

Gå til den overskrift til det afsnit i indholdsfortegnelsen, som du ønsker at læse mere om.

Indhold

Implementering af Ældreloven i Kerteminde Kommune	4
Kerteminde Kommunes velfærdsstrategi 1-2-3 modellen.....	4
Grundprincipper og tilgang	5
Forstå borgeren.....	5
Skab mening sammen med borgeren.....	5
Gør det muligt.....	5
Den omvendte trekant.....	6
Det gode ældreliv	6
Ældres medbestemmelse	6
Tillid til medarbejderne og borgernær ledelse	7
Samspil med pårørende og civilsamfund	7
Borgernær visitation	7
Afklaringsteam.....	8
Forløbsmodel for helhedspleje	8
Beskrivelse af de enkelte forløb i modellen	9
Afklarende forløb	9
Rengøringsforløb	10
Forløb 1	10
Forløb 2	10
Forløb 3	11
Forløb 4	11
Justering af tid tæt på borgeren	12
Visitorer på holdene	12
Digitalisering og dokumentation	13
Pondoo ruteplanlægning	13

Forenkling FSIII og Nexus	13
Nemmere Nexus	13
Digital træning – ExorLive	14
Skærmbesøg	15
Forebyggende, rehabiliterende og vedligeholdende indsatser	15
Terapeut på plejehjem	15
Terapeuter i plejen.....	16
Hverdagstræning Exorlive	16
Triagering	17
Helhedspleje og tværfaglighed	17
Borgerkonferencer	17
Faste hold	18
Holdmøder.....	18
Hvad kendetegner tværfaglige møder under Ældreloven?	18
1. Fælles vurdering af borgerens behov	18
2. Koordination på tværs af fagligheder.....	18
3. Fokus på kontinuitet og kvalitet	19
4. Understøtter borgerens selvbestemmelse	19
Kontinuitet i plejen	19
Tværfaglig koordination	19
Kompetenceudvikling	20
Demensrejseholdets metoder	20
Isbjerget.....	20
Blomsten	21
Perspektivskifte	22
Trivselskarret.....	23
Borger- og beboerkonferencer	24
Borgerens selvbestemmelse	24
Selvbestemmelse i praksis	25
Eksempler på selvbestemmelse i hverdagen	25

Et fælles ansvar	26
Udsnit fra Kvalitetsstandarder for Kerteminde Kommune.....	26
Kvalitetsstandard på Servicelovens ydelser danner ramme for hjælpen i Ældreloven	27
Hjælp til praktiske opgaver i hjemmet.....	27
Hjælp til mad og måltider	27
Fleksibilitet og bytteordning	28
Støtte til mestring	28
Side by Side undervisning	28
Kursuskatalog.....	29
Pårørende, lokale fællesskaber og civilsamfund	29
Fællesskabsambassadører.....	29
Projekt Det gode ældreliv.....	29
Projekt Fællesskaber først sammen med Steno, DGI og Waterdrops	30
Sociale henvisninger sammen med Ældre Sagen	31
Venneforeninger	31

Implementering af Ældreloven i Kerteminde Kommune

Ældreloven bygger på værdighed, selvbestemmelse og en mere helhedsorienteret tilgang til ældres liv. Den skal sikre, at hjælpen tager udgangspunkt i den enkelte borgers ønsker, behov og livssituation, og at ældreplejen bliver mere fleksibel, nærværende og præget af faglighed og tillid. Målet er en ældrepleje, hvor mennesker ikke blot modtager ydelser, men oplever reel indflydelse, tryghed og sammenhæng i hverdagen.

Kerteminde Kommunes velfærdsstrategi 1-2-3 modellen



Kerteminde Kommunes velfærdsstrategi bygger på grundtanken om, at god velfærd skabes i mødet mellem *Borgerland* og *Fagland*, hvor både borgernes perspektiver og medarbejdernes faglighed får plads og værdi.

Borgerland repræsenterer borgernes hverdag, ønsker, håb, drømme, erfaringer og livssituation. Her er fokus på, hvad der giver mening for den enkelte, og på at borgerne skal have reel indflydelse på de løsninger, der vedrører dem. Borgerland handler om at lytte, forstå og skabe velfærd med udgangspunkt i borgernes egne mål og ressourcer.

Fagland står for den professionelle viden, metoder og erfaring, som medarbejdere og ledere bringer ind i velfærdsopgaverne. Her ligger styrken i faglighed, kvalitet og ansvarlighed. Fagland skal sikre, at løsningerne er holdbare, etisk forsvarlige og bygger på den bedste viden.

Strategiens kerne er at skabe et stærkt og respektfuldt samspil mellem de to "lande". Når borgernes perspektiver møder medarbejdernes faglighed, opstår der løsninger, der både er meningsfulde og fagligt solide. Det kræver dialog, tillid og fleksibilitet og en fælles forståelse af, at velfærd skabes sammen.

Grundprincipper og tilgang

I borgerland skal hjælpen fra kommunen være så simpel og sammenhængende, at alle borgere nemt kan navigere i det.

Kompleksiteten håndterer vi i fagland. Det er i fagland vi samarbejder på tværs og taler fagsprog.

Vi har altid fokus på at forstå borgeren og den situation, borgeren er i.

Modellen omfatter tre trin.

1. Forstå borgeren
2. Skab mening sammen med borgeren
3. Gør det muligt

Forstå borgeren

Vi stiller spørgsmål før vi giver svar.

Vi er nysgerrige og udfordrer os selv og hinandens antagelser.

Først når vi forstår borgerens behov, kan vi skabe de gode løsninger.

Skab mening sammen med borgeren

Vi skaber en meningsfuld hjælp sammen i borgerland.

Vi lader os ikke begrænse af fagland.

Vi løser først det, der fylder mest for borgeren.

Borgeren skal opleve sig set, hørt og forstået i alt, hvad vi siger og gør.

Gør det muligt

Vi tænker ikke i faggrænser og siloer.

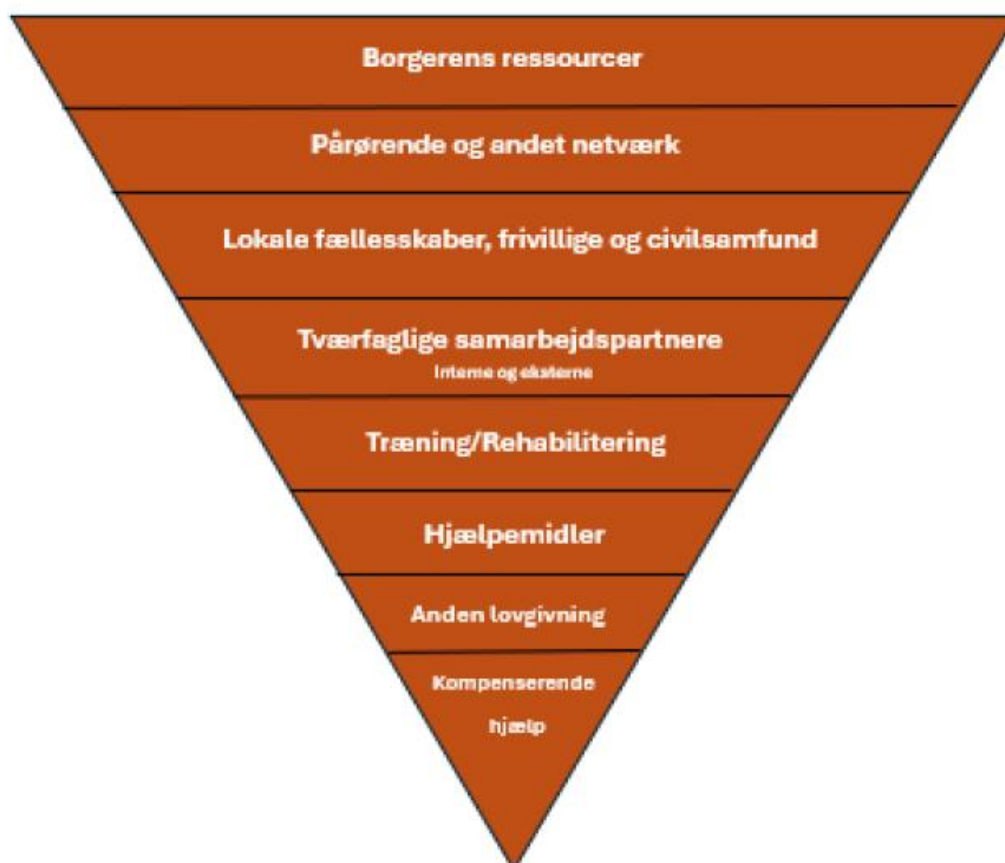
Vi får den gode løsning til at lykkes.

Vi tænker på tværs af kommunen og helt ud i lokal- og civilsamfundet.

Vi har pligt og ret til at sige det højt, hvis vi får øje på noget, vi ikke selv kan ændre.

Den omvendte trekant

Som supplement til 123-modellen anvendes ”Den omvendte trekant” (Figur 5), for at sikre at vurderingen tager udgangspunkt i en vurdering af borgerens helhedssituation og der fagligt er inddraget alle muligheder i forhold til hvem og hvad, der kan være med til at støtte borgerens behov.



Det gode ældreliv

Ældres medbestemmelse

Med ældreloven styrkes ældres ret til at bestemme over eget liv. Det betyder, at borgeren i højere grad skal inddrages i beslutninger om støtte, hverdagsrutiner og måden hjælpen tilrettelægges på. Medbestemmelse handler både om at blive hørt og om at få reel mulighed for at forme sin egen hverdag uanset funktionsniveau.

Tillid til medarbejderne og borgernær ledelse

Loven bygger på en tillidsbaseret tilgang, hvor medarbejdernes faglighed og dømmekraft får større plads. I stedet for detaljerede regler og kontrol skal medarbejderne have rum til at bruge deres professionelle vurderinger og skabe løsninger, der giver mening for den enkelte borger. Tillid ses som en forudsætning for kvalitet, arbejdsglæde og stabilitet i ældreplejen.

Kerteminde Kommunes serviceniveau er fastlagt i kvalitetsstandarderne, som udgør rammen for den pleje og omsorg, medarbejderne kan levere. Vi arbejder med et stærkt fokus på rehabilitering for at støtte borgeren i at bevare mest mulig selvstændighed, som er med til at understøtte deres livskvalitet.

Arbejdsgangsbeskrivelser og retningslinjer skal understøtte friheden til at løse opgaverne indenfor rammen.

Borgernær ledelse betyder, at beslutninger træffes tættere på både borgere og medarbejdere. Ledere skal være synlige, tilgængelige og tæt på den daglige praksis, så de kan understøtte fagligheden og skabe sammenhæng mellem politiske mål og borgernes oplevede behov. Det handler om at skabe korte veje fra udfordring til handling.

Samspil med pårørende og civilsamfund

Ældreloven lægger vægt på, at ældreplejen ikke står alene. Pårørende, frivillige og lokalsamfundet spiller en vigtig rolle i at skabe livskvalitet og fællesskab for ældre. Samspillet skal være respektfuldt og afstemt efter borgerens ønsker og det skal styrke både tryghed, netværk og meningsfulde aktiviteter i hverdagen. Medarbejderne skal støtte den enkelte borger med viden om og evt. kontakt til fællesskaber.

Borgernær visitation

Borgernær visitation handler om at flytte vurderinger og beslutninger tættere på borgerens hverdag. I stedet for lange, standardiserede sags gange skal visitationen foregå i dialog med borgeren – ofte i hjemmet – hvor behov, ønsker og muligheder kan afklares direkte. Det giver en mere helhedsorienteret og fleksibel tilgang, hvor faglighed og borgerens egne perspektiver mødes. Målet er at skabe hurtigere, mere relevante og mere personlige løsninger, der tager udgangspunkt i det liv, borgeren faktisk lever.

Medarbejderne har afgørende indflydelse på at tiden løbende justeres op og ned hos den enkelte borger alt efter aktuelt behov. Medarbejderen drøfter behov for ændringer på tværfaglige møder, med koordinator eller leder inden der justeres i tiden. Ældreloven

foreskriver denne løsning som *faktisk forvaltningsvirksomhed*, som betyder visitation tæt på borgeren.

Afklaringsteam

Hjemmeplejens afklaringsteam arbejder med at skabe et hurtigt og helhedsorienteret overblik over borgerens situation, behov og muligheder. Teamet består af forskellige fagligheder, som sammen vurderer, hvilken støtte eller indsats der bedst kan hjælpe borgeren videre. Formålet er at sikre en smidig og sammenhængende proces, hvor borgeren oplever tydelighed, nærvær og hurtig afklaring, så den rette hjælp kan iværksættes.

Det afklarende forløb er målrettet nye borgere, der ikke er kendt af det faste hold i hjemmeplejen eller kendte borgere som fx efter sygehusophold har væsentligt ændret funktionsniveau.

Målet med afklaringsforløbet er at styrke det forebyggende, rehabiliterende og vedligeholdende sigte jf. § 5 i ældreloven og vurdere borgerens behov for fremtidig hjælp. Forløbet sikrer samtidigt, at borgeren modtager den nødvendige hjælp rettidigt.

Medarbejdere og borgere får med forløbet tid til at undersøge og afprøve muligheder, som kan kompensere for funktionstab eller understøtte den enkelte i at forblive selvhjulpne og uafhængig af hjælpen så længe som muligt. Det kan fx opnås ved at træne, anvende hjælpemidler, velfærdsteknologi eller med hjælp fra pårørende, andre netværkspersoner eller tilbud i lokale fællesskaber eller med hjælp fra civilsamfundet. Efter endt afklaringsforløb træffes der en konkret og individuel vurdering af, om hjælpen kan ophøre eller hvilket forløb, borgeren efterfølgende skal visiteres til. Det er terapeuterne i plejen, der træffer den endelige afgørelse og sender skriftlig afgørelsesbrev til borgeren indeholdende klagevejledning.

Forløbsmodel for helhedspleje

Helhedsplejen er en hjørnesteen i ældreloven, som skal tilbydes i form af sammenhængende og rummelige pleje- og omsorgsforløb.

Helhedspleje kan omfatte personlig hjælp og pleje, praktisk hjælp i hjemmet samt genoptræning uden forudgående indlæggelse (Ældrelovens § 9 stk. 2). Det er indsatser, som tidligere var reguleret efter serviceloven og bevilliget som enkeltydelser.

Forløbene visiteres og leveres ud fra en helhedstænkning og skal muliggøre en løbende tilpasning af den leverede hjælp og støtte samt justering i mere eller mindre tid, i takt med udviklingen i borgerens ressourcer og behov.

Hjemmeplejens forløbsmodel for helhedspleje skaber en tydelig og sammenhængende ramme for den støtte, borgeren modtager fra første kontakt til afslutning af indsatsen. Modellen sikrer, at alle relevante fagligheder arbejder koordineret og med fælles mål, så borgeren oplever kontinuitet, tryk og klar retning. Fokus er på én samlet plan, løbende dialog og fleksible løsninger, der tilpasses borgerens behov over tid. Målet er at skabe et helhedsorienteret forløb, hvor borgeren får den rette hjælp på det rette tidspunkt og med mindst mulig kompleksitet.

						
Forløb	Afklarende forløb	Rengøringsforløb	Forløb 1	Forløb 2	Forløb 3	Forløb 4
Borgerens funktionsniveau	Borgerens funktionsniveau skal afklares. Forløbet rummer borgere med funktionsniveau fra lette til svære begrænsninger	Borgeren er den aktive part. Behov for let personassistance fysisk /guidning	Borgeren er den aktive part. Behov for let personassistance fysisk/guidning	Borgeren er den aktive part men under forudsætning af moderat person assistance	Borgeren deltager i aktiviteter under forudsætning af omfattende person assistance og/eller guidning	Borgeren kan ikke udføre aktiviteten og der er behov for fuldstændig person assistance
Forløbets indhold	Afklarende forløb med fokus på rehabiliteringspotentiale, inddragelse af pårørende og netværk samt behov for støtte og hjælp	Praktisk hjælp. Kun rengøring	Praktisk hjælp Personlig pleje Genoptræning	Praktisk hjælp Personlig pleje Genoptræning	Praktisk hjælp Personlig pleje Genoptræning	Praktisk hjælp Personlig pleje Genoptræning
Borgernær visitation	Borgeren bevilges efterfølgende et forløb, afsluttes efter aftale eller får afslag på at få et forløb	Ved ændringer i funktionsniveau visiteres borgeren til et andet forløb, afsluttes efter aftale eller får afslag på at få et forløb	Ved ændringer i funktionsniveau visiteres borgeren til et andet forløb, afsluttes efter aftale eller får afslag på at få et forløb	Ved ændringer i funktionsniveau visiteres borgeren til et andet forløb, afsluttes efter aftale eller får afslag på at få et forløb	Ved ændringer i funktionsniveau visiteres borgeren til et andet forløb, afsluttes efter aftale eller får afslag på at få et forløb	Ikke relevant, da borgeren ikke forventes at få et bedre funktionsniveau

Beskrivelse af de enkelte forløb i modellen

Forløbene er udarbejdet med fleksible tidsrammer, der kan justeres efter borgerens skiftende behov, og som sikrer at både den kommunale hjemmepleje og private leverandører kan levere og tilpasse helhedsplejen inden for de fastsatte rammer, krav og forventninger. Der vil fortsat være regelmæssig opfølgning og kontrol for at sikre, at der er overensstemmelse mellem borgerens behov, den konkrete hjælp og forløbets tidsramme.

Afklarende forløb

Det afklarende forløb er målrettet nye borgere, der ikke er kendt af det faste hold i hjemmeplejen eller kendte borgere som fx efter sygehusophold/rehabiliteringsophold har væsentligt ændret funktionsniveau.

Målet med afklaringsforløbet er at styrke det forebyggende, rehabiliterende og vedligeholdende sigte jf. § 5 i ældreloven og vurdere borgerens behov for fremtidig hjælp. Forløbet sikrer samtidigt, at borgeren modtager den nødvendige hjælp rettidigt.

Medarbejdere og borgere får med forløbet tid til at undersøge og afprøve muligheder, som kan kompensere for funktionstab eller understøtte den enkelte i at forblive selvhjulpne og uafhængig af hjælpen så længe som muligt. Det kan fx opnås ved at træne, anvende hjælpemidler, velfærdsteknologi eller med hjælp fra pårørende, andre netværkspersoner eller tilbud i lokale fællesskaber eller med hjælp fra civilsamfundet. Efter endt afklaringsforløb træffes der en konkret og individuel vurdering af, om hjælpen kan ophøre eller hvilket forløb, borgeren efterfølgende skal tilbydes. Borgeren modtager skriftlig afgørelse om dette med klagevejledning.

Rengøringsforløb

Forløbet omfatter kun rengøring i hjemmet og tager udgangspunkt i borgerens helhedssituation og funktionsniveau.

Eksempel: Borgeren har ofte vanskeligheder med mobilitet og/eller kognitive/psykiske udfordringer. Hjælpen kan eksempelvis omfatte støtte til initiativ og igangsætning med opgaven eller dele af opgaven. Det kan også dreje sig om støtte til de tungere opgaver eksempelvis skift af sengelinned og/eller sikre hygiejne i køkken eller ved toilet.

Forløb 1

Forløb 1 kan omfatte både praktisk hjælp og personlig pleje samt genoptræning uden forudgående sygehusbehandling. Forløbet tager udgangspunkt i borgerens funktionsniveau og tilrettelægges efter graden af hjælp og støtte den enkelte borger har behov for.

Borgeren er den aktive part, og har kun behov for lidt hjælp og påmindelser om at udføre daglige aktiviteter i hjemmet, og kræver kun let personassistance fysisk /guidning

Eksempel: Borgeren har ofte lettere vanskeligheder med mobilitet og/eller kognitive/psykiske udfordringer. Hjælpen kan eksempelvis omfatte let støtte til anretning af måltider/væske (måske kræver det blot en opringning eller et videoopkald), støtte til rengøring, hjælp til bad og let støtte til påklædning/igangsætning af personlig pleje morgen. Støtten kan også omfatte træning.

Der vil typisk være behov for besøg 1-3 gange dagligt.

Forløb 2

Forløb 2 kan omfatte både praktisk hjælp og personlig pleje samt genoptræning uden forudgående sygehusbehandling (dvs. borgere uden en genoptræningsplan jf.

Sundhedslovens §140). Forløbet tager udgangspunkt i borgerens funktionsniveau og tilrettelægges efter graden af hjælp og støtte den enkelte borger har behov for.

Borgerne er den aktive part men under forudsætning af moderat person assistance som guidning og/eller kompenserende støtte.

Eksempel: Borgeren har ofte moderate vanskeligheder med mobilitet og/eller kognitive/psykiske udfordringer. Hjælpen kan eksempelvis omfatte støtte til personlig pleje og påklædning morgen og aften samt bad, let støtte til toiletbesøg dag og aften, støtte til anretning af mad/væske, rengøring og håndtering af affald. Støtten kan også omfatte træning.

Der vil typisk været behov for besøg 2-4 gange dagligt.

Forløb 3

Forløb 3 kan omfatte både praktisk hjælp og personlig pleje samt genoptræning uden forudgående sygehusbehandling (dvs. borgere uden en genoptræningsplan jf. Sundhedslovens §140). Forløbet tager udgangspunkt i borgerens funktionsniveau og tilrettelægges efter graden af hjælp og støtte den enkelte borger har behov for.

Borgeren deltager i aktiviteter under forudsætning af omfattende person assistance og/eller guidning.

Eksempel: Borgeren har et stort behov for hjælp pga. vanskeligheder med mobilitet og/eller kognitive/psykiske udfordringer. Hjælpen kan eksempelvis omfatte støtte til personlig pleje morgen og aften, bad, toiletbesøg og forflytninger (1-2 personer), støtte til anretning af måltider/væske, støtte til at sikre ernæring/måltider. Støtte til rengøring, rengøring af hjælpemidler, håndtering af affald og evt. andre praktiske opgaver(håndtering af vasketøj til vaskeriet, mad/varer bestilling o.lign). Støtten kan også omfatte træning.

Der vil typisk være behov for besøg 4-6 gange dagligt.

Forløb 4

Forløb 4 kan omfatte både praktisk hjælp og personlig pleje samt genoptræning uden forudgående sygehusbehandling (dvs. borgere uden en genoptræningsplan jf. Sundhedslovens §140). Forløbet tager udgangspunkt i borgerens funktionsniveau og tilrettelægges efter graden af hjælp og støtte den enkelte borger har behov for.

Borgeren er ude af stand til at deltage i aktiviteter og kræver fuldstændig personassistance, hvor medarbejderen udfører aktiviteterne for dem.

Eksempel: Borgeren har et omfattende behov for hjælp pga. svær fysisk og/eller psykisk funktionsnedsættelse og/eller kognitive funktioner. Hjælpen kan eksempelvis omfatte støtte til personlig pleje morgen og aften, bad, toiletbesøg og forflytninger. Støtten er nødvendig hen over hele døgnet og ofte med behov for støtte af 2 personer. Endvidere støtte til anretning af mad/væske og ernæring, støtte rengøring til alle opgaver, håndtering af affald og evt. andre praktiske opgaver (håndtering af vasketøj til vaskeriet, mad/varer bestilling o.lign) Håndsrækninger. Støtten kan også omfatte træning, men træningspotentiallet kan være sparsomt i dette forløb.

Der vil typisk være behov for besøg 6-8 gange dagligt.

Justering af tid tæt på borgeren

Justering af tid tæt på borgeren betyder, at medarbejderne får mulighed for løbende at tilpasse den planlagte tid efter borgerens aktuelle behov. I stedet for faste minutrammer kan hjælpen justeres i situationen, så den bliver mere fleksibel og meningsfuld. Det giver bedre kvalitet i indsatsen, større faglig frihed og en mere tryk og sammenhængende oplevelse for borgeren, fordi hjælpen følger behovet.

Visitatorer på holdene

Visitatorerne har en central rolle i at være sparringspartner i forløb med henblik på at kvalificere refleksioner og planlægge forløb. Visitatorer kan ligeledes bistå i samarbejde med pårørende, medvirke ved samtaler med pårørende, vejlede i fremtidsfuldmagt og værgemålssager samt vejlede borgere og pårørende i andre behov, som ligger uden for Ældreloven.

Visitatorerne sikrer, at hver borger får den tid og støtte, der passer til deres aktuelle behov. I en helhedsorienteret tilgang betyder det, at visitatorerne ikke kun tager udgangspunkt i faste standarder, men vurderer borgerens samlede situation og justerer tiden op eller ned, når behovene ændrer sig. Det skaber fleksibilitet, mere målrettede indsatser og en pleje, der følger borgerens funktionsniveau og livssituation. Visitatorerne afdækker også, om borgerens funktionsnedsættelser kræver ændringer i forløbet mens medarbejderne løbende vurderer og tilpasser indsatsen inden for det eksisterende forløb. Ved behov for justering laver visitator en ny afgørelse.

Digitalisering og dokumentation

Pondoo ruteplanlægning

Pondoo er et digitalt planlægningsværktøj, der ved hjælp af kunstig intelligens optimerer kørelisterne i hjemmeplejen. Systemet analyserer borgernes behov, geografi, medarbejdernes kompetencer og tidsforbrug og foreslår derefter de mest effektive ruter.

Formålet er at sikre kontinuitet hos den enkelte borger, optimere ruteplanlægning og forebygge utilsigtede hændelser, således at medarbejderne kan bruge mest mulig tid hos borgerne.

Forenkling FSIII og Nexus

Forenklingen af Fælles Sprog 3 (FSIII) og Nexus handler om at gøre dokumentationen i ældre- og sundhedsområdet mere enkel, relevant og tæt på praksis. FSIII er den nationale metode, der sikrer at kommunerne beskriver borgernes behov og indsatser ud fra et fælles grundlag, mens Nexus er det digitale system, hvor medarbejderne registrerer og planlægger arbejdet. Forenklingen betyder

- Mindre bureaukrati: Fokus flyttes fra detaljerede registreringer til det, der faktisk giver værdi for borgeren.
- Klarere beskrivelser: FSIII bruges mere målrettet, så dokumentationen bliver kortere, tydeligere og lettere at anvende i hverdagen.
- Bedre sammenhæng: Nexus tilpasses, så det understøtter en helhedsorienteret tilgang og gør det nemmere for medarbejdere at se borgerens samlede situation.
- Større faglig frihed: Medarbejderne får mere tid til borgerne og mindre tid foran skærmen, fordi systemerne bliver mere intuitive og mindre omfattende.

Målet er at skabe en dokumentationspraksis, der understøtter helhedspleje, faglig kvalitet og borgernær service uden unødige registreringer. Det skal være lettere at gøre det rigtige for borgeren, og systemerne skal hjælpe medarbejderne i stedet for at stå i vejen.

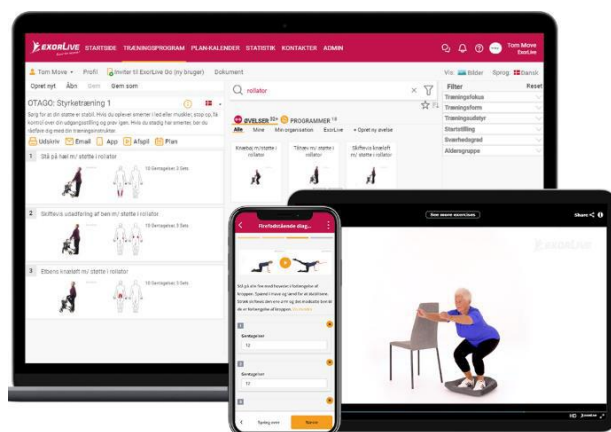
Nemmere Nexus

Nemmere Nexus handler om at gøre dokumentationen i Nexus mere enkel, ensartet, overskuelig og relevant for medarbejderne i praksis. Det betyder mindre dobbeltregistrering, tydeligere skabeloner og en mere logisk opbygning, så medarbejderne hurtigt kan finde og registrere det, der er vigtigt for borgerens forløb. Døgnrytmeplanen bliver det daglige arbejdsredskab i borgerens hjem.

Når Nexus bliver nemmere at bruge, frigives tid til kerneopgaven: nærvær, faglighed og kvalitet i mødet med borgeren. Det skaber både bedre arbejdsgange og en mere sammenhængende indsats for borgerne.

Digital træning – ExorLive

ExorLive er en
gør det nemt
at arbejde med
Systemet giver
øvelser med



digital træningsplatform, der
for borgere og medarbejdere
målrettet fysisk træning.
adgang til et stort bibliotek af
billeder og videoer, og
træningsprogrammer kan

tilpasses individuelt efter borgerens behov, funktionsniveau og mål. ExorLive anvendes af alle medarbejdere i hverdagsrehabiliteringen.

Med ExorLive kan terapeuter og medarbejdere hurtigt udarbejde, dele og justere programmer digitalt, så borgeren får en mere fleksibel og motiverende træningsoplevelse.

Træningsøvelserne kan ligeledes printes og udleveres til borgeren. Platformen understøtter samtidig dokumentation og opfølgning, så udviklingen kan følges over tid og indsatserne tilpasses løbende.

Læs mere om ExorLive på denne hjemmeside: www.exorlive.com/dk

Skærmbesøg

Skærmbesøg er en digital måde at levere støtte og kontakt på, hvor medarbejderen møder borgeren via video i stedet for et fysisk besøg. Det kan bruges til fx medicinpåmindelser, trivselstjek, vejledning eller opfølgning.

Formålet er at skabe fleksibilitet og tryghed for borgeren, samtidig med at medarbejderne kan bruge tiden mere effektivt. Skærmbesøg giver mulighed for hyppigere kontakt, mindre ventetid og større selvstændighed – uden at gå på kompromis med nærvær og kvalitet.

Skærmbesøg implementeres i alle hjemmeplejegrupper, så det er kendt personale, der varetager opkald og besøg via skærm.

Forebyggende, rehabiliterende og vedligeholdende indsatser

Forebyggende indsatser har til formål at undgå, at borgerens funktionsevne forringes. Det kan være støtte, træning eller vejledning, der hjælper borgeren med at bevare sundhed, selvstændighed og trivsel, før problemer opstår eller forværres.

Rehabiliterende indsatser fokuserer på at genvinde tabte funktioner eller færdigheder. Her arbejder borger og fagpersoner målrettet sammen om at forbedre borgerens evne til at klare hverdagen – ofte gennem træning, støtte og en tidsafgrænset plan.

Vedligeholdende indsatser skal sikre, at borgeren fastholder sit nuværende funktionsniveau så længe som muligt. Det kan være træning, støtte eller aktiviteter, der modvirker tilbagegang og hjælper borgeren med at bevare mest mulig selvstændighed i hverdagen.

Terapeut på plejehjem

Alle plejehjem er tildelt therapeuttimer som leveres af terapeuterne fra Sundhed og Træning. Terapeuten fungerer især som sparringspartner ift. rehabilitering og brugen af ExorLive.

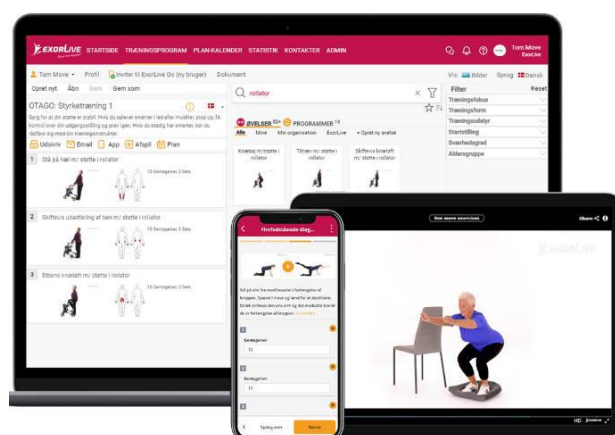
Arbejdet omfatter sparring omkring alt fra fysisk træning og forflytningsteknik til hjælpemidler, hverdagsrehabilitering og forebyggelse af tilbagegang. Terapeuten bidrager til at plejen bliver mere helhedsorienteret og understøtter beboernes ressourcer i hverdagen.

Terapeuter i plejen

Terapeuter i hjemmeplejen spiller en central rolle i at skabe helhedspleje, hvor borgerens ressourcer, behov og hverdagsliv samtænkes i én samlet indsats. Terapeuterne arbejder i hverdagen tæt sammen med hjemme- og sygeplejens medarbejdere for at styrke borgerens funktionsevne, forebygge funktionstab og støtte mest mulig selvstændighed i hverdagen.

Terapeuterne varetager den koordinerende funktion i hjemmeplejens afklaringsteams og bidrager med faglig vurdering, træning, hjælpemidler og sparring, så indsatserne bliver målrettede og meningsfulde. Når terapeuterne er en integreret del af hjemmeplejen, bliver plejen mere sammenhængende, fleksibel og fokuseret på det, borgeren kan og ikke kun det, borgeren har brug for hjælp til.

Hverdagstræning Exorlive



Hverdagstræning med ExorLive gør det nemt at arbejde målrettet med borgerens funktionsevne i de daglige aktiviteter. ExorLive giver adgang til et stort katalog af øvelser med billeder og videoer, som terapeuter og medarbejdere kan sammensætte til individuelle træningsprogrammer.

Programmerne kan tilpasses borgerens mål fx at komme lettere ud af sengen, gå mere sikkert eller klare flere opgaver selv. Træningen kan udføres både i hjemmet og i kommunens tilbud, og ExorLive gør det enkelt at følge udviklingen og justere indsatsen løbende.

Hverdagstræning med ExorLive styrker borgerens selvstændighed og giver medarbejderne et fælles, digitalt redskab til at arbejde systematisk og motiverende med funktionsevne i hverdagen. Læs mere om ExorLive på denne hjemmeside: www.exorlive.com/dk

Triagering

Triagering er en systematisk metode til at vurdere borgeres aktuelle tilstand og behov, så den rette indsats kan sættes i gang på det rette tidspunkt. Metoden bruges i hjemme- og sygeplejen og på plejehjem for hurtigt at identificere ændringer i borgerens helbred eller funktionsevne. Borgerne kategoriseres typisk i farver (fx grøn, gul, rød), som angiver graden af opmærksomhed og handling. Det giver et fælles fagligt sprog, skaber overblik og sikrer, at medarbejderne reagerer hurtigt og koordineret, når en borger får det dårligere.

Triagering styrker både kvaliteten og sikkerheden i plejen, fordi den gør det lettere at opdage problemer tidligt og handle forebyggende.

Alle ugens dage afvikles fysiske triagemøder på 6 hold i hjemmeplejen om formiddagen og virtuelt på 3 aftenhold. Dvs. at der i alle hjemmeplejegrupper er 2 triagemøder i løbet af ét døgn.

Helhedspleje og tværfaglighed

Helhedspleje handler om at se hele borgerens livssituation – ikke kun de konkrete opgaver, der skal løses. Det betyder, at støtte, pleje og træning planlægges ud fra borgerens samlede behov, ønsker og ressourcer, så indsatsen bliver sammenhængende og meningsfuld.

Tværfaglighed er en forudsætning for helhedspleje. Når social- og sundhedspersonale, terapeuter, visitatorer, sygeplejersker og andre faggrupper arbejder tæt sammen, bringes forskellige perspektiver og kompetencer i spil. Det skaber bedre løsninger, hurtigere afklaring og en mere koordineret indsats, hvor borgeren oplever kontinuitet og tryghed.

Helhedspleje og tværfaglighed går hånd i hånd og styrker både kvaliteten i plejen og borgerens mulighed for at leve et selvstændigt og værdigt liv.

Borgerkonferencer

Borgerkonferencer eller borgergennemgang er møder, hvor borgeren, de pårørende og relevante fagpersoner fx praktiserende læge og eventuelt de pårørende samles for at skabe et fælles overblik over borgerens situation, behov og ønsker. Formålet er at sikre en helhedsorienteret indsats, hvor alle perspektiver bringes i spil, og hvor borgeren får en tydelig stemme i beslutningerne.

Det, der ofte ligger til grund for møderne er en adfærd hos borgeren, som udfordrer hvordan tilgangen til borgeren skal være. Metoden borgerkonference afdækker borgerens samlede situation, behov osv. med afsæt i personcentreret omsorg.

Konferencerne giver mulighed for at koordinere indsatser på tværs af faggrupper, afklare mål og aftaler og sikre, at alle arbejder i samme retning. Det skaber sammenhæng, tryghed og mere målrettede løsninger for borgeren.

Faste hold

Tværfaglige teams er grupper af medarbejdere med forskellige faglige baggrunde, der arbejder sammen om at løse en opgave eller udvikle et fælles produkt. Ved at kombinere forskellige kompetencer, perspektiver og metoder kan teamet opnå mere helhedsorienterede løsninger og højere kvalitet, end de enkelte faggrupper kan hver for sig. Tværfaglige teams bruges ofte i komplekse opgaver, hvor samarbejde og koordination på tværs er afgørende.

Holdmøder

Med den nye ældrelov, der trådte i kraft 1. juli 2025, bliver tværfagligt samarbejde og helhedspleje et helt centralt princip i ældreplejen. Loven kræver, at pleje, sundhed, rehabilitering og omsorg ses som ét samlet forløb, hvor fagpersoner løbende koordinerer indsatsen omkring den enkelte borger.

Dette gør tværfaglige møder til et kerneredskab i praksis. I hjemmeplejen er der holdmøder hver uge på hvert af holdene.

Hvad kendetegner tværfaglige møder under Ældreloven?

1. Fælles vurdering af borgerens behov

Tværfaglige møder består af social- og sundhedspersonale, sygeplejersker, terapeuter, visitatorer m.fl. som mødes for at drøfte og vurdere borgerens situation og tilpasse indsatserne løbende. Ældreloven understreger, at hjælpen skal tilrettelægges som et sammenhængende forløb.

2. Koordination på tværs af fagligheder

Den nye lov foreskriver, at plejen skal udføres af tværfaglige teams, som samarbejder på et fælles fagligt grundlag. Tværfaglige møder bruges derfor til at sikre tydelige roller, koordination og fælles faglige vurderinger.

3. Fokus på kontinuitet og kvalitet

Forskning i tværfaglige teams på ældreområdet viser, at tværfaglige møder er afgørende for helhed og kontinuitet i borgernes forløb. De danner rammen for videndeling, opgavefordeling og fælles beslutninger i komplekse forløb.

4. Understøtter borgerens selvbestemmelse

Ældreloven vægter borgerens selvbestemmelse højt. Tværfaglige møder bruges derfor til at sikre, at borgerens ønsker, mål og præferencer indgår i planlægning og justering af indsatserne. Der er en fast struktur for møderne og med udgangspunkt i borgerens ønsker bringes tværfaglige perspektiver i spil med det fælles afsæt, at understøtte borgerens selvstændige livsførelse bedst muligt. På møderne er der fokus på, at alle medarbejders perspektiver og faglige vurderinger vægtes lige højt og der udarbejdes en fælles plan for, hvordan borgerens forløb kan koordineres bedst muligt ud fra et tværfagligt samarbejde. Ved mødets afslutning er det tydeligt, hvem der har hvilke opgaver, og hvornår og hvordan man følger op på eventuelle ændringer

Kontinuitet i plejen

Kontinuitet i plejen betyder, at borgeren møder så få forskellige medarbejdere som muligt og oplever et stabilt, sammenhængende og forudsigeligt pleje- og omsorgsforløb. Det skaber tryghed, stærkere relationer og bedre faglig kvalitet, fordi medarbejderne kender borgerens behov og kan tilpasse hjælpen løbende. Ældreloven understøtter dette gennem helhedspleje og organisering i faste, tværfaglige teams, der netop har til formål at øge kontinuitet og sammenhæng i borgernes forløb.

Tværfaglig koordination

Tværfaglig koordination betyder, at forskellige faggrupper løbende samarbejder og tilrettelægger indsatserne omkring borgeren på tværs af deres faglige perspektiver. Formålet er at sikre sammenhæng, undgå overlap og skabe et helhedsorienteret forløb, hvor fagligheder bringes i spil på det rette tidspunkt. Tværfaglig koordination indebærer klare roller, fælles mål og regelmæssig videndeling, så indsatserne hænger sammen og understøtter kvalitet og kontinuitet i plejen.

Kompetenceudvikling

Kompetenceudvikling under ældreloven handler om at sikre, at medarbejderne har de faglige og tværfaglige kompetencer, der kræves for at levere helhedspleje af høj kvalitet i faste teams. Det indebærer løbende udvikling af viden, færdigheder og samarbejdskompetencer fx gennem praksisnær læring, faglig sparring, brug af fælles redskaber og deltagelse i tværfaglige møder.

I Ældre og Sundhed udbydes forskellige kurser henover året. Se mere på Intranettet under Ældre og Sundhed – Kursuskatalog: [Tilstedeværelseskurser - — Myacademy 2025](#)

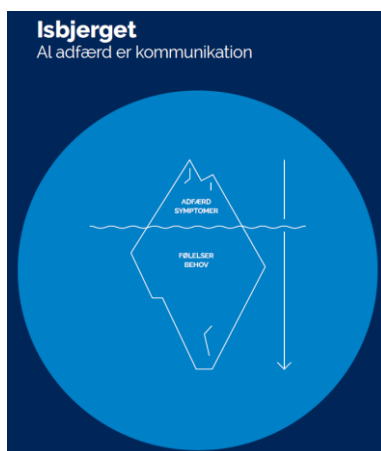
Ældreloven stiller krav om, at pleje, omsorg, sundhed og rehabilitering koordineres i ét samlet forløb. Derfor bliver kompetenceudvikling et centralt redskab til at:

- styrke medarbejdernes evne til at arbejde tværfagligt og træffe faglige vurderinger sammen,
- understøtte faglig kvalitet og dokumentation i helhedsplejen,
- sikre, at forskellige fagligheder suppleres og bruges rigtigt i teamet,
- opbygge fælles sprog, metoder og arbejdsgange.

Demensrejseholdets metoder

Demensrejseholdet arbejder med praksisnære, refleksionsbaserede metoder, der styrker medarbejdernes faglige blik, samarbejde og personcentrerede tilgang til mennesker med demens. Metoderne er bl.a. Isbjerget, Blomsten, Perspektivskiftet, Trivselskarret, Borger- og beboerkonference.

Isbjerget



I mødet med mennesker med pleje- og omsorgsbehov kan vi tydeligt se deres adfærd som toppen af isbjerget, men det er ikke altid, vi kan forstå deres adfærd. Isbjerget kan bruges, når du møder adfærd, du ikke umiddelbart forstår.

Eksempel: En borger bliver ved med at ringe nødkald, selvom I lige har været hos vedkommende, eller en borger bliver ved med at bede om kaffe, selvom vedkommendes kop stadig er fuld. Måske handler borgerens adfærd hverken om kaffe eller hjælp via nødkald, men i stedet behovet for tryghed og omsorg gennem dialog?

Isbjerget viser, at der under al adfærd er en række følelser og behov, som vi ikke umiddelbart er opmærksomme på. Der er noget, borgeren har behov for, som vi ikke har forstået og ikke kan se. Ligesom vi heller ikke kan se den del af isbjerget, der ligger under havets overflade.

I situationer, hvor vi ikke kan forstå den adfærd, vi møder, kan vi begynde at overveje, hvad der mon ligger under den synlige adfærd. Pilen på kortet symboliserer dette perspektivskifte.

Fx kan du spørge:

- Hvad oplever borgeren i situationen?
- Hvad prøver han/hun at fortælle os?
- Hvad kunne han/hun tænke sig, at vi gjorde eller sagde?

Blomsten



Alle mennesker har en række grundlæggende psykologiske behov, der skal opfyldes, for at vi trives. Mennesker, der modtager pleje og omsorg, og som måske har en kognitiv funktionsnedsættelse, fx en demenssygdom, har brug for, at andre hjælper med at opfylde deres psykologiske behov.

Blomsten er inddelt i fem universelle behov, som du skal kende til for at finde frem til lige præcis det, der giver mening for borgeren. De fem psykologiske behov er:

Identitet dækker over det, der gør mig til mig. Identiteten skabes igennem livshistorien, det levede liv og i sociale sammenhænge. Borgeren har behov for, at I bruger denne viden i mødet,

så borgeren bliver bekræftet i, hvem han/hun er som menneske, og hvad der er vigtigt for ham/hende.

Inklusion er personens behov for at føle sig ønsket og inddraget i fællesskaber og i handlinger, der angår ham/hende.

Trøst handler om at føle sig set og hørt, at blive lyttet til, forstået og anerkendt.

Tilknytning er personens behov for at føle sig knyttet til personer og steder fx plejeboligen, familie og jer som medarbejdere.

Meningsfuld beskæftigelse handler om, at personen oplever sig selv som en del af noget vigtigt, fx ved at bidrage med eller være optaget af noget og føle glæde ved det.

Behovet for **kærlighed** binder alle fem behov sammen. Det er her, hvert enkelt menneske oplever omsorg og føler sig ubetinget accepteret, som den de er, og for det, de bidrager med. Hvis en borger mistrives, er det et tegn på, at et eller flere af de psykologiske behov ikke er opfyldt. Blomsten kan derfor også bruges som et redskab til at undersøge, hvilke psykologiske behov en adfærd er udtryk for, og hvordan I kan hjælpe borgeren til at få opfyldt sine behov.

Perspektivskifte



Mennesker med pleje- og omsorgsbehov og med nedsat kognitivt funktionsniveau fx ved demenssygdom, kan udvise en adfærd, som ikke umiddelbart giver mening for os. For at kunne give en god og værdig pleje og omsorg er det nødvendigt at forsøge at sætte sig i borgerens sted eller tage borgerens perspektiv.

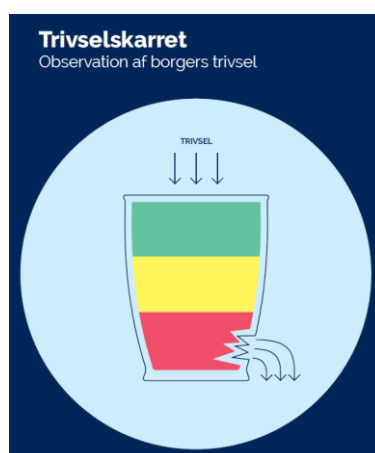
Som medarbejdere oplever I verden på en bestemt måde ud fra de erfaringer, I har gjort jer og den viden, I har opnået. For at sætte jer ind i borgerens behov skal I indimellem hoppe over i borgerens verden for at prøve at se tingene fra deres synsvinkel. Det kan være, at en borger

bliver ved med at ringe efter jer og stille de samme spørgsmål igen og igen. Her kan I bruge perspektivskiftet til at se situationen fra borgerens perspektiv. For at lave et perspektivskifte kan I fx spørge hinanden:

- Gad vide, hvordan personen oplever situationen?
- Hvorfor gør personen mon, som han/hun gør?
- Hvad prøver personen at fortælle os?
- Hvad er mon vigtigt for personen?
- Hvad håber personen at opnå med det, han/hun siger eller gør?
- Hvad ville personen selv sige om situationen?
- Hvad kunne personen tænke sig, at vi gjorde eller sagde?

Ved at sætte jer i borgerens sted, kan I nemmere finde løsninger, der giver mening for borgeren og ændre jeres handlinger omkring borgeren.

Trivselskarret



Som raske mennesker kan vi selv fylde vores trivselskar med bl.a. aktiviteter, der opfylder vores psykologiske behov. Mennesker med pleje- og omsorgsbehov, der måske har en kognitiv funktionsnedsættelse, kan ikke selv sørge for at opfylde deres psykologiske behov.

Trivselskarret er et billede på, at der løbende skal fyldes trivsel i menneskers kar, da alle har et hul i bunden af karret, hvor der siver trivsel ud. Jo mindre trivsel et menneske er i, jo større bliver hullet, og trivslen løber hurtigere ud. Når hullet er lille, er det små ting, der kan gøres for at fylde på. Men bliver hullet større, skal der flere og længerevarende handlinger til. Størrelsen

af hullet bliver påvirket af stemninger. Skælder vi ud, korrigerer eller sætter grænser, bliver hullet større. Skaber vi god stemning og trygge relationer, vil hullet blive mindre.

Trivselskarret har tre farver, som viser borgerens trivselsniveau.

Det grønne område er udtryk for høj trivsel. Tegn herpå er fx smil, grin, glæde, kropslig afslappethed og evne til at engagere sig i meningsfuld beskæftigelse.

Det gule område er udtryk for neutral trivsel. Tegn herpå er fx passivitet, manglende koncentration og motivation, samt tendens til at falde i søvn.

Det røde område er udtryk for dårlig trivsel. Tegn herpå er fx gråd, vrede, frygt, kropslig anspændthed, apati, uro, fysisk utilpashed og selvstimulerende handlinger (fx at vandre rundt eller pille i sit skjorteærme). Hvis et menneske med pleje- og omsorgsbehov ikke får hjælp til at opfylde sine psykologiske behov løbende, vil trivselskarret tømmes, og borgeren vil komme i mistrivsel. I kan bruge trivselskarret til løbende at tale om borgernes trivsel, både for at få øje på mistrivsel og til at have forebyggende fokus på, hvilke handlinger der kan holde borgeren i trivsel.

Borger- og beboerkonferencer

Borger- og beboerkonferencer er strukturerede, fælles refleksionsmøder, hvor medarbejdere analyserer konkrete borgersituationer for at forstå og forbedre omsorgen.

Centralt for metoden er, at man i fællesskab på tværs af vagtlag og faggrupper reflekterer og analyserer over en borgers adfærd eller en konkret situation, der kan opleves svær at håndtere i hverdagen.

Målet er at skabe en fælles forståelse, mening og ejerskab hos alle medarbejdere og dermed styrke den faglige indsats samt trivsel for både borgere og medarbejdere.

Borgerens selvbestemmelse

Medarbejderne tilbydes "side by side" læring og sparring i opgaveløsningen i forhold til implementeringen af den nye Ældrelov i mødet med borgeren:

- Hvordan understøtter vi borgerens selvbestemmelse?
- Hvordan hjælper vi borgeren bedst med borgerbrillerne på?
- Hvordan sikrer vi patientsikkerheden, når vi handler?
- Hvordan balancerer vi mellem kommunale kvalitetsstandarder og den nye Ældrelov?

- Hvordan skaber vi øget bevidsthed om de mange situationer, hvor vi allerede har ”borgerbrillerne på” og handler som Ældreloven beskriver ved at anvende 1-2-3 modellen?

Selvbestemmelse i praksis

Som udgangspunkt har alle mennesker ret til at bestemme over eget liv. Hvor man vil bo, hvem man vil være sammen med, og hvilke værdier man ønsker at leve efter.

Denne ret kan blive udfordret, når man får brug for hjælp i hverdagen.

Den Nye Ældrelov skal sikre, at selvbestemmelsen i videst mulige omfang bevares, også når man har brug for støtte og omsorg.

Vi skal derfor altid spørge:

- *Hvordan kan vi tilpasse hjælpen, så borgeren så vidt muligt lever det liv, vedkommende ønsker?*
- *Hvordan skaber vi sammenhæng i hverdagen – på tværs af dag og aften og på tværs af indsatserne?*
- *Hvordan sikrer vi tryghed gennem kendte medarbejdere og genkendelige rutiner?*

Eksempler på selvbestemmelse i hverdagen

- Borgeren vil gerne være sent oppe og se fjernsyn
→ Planlæg, så ønsket kan imødekommes.
- Borgeren ønsker et rent hjem
→ Hjælp med at strukturere ugentlige rutiner fx støv af i stuen mandag, soveværelset tirsdag. Det støtter både borgerens ønsker og forebygger funktionstab (hverdagsrehabilitering).
- Borgeren vil have pudset vinduer to gange om måneden
→ Hjælp borgeren med at kontakte en vinduespudser og aftal en fast ordning.
- Borgeren føler sig ensom
→ Undersøg lokale muligheder for fællesskab fx besøgsven via Ældre Sagen, modige mænd og kvinder, Røde Kors, ”Aktive koner”, eller kontakt til naboer.
- Borger med begyndende demens går ture og farer vild
→ Find lokale løsninger, fx en nabo eller hundelufter, som kan have borgeren med på tur.
- Borgeren ønsker at få skiftet sengetøj på rengøringsdagen
→ Drøft prioriteringen: ”Det kan vi godt, men så når jeg ikke at xx i dag.”

Fokus på, at borgeren *selv deltager så vidt muligt* – ikke som en løftet pegefinger, men som et vigtigt princip for at bevare funktioner, livsglæde og selvstændighed.

- Borgeren spørger aftenvagten til lægebesøget dagen efter
→ Aftenvagten skal kunne give et svar ud fra oplysninger i Nexus – ikke henvise til, at borgeren venter med at spørge dagvagten den kommende dag.
Fagligt samarbejde omkring borgeren skal opleves sammenhængende og helhedsorienteret, ikke opdelt i “vagtskifter”.
- Borger X bliver utryk, når en ny medarbejder kommer i stedet for den faste
→ Byt kun på kørelister, hvis det giver mening ud fra borgerens kendskab og tryghed.
Selvfølgelig kan sygdom og akut behov kræve ændringer, men udgangspunktet er *kontinuitet og tillid*.

Et fælles ansvar

Som medarbejdere er vi de vigtigste garanter for, at Ældrelovens intentioner bliver til virkelighed i hverdagen.

Det handler ikke om at gøre *mere*, men om måden vi gør det på:

At se, lytte og handle med borgerens perspektiv i fokus og samtidig sikre kvalitet, faglighed og patientsikkerhed.

Udsnit fra Kvalitetsstandarder for Kerteminde Kommune

Baggrundstæppet for Ældreloven og de helhedsforløb, der leveres er Servicelovens kvalitetsstandarder. Kvalitetsstandarderne er de politisk vedtagne rammer for det serviceniveau, der er i kommunen

Med andre ord rammesætter politikerne, hvad man som borger kan forvente at få hjælp og støtte til – og hvilke opgaver, vi som medarbejdere som udgangspunkt varetager:

Når en borger er visiteret efter Ældreloven er indsatsen ikke delt op i enkelt ydelser, hvilket betyder at borger og medarbejder sammen finder frem til, hvad borger har behov for hjælp og støtte til på den pågældende dag. Døgnrytmeplanen er medarbejderens arbejdsredskab til at sikre, at der er sammenhæng og kontinuitet i opgaveløsningen i borgerens hjem.

Som medarbejder har du en central rolle i at støtte borgeren i at leve et aktivt, meningsfuldt og selvstændigt liv. Målet er, at borgeren så vidt muligt bevarer eller genvinder evnen til at være selvhjulpne, og at hjælpen gives med respekt for borgerens selvbestemmelse.

Alt samarbejde tager afsæt i borgerens ønsker, håb og drømme for hverdagen. Hjælpen skal derfor planlægges og udføres i tæt dialog og samarbejde med borgeren.

Borgerens selvbestemmelse:

Inddrag borgeren aktivt i planlægning og udførelse af opgaver.

Støt borgeren i at træffe egne valg – også når valget indebærer, at tingene gøres på en anden måde, end du selv ville have gjort.

Tilbyd faglig vejledning, men respekter borgerens ret til at bestemme over sin hverdag.

Hvis borgeren ønsker at bytte en ydelse ud med en anden, skal du hjælpe med at vurdere, om det kan ske inden for rammerne.

Hjælpens rammer

Hjælpen gives kun, når borgeren ikke selv kan udføre opgaven, heller ikke med støtte.

Hvis borgeren stadig kan udføre en opgave – men langsommere – skal vi støtte vedkommende i at fordele arbejdet over tid, frem for at overtage opgaven.

Kvalitetsstandard på Servicelovens ydelser danner ramme for hjælpen i Ældreloven

Hjælp til praktiske opgaver i hjemmet.

Der gives ikke hjælp til:

- Vinduespudsning
- Flytning af tunge møbler
- Rengøring efter husdyr

Hjælp til mad og måltider

Borgeren kan bevilges hjælp til:

- Anretning af morgenmad, drikkevarer og kaffe/the
- Anretning af middags- og aftensmad samt mellemmåltider
- Opvarmning af mad i mikroovn
- Tømning og fyldning af opvaskemaskine

Der gives ikke hjælp til:

- Madlavning fra bunden
- Opvarmning af mad i gryder/ovn

Som hovedregel kan hjælpen ydes 1–3 gange dagligt, planlagt i samarbejde mellem borger og leverandør.

Hvis borgeren selv kan lave mad, forventes det også, at vedkommende selv kan vaske op.

Personlig pleje og hjælp:

- Bad
- Brusebad med hårvask en gang ugentligt på en hverdag
- Sengebad
- Personlig hygiejne
- Øvre og nedre toilette/vask (i weekenden anvendes vådservietter eller vådvaskehandsker), frisering, føntørring, hudpleje, barbering, tandbørstning og mundpleje, ukompliceret negleklipping på hænder og fødder

- Af- og påklædning morgen og aften
- Toiletbesøg, hjælp til at komme på toilettet, bleskift, tømning af kolbe og toiletspand
- Kropsbårne hjælpemidler. Hjælp til anvendelse af høreapparat, briller, støttekorset og proteser
- Forflytning/ lejring

Fleksibilitet og bytteordning

Borgeren kan i konkrete situationer bytte en ydelse ud med en anden, hvis:

- opgaven kan løses inden for samme tidsramme,
- opgaven kan udføres af samme leverandør,
- opgaven er arbejdsmiljømæssigt forsvarlig,
- borgeren har fået tildelt begge ydelsesformer (personlig pleje og praktisk hjælp), og
- ydelserne udføres af samme leverandør.

Støtte til mestring

Din opgave som medarbejder er at:

- støtte borgeren i at mestre hverdagen,
- fremme udvikling og vedligeholdelse af færdigheder,
- og undgå at skabe unødigt afhængighed.
- Arbejde sammen med borgeren – ikke for borgeren.
- Sætte selvbestemmelse og inddragelse i centrum.
- Tilrettelægge hjælpen, så borgeren bliver mest muligt selvhjulpne.
- Overholde de faglige og arbejdsmiljømæssige rammer.

Side by Side undervisning

Medarbejderne tilbydes konkret læringspartner og sparring i opgaveløsningen i forhold til implementeringen af den nye Ældrelov i mødet med borgeren:

- Hvordan understøtter vi borgerens selvbestemmelse?
- Hvordan hjælper vi borgeren bedst med borgerbrillerne på?
- Hvordan sikrer vi patientsikkerheden, når vi handler?
- Hvordan balancerer vi mellem kommunale kvalitetsstandarder og den nye Ældrelov?
- Hvordan skaber vi øget bevidsthed om de mange situationer, hvor vi allerede har ”borgerbrillerne på” og handler som Ældreloven beskriver ved at anvende 1-2-3 modellen?

Kursuskatalog

Ældre og Sundhed tilbyder en bred vifte af kurser og kompetenceudvikling til medarbejdere, som ønsker at få ny viden og faglig inspiration. Kursernes emner er valgt af medarbejdere og kan tilføjes nye såfremt der er behov. Underviserne er oftest kollegaer, der har stor viden inden for et emne. Tilmelding skal altid aftales med din leder.

Du finder kursusprogram på Intranettet under Ældre og Sundhed – Kursuskatalog, hvor du kan tilmelde dig efter aftale med din leder. Link til Kursuskataloget: Tilstedeværelseskurser - — Myacademy 2025

Kontaktperson: Sygeplejefaglig konsulent Nanna Bergholdt, e-mail nabe@kerteminde.dk, mobil 21281795

Pårørende, lokale fællesskaber og civilsamfund

Ældreloven lægger stor vægt på et tæt samspil mellem pårørende, lokale fællesskaber og civilsamfundet.

Pårørende ses som centrale samarbejdspartnere i borgerens forløb, og deres viden og perspektiver skal inddrages i både planlægning og daglig pleje. Lokale fællesskaber og civilsamfund – fx foreninger, frivillige og nabolag – skal bidrage til at styrke trivsel, fællesskab og livskvalitet for ældre borgere. Loven understøtter, at kommuner og civilsamfund arbejder systematisk sammen om meningsfulde aktiviteter, forebyggelse af ensomhed og et mere inkluderende hverdagsliv for ældre.

Fællesskabsambassadører

Fællesskabsambassadører er personer – ofte frivillige eller medarbejdere – der bygger bro mellem ældreplejen, pårørende, lokale fællesskaber og civilsamfundet. De hjælper med at skabe kontakt, invitere borgere ind i aktiviteter og styrke meningsfulde netværk, så ældre får lettere adgang til fællesskaber og støtte i nærmiljøet.

I relation til ældreloven understøtter fællesskabsambassadører lovens bærende værdi om ”et tæt samspil med pårørende, lokale fællesskaber og civilsamfund” og bidrager til at forebygge ensomhed og styrke trivsel gennem systematisk samarbejde på tværs.

Projekt Det gode ældreliv

Projekt Det Gode Ældreliv handler om at styrke ældres trivsel, livskvalitet og deltagelse gennem et tæt samspil mellem kommuner, pårørende, lokale fællesskaber og civilsamfund.

Projektet bygger på ældrelovens bærende værdier om selvbestemmelse, tillid og samarbejde – og understøtter, at ældre kan leve et liv med mest mulig livsglæde, selvhjulpenhed og omsorg.

Kernen i projektet er udviklingen af fælles principper for godt samspil og lokale partnerskaber, hvor offentlige aktører, frivillige organisationer, foreninger og lokalsamfund sammen skaber meningsfulde fællesskaber og forebygger ensomhed, funktionstab og mistrivsel.

Projekt Fællesskaber først sammen med Steno, DGI og Waterdrops

Fællesskaber Først er et partnerskabsprojekt under *Steno Diabetes Center Odense*, der udvikler nye måder, hvor kommuner, civilsamfund og idrætsforeninger (bl.a. DGI) kan skabe inkluderende og bæredygtige bevægelsesfællesskaber for mennesker med type 2-diabetes og andre kroniske sygdomme.

Projektet har to centrale mål:

1. Styrke livskvalitet og fysisk aktivitet gennem lokale fællesskaber, og
2. Bygge bro mellem kommunale indsatser og foreningslivet, så borgere får vedvarende støtte til bevægelse og deltagelse i fællesskaber fra sygdommens debut og videre gennem livet.

Samarbejdet med idrætsforeninger og DGI er centralt, fordi foreningerne kan udvikle og tilpasse aktiviteter, der inkluderer mennesker med kronisk sygdom – og dermed skabe meningsfulde, aktive fællesskaber, som også styrker mental trivsel og tryghed. DGI arbejder i forvejen strategisk for at skabe bevægelsesfællesskaber for voksne og seniorer og ser samarbejdet som et bidrag til folkesundhed og flere gode leveår.

Projektet (2025–2028) indeholder bl.a.:

- Kompetenceudvikling af frivillige instruktører.
- Udvikling af nye, inkluderende foreningstilbud.
- Fælles metoder til rekruttering af deltagere.
- En model/guide til samarbejde mellem kommune og civilsamfund. [sdco.dk]

Sociale henvisninger sammen med Ældre Sagen

Sociale henvisninger er en indsats, hvor praktiserende læger kan henvise ældre patienter, der oplever ensomhed eller sociale udfordringer, til lokale fællesskaber, aktiviteter og støtte via en social brobygger.

Ældre Sagen er en central partner i disse projekter og samarbejder med praktiserende læger og frivilligcentre om at modtage henviste borgere og hjælpe dem ind i meningsfulde aktiviteter.

Venneforeninger

Venneforeninger på plejehjem er lokale støtte- og frivilligforeninger, der arbejder for at skabe liv, aktiviteter og ekstra omsorg for beboerne. De står typisk for sociale og kulturelle arrangementer, indsamling af midler til særlige ønsker og støtte til hverdagsaktiviteter, som personalet ikke altid har tid til. Venneforeninger bidrager også med praktisk hjælp og med at engagere frivillige, der skaber nærvær og relationer omkring beboerne.

Venneforeninger er organiseret som en selvstændig forening, der selv tilrettelægger aktiviteter og skaber et stærkt lokalt fællesskab omkring plejehjemmet.