

Opstartsforløb

Dette er en beskrivelse af det opstartsforløb der ligger i de helhedsplejeforløb der kan visiteres efter Ældreloven §10.

Formål

Formålet med opstartsforløbet er at sikre en tværfaglig tilgang til borgeren gennem et forløb hvor flere aktører er involveret i, at afdække borgerens behov. Denne tilgang skal sikre at der er tilstrækkelig med information til at afgøre hvilket forløb borgeren skal have uden behov for ændringer, førend borgerens funktionsniveau ændrer sig.

- **Medarbejder perspektiv:** Sikre optimalt fysisk og psykisk arbejdsmiljø og kontinuitet for medarbejderen.
 - Herunder APV-Hjælpe midler mm.
 - Opstartsansvarlig.
 - Konfliktforebyggelse ved tidlig forventningsafstemning med borger og pårørende.
- **Borgerperspektiv:** Sikre den rette behandling/hjælp til borgeren.
 - Tilknyttet opstartsansvarlig.
 - Færrest muligt i borgerens hjem.
 - Forventningsafstemning og inddragelse af pårørende.
 - Pleje- og behandlingsbehov opspores tidligt og løbende, og justeres gennem smidigt tværfagligt samarbejde.
 - Sikre helhedsorienteret indsats.
- **Tværfagligt perspektiv:** Sikre en tværfaglig tilgang i helhedsplejeforløbet hos borgeren.
 - At skabe et øget tværfagligt samarbejde med et fælles mål for borgerforløbet.
 - At få de rette APV-hjælpe midler.
 - Få skabt gode relationer.

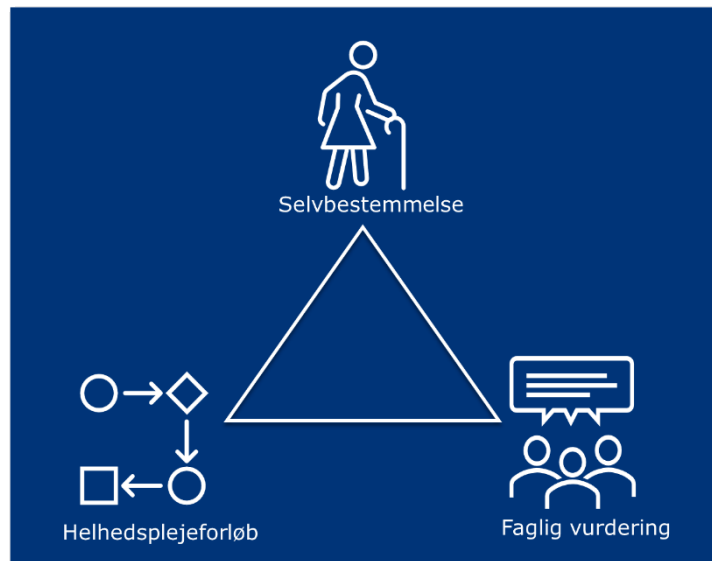
Opstartsforløbet skal sikre borgeren bedre relationer fra start, bedre samarbejde omkring borgerens problematikker og videndeling af de informationer som er vigtige for at træffe korrekt afgørelse om borgerens forløb.

Opstartsforløbet understøtter tilgangen i helhedspleje på følgende vis:

- ✓ Tværfagligt samarbejde der er koordineret giver kontinuitet og sikrer trygge relationer
- ✓ Opstartsbesøg giver mulighed for bedre pårørende samarbejde, som en fast del af opstartsforløbet
- ✓ Dialogen med borgeren giver mulighed for forventningsafstemning, bedre relation til medarbejderne der kommer i borgerens hjem og mulighed for at sætte ord på de ønsker og behov, borgeren har.
- ✓ Tværfagligt samarbejde der taler ind i at anskue borgeren i helhedsorienteret perspektiv og sikre den tværfaglige tilgang.
- ✓ Tværfaglige møder hjælper med en fælles faglig vurdering medarbejderne kan stå på i mødet med borgerne.

Det vigtigste element er at medarbejderen sammen med borgeren får en dialog om selvbestemmelse, helhedsplejeforløbet og medarbejderens faglige vurdering jf. figur 1. Denne kombination udgør den fleksibilitet og indflydelse både medarbejder og borger har på helhedsplejeforløbet.

For mere information henvises til dokumentet 'Beskrivelse af Helhedspleje'.



Figur 1: Kombinationen af 'Selvbestemmelse', 'Helhedsplejeforløb' og 'Faglig vurdering' gør udgangspunkt for dialogen med borgeren.

Målgruppe

Målgruppen er følgende for at modtage opstartsforløbet:

Nye borgere: "Ny borger som ikke er kendt af hjemmeplejen eller modtaget hjælp de seneste 3 måneder, i henhold til Servicelov §83 eller Ældreloven §10."

Kendte borgere: "Kendte borgere der får opstartsforløb, er nogle hjemmeplejen kender som efter indlæggelse har ændret funktionsniveau."

Beskrivelse af forløb

Følgende er en beskrivelse af step 1, 2 og 3. ([Se figur 2](#)). Der forefindes en tjekliste til opstartsforløbet [her](#).

1. Step:

Dag 1 - 3

Forløbet starter hos Visitationen, hvor der visiteres et helhedsplejeforløb, hvori der ligger et opstartsforløb. Herefter vil der i teamet blive knyttet en opstartsansvarlig til borgeren.

Følgende udføres hos borger inden 3 dage;

- Opstartsbesøget
- Målsætning for borger
- Boligens indretning
- Afklaring af behov for hjælpemidler
- Afklaring af rehabiliteringspotentiale
- Der opstartes på dokumentation

Opstartsbesøget skal indeholde:

- Forventningsafstemning
 - Borgerens målsætning (Se [PSFS](#))
 - Forløbets rammer
- Opstart af APV
- Eventuel inddragelse af pårørende
- Henvielse til lokale foreninger og aktiviteter

Tjekliste til opstartsbesøg findes [her](#).

2. Step:

Dag 4 – 6

Her afholdes tværfaglige møde(r) hvor borger drøftes og der findes en plan for borgeren i forhold til målsætning, behov og plan. Efter mødet er konkrete aftaler/opgaver på plads med en ansvarlig person.

Her inviteres de medarbejdere ind der har snitflade med borgeren eller som kan tænkes skal udrede borgeren. Det aftales på mødet hvem der skal inviteres med til næste gang.

På de tværfaglige møder gennemgås borgeren ud fra ISBAR:

I: Hvem er borgeren (og hvem er pårørende)

S: Hvordan er borgerens situation

B: Kort baggrundsbeskrivelse/hvad er gået forud

A: Kort analyse af situationen. Er der mangler eller udfordringer

R: Råd/forslag om den videre behandling

Løbende dokumentation, herunder på møder og ved besøg for nærmere udredning.

3. Step:

Dag 7 – 10

Opstartsansvarlig samler trådene og der findes frem til en afklaring af, hvilke tiltag borgeren har behov for ved opsamling på tværfagligt møde.

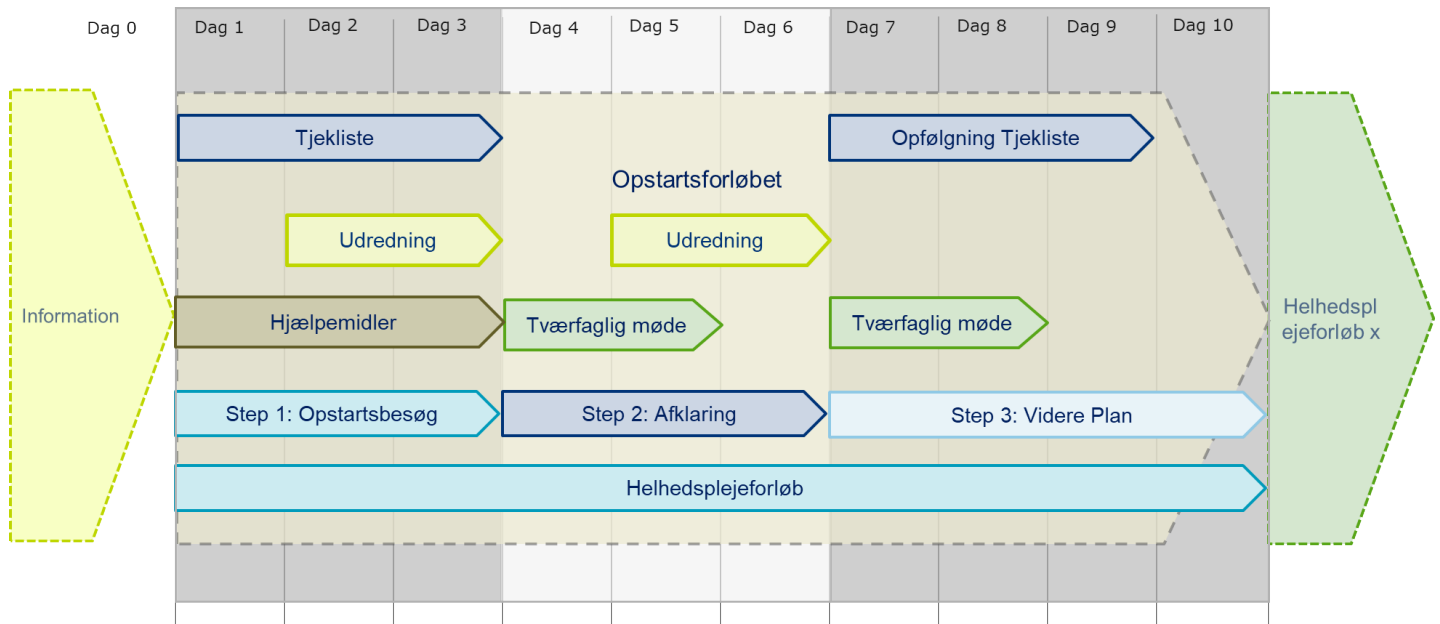
Ved behov kan der efter denne afklaring, lægges op til, at borgeren tages op på tværfaglig borgerkonference.

Der sendes ved behov nyt afgørelsesbrev, hvis det vurderes at borgeren skal have et andet helhedsplejeforløb.

Opfølgning på tjekliste på [opstartsforløb](#).

Gennemgang af dokumentation.

Opstartsforløbet



Figur 2: Visuel beskrivelse af opstartsforløbet

Det er væsentligt at forløbet er fleksibelt: Step 1 skal ikke nødvendigvis vare 3 dage, ligeledes kan step 2 også være mindre end 2 dage. Forløbet kan derfor samlet have forløb mellem 5 og 10 dage. Er forløbet afsluttet efter 10 dage, men der er problemstillinger der ønskes yderligere drøftet, tages borgeren op på en tværfaglig borgerkonference.

Beskrivelse af opstartsansvarlig

Opstartsansvarlig har følgende opgaver;

- Det tilsigtes at samme person er med på opstartsbesøg
- Samler tråde og har overblik over borgerens forløb
- Koordinerer hvornår borgeren skal på tværfaglige møder
- Er ansvarlig for at opdatere dokumentationen ved møder
- Har overblik over borgerens forløb i EOJ-systemet
- Indkalder relevante fagligheder til tværfaglige møder
- Mødefacilitator på tværfaglige møder
- Følger [tjeklisten](#) for opstartsforløbet
 - Tjeklisten skal hjælpe opstartsansvarlig med at planlægge alle delaktiviteter i forløbet og sikre at, borgeren ved afslutning af forløbet er vurderet ud fra et helhedsperspektiv, hvor alle relevante faggrupper har været involveret.

Beskrivelse af arbejdsgange

Der er følgende arbejdsgange som har ændringer:

- Opstartsansvarlig har kontakt med borgeren og/eller pårørende fra start af og følger hele forløbet gennem tværfaglige møder og eventuelle borgerkonferencer.

- Fysio- og ergoterapeuter indgår fast i udredning af nye borgere og vil være en forudsætning for at afdække borgerens behov.
- Visitator, Sygeplejerske, fysio- eller ergoterapeut deltager i tværfaglige møder i de områder de er tilknyttet.
- Hvis borger har tilknyttet bostøtter, demenskonsulenter eller andre tilbud, inviteres tilknyttede medarbejdere med til tværfaglige møder.
- De faste tværfaglige møder foregår 1 – 2 gang(e) ugentligt á 60 min, det skal være en stringent mødestruktur hvor der er plads til minimum 4 og maksimum 6 borgere. Der skal være en mødefacilitator som styrer mødet og sikre gennemgangen af borgerne.
- Borgeren bliver fra start placeret i et forløb, på baggrund af Visitators afgørelse, i hvert af de 4 forløb er der et opstartsforløb.

Tjekliste til opstartsforløb

Step 1: Opstartsbesøg (Dag 1 – 3)

Opstartsbesøg

- Afdæk basale behov: Hvad er borgerens funktionsniveau og sundhedskompetence
 - Rehabiliteringspotentiale/digitale træningstilbud
 - Forflytning og mobilisering
 - ADL aktiviteter; dagligdags aktiviteter
 - Klinik - afdæk muligheden
- Opstartsbesøg [tjekliste](#) følges
 - Opstartsbesøget udføres af SSH/SSA evt. 2 personer
 - Forventningsafstemning

Målsætning

- Find målsætning for borgeren i det visiterede helhedsplejeforløb
- Hvad er forebyggelses-, rehabiliterings- eller udviklingspotentialet for borgeren?
- [PSFS-målsætning](#)

Boligens indretning

- Opdatering af APV og boligens indretning
- APV
- Indretning

Visitation af hjælpemidler

- Behovs afklaring af hjælpemidler
 - akut behov (nu og her) og på sigt – hænger sammen med rehabilitering, velfærdsteknologi og borgerens funktionsniveau

Step 2: Planlægning af møder (dag 4 – 6)

Afklaring

- Foretag løbende evaluering sammen med kollegaer til tværfagligt møde
- Inviter ekstra deltagere til tværfaglige møder som er relevante: de der har en snitflade til borgeren i de forskellige tilbud eller medarbejdere der varetager tilbud der kunne være relevante for borgeren.
- Deltag i det faste tværfaglige møde en gang om ugen (enten fysisk eller teams)
- Drøfte udredning og opfølgning på hjælpemidler og målsætning på mødet
- Gennemgang af ISBAR for borger på møderne

Step 3: Afslut forløbet (dag 7 – 10)

Videre plan

- Afgørelse efter tværfagligt møde og opstartsansvarlig har samlet trådene.
 - Opfølgning på hvilke tiltag der er sat i værk
 - Hvad er planen for borgeren?
 - Hvem gør hvad?
- STATUS og videre plan kan hvis ikke fundet på 1. tværfaglige møde findes på 2. tværfagligt møde.
- Ved tildeling af nyt helhedsplejeforløb - Nyt afgørelsesbrev

Dokumentation

- Opdatér generelle oplysninger, tilstande, døgnrytmeplaner, handlingsanvisninger mv.
 - Pårørende ressourcer og aftaler
 - Kontaktoplysninger og stamdata
-

Opstartsbesøg hos nye borgere i hjemmeplejen – tjekliste til mødet

Deltagere: Borger, 1-2 medarbejdere/teamleder, evt. pårørende

Hvornår: Hurtigst muligt max 3 dage

Sted: Hos Borger (pårørende kan tilbydes virtuel deltagelse)

Varighed: 1 times opstartsbesøg (enten 1 time med 2 medarbejdere eller 2 timer for én medarbejder) - inklusiv dokumentation

Goddag og formål med besøget (5 min.)

Præsentation.

Formål med opstartsbesøg. (afklares om planlægger gør dette/ det gøres på dagen/forventningsafstemning) (Sætte rammen)

Hvem er du? (20 min.)

Indhent input til generelle oplysninger:

- Livshistorie
- Motivation
- Helbredsoplysninger og HLR
- Ressourcer (fysiske og mentale)

Andet.

Foretag en vurdering af, om borger er i stand til at give et habilt samtykke og drøft eventuelt fremtidsfuldmagt.

Andre ting omkring borgeren, som vi skal være opmærksomme på?

Hvordan er din dagligdag? (10 min.)

Døgnrytme.

Indhent oplysninger til døgnrytmeplan.

Hvordan vi hjælper (10 min.)

Information til borgeren om, hvad der kan forventes og hvordan vi arbejder.

Hvad kan vi – og hvad kan vi ikke – hjælpe med (afhængig af visiterede helhedsplejeforløb).

Hvordan fungere selvbestemmelse i et helhedsplejeforløb (indflydelse på hjælpen ud fra de rammer der er og den faglige vurdering).

Rehabiliterende, forebyggende og vedligeholdende tilgang; du skal kunne mest muligt selv, så længe som muligt.

Vi arbejder med +/- en time ift. planlagte tidspunkter.

Vi forsøger at begrænse antallet af medarbejdere i hjemmet, men at det afhænger af hvilke behov der er for tilbud og udredning.

Andre muligheder.

- Velfærdsteknologi (f.eks. skærmbesøg)
- Dosisdispensering (hvis borger får medicin).
- Øvrige tilbud (drøft til tværfagligt møde)
- (SSA-klinikker/SPL-klinikker)

APV (10 min.)

Information om APV, og de krav vi har til hjemmet, samt snak om, hvordan vi kan løse det på en god måde.

Information om arbejdspladsvurdering (APV); vurdering af, om vi kan udføre vores arbejdsopgaver i hjemmet, på en forsvarlig måde.

- Udlevere pjecen fra Hjem til Arbejdsplads.

Information om relevante praktiske ting, f.eks. snerydning/saltning, lys, rygning, husdyr, hjælpemidler/pladskrav, værnemidler, sæbe, køkkenrulle m.v.

Snak om afvejning af hjemlighed og arbejdsmiljø.

Ved ændring i tilstand, kan det betyde, at der kommer andre krav til indretning m.v.

Spørgsmål og afrunding (5 min.)

Har borger og evt. pårørende fået den information, de har brug for.

Hvornår får de svar på de ting, som evt. ikke bliver afklaret på opstartsbesøget.

Oplyse om kontaktperson(er). Udlevere flyer med telefonnumre, inkl. navn på kontaktperson (hvis det kendes).

Opsummere hvad der er lavet af aftaler.

Hvad kommer der til at ske nu.

PSFS-målsætning

PSFS står for Patient Specifik Funktionel Status og kan anvendes til målsætning og opfølgning. Der er en standard tekst der kan anvendes til spørge ind til de 5 aktivitetsproblemer en borger har.

Ved første vurdering:

- Læs op: *"Jeg vil bede dig nævne op til 5 vigtige aktiviteter som du er ude af stand til at udføre, eller som du har svært ved at udføre på grund af dit problem."*
- Noter de aktiviteter borgeren nævner i skemaet. Vis derefter pointskalaen på et separat stykke papir.
- Læs op: *"Hvor svært har du i dag ved at: [nævn aktivitet]?"*
- Lad borgeren vurdere aktiviteten og noter i skemaet.
- Spørg derefter borgeren på samme måde om hver af de øvrige aktiviteter.

Dato				
Aktivitet	Vurdering score			
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Ved opfølgende vurderinger:

- Læs op: *"Da vi vurderede dig sidste gang, fortalte du mig, at du havde svært ved [læs aktivitet 1,2, 3 osv. op fra listen]."*
- Vis pointskalaen på et separat stykke papir.
- Læs op: *"Hvor svært har du i dag ved at: [nævn aktivitet]?"*
- Lad borgeren vurdere aktiviteten og noter i skemaet.
- Spørg derefter borgeren på samme måde om hver af de øvrige aktiviteter.

Pointskala:

Pointskala										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ude af stand til at udføre aktiviteten					I stand til at udføre aktiviteten som før problemet opstod					