



TIDLIG OPSPORING AF
SYGDOMSTEGN HOS ÆLDRE
MEDICINSKE PATIENTER

Værktøjer til hverdags-
observationer

2013



Tidlig opsporing af sygdomstegn hos ældre medicinske patienter: Værktøjer til hverdagsobservationer

© Sundhedsstyrelsen, 2013. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: Ældre medicinske patienter, tidlig opsporing, hjemmepleje, hjemmesygepleje, hverdagsobservationer, screeningsværktøjer

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 1.0

Versionsdato: 27. februar 2013

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-488-1

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, februar 2013.

Indhold

1	Sammenfatning og anbefalinger	4
1.1	Baggrund og metode	4
1.2	Anbefalinger	5
2	Baggrund	10
2.1	Handlingsplanen for den ældre medicinske patient	10
2.2	Ældre medicinske patienter	11
2.3	Målgruppe for værktøjerne	11
3	Metode	14
3.1	Arbejdsgruppe	14
3.2	Indhentning af materiale fra kommunerne	14
3.3	Internationale erfaringer - litteratursøgning	14
3.4	Kriterier for udvælgelse af værktøjer	15
4	Værktøjer til hverdagsobservationer	18
4.1	Ændringsskemaet og Triage-modellen	18
5	Værktøjer til læring og refleksion	21
5.1	Hold hjulet i gang	21
5.2	Tidlige Tegn	23
6	Værktøjer til kvalificering af hverdagsobservationer	25
6.1	Måling af vitale parametre, blodsukker mm. samt urinundersøgelse	26
6.2	Sygeplejetasker	27
6.3	Avlunds mobilitet-trætheds skala (Mob-T)	28
6.4	The Confusion Assessment Method (CAM)	29
6.5	Mini Mental State Examination (MMSE)	30
6.6	Mini Geriatric Depression Scale (GDS5)	30
6.7	Verbal Ranking Scale (VRS)	31
6.8	EUroQUALity5D (EQ-5D)	32
7	Samarbejdet med almen praksis	34
7.1	Klinisk vejledning: "Den ældre patient", DSAM 2012	34
7.2	E-kursus: "Den ældre patient", Lægeforeningen 2012	34
7.3	Samarbejdet mellem kommunen og almen praksis	34
	Bilagsfortegnelse	35
	Bilag 1: Arbejdsgruppens medlemmer	36
	Bilag 2: Ændringsskemaet	37
	Bilag 3: Hjulet	38
	Bilag 4: Tidlige tegn	39
	Bilag 5: Avlunds mobilitet-trætheds skala (Mob-T)	40
	Bilag 6: CAM – Screening for delir	42
	Bilag 7: Oversigt over værktøjer til tidlig opsporing indhentet fra kommunerne	43
	Bilag 8: Værktøjer til tidlig opsporing af sygdom identificeret i den internationale litteratur	48
	Bilag 9: Søgeprotokol	54

1 Sammenfatning og anbefalinger

1.1 Baggrund og metode

Denne rapport er udarbejdet som led i Sundhedsstyrelsens arbejde med initiativ nr. 2.1.7 i udmøntningsplanen for den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient¹.

Formålet med initiativet er at afklare, hvilke værktøjer der kan benyttes til systematiske og løbende hverdagsobservationer hos ældre medicinske patienter med henblik på blandt andet at reducere uhensigtsmæssige (gen)indlæggelser.

Værktøjerne skal i henhold til udmøntningsplanen være validerede og let anvendelige, og skal kunne anvendes i eksempelvis kommunernes hjemmepleje, hjemmesygepleje og plejecentre samt i almen praksis. Observationerne skal kunne beskrives objektivt og ensartet uanset hvilken fagprofessionel, der foretager observationerne.

Sundhedsstyrelsen har været ansvarlig for udvælgelsen af værktøjer og har til formålet nedsat en arbejdsgruppe, som har bistået Sundhedsstyrelsen med udvælgelsen.

Der er indhentet viden om eksisterende værktøjer til tidlig opsporing, som anvendes i kommunerne, ligesom der er gennemført en systematisk litteratursøgning i international litteratur. Endelig har arbejdsgruppen bidraget med værktøjer, som de har kendskab til.

Det har ikke været muligt at finde validerede værktøjer til hverdagsobservationer med henblik på tidlig opsporing af sygdom. Sundhedsstyrelsen har derfor - med bistand fra arbejdsgruppen og ud fra en række konkrete kriterier jf. afsnit 3.4 - foretaget en konkret vurdering af de redskaber, som er udarbejdet og anvendes i kommunerne. Derudover har Sundhedsstyrelsen udvalgt en række validerede værktøjer, som kan anvendes til at kvalificere hverdagsobservationerne.

De udvalgte værktøjer tager primært udgangspunkt i tidlig opsporing af en række forebyggelige somatiske tilstande, som ofte fører til indlæggelse, men hvor det vurderes, at indlæggelse ofte kan forebygges gennem en tidlig og proaktiv indsats². Ældre medicinske patienter har imidlertid også en række kognitive problemstillinger, som bør observeres og udredes. Disse kognitive problemstillinger inddrages i det omfang, at det er relevant.

Værktøjerne er som anført ikke alle validerede. Det vil derfor være relevant at foretage en løbende opfølgning og vurdering af anvendelsen af dem.

¹ Fælles udmøntningsplan for den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient. Sundhedsministeriet 2012

² Forebyggelige diagnoser: Blodmangel, knoglebrud (fald i hjemmet, brud), tarminfektion, blærebetændelse, nedre luftvejssygdom (KOL, lungebetændelser, andre kroniske tilstande), forstoppelse (obstipation), væskemangel (dehydrering), tryksår (liggesår), sociale og plejemæssige forhold (causa socialis) og sukkersyge

1.2 anbefalinger

1.2.1 Overordnet koncept

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der med henblik på tidlig opsporing af sygdoms- tegn anvendes flere værktøjer og med hvert deres formål:

- 1) Hverdagsobservationer hos borgeren
Værktøjer til dette formål skal være enkle og skal kunne varetages af social- og sundhedshjælpere, som ikke har en sundhedsfaglig uddannelse (afsnit 2.3.2).
- 2) Læring og refleksion i hjemmeplejen
Værktøjer til dette formål skal være enkle og skal kunne anvendes af gruppen af social- og sundhedshjælpere samt social- og sundhedsassistenter (se afsnit 2.3.3)
- 3) Kvalificering af hverdagsobservationer hos borgeren.
Værktøjer til dette formål kan forudsætte sundhedsfaglig uddannelse. I kommunen vil det dreje sig om social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker, som skal kunne anvende disse værktøjer (afsnit 2.3.4).

Værktøjerne vil skulle anvendes sammen med de udvalgte værktøjer til systematisk opsporing af nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring, som også er del af initiativ 2.1.7 i udmøntningsplanen.

1.2.2 Værktøjer til hverdagsobservationer

Sundhedsstyrelsen anbefaler Ændringsskemaet og Triagemodellen til brug for hverdagsobservationer hos ældre medicinske patienter med kontakt til hjemmeplejen.

Ændringsskemaet og Triagemodellen

Ændringsskemaet og Triagemodellen er et samlet værktøj, som er udarbejdet af en række nordsjællandske kommuner omkring Hillerød Hospital.

Ændringsskemaet bygger på følgende fem fokusområder: ”Psyisk og Socialt”, ”Hjemmet”, ”Hverdagsaktiviteter”, ”Spise og drikke” og ”Fysiske klager”. Medicinindtagelse indgår ikke. Værktøjet er valgt, fordi det på en enkel måde både lægger op til en beskrivelse af borgerens habituelle tilstand og til ændringer i denne. Derudover kan borgeren og dennes pårørende også anvende skemaet.

Triagemodellen er et redskab til at prioritere borgerne, så borgere med størst behov får øget opmærksomhed og målrettet pleje.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at

- Ændringsskemaet anvendes som social- og sundhedshjælpernes redskab i forhold til dokumentation af borgerens tilstand samt ændringer i denne

- Triagemodellen anvendes som grundlæggende arbejdsredskab i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen, samt på plejecentre i forhold til at prioritere de borgere, som har størst behov for øget opmærksomhed og pleje.
- Ændringsskemaet bør suppleres med spørgsmål omkring medicinindtagelse. Dette kan hensigtsmæssigt ske i et samarbejde med fagpersoner fra hjemmeplejen, herunder fagpersoner som arbejder med Ændringsskemaet til dagligt.

Værktøjerne er ikke validerede, og det vil derfor være hensigtsmæssigt, at der løbende følges op på anvendelsen af værktøjerne med henblik på eventuelle justeringer. Spørgsmål vedrørende medicinindtagelse bør afprøves.

En nærmere beskrivelse af 'Ændringsskemaet og Triagemodellen' findes i afsnit 4.1 samt i bilag 2 i denne rapport.

1.2.3 Værktøjer til læring og refleksion

Sundhedsstyrelsen anbefaler Hjulet og Tidlige Tegn som værktøjer til brug ved læring og refleksion i hjemmeplejen.

Hjulet

'Hjulet' er udarbejdet i et samarbejde mellem geriatrisk afdeling på Roskilde Sygehus og Roskilde Kommune. Det er udformet som en papskive med seks fokusområder: 'Hjemmet', 'Spise/drikke', 'Psykisk – Socialt', 'Medicinindtagelse', 'Hverdagsaktiviteter' og 'Fysiske klager. For hvert fokusområde kan medarbejderen dreje sig frem til, hvad denne skal være særligt opmærksom på. Derudover arbejdes der aktuelt på at udarbejde en app til smartphone med baggrund i 'Hjulet'.

Hjulet indeholder ikke mulighed for løbende registrering af ændringer.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at

- Hjulet anvendes i hjemmeplejen i forbindelse med læring og ved refleksion over konkrete hverdagsobservationer.

En nærmere beskrivelse af 'Hjulet' findes i afsnit 5.1 samt i bilag 3 i denne rapport.

Tidlige Tegn

Tidlige Tegn er udarbejdet af Københavns Kommune og er målrettet personalet på plejecentre. Tidlige Tegn beskriver en række fokusområder som social- og sundhedspersonalet skal være opmærksom på. Værktøjet indeholder overordnet fire fokuspunkter: Lyt, Observér, Reflektér og Reager.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at

- De fire fokuspunkter fra Tidlige Tegn – Lyt, Observér, Reflektér og Reager – anvendes som vigtige overordnede begreber i forbindelse med læring og daglige refleksioner over hverdagsobservationer.

En nærmere beskrivelse af 'Tidlige Trin' findes i afsnit 4.3 samt i bilag 4 i denne rapport.

1.2.4 Værktøjer og tests til kvalificering af hverdagsobservationer

Sundhedsstyrelsen peger på en række værktøjer, som social- og sundhedsassistenter samt sygeplejersker kan anvende til udredning af specifikke problemstillinger med henblik på kvalificering af hverdagsobservationer. Værktøjerne kan give hjemmeplejen og hjemmesygeplejen samt personalet på plejecentre mulighed for selv at reagere på tidlige tegn på sygdom, ligesom de kan give mulighed for en mere kvalificeret dialog med almen praksis.

Værktøjerne består dels af udstyr til måling af vitale parametre, blodsukker m.m., og dels af en række screeningsværktøjer. Derudover beskrives 'sygeplejetasker', som af nogle kommuner anvendes til at samle værktøjerne.

De beskrevne screeningsværktøjer kan efter Sundhedsstyrelsens vurdering alle anvendes i hjemmesygeplejen og almen praksis samt eventuelt blandt social- og sundhedsassistenter i hjemmeplejen og på plejecentre.

Generelt for værktøjerne gælder, at der i kommunen bør foreligge instrukser i forhold til at anvende værktøjet, herunder hvem der kan anvende værktøjet og hvordan og hvornår der skal handles på fundet. Derudover skal der i kommunen være de fornødne kompetencer til at anvende værktøjerne.

Værktøjerne er alle validerede men ikke nødvendigvis i en kommunal sammenhæng, hvorfor det anbefales løbende at følge op på anvendelsen af dem.

Måling af vitale parametre, blodsukker, urinundersøgelse m.m.

Måling af vitale parametre, blodsukker mv. indgår som et nødvendigt led i diagnostikken af en række sygdomstilstande.

Målingerne kræver både udstyr og et observationsskema til at dokumentere de målte værdier.

Følgende udstyr kan anvendes til at måle relevante parametre:

- Blodtryksapparat
- Øretermometer
- Stopur (til måling af puls og respirationsfrekvens)
- Pulsoxymeter (til måling af iltmætning i blodet)
- Blodsukkerapparat inkl. nåle og strips
- Urinstix
- Observationsskemaer til at notere den enkelte borgers symptomer, målte værdier samt handlinger, der er udført

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at

- Hjemmeplejen og hjemmesygeplejen, samt plejecentre i alle kommuner bør have udstyr til rådighed til at måle puls, blodtryk, temperatur og respirationsfrekvens.

Sundhedsstyrelsen vurderer derudover, at pulsoxymeter, blodsukkerapparat og urin stix bør være til rådighed efter konkret vurdering af behov og kompetencer i den enkelte kommune.

En nærmere beskrivelse af måling af vitale parametre findes i denne rapport's afsnit 6.1.

Sygeplejetasker

En række kommuner har god erfaring med sygeplejetasker, hvor de samler udstyr til måling af vitale parametre, blodsukker mm. samt observationsskemaer til brug i hjemmesygeplejen.

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at de nedenfor beskrevne screeningsværktøjer også vil kunne indgå i sådanne sygeplejetasker.

Avlunds mobilitet-trætheds-skala (Mob-T)

Avlunds mobilitets-trætheds skala (Mob-T) er et screeningsværktøj, som består af seks spørgsmål. Det evaluerer træthed relateret til fysisk aktivitet og fortæller derudover om den ældre borgers evne til at klare daglige aktiviteter uden at føle sig træt eller at have behov for hjælp. Værktøjet anvendes allerede af almen praksis.

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at

- Mob-T kan anvendes i hjemmesygeplejen og i samarbejdet mellem hjemmesygeplejen og almen praksis
- Mob-T kan anvendes i almen praksis ved geriatrisk vurdering og ved opfølgende hjemmebesøg

En nærmere beskrivelse af værktøjet findes i denne rapport's afsnit 6.3 og i bilag 5.

The Confusion Assessment Method (CAM)

The Confusion Assessment Method (CAM) er et screeningsværktøj, som består af fire spørgsmål. Det kan anvendes til at vurdere behov for udredning for delir og kan adskille delir fra andre kognitive funktionsnedsættelser. Værktøjet anvendes allerede af almen praksis.

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at

- CAM kan anvendes i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen, samt på plejecentre, og i samarbejdet mellem hjemmesygeplejen og almen praksis

En nærmere beskrivelse af værktøjet findes i denne rapport's afsnit 6.4 og i bilag 6.

Mini Mental State Examination (MMSE)

Mini Mental State Examination (MMSE) er et screeningsværktøj, som består af 19 spørgsmål. Det kan anvendes til at påvise en reduktion af den mentale funktion og indgår som rutineundersøgelse ved udredning for demens i almen praksis.

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at

- MMSE primært er et værktøj for almen praksis, men at brugen af værktøjet kan afprøves i hjemmesygeplejen.

En nærmere beskrivelse af værktøjet findes i denne rapports afsnit 6.5.

Mini Geriatric Depression Scale (GDS5)

Mini Geriatric Depression Scale (GDS5) er et screeningsværktøj, som består af fem spørgsmål. Det er konstrueret med henblik på at identificere depression hos ældre.

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at

- GDS5 kan anvendes i hjemmesygeplejen som screeningsværktøj i forhold til behov for henvisning til almen praksis
- Almen praksis vil have behov for andre psykometriske tests

En nærmere beskrivelse af værktøjet findes i denne rapports afsnit 6.6.

Verbal Ranking Scale (VRS)

Verbal Ranking Score (VRS) er et screeningsværktøj, som består af en rangskala fra ingen smerter til uudholdelige smerter. Det kan anvendes til at måle smertens intensitet.

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at

- VRS kan anvendes i hjemmesygeplejen og i samarbejdet mellem hjemmesygeplejen og almen praksis

En nærmere beskrivelse af værktøjet findes i denne rapports afsnit 6.7.

EUroQUALity5D (EQ-5D)

EUroQUALity5D (EQ-5D) er et screeningsværktøj, som består af fem spørgsmål. Det kan anvendes til scoring af selvrapporteret helbredsrelateret livskvalitet.

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at

- EQ-5D kan anvendes i hjemmesygeplejen og ved forebyggende hjemmebesøg, samt i samarbejdet mellem hjemmesygeplejen og almen praksis

En nærmere beskrivelse af værktøjet findes i denne rapports afsnit 6.8.

2 Baggrund

2.1 Handlingsplanen for den ældre medicinske patient

I udmøntningsplanen for den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient er et af initiativerne, at Sundhedsstyrelsen i samarbejde med relevante parter og faglige miljøer skal vurdere, hvilke validerede systematiske værktøjer der bør anvendes i kommuner og almen praksis i den almindelige kontakt med den ældre medicinske patient til systematisk identifikation af:

- Tidlig opsporing af sygdomstegn (fx forstoppelse, væskemangel, begyndende ny sygdom, forværring af kronisk sygdom mv.)
- Nedsat fysisk funktionsniveau
- Ernæringstilstanden (underernæring)

Denne rapport vedrører alene værktøjer til brug for tidlig opsporing af sygdomstegn. Vurdering af værktøjer til brug i forbindelse med tidlig opsporing af nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring varetages i særskilte rapporter.

Formålet med initiativet er at afklare, hvilke værktøjer der kan benyttes til systematiske og løbende hverdagsobservationer blandt andet med henblik på at reducere uhensigtsmæssige (gen)indlæggelser.

Værktøjerne skal i henhold til udmøntningsplanen være validerede og let anvendelige og skal kunne anvendes i kommunernes hjemmepleje, hjemmesygepleje og plejecentre m.fl. samt i almen praksis. Observationerne skal kunne beskrives objektivt og ensartet uanset hvilken fagprofessionel, der foretager observationerne.

Sundhedsstyrelsen har været ansvarlig for udvælgelsen af værktøjer. Danske Regioner og KL udarbejder i foråret 2013 en plan for implementering og varetager herefter implementeringsopgaven.

Det vil være relevant at foretage en løbende opfølgning og vurdering af anvendelsen af de anbefalede værktøjer.

Værktøjerne tager primært udgangspunkt i tidlig opsporing af en række forebyggelige somatiske tilstande, som ofte fører til indlæggelse, men hvor KL og Sundhedsstyrelsen i fællesskab vurderer, at indlæggelse ofte kan forebygges gennem en tidlig og proaktiv indsats³. Ældre medicinske patienter har imidlertid også en række kognitive problemstillinger, som bør observeres og udredes. Disse kognitive problemstillinger inddrages i det omfang, at det er relevant.

³ Forebyggelige diagnoser: Blodmangel, knoglebrud (fald i hjemmet, brud), tarminfektion, blærebetændelse, nedre luftvejssygdom (KOL, lungebetændelser, andre kroniske tilstande), forstoppelse (obstipation), væskemangel (dehydrering), tryksår (liggesår), sociale og plejemæssige forhold (causa socialis) og sukkersyge

2.2 Ældre medicinske patienter

Tidlig opsporing og behandling af en række tilstande og sygdomme hos den ældre medicinske patient kan forebygge forringelse af borgerens almentilstand ligesom nogle indlæggelser vil kunne undgås.

For de mange ældre medicinske patienter, som har en kronisk sygdom, er det vigtigt at være opmærksom på, om de er ved at udvikle andre sygdomme og/eller der sker en langsom forværring af deres kroniske sygdom med henblik på at stoppe en sådan udvikling.

En langsom forværring af en kronisk sygdom – fx hos en patient med kronisk obstruktiv lungesygdom med tiltagende forværret lungefunktion – er vigtig at opspore tidligt med henblik på at hindre yderligere forværring af almentilstanden, reducere antal (gen)indlæggelser og bedre livskvaliteten for patienten.

Tidlig opsporing hos den ældre medicinske patient af sådanne tilstande forudsætter kendskab til borgerens habitualtilstand og løbende observation af borgeren for at kunne identificere disse. Der er således behov for redskaber til løbende og systematiske hverdagsobservationer og til at kunne kvalificere disse. Derudover er der behov for redskaber til læring og refleksion i hjemmeplejen i forhold til tidlig opsporing af sygdom.

2.3 Målgruppe for værktøjerne

Værktøjerne er primært målrettet personalet i hjemmeplejen og i hjemmesygeplejen samt på plejecentre. Derudover bør almen praksis have kendskab til værktøjerne. Kommuner, regioner og almen praksis bør koordinere anvendelsen af værktøjerne eksempelvis i samarbejdsaftaler i regi af sundhedsaftaler og forløbsprogrammer m.m. Endelig er borgeren og dennes pårørende en vigtig målgruppe for værktøjerne.

I nogle kommuner arbejder hjemmeplejen og hjemmesygeplejen integreret under samme ledelse, mens de i andre kommuner er opdelt. Uanset organiseringen vil både hjemmeplejen og hjemmesygeplejen være relevante i forhold til systematisk identifikation og tidlig opsporing af sygdomstegn, fysisk funktionsnedsættelse og underernæring.

Personalet i hjemmeplejen og i hjemmesygeplejen samt på plejecentre består primært af social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker samt eventuelt ikke-faglært personale. Disse faggrupper har forskellig grad af sundhedsfaglig uddannelse, hvilket er et væsentligt forhold, når det kommer til udvælgelsen af værktøjerne.

2.3.1 Borgeren og pårørende

Det er afgørende at inddrage borgerens og pårørendes oplevelser og observationer af deres tilstand i brugen af værktøjerne. Involvering af borgeren understøtter, at værktøjernes implementering sker hensigtsmæssigt, og der opnås de tilsigtede resultater med disse.

Borgeren har som oftest langt den bedste erfaring med, hvad han/hun plejer at kunne, og hvordan han/hun har det i forhold til tidligere. På den måde er borgeren en vigtig samarbejdspartner, idet han/hun bidrager med unik viden om sin tilstand og ændringer i denne. Samarbejdet med borgeren kan på den måde bidrage til at forebygge forværringer og få iværksat hensigtsmæssige tiltag i tide. I den sammenhæng kan pårørendes viden også have stor indflydelse. De kan ofte bidrage med vigtig viden om, hvad der er normalt, og hvad der kan understøtte forbedringer, når der sker ændringer i hverdagen hos den ældre. Samarbejdet med pårørende må altid ske i overensstemmelse med borgeren/patientens ønsker.

Brugen af redskaber bør derfor forudsætte at

- Borgeren og pårørende er inddraget og undervist i formålet med redskabet. Eksempelvis er nogle screeningsskemaer udarbejdet således, at borgeren skal besvare konkrete spørgsmål. I den forbindelse er det vigtigt, at værktøjet er udarbejdet, så det er brugervenligt også for borgeren
- Brugen af det konkrete værktøj er afstemt med borgeren/pårørende
- Brugen af værktøjet følges/evalueres i samarbejde med borgeren/pårørende

2.3.2 Social- og sundhedshjælpere og ikke-faglært personale

Social- og sundhedshjælpere og ikke faglært personale er ansat dels i hjemmeplejen og dels på plejecentre, hvor det ofte er disse faggrupper, som har den daglige (eller næsten daglige) kontakt til borgeren.

Deres uddannelse er kortvarig og ikke sundhedsfaglig.

Værktøjer målrettet denne personalegruppe skal derfor være enkle at anvende og ikke forudsætte sundhedsfaglig viden. Lidt mere komplicerede værktøjer vil dog kunne anvendes af social- og sundhedshjælpere efter oplæring.

Social- og sundhedshjælperne og eventuelt ikke-faglært personale skal på egen hånd kunne iværksætte enkle tiltag på baggrund af resultaterne fra værktøjerne (fx at sikre væskeindtagelse). Derudover skal de kunne melde tilbage til en social- og sundhedsassistent og/eller sygeplejerske, hvis de observerer ændringer i borgerens tilstand.

2.3.3 Social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker

Social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker kan være ansat i hjemmeplejen, i hjemmesygeplejen og på plejecentre. De kommer hos borgeren ved behov og fungerer som nærmeste samarbejdspartner for social- og sundhedshjælperne.

Social- og sundhedsassistenter har en sundhedsfaglig erhvervsuddannelse, mens sygeplejersker har en sundhedsfaglig professionsbacheloruddannelse. Både social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker er autoriserede faggrupper.

Brugen af værktøjer målrettet disse faggrupper kan stille krav om sundhedsfaglig viden, eksempelvis udførelse af konkrete test eller screening.

Social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker skal derudover håndtere observationer fra eksempelvis social- og sundhedshjælpere, herunder iværksætte tiltag i overensstemmelse hermed, samt vurdere behov for kontakt til almen praksis.

2.3.4 Almen praksis

Den praktiserende læge ser borgeren oftest med baggrund i en henvendelse fra borgeren selv, fra pårørende eller fra personalet i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen eller på plejecentret. Mange ældre medicinske patienter kommer også til jævnlige kontroller i forbindelse med kroniske sygdomme.

Den praktiserende læge skal kunne håndtere observationer fra social- og sundhedsassistenten og/eller sygeplejersken.

Den praktiserende læge benytter selv en række værktøjer til at udrede og opspore sygdomstegn. Det ligger udenfor dette arbejde at udvælge værktøjer alene til brug i almen praksis.

3 Metode

3.1 Arbejdsgruppe

Sundhedsstyrelsen nedsatte i efteråret 2012 en arbejdsgruppe, der skulle bistå med at indhente og vurdere værktøjer til tidlig opsporing af sygdom. Følgende organisatoriske/faglige selskaber har deltaget i arbejdsgruppen:

- Dansk Sygepleje Selskab
- KL
- Dansk Selskab for Almen Medicin

Derudover blev Dansk Geriatrisk Selskab og FOA inviteret til at deltage i arbejdsgruppen, men havde ikke mulighed for dette.

Sundhedsstyrelsen fik efterfølgende arbejdsgruppen suppleret med en social- og sundhedsassistent udpeget af KL, eftersom det er en vigtig målgruppe for værktøjerne. Således har både forskere, almen praksis og kommuner været repræsenteret i arbejdsgruppen (se bilag 1 for oversigt over medlemmer i arbejdsgruppen).

Arbejdsgruppen har afholdt i alt fire møder i perioden 25. oktober 2012 – 9. januar 2013 og bidraget med vurdering af værktøjer og med skriftligt materiale til rapporten.

3.2 Indhentning af materiale fra kommunerne

Arbejdsgruppen tog udgangspunkt i, hvilke eksisterende værktøjer til tidlig opsporing af sygdom, der fandtes i kommunerne.

KL og Sundhedsstyrelsen bad derfor kommunerne fremsende eventuelle værktøjer, som de anvender med henblik på tidlig opsporing af sygdom. 55 ud af 98 kommuner meldte tilbage og heraf svarede 40 kommuner, at de anvendte værktøjer til dette formål (se bilag 7).

Sundhedsstyrelsen og arbejdsgruppen gennemgik og vurderede det tilsendte materiale fra kommunerne ud fra fælles opstillede kriterier (se afsnit 3.4). Sundhedsstyrelsen har efterfølgende anbefalet enkelte delelementer i kommunernes værktøjer.

3.3 Internationale erfaringer - litteratursøgning

Primo december 2012 foretog Sundhedsstyrelsen en litteratursøgning i de store videnskabelige databaser (Ovid Medline, EMBASE, Psycinfo og CINAHL) for at af-søge den internationale litteratur for værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn.

Søgeprotokollen og in- og eksklusionskriterier (se bilag 9) blev diskuteret og kvalitetssikret i arbejdsgruppen. Litteratursøgningen blev afgrænset til litteratur, der var højst fem år gammel og udarbejdet på de skandinaviske sprog eller engelsk.

Ved denne søgning identificeredes 1.121 artikler, der herefter blev sorteret. Kriterier for den første sortering var de samme som for værktøjerne indhentet fra kommunerne (afsnit 3.4). Dog med den forskel, at der blev set nærmere på værktøjer afprøvet i hospitalsvæsenet, men hvor elementer eventuelt ville kunne indgå som en del af indholdet i et værktøj i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen. Ligeledes blev der set nærmere på studier af metoder, der ville kunne underbygge værktøjerne indhentet fra kommunerne.

Herudover er der ved litteraturgennemgangen blevet stillet krav til validitet og effekt(målinger). På denne baggrund identificeredes 16 værktøjer, der vurderedes interessante for arbejdet. I de relevante tilfælde blev der udført en supplerende søgning for om muligt at belyse værktøjet yderligere.

Alle identificerede værktøjer med tilhørende litteratur blev beskrevet i en oversigt, der herefter blev gennemgået nærmere i arbejdsgruppen og vurderet i forhold til validitet og anvendelighed i primærsektoren. Oversigten og arbejdsgruppens vurdering fremgår af bilag 8.

3.3.1 Konklusion

Ingen af de ved litteratursøgningen udpegede værktøjer fandtes umiddelbart overførbare til en dansk kontekst, idet dette vil kræve en afprøvning. Flere af værktøjerne understøtter dog indholdet i de danske eksisterende værktøjer, der anvendes i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen.

3.4 Kriterier for udvælgelse af værktøjer

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der anvendes flere værktøjer og med hvert deres formål:

- 1) Hverdagsobservationer hos borgeren
Værktøjer til dette formål skal være enkle og skal kunne varetages af social- og sundhedshjælpere, som ikke har en sundhedsfaglig uddannelse.
- 2) Læring og refleksion i hjemmeplejen
Værktøjer til dette formål skal være enkle og skal kunne anvendes af gruppen af social- og sundhedshjælpere samt social- og sundhedsassistenter
- 3) Kvalificering af hverdagsobservationer hos borgeren.
Værktøjer til dette formål kan forudsætte sundhedsfaglig uddannelse. I kommunen vil det dreje sig om social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker, som skal kunne anvende disse værktøjer.

Værktøjerne vil skulle anvendes sammen med de udvalgte værktøjer til systematisk opsporing af nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring, som også er del af initiativ 2.1.7 i udmøntningsplanen.

3.4.1 Værktøjer til hverdagsobservationer

Det har ikke været muligt at finde validerede værktøjer til hverdagsobservationer med henblik på tidlig opsporing af sygdomstegn. Ingen af de værktøjer, som er udarbejdet af kommunerne og som anvendes til hverdagsobservationer, er validerede. Ligeledes har det ikke i litteratursøgningen været muligt at finde udenlandske værktøjer, der direkte kan anvendes til dette formål.

Sundhedsstyrelsen har derfor sammen med arbejdsgruppen udvalgt en række kriterier, som har været anvendt i forbindelse med den konkrete vurdering af de indsendte værktøjer.

Alle værktøjer er blevet vurderet med henblik på

- Hvilken faggruppe, som skal/kan anvende værktøjet
- Anvendeligheden og effekten af værktøjet i forhold til hverdagsobservationer af ældre medicinske patienter

I forhold til vurdering af værktøjets effekt og anvendelighed er der anvendt følgende kriterier:

- Personalet har erfaring for, at værktøjet er virksomt i forhold til forebyggelse af de konkrete tilstande
- Personalet oplever værktøjet som anvendeligt i dagligdagen
- Værktøjet er enkelt – og i hverdagssprog
- Borgernes habituelle tilstand - og ændringer i forhold hertil - kan registreres i værktøjet
- Ændringer i observationerne kan fremstilles grafisk
- Borgerens og pårørendes vurdering kan inddrages

Alle værktøjer er som anført afprøvede i én eller flere kommuner, men ikke validerede. Sundhedsstyrelsen finder det derfor hensigtsmæssigt, at der løbende følges op på anvendelsen af værktøjerne med henblik på eventuelle justeringer.

3.4.2 Værktøjer til læring og refleksion i hjemmeplejen

Vurdering og udvælgelse af værktøjer til dette formål har grundlæggende bygget på de samme kriterier som ovenfor.

Værktøjerne er vurderet med henblik på, om de kan anvendes i hjemmeplejen. Derudover er de vurderet til ikke at kunne anvendes i daglige løbende observation af borgeren, men at indeholde elementer, som vil kunne anvendes til læring og refleksion.

3.4.3 Værktøjer til kvalificering af hverdagsobservationer

Værktøjerne til kvalificering af observationerne er validerede. De er udpeget med baggrund i arbejdsgruppens kendskab til helbredsmæssige problemstillinger hos ældre medicinske patienter og deres kendskab til konkrete værktøjer til udredning af disse problemstillinger.⁴ Derudover har det været et krav, at værktøjerne skal være enkle at anvende.

Nogle kommuner har rapporteret, at de anvender enkelte af værktøjerne, men generelt bliver de formentlig på nuværende tidspunkt primært anvendt i almen praksis og i sygehusregi. Det er dog Sundhedsstyrelsens og arbejdsgruppens vurdering, at værktøjerne kan anvendes i hjemmesygeplejen til kvalificering af hverdagsobservationer.

4 Værktøjer til hverdagsobservationer

I dette kapitel beskrives værktøjer til hverdagsobservationer med henblik på tidlig opsporing af sygdomstegn hos ældre medicinske patienter, som Sundhedsstyrelsen har vurderet anvendelige til brug i hjemmeplejen og på plejecentre.

Beskrivelse, design og dokumentation af værktøjerne bygger på kommunernes tilbagemelding, mens vurdering og konklusion er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med arbejdsgruppen.

En samlet oversigt over alle værktøjer, som har været vurderet fremgår af bilag 7 og bilag 8.

4.1 Ændringskemaet og Triage-modellen

Projektsamarbejde mellem Allerød Kommune, Frederikssund Kommune, Gribskov Kommune, Halsnæs Kommune, Hillerød Kommune, Frederikssund Hospital og Hillerød Hospital⁵.

Samarbejdsmodellen består af flere dele, herunder: 1) Ændringskemaet (bilag 2), 2) Triage-modellen samt 3) Sygeplejetasker.

4.1.1 Ændringskemaet

Skemaet er udarbejdet efter inspiration fra ”Hjulet”, jf. afsnit 5.1. Det er en checkliste, som kan bruges til at beskrive, hvordan en borger plejer at være (den habituelle tilstand) og til at vurdere, om borgeren har ændret sig og hvilke ændringer, der gør sig gældende.

Social- og sundhedshjælperne, som kommer i borgerens hjem, er ansvarlige for at skemaet er udfyldt korrekt. Dette gøres i samarbejde med kollegaer, men også med borgeren selv. Hermed tager alle i hjemmeplejen i fællesskab ansvar for, at forebyggelige indlæggelser undgås.

Ændringskemaet udfyldes på alle borgere, som modtager personlig pleje. Alle ændringer skal tages alvorligt og meldes tilbage til en sygeplejerske eller en social- og sundhedsassistent.

Skemaets opbygning med enkelte ord/krydser er overskueligt og giver et hurtigt overblik over borgeren. Derudover kræver det ikke særlige læsefærdigheder. Som social- og sundhedshjælper er man ofte i den situation, at der ikke er tid til meget læsning. Det er et arbejdsredskab, der kan håndteres af både afløsere og faste hjælpere hos borgeren.

Skemaet kan ses i bilag 2.

⁵Karna Vinther og Karen Gliese Nielsen. Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser. Projektsamarbejde mellem Allerød kommune m.fl., Maj 2012. Rapport og bilagsmateriale.

4.1.2 Triage-modellen

Triage er et redskab til at inddele borgere, således at borgere med størst behov får øget opmærksomhed og målrettet pleje.

Triagen opdeler borgere i tre niveauer alt efter deres plejebehov.

- Grøn: Habitualtilstand
- Gul: Én eller flere mindre ændringer i habitualtilstanden
- Rød: Ved udskrivelse fra hospital
Borgere hvor der er observeret markante ændringer i habitualtilstanden
Hvis hospitalsindlæggelse er truende

Ved gul og rød udarbejdes en handleplan med henblik på at få borgeren tilbage til grøn.

4.1.3 Andre tiltag

Udover Ændringsskemaet og Triagemodellen er der i de konkrete kommuner udarbejdet materiale til sygeplejerskerne omkring symptomer på de forebyggelige sygdomme, ligesom alle sygeplejersker har fået sygeplejetasker (se nærmere i afsnit 6.2).

4.1.4 Design

Ændringsskemaet

Det har været vigtigt i udarbejdelsen af skemaet, at det er samlet på én A4 side, som kan ligge fremme i borgerens hjem.

Farverne på skemaet følger ”Hjulets” farver (se kap. 4.2).

Triage-modellen

I Allerød Kommune har plejegruppen opsat en tavle, hvor borgerne står opført med en farvekode, der fortæller, hvilket triageniveau de befinder sig i. På den måde bliver de borgere, hvor der er observeret ændringer i helbredstilstanden, synliggjort for hele plejegruppen.

4.1.5 Dokumentation

Ændringsskemaet og Triagemodellen er ikke validerede, men der er rapporteret et fald i antallet af genindlæggelser indenfor gruppen af forebyggelige diagnoser i Allerød Kommune.

Der er stor tilfredshed med værktøjet i plejegruppen.

4.1.6 Vurdering

Det vurderes, at målgruppen for den samlede værktøj, herunder Triage-modellen er hjemmeplejen. Ændringsskemaet er primært målrettet social- og sundhedshjælpere, som kommer i borgerens eget hjem.

Ændringskemaet er simpelt og nemt at anvende for social- og sundhedshjælperne.

Ændringskemaet kan ligeledes anvendes som refleksionsværktøj.

Det er positivt, at borgeren og pårørende inddrages i udarbejdelsen af skemaet vedrørende habitualtilstand.

Det vurderes uhensigtsmæssigt, at medicinindtagelse ikke indgår i skemaet.

Det er Sundhedsstyrelsens anbefaling at

- Ændringskemaet anvendes som social- og sundhedshjælpernes redskab i forhold til dokumentation af borgerens tilstand samt ændringer i denne
- Triagemodellen anvendes som grundlæggende arbejdsredskab i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen, samt på plejecentre i forhold til at prioritere de borgere, som har størst behov for øget opmærksomhed og pleje.

Ændringskemaet bør suppleres med spørgsmål omkring medicinindtagelse. Dette kan hensigtsmæssigt ske i et samarbejde med fagpersoner fra hjemmeplejen, herunder fagpersoner som arbejder med Ændringskemaet til dagligt.

5 Værktøjer til læring og refleksion

I dette kapitel beskrives værktøjer til læring og refleksion i hjemmeplejen og på plejecentre, som Sundhedsstyrelsen har vurderet anvendelige.

Beskrivelse, design og dokumentation af værktøjerne bygger på kommunernes tilbagemelding, mens vurdering og konklusion er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med arbejdsgruppen.

En samlet oversigt over alle værktøjer, som har været vurderet fremgår af bilag 7 og bilag 8.

5.1 Hold hjulet i gang

Værktøjet er udarbejdet af Geriatrisk Team, Roskilde, som er et samarbejde mellem Roskilde Kommune og Roskilde Sygehus. Værktøjet er efterfølgende blevet rekvireret af mere end 30 kommuner. Desuden har Videnscenter for Demens og Region Hovedstaden anvendt ideen fra værktøjet til at udarbejde en App til smartphone og iPad⁶.

5.1.1 Beskrivelse

Formålet med det kompetenceudviklingsprojekt, som værktøjet er udviklet i, har været at undgå uhensigtsmæssige indlæggelser blandt ældre medicinske patienter. Værktøjet har således haft til formål at gøre medarbejderne mere opmærksomme på tegn på nedadgående fysisk funktionsevne hos borgerne samt tegn på sygdomsudvikling.

Værktøjet, som betegnes ”Hjulet”, er en papskive med seks fokuspunkter: ”Hjemmet”, ”Spise/drikke”, ”Psyisk – Socialt”, ”Medicinindtagelse”, ”Hverdagsaktiviteter” og ”Fysiske klager”. For hvert fokuspunkt kan man ”dreje sig frem” til, hvad man skal være opmærksom på.

Hjulet hjælper med andre ord medarbejderne til at observere de relevante sociale og sundhedsmæssige forhold og animerer medarbejderne til en helhedsvurdering af borgeren. Ved ændringer i borgerens tilstand skal medarbejderen kontakte hjemmesygeplejersken med henblik på opfølgende initiativer.

Fokuspunkterne er udvalgt i en innovativ proces, hvor de medarbejdere, som efterfølgende skulle bruge Hjulet, har været involveret tæt. Medarbejderne deltog således i en række indledende fokusgruppeinterviews, hvor de skulle bidrage med deres oplevelse af, hvilke tegn man kan/skal være opmærksom på i forhold til at forbygge uhensigtsmæssige indlæggelser.

⁶ Se <http://www.videnscenterfordemens.dk/app>.

På baggrund af input fra medarbejderne og forskning på området⁷ blev de endelige fokuspunkter udvalgt. Det var i denne proces vigtigt at bruge medarbejdernes egne ord frem for kliniske betegnelser.

Samtidig med udvikling af Hjulet har projektet omfattet initiativer, der har skullet bidrage til medarbejdernes viden om, hvordan de skal handle på deres observationer for at forebygge en yderligere forværring og dermed en eventuel indlæggelse på sygehuset. Medarbejderne har i denne sammenhæng gennemført et undervisningsforløb med fokus på bedre opsporing af tegn på faldende funktionsniveau og tegn på sygdomsudvikling.

Roskilde Kommune bemærker at Hjulet ikke kan stå alene, men at det skal suppleres med andre tiltag som fx undervisning om, hvordan man handler på de observationer, som Hjulet hjælper medarbejderne til at foretage. Det har ligeledes været afgørende, at det passer ind i kommunens, sygehusets og almen praksis' øvrige arbejde og samarbejde.

Værktøjet kan ses i bilag 3.

5.1.2 Design

Hjulet er udarbejdet som en papskive med de seks fokusområder i forskellige farver. For hvert fokuspunkt kan man "dreje sig frem" til, hvad man skal være opmærksom på. Hjulet er en lavpraktisk løsning, som er designet til at hjemmeplejen kan anvende det i hverdagen. Det er lavet, så det kan være i en kittellomme.

Som en videreudvikling af projektet er Roskilde Kommune ved at "sætte strøm" til hjulet, så det kan lægges ud på hjemmeplejens PDA og pc'er. De indsamlede observationer kan på den måde dokumenteres i det kommunale omsorgssystem, så kommunikationen og videndelingen mellem hjemmepleje og hjemmesygepleje styrkes og understøttes, at der handles på observationerne.

Der er ligeledes planer om at give sygehus og almen praksis læseadgang til observationerne, således at den tværsektorielle kommunikation og videndeling også styrkes og understøttes, at der følges op og handles på observationerne.

5.1.3 Dokumentation

Projektet er blevet evalueret med henblik på, om det havde øget hjemmeplejens handlekompetencer til at se ændringer i funktionsevne, som har betydning for u hensigtsmæssige indlæggelser, og om der var kommet en bredere forståelse af opgaven omkring samarbejdet med ældre borgere på tværs af sektorer.

Evalueringen foregik som fokusgruppeinterview. Resultaterne fra evalueringen var:

- Medarbejderne følte sig mere sikre på deres observationer og handlemuligheder hos borgerne og har øget fokus på ændringer hos de ældre

⁷ geriatrisk viden/teori, Kirsten Avlunds forskning om tidlige tegn på nedsat funktionalitet hos ældre samt Sidsel Vinges kliniske indikatorer og hverdagsindikatorer fra rapport

- Hjulet gav et fælles sprog mellem faggrupper og dag- og aftenvagter. Hjælperne følte, at de bedre kunne sparre med hjemmesygeplejerskerne om deres observationer
- Medarbejderne talte mere om, hvordan en tidlig indsats kan forebygge indlæggelser
- Lederen oplevede mere engagement og god dialog om projektet i personalegruppen

Evalueringen tyder således på mange positive gevinster. Dialogen mellem forskellige faggrupper og vagtlag er styrket. Fokus på en tidlig indsats hos svækkede ældre er øget. Personalet har en bedre forståelse for, hvordan de kan medvirke til at forebygge unødvendige indlæggelser.

5.1.4 Vurdering

Det vurderes, at målgruppen for værktøjet er medarbejdere i hjemmeplejen.

Værktøjet er simpelt og nemt at anvende. Det kan registrere habitualtilstand, men ikke ændringer i denne. De enkelte observationer kan ikke fremstilles grafisk.

Det vurderes, at "Hjulet" primært er anvendeligt som oplæringsværktøj og som refleksionsværktøj for arbejdet i hjemmeplejen.

Det er Sundhedsstyrelsens anbefaling, at

- Hjulet anvendes i hjemmeplejen og på plejecentre i forbindelse med læring og ved refleksion over konkrete hverdagsobservationer

5.2 Tidlige Tegn

"Tidlige Tegn" er et udviklingsprojekt i Københavns Kommune målrettet personalet på plejecentre.

5.2.1 Beskrivelse

Formålet med værktøjet er primært at reducere antallet af indlæggelser i forhold til de forebyggelige diagnoser.

Værktøjet er udarbejdet som led i kommunens reformprogram "Aktiv og tryk hele livet", som sætter fokus på et stigende behov for en forebyggende indsats blandt ældre borgere.

Værktøjet har fokus på:

Lyt, Observér, Reflektér og Reagér

Der er fundet en række 'hverdagsindikatorer' indenfor fire overordnede temaer: 1) Hverdagsaktiviteter, 2) Fysisk, 3) Kognitivt og 4) Psykisk.

Hverdagsindikatorer defineres som opmærksomhedspunkter i hverdagen, som sundhedsfagligt personale omkring borgeren observerer, reflekterer over og reagerer på, når der sker en ændring.

Temaerne vurderes centrale i forhold til at forebygge, forhindre eller forhale funktionsevnetab eller ændringer i helbredstilstanden hos den ældre borger. Indenfor hvert af temaerne er der fundet en række nøgleord, som skal skabe dialog og struktur og være kompetencegivende, da de skaber refleksion over de daglige observationer.

Værktøjet kan ses i bilag 4.

5.2.2 Design

Temaer og nøgleord er samlet i en ”pyramide” lavet i pap, som skal støtte personale til at lytte, observere, reflektere og reagere på ”tidlige tegn”. Samtidig er der udarbejdet en blok med de enkelte temaer og nøgleord, hvor medarbejderen kan dokumentere observationen hos den enkelte borger.

5.2.3 Dokumentation

Værktøjet er ikke valideret.

Hverdagsindikatorerne er kvalificeret ud fra bedst tilgængelig viden, best practice og nationale anbefalinger og derefter ”omdøbt” til ”Tidlige Tegn” for at sikre genkendelige ord for social- og sundhedshjælperne.

Der foreligger et notat med beskrivelse af denne dokumentation med fokus på valget af de enkelte temaer samt hverdagsindikatorer/nøgleord.

5.2.4 Vurdering

Det vurderes, at målgruppen for værktøjet er medarbejdere i hjemmeplejen.

Pyramiden er enkel og nem at anvende.

Værktøjet har fokus på, om borgerens tilstand har ændret sig, men selve værktøjet indeholder ikke muligheden for grafisk at følge dette.

De fire fokuspunkter ’Lyt, observer, reflekter og reager’ er gode og relevante. Sundhedsstyrelsen finder det særligt positivt, at der er fokus på at lytte – både til borgeren, pårørende og til andre medarbejdere.

Det er Sundhedsstyrelsens anbefaling at

- De fire fokuspunkter fra Tidlige Tegn ”Lyt, observer, reflekter og reager” anvendes som vigtige overordnede begreber i forbindelse med læring og refleksioner over hverdagsobservationer.

6 Værktøjer til kvalificering af hverdagsobservationer

Sundhedsstyrelsen peger i dette kapitel på en række værktøjer, som social- og sundhedsassistenter samt sygeplejersker kan anvende i forbindelse med udredning af specifikke problemstillinger hos borgeren. Hermed kan de kvalificere de hverdagsobservationer, som foretages af hjemmeplejen.

Værktøjerne kan både give hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og medarbejdere på plejecentre mulighed for selv at reagere på tidlige tegn på sygdom og give mulighed for en bedre dialog mellem hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og almen praksis.

Værktøjerne er udvalgt af Sundhedsstyrelsen med bistand fra arbejdsgruppen. Der er dels taget udgangspunkt i det indsamlede materiale fra kommunerne, og dels i arbejdsgruppemedlemmernes eget kendskab til området⁸. Der blev i litteratursøgningen i udenlandsk litteratur ikke fundet yderligere værktøjer, som kan opfylde formålet.

Værktøjerne består dels af måling af vitale parametre, blodsukker m.m., og dels en række screeningsværktøjer som kan anvendes i forhold til specifikke problemstillinger. Derudover beskrives 'sygeplejetasker', som af nogle kommuner anvendes til at samle værktøjerne.

De beskrevne screeningsværktøjer kan efter Sundhedsstyrelsens vurdering alle anvendes i hjemmesygeplejen og almen praksis, samt eventuelt blandt social- og sundhedsassistenter i hjemmeplejen og på plejecentre afhængigt af, om de fornødne kompetencer er til stede.

Generelt for værktøjerne er, at der bør foreligge instrukser for, hvornår det enkelte værktøj anvendes, og hvornår der skal handles herpå.

De konkrete kriterier for udvælgelsen kan findes i afsnit 3.4.3

Værktøjerne er alle validerede men ikke nødvendigvis i en kommunal sammenhæng, hvorfor det anbefales løbende at følge op på anvendelsen af dem.

En samlet oversigt over alle værktøjer, som har været vurderet fremgår af bilag 7 og bilag 8.

⁸ Rosted E. Nursing assessment and intervention for older people after acute medical admission. PhD-thesis 2012. University of Southern Denmark.

6.1 Måling af vitale parametre, blodsukker m.m. samt urinundersøgelse.

Måling af vitale parametre, blodsukker m.m. indgår som et nødvendigt led i diagnosen af en række sygdomstilstande og måling heraf bør derfor indgå som en del af den udredning, som foretages af hjemmesygeplejen, samt social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker i hjemmeplejen og på plejecentre som opfølgning på hverdagsobservationerne.

Måling af vitale parametre foregår formentlig i alle kommuner, og er beskrevet i det indsendte materiale fra nogle kommuner i forbindelse med anvendelse af sygeplejetasker. I de pågældende kommuner har hjemmesygeplejen udstyr til at måle puls, respiration, blodtryk og temperatur samt i nogle kommuner også blodets iltmætning. Derudover har hjemmesygeplejen udstyr til at måle blodsukker samt urinstix.

I et projektsamarbejde mellem Norddjurs Kommune og Randers Centralsygehus med planlagt opstart primo 2013 ønsker man at afprøve et scoringssystem i hjemmeplejen for måling af vitale parametre.

Projektet hedder TOBS (Tidlig opsporing af begyndende sygdom). I projektet objektiviseres patientens tilstand ved hjælp af målinger af de vitale parametre: puls, respiration, blodtryk, temperatur samt blodets iltmætning. I forbindelse hermed er der planlagt udarbejdelse af retningslinjer for primærsektoren i forhold til handling på afvigende vitalparametre.

6.1.1 Udstyr til måling af vitale parametre, blodsukker, m.m.

Målingerne kræver både udstyr og et observationskema til at dokumentere de målte værdier.

Følgende udstyr skal anvendes til at måle relevante parametre:

- Blodtryksapparat
- Øretermometer
- Stopur (til måling af puls og respirationsfrekvens)
- Pulsoxymeter (til måling af blodets iltmætning)
- Blodsukkerapparat (inkl. nåle og strips)
- Urinstix

Derudover skal der foreligge

- Observationsskemaer til at notere den enkelte borgers symptomer, målte værdier samt handlinger, der er udført

6.1.2 Vurdering

Måling af vitale parametre, blodsukker m.m. er primært en opgave for social- og sundhedsassistenter samt sygeplejersker, men kan med den fornødne oplæring også varetages af social- og sundhedshjælpere.

Social- og sundhedsassistenter samt sygeplejersker bør have kompetencer til at foretage målinger af vitale parametre, men der bør foreligge instrukser i forhold til både at anvende apparaturet og til at handle på resultatet af målingerne.

Derudover bør der foreligge instrukser i forhold til måling af blodsukker. I den forbindelse skal det bemærkes, at blodprøvetagning er lægeforbeholdt virksomhed, og at der derfor skal foreligge en (ramme)delegation til hjemmesygeplejen i forhold til måling af blodsukker.

Endelig bør der foreligge instrukser i forhold til måling af blodets iltmætning og anvendelse af urinstix og handling på afvigende/positivt svar.

Det er således Sundhedsstyrelsens vurdering, at

- Hjemmeplejen og hjemmesygeplejen, samt plejecentre i alle kommuner bør have udstyr til rådighed til at måle puls, blodtryk, temperatur og respirationsfrekvens.
- Pulsoxymeter, blodsukkerapparat og urinstix kan være til rådighed efter konkret vurdering i den enkelte kommune af behov og kompetencer.

6.2 Sygeplejetasker

I mange kommuner er hjemmesygeplejerskerne udstyret med tasker indeholdende: Termometer, urinstix, uringlas, blodtryksapparat, blodsukkerapparat inkl. nåle og strips, stopur, samt et observationsskema beregnet til at notere den enkelte borgers symptomer, målte værdier samt handlinger, der er udført. Nogle kommuner har også klyx i taskerne, ligesom der er kommuner som vil afprøve pulsoxymetre.

Formålet med sygeplejetaskerne er at give de kommunale sygeplejersker bedre mulighed for at kunne kvalificere deres kliniske observationer. Formålet hermed er at kunne opspore forværring i helbredstilstanden tidligt samt at give mulighed for en bedre dialog med almen praksis, hvor afsættet er kvalificerede og præcise observationer og målinger.

6.2.1 Vurdering

Det vurderes, at sygeplejetasker er målrettet både hjemmesygeplejen og social- og sundhedsassistenter/sygeplejersker i hjemmeplejen.

Sygeplejetasker er relevante i forhold til at samle de værktøjer, som hjemmesygeplejen har behov for til udredning af specifikke problemstillinger, blandt andet i forbindelse med kvalificering af hverdagsobservationer hos borgeren. Fordelen er, at alle værktøjer er samlet. Hermed sikres, at hjemmesygeplejen altid har de fornødne værktøjer ved hånden ved besøg hos borgeren.

Sygeplejetasker kan både indeholde udstyr til måling af eksempelvis vitale parametre, men også de nedenfor beskrevne screeningsværktøjer til udredning af andre problemstillinger, som ses i forbindelse med hverdagsobservationerne.

På plejecentre bør de samme værktøjer være til stede, men ikke nødvendigvis samlet i en taske.

Det er således Sundhedsstyrelsens vurdering, at

- Sygeplejetasker med et fast indhold af værktøjer (herunder observations-skemaer) kan medvirke til at sikre, at hjemmesygeplejen altid har det fornødne udstyr ved hånden, når de kommer hos borgeren for at kvalificere hjemmeplejens observationer.

6.3 Avlunds mobilitet-trætheds skala (Mob-T)

Avlunds mobilitet-trætheds skala (Mob-T)⁹ er et screeningsværktøj, der evaluerer træthed relateret til fysisk aktivitet og fortæller derved noget om ældre borgeres evne til at klare daglige aktiviteter uden at føle sig træt eller have behov for hjælp.

Mob-T er udarbejdet af Kirsten Avlund på baggrund af data fra Glostrup studierne af 1914-populationen (Avlund 2004). Det anvendes blandt andet i Odense Kommune.

Mob-T består af seks spørgsmål, der retter sig mod den ældre borgers fysiske funktionsevne. Spørgsmålene omhandler aktiviteter som: at rejse sig fra en stol/seng, at komme udendørs, at gå en kort tur udendørs, at gå i godt vejr, at gå tur i dårligt vejr og at gå på trapper.

Undersøgelser viser, at ældre, som scorer positivt på skalaen, har flere kroniske sygdomme, og at de har både dårligere muskel- og lungefunktion, balance og kognitive funktioner samt er mere depressive. Træthed ved de daglige aktiviteter er også en stærk prædikter for senere brug af hjælp, lægeydelser, hospitalsindlæggelser, fald og død.

Se værktøjet i bilag 5. En nærmere beskrivelse af værktøjet kan findes på www.fysio.dk.

⁹ Avlund K. Disability in old age. Longitudinal population-based studies of the disablement process. Doctoral thesis 2004. Munksgaard Danmark, Copenhagen.

Avlund K, Damsgaard MT, Schroll M. Tiredness as determinant of subsequent use of health and social services among nondisabled elderly people. *J Aging Health* 2001May; 13(2):267-86.

Avlund K, Schultz-Larsen K, Davidsen M. Tiredness in daily activities at age 70 as a predictor of mortality during the next 10 years. *J Clin Epidemiol* 1998 Apr; 51(4):323-33.

Avlund K, Damsgaard MT, Sakari-Rantala R, Laukkanen P, Schroll M. Tiredness in daily activities among nondisabled old people as determinant of onset of disability. *J Clin Epidemiol* 2002 Oct;55(10):965-73.

6.3.1 Vurdering

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at

- Mob-T er et relevant redskab til hurtig vurdering af ældre borgeres fysiske funktionsevne og behov for yderligere udredning.
- Mob-T kan anvendes i hjemmesygeplejen og i samarbejdet mellem hjemmesygeplejen og almen praksis.
- Mob-T kan anvendes i almen praksis ved geriatrisk vurdering og ved op-søgende hjemmebesøg.

6.4 The Confusion Assessment Method (CAM)

The Confusion Assessment Method (CAM) er et screeningsværktøj med henblik på at vurdere behov udredning for delir.

Delir er en alvorlig konfusionstilstand, som er en hyppigt forekommende hos ældre medicinske patienter, specielt hos beboere på plejecentre og hos patienter under indlæggelse. Delir overses ofte og medfører forlænget indlæggelse, funktionstab, øget brug af medicin og øget dødelighed. Disponerende faktorer er multisygdom, kognitiv dysfunktion og polyfarmaci.

CAM er et valideret redskab til screening for muligt delir. Det består af fire spørgsmål.

Der kræves begrænset oplæring i anvendelsen af redskabet og det kan således anvendes af medarbejdere i hjemmesygeplejen og på plejecentre til at adskille delir fra andre kognitive funktionsnedsættelser, uden at de er trænet indenfor psykiatrien. Det er en enkel metode til at fokusere på tilstanden og anvendelig i den videre kontakt til almen praksis. Værktøjet anvendes allerede i almen praksis.

CAM-skemaet har en sensitivitet på 94-100 % og en specificitet på 89-95 %¹⁰. Der er i høj grad overensstemmelse af vurderinger interpersonelt.

Værktøjet kan findes i bilag 6.

6.4.1 Vurdering

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at

- CAM kan anvendes i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen samt på plejecentre, og i samarbejdet mellem hjemmesygeplejen og almen praksis.

¹⁰ Wei, Fearing, Eliezer, Sternberg & Inouve, 2008

6.5 Mini Mental State Examination (MMSE)

Mini Mental State Examination (MMSE)¹¹ er det hyppigst anvendte kognitive screeningsinstrument såvel internationalt som i Danmark. Hvis der påvises en reduktion, må der herefter tages stilling til, om funktionsforringelsen skyldes demens eller andre tilstande (fx afasi, depression, konfusion). Testen kan også anvendes til at følge patienter med.

MMSE består af 19 spørgsmål, der omfatter en række kognitive funktioner: Orientering i tid (5 point), orientering i sted (5 point), gentagelse af tre ord (3 point), opmærksomhed og regning (5 point), genkaldelse af tre ord (3 point), sprogfunktion (8 point) og visuospatial konstruktionsevne (1 point). Der angives sædvanligvis en sumscore, hvor maksimum er 30 point og minimum 0 point.

En detaljeret dansk vejledning i administration og scoring af MMSE er publiceret i 'Demens – en vejledning til praktiserende læger' (2004). Derudover findes en beskrivelse af værktøjet på www.fysio.dk.

6.5.1 Vurdering

MMSE anvendes af praktiserende læger og andre læger som led i diagnosticeringen og den fortsatte kontrol af personer med demens.

Værktøjet kan formentlig også bruges af hjemmesygeplejersker med henblik på kvalificering af hverdagsobservationer.

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at

- MMSE primært er et værktøj for almen praksis, men at brugen af værktøjet kan afprøves i hjemmesygeplejen.

6.6 Mini Geriatric Depression Scale (GDS5)

Geriatrisk Depressionsskala 5 (GDS5) er en kort udgave af Geriatric Depression Scale (GDS) og består af et spørgeskema med fem spørgsmål. Den er konstrueret med henblik på at identificere depression hos ældre.

Depression er hyppig hos ældre, og er vigtig at fange tidligt.

Værktøjet kræver ikke særlig vejledning eller instruktion. De fem spørgsmål er:

¹¹ Demens – en vejledning til praktiserende læger, DSAM 2004

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & Fanjiang, G. (2001). *MMSE Mini-Mental State Examination. Clinical Guide*. Lutz, FL.: Psychological Assessment Resources, Inc.

1. Er du nogenlunde tilfreds med dit liv?
2. Keder du dig ofte?
3. Føler du dig ofte hjælpeløs?
4. Hvis det er muligt for dig at komme ud og opleve noget nyt, vil du så alligevel foretrække at blive hjemme?
5. Synes du, at du ikke er noget værd?

Ved to eller flere depressive svar er der indikation for yderligere udredning for eventuel depression

6.6.1 Vurdering

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering at

- Depression er vigtigt at vurdere hos ældre medicinske patienter.
- GDS5 er nemt at anvende og kan anvendes i hjemmesygeplejen som screeningsværktøj i forhold til behov for henvisning til almen praksis.
- Almen praksis vil have behov for andre psykometriske test.

6.7 Verbal Ranking Scale (VRS)

Verbal Ranking Scale (VRS)¹² kan anvendes til måling af smertens intensitet.

Mange ældre har smerter fra forskellige organsystemer, som både kan være tegn på sygdom og som kan medføre nedsat funktion.

Ved anvendelse af værktøjet spørges den ældre borger til vedkommendes generelle smerteoplevelse. Lokalisationen beskrives kort og intensiteten vurderes ved brug af den verbale rangskala inddelt i fem kategorier:

1. ingen smerter
2. lette smerter
3. moderate smerter

¹² 1. [Coll AM, Ameen JRM, Mead D. Postoperative pain assessment tools in day surgery: literature review. Journal of Advanced Nursing 2004; 46\(2\):124-133.](#)

2. Skiveren J, Frandsen J. Vurdering af smertens intensitet hos den smertepåvirkede patient. Sygeplejersken 2001; 101(19):28-35.

3. Jensen TS, Dahl JB, Arendt-Nielsen L. Smerter. En lærebog. 1. udgave ed. Kbh.: FADL, 2003.

4. [Closs SJ, Barr B, Briggs M, Cash K, Seers K. A comparison of five pain assessment scales for nursing home residents with varying degrees of cognitive impairment. J Pain Symptom Manage 2004; 27\(3\):196-205.](#)

4. svære smerter
5. uudholdelige smerter

Der er ved gennemgang af litteraturen ikke fundet evidens for, at VRS er bedre end VAS og Numerisk Rangskala, men VRS kan måske være bedre til personer med kognitive forstyrrelser ligesom andre artikler angiver, at VRS er den skala flest smertepatienter finder lettest.

En nærmere beskrivelse og vurdering af værktøjet findes på www.fysio.dk.

6.7.1 Vurdering

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering at

- Spørgsmål vedrørende smerter er relevante at medtage i forhold til ældre medicinske patienter og at VRS kan anvendes til dette formål.
- Verbal Ranking Score kan anvendes i hjemmesygeplejen og i samarbejdet mellem hjemmesygeplejen og almen praksis

6.8 EUroQUALity5D (EQ-5D)

EQ-5D er et måleinstrument som kan bruges til at beskrive og vurdere patienters helbredsrelaterede livskvalitet ud fra deres egen vurdering af helbredet. Det er muligt at vurdere effekten af en behandling og sammenligne med andre patientgruppers helbredstilstande ved hjælp af en profil eller et indeks.

EQ-5D er et standardiseret, ikke sygdomsspecifikt (generisk) måleinstrument i form af et spørgeskema, der er kort og let at udfylde. Det består af en helbredsstatusdel, en Visuel Analog Skala (VAS) og baggrundsdata. Helbredsprofilen beskriver fem dimensioner, der dækker bevægelighed, personlig pleje, sædvanlige aktiviteter, smerter/ubehag og angst/depression. Hver dimension kan besvares på tre niveauer.

De fem spørgsmål indsamlet med EuroQol kan omsættes til en samlet værdi (normalt). Danske normaltal er publiceret i artiklen Danish EQ-5D population norms fra 2009.

Brugen af EQ-5D kræver ingen specifik uddannelse af fagpersoner. EQ-5D angives at være simpelt for patienterne at bruge og spørgsmålene giver mening.

En grundig beskrivelse og vurdering af værktøjet findes på www.fysio.dk. Værktøjet kan hentes fra <http://www.euroqol.org>

6.8.1 Vurdering

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering at

- EQ-5D vil kunne anvendes til at dokumentere helbredsmæssige ændringer i livskvalitet.

- EQ-5D kan anvendes af hjemmesygeplejen og ved forebyggende hjemmebesøg, samt i samarbejdet mellem hjemmesygeplejen og almen praksis.

7 Samarbejdet med almen praksis

Den praktiserende læge skal kunne håndtere observationer fra social- og sundhedsassistenten og/eller sygeplejersken og benytter selv en række værktøjer til at udrede og opspore sygdomstegn. Disse værktøjer ligger udenfor dette arbejdes regi.

I dette afsnit beskrives konkrete tiltag udarbejdet i regi af Dansk Selskab for Almen medicin (DSAM) med henblik på indsatsen i forhold til ældre medicinske patienter.

7.1 Klinisk vejledning: "Den ældre patient", DSAM 2012

DSAM har udgivet en klinisk vejledning om "Den ældre patient", som blandt andet beskriver en række specifikke kliniske problemstillinger, der hyppigt ses hos ældre medicinske patienter. Vejledningen beskriver både udredning og behandling af de konkrete tilstande.

7.2 E-kursus: "Den ældre patient", Lægeforeningen 2012

I forlængelse af DSAM's vejledning om den ældre patient har Lægeforeningen udsendt et e-kursus om "Den ældre patient", som udover viden om håndteringen af ældre medicinske patienter også beskriver en række validerede udredningsværktøjer, samt kommer med forslag til en systematisk arbejdsdeling mellem de kommunale sundhedsfaglige medarbejdere og almen praksis.

7.3 Samarbejdet mellem kommunen og almen praksis

Samarbejdet mellem almen praksis og kommunens hjemmepleje/hjemmesygepleje/personalet på plejecentre kan hensigtsmæssigt drøftes i de kommunal-lægelige udvalg, ligesom det kan være en opgave for den kommunale praksiskonsulent.

Hermed kan sikres, at almen praksis i kommunen får kendskab til de værktøjer til tidlig opsporing, som anvendes i kommunen.

Regioner og kommuner har i regi af sundhedsaftalerne udarbejdet samarbejdsaftaler og forløbsprogrammer indenfor forskellige områder, der i nogen grad omfatter kommunens og almen praksis' samarbejde omkring de ældre medicinske patienter. Derudover har en række kommuner udarbejdet lokale samarbejdsaftaler med almen praksis omkring telefonkontakt, fremmøde, sygebesøg og konferencer m.m., som også kan omfatte ældre medicinske patienter.

Bilagsfortegnelse

Bilag 1 Arbejdsgruppens medlemmer

Bilag 2 Ændringskemaet

Bilag 3 Hjulet

Bilag 4 Tidlige Tegn

Bilag 5 Avlunds Træthedsskala (Mob-T)

Bilag 6 The Confusion Assessment Method (CAM)

Bilag 7 Oversigt over værktøjer til tidlig opsporing indhentet fra kommunerne

Bilag 8 Værktøjer til tidlig opsporing af sygdom identificeret i den internationale litteratur

Bilag 9 Søgeprotokol

Bilag 1: Arbejdsgruppens medlemmer

Repræsentant	Udpeget af
Anne-Mette Sørensen Sygeplejerske, forebyggelseskonsulent	KL
Elizabeth Rosted RN MScN, Ph.D.	Dansk Sygepleje Selskab
Jørgen Peter Ærthøj Praktiserende Læge	Dansk Selskab for Almen Medicin
Karen Marie Myrndorff Chefkonsulent /Lena Wivel Konsulent	KL
Mette Bjerre Christensen SOSU assistent, distriktsleder og risikomanager	KL
Tove Lindhardt Seniorforsker, MScN Ph.D.	Dansk Sygepleje Selskab
Sekretariat i Sundhedsstyrelsen: Bente Møller, Afdelingslæge Jette Blands, Læge Lars Buch Hansen, Fuldmægtig Louise Dybdal, Fuldmægtig Margit Nørgård, Assisterende læge	

Bilag 2: Ændringskemaet

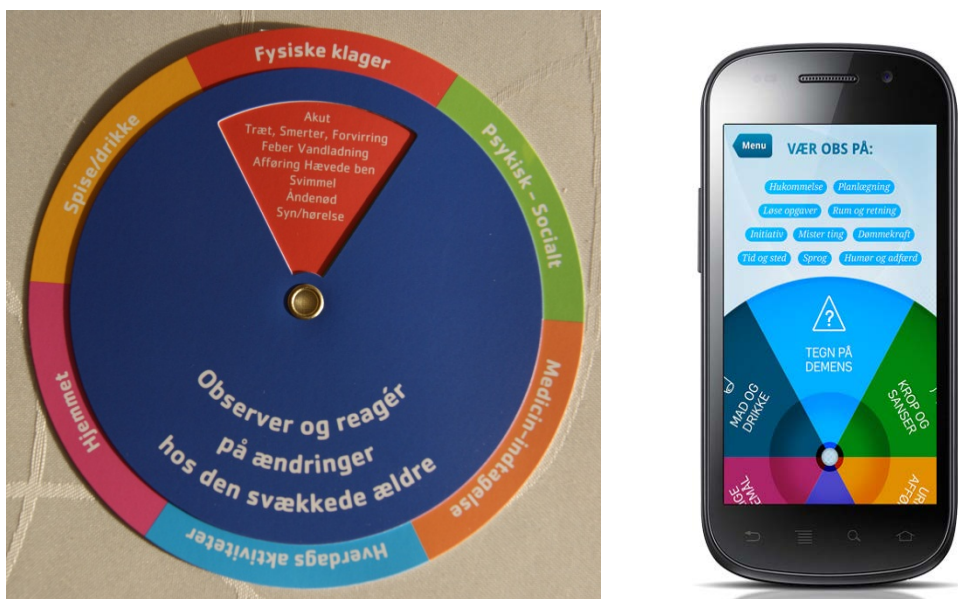
Ændringskema

Observer og reager

Navn:		Cpr.nr.:		Dato:	
TEMA	Sæt kryds ved de svar der passer bedst			Bemærkning	
Psykisk og Socialt	Glad/positiv	Neutral	Trist/negativ		
Humør	God	Svingende	Glæmsom		
Hukommelse	Aktiv	Lidt aktiv	Passiv		
Søvnproblemer	Sjældent	Af og til	Ofte		
Hjemmet					
Hvordan ser hjemmet ud	Meget ryddeligt	Ryddeligt	Mindre ryddeligt		
Hvad klarer borger selv	Blomster	Sengeredning	Affald		
	Opvask	Toilet/bad	Post		
Hverdagsaktiviteter					
Generelt initiativ fra borger	Meget	Lidt	Passiv		
Graden af hygiejne	Velsolgeret	Soigneret	Mindre soigneret		
Fysisk aktivitet	Meget aktiv	Aktiv	Passiv		
Fald	Aldrig	Af og til	Ofte		Ofst altid tilbagemelding ved fald
Spise og drikke					
Appetit	God		Skal opfordres		
Tørst	God		Skal opfordres		
Vægt	Holder vægten		Tøj hænger		
Fysiske klager					
Afføringsmønster	Ingen problemer	Af og til forstoppelse	Klager		
Vanlædning	kontinent		Inkontinent		
Vejrtrækning	Normal	Åndenød, bevægelse	Åndenød, hvile		
Hoste	Aldrig	Af og til	Ofte		
Træthed	Aldrig	Af og til	Ofte		
Smerte	Aldrig	Af og til	Ofte		
Svimmel	Aldrig	Af og til	Ofte		

Tværsæktorielt projekt til forebyggelse af indlæggelser
Arbejdsgruppen for ændringskema og ifølge: Juni 2011

Bilag 3: Hjulet



Fokuspunkter - Hjulet

Fysiske klager	Syn/hørelse Åndenød Svimmel Afføring Hævede ben	Feber Vandladning Træt Smerter Hud
Psykisk - socialt	Isolerer sig Netværk Beklagende Søvn Passivitet	Forvirret Tab Hukommelse Tristhed
Spise/ drikke	Kvalme Spises maden Vægttab Synkebesvær	Tandstatus Vægttab/-øgning (<i>hænger tøjet?</i>) Appetit Væskeindtag
Hjemmet	Løse tæpper/ledninger Dårlig lugt Ophobet affald	Gammel mad Snavs Generelt forfald Køleskab
Hverdags-aktiviteter	Usoigneret Mobilitet Aktivitetsniveau	Faldtendens Sengesøgende Alkoholproblemer
Medicin-indtagelse	Tager borgeren sin medicin som foreskrevet?	Tager borgeren for lidt eller for meget medicin?

Bilag 4: Tidlige tegn

Navn: _____

HVERDAGSAKTIVITETER

- Går usikkert
- Længere tid om
- Behov for mere hjælp
- Svært ved at rejse sig / forflytte sig

MENTALT

- Trist
- Rastløs
- Irritabel
- Alkoholproblemer
- Medicinproblemer
- Trækker sig / isolerer sig

KOGNITIVT

- Glemsom
- Svært at finde vej
- Uden tidsfornemmelse
- Taler usammenhængende
- Svært ved at finde ord

FYSISK

- Sår
- Træt
- Feber
- Falder
- Hoster
- Bløder
- Kvalme
- Smerter
- Svimmel
- Taber sig
- Forpustet
- Hævede ben
- Synkebesvær
- Dårlig mundhygiejne
- Problemer med udskillelse

Andet: _____

LYT – OBSERVÉR – REFLEKTÉR – REAGER



Kan foldes til en pyramide

Bilag 5: Avlunds mobilitet-trætheds skala (Mob-T)

Mange ældre mennesker føler, at de bliver hurtigere trætte med alderen. Med de følgende spørgsmål vil vi gerne have at vide, dels om De kan klare de daglige aktiviteter selv, dels om De bliver træt efter hver enkelt aktivitet.

1. Kan De rejse Dem fra stol/seng?

1. ja
2. nej
3. gør det ikke

hvis ja:	ja	nej
a. bliver De træt?	1	0
b. skal De have hjælp?	1	0

2. Kan De komme udendørs?

1. ja
2. nej
3. gør det ikke

hvis ja:	ja	nej
a. bliver De træt?	1	0
b. skal De have hjælp?	1	0

3. Kan De gå omkring inde i huset?

1. ja
2. nej
3. gør det ikke

hvis ja:	ja	nej
a. bliver De træt?	1	0
b. skal De have hjælp?	1	0

4. Kan De klare at gå udendørs i godt vejr i ½-1 time?

1. ja
2. nej
3. gør det ikke

hvis ja:	ja	nej
a. bliver De træt?	1	0
b. skal De have hjælp?	1	0

5. Kan De klare at gå udendørs i dårligt vejr i ½-1 time?

1. ja
2. nej
3. gør det ikke

hvis ja:	ja	nej
a. bliver De træt?	1	0
b. skal De have hjælp?	1	0

6. Kan De gå på trapper til 2. sal?

1. ja
2. nej
3. gør det ikke

hvis ja:	ja	nej
a. bliver De træt?	1	0
b. skal De have hjælp?	1	0

Beregning af skalaen

Mob-T beregnes ud fra svarene på sp. 1a, 2a, 3a, 4a, 5a, 6a.

Skalaen tæller antal items med kode 1, dvs. antal items med træthed. Høj skalaværdi beskriver således megen træthed. Lav skalaværdi: Kun lidt eller ingen træthed.

Missing data

Man kan godt danne skalaen, selv om der er svaret i "gør det ikke" for enkelte af spørgsmålene. Skal svaret betragtes som "missing".

Personer som har missing svar på mere end tre items på *Mob-T* skalaen betragtes som missing på skalaen.

Der hvor der er tre eller færre "missing" dannes skalaen på følgende måde.

Den foreløbige score-værdi deles med antal af besvarede items og ganges med antal af items i den originale skala.

Fx, hvis der er 4 besvarede items i *Mob-T* skalaen og det foreløbige score er 3, ender man op med en endelig skala således: $3 \text{ delt med } 4 \text{ gange med } 6 = 4.5$.

Bilag 6: CAM – Screening for delir

CAM ¹ – Screening for delir	[Lille patientlabel]	
	Udfyldt af:	Dato:
1. Symptom. Akut begyndelse og fluktuerende forløb <i>Er der kommet en mere eller mindre pludselig ændring af den psykiske tilstand i forhold til det sædvanlige, og er denne ændring snart mere, snart mindre tydelig i døgnets løb. Det vil sige, er der en tendens til at ændringen kommer og går eller tiltager og aftager i intensitet?</i> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
2. Symptom. Uopmærksomhed <i>Har vedkommende fået svært ved at fastholde opmærksomheden, sådan at forstå, at hun/han er påfaldende let at aflede eller har svært ved at følge tankegangen i en samtale?</i> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
3. Symptom. Uorganiseret tankegang <i>Er tankegangen blevet kaotisk eller usammenhængende, visende sig ved irrelevant og usammenhængende samtaleforløb, uklare eller ulogiske strømme af idéer eller uforudsigelige skiftene fra emne til emne?</i> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
4. Symptom. Ændret bevidsthedsniveau <i>Hvordan vil du betegne bevidsthedsniveauet, når du skal vælge mellem følgende muligheder:</i> 1. <input type="checkbox"/> Naturligt 2. <input type="checkbox"/> "Har et øje på hver finger" 3. <input type="checkbox"/> Sløv 4. <input type="checkbox"/> Sover og er vanskelig at vække 5. <input type="checkbox"/> Bevidstløs Hvis der er sat kryds ved 2 – 5 ⇒ Ja <input type="checkbox"/> Hvis der er sat kryds ved 1 ⇒ Nej <input type="checkbox"/>		
Tolkning: (marker med afkrydsning i <input type="checkbox"/>) Kriteriet for delirmistanke ved screening er, at der skal være svaret "ja" til: 1) både kriterium 1 og 2 <input type="checkbox"/> 2) mindst det ene af 3 <input type="checkbox"/> eller 4 <input type="checkbox"/>		
Kriterier opfyldt for delirmistanke i henhold til CAM: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> (Resultatet overføres til "Screening for Faldrisiko", punkt 6)		
<i>CAM anvendes ved screening for delir (konfusion). Oplysninger om oventående symptomområder fås ved egne observationer, som altid suppleres med observationer fra familiemedlem, hjemmehjælper eller sygeplejerske med henblik på at få observationer, der dækker hele døgnet.</i> Oversættelse og bearbejdning af overtaget Jens Kronborg Djernes, Gerontopsykiatrisk Afdeling, Brønderslev Psykiatriske Sygehus. <small>¹ Inouye SK et al. Clarifying confusion: The confusion assessment method; a new method for detection of delirium. Ann Intern Med.1990;113(12):941-8</small>		

Bilag 7: Oversigt over værktøjer til tidlig opsporing indhentet fra kommunerne

Kommune	Værktøjet	Bemærkninger
Allerød	Ændringsskemaet og Triage-modellen	Se afsnit 4.1
Ballerup	Kommunen er i gang med at udarbejde værktøjer i forbindelse med forløbsprogrammerne.	Ikke relevant i denne sammenhæng
Billund	Tjekliste i forhold til beboere på plejecentrene	Ikke relevant i denne sammenhæng
Egedal	Opfølgende hjemmebesøg efter hospitalsindlæggelse af hjemmesygeplejerske og egen læge, samt kommunal triage jf. et projekt der har kørt imellem 5 nordsjællandske kommuner og Hillerød hospital.	Se afsnit 4.1
Esbjerg	1) Esbjerg Modellen – Gør borgeren til mester. Herunder værktøjet ”Borgerhjulet”. 2) Observations/akut/action kort. Er i lommen på hjemmehjælperen, som bruger punkterne til dagligt at huske observationer hos borgeren. 3) Ernæringskema til vurdering og opfølgning på borgerens ernæringsmæssige tilstand. 4) En række testskemaer mv., i regi af døgnrehabilitering samt ift. træning af ældre.	Vedr. Hjulet, se afsnit 5.1
Favrskov	Screeningsværktøj vedr. Hjemmet, Hverdagsliv, Medicin, Spi-se/drikke, Psykisk/socialt og Fysisk	Bygger på Hjulet, se afsnit 5.1
Frederiksund	Tjekliste og ISBAR	Måltrettet akut sygdom og ikke hverdagsobservationer
Faaborg-Midtfyn	1) Ernæringskema 2) Funktionsvurderingen i fælles sprog	Ernæringskema ikke relevant til tidlig opsporing af sygdom
Gentofte	1) Opsporing af palliativ indsats i plejebolig	Måltrettet opsporing af palliativ indsats og ikke tidlig opsporing af syg-

Kommune	Værktøjet	Bemærkninger
	2) Opsporing af palliativ indsats i hjemmeplejen (tjekskema)	domstegn
Gladsaxe	1) Skema til opsporing af forværring og behov for indlæggelse, primært fokus urinvejsinfektion og forebyggelse af indlæggelse (bruges ikke længere) 2) Region H's app om DÆMP og demens, bygger på Hjulet	Bygger på Hjulet, se afsnit 5.1
Greve	Skema til opsporing af borgere med behov for terminal palliativ indsats	Målettet opsporing af palliativ indsats og ikke tidlig opsporing af sygdom
Halsnæs	Elektronisk omsorgsjournal - SFD til registrering af BMI, handleplaner, aktuel status, hvormed sygdomstegn, ændringer mv. opspores tidligt. Har desuden på forsøgsplan og i en kortere periode gjort brug af Triage-modellen	Ikke et konkret værktøj Se afsnit 4.1
Hedensted	Anvender de redskaber, der er standarder – fx i forhold til ernæringscreening, der anvendes på alle borgere der bor i plejebolig. Der bruges elementer fra God mad – godt liv	Ikke et konkret værktøj
Hillerød	1) Opfølgende hjemmebesøg 2) Triage projekt	Se afsnit 4.1
Holbæk	1) Ernæringscreening 2) Basal screening 3) Pulsoximeter	Ikke relevant til tidlig opsporing af sygdom Relevant, når der er observeret en ændring Kan anvendes af hjemmesygeplejen
Holstebro	Screeningsredskab vedr. ADL-træning	Ikke relevant til tidlig opsporing af sygdom
Ikast Brande	De røde alarmknapper	Godt værktøj. Kræver kendskab til borgeren på forhånd. Har ikke et omfang, som er relevant at implementere på landsplan
Kalundborg	Anvender Hjulet	Se afsnit 5.1
Kolding	Registrerer døgnrytme og sygeplejestatus med opdatering ved æn-	Ikke relevant til tidlig opsporing af sygdom

Kommune	Værktøjet	Bemærkninger
	dringer. Plejeplaner, samt fokus på måltider	
København	Tidlige Tegn mhp. tidlig opsporing af sygdom på plejecentre. Derudover arbejder kommunen med værktøjer til tidlig opsporing i hjemmeplejen. Værktøjerne er stadig i udviklingsfasen.	Se afsnit 5.2
Langeland	Screeningsskema vedr. ernæring	Ikke relevant i forhold til tidlig opsporing af sygdom
Lejre	1) Sygeplejestandarder omkring medicinadministration, forebyggelse og sundhedsfremme, undersøgelse og behandling samt kompleks sygepleje 2) Helbredsskema/omsorgsjournalen 3) Samarbejdsaftale mellem kommunen og almen praksis	Ikke relevant i forhold til tidlig opsporing af sygdom Ikke et værktøj God ide
Lolland	1) Hjulet 2) Kostscreening.	Se afsnit 5.1 Ikke relevant til tidlig opsporing af sygdom
Læsø	1)Faldscreening 2)Hjulet	Ikke relevant i forhold til tidlig opsporing af sygdom Se afsnit 5.1
Middelfart	Screening vedr. ernæring	Ikke relevant i forhold til tidlig opsporing af sygdom
Morsø	Observationsguide	Ikke et værktøj
Norrdjurs	1) TOBS = måling af vitale parametre inkl. obs. skema 2) Kort til observation af ændringer i borgerens tilstand	Se afsnit 6.1, Respirationsfrekvens er det mest valide Bygger på Hjulet se afsnit 5.1
Næstved	1) Projekt: Hjem fra hospitalet 2) Opstartsmøde efter udskrivelse	Intet værktøj
Odense	1) CAM – til udredning af delir 2) Avlunds træthedsskema ved opsøgende hjemmebesøg 3) MMSE ved hukommelsesproblemer	Se afsnit 6.4 Se afsnit 6.3 Se afsnit 6.5
Randers	1) Medarbejder pjece vedr. ændringer hos borgere	Ikke et værktøj

Kommune	Værktøjet	Bemærkninger
	2) Tryghedshotellet: Her kan borgere 'indlægges'. Der observeres en række vitale parametre	Måltrettet borgere, der er syge
Rebild	Skema, der bygger på Hjulet	Se afsnit 5.1
Ringkøbing-Skjern	Risikoscoreskema vedr. screening for ernæringsproblemer og risiko for tryksår	Ikke relevant i forhold til tidlig opsporing af sygdom
Roskilde	1) Forebyggelse i nærmiljøet 2) Fokus på tidlig opsporing og ernæring 3) Hold hjulet i gang 4) Udskrivningskoordinatorer 5) Indsats for risikoudskrivning 6) Følge hjem og følge op ordninger 7) Aktivt brug af praktiserende læger til kompetenceudvikling	Hjulet, se afsnit 5.1
Rudersdal	Bruger bog til undervisning, der handler om triage begrebet og beskrivelse af symptomer for, hvornår man bør gribe ind	Ikke et værktøj
Silkeborg	Anvender Hjulet	Se afsnit 5.1
Skanderborg	Screening vedr. ernæring	Ikke relevant i forhold til tidlig opsporing af sygdom
Slagelse	1) Kvalicare 2) Hjulet	Se afsnit 5.1
Stevns	Hjælperedskab vedr. ernæring	Ikke relevant i forhold til tidlig opsporing af sygdom
Sønderborg	Ernæringsscreening	Ikke relevant i forhold til tidlig opsporing af sygdom
Taastrup	1) Kirsten Avlunds Træthedsskala 2) Desuden anvendes Livskvalitetsindex 3) Projekt: Fang faldet	Se afsnit 6.3 Er ikke nærmere beskrevet Ikke et værktøj
Vallensbæk	Projekt: Fang faldet	Ikke et værktøj

Kommune	Værktøjet	Bemærkninger
Aalborg	CAM - Udredningsskema for delir	Se afsnit 6.4

Bilag 8: Værktøjer til tidlig opsporing af sygdom identificeret i den internationale litteratur

Værktøj inkl. beskrivelse	Litteratur	Bemærkninger og arbejdsgruppens vurdering
Katz Scale (Independence in Activities of Daily Living)	<p>Muszalik M et al. Health and nursing problems of elderly patients related to bio-psycho-social need deficiencies and functional assessment. Arch Gerontol Geriatr. 2012 Jul-Aug; 55 (1):190-4.</p> <p>Wallace M, Shelkey M. Monitoring Functional status in hospitalized older Adults.AJN. April 2008.VOI 108, No. 4.</p>	Værktøjet er ikke umiddelbart anvendeligt. Der indgår relevante elementer, men effekten over tid bliver ikke analyseret.
The Care Dependence Scale	<p>Muszalik M et al. Health and nursing problems of elderly patients related to bio-psycho-social need deficiencies and functional assessment. Arch Gerontol Geriatr. 2012 Jul-Aug; 55(1):190-4.</p> <p>Dijkstra et al. The care dependency scale for measuring basic human needs: an international comparison. J.Adv.Nurs. 2012 Oct;68(10):2341-8</p> <p>Lohrmann C, Dijkstra A, Dassen T. The Care Dependency Scale: an assessment instrument for elderly patients in German hospitals. Geriatr Nurs. 2003 Jan-Feb; 24(1):40-3.</p> <p>Dijkstra et al. A reliability and utility study of the care dependency scale. Scand J Caring Sci. 2000; 14(3):155-61.</p>	<p>God til en større indledende evaluering. Dog ligner det meget de skemaer, der allerede eksisterer. Kommer tæt på det værktøj, som kan anvendes af social- og sundhedshjælpere. Kan udfyldes af patienten.</p> <p>Ser kun ud til at være afprøvet i sygeplejerske-patient sammenhæng</p>

Værktøj inkl. beskrivelse	Litteratur	Bemærkninger og arbejdsgruppens vurdering
The Nursing Care Category (NCC) questionnaire	Muszalik M et al. Health and nursing problems of elderly patients related to bio-psycho-social need deficiencies and functional assessment. Arch Gerontol Geriatr. 2012 Jul-Aug; 55(1):190-4.	Værktøjet har været anvendt til plejehjem. Vedrører ikke tidlig opsporing og anses ikke som et anvendeligt værktøj her.
The Tilburg Frailty Indicator (TFI)	<p>Pialoux T, Goyard J, Lesourd B. Screening tools for frailty in primary care: A systematic review. Geriatr. Gerontol Int 2012; 12:189-197.</p> <p>Metzelthin SF et al. The psychometric properties of three self-report screening instruments for identifying frail older people in the community. BMC Public health 2010, 10:176</p> <p>Gobbens RJJ et al.: The predictive validity of the Tilburg Frailty Indicator: disability, health care utilization, and quality of life in a population at risk. Gerontologist. 2012 Oct;52(5):619-31</p> <p>Gobbens RJ, Assen MA. Frailty and its prediction of disability and health care utilization: the added value of interviews and physical measures following a self-report questionnaire.</p> <p>Gobbens RJJ et al.: The Tilburg Frailty Indicator: psychometric properties. Arch. Gerontol Geriatr. 2012 Sep-Oct;55(2):369-79 (Abstract)</p> <p>J Am Med Dir Assoc 2010; 11(5):344-355 (Abstract)</p>	Der er et omfattende værktøj, der kan være godt til forebyggende hjemmebesøg. Kan ikke bruges til at kvalificere værktøjer til tidlig opsporing af sygdom, eftersom det ikke kan bruges til at registrere forandringer, ej heller kognitive forandringer.
SHARE Frailty Index	Pialoux T, Goyard J, Lesourd B. Screening tools for frailty in primary care: A systematic review. Geriatr. Gerontol Int	Værktøjet er målrettet almen praksis.

Værktøj inkl. beskrivelse	Litteratur	Bemærkninger og arbejdsgruppens vurdering
	<p>2012; 12:189-197</p> <p>Romero-Ortuno R, OShea D, Kenny RA. The SHARE frailty instrument for primary care predicts incident disability in a European population-based sample. <i>Qual Prim Care</i>. 2011; 19(5):301-9.</p> <p>Romero-Ortuno et al. A frailty instrument for primary care: findings from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). <i>BMC Geriatr</i>. 2010 Aug 24; 10:57. doi: 10.1186/1471-2318-10-57</p>	
<p>Identification of Seniors at risk (ISAR)</p>	<p>McCusker J, Bellavance F, Cardin S et al (1998) "<i>Screening for Geriatric Problems in the Emergency Department: Reliability and Validity</i>". <i>Academic Emergency Medicine</i>, 5/9: 883-893.</p> <p>McCusker J, Bellavance F et al (1999) "<i>Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit: the ISAR screening tool</i>". <i>Journal of American Geriatric Society</i>, 47/10: 1229-1237.</p> <p>Braes T et al. Screening for risk of unplanned readmission in older patients admitted to hospital: Predictive accuracy of three instruments. <i>Ageing Clin Exp Res</i> 2010 Aug;22 (4):345-51</p> <p>Fog D (2005) "<i>ISAR på Dansk- Validering af et screeningsredskab til identifikation af geriatriske patienter</i>". Institut for Folkesundhedsvidenskab, Det sundhedsvidenskabelige</p>	<p>ISAR er udviklet i Canada af McCusker et al. ISAR prædiker funktionsevne tab, risiko for genindlæggelse eller død inden for 6 måneder og dermed behov for yderligere geriatrisk vurdering.</p> <p>I forhold til at forudsige hvilke ældre der har behov for yderligere geriatrisk vurdering har canadiske undersøgelser vist at ISAR har en sensitivitet på 73% og en specificitet på 51%. ISAR er oversat til Dansk og derefter valideret i forhold til Golden Standard med en sensitivitet på 90% og en specificitet på 26%.</p> <p>ISAR kan anvendes til at give et øjebliksbillede af om en ældre borger har behov for geriatrisk vurdering. Tilbydes geriatrisk vurdering og intervention til de ældre der scorer positivt på ISAR kan depression forebygges (Rosted 2012).</p> <p>Det vurderes, at ISAR ikke er velegnet til anvendelse i primærsektor. Men det kan evt. være anvendelig ved forebyg-</p>

Værktøj inkl. beskrivelse	Litteratur	Bemærkninger og arbejdsgruppens vurdering
	<p>Fakultet, Københavns Universitet.</p> <p>Deschodt M et al. Prediction of functional decline in older hospitalized patients: a comparative multicenter study of three screening tools. Ageing Clin Exp Res 2011 Oct-dec:23(5-6):421-6</p> <p>Rosted et al. Geriatric nursing assessment and intervention in an emergency department: a pilot study. Int J Older Nurs. 2012 Jun; 7(2):141-51. doi: 10.1111/j.1748-3743.2012.00323.x. Epub 2012 Apr 12.</p>	<p>gende hjemmebesøg.</p>
Easy Care Self Assessment	<p>Pilip I, Tadd K, Long J. Easy-Care Self Assessment UK National Demonstration Project. University of Warwick mm.</p> <p>Olde-Rikkert MG, Long JF, Philip I. Development and evidence base of a new efficient assessment instrument for international use by nurses in community settings with older people. Int J Nurs Stud. 2012 Sep 11. pii: S0020-7489(12)00263-5.</p>	<p>Evt. mere relevant ift. visitation. Sponsoreret af lægemiddelindustrien (Pfizer). Derfor ikke et værktøj der umiddelbart kan anbefales nationalt. Umiddelbart er der ingen litteratur, der undersøger validiteten.</p>
VES-13	<p>Molina-Garrido MJ, Guillen-Ponce C. Comparison of two frailty screening tools in older women with cancer. Critical reviews Oncol/Hematol. 79 (2011) 61-64</p> <p>Kellen E et al. Identifying an accurate pre-screening tool in geriatric oncology. Critical reviews Oncol/Hematol. 75 (2010) 243-248)</p>	<p>Undersøgt ift. kræftpatienter. Vedrører mere funktionsniveau end opsporing af sygdom. Det anses ikke for anvendeligt til tidlig opsporing af sygdomstegn hos ældre medicinske patienter.</p>
Abbreviated Comprehensive Geriatric Assessment	<p>Kellen E et al. Identifying an accurate pre-screening tool in geriatric oncology. Critical reviews Oncol/Hematol. 75</p>	<p>Undersøgt ift. kræftpatienter</p>

Værktøj inkl. beskrivelse	Litteratur	Bemærkninger og arbejdsgruppens vurdering
(aCGA)	(2010) 243-248	Præ-screening kan bruges i hjemmesygeplejen til at understøtte nogle af de værktøjer, der i forvejen anvendes i kommunen. Der mangler dog noget om smerter (som fx Verbal ranking scale).
Groningen frailty index (GFI)	Kellen E et al. Identifying an accurate pre-screening tool in geriatric oncology. Critical reviews Oncol/Hematol. 75 (2010) 243-248 Metzelthin SF et al. The psychometric properties of three self-report screening instruments for identifying frail older people in the community, BMC Public health 2010, 10:176	Undersøgt ift. ældre generelt og ældre kræftpatienter Postomdelt spørgeskema til undersøgelse af skrøbelighed. Indeholder elementer af det, der spørges ind til i hjemme(syge)plejen og støtter op om værktøjer, der anvendes her. Det er et screeningsinstrument og kan ikke anvendes til udredning.
Barber Questionnaire (BQ)	Molina-Garrido MJ, Guillen-Ponce C. Comparison of two frailty screening tools in older women with cancer. Critical reviews Oncol/Hematol. 79 (2011) 51-64.	Undersøgt ift. kræftpatienter Det indeholder fire elementer fra ISAR screeningen. Anvendes som understøttende litteratur.
Standardized Assessment for Elderly Patients in Primary Care (STEP)	Mueller CA et al. Disclosure of New health Problems and Intervention Planning Using Geriatric Assessment in a Primary Care Setting, Family Medicine 2010. 51. 493 Piccoliori G et al. Geriatric assessment in general practice using a screening instrument: is it worth the effort? Result of a South Tyrol Study. Age and Ageing 2008:37:647-652	Større spørgeskema og interview del til anvendelse i almen praksis. Ikke umiddelbart anvendelig i hjemme(syge)plejen.
The Sherbrooke Postal questionnaire [Metzelthin SF et al. The psychometric properties of three self-report screening instruments for identifying frail older people in the community. BMC Public health 2010, 10:176	Et postomdelt spørgeskema. Det indeholder de elementer vi i forvejen kigger på ude hos borgeren.

Værktøj inkl. beskrivelse	Litteratur	Bemærkninger og arbejdsgruppens vurdering
Minimum geriatric screening tools (MGST)	Peppersack T. Minimum geriatric screening tool to detect common geriatric problems. J Nutr Health Aging. Vol. 12, Number 5, 2008	Ikke anvendeligt i dette regi. Det er for omfattende.
Comprehensive geriatric assessment (CGA)	Ellis G et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. Cochrane database. 2011 Jul 6;(7)	Hospitalsbaseret Golden standard. Det er meget omfattende og kan derfor ikke bruges i denne sammenhæng. Men det understøtter arbejdet.

Beskrivelser og sammenligninger af flere værktøjer	Litteratur	Bemærkninger
	Erdmans JA, Gladman JRF, Havard D. Medical crisis in Older People. Discussion papers series. University of Nottingham Issue 11, June 2012	Tilsvarende litteraturgennemgang – hvor flere af ovennævnte værktøjer er beskrevet.
	Kenis C, Wildiers H. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) in onkological patients. Practice guideline. International Society of Oncologic Geriatric (IOG). 20 July 2011	Gennemgang af flere af ovennævnte værktøjer.
	Haywood KL, Garrat KL, Fitzpatric R. Older people specific health status and quality of life: a structured review of self-assessed instruments. J Eval clin Pract. 2005 Aug;11(4):315-27.	Gennemgang af en række værktøjer til selvrapporeret måling af livskvalitet

Bilag 9: Søgeprotokol

Projekttitel/aspekt	DÆMP
Kontakt projektgruppe	Bente Møller og Louise Dybdal FOBS
Kontakt bibliotek	Birgitte Holm Petersen
Refworks login	
Vedhæftede filer	Med.DAEMP.1.031212.txt, Embase.DAEMP.1.031212.txt, Psycinfo.DAEMP.1.031212.txt Cinahl.DAEMP.1.031212.txt
Senest opdateret	3. december 2012

Baggrund	<p>Med den øgede andel af ældre i befolkningen, den stigende forekomst af kroniske sygdomme og en betydelig vækst i antallet af ældre, der behandles på en medicinsk afdeling, står det samlede sundhedsvæsen overfor store udfordringer, som fordrer koordinering og samordning af indsatserne på tværs af sektorer.</p> <p>For at understøtte dette arbejde blev det med finansloven for 2010 aftalt, at der under Sundhedsstyrelsen skulle nedsættes en Styregruppe for den ældre medicinske patient. Styregruppen skal jf. kommissorium være rammen for en bred tværfaglig og tværsektoriel dialog og understøtte Sundhedsstyrelsens arbejde med udviklingen af kvalitet og sammenhæng i indsatsen for</p>
-----------------	--

	den ældre medicinske patient
Fokuserede spørgsmål/ søgetermer	Der er i denne søgning fokus på Den Ældre Medicinske Patient, DÆMP i forbindelse med værktøjer der kan bruges/ bliver brugt til tidlig opsporing af sygdom. Søgeord kan ses i de enkelte søgestrategier for den pågældende database.
Inklusions- og eksklusionskriterier	Population: ca. 65 år og op Tidsafgrænsning: 5 år Sprog: engelsk, dansk, svensk og norsk

Informationskilder

Database	Interface	Dato for søgning
Ovid Medline	OVID	3. December 2012
EMBASE	OVID	3. December 2012
Psycinfo	OVID	3. December 2012
CINAHL	EBSCO	3. December 2012

Note: Subject headings og inklusions- og eksklusionskriterier er tilpasset de enkelte databaser.