



SUNDHEDSSTYRELSEN

Tidlig opsporing af ældre med fokus på helbredstilstand og funktionsevne

ANBEFALINGER TIL ARBEJDSGANGE OG ANVENDELSE AF REDSKABER

2017

Tidlig opsporing af ældre med fokus på helbredstilstand og funktionsevne

© Sundhedsstyrelsen, 2017.
Publikationen kan frit refereres med
tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen

Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Emneord: Tidlig opsporing, ældre,
Ændringskemaet, Hjulet, TOBS.

Sprog: Dansk

Version: 1,0

Høringsversion: 26.10.2017

Format: pdf

Indhold

1	Introduktion	4
2	Læsevejledning	5
3	Sammenfatning af anbefalinger	6
4	Værdigrundlag	7
5	Centrale deltagere i tidlig opsporing	8
5.1	Medarbejdere i hjemmeplejen, plejeboliger og hjemmesygeplejen	8
5.2	Ældre borgere der modtager personlig og praktisk hjælp	8
5.3	Pårørende	8
5.4	Almen praksis	8
6	Rammer for tidlig opsporing	9
6.1	Om tidlig opsporing	9
6.2	Digital understøttelse af redskaber til tidlig opsporing	11
6.3	Sprogets betydning for implementering	11
6.4	Anbefalinger	11
7	Triagering	12
7.1	Om metoden	12
7.2	Relevante overvejelser i kommunen forud for implementering	12
7.3	Arbejdsgange	13
7.4	Kompetencer	15
7.5	Anbefalinger	16
8	Redskaber til hverdagsobservationer	17
8.1	Om redskaber til hverdagsobservationer	17
8.2	Kompetencer	17
8.3	Arbejdsgange	18
8.4	Ændringskemaet	18
8.5	Hjulet	18
8.6	Anbefalinger	19
9	Redskaber til kvalificering af hverdagsobservationer	20
9.1	Rejse-Sætte-Sig testen	22
9.2	Vejning og Ernæringsvurderingskemaet (EVS)	22
9.3	UCLA 3	23
9.4	TOBS	24
9.5	Anbefalinger	27
10	Bilagsfortegnelse	28

1 Introduktion

Formålet med tidlig opsporing er tidligst muligt at sætte indsatser i gang for at undgå, at borgernes helbredstilstand forværres med risiko for tab af funktionsevne, indlæggelse eller i værste fald død. Derfor indgår tidlig opsporing også i Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til en national handlingsplan for den ældre medicinske patient fra 2011¹. Formålet med oplægget var at styrke og forbedre patientforløb for målgruppen af sårbare ældre medicinske patienter. På den baggrund udarbejdede Sundhedsstyrelsen *Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring – sammenfatning af anbefalinger* (2013). KL gennemførte i 2015 og 2016 en kortlægning (jf. Bilag 1), der indikerer, at det varierer, hvorvidt og i hvilken grad kommunerne anvender de anbefalede redskaber.

Sundheds- og Ældreministeriet udarbejdede i 2016 handlingsplanen *Styrket indsats for den ældre medicinske patient – National handlingsplan 2016*². Af den fremgår det, at KL i samarbejde med Sundhedsstyrelsen skal samle op på kommunernes erfaringer med tidlig opsporing. KL afholdt i foråret 2017 en workshop med deltagelse af en række kommuner for at afdække anvendelse af og udfordringer ved tidlig opsporing i kommunerne³.

På baggrund af workshoppen og den tidligere gennemførte spørgeskemaundersøgelse har Sundhedsstyrelsen i nærværende udgivelse udvalgt de redskaber, der i størst grad bliver brugt i kommunerne for at præcisere og komme med yderligere anbefalinger til god kommunal praksis.

I forbindelse med udarbejdelse af anbefalingerne nedsatte Sundhedsstyrelsen i foråret 2017 en referencegruppe med deltagelse af en række faglige aktører og kommuner. Referencegruppen har i samarbejde med Sundhedsstyrelsen udarbejdet og kvalificeret nærværende anbefalinger til tidlig opsporing med henblik på, at kommunerne implementerer anbefalingerne i 2018.

”Anbefalingerne vil tage udgangspunkt i eksisterende værktøjer til tidlig opsporing og herudover omhandle tilrettelæggelse, arbejdsgange og opfølgning samt kompetencer. Formålet er at understøtte, at fagpersoners observationer af tidlige tegn på fx sygdom omsættes til relevante indsatser, der kan forebygge sygdomsudvikling og indlæggelse” (jf. Kommissorium, Bilag 2). Nærværende udgivelse er således en videreudvikling og uddybning af Sundhedsstyrelsens udgivelse vedr. tidlig opsporing fra 2013 med særligt fokus på arbejdsgange og kompetencer. Denne udgivelse er derfor ikke en erstatning af den foregående udgivelse, men en hjælp til kommunerne med at blive mere præcise på arbejdsgange i relation til tidlig opsporing.

Nærværende udgivelse er målrettet ledere, projektledere og leverandører af hjemmepleje og hjemmesygepleje, der kan blive inspireret til det videre arbejde med tidlig opsporing i forhold til arbejdsgange, dokumentation og kompetencer. Anbefalingerne retter sig primært mod ansatte i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og plejeboligerne.

¹ Sundhedsstyrelsen (2011). ”Styrket indsats for den ældre medicinske patient – fagligt oplæg til en national handlingsplan.

² Sundheds- og Ældreministeriet (2016). Styrket indsats for den ældre medicinske patient – National handlingsplan 2016

³ På workshoppen deltog 10 kommuner: Aalborg, Randers, Varde, Sønderborg, Kerteminde, Svendborg, Roskilde, Gladsaxe, Allerød og Københavns Kommune. Kommunerne blev udvalgt af KL med henblik på at give et repræsentativt øjeblikbillede af deres arbejde med tidlig opsporing, og de erfaringer de har gjort sig.

2 Læsevejledning

Anbefalingerne fokuserer på arbejdsgange og kompetencer i forbindelse med brug af de redskaber fra Sundhedsstyrelsens udgivelse fra 2013, der er mest benyttede i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og plejeboligerne.

I kapitel 3 'Sammenfatning af anbefalinger' præsenteres nærværende udgivelses anbefalinger til tidlig opsporing i samlet form. Anbefalingerne er især rettet imod arbejdsgange og kompetencer og supplerer som nævnt ovenfor de tidligere anbefalinger.

Kapitel 4 og 5 beskriver henholdsvis værdigrundlaget for tidlig opsporing samt de centrale deltagere i tidlig opsporing.

Kapitel 6 'Tilgange til tidlig opsporing' beskriver processen vedrørende tidlig opsporing, herunder også hvilke overordnede tanker, det er vigtigt at gøre sig vedrørende arbejdsgange for tidlig opsporing. Kapitlet beskriver blandt andet to forskellige måder at anvende redskaber til kvalificering af hverdagsobservationer på.

Kapitel 7 'Triagering' beskriver triagering som den metodiske tilgang, der bør benyttes i forbindelse med tidlig opsporing. Triagering er en metode, hvor hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og medarbejdere i plejeboliger i fællesskab triagerer hver enkelt borger og derved opnår et fælles overblik over borgerens aktuelle helbredstilstand.

Kapitel 8 'Redskaber til hverdagsobservationer' beskriver redskaber, der skal støtte social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter i systematisk at observere borgeren. I kapitlet præsenteres Ændringsskemaet og Hjulet som de to primære redskaber til hverdagsobservation. Disse redskaber anvendes også i størst grad i kommunerne (jf. Bilag 1).

Kapitel 9 'Redskaber til kvalificering af hverdagsobservationer' beskriver Rejse-Sætte-Sig testen, Vejning og Ernæringsvurderingsskemaet (EVS), som fremhæves i nærværende udgivelse pga. udbredelsen af redskaberne i kommunerne (jf. Bilag 1). Herudover præsenteres to nye redskaber: UCLA 3 til opsporing af ensomhed og social isolation samt TOBS (Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom) til måling af vitale parametre. De resterende redskaber til kvalificering af hverdagsobservationer anbefales stadig til tidlig opsporing.

For en nærmere forståelse af anvendelse af begreberne i udgivelsen, fx begrebet hjemmepleje, se Bilag 3.

3 Sammenfatning af anbefalinger

Kapitlet sammenfatter Sundhedsstyrelsens syv anbefalinger vedr. tidlig opsporing af sygdoms- tegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at:

- Tidlig opsporing implementeres i kommunerne, helst med digital understøttelse under forudsætning af integration mellem applikation, triagetavler og omsorgssystem.
- Triagering anvendes som metode til at foretage en tydelig prioritering af, hvilke borgere der har størst behov for øget opmærksomhed, målrettet pleje og eventuel behandling. Det indebærer, at hver kommune udarbejder arbejdsgange med faste procedurer for farveskift og tilhørende handleanvisninger, herunder at farveskift fra rød eller gul til grøn udelukkende kan foretages på baggrund af sparring med medarbejdere med de rette sundhedsfaglige kompetencer.
- Ændringsskemaet eller Hjulet anvendes i elektronisk version som redskab til hverdags-observationer for at støtte medarbejdere i at foretage systematiske observationer af bor- gere.
- Rejse-Sætte-Sig testen (30s-RSS) anvendes som det primære målingsredskab til vurde- ring af fysisk funktionsniveau. Der foretages en baseline måling af borgerens funkti- onsniveau ved hjælp af Rejse-Sætte-Sig testen ved visitation til personlig og/eller prak- tisk hjælp.
- Tidlig opsporing af uplanlagt vægttab gennemføres ved regelmæssig Vejning i kommu- ner og efter behov i almen praksis. Ernæringsvurderingsskemaet (EVS) anvendes i hjemmepleje, hjemmesygepleje og plejeboliger til nærmere udredning af uplanlagt vægttab på 1 kg og derover.
- UCLA 3 anvendes til opsporing af ensomhed og social isolation hos den enkelte borger.
- Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom (TOBS) anvendes til sundhedsfaglig kvalifi- cering af hverdagsobservationer når relevant. Der udarbejdes faste procedurer for, hvor- vidt der skal anvendes TOBS, når en borger triageres gul eller rød.

4 Værdigrundlag

Når hjemmeplejen og hjemmesygeplejen indgår i borgerens liv i en periode eller permanent, bør samarbejdet foregå på en måde, der understøtter den enkelte borgers mulighed for fortsat at være mest muligt selvhjulpent. I den sammenhæng er tidlig opsporing vigtigt, fordi det bidrager til tidligt at opdage og handle på forværring af borgerens helbredstilstand eller funktionsevne. Tidlig opsporing bør derfor være kendetegnet ved:

- Systematik
- Tværfagligt samarbejde mellem de rette sundhedsfaglige kompetencer
- Samme muligheder for borger uanset leverandør
- Samarbejde med borger og pårørende.

Systematik

Tidlig opsporing er kendetegnet ved systematik. Det indebærer brug af redskaber til at understøtte de faglige vurderinger, tydelig ansvarsfordeling mellem aktørerne samt klart beskrevne arbejdsgange, hvor alle parter kender egne samt øvrige relevante arbejdsgange. Derudover indebærer systematik etablering af fælles forståelse af det sprog, der benyttes til at udveksle information om borgeren.

Tværfagligt samarbejde mellem de rette sundhedsfaglige kompetencer

Det er en forudsætning for tidlig opsporing, at der sikres et velfungerende tværfagligt samarbejde med de rette sundhedsfaglige kompetencer. Det velfungerende tværfaglige samarbejde er kendetegnet ved, at alle faggrupper kender eget og andres ansvarsområder.

Samme muligheder for borger uanset leverandør

Borgerne skal have samme muligheder for tidlig opsporing, uanset om borgeren har valgt hjemmepleje fra en privat eller offentlig leverandør eller bor i en privat eller kommunal plejebolig. Derfor er der i særlig grad behov for, at samarbejdet mellem hjemmesygeplejen og både offentlige og private leverandører af hjemmepleje og plejebolig understøttes af tydelige arbejdsgange.

Samarbejde med borger og pårørende

Ansvar for tidlig opsporing er entydigt placeret hos hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og medarbejdere i plejeboligerne. Den tidlige opsporing bør foregå i tillidsfuldt samarbejde med borger og eventuelt pårørende. Det indebærer, at borger og pårørende er inddraget og orienteret om formålet med brugen af redskaber til tidlig opsporing. Borgeren er en vigtig samarbejdspartner, der kan bidrage med unik viden om sin helbredstilstand og ændringer i denne med henblik på at få iværksat hensigtsmæssige tiltag i tide.

5 Centrale deltagere i tidlig opsporing

5.1 Medarbejdere i hjemmeplejen, plejeboliger og hjemmesygeplejen

Hjemmeplejen og hjemmesygeplejen er relevante aktører ved tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk, psykisk og social funktionsevne samt underernæring. Anvendelsen af redskaberne til tidlig opsporing er primært målrettet medarbejdere ansat i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen samt i plejeboliger.

5.2 Ældre borgere der modtager personlig og praktisk hjælp

Borgerne i målgruppen for tidlig opsporing har potentielt meget forskellig helbredstilstand og funktionsevne. Det kan både være de borgere, der karakteriseres som ældre medicinske patienter, men det kan også være øvrige ældre borgere, der modtager personlig og/eller alene praktisk hjælp. Det er vigtigt at være opmærksom på, at målgruppen for tidlig opsporing ikke er akut syge borgere.

5.3 Pårørende

For at kvalificere den tidlige opsporing er det ofte hensigtsmæssigt at samarbejde med pårørende og andre nære personer i borgerens netværk. Samarbejdet om tidlig opsporing har især den fordel, at de pårørende ofte kender borgeren bedst, og det er oftest dem, der først opdager mindre ændringer, som kan være vigtige at handle på. I de pårørendes samarbejde med medarbejderne er det vigtigt fortløbende at være opmærksom på, at samarbejdet ikke bliver en belastning for den pårørende, samt at samarbejdet sker i overensstemmelse med borgerens accept.

5.4 Almen praksis

Alment praktiserende læger er vigtige i relation til opfølgning på den tidlige opsporing. De bør derfor som minimum have kendskab til redskaberne for tidlig opsporing, særligt redskabet TOBS og kommunens anvendelse af redskabet (jf. afsnit 9.4). Den praktiserende læge ser oftest borgeren på baggrund af en henvendelse fra borgeren selv, fra pårørende eller fra hjemmesygeplejen. Når den praktiserende læge håndterer observationer fra hjemmesygeplejen, er det særligt vigtigt, at det sker på baggrund af en fælles forståelse af det sprog, der benyttes vedrørende tidlig opsporing.

6 Rammer for tidlig opsporing

6.1 Om tidlig opsporing

På tværs af kommuner er arbejdsgangene for tidlig opsporing forskellige. Der er enighed om, at der skal benyttes et redskab til systematisk at foretage hverdagsobservationer i borgerens hjem. De redskaber, der oftest anvendes i kommunerne, er Ændringsskemaet (jf. afsnit 8.4), og Hjulet (jf. afsnit 8.5). I nogle kommuner benyttes desuden redskabet Tidlige Tegn (jf. Bilag 1).

OBS

Handlinger forbundet med brugen af redskaberne til hverdagsobservationer erstatter ikke de handlinger, der foretages ved akut opstået sygdom.

Udover systematisk at foretage hverdagsobservationer i borgernes hjem, kan faggrupperne anvende redskaber til at foretage relevante målinger. I forbindelse med tidlig opsporing findes der to tilgange til måling:

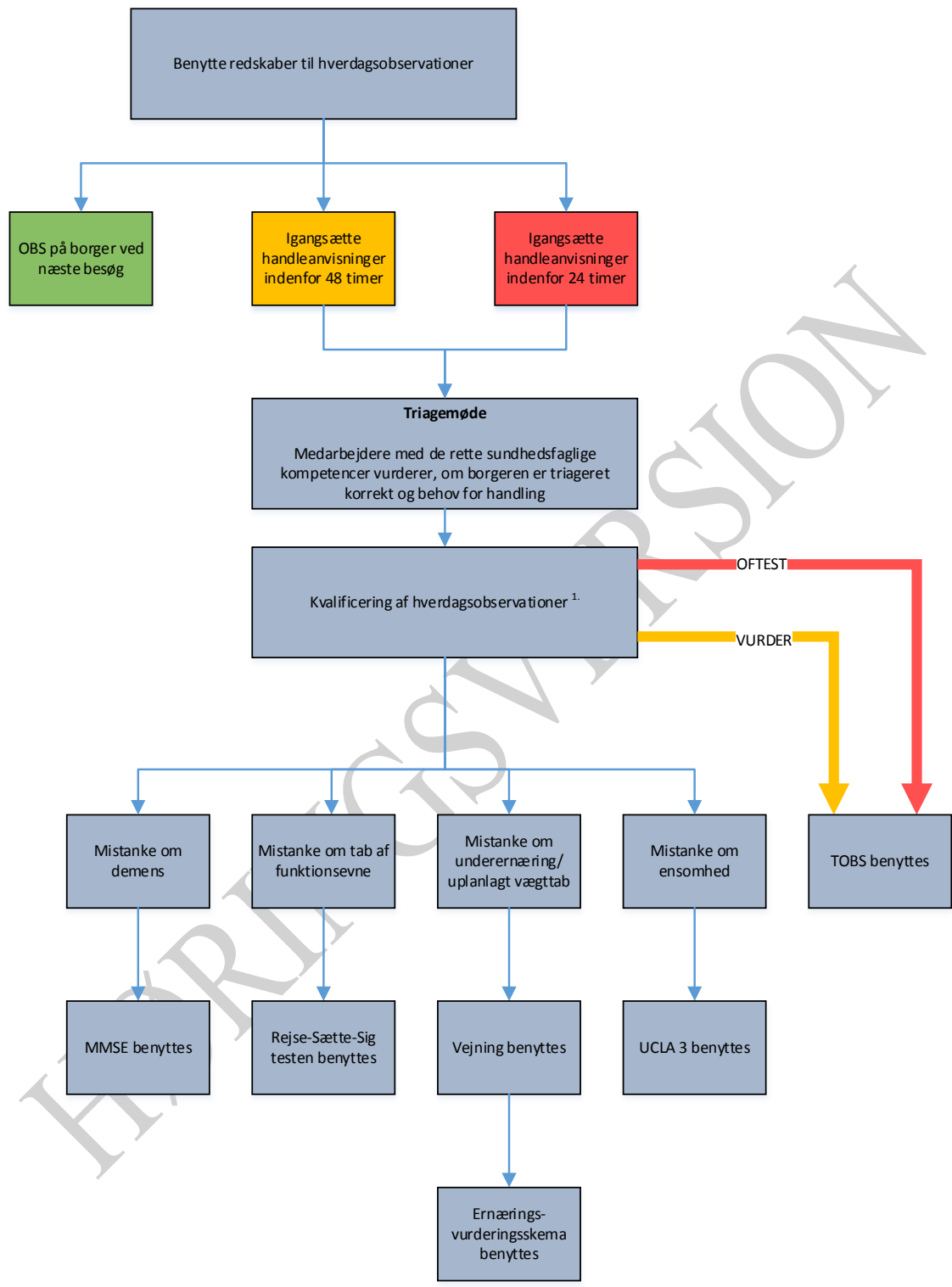
- Anvendelse af redskaber, der kan kvalificere hverdagsobservationer
- Systematisk anvendelse af redskaber i fast definerede intervaller.

Redskaber, der kvalificerer hverdagsobservationer, anvendes som en del af en igangsat handleplan. Hvis fx en social- og sundhedshjælper ved Vejning af borgeren opdager et uplanlagt vægttab, kan Ernæringsvurdering (jf. afsnit 9.2) efterfølgende benyttes af fx social- og sundhedsassistenter som redskab til yderligere udredning.

Redskaber, der anvendes systematisk i fast definerede intervaller, kan med fordel inddrages, hvis borgeren fx er indlæggelsestruet eller har en række kroniske sygdomme, som kræver tæt observation for at undgå indlæggelse eller forværring af kronisk sygdom. Hvilket redskab og hvilken hyppighed afhænger af en individuel, tværfaglig vurdering af behovet hos den enkelte ældre borger. Nogle kommuner har derudover valgt systematisk at anvende redskaber i fast definerede intervaller for alle borgere, der modtager hjemmepleje, hjemmesygepleje eller bor i plejebolig.

Figur 1 nedenfor illustrerer, hvordan de overordnede arbejdsgange i forbindelse med tidlig opsporing kan igangsættes. Hjemmeplejen benytter redskaber til hverdagsobservationer, der efterfølgende anvendes til triagering (jf. kapitel 7 og 8), hvor borgere prioriteres efter behov, så borgere med størst behov får øget opmærksomhed og målrettet pleje. Borgere tildeles en af farverne grøn, gul eller rød, som afspejler det krævede opmærksomhedsniveau. Triagemøderne anvendes efterfølgende til at vurdere behovet for handleanvisninger samt, om borgeren er triageret korrekt. Figuren viser ligeledes et udsnit af, hvilke redskaber der med fordel kan benyttes til kvalificering af hverdagsobservationer. I den forbindelse vil det endvidere være relevant at orientere sig i Sundhedsstyrelsens udgivelse fra 2013 for yderligere inspiration til redskaber.

Figur 1. Arbejdsgange for tidlig opsporing



¹ For yderligere redskaber se tabel 1, kapitel 9 eller "Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat funktionsevne og underernæring – sammenfatning af anbefalinger" (Sundhedsstyrelsen 2013)

6.2 Digital understøttelse af redskaber til tidlig opsporing

Kommunerne har forskellig praksis med hensyn til, om der anvendes en papirudgave eller en elektronisk version af redskaberne. Det skyldes blandt andet mangel på tilfredsstillende digital integration mellem applikationerne til tidlig opsporing og de eksisterende omsorgssystemer. Mulighederne for digital integration afhænger af kommunernes omsorgssystem. Ved anvendelse af en elektronisk version af redskaberne til tidlig opsporing, kan der på applikationen foretages registreringer af observationerne ude hos borgerne og i nogle versioner samtidig se tidligere registreringer. Udfordringen er at trække øvrige relevante informationer om borgeren fra omsorgssystemet til applikationen, hvilket medfører, at medarbejderen skal agere og registrere i to forskellige systemer⁴.

Erfaringerne fra flere kommuner peger i retning af, at arbejdsgangene i forbindelse med tidlig opsporing er mest effektive, når der er digital understøttelse af de valgte redskaber samt digital integration mellem redskaberne og kommunens omsorgssystem. Erfaringer fra Københavns Kommune viser, at der foretages helt op til syv gange flere registreringer, når der er digital understøttelse af redskaberne⁵. Disse registreringer er helt centrale for systematikken i den tidlige opsporing.

6.3 Sprogets betydning for implementering

Redskaberne til hverdagsobservationer benyttes af forskellige faggrupper. Nogle kommuner har erfaret, at nogle medarbejdere oplever udfordringer med at læse og forstå betydningen af terminologien. Erfaringer fra flere kommuner viser, at netop fælles forståelse af sproget i redskaberne bidrager til at skabe ensartede arbejdsgange. Samtidig forbedrer ensartet sprogbrug forståelsen for hinanden, når de medarbejdere, der indgår i det tværfaglige samarbejde, har forskellige uddannelsesmæssige forudsætninger og kompetencer. Det understøtter implementering af tidlig opsporing, hvis den terminologi, der benyttes i redskaberne til hverdagsobservationer, benyttes af alle medarbejdere under faglige drøftelser af borgere.

6.4 anbefalinger

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at:

- Tidlig opsporing implementeres i kommunerne, helst med digital understøttelse under forudsætning af integration mellem applikation, triagetavler og omsorgssystem.

⁴ KL har mapperet både Ændringsskemaet (jf. afsnit 8.4) og Hjulet (jf. afsnit 8.5) og dermed gjort det sprog der benyttes i redskaberne kompatibelt med sproget i Fælles Sprog III. Løsningen er endnu ikke afprøvet i praksis. For at læse mere se ”Tidlig opsporing og Fælles Sprog III. Kobling mellem værktøjerne Hjulet og Ændringsskemaet til tidlig opsporing og Fælles Sprog III”, 2017.

⁵ København Kommunes oplæg på workshop i KL, marts 2017

7 Triagering

7.1 Om metoden

Triagering er en metode, der bidrager til systematisk opfølgning på de observationer, som social- og sundhedshjælpere samt social- og sundhedsassistenter har foretaget med et af redskaberne til hverdagsobservationer (jf. kapitel 8).

Ved at hjemmeplejen og hjemmesygeplejen triagerer hver enkelt borger, opnår de et fælles overblik over borgerens aktuelle helbredstilstand. Triagering bidrager på den måde til at skabe mulighed for i særlig grad at prioritere borgere, der er i risiko for hospitalsindlæggelse eller forværring af enten eksisterende sygdom, udvikling af ny sygdom eller tab af funktionsevne.

Prioriteringen er visuelt overskuelig, idet borgerne ved triagering tildeles en af farverne grøn, gul eller rød afhængig af deres aktuelle helbredstilstand og funktionsniveau.

7.2 Relevante overvejelser i kommunen forud for implementering

Triagering kan benyttes sammen med både Ændringsskemaet og Hjulet, dog giver redskaberne hver sit udgangspunkt:

- Ved brug af Ændringsskemaet udarbejder social- og sundhedshjælper eller social- og sundhedsassistent i samarbejde med borgeren og eventuelt pårørende indledningsvist et habitualskema (jf. afsnit 8.4). Derefter observeres borgeren med udgangspunkt i habitualtilstanden. Hvis der er ændringer i forhold til habitualtilstanden, registreres disse.
- Ved brug af Hjulet observerer hjemmeplejen borgerens tilstand og velbefindende i samarbejde med borgeren og eventuelt pårørende (jf. afsnit 8.5). Hvis observationerne giver anledning til undren, registreres de.

Uanset hvilket redskab til hverdagsobservationer der vælges, bør kommunen forud for implementering i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og i plejeboligerne som minimum gøre sig følgende overvejelser:

- Undersøg muligheder for digital integration mellem applikationer til tidlig opsporing og omsorgssystem, herunder også om der kan benyttes elektroniske triagetavler
- Hvor ofte der skal afholdes triagemøder og hvilke faglige kompetencer, der som minimum skal være til stede på triagemøderne – herunder hvilke sundhedsfaglige kompetencer der skal være til stede for at foretage farveskift fra rød eller gul mod grøn
- Fordeling af ansvar i forbindelse med triagering, herunder også på triagemøderne
- Procedurer for farveskift, herunder om farveskift fra grøn til gul eller rød foretages af social- og sundhedshjælper eller social- og sundhedsassistent i borgerens hjem i samarbejde med borgere og eventuelt pårørende, eller om farveskift kun kan foretages på triagemøder
- Hvem der har ansvaret for borgere, der er triageret henholdsvis grøn, gul og rød

- Hvordan der skabes tydelige kommunikationsveje mellem hjemmesygeplejen og hjemmeplejen, herunder især private leverandører af hjemmepleje samt almen praksis. Tilsvarende på plejeboligområdet.

7.3 Arbejdsgange

Der er to måder, hvorpå borgeren kan triageres:

- Social- og sundhedshjælper eller social- og sundhedsassistent triagerer borgeren i borgerens hjem. Derefter foretages der på de efterfølgende triagemøder en vurdering af, om borgeren er tildelt den rette farve. Vælges denne tilgang, bør det tydeliggøres i handleanvisningerne, at der udelukkende må triageres i retningen fra grøn mod rød
- Triagering foretages på triagemøderne.

Uanset tilgang forudsætter triagering fra rød eller gul mod grøn sparring mellem medarbejdere med de rette sundhedsfaglige kompetencer.

Kommunerne har også forskellig praksis i forhold til, hvor ofte triagemøder afholdes. Hyppigheden, hvormed der afholdes triagemøder, varierer fra dagligt til ugentligt. Ved daglige triagemøder er det muligt fortløbende at have dialog om ændringer i en borgers habitualtilstand. Afholdes der ugentlige triagemøder, er det nødvendigt, at arbejdsgangene i endnu højere grad tager højde for ansvarsfordelingen mellem faggrupperne med henblik på at sikre de rette indsatser mellem møderne.

Flere kommuner benytter i dag en elektronisk tavle med integration til omsorgssystemet. Når hjemmeplejen udfylder den elektroniske version af Ændringsskemaet eller Hjulet på deres håndholdte enheder, bliver borgeren automatisk triageret enten grøn, gul eller rød. Registreringen overføres til den elektroniske tavle, der med fordel kan hænge i hjemmeplejens og hjemmesygeplejens mødelokaler og tilsvarende på plejecentre.

OBS

Hjemmeplejen og hjemmesygeplejen skal i den forbindelse være opmærksomme på, at det kun er relevante medarbejdere, der har mulighed for at tilgå personfølsomme oplysninger.

7.3.1 Forud for triagemødet

- Mødelederen bør overveje, om der skal indhentes yderligere informationer om borgers funktionsevne eller helbredstilstand. Informationerne kan fx indhentes ved brug af redskaber til kvalificering af hverdagsobservationer (jf. kapitel 9)
- Øvrige mødedeltagere bør orientere sig i handleplanerne for relevante borgere.

7.3.2 Afholdelse af triagemødet

Ved mødestart fremgår alle borgere, der er triagerede gule eller røde ved brug af redskaberne til hverdagsobservationer (jf. kapitel 8). Først gennemgås borgere triageret røde og derefter gule. For hver borger fremlægger mødelederen de observationer, der er registreret. De øvrige mødedeltagere supplerer efterfølgende mødelederens fremlæggelse, hvis de er i besiddelse af relevant viden. Det er mødelederens ansvar at facilitere faglig sparring om hver borger, herunder også at afdække, om de øvrige mødedeltagere vurderer et behov for at udrede borgeren ved hjælp af supplerende redskaber (jf. kapitel 9). Afslutningsvist foretager mødedeltagerne en tværfaglig vurdering af, om borgeren er tildelt den rette triagefarve.

For hver borger laves der aftaler i forhold til indsats, opfølgning og dokumentation:

- Hvilke ændringer er der i borgers tilstand?
- Skal der ændres i nuværende indsatser og/eller handleplaner?
- Hvem laver handleplan?
- Hvem dokumenterer ændringerne?
- Hvem følger op på handleplan?
- Hvem afslutter handleplan?
- Hvem kontakter læge, visitator mv.?

I Boks 1 er der foretaget en sammenskrivning af, hvilke overvejelser mange kommuner har i forbindelse med definition af farvekode.

Boks 1. Definition af farvekode

	Borgere, der er triageret som værende grønne, vurderes at være i deres sædvanlige tilstand, men kan godt være komplekse.
	<p>Borgere, der er triageret gule, har vist tegn på svækkelse. Ved brug af Ændringskemaet triageres en borger oftest gul, når der er observeret én til tre ændringer i forhold til habitualtilstanden. Ved brug af Hjulet foretager social- og sundhedshjælperen eller social- og sundhedsassistenten en vurdering af graden af svækkelse.</p> <p>Når en borger triageres gul, bør der foregå en sparring om borgeren mellem medarbejdere med de rette sundhedsfaglige kompetencer. Sammen sparrer de om det observerede, og der udarbejdes og igangsættes handleanvisninger inden for 48 timer.</p>
	Borgere i den røde farvekategori er i risiko for en alvorlig helbredstilstand og/eller tab af funktionsevne med mange eller markante ændringer. Når en borger triageres rød, skal der være dialog mellem hjemmeplejen og hjemmesygeplejen, som hurtigst muligt og senest inden for 24 timer igangsætter handleanvisninger.

Erfaringer fra kommunerne peger i retning af, at social- og sundhedshjælpere samt social- og sundhedsassistenter især har fokus på observationer og ændringer relateret til det fysiske. Når metoden er implementeret, kan mødelederen derfor med fordel støtte medarbejderne i også at udvide deres opmærksomhed til fokusområderne 'Psykisk og socialt' og 'Hjemmet'.

Når en borger gennem længere tid er triageret gul eller rød, bør hjemmeplejen og hjemmesygeplejen foretage en vurdering af, om borgeren nu har en ny habitualtilstand (jf. Ændringsskemaet). Vurderingen vil være en afvejning af:

- Om den nuværende tilstand ikke ændres til det bedre, hvorfor der er behov for at redefinere habitualtilstanden
- Om der er en formodning om, at borgerens tilstand kan forbedres.

Hvis der er stor udskiftning i hvilke medarbejdere, der har kontakt med borgeren, er det særligt vigtigt, at mødelederen sikrer, at der sker en opfølgning på hver enkelt borger samt de igangsatte indsatser. Det gør sig særligt gældende efter en ferieperiode. Derudover er det vigtigt at prioritere kontinuitet hos de mest skrøbelige borgere, hvor små variationer i hverdagen med stor sandsynlighed kun vil blive registreret af de medarbejdere, der har et indgående kendskab til borgeren.

Flere kommuner har erfaret, at det særligt er for borgere, som er triageret gule, at der mangler en systematisk opfølgning på de igangsatte indsatser. Derfor bør det tydeligt fremgå af handleplanen, om det er hjemmeplejen eller hjemmesygeplejen, der har det organisatoriske ansvar for de aftalte indsatser samt opfølgning derpå.

7.3.3 Efter triagemødet

Efter triagemødet skal mødedeltagerne være opmærksomme på følgende:

- Iværksætte aftaler, fx kontakt til læge eller visitator
- Drøfte tiltag med borger
- Eventuelt at orientere pårørende med borgerens samtykke
- Dokumentere i omsorgssystemet

7.4 Kompetencer

Triagering som metode er en mulighed for sparring mellem de faggrupper, der er ansat i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og i plejeboliger, om deres hverdagsobservationer. Flere kommuner har gode erfaringer med, at der foregår videndeling mellem faggrupperne på triagemøderne, og at det bidrager til at højne det faglige niveau generelt.

Det er op til den enkelte kommune at vurdere, hvilke medarbejdergrupper der skal deltage på triagemøderne. En del kommuner har gode erfaringer med følgende deltagere:

- Mødeleder med relevant sundhedsfaglig kompetence. Det kan være en god ide at klæde mødelederen på til 'at sætte sig for bordenden'. Mødelederen bør med andre ord også have personlige kompetencer som autoritet, struktur og overblik.
- Medarbejder med ansvar for at dokumentere de beslutninger, der træffes
- Terapeuter og sygeplejersker
- Relevante social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere.

Nogle kommuner har desuden gode erfaringer med, at visitatorer deltager på triagemøder. Dette skyldes, at når en borger triageres gul, vil det ofte være relevant at overveje, om borgeren kan have gavn af et rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83a eller hjælpemidler mv. Visitatorernes deltagelse i triagemøder kan bidrage til en mere smidig sagsbehandling, når de kender de øvrige fagpersoners overvejelser.

7.5 anbefalinger

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at:

- Triagering anvendes som metode til at foretage en tydelig prioritering af, hvilke borgere der har størst behov for øget opmærksomhed, målrettet pleje og eventuel behandling. Det indebærer, at hver kommune udarbejder arbejdsgange med faste procedurer for farveskift og tilhørende handleanvisninger, herunder at farveskift fra rød eller gul til grøn udelukkende kan foretages på baggrund af sparring med medarbejdere med de rette sundhedsfaglige kompetencer.

8 Redskaber til hverdagsobservationer

8.1 Om redskaber til hverdagsobservationer

Brugen af redskaber til hverdagsobservationer af borgere støtter medarbejderne i hjemmeplejen i systematisk at observere hver enkelt borger. Hverdagsobservationerne benyttes til efterfølgende at triagere borgeren grøn, gul eller rød (jf. afsnit 7.1).

Redskaberne til hverdagsobservationer er oprindeligt udvalgt og beskrevet i Sundhedsstyrelsens udgivelse fra 2013⁶. Ændringsskemaet blev udviklet som et redskab til hverdagsobservationer sammen med triagering, mens Hjulet blev udviklet som et redskab til refleksion og læring.

KL udarbejdede i 2015 en kommunal erfaringsopsamling, (jf. Bilag 1). Her fremgår det, at især Ændringsskemaet, men også Hjulet, benyttes som redskab til hverdagsobservationer i forbindelse med tidlig opsporing i kommunerne. Enkelte kommuner benytter Tidlige tegn.

I dette kapitel vil Ændringsskemaet og Hjulet blive beskrevet. Nedenfor beskrives de forhold, der gælder for begge redskaber.

8.2 Kompetencer

Redskaberne til hverdagsobservationer er enkle at benytte, men forudsætter oplæring. Både Ændringsskemaet og Hjulet kan benyttes af social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter samt øvrige social- og sundhedsfaglige medarbejdere, der kommer i hjemmet. I praksis vil det oftest være social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter, der anvender redskabet til hverdagsobservationer.

Det er vigtigt, at der afsættes tilstrækkelig tid til oplæring af hver enkelt medarbejder. Oplæringen kan både foregå som sidemandsoplæring, i mindre grupper eller en kombination af begge dele. Blandt kommunerne er der forskellige erfaringer med at sikre medarbejderne de fornødne kompetencer til at anvende redskaberne. Flere kommuner har erfaret, at den bedste oplæring i brugen af redskaber til tidlig opsporing foregår ved sidemandsoplæring, da det muliggør en dybdegående og praksisnær introduktion til redskaberne med mulighed for løbende vejledning og sparring. Andre kommuner har gode erfaringer med at introducere og oplære i brugen af redskaberne på hold. Det kan endvidere være relevant, at der til hver plejegruppe tilknyttes en tovholder, som løbende har fokus på tidlig opsporing i plejegruppen samt sikrer, at der sker en kontinuerlig oplæring også af nye medarbejdere. Derudover kan tovholderen løbende supervisere anvendelsen af redskaberne for at sikre ensartethed i terminologi og brug.

For at få medarbejderne til at foretage de daglige systematiske hverdagsobservationer, er det vigtigt at gøre opgaven meningsfuld ved at tydeliggøre, hvordan og hvorfor deres observationer og efterfølgende handleanvisninger er centrale for borgeren.

⁶ Læs mere om udvælgelsen af redskaberne i Sundhedsstyrelsens publikation ”Tidlig opsporing af den ældre medicinske patient – Værktøjer til hverdagsobservationer”. <http://www.sst.dk/~media/552BAE10B18B483A890F988C9FE0DEEF.ashx>

8.3 Arbejdsgange

Hyppigheden hvormed der observeres systematisk med et af redskaberne, varierer kommunerne i mellem. Nogle kommuner gør det ved alle besøg, andre kommuner observerer ved første besøg i hvert vagtlag, mens nogle kommuner gør det én gang dagligt.

8.4 Ændringsskemaet

8.4.1 Om redskabet

Formålet med Ændringsskemaet er at observere, dokumentere og videregive selv små ændringer i borgerens habitualtilstand. Disse ændringer kan være tegn på begyndende sygdom eller faldende funktionsniveau. Ændringsskemaet indeholdt oprindeligt fokusområderne *Fysiske klager*, *Hjemmet*, *Hverdagsaktiviteter*, *Psykisk og Socialt*, samt *Spise og drikke*.

Sundhedsstyrelsen har på baggrund af input fra referencegruppen⁷, samt de nye tilstande, der er tilføjet Fælles Sprog III, vurderet, at der som minimum bør foretages observationer inden for følgende ovenstående fem fokusområder med dertil hørende underpunkter samt et nyt fokusområde *Medicinindtagelse* (jf. Bilag 5)⁸.

8.4.2 Arbejdsgange

Ved hjemmeplejens første besøg i hjemmet, samarbejder borger og eventuelt pårørende med hjemmeplejen om at udfylde et habitualskema med henblik på at klarlægge borgerens habitualtilstand (jf. Bilag 5). Habitualskemaet er et afkrydsningsskema, som bruges til at beskrive, hvordan borgeren sædvanligvis er og har det. Hvis hverken borger eller pårørende har mulighed for at deltage i udfyldelsen af habitualskemaet, kan det med fordel udskydes, til hjemmeplejen kender borgeren bedre.

Når habitualskemaet er udfyldt, er det særligt i opstartsperioden vigtigt, at hjemmeplejen benytter Ændringsskemaet til systematisk at observere. Efterhånden som der opnås fortrolighed med brug af redskabet, viser erfaringer fra kommunerne, at medarbejderne i løbet af de øvrige gøremål sørger for at have en mere naturlig dialog med borgeren omkring Ændringsskemaets fokusområder med dertilhørende underpunkter. For at undgå at der ikke er fokusområder med dertilhørende underpunkter, der overses, er det en god idé at indarbejde en praksis, hvor registrering foretages i hjemmet.

8.5 Hjulet

8.5.1 Om redskabet

Formålet med Hjulet er at observere, reflektere og reagere. Hjulet er et enkelt redskab til systematiske observationer og refleksioner på ændringer i borgerens helbredstilstand. Disse ændringer kan være tegn på begyndende sygdom eller faldende funktionsniveau. Hvert af Hjulets seks fokusområder *Fysiske klager*, *Hjemmet*, *Psykisk – Socialt*, *Hverdagsaktiviteter*, *Medicinindtagelse samt Spise og drikke*, med dertilhørende underpunkter (jf. Bilag 6), bidrager til at skabe

⁷ Se Bilag 4: Medlemsliste for referencegruppen

⁸ For uddybning/forklaring af hverdagsobservationer, se "Tidlig opsporing og Fælles Sprog III. Kobling mellem værktøjerne Hjulet og Ændringsskemaet til tidlig opsporing og Fælles Sprog III", 2017.

undren og refleksion hos medarbejderne. I forbindelse med digitaliseringen af Hjulet, blev der foretaget ændringer af de oprindelige underpunkter til fokusområderne.

8.5.2 Arbejdsgange

Hvert af fokusområderne med dertil hørende observationspunkter drøftes i videst muligt omfang med borgeren og eventuelle pårørende. I de tilfælde hvor det ikke er muligt at drøfte observationerne med borgeren og/eller de pårørende, drøftes observationerne med øvrige medarbejdere.

For at lette registrering og sikre overlevering af data til brug for triageringen er det mest hensigtsmæssigt at benytte den elektroniske udgave af Hjulet. Ud over muligheden for at benytte registreringerne i forbindelse med triagering, sikrer det også overlevering af relevant viden til medarbejdere i døgnets øvrige vagtlag.

8.6 anbefalinger

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at:

- Ændringskemaet eller Hjulet anvendes i elektronisk version som redskab til hverdagsobservationer for at støtte medarbejdere i at foretage systematiske observationer af borgere.

9 Redskaber til kvalificering af hverdagsobservationer

I nærværende kapitel beskrives de redskaber, der benyttes efter en konkret faglig vurdering til kvalificering af hverdagsobservationer eller som systematisk anvendelse af redskaber i fast definerede intervaller. Det betyder, at redskaberne både kan benyttes forud for trigemøder, efter trigemøder i forbindelse med den videre udredning samt i fast definerede intervaller.

Sundhedsstyrelsen har i 2013 foretaget en vurdering af en række metoder og redskaber til udredning af specifikke problemstillinger med henblik på kvalificering af hverdagsobservationer, se Tabel 1 nedenfor⁹. Disse redskaber anbefales fortsat af Sundhedsstyrelsen.

Derudover har Sundhedsstyrelsen valgt at inkludere UCLA 3. Evalueringen af en model for rehabiliteringsforløb på ældreområdet har vist, at medarbejdere finder anvendelsen af redskabet UCLA 3 nyttigt til at åbne op for svære samtaler med borgeren¹⁰. Redskabet inkluderes derfor i nærværende udgivelse, også med henblik på at udfolde det sociale og psykiske aspekt af funktionsevnen.

Redskabet Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom (TOBS) måler vitale parametre og er udviklet til brug i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og plejeboliger af medarbejdere med en sundhedsfaglig uddannelse. TOBS inkluderes ligeledes i nærværende udgivelse som et nyt redskab sammenlignet med redskaber fra Sundhedsstyrelsens udgivelse fra 2013.

⁹ Sundhedsstyrelsen (2013). Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring - sammenfatning af anbefalinger.

¹⁰ SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (2017). Rehabilitering på ældreområdet. Afprøvning af en model for rehabiliteringsforløb i to kommuner.

Tabel 1. Redskaber til kvalificering af hverdagsobservationer

Redskab	Beskrivelse	Aktør
Avlunds mobilitet-træthedsskala (Mob-T)	Redskabet evaluerer træthed relateret til fysisk aktivitet og vurderer derfor den ældre borgers evne til at klare daglige aktiviteter uden at føle sig træt eller at have behov for hjælp.	Almen praksis og hjemmesygeplejen
Ernæringsvurderingskemaet	Redskabet anvendes til nærmere udredning ved et uplanlagt vægttab på 1 kilo og derover.	Medarbejdere med de rette sundhedsfaglige kompetencer
EUroQUALity5D (EQ-5D)	Redskabet kan anvendes til scoring af selvrapporteret helbredsrelateret livskvalitet.	Hjemmesygeplejen, forebyggende medarbejdere og almen praksis
Gangtest	Redskabet anvendes til at måle hastigheden ved normal gang.	Alle faggrupper efter instruktion
Mini Geriatric Depression Scale (GDS5)	Redskabet kan identificere depression hos ældre.	Hjemmesygeplejen
Mini Mental State Examination (MMSE)	Redskabet anvendes til at påvise en reduktion af den mentale funktion.	Almen praksis, hjemmesygepleje og demenskoordinatorer
Rejse-Sætte-Sig testen	Redskabet anvendes til vurdering af nedsat fysisk funktionsniveau ved måling af styrken i underkroppen.	Alle faggrupper efter instruktion
The Confusion Assessment Method (CAM)	Redskabet anvendes til vurdering af behov for udredning af delir og kan adskille delir fra andre kognitive funktionsnedsættelser.	Almen praksis, hjemmeplejen og hjemmesygeplejen
Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom (TOBS)	Redskabet måler de vitale parametre puls, bevidsthed, temperatur, respiration, systolisk blodtryk	Medarbejdere med de rette sundhedsfaglige kompetencer
UCLA 3	Redskabet anvendes til opsporing af ensomhed og social isolation	Alle faggrupper efter instruktion
Vejning	Borgerens vægt måles ved hjælp af en vægt	Alle faggrupper
Verbal Ranking Scale (VRS)	Redskabet anvendes til at måle smertens intensitet.	Hjemmesygepleje og almen praksis

I de efterfølgende afsnit vil Rejse-Sætte-Sig testen, Vejning og Ernæringsvurdering, UCLA 3 og TOBS blive udfoldet yderligere, herunder anbefalinger til redskaberne. Udgivelsen tager udgangspunkt i netop disse redskaber til kvalificering af hverdagsobservationer, dels fordi de måler både fysisk funktionsniveau og underernæring og anvendes i stor udstrækning ude i kommunerne, dels fordi to af redskaberne er inkluderet som nye redskaber i nærværende udgivelse. Samtidig er alle redskaberne forholdsvis simple at bruge. For kommuner der ikke er så langt i processen med tidlig opsporing, kan netop disse redskaber være et godt udgangspunkt. Dette betyder omvendt ikke, at Sundhedsstyrelsen ikke fortsat anbefaler de resterende redskaber.

9.1 Rejse-Sætte-Sig testen

9.1.1 Om redskabet

Rejse-Sætte-Sig testen (30s-RSS) er et valideret målingsredskab, hvormed det er muligt at opdage tidlige ændringer i borgerens funktionsevne ved at måle styrken i underkroppen.

9.1.2 Arbejdsgange

Der skal benyttes en spisebordsstol i normal siddehøjde på ca. 45 cm. og et stopur. Styrken i underkroppen måles ved at tælle, hvor mange gange borgeren kan rejse og sætte sig på 30 sekunder. Hvis borgeren ikke kan gennemføre fem oprejsninger på 30 sekunder, bør der henvises til nærmere udredning. Ved udredning i forbindelse med nedsat fysisk funktionsniveau, bør der også være opmærksomhed på borgerens ernæringstilstand (jf. afsnit 9.2). Hvis borgeren kan gennemføre 5-8 oprejsninger på 30 sekunder, bør der udføres Gangtest. En betydningsfuld ændring i positiv eller negativ retning er defineret som to oprejsninger mere eller mindre end sidste gang, testen blev foretaget.

Rejse-sætte-sig testen udføres, når der observeres gangbesvær, besvær med trappegang og/eller besvær med at rejse sig fra en stol, eller hvis borgeren angiver at have lidt besvær, meget besvær eller slet ikke kan:

- Gå 400 meter uden hvil
- Gå op eller ned ad en trappe fra én etage til en anden uden hvil
- Rejse sig fra en stol uden at bruge hænderne til hjælp

Derudover bør Rejse-sætte-sig testen foretages som led i den almindelige kontakt til borgeren, fx regelmæssigt i hjemmeplejen, ved indflytning i plejebolig, under rehabilitering og/eller genoptræning samt i almen praksis efter behov.

9.1.3 Kompetencer

Alle faggrupper kan gennemføre testen efter oplæring i, hvordan testen gennemføres, herunder også instruktion af borgeren. Borgeren og eventuelle pårørende kan også oplæres i selv at udføre testen.

9.2 Vejning og Ernæringsvurderingsskemaet (EVS)

9.2.1 Om redskabet

Vejning er en enkel og let målemetode, men forudsætter at der er en vægt til rådighed. Ved regelmæssig Vejning bør det tilstræbes at anvende samme vægt, at veje på cirka samme tidspunkt af døgnet samt med nogenlunde samme mængde af tøj.

Ernæringsvurderingsskemaet (EVS)¹¹ er et valideret registreringsskema til vurdering af borgers aktuelle ernæringstilstand. EVS består af følgende områder:

1. Vurdering af spisevaner

¹¹ <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2013/~//media/9CEB9C9E71AE4B0194FDB3B9AF03AE.ashx>

2. Vurdering af ernæringstilstand
3. Handleplan – risikofaktorer
4. Handleplan – vægttab/spisevaner
5. Evaluering og afslutning

9.2.2 Arbejdsgange

Vejning bør foretages som led i den almindelige kontakt til ældre, fx ved visitation til hjemmepleje, hjemmesygepleje, madservice, ved indflytning i plejebolig, under rehabilitering og/eller genoptræning samt i almen praksis efter behov. Vejning bør foretages hyppigere efter sygdom. Regelmæssig Vejning kan mindske risikoen for, at uplanlagt vægttab opdages så sent, at det får negative konsekvenser for borgerens sundhedstilstand.

Ved uplanlagt vægttab på 1 kg og derover kan Ernæringsvurderingsskemaet (EVS) anvendes til nærmere udredning. EVS er velegnet til at identificere ældre, der har gavn af en ernæringsindsats. Redskabet indeholder vurdering af borgerens ernæringstilstand baseret på en række spørgsmål om spisevaner, vægtudvikling og måltidsindhold samt en vurdering af årsager/risikofaktorer til den forringede ernæringstilstand som fx tygge-/synkebesvær¹².

9.2.3 Kompetencer

Vejning kan både udføres af borgeren selv eller med støtte fra alle medarbejdergrupper. Det er vigtigt, at ernæringsvurdering foretages af medarbejdere, der har kendskab til den ældre borger og er undervist i brugen af redskabet. En effektiv anvendelse af ernæringsvurderingsskemaet nødvendiggør kompetencer inden for ernæring. Plejepersonalet bør således have mulighed for at inddrage og samarbejde med relevante medarbejdere med de rette ernæringsfaglige kompetencer, når det vurderes relevant for den videre ernæringsindsats.

9.3 UCLA 3

9.3.1 Om redskabet

UCLA 3 er et valideret redskab til opsporing af ensomhed og social isolation, der for borgere kan være et stort og ofte overset problem, der kan have negative konsekvenser for livskvalitet, helbred og trivsel. Erfaringer fra flere kommuner viser, at redskabet er godt til at åbne op for svære samtaler¹³.

Redskabet består af tre spørgsmål, hvor der indirekte spørges ind til ensomhed og social isolation:

1. Hvor ofte føler du dig isoleret fra andre?
2. Hvor ofte føler du, at du savner nogen at være sammen med?
3. Hvor ofte føler du dig holdt udenfor?

¹² Socialstyrelsen (2013). Ernæringsvurdering

¹³ Redskabet har ikke indgået i Sundhedsstyrelsens udgivelse fra 2013. Grunden til, at redskabet indgår i denne udgivelse, er, at redskabet er blevet benyttet med stor succes til opsporing af ensomhed og social isolation i forbindelse med før- og eftermålinger i projektet "Rehabilitering på ældreområdet – Afprøvning af en model for rehabiliteringsforløb i to kommuner".

<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/~media/50AEB1012B69487BBBD5E2EAF25BD15.ashx>

Svarkategorierne til spørgsmålene er delt op efter sjældent (1), en gang i mellem (2) og ofte (3). Der kan scores mellem 3 og 9 point. Jo højere score, desto højere grad af ensomhed og/eller social isolation.

9.3.2 Arbejdsgange

Kommuner bør forud for implementering af redskabet overveje, om redskabet skal benyttes til faste målinger, fx hver tredje måned, eller om det skal benyttes på baggrund af en faglig vurdering af relevansen for den enkelte borger.

Vælger kommuner at implementere brugen af redskabet, skal der udarbejdes en manual med klare handleanvisninger for, hvordan social- og sundhedshjælperen eller social- og sundhedsassistenten skal agere, hvis scoren indikerer, at borgeren er ensom eller socialt isoleret. Handleanvisningerne skal sikre, at der ikke er nogen borgere, der oplever at være overladt til sig selv, når de har åbnet op om et følsomt emne.

9.3.3 Kompetencer

Redskabet kan benyttes af social- og sundhedshjælpere samt medarbejdere med en sundhedsfaglig uddannelse. Brugen af redskabet forudsætter oplæring, da det er vigtigt, at medarbejderne har forståelse for, hvor ømtåleligt et emne, der berøres og har forståelse for og kan formidle forskellen på at være alene og være ensom.

9.4 TOBS

9.4.1 Om redskabet

Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom (TOBS) er en systematisk observationsmetode udviklet til primærsektoren, som understøtter den faglige vurdering og det almene kendskab til borgeren ved måling af vitale værdier¹⁴. Observationsmetoden er udviklet på baggrund af Tidlig Opsporing af Kritisk Sygdom (TOKS)/Early Warning Score (EWS), der benyttes af medarbejderne på hospitalerne til at vurdere, om en patient har øget risiko for kritisk sygdom. EWS er valideret til brug på hospitalerne. TOBS er efterfølgende udviklet til brug i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og i plejeboliger af medarbejdere med en sundhedsfaglig uddannelse¹⁵. I Sundhedsaftalen for Region Midt har regionens kommuner forpligtet sig til at implementere TOBS i aftaleperioden 2015 – 2018¹⁶.

Formålet med brug af TOBS er på et tidligt tidspunkt at opdage forværringer i borgerens helbredstilstand og dermed tidlig identifikation af borgere med behov for øget behandling og observation. Dermed kan mindre syge borgere behandles hjemme inden tilstanden udvikler sig yderligere, og svært syge borgere kan indlægges uden unødigt forsinkelse. I forbindelse med afprøvning af TOBS i Randers-klyngen, blev der udarbejdet et TOBS-scorekort, se tabel 1¹⁷:

¹⁴ TOBS er blevet afprøvet i Randers-klyngen, der består af Regionshospitalet Randers og kommunerne Favrskov, Norddjurs, Randers og Syddjurs. På baggrund af de positive erfaringer fremgår det af aftaleteksten for Sundhedsaftalen for Region Midtjylland 2015 – 2018, at alle kommuner i regionen skal iværksætte TOBS i aftaleperioden.

¹⁵ Ammitzbøl & Madsen (2014). Implementering af systematisk observationsmetode i primærsektoren er mulig, Ugeskrift for Læger, 2014;176

¹⁶<http://www.sundhedsaftalen.rm.dk/siteassets/om-sundhedsaftalen/sundhedsaftale.pdf>

¹⁷ Ammitzbøl & Madsen (2014). Implementering af systematisk observationsmetode i primærsektoren er mulig, Ugeskrift for Læger, 2014;176

Tidligere indgik saturation som et af de vitale parametre i TOBS. Flere kommuner har imidlertid fundet dette uhensigtsmæssigt, og flere kommuner anvender derfor ikke saturation som observationsparameter. Medlemmer af referencegruppen for denne udgivelse (jf. Bilag 4) har den grundlæggende indstilling, at det er bedre med få, men valide målinger. Derfor har referencegruppen ikke fundet det problematisk, at saturation fremadrettet ikke indgår som et af de vitale parametre i TOBS. Samtidig bør hjemmesygeplejen være opmærksom på, at der fortsat kan være situationer eller borgere, hvor måling af saturation bør foretages.

Tabel 1. Vitalværdier og TOBS-score

Observation	Vitalværdier	Score
Puls	≥ 130	3
	110 – 129	2
	90 – 109	1
	50 – 89	0
	40 – 49	1
	≤ 39	2
Bevidsthed	Agiteret	1
	Habituel	0
	Reagerer kun på tiltale	1
	Reagerer kun på smerte	2
	Ingen reaktion	3
Temperatur	≥ 40	3
	39 – 39,9	2
	38 – 38,9	1
	36 – 37,9	0
	34 – 35,9	2
	≤ 33,9	3
Respiration	≥ 26	3
	21 – 25	2
	17 – 20	1
	10 – 16	0
	6 – 9	1
	< 5	3
Systolisk blodtryk	≥ 200	2
	100 – 199	0
	80 – 99	1
	70 – 79	2
	≤ 69	3

9.4.2 Arbejdsgange

Kommunen kan med fordel udarbejde arbejdsgangsbeskrivelser for brug af TOBS, hvor det fremgår, i hvilke situationer der altid skal benyttes TOBS. For eksempel har nogle kommuner valgt, at der altid skal foretages TOBS, når en borger triageres rød. Andre kommuner lader bru- gen af TOBS være op til et klinisk skøn foretaget på triagemødet eller efter en sundhedsfaglig vurdering i borgerens hjem.

TOBS indeholder en algoritme for, hvorledes hjemmesygeplejen skal handle i forhold til afvigende værdier, se Tabel 2¹⁸.

Tabel 2. Handleanvisning og TOBS-score

Samlet TOBS-score	Handleanvisning
0	<ul style="list-style-type: none">• Normal tilstand. Gentag scoring efter skøn
1-2	<ul style="list-style-type: none">• Undersøg urin• Vurder om borgeren har brug for ekstra besøg• Kontakt eventuelt lægen
2	<ul style="list-style-type: none">• Som ved 1• Observation gentages med 2 timers mellemrum
≥ 3	<ul style="list-style-type: none">• Altid telefonisk kontakt med læge
≥ 5	<ul style="list-style-type: none">• Telefonisk kontakt med læge og anmod om besøg

I sundhedsaftalen for Region Midt er der defineret udførlige retningslinjer for første gang, der TOBS-scores¹⁹. Retningslinjerne fra Region Midt tager udgangspunkt i den oprindeligt udviklede algoritme.

Ældre borgere har ofte andre normalværdier for de vitale parametre end andre borgere. Det er derfor en fordel, at borgerens normalværdier måles ved TOBS allerede i den tidlige kontakt med hjemmeplejen og løbende over tid, så der sikres et sammenligningsgrundlag for de enkelte værdier. Det gøres nemmere, hvis scoring med TOBS registreres elektronisk.

I tilrettelæggelsen af arbejdsgange i hjemmesygeplejen bør kommunen være opmærksom på, at erfaringerne fra afprøvningen i Region Midt viser, at det er vigtigt, at hjemmesygeplejen har nem adgang til blodtryksapparater og termometre. Besværlig adgang til fornødne redskaber leder til at have negativ indflydelse på vurderingen af, hvor nødvendigt det er at anvende TOBS²⁰.

Kommunen kan ved implementering med fordel overveje også at informere de praktiserende læger om brugen af TOBS. Gensidigt kendskab til det standardiserede redskab øger kvaliteten af samarbejdet og kommunikationen mellem hjemmesygeplejen og alment praktiserende læger.

9.4.3 Kompetencer

TOBS og de deraf følgende handleanvisninger kan efter oplæring besluttes og udføres af medarbejdere med de rette sundhedsfaglige kompetencer.

¹⁸ Ammitzbøl & Madsen (2014). Implementering af systematisk observationsmetode i primærsektoren er mulig, Ugeskrift for Læger, 2014;176

¹⁹ <http://www.sundhedsaftalen.rm.dk/varkojskasse/tidlig-opsporing-og-tobs/>

²⁰ Region Midtjylland: TOBS – Den brugeroplevede kvalitet. <http://www.sundhedsaftalen.rm.dk/siteassets/projekter/triple-aim/tobs--den-brugeroplevede-kvalitet-.pdf>

9.5 anbefalinger

Sundhedsstyrelsen anbefaler at:

- Rejse-Sætte-Sig testen (30s-RSS) anvendes som det primære målingsredskab til vurdering af fysisk funktionsniveau. Der foretages en baseline måling af borgerens funktionsniveau ved hjælp af Rejse-Sætte-Sig testen ved visitation til personlig og/eller praktisk hjælp.
- Tidlig opsporing af uplanlagt vægttab gennemføres ved regelmæssig Vejning i kommuner og efter behov i almen praksis. Ernæringsvurderingsskemaet (EVS) anvendes i hjemmepleje, hjemmesygepleje og plejeboliger til nærmere udredning af uplanlagt vægttab på 1 kg og derover.
- UCLA 3 anvendes til opsporing af ensomhed og social isolation hos den enkelte borger.
- Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom (TOBS) anvendes til sundhedsfaglig kvalificering af hverdagsobservationer når relevant. Der udarbejdes faste procedurer for, hvorvidt der skal anvendes TOBS, når en borger triageres gul eller rød.

10 Bilagsfortegnelse

Bilag 1:	Kommunernes anvendelse af redskaber til tidlig opsporing
Bilag 2:	Kommissorium
Bilag 3:	Begreber
Bilag 4:	Medlemsliste for referencegruppen
Bilag 5:	Ændringsskemaet
Bilag 6:	Hjulet

HØRINGSVERSION

BILAG 1 KOMMUNERNES ANVENDELSE AF REDSKABER TIL TIDLIG OPSPORING

Hverdagsobservationer

I foråret 2015 gennemførte KL en spørgeskemaundersøgelse blandt landets kommuner for at afdekke, hvilke redskaber kommunerne anvender i praksis til at foretage hverdagsobservationer, jf. Sundhedsstyrelsens udgivelse fra 2013 ”Tidlig opsporing af sygdomstegn hos ældre medicinske patienter – Værktøjer til hverdagsobservationer”. KL fik svar fra 76 kommuner, og fra spørgeskemaundersøgelsen fremgår det, at over halvdelen (53 %) af kommunerne anvender Ændringsskemaet og triagering, mens 18 % udelukkende anvender Ændringsskemaet. Treogtyve procent anvender Hjulet, mens kun 8 % anvender Tidlige tegn.

Kvalificering af hverdagsobservationer

Sundhedsstyrelsen har peget på en række redskaber, der kan anvendes til udredning af specifikke problemstillinger med henblik på kvalificering af hverdagsobservationer. Spørgeskemaundersøgelsen viser, at 70-80 % af kommunerne laver systematiske målinger af vitale parametre (blodtryk, temperatur, puls og respirationsfrekvens samt blodsukker). Omkring halvdelen af kommunerne foretager systematisk måling af iltmætningen i blodet (44 %) og urinundersøgelse ved hjælp af urinstix (58 %). Vedrørende anvendelse af screeningsværktøjer viser spørgeskemaundersøgelsen desuden, at halvdelen af kommunerne anvender MMSE (Mini Mental State Examination), mens 38 % af kommunerne angiver, at de ikke anvender screeningsværktøjer. De resterende screeningsværktøjer bliver anvendt i mindre grad.

Nedsat fysisk funktionsniveau

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at kommuner anvender stoletesten som det primære redskab til tidlig opsporing af fysisk funktionsniveau og gangtesten som et supplerende redskab. Spørgeskemaundersøgelsen viser, at 47 % af kommunerne anvender stoletesten, men 21 % anvender gangtesten. Sytten procent anvender en kombination af de to tests, mens 15 % af kommunerne ikke anvender redskaber til tidlig opsporing af nedsat fysisk funktionsniveau.

Underernæring

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at ældre bliver regelmæssigt vejjet, og at Ernæringsvurderingsskemaet (EVS) anvendes til nærmere udredning af uplanlagt vægttab på minimum 1 kg. Spørgeskemaundersøgelsen viser, at 74 % af kommunerne anvender regelmæssig Vejning, og 72 % af kommunerne anvender EVS'en til systematisk identifikation af ernæringstilstanden (underernæring). En mindre andel af kommunerne angiver, at de ikke benytter redskaberne.

I efteråret 2016 gennemførte KL endnu en spørgeskemaundersøgelse blandt landets kommuner. Resultaterne viser, at 85 % af kommunerne havde igangsat indsatser vedrørende redskaber til tidlig opsporing, fx implementeret digitale værktøjer og apps. Herudover havde 74 % af kommunerne igangsat indsatser og/eller systemer til systematisk opfølgning på observationer af borgerne.

BILAG 2 KOMMISSORIUM

Kommissorium for referencegruppe vedrørende anbefalinger til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring

Baggrund og formål

Den daværende regering indgik i 2016 aftale om national handlingsplan 2016 Styrket indsats for den ældre medicinske patient sammen med Dansk Folkeparti, Liberal Alliance og Det Konservative Folkeparti. Det fremgår af udmøntningsplanen, at KL og Sundhedsstyrelsen i samarbejde skal samle op på kommunernes erfaringer med de eksisterende redskaber til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring. Dette arbejde forventes færdigt primo 2017.

På den baggrund vil Sundhedsstyrelsen inden udgangen af 2017 udarbejde anbefalinger for tidlig opsporing med henblik på, at kommunerne implementerer anbefalingerne i 2018.

De eksisterende redskaber til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring blev udviklet som en del af den tidligere handlingsplan for den ældre medicinske patient fra 2011. Redskaberne anvendes af hjemmeplejen og hjemmesygeplejen til systematiske og løbende hverdagsobservationer af ældre.

For at understøtte Sundhedsstyrelsen i udarbejdelsen af anbefalinger for tidlig opsporing, etablerer Sundhedsstyrelsen en referencegruppe, der, med udgangspunkt i eksisterende redskaber til tidlig opsporing, skal bistå Sundhedsstyrelsen med anbefalinger til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring. Efter udpegning skal der foreligge habilitetserklæringer på alle deltagere i referencegruppen.

Referencegruppen forventes at færdiggøre arbejdet i løbet af 2017.

Referencegruppens opgaver

Referencegruppen skal bistå Sundhedsstyrelsen med at kvalificere anbefalingerne vedrørende tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring. Fokus i anbefalingerne er beskrevet i den nationale handlingsplan 2016 Styrket indsats for den ældre medicinske patient side 20 – 21:

”Anbefalingerne vil tage udgangspunkt i eksisterende værktøjer til tidlig opsporing og herudover omhandle tilrettelæggelse, arbejdsgange og opfølgning samt kompetencer. Formålet er at understøtte, at fagpersoners observationer af tidlige tegn på fx sygdom omsættes til relevante indsatser, der kan forebygge sygdomsudvikling og indlæggelse”.

Organisering af arbejdet

Sundhedsstyrelsen varetager formandsskabet og sekretariatsfunktionen for referencegruppen. Sekretariatet indkalder til møder, udarbejder mødedagsordener og udsender mødereferater.

Tidsplan

Det forventes, at referencegruppen afholder to møder.

1. møde afholdes fredag den 23. juni 2017 kl. 10.00 – 13.00

Forud for første møde udarbejder Sundhedsstyrelsen et udkast til anbefalinger vedrørende tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring, som danner udgangspunkt for drøftelserne på første møde. Sundhedsstyrelsen sender udkastet til referencegruppen senest en uge før første møde. Referencegruppen skal, baseret på det fremsendte udkast, vurdere, om anbefalingerne til redskaber, tilrettelæggelse, arbejds gange, opfølgning og kompetencer er nyttige og brugbare i en kommunal kontekst samt fyldestgørende beskrevet.

Mellem første og andet møde arbejder Sundhedsstyrelsen videre med anbefalingerne baseret på input fra referencegruppen samt fra mødet i følgegruppen for den ældre medicinske patient den 6. september 2017.

2. møde afholdes onsdag den 27. september 2017 kl. 13.00-15.30

Drøftelse af anbefalinger vedrørende tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring. Referencegruppen kan på mødet komme med mundtlige kommentarer til anbefalingerne, som de har modtaget en uge inden andet møde. Referencegruppen kan kommentere skriftligt på oplægget frem til den 4. oktober 2017.

Når relevante input fra referencegruppen er indarbejdet i anbefalingerne, sendes anbefalingerne i høring i landets kommuner i perioden 12. oktober til 10. november 2017.

Sundhedsstyrelsen kan derudover afholde bilaterale møder med fagpersoner eller organisationer med særlig ekspertise inden for området.

Det er op til Sundhedsstyrelsen at beslutte det endelige indhold i anbefalingerne på baggrund af input fra referencegruppen og den skriftlige høring i kommunerne. De endelige anbefalinger forventes at foreligge medio december 2017.

BILAG 3 BEGREBER

Borgere

Borgere benyttes både om mennesker, der bor i egen bolig og i plejebolig. Borgere omfatter i denne udgivelse ikke akut syge borgere, da de skal håndteres efter de sædvanlige arbejdsgange.

Funktionsevne

Funktionsevne omfatter kroppens funktioner og anatomi, aktiviteter og deltagelse. Man skal i den forbindelse være opmærksom på, at kroppens funktioner indeholder både fysiske og mentale områder²¹. Funktionsevne benyttes til at vurdere, hvordan borgeren fungerer i sit hverdagsliv og afspejler dermed også andre forhold end sygdom eller sygdommens grad²².

Habitualtilstand

Når habitualtilstand benyttes i nærværende udgivelse, er det i betydningen, at det er borgerens sædvanlige tilstand, som er kendt af det sundhedsfaglige personale. Hos borgere med en kronisk lidelse kan almentilstanden fx være dårlig, mens habitualtilstanden er normal²³.

Helbredstilstand

Helbredstilstand benyttes, når der tales om en tilstand, hvor borgeren aktuelt vurderes med henblik på en sundhedsintervention²⁴, fx når der benyttes TOBS.

Hjemmepleje og hjemmesygepleje

Kommunerne har forskellige måder at indrette organiseringen af hjemmeplejen og hjemmesygeplejen. I denne udgivelse benyttes hjemmepleje til at beskrive den organisatoriske enhed, der hjælper borgeren med personlig pleje, praktisk hjælp mv., det vil sige medarbejdere der er uddannet enten social – og sundhedshjælper eller social – og sundhedsassistenter. Brugen af begrebet hjemmepleje dækker i denne udgivelse over både kommunale og private leverandører.

Hjemmesygeplejen benyttes som organisatorisk begreb til at beskrive, at der er tale om handlinger udført af sundhedsfagligt personale, det vil sige medarbejdere der er uddannet sygeplejersker eller social- og sundhedsassistenter. Brugen af begrebet hjemmesygepleje dækker i denne udgivelse over både kommunale og private leverandører.

Kommunen

Kommune henviser til den organisatoriske enhed, der træffer de overordnede strategiske beslutninger. I nærværende udgivelse kan det fx være overvejelser, som kommunen med fordel kan gøre sig i forbindelse med implementering af anbefalingerne til tidlig opsporing.

Plejebolig

Plejeboliger dækker over de forskellige boformer, der findes på både plejehjem og i plejecentre.

²¹ Schiøler, G., Dahl, T. WHO & Sundhedsstyrelsen (2012); (2013): ICF – International klassifikation af funktionsevne, funktions-evnedsættelse og helbredstilstand, 1. udgave, Munksgaard Danmark: WHO, København.

²² <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/socialmedicin/funktionsevne/funktionsevne-vurdering-og-icf/>

²³ Begrebet Habitualtilstand er sammensat af ordene *habituel* og *tilstand*. Når tillægsordet *habituel* indgår i et sammensat ord, ændrer det form, hvilket i denne sammenhæng bliver til 'habitualtilstand'. I Retskrivningsordbogen (4. udg., 2012) defineres *habituel* som 'sædvanlig' og i Den Danske Ordbog defineres *habituel* som 'sædvanlig, vanemæssig'. Dermed kan 'habitualtilstanden' godt være præget af kroniske lidelser.

²⁴ www.begrebsbasen.sst.dk

BILAG 4 MEDLEMSLISTE FOR REFERENCEGRUPPEN

Medlemmer af referencegruppe vedr. anbefalinger til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat funktionsniveau og underernæring

Dansk Erhverv

Næstformand i brancheorganisationen, Sundhed Danmark, Thomas Helt

Dansk Selskab for Almen Medicin

Praktiserende læge, Christian Rosendal

Dansk Selskab for Geriatri

MD, PhD, Professor, Specialeansvarlig overlæge, Karen Andersen-Ranberg

Dansk Selskab for Fysioterapi

Fysioterapeut, PhD, Lisbeth Rosenbek Minet

Dansk Sygepleje Selskab

Klinisk sygeplejespecialist, Elizabeth Emilie Rosted

Danske Patienter

Rådgiver, Lungeforeningen, Marie Lavesen

Ergoterapeutforeningen

Forebyggende konsulent, Sine Pedersen

FOA

Sundhedspolitisk konsulent, Jakob Bro

KL

Konsulent, Rikke Skaarup Schjødt / konsulent Sophie Leth-Møller

Kommunale repræsentanter

Gladsaxe Kommune: Tidlig opsporingskonsulent, Dorthe Melchiorsen

Kerteminde Kommune: Leder af Sygeplejen, Irmgard Birkegaard

Roskilde Kommune: Konsulent, Tessa Fleischer

Varde Kommune: Sundhedsfaglig konsulent, Ann-Christina Dahlgaard

Aalborg Kommune: Udviklingssygeplejerske, Bettina Nymark Kight

Aleris Omsorg, udpeget af Dansk Erhverv

Kvalitetschef, Karin Kappel

Ældre Sagen

Chefkonsulent, Mirjana Saabye

Sundhedsstyrelsen

Sektionsleder, Lone Thomsen

Fuldmægtig, Cecilie Aarestrup
Fuldmægtig, Thomas Ovdal Grønborg
Fuldmægtig, Niels Vendelbo Gadegaard

Sundheds- og Ældreministeriet
Specialkonsulent, Louise Filt

HØRINGSVERSION

BILAG 5 ÆNDRINGSSKEMAET

I forhold til det oprindelige Ændringsskema er Medicinindtagelse tilføjet som nyt fokusområde, mens observationerne Hud, Kvalme, Rødme og sår er tilføjet under fokusområdet Fysiske klager, og observationen Hvad klarer borgeren selv? Køleskab er tilføjet under fokusområdet Hjemmet.

Fokusområder	Observation
Fysiske klager	<ul style="list-style-type: none"> • Afføringsmønster • Hoste • Hud • Kvalme • Rødme og sår • Smerte • Svimmel • Træthed • Vandladning • Vejtrækning
Hjemmet	<ul style="list-style-type: none"> • Hvad klarer borger selv • Hvordan ser hjemmet ud
Hverdagsaktiviteter	<ul style="list-style-type: none"> • Fald • Fysisk aktivitet • Generelt initiativ fra borgeren • Graden af hygiejne • Hvad klarer borger selv: Affald • Hvad klarer borger selv: Blomster • Hvad klarer borger selv: Køleskab • Hvad klarer borger selv: Opvask • Hvad klarer borger selv: Post • Hvad klarer borger selv: Sengeredning • Hvad klarer borger selv: Toilet/bad
Medicinindtagelse	<ul style="list-style-type: none"> • Medicin
Psykisk og socialt	<ul style="list-style-type: none"> • Hukommelse • Humør • Social aktivitet • Søvnproblemer
Spise og drikke	<ul style="list-style-type: none"> • Appetit • Tørst • Vægt

BILAG 6 HJULET

Fokusområde	Observer og reagér
Fysiske klager	<ul style="list-style-type: none"> • Afføring • Feber • Hud • Hævede ben • Smerter • Svimmel • Syn/hørelse • Sår • Træt • Vandladning • Åndenød
Hjemmet	<ul style="list-style-type: none"> • Gammel mad • Hindringer for mobilitet • Hjemmets tilstand • Lugt • Ophobet affald • Snavs • Visne blade
Psykisk – Socialt	<ul style="list-style-type: none"> • Tristhed • Tab • Hukommelse • Søvn • Beklagende • Netværk • Isolerer sig
Hverdagsaktiviteter	<ul style="list-style-type: none"> • Fald • Mobilitet • Sengeliggende • Usoigneret • Øget behov for hjælp
Medicinindtagelse	<ul style="list-style-type: none"> • Gammel medicin i skabet • Ny medicin • Nyudskrevet • Tager ikke sin medicin • Tager ekstra medicin
Spise og drikke	<ul style="list-style-type: none"> • Appetit • Kvalme • Køleskab • Spises maden • Synkebesvær • Tandstatus • Vægttab • Væskeindtag