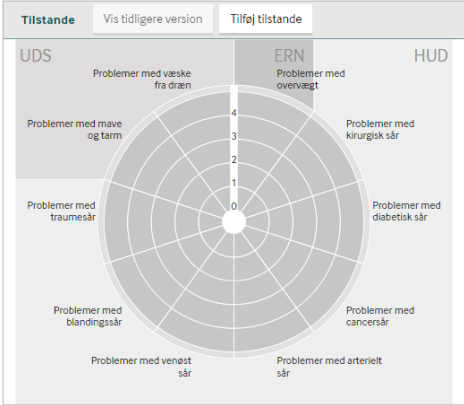
Der laves en **relation** mellem skemaet og den/de tilstande borger har rehabiliterende indsats på.

I feltet 'Status nederst i skemaet dokumenteres det at borger har givet sit samtykke til mål og plan.

Status: 7. jan. 2019: Borger giver samtykke til mål og plan jvf. mål og handlinganvisninger.

Status korte mål

Status langsigtede mål

<p>Opdatering tilstande</p>	<p>En tilstand skal opdateres, når der sker ændringer i borgers tilstand.</p> <p>Opdatering af en tilstand <u>kan</u> betyde både opdatering af niveauet, det faglige notat og de tilhørende mål og handlingsanvisninger.</p> <p>Det faglige notat opdateres ved at slette data der ikke længere er relevant, tilføje ny dokumentation og gemme som tilstanden aktiv. Man kan altid læse historik på tilstanden ved at trykke på print-ikonet så der dannes en pdf. Her læses alt hvad der er skrevet på tilstanden i kronologisk rækkefølge.</p> 
<p>Inaktive tilstande</p>	<p>En tilstand der ikke længere er aktuel skal inaktiveres. Alle inaktive tilstande ses i det inaktive tilstandshjul i overblikket FSIII Udvidet.</p> 
<p>Gøre en inaktiv tilstand aktiv igen</p>	<p>Inaktive tilstande kan findes i listen Plan->Tilstande. De ses som blege i farven. Tilstandene kan gøres aktive igen ved at opdatere tilstanden og gemme den som aktiv.</p> <p>Tilstanden kan også gøres aktiv igen, ved at finde tilstanden i det inaktive tilstandshjul og herfra opdatere tilstanden og gemme den aktiv igen.</p>

Bilag 5: Hvad er Digirehab-programmet:

Digi-rehab er et digitalt understøttet træningsprogram. Det er udviklet til at Sosu hjælpere kan træne sammen med borgerne. Øvelserne i programmet er primært styrketræning rettet mod benmuskulatur og mave/ryg muskulatur for på den måde at øge borgerens mobilitet og stående/siddende balance og stabilitet.

Digi-rehab er en digital platform som Gribskov kommune har tilkøbt til sit journal system. Digi- rehab består blandt andet af en test, som afklarer hvilke øvelser den enkelte borger kunne have glæde af at udføre i forhold til at forbedre det fysiske funktionsniveau.

Hvad er "Vi træner sammen"?

Vi træner sammen er et supplerende tilbud i Gribskov kommune til borgere, der visiteres til rehabilitering efter Servicelovens §83a. Tilbuddet består af 2 x 20 minutter om ugen i 6-7 uger. Tilbuddet varetages i tæt samarbejde mellem terapeut, Sosu-hjælper og planlægger.

Tilbuddet løber fra marts 2019- efteråret 2020 og følges tæt af projektleder, projektgruppe og projektejer.