



SUNDHEDSSTYRELSEN

Tidlig opsporing af forringet helbredstilstand og nedsat funk- tionsevne hos ældre mennesker

ANBEFALINGER TIL ARBEJDSGANGE OG
ANVENDELSE AF REDSKABER



2017

Tidlig opsporing af forringet helbreds- tilstand og nedsat funktionsevne hos ældre mennesker

© Sundhedsstyrelsen, 2017.

Publikationen kan frit refereres med
tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sprog: Dansk

Version: 1,0

Versionsdato: 12.12.2017

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-946-6

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
december 2017.

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, hjemmesygeplejen og på plejecentre	8
5.2	Ældre mennesker der modtager personlig og praktisk hjælp	8
5.3	Pårørende	8
5.4	Almen praksis	8
6	Rammer for tidlig opsporing	10
6.1	Anbefalinger	10
6.2	Om tidlig opsporing	10
6.3	Digital understøttelse	13
6.4	Sprogets betydning for implementering	13
7	Triagering	14
7.1	Anbefalinger	14
7.2	Om metoden	14
7.3	Relevante overvejelser forud for implementering	14
7.4	Arbejdsgange	15
7.5	Kompetencer	18
8	Redskaber til hverdagsobservationer	19
8.1	Anbefalinger	19
8.2	Om redskaber til hverdagsobservationer	19
8.3	Kompetencer	19
8.4	Ændringskemaet	20
8.5	Hjulet	20
9	Redskaber til kvalificering af hverdagsobservationer	22
9.1	Anbefalinger	22
9.2	Om redskaberne	22
9.3	Rejse-Sætte-Sig testen	24
9.4	Vejning og Ernæringsvurderingskemaet (EVS)	25
9.5	UCLA 3	26
9.6	TOBS	27
10	Bilagsfortegnelse	30

1 Introduktion

Formålet med tidlig opsporing er at opspore forringet helbredstilstand og nedsat funktionsevne hos ældre mennesker. Dette gøres for tidligst muligt at sætte målrettede indsatser i gang og dermed undgå, at borgerens helbredstilstand forværres med risiko for tab af funktionsevne, indlæggelse eller i værste fald død. Derfor indgik 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 og Danske Regioner fik til opgave at udarbejde en plan for samt varetage implementeringen af de anbefalede værktøjer i regioner og kommuner². I 2015 og 2016 gennemførte KL en kortlægning (jf. Bilag 1), der viser, at det varierer, hvorvidt og i hvilken grad kommunerne anvender de anbefalede redskaber.

Den daværende regering indgik i 2016 en politisk aftale med Dansk Folkeparti, Liberal Alliance og Det Konservative Folkeparti om en national handlingsplan for en styrket indsats for den ældre medicinske patient³. Det fremgår af den fælles udmøntningsplan, at KL og Sundhedsstyrelsen i samarbejde skal samle op på erfaringerne med eksisterende redskaber til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring. KL afholdt i foråret 2017 en workshop med deltagelse af en række kommuner for at afdække erfaringer med og udfordringer ved tidlig opsporing⁴. På baggrund af workshoppen og den tidligere gennemførte kortlægning har Sundhedsstyrelsen i denne 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 en række faglige aktører og kommuner (jf. Bilag 2). Referencegruppen har bistået Sundhedsstyrelsen med at kvalificere anbefalingerne til tidlig opsporing med henblik på, at kommunerne implementerer anbefalingerne i 2018. Af kommissoriet fremgår: ”Anbefalingerne vil tage udgangspunkt i eksisterende værktøjer til tidlig opsporing og herudover omhandle tilrettelæggelse, arbejdsgange og opfølgning samt kompetencer.” (jf. Bilag 3). Denne udgivelse er således en videreudvikling og uddybning af Sundhedsstyrelsens udgivelse vedrørende tidlig opsporing fra 2013 med særligt fokus på arbejdsgange og kompetencer. Udgivelsen er ikke en erstatning af den foregående udgivelse, men en hjælp til at styrke kommunernes arbejdsgange i relation til tidlig opsporing.

Denne udgivelse er målrettet ledere, projektledere og leverandører af hjemmepleje, hjemmesygepleje og plejecentre, der kan blive inspireret til det videre arbejde med tidlig opsporing. Anbefalingerne retter sig primært mod medarbejdere i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og på plejecentrene.

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

² Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Danske Regioner, KL, Sundhedsstyrelsen og NSI (2012). Fælles udmøntningsplan for den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient.

³ Sundheds – og Ældreministeriet (2016). Styrket indsats for den ældre medicinske patient – National handlingsplan 2016.

⁴ 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 øjebliksbillede 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 på plejecentrene.

I kapitel 3 'Sammenfatning af anbefalinger' præsenteres udgivelsens anbefalinger til tidlig opsporing i samlet form.

Kapitel 4 og 5 beskriver henholdsvis 'Værdigrundlag' og 'Centrale deltagere i tidlig opsporing'.

Kapitel 6 'Rammer for tidlig opsporing' beskriver processen for tidlig opsporing, herunder også hvilke overordnede tanker det er vigtigt at gøre sig vedrørende arbejdsgange. 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 medarbejdere i henholdsvis hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og på plejecentrene triagerer hver enkelt borger og derved opnår et fælles overblik over borgerens aktuelle helbredstilstand.

Kapitel 8 'Redskaber til hverdagsobservationer' beskriver de redskaber, der skal støtte medarbejdere i systematisk at observere borgeren. I kapitlet præsenteres Ændringsskemaet og Hjulet som de to primære redskaber til hverdagsobservationer.

Kapitel 9 'Redskaber til kvalificering af hverdagsobservationer' beskriver Rejse-Sætte-Sig testen, Vejning og Ernæringsvurderingsskemaet (EVS). 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 øvrige redskaber til kvalificering af hverdagsobservationer, som fremgår af den tidligere udgivelse fra 2013⁵, anbefales stadig og fremgår af Tabel 1.

For en nærmere forståelse af anvendelsen af begreberne i udgivelsen, se Bilag 4.

⁵ Sundhedsstyrelsen (2013). Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring – Sammenfatning af anbefalinger.

3 Sammenfatning af anbefalinger

Kapitlet sammenfatter Sundhedsstyrelsens otte anbefalinger vedrørende tidlig opsporing af forringet helbredstilstand og nedsat funktionsevne.

Det anbefales, at:

Rammer for tidlig opsporing

- Tidlig opsporing implementeres i kommunerne med udarbejdelse af klare og systematiske arbejdsgange samt tydelig ansvarsfordeling i forhold til konkrete indsatser på baggrund af medarbejderkompetencer.
- Tidlig opsporing implementeres i kommunerne, gerne med digital understøttelse og integration mellem applikation, triagetavler og omsorgssystem.

Triagering

- Triagering anvendes som metode til at foretage en tydelig prioritering og igangsætte rettidige indsatser vedrørende målrettet pleje og eventuel behandling. Det indebærer, at hver kommune udarbejder arbejdsgange med ansvarsfordeling, faste procedurer for farveskift og tilhørende handleanvisninger, herunder at farveskift fra rød eller gul mod grøn udelukkende kan foretages på baggrund af sparring med medarbejdere med de rette sundhedsfaglige kompetencer. Der tages desuden stilling til frekvens af triagemøder, der som minimum afholdes ugentligt.

Redskaber til hverdagsobservationer

- Ændringsskemaet eller Hjulet anvendes som redskab til hverdagsobservationer for at støtte medarbejdere i at foretage systematiske observationer af borgere, gerne med digital understøttelse.

Redskaber til kvalificering af hverdagsobservationer

- Rejse-Sætte-Sig testen (30s-RSS) fortsat 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 væggtab fortsat gennemføres ved regelmæssig Vejning i kommuner og efter behov i almen praksis. Ernæringsvurderingsskemaet (EVS) anvendes til nærmere udredning af uplanlagt væggtab på 1 kg og derover.
- UCLA 3 anvendes til opsporing af ensomhed og social isolation.
- 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.

4 Værdigrundlag

Når medarbejdere i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen eller på plejecentrene 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 selvhjulpne og selvstændig. I den sammenhæng er tidlig opsporing vigtigt, da det bidrager til tidligt at opdage og handle på forringet helbredstilstand og nedsat funktionsevne. Tidlig opsporing bør derfor være kendetegnet ved:

- Systematik
- Tværfagligt samarbejde og 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 og de rette sundhedsfaglige kompetencer

Det er en forudsætning for tidlig opsporing, at der sikres et velfungerende tværfagligt samarbejde og inddragelse af de rette sundhedsfaglige kompetencer. Det velfungerende tværfaglige samarbejde er kendetegnet ved, at alle faggrupper, herunder social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker mv., kender eget og andres ansvarsområder.

Samme muligheder for borger uanset leverandør

Borgerne skal have samme muligheder for tidlig opsporing, uanset om de har valgt hjemmepleje fra en privat eller offentlig leverandør eller bor i et privat eller kommunalt plejecenter. Derfor er der i særlig grad behov for, at samarbejdet mellem medarbejdere i hjemmesygeplejen, på plejecentrene og ved både offentlige og private leverandører af hjemmepleje understøttes af tydelige arbejdsgange.

Samarbejde med borger og pårørende

Ansvar for tidlig opsporing ligger hos medarbejdere i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og på plejecentrene. 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 funktionsevne.

5 Centrale deltagere i tidlig opsporing

5.1 Medarbejdere i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og på plejecentre

Medarbejdere i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og på plejecentrene er relevante aktører ved tidlig opsporing af forringet helbredstilstand og nedsat funktionsevne defineret efter WHO's ICF-klassifikation⁶. Anvendelsen af redskaberne til tidlig opsporing er primært målrettet social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter samt sygeplejersker ansat i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen samt på plejecentrene. I arbejdet med tidlig opsporing kan medarbejderne løbende have behov for at inddrage aktører med de rette sundhedsfaglige kompetencer, hvilket der refereres til flere steder i denne udgivelse. Det er altid en konkret afvejning af borgerens aktuelle situation, der afgør, hvilke kompetencer der er nødvendige i den konkrete vurdering af borgeren. Det betyder, at social- og sundhedsassistenter samt sygeplejersker kan varetage mange af opgaverne, men at der i konkrete tilfælde, hvor det vurderes relevant, kan inddrages andre faggrupper som eksempelvis kliniske diætister, tandplejere, visitatorer, rehabiliteringsmedarbejdere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, demenskonsulenter samt almen praksis.

5.2 Ældre mennesker 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 mennesker, 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 9.6). 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. Derfor er god kommunikation med almen praksis forudsætningen for det gode samarbejde om tidlig opsporing. Det gælder kommunikationen vedrørende den enkelte borger, hvor redskabet ISBAR⁷ kan

⁶ Schiøler, G. & Dahl, T. (2003). ICF – International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand. Munksgaard Danmark, WHO.

⁷ Brostrøm, S & Saxtrup N. (2011). Subjektivt og objektivt – Anamnese, undersøgelse og journal. 3. udgave, 1. oplag. Munksgaard Danmark.

være brugbart til videregivelse af relevant og kvalificeret information om borgeren fra medarbejderen til almen praksis. Det gælder også kommunikation vedrørende redskaber til tidlig opsporing, hvor samarbejde i Kommunalt-lægelige udvalg (KLU) kan være relevant for at udbrede kendskabet til redskaberne i almen praksis. Det kan ligeledes være relevant at indgå i en dialog med KLU eller kommunens praksiskonsulenter om arbejdet med tidlig opsporing generelt.

6 Rammer for tidlig opsporing

6.1 anbefalinger

Det anbefales, at:

- Tidlig opsporing implementeres i kommunerne med udarbejdelse af klare og systematiske arbejdsgange samt tydelig ansvarsfordeling i forhold til konkrete indsatser på baggrund af medarbejderkompetencer.
- Tidlig opsporing implementeres i kommunerne, gerne med digital understøttelse og integration mellem applikation, triagetavler og omsorgssystem.

6.2 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 hos borgeren. 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 hos borgeren, kan medarbejderne anvende redskaber til at foretage yderligere målinger. I forbindelse med tidlig opsporing findes der to tilgange til måling:

- Anvendelse af redskaber, når det vurderes relevant, på baggrund af hverdagsobservationer
- Systematisk anvendelse af redskaber i fast definerede tidsintervaller

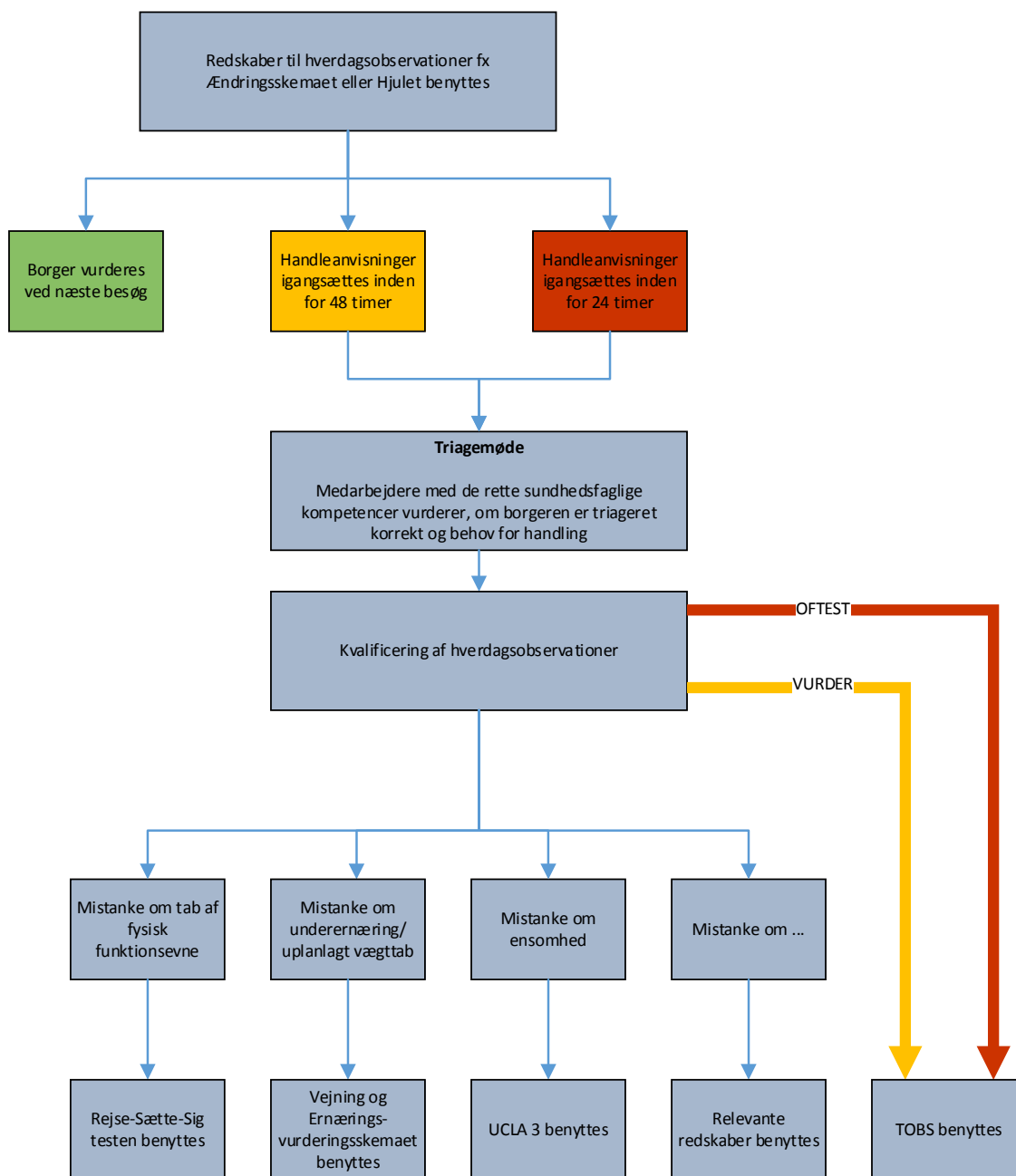
Ved den første tilgang anvendes redskaber, når det vurderes relevant, til at kvalificere hverdagsobservationer. Hvis fx en social- og sundhedshjælper på baggrund af hverdagsobservationer opdager, at borgeren har tabt sig, kan Ernæringsvurdering (jf. afsnit 9.4) efterfølgende benyttes af fx social- og sundhedsassistenter eller sygeplejersker som redskab til yderligere udredning. Når det vurderes relevant for den videre ernæringsindsats inddrages medarbejdere med de rette ernæringsfaglige kompetencer.

Ved den anden tilgang anvendes redskaber systematisk i fast definerede tidsintervaller, hvis borgeren fx er i risiko for hospitalsindlæggelse 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 borger. Nogle kommuner har derudover valgt systematisk at anvende redskaber i fast definerede tidsintervaller for alle borgere, der modtager hjemmepleje, hjemmesygepleje eller bor på plejecenter. For eksempel kan kommuner vælge at anvende Rejse-Sætte-Sig testen til

vurdering af nedsat fysisk funktionsniveau én gang pr. måned for alle borgere i hjemmeplejen (jf. afsnit 9.3).

Figur 1 nedenfor illustrerer, hvordan de overordnede arbejdsgange i forbindelse med tidlig opsporing kan igangsættes. Medarbejdere i hjemmeplejen og på plejecentrene benytter redskaber til hverdagsobservationer, der efterfølgende anvendes til triagering (jf. kapitel 7 og 8). Med triagering kan der foretages en tydelig prioritering og igangsættelse af rettidige indsatser hos borgere. Borgere tildeles en af farverne grøn, gul eller rød, som afspejler det krævede opmærksomhedsniveau. Triagemøderne anvendes efterfølgende til at vurdere behovet for indsatser, 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 uddybning af redskaber. Vedrørende brug af TOBS (jf. afsnit 9.6) vil redskabet oftest blive benyttet, når borgeren triageres rød, og ved triagering til gul skal der ske en vurdering af, hvorvidt redskabet skal benyttes. Tidlig opsporing af forringet helbredstilstand og nedsat funktionsevne hos ældre mennesker forudsætter, at der ved opsporing efterfølgende igangsættes indsatser.

Figur 1. Arbejdsgange for tidlig opsporing⁸



⁸ For yderligere redskaber til kvalificering af hverdagsobservationer se Tabel 1 eller Sundhedsstyrelsen (2013). Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring – Sammenfatning af anbefalinger.

6.3 Digital understøttelse

Kommunerne har forskellig praksis med hensyn til, om der anvendes en papirudgave eller en elektronisk version af redskaberne til tidlig opsporing. Det skyldes blandt andet mangel på tilfredsstillende digital integration mellem applikationerne til tidlig opsporing og de eksisterende omsorgssystemer. Mulighederne for digital integration afhænger af kommunens omsorgssystem. Ved anvendelse af en elektronisk version af redskaberne til tidlig opsporing, kan der på applikationen foretages registrering af observationer ude hos borgerne, og i nogle versioner samtidig ses 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 systemer⁹. Det vil være en fordel, hvis leverandører af omsorgssystemer i overensstemmelse med redskaber til hverdagsobservationer udvikler skemaer til digital understøttelse af tidlig opsporing og dokumentation heraf.

Erfaringer 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. Registreringerne er helt centrale for systematikken i den tidlige opsporing, og erfaringer fra Københavns Kommune viser, at der foretages helt op til syv gange flere registreringer, når der er digital understøttelse af redskaberne¹⁰. Det betyder, at der kan forekomme underrapportering hos borgere, hvis der er manglende digital understøttelse af tidlig opsporing.

Ved digital understøttelse af redskaber til hverdagsobservationer kan kommuner med fordel opsætte indikatorer for løbende at monitorere den tidlige opsporing med henblik på at opnå større viden om optimale arbejdsgange mv. Relevante indikatorer kan fx være:

- Antallet af registreringer og/eller antallet af registreringer per borger
- Antallet af borgere, der er triageret
- Antallet af registreringer, som har medført handleanvisninger
- Antallet af forebyggelige indlæggelser/genindlæggelser

6.4 Sprogets betydning for implementering

Redskaberne til hverdagsobservationer benyttes af forskellige faggrupper. Flere 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 den gensidige forståelse blandt medarbejderne, når de indgår i det tværfaglige samarbejde med 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 de faglige drøftelser af hver enkelt borger.

⁹ KL har mappet 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. Se KL (2017). Tidlig opsporing og Fælles Sprog III - Kobling mellem værktøjerne Hjulet og Ændringsskemaet til tidlig opsporing og Fælles Sprog III.

¹⁰ Oplæg fra Københavns Kommune på KL's workshop vedrørende erfaringer med tidlig opsporing, marts 2017.

7 Triagering

7.1 Anbefalinger

Det anbefales, at:

- Triagering anvendes som metode til at foretage en tydelig prioritering og igangsætte rettidige indsatser vedrørende målrettet pleje og eventuel behandling. Det indebærer, at hver kommune udarbejder arbejds gange med ansvarsfordeling, faste procedurer for farveskift og tilhørende handleanvisninger, herunder at farveskift fra rød eller gul mod grøn udelukkende kan foretages på baggrund af sparring med medarbejdere med de rette sundhedsfaglige kompetencer. Der tages desuden stilling til frekvens af triagemøder, der som minimum afholdes ugentligt.

7.2 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 medarbejdere i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen eller på plejecentre triagerer hver enkelt borger, opnår de et fælles overblik over borgerens aktuelle helbredstilstand og funktionsevne. Triagering bidrager på den måde til at prioritere og sætte ind med rettidige indsatser over for borgere, der er i risiko for forværring af enten eksisterende sygdom, udvikling af ny sygdom eller tab af funktionsevne. Metoden er visuelt overskuelig, idet borgerne ved triagering tildeles en af farverne grøn, gul eller rød afhængig af deres aktuelle helbredstilstand og funktionsevne. For yderligere definition af farvekode, se Boks 1.

7.3 Relevante overvejelser 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 sundhedshjælperen eller social- og sundhedsassistenten i samarbejde med borgeren og eventuelt pårørende indledningsvist et skema over habitualtilstanden (jf. afsnit 8.4). Derefter observeres borgeren med udgangspunkt i habitualtilstanden. Hvis der er ændringer i forhold til habitualtilstanden, registreres disse i Ændringsskemaet.
- Ved brug af Hjulet observerer social- og sundhedshjælperen eller social- og sundhedsassistenten borgerens helbredstilstand 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 på plejecentrene som minimum overveje:

- Muligheder for digital integration mellem applikationer til tidlig opsporing og omsorgssystem, herunder om der kan benyttes elektroniske triagetavler.

- Fordeling af ansvar i forbindelse med triagering, herunder også på triagemøderne.
- 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.
- Procedurer for farveskift, herunder om farveskift fra grøn til gul eller rød foretages af social- og sundhedshjælper eller social- og sundhedsassistent hos borgeren 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 grønne, gule og røde.
- Hvordan der skabes tydelige kommunikationsveje mellem hjemmesygeplejen og hjemmeplejen, herunder især private leverandører af hjemmepleje, samt almen praksis. Tilsvarende på plejecentrene.
- Hvordan der skabes tydelige kommunikationsveje mellem vagtlag vedrørende opsporing og opfølgende indsatser.

7.4 Arbejdsgange

Der er to måder, hvorpå borgeren kan triageres:

- Social- og sundhedshjælperen eller social- og sundhedsassistenten triagerer hos borgeren. 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 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 samt styrke kompetenceudviklingen blandt medarbejdere. Som minimum vil det være fordelagtigt, at kommuner afholder ugentlige triagemøder. Afholdes der ugentlige triagemøder, er det nødvendigt, at arbejdsgangene i endnu højere grad tager højde for ansvarsfordelingen mellem faggrupperne med henblik på at sikre implementering af de rette indsatser mellem møderne. Desuden bør triagering ved denne mødefrekvens ikke udelukkende foregå på triagemøderne.

Flere kommuner benytter i dag en elektronisk triagetavle med integration til omsorgssystemet. Når medarbejdere i hjemmeplejen eller på plejecentrene udfylder den elektroniske version af Ændringsskemaet eller Hjulet på deres håndholdte enheder, kan borgeren automatisk blive triageret enten grøn, gul eller rød. Triageringen kan også foregå på baggrund af faglige drøftelser af de observationer, der er blevet gjort. Registreringen overføres til den elektroniske triagetavle, der med fordel kan hænge i hjemmeplejens og hjemmesygeplejens mødelokaler og tilsvarende på plejecentrene. Desuden kan den tildelte farve ses på medarbejdernes håndholdte enheder.

OBS

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

7.4.1 Forud for triagemødet

Mødeleder bør i samarbejde med mødedeltagerne overveje, om der skal indhentes yderligere informationer om borgerens funktionsevne eller helbredstilstand. Informationerne kan fx indhentes ved brug af redskaber til kvalificering af hverdagsobservationer (jf. kapitel 9). Mødedeltagere bør desuden orientere sig i indsatser for relevante borgere.

7.4.2 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 mødeleder de observationer, der er registreret. De øvrige mødedeltagere supplerer mødeleders fremlæggelse med relevant viden. Det er mødeleders ansvar at facilitere faglig sparring om hver borger, herunder også at afdække, om de øvrige mødedeltagere vurderer et behov for yderligere udredning af borgeren ved hjælp af redskaber til kvalificering af hverdagsobservationer (jf. kapitel 9). Afslutningsvist foretager mødedeltagerne en tværfaglig vurdering af, om borgeren er tildelt den rette triagefarve.

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

- Hvilke ændringer er der i borgers helbredstilstand?
- Skal der ændres i nuværende indsatser?
- Hvem planlægger indsatser?
- Hvem iværksætter indsatser?
- Hvem dokumenterer ændringerne?
- Hvem følger op på indsatser?
- Hvem afslutter indsatser?
- Hvem kontakter almen praktiserende 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

	<p>Borgere, der er triageret grønne, vurderes at være i deres sædvanlige helbredstilstand, men kan godt have en kompleks helbredstilstand. Borger vurderes igen ved næste besøg.</p>
	<p>Borgere, der er triageret gule, har vist tegn på svækkelse. Ved brug af Ændrings-skemaet 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 være dialog mellem social- og sundhedshjælperne og social- og sundhedsassistenter eller eventuelt sygeplejersker. Sammen sparrer de om det observerede, og der udarbejdes og igangsættes handleanvisninger efter en individuel vurdering, men senest inden for 48 timer.</p>
	<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 social- og sundhedshjælperne og sygeplejersker eller eventuelt social- og sundhedsassistenter, som hurtigst muligt og senest inden for 24 timer udarbejder og igangsætter handleanvisninger.</p>

Erfaringer fra flere kommuner peger i retning af, at social- og sundhedshjælperne samt social- og sundhedsassistenter især har fokus på observationer og ændringer relateret til det fysiske helbred. Når triagering er implementeret, kan mødeleder med fordel støtte medarbejderne i også at øge opmærksomheden på psykiske og sociale fokusområder.

Når en borger gennem længere tid er triageret gul eller rød, bør medarbejdere i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen eller på plejecentrene foretage en vurdering af, om borgeren nu har en ny habitualtilstand (jf. afsnit 8.4). Dette kan eventuelt ske i samarbejde med øvrige medarbejdere med de rette sundhedsfaglige kompetencer. Vurderingen vil være en afvejning af:

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

Hvis der er stor udskiftning i hvilke medarbejdere, der har kontakt med borgeren, er det særligt vigtigt, at mødeleder sikrer, at der sker en opfølgning på hver enkelt borger og de igangsatte indsatser. 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, om det er

hjemmeplejen, hjemmesygeplejen eller plejecenteret, der har det organisatoriske ansvar for de aftalte indsatser samt opfølgning derpå.

7.4.3 Efter triagemødet

Efter triagemødet skal mødedeltagerne være opmærksomme på følgende:

- Iværksætte indsatser, fx kontakt til almen praktiserende læge eller visitator
- Drøfte tiltag med borger
- Eventuelt orientere pårørende med borgerens samtykke
- Dokumentere i omsorgssystemet
- Involvere øvrige medarbejdere med de rette sundhedsfaglige kompetencer

7.5 Kompetencer

Triagering som metode giver mulighed for sparring mellem medarbejdere i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og på plejecentrene 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 relevante sundhedsfaglige kompetencer. Mødeleder bør desuden have personlige kompetencer som autoritet, struktur og overblik.
- Medarbejder med ansvar for at dokumentere de beslutninger, der træffes.
- Terapeuter og sygeplejersker.
- Social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere.

Nogle kommuner har desuden gode erfaringer med, at visitatorer deltager på triagemøderne. Det 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. Visitators deltagelse i triagemøder kan bidrage til en mere smidig sagsbehandling, når de kender de øvrige fagpersoners overvejelser. Desuden har flere kommuner inddraget medarbejdere med ernæringsfaglige kompetencer på triagemøderne som fx kliniske diætister.

8 Redskaber til hverdagsobservationer

8.1 Anbefalinger

Det anbefales, at:

- Ændringsskemaet eller Hjulet anvendes som redskab til hverdagsobservationer for at støtte medarbejdere i at foretage systematiske observationer af borgere, gerne med digital understøttelse.

8.2 Om redskaber til hverdagsobservationer

Brugen af redskaber til hverdagsobservationer støtter medarbejderne i hjemmeplejen og på plejecentrene i systematisk at observere hver enkelt borger. Hverdagsobservationerne benyttes til efterfølgende at triagere borgeren grøn, gul eller rød (jf. Kapitel 7).

Redskaberne til hverdagsobservationer er oprindeligt udvalgt og beskrevet i Sundhedsstyrelsens udgivelse fra 2013¹¹. Ændringsskemaet blev udviklet som et redskab til hverdagsobservationer sammen med triagering, mens Hjulet blev udviklet som et redskab til refleksion og læring. I dette kapitel vil disse redskaber blive beskrevet. Nedenfor beskrives de forhold vedrørende kompetencer, der gælder for begge redskaber.

Hyppigheden, hvormed der observeres systematisk med henholdsvis Ændringsskemaet og Hjulet, varierer kommunerne imellem. Nogle kommuner gør det ved alle besøg, andre kommuner observerer ved første besøg i hvert vagtlag, mens nogle kommuner gør det én gang dagligt.

8.3 Kompetencer

Redskaberne til hverdagsobservationer er enkle at benytte, men forudsætter oplæring. Både Ændringsskemaet og Hjulet kan benyttes af social- og sundhedshjælper, social- og sundhedsassistenter samt øvrige social- og sundhedsfaglige medarbejdere. I praksis vil det oftest være social- og sundhedshjælper og social- og sundhedsassistenter, der anvender redskaberne 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. 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 hverdagsobservationer 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, hvilket har den fordel, at det skaber ensartet oplæring og vidensgrundlag. Det kan være relevant, at der til hver plejegruppe tilknyttes en tovholder, som løbende har fokus på

¹¹ Sundhedsstyrelsen (2013). Tidlig opsporing af den ældre medicinske patient – Værktøjer til hverdagsobservationer.

tidlig opsporing og sikrer, at der sker 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 hverdagsobservationer og efterfølgende handleanvisninger er centrale for borgerens helbredstilstand og funktionsevne.

8.4 Ændringsskemaet

8.4.1 Om redskabet

Formålet med Ændringsskemaet er at observere, dokumentere og videregive selv små ændringer i forhold til borgerens habitualtilstand. Disse ændringer kan være tegn på begyndende sygdom eller faldende funktionsevne. Ændringsskemaet indeholdt oprindeligt fokusområderne *Fysiske klager, Hjemmet, Hverdagsaktiviteter, Psykisk og Socialt*, samt *Spise og drikke*. Sundhedsstyrelsen har på baggrund af input fra referencegruppen (jf. Bilag 2) samt de nye tilstande, der er tilføjet Fælles Sprog III¹², vurderet, at der som minimum bør foretages observationer inden for ovenstående fem fokusområder med dertil hørende underpunkter samt et nyt fokusområde *Medicinindtagelse* (jf. Bilag 5).

8.4.2 Arbejdsgange

Ved første besøg hos borgeren, samarbejder borger og eventuelt pårørende med medarbejdere i hjemmeplejen eller på plejecenteret om at udfylde et ændringsskema. Det første ændringsskema, der udfyldes, er borgerens habitualskema, som præciserer borgerens habitualtilstand (jf. Bilag 5). Habitualskemaet 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 medarbejderen kender borgeren bedre.

Når habitualskemaet er udfyldt, er det særligt i opstartsperioden vigtigt, at medarbejdere i hjemmeplejen og på plejecentrene benytter Ændringsskemaet til systematisk at observere. Efterhånden som der opnås fortrolighed med brug af redskabet, viser erfaringer fra flere kommuner, at medarbejderne i løbet af de øvrige gøremål sørger for at have en naturlig dialog med borgeren omkring Ændringsskemaets fokusområder med dertil hørende underpunkter. For at undgå at der er fokusområder med underpunkter, der overses, er det en god idé at indarbejde en praksis, hvor registrering foretages hos borgeren. Derudover kan digital understøttelse af Ændringsskemaet lette og understøtte arbejdsgange.

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 funktionsevne. Hvert af Hjulets seks fokusområder *Fysiske klager, Hjemmet, Psykisk – Socialt, Hverdagsaktiviteter, Medicinindta-*

¹² KL (2017). Tidlig opsporing og Fælles Sprog III - Kobling mellem værktøjerne Hjulet og Ændringsskemaet til tidlig opsporing og Fælles Sprog III.

gelse samt Spise og drikke, med dertilhørende underpunkter, bidrager til at skabe undren og refleksion hos medarbejderne. I forbindelse med digitaliseringen af Hjulet, blev der foretaget ændringer af de oprindelige underpunkter til fokusområderne (jf. Bilag 6).

8.5.2 Arbejdsgange

Hvert af fokusområderne med dertilhørende underpunkter drøftes i videst muligt omfang med borgeren og eventuelle pårørende. I de tilfælde hvor det ikke er muligt at drøfte observationerne med borgeren eller de pårørende, drøftes observationerne med øvrige medarbejdere, der kender borgeren.

For at lette registrering og sikre overlevering af data til brug for triagering er det mest hensigtsmæssigt at benytte digital understøttelse af Hjulet. Digital understøttelse sikrer eksempelvis overlevering af relevant viden til medarbejdere i døgnets øvrige vagtlag.

9 Redskaber til kvalificering af hverdagsobservationer

9.1 Anbefalinger

Det anbefales, at:

- Rejse-Sætte-Sig testen (30s-RSS) fortsat 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 fortsat gennemføres ved regelmæssig Vejning i kommuner og efter behov i almen praksis. Ernæringsvurderingsskemaet (EVS) anvendes til nærmere udredning af uplanlagt vægttab på 1 kg og derover.
- UCLA 3 anvendes til opsporing af ensomhed og social isolation.
- 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.

9.2 Om redskaberne

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

Sundhedsstyrelsen har i 2013 foretaget en vurdering af en række redskaber og metoder til udredning af specifikke problemstillinger med henblik på kvalificering af hverdagsobservationer¹³, se Tabel 1 nedenfor. Disse redskaber anbefales fortsat af Sundhedsstyrelsen.

Derudover har Sundhedsstyrelsen nu valgt at inkludere UCLA 3 til vurdering af ensomhed og social isolation. Evalueringen af en model for rehabiliteringsforløb på ældreområdet har vist, at medarbejdere finder anvendelsen af UCLA 3 nyttigt til at åbne op for svære samtaler med borgeren¹⁴. Redskabet inkluderes derfor i denne 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 af medarbejdere med en sundhedsfaglig uddannelse på plejecentre og i hjemme-sygeplejen. TOBS inkluderes ligeledes i denne udgivelse som et nyt redskab sammenlignet med redskaber fra Sundhedsstyrelsens udgivelse fra 2013.

¹³ Sundhedsstyrelsen (2013). Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring - Sammenfatning af anbefalinger.

¹⁴ 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 hverdagsobservationer¹⁵

Redskab	Beskrivelse	Aktør
Avlunds mobilitet-trætheds-skala (Mob-T)	Redskabet anvendes til vurdering af evnen til at klare daglige aktiviteter uden at føle træthed eller behov for hjælp ved at evaluere træthed relateret til fysisk aktivitet.	Almen praksis og hjemmesygeplejen
Ernæringsvurderingsskemaet	Redskabet anvendes til nærmere udredning ved et uplanlagt vægttab på 1 kilo og derover.	Medarbejdere med de rette sundhedsfaglige kompetencer
EUroQUALity5D (EQ-5D)	Redskabet anvendes til scoring af selvrapporteret helbredsrelateret livskvalitet.	Hjemmesygeplejen, forebyggende medarbejdere og almen praksis
Gangtest	Redskabet anvendes til vurdering af nedsat funktionsniveau ved at måle hastigheden ved normal gang.	Alle faggrupper efter instruktion
Mini Geriatric Depression Scale (GDS5)	Redskabet anvendes til at identificere depression.	Hjemmesygeplejen
Mini Mental State Examination (MMSE)	Redskabet anvendes til at påvise en reduktion af den mentale funktion.	Almen praksis, hjemmesygeplejen og demenskoordinatorer
Rejse-Sætte-Sig testen	Redskabet anvendes til vurdering af nedsat fysisk funktionsniveau ved vurdering af muskelstyrken i benene.	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, medarbejdere i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og på plejecentrene
Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom (TOBS)	Redskabet anvendes til vurdering af helbreds-tilstand ved at måle de vitale parametre puls, bevidsthed, temperatur, respiration og systolisk blodtryk.	Medarbejdere med de rette sundhedsfaglige kompetencer
UCLA 3	Redskabet anvendes til opsporing af ensomhed og social isolation.	Alle faggrupper efter instruktion
Vejning	Redskabet anvendes til vurdering af uplanlagt vægttab ved at måle vægten.	Alle faggrupper efter instruktion
Verbal Ranking Scale (VRS)	Redskabet anvendes til at måle smertens intensitet ved at evaluere generel smerteoplevelse.	Hjemmesygeplejen og almen praksis

¹⁵ Sundhedsstyrelsen (2013). Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring - Sammenfatning af anbefalinger.

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 Rejse-Sætte-Sig testen, Vejning og Ernæringsvurdering i stor udstrækning anvendes i kommunerne, dels fordi UCLA 3 og TOBS præsenteres som nye redskaber i denne udgivelse. Samtidig er alle redskaberne forholdsvis simple at anvende. For kommuner der ikke er så langt i processen med tidlig opsporing, kan netop disse redskaber være et godt udgangspunkt. Dette betyder, at Sundhedsstyrelsen fortsat anbefaler de resterende redskaber til kvalificering af hverdagsobservationer.

9.3 Rejse-Sætte-Sig testen

9.3.1 Om redskabet

Rejse-Sætte-Sig testen (30s-RSS) er et valideret redskab, hvormed det er muligt at opdage tidlige ændringer i borgerens fysiske funktionsevne ved at vurdere muskelstyrken i benene.

9.3.2 Arbejdsgange

Der skal benyttes en spisebordsstol i normal siddehøjde på ca. 45 cm og et stopur. Muskelstyrken i benene vurderes 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 9.4). Hvis borgeren kun 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

Rejse-Sætte-Sig testen bør foretages som led i den almindelige kontakt til borgeren, fx regelmæssigt i hjemmeplejen, ved indflytning på plejecenter, ved visitation til personlig og/eller praktisk hjælp, under rehabilitering og genoptræning samt i almen praksis. Regelmæssig anvendelse af Rejse-Sætte-Sig testen til borgere, der modtager personlig hjælp kan med fordel ske minimum én gang pr. måned og minimum én gang om året hos almen praksis.

9.3.3 Kompetencer

Alle faggrupper kan udføre Rejse-Sætte-Sig testen efter oplæring, herunder også instruktion af borgeren. Borgeren og eventuelle pårørende kan også oplæres i selv at udføre testen.

9.4 Vejning og Ernæringsvurderingsskemaet (EVS)

9.4.1 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 ca. samme tidspunkt af døgnet og med nogenlunde samme mængde af tøj.

Ernæringsvurderingsskemaet (EVS)¹⁶ er et valideret registreringsskema til vurdering af borgerens aktuelle ernæringstilstand. EVS består af følgende områder:

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

9.4.2 Arbejdsgange

Vejning bør foretages som led i den almindelige kontakt til ældre mennesker, fx ved visitation til personlig og/eller praktisk hjælp, ved visitation til madservice, ved indflytning på plejecenter, under rehabilitering og genoptræning samt i almen praksis. Vejning bør foretages hyppigere efter sygdom eller ved forværring af helbredstilstand. Regelmæssig Vejning af ældre mennesker, der modtager personlig hjælp, kan med fordel ske minimum én gang pr. måned og minimum én gang om året hos almen praksis. Regelmæssig Vejning kan mindske risikoen for, at uplanlagt vægttab opdages så sent, at det får negative konsekvenser for borgerens helbredstilstand. Ved vurdering af borgerens vægtændring skal man være opmærksom på, at vægttab kan maskeres i tilfælde af væskeophobning, og at overvægtige borgere også kan have et uplanlagt vægttab.

Ved uplanlagt vægttab på 1 kg og derover kan Ernæringsvurderingsskemaet (EVS) anvendes til nærmere udredning. EVS er velegnet til at identificere ældre mennesker, 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 til eller risikofaktorer ved den forringede ernæringstilstand som fx tygge-/synkebesvær. Ved at udfylde EVS sammen med borgeren, kan medarbejderen gennem et simpelt pointsystem vurdere, hvilken af følgende kategorier borgeren tilhører:

1. Den ældre er i god ernæringstilstand
2. Den ældre er i risiko for dårlig ernæringstilstand
3. Den ældre har potentiale for ernæringsindsats

Ved behov for en ernæringsindsats kan der fx tages kontakt til en klinisk diætist og eventuelt en visitator med henblik på visitation til fx kost til småtspisende eller kost med modificeret konsistens.

¹⁶ Socialstyrelsen (2013). Ernæringsvurdering

9.4.3 Kompetencer

Vejning kan både udføres af borgeren selv eller med støtte og vejledning fra alle medarbejdergrupper. Det er vigtigt, at ernæringsvurderingen foretages af medarbejdere, der har kendskab til borgeren 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.

9.5 UCLA 3

9.5.1 Om redskabet

UCLA 3 (the Three-Item Loneliness Scale) er et valideret redskab til opsporing af ensomhed og social isolation. For borgere kan ensomhed 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 samtaler¹⁷.

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?

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.

9.5.2 Arbejdsgange

Kommuner bør forud for implementering af redskabet vurdere, hvor hyppigt redskabet skal benyttes fx i faste intervaller hver tredje måned.

Vælger kommuner at implementere brugen af UCLA 3, skal der udarbejdes klare handleanvisninger for, hvordan medarbejdere i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og på plejecentrene 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.

9.5.3 Kompetencer

Redskabet kan anvendes af medarbejdere i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og på plejecentrene. Brugen af redskabet forudsætter oplæring, da det er vigtigt, at medarbejderne er rustet til at håndtere de emner, en samtale kan åbne op for i opsporingen af ensomhed og social isolation. Medarbejderne skal desuden have forståelse for, hvor ømtåleligt og tabubelagt et emne det kan være for nogle borgere, og samtidig have viden om forskellen på det at være alene og være en-

¹⁷ Redskabet indgår ikke i Sundhedsstyrelsens udgivelse fra 2013, men det fremgår her, fordi det med god erfaring er blevet benyttet til opsporing af ensomhed og social isolation ved før- og eftermålinger i rehabiliteringsforløb. Se SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (2017). Rehabilitering på ældreområdet - Afprøvning af en model for rehabiliteringsforløb i to kommuner.

som. Derudover skal medarbejderne være bekendte med og kunne igangsætte relevante og konkrete indsatser som opfølgning på resultaterne af UCLA 3.

9.6 TOBS

9.6.1 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 værdier. Observationsmetoden er udviklet på baggrund af Tidlig Opsporing af Kritisk Sygdom (TOKS) eller Early Warning Score (EWS), der benyttes af medarbejderne på hospitalerne til at vurdere, om en patient har øget risiko for kritisk sygdom. TOBS er efterfølgende udviklet til brug i hjemmesygeplejen og på plejecentrene af medarbejdere med en sundhedsfaglig uddannelse¹⁸. I Sundhedsaftalen for Region Midtjylland har regionens kommuner forpligtet sig til at implementere TOBS i aftaleperioden 2015 – 2018¹⁹.

Formålet med brug af TOBS er på et tidligt tidspunkt at opdage forværringer i borgerens helbredstilstand og kvalificere disse observationer. Ved tidlig identifikation af borgere med behov for øget behandling og observation, kan mindre syge borgere behandles hjemme, inden helbredstilstanden udvikler sig yderligere, og svært syge borgere kan indlægges uden unødigt forsinkelse.

TOBS-scoren er den samlede værdi udløst af målinger af de fem vitale parametre puls, bevidsthed, temperatur, respiration og systolisk blodtryk. Tidligere indgik saturation som et af de vitale parametre i TOBS. Flere kommuner har imidlertid fundet dette uhensigtsmæssigt og anvender derfor ikke saturation som observationsparameter. Sundhedsstyrelsen vurderer, at det er bedre med få, men valide målinger, og saturation behøver derfor ikke indgå som et af de vitale parametre i TOBS. Samtidig bør sundhedsfaglige medarbejdere i henholdsvis hjemmesygeplejen og på plejecentrene være opmærksomme på, at der fortsat kan være borgere, hvor måling af saturation bør foretages, fx ældre mennesker med KOL.

I forbindelse med afprøvning af TOBS i Randers-klyngen, der består af Regionshospitalet Randers og kommunerne Favrskov, Norddjurs, Randers og Syddjurs, blev der udarbejdet et TOBS-scorekort²⁰. En ekspertgruppe i Region Midtjylland har i 2014 fundet grundlag for at revidere scoren for respiration. TOBS-score og reviderede handleanvisninger^{21,22} fremgår af Tabel 2 og Tabel 3.

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

¹⁹ Region Midtjylland og de 19 midtjyske kommuner (2015). Sundhedsaftalen – 2015-2018.

²⁰ Ammitzbøl, O. & Maarslet, L. (2014). Implementering af systematisk observationsmetode i primærsektoren er mulig. Ugeskrift for Læger, 2014;176 .

²¹ Region Midtjylland. TOBS – Den brugeroplevede kvalitet.

²² www. Sundhedsaftalen.rm.dk. Værktøjskasse – Tidlig opsporing og TOBS.
<http://www.sundhedsaftalen.rm.dk/varktøjskasse/tidlig-opsporing-og-tobs/>

Tabel 2. 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	≥ 25	3
	21 – 24	2
	12 – 20	0
	9 – 11	1
	< 8	3
Systolisk blodtryk	≥ 200	2
	100 – 199	0
	80 – 99	1
	70 – 79	2
	≤ 69	3

9.6.2 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. For borgere triageret gul vælger nogle kommuner, at der bør ske en vurdering af relevansen af anvendelsen af TOBS i den konkrete situation. Andre kommuner lader brugen af TOBS være op til et klinisk skøn foretaget på triagemødet eller efter en sundhedsfaglig vurdering hos borgeren.

TOBS indeholder en algoritme for, hvorledes sundhedsfaglige medarbejdere i henholdsvis hjemmesygeplejen og på plejecentrene skal handle i forhold til afvigende værdier, se Tabel 3²³.

²⁴

²³ Region Midtjylland. TOBS – Den brugeroplevede kvalitet.

²⁴ www. Sundhedsaftalen.rm.dk. Værktøjskasse – Tidlig opsporing og TOBS.
<http://www.sundhedsaftalen.rm.dk/varktøjskasse/tidlig-opsporing-og-tobs/>

Tabel 3. Handleanvisning og TOBS-score

Samlet TOBS-score	Handleanvisning
0	Gentage scoring efter skøn.
1-2	Undersøge urin, evt. blodsukker. Vurdere borgerens indtagelse af væske. Vurdere om borgeren har fået sin medicin, evt. ny medicin? Øget behov for tilsyn? Evt. telefonisk konsultation med læge. Laboratorieprøver? Hvis borgeren ikke konfereres med læge, skal værdierne måles igen efter senest 8 timer.
3-4 eller enkeltværdi ≥ 2	Som 1-2 og altid telefonisk kontakt med læge. Overvej mulighed for aflastnings-/akutplads.
≥ 5	Telefonisk kontakt med læge og anmodning om besøg.

Ældre mennesker har ofte andre normalværdier for de vitale parametre end andre borgere. Det kan derfor være en fordel, at borgerens normalværdier måles ved TOBS allerede i den tidlige kontakt med hjemmeplejen, hjemmesygeplejen eller plejecentrene samt 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 for sundhedsfaglige medarbejdere i henholdsvis hjemmesygeplejen og på plejecentrene bør kommunerne være opmærksomme på, at erfaringerne fra afprøvningen af TOBS i Region Midtjylland viser, at det er vigtigt, at sygeplejerskerne har nem adgang til blodtryksapparater og termometre²⁵.

Kommunerne bør ved implementering informere de praktiserende læger om brugen af TOBS. Gensidigt kendskab til det standardiserede redskab øger kvaliteten af samarbejdet og kommunikationen mellem alment praktiserende læger og de sundhedsfaglige medarbejdere i henholdsvis hjemmesygeplejen og på plejecentrene.

9.6.3 Kompetencer

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

²⁵ Region Midtjylland. TOBS – Den brugeroplevede kvalitet.

10 Bilagsfortegnelse

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

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. Hjulet anvendes af 23 % af kommunerne, 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 redskaber til kvalificering af hverdagsobservationer 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.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at kommuner anvender Rejse-Sætte-Sig testen som det primære redskab til tidlig opsporing af fysisk funktionsniveau og gangtesten som et supplerende redskab. Spørgeskemaundersøgelsen viser, at 47 % af kommunerne anvender Rejse-Sætte-Sig testen, men 21 % anvender gangtesten. Der er 17 % af kommunerne, som anvender en kombination af de to tests, mens 15 % af kommunerne ikke anvender redskaber til tidlig opsporing af nedsat fysisk funktionsniveau.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at ældre mennesker 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 redskaber og applikationer. Herudover havde 74 % af kommunerne igangsat indsatser og/eller systemer til systematisk opfølgning på hverdagsobservationer af borgerne.

BILAG 2 MEDLEMSLISTE FOR REFERENCEGRUPPEN

Medlemmer af referencegruppe vedrørende anbefalinger til tidlig opsporing af sygdoms- tegn, nedsat funktionsniveau og underernæring

Aleris Omsorg, udpeget af Dansk Erhverv

Kvalitetschef, Karin Kappel

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 Melchiorson

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

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

BILAG 3 KOMMISSORIUM

Kommissorium for referencegruppe vedr. 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 formandskabet 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 4 BEGREBER

Borgere

Borgere benyttes både om ældre mennesker, der bor i egen bolig og på plejecenter. 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 defineret efter WHO's ICF-klassifikation. Man skal i den forbindelse være opmærksom på, at kroppens funktioner indeholder både fysiske, psykiske og sociale aspekter²⁶. Funktionsevne benyttes til at vurdere, hvordan borgeren fungerer i sit hverdagsliv og afspejler dermed også andre forhold end sygdom eller sygdommens grad²⁷.

Habitualtilstand

Når habitualtilstand benyttes i denne udgivelse, er det i betydningen, at det er borgerens sædvanlige helbredstilstand, som er kendt af medarbejderne. Hos borgere med en kronisk lidelse kan almentilstanden fx være dårlig, mens habitualtilstanden er normal²⁸.

Helbredstilstand

Helbredstilstand benyttes, når der tales om en tilstand, hvor borgeren aktuelt vurderes med henblik på en sundhedsintervention²⁹, 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 primært er uddannet enten social- og sundhedshjælpere 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 primært er uddannet sygeplejersker eller eventuelt social- og sundhedsassistenter. Brugen af begrebet hjemmesygepleje dækker i denne udgivelse over både kommunale og private leverandører.

²⁶ Schiøler, G. & Dahl, T. (2003). ICF – International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand. Munksgaard Danmark, WHO.

²⁷ www.sundhed.dk/funktionsevne og vurdering af ICF.

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

²⁸ 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 defineres *habituel* som 'sædvanlig' og i Den Danske Ordbog defineres *habituel* som 'sædvanlig, vanemæssig'. Dermed kan 'habitualtilstanden' godt være præget af kroniske lidelser.

²⁹ www.sundhedsdatastyrelsen.dk. Sundhedsvæsenets begrebsbase (NBS). <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/rammer-og-retningslinjer/om-terminologi/nbs>

Hverdagsobservationer

Hverdagsobservationer er observationer, som medarbejdere i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen eller på plejecentrene udfører hos borgeren med henblik på tidlig opsporing af sygdomstegn hos borgeren.

Kommunen

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

Plejecenter

Plejecenter dækker over forskellige boformer som plejehjem efter serviceloven og plejeboliger efter almenboligloven mv.

BILAG 5 ÆNDRINGSSKEMAET

I forhold til det oprindelige Ændringsskema er *Medicinindtagelse* tilføjet som nyt fokusområde, mens observationerne *Hud*, *Kvalme* samt *Rødme og sår* er tilføjet under fokusområdet *Fysiske klager*, og observationen *Hvad klarer borgeren selv: Køleskab* er tilføjet under fokusområdet *Hverdagsaktiviteter*. KL har desuden beskrevet og redegjort nærmere for hverdagsobservationerne³⁰.

Fokusområder	Observation
Fysiske klager	<ul style="list-style-type: none">• Afføringsmønster• Hoste• Hud• Kvalme• Rødme og sår• Smerte• Svimmel• Træthed• Vandladning• Vejrtrækning
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

³⁰ KL (2017). Tidlig opsporing og Fælles Sprog III - Kobling mellem værktøjerne Hjulet og Ændringsskemaet til tidlig opsporing og Fælles Sprog III.

BILAG 6 HJULET

Fokusområde	Observer og reager
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