



VÆRKTØJER TIL TIDLIG OP-
SPORING AF SYGDOMSTEGN,
NEDSAT FYSISK FUNKTIONS-
NIVEAU OG UNDERERNÆRING
– sammenfatning af anbefalinger

2013



Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring - sammenfatning af anbefalinger

© Sundhedsstyrelsen, 2013. Rapporten 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: 978-87-7104-486-7

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, februar 2013.

Indhold

1	Indledning	4
1.1	Introduktion	4
1.2	Vurderingen og udvælgelsen af værktøjer	4
1.3	Målgrupper	5
1.3.1	Borgeren og pårørende	5
1.3.2	Social- og sundhedshjælpere og ikke-faglært personale	6
1.3.3	Social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker	6
1.3.4	Almen praksis	7
2	Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn	8
2.1	Værktøjer til hverdagsobservationer	8
2.1.1	Ændringsskemaet og Triagemodellen	8
2.2	Værktøjer til læring og refleksion	9
2.2.1	Hjulet	9
2.2.2	Tidlige Tegn	9
2.3	Værktøjer til kvalificering af hverdagsobservationer	10
2.3.1	Måling af vitale parametre, blodsukker, urinundersøgelse	10
2.3.2	Sygeplejetasker	11
2.3.3	Avlunds mobilitet-trætheds-skala (Mob-T)	11
2.3.4	The Confusion Assessment Method (CAM)	11
2.3.5	Mini Mental State Examination (MMSE)	12
2.3.6	Mini Geriatric Depression Scale (GDS5)	12
2.3.7	Verbal Ranking Scale (VRS)	12
2.3.8	EUroQUALity5D (EQ-5D)	12
3	Værktøjer til systematisk identifikation af nedsat fysisk funktionsniveau	13
3.1	Stoletesten (30s-RSS)	13
3.2	Gangtest	14
3.3	Algoritme	15
4	Værktøjer til systematisk identifikation af underernæring	16
4.1	Vejning til identifikation af uplanlagt vægttab	16
4.2	Ernæringsvurderingsskemaet (EVS)	17
4.3	Algoritme	18
5	Samlet brug af værktøjerne	19
6	Bilag	20

1 Indledning

1.1 Introduktion

I udmøntningsplanen for den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient er et af initiativerne (se bilag 1), 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 tidlig opsporing og systematisk identifikation af:

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

for blandt andet at reducere uhensigtsmæssige (gen)indlæggelser.

I denne sammenfatning beskrives Sundhedsstyrelsens anbefalinger for anvendelse af værktøjer. Styrelsen har efter en vurdering udvalgt en række værktøjer, som anbefales anvendt i forskellige sammenhænge og af forskellige faggrupper.

Værktøjerne til de tre formål beskrives i hvert sit kapitel (2-4). I kapitel 5 beskrives i oversigtform, hvordan værktøjerne spiller sammen.

1.2 Vurderingen og udvælgelsen af værktøjer

Sundhedsstyrelsen har gennemført vurderingen og udvælgelsen af værktøjer i perioden fra september 2012 – februar 2013.

Der er udarbejdet selvstændige rapporter for hvert af de tre ovennævnte temaer (se bilag A, B og C), hvori beskrives de enkelte værktøjer og baggrunden for anbefalingerne.

A. Tidlig opsporing af sygdomstegn hos ældre medicinske patienter - værktøjer til hverdagsobservationer (bilag A)

Rapporten er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen, der har haft nedsat en arbejdsgruppe med repræsentanter fra faglige selskaber (Dansk Sygepleje Selskab og Dansk Selskab for Almen Medicin) samt KL og kommuner. Arbejdsgruppen har bistået med udvælgelse af værktøjerne til dette formål. Der er indhentet materiale fra kommunerne omkring værktøjer, som allerede anvendes, ligesom der er gennemført en litteratursøgning i den internationale litteratur.

B. Værktøjer til systematisk identifikation af nedsat fysisk funktionsniveau hos ældre borgere (bilag B)

Rapporten er udarbejdet af seniorforsker, ph.d. Nina Beyer, Forskningsen-

heden for Muskuloskeletal Rehabilitering, Fysio- og Ergoterapien, Bispebjerg Hospital, der har bistået Sundhedsstyrelsen med udvælgelsen af værktøjer til systematisk identifikation af nedsat fysisk funktionsniveau.

C. Værktøjer til systematisk identifikation af ernæringstilstand (underernæring) (bilag C)

Rapporten er udarbejdet af seniorforsker, ph.d. Anne Marie Beck, Enheden for Forskning i Ernæring (EFFECT), Herlev Hospital, der sammen med en arbejdsgruppe har bistået Sundhedsstyrelsen med udvælgelsen af værktøjer til systematisk identifikation af underernæring.

Derudover har Sundhedsstyrelsen været bistået af en **følgegruppe** (se bilag 2), hvis formål har været at følge og drøfte udvælgelsen af værktøjer indenfor de tre temaer.

Ifølge udmøntningsplanen skal Danske Regioner og KL i foråret 2013 udarbejde en plan for implementeringen af værktøjerne og varetager herefter denne.

1.3 Målgrupper

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.

1.3.1 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
- At brugen af det konkrete værktøj er afstemt med borgeren/pårørende
- At brugen af værktøjet følges/evalueres i samarbejde med borgeren/pårørende

1.3.2 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.

1.3.3 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 stiller 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.

1.3.4 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, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring.^{1,2,3} Det ligger udenfor dette arbejde at udvælge værktøjer alene til brug i almen praksis.

¹ Den ældre patient, DSAM 2012

² Den ældre patient, E-learningprogram, Lægeforeningen 2012

³ Demens i almen praksis, DSAM 2006

2 Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn

I dette kapitel beskrives en række anbefalinger, som er uddybet i rapporten ”Tidlig opsporing af sygdomstegn hos ældre medicinske patienter – værktøjer til hverdagsobservationer” (bilag A). I nævnte rapport kan også findes en nærmere beskrivelse af de anbefalede 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 (afsnit 2.1).
- 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 2.2)
- 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).

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.

2.1 Værktøjer til hverdagsobservationer

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

2.1.1 Ændringskemaet og Triagemodellen

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

Ændringskemaet 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. Spørgsmålene vedrørende medicinindtagelse bør afprøves.

2.2 Værktøjer til læring og refleksion

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

2.2.1 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.

2.2.2 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.

2.3 Værktøjer 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.

2.3.1 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 urinstix bør være til rådighed efter konkret vurdering af behov og kompetencer i den enkelte kommune.

2.3.2 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.

2.3.3 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 noget 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

2.3.4 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

2.3.5 Mini Mental State Examination (MMSE)

Mini Mental State Examination (MMSE) er et screeningsværktøj, som består af en række 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.

2.3.6 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

2.3.7 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

2.3.8 EUroQUALity5D (EQ-5D)

EUroQUALity5D (EQ5D) er et screeningsværktøj, som består af fem spørgsmål. Det kan anvendes til scoring af selvrapporteret helbredsrelateret livskvalitet.

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at

- EQ5D kan anvendes i hjemmesygeplejen og ved forebyggende hjemmebesøg, samt i samarbejdet mellem hjemmesygeplejen og almen praksis

3 Værktøjer til systematisk identifikation af nedsat fysisk funktionsniveau

I dette kapitel beskrives de anbefalinger, som er uddybet i rapporten ”Værktøjer til systematisk identifikation af nedsat fysisk funktionsniveau hos ældre borgere” (bilag B). Anbefalingerne er baseret på en gennemgang af den videnskabelige litteratur vedrørende fysisk funktion og screeningsværktøjer til vurdering af fysisk funktion - samt indikationer for skrøbelighed og funktionsevnetab. På denne baggrund anbefales nedenstående validerede redskaber til tidlig opsporing af nedsat eller fallende fysisk funktionsniveau.

Omstændighederne omkring nedsat fysisk funktionsniveau og anbefalingerne er uddybet i rapporten, som også indeholder en nærmere beskrivelse af de anbefalede værktøjer.

3.1 Stoletesten (30s-RSS)

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at Stoletesten (30s-RSS) anvendes som det primære screeningsværktøj til vurdering af nedsat fysisk funktionsniveau.

Stoletesten eller Rejse-Sætte-Sig testen (30s-RSS) måler styrken i underkroppen ved at undersøge hvor mange gange den ældre kan rejse og sætte sig ned på 30 sekunder. Den er enkel og let at gennemføre og kræver kun en stol med normal siddehøjde (ca. 45 cm – som de fleste spisestuestole), et stopur og et observations-skema/ en journal til at notere antallet i.

Testen kan udføres i hjemmet, på plejecentre og i almen praksis. Den kan udføres med hjælp fra alle personalegrupper på de forskellige lokaliteter – eventuelt efter instruktion – og af borgeren selv (også efter instruktion).

Testen kan også anvendes til monitorering og som træningsværktøj.

Stoletesten udføres, når der observeres gangbesvær, besvær med trappegang og/eller besvær med at rejse sig fra en stol, eller hvis borgeren, når det findes relevant at stille nedenstående spørgsmål, angiver at have lidt besvær, meget besvær eller slet ikke kan:

- gå 400 meter uden at hvile
- gå op eller ned ad en trappe fra en etage til en anden uden at hvile
- rejse sig fra en stol uden at bruge hænderne til hjælp

Derudover foreslås testen anvendt som anført i tabel 1.

Hvis borgeren kan gennemføre ni eller flere oprejsninger på 30 sek.⁴ skønnes muskelstyrken i benene generelt at være så god, at der ikke er grund til bekymring. Man skal dog stadig være opmærksom på ændringer. En betydningsfuld ændring både i positiv/negativ retning kræver en ændring på to oprejsninger.

⁴ Gælder for 80-84 årige kvinder. Se nærmere i tabel med referenceværdier over den aldersrelaterede score s. 22 i bilag B.

Hvis borgeren ikke kan gennemføre fem oprejsninger på 30 sekunder, bør der henvises til nærmere udredning. Her bør der også være opmærksomhed på borgerens ernæringstilstand og eventuelt øvrige ændringer i habitualtilstand/mulige sygdomstegn.

Der udføres gangtest (se nedenfor) hvis borgeren i stoletesten ikke kan udføre ni oprejsninger pr. 30 sekunder, men godt kan udføre 5 eller flere.

3.2 Gangtest

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at gangtesten anvendes som supplerende screeningsværktøj til vurdering af nedsat funktionsniveau, hvis borgeren i stoletesten ikke kan udføre ni oprejsninger pr. 30 sekunder, men godt kan udføre mere end fem eller flere.

Gangtesten måler hastigheden ved normal gang, det vil sige, når den ældre går i sit normale tempo.

Lav ganghastighed anses for at være den bedste prædikator for funktionsproblemer/funktionsevnetab, men test af ganghastighed er ikke helt ukompliceret at udføre.

Testen kræver plads til at etablere en gangbane, der som minimum er 4,5 m lang, (2,5 m testbane afmærket ved start og slut med 1 m ekstra plads i begge ender), men gerne længere (5 m = 3 m testbane + 2 m ekstra eller 6 m = 4 m + 2 m ekstra). Derudover skal der anvendes et stopur og et observationsskema/ en journal til at notere tidsforbrug (m/sek.) – eller en begrundelse, hvis testen ikke kan gennemføres. Det er ligeledes vigtigt at notere omstændighederne omkring etablering af testbanen, så gentagelser af testen kan udføres under de samme forhold.

Testen kan udføres på plejecentre samt i hjemmet og i almen praksis, forudsat pladsen tillader det. Testen kan efter instruktion udføres af alle personalegrupper.

Hvis ganghastigheden er mindre end 0,6 m/sek.⁵ bør der gennemføres en udredning. Her bør der også være opmærksomhed på borgerens ernæringstilstand og evt. øvrige ændringer i habitualtilstand og mulige sygdomstegn.

Tabel 1. Forslag til hyppigheden af udførelsen af stoletesten i forskellige sammenhænge fremgår af nedenstående

Stoletesten* udføres ved:	Hyppighed
Hjemmepleje	Minimum en gang pr. måned
Plejebolig	Ved indflytning og derefter minimum én gang pr. måned
Genoptræning og vedligeholdelses-	Ved start og afslutning af et genoptrænings-

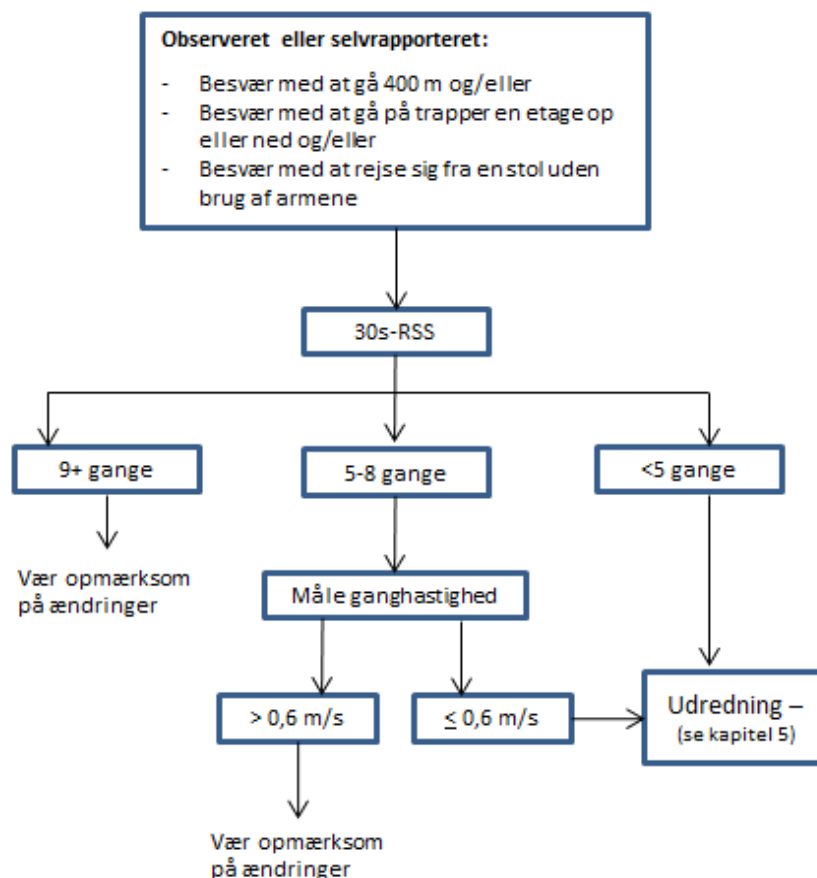
⁵ Litteraturen giver ikke et entydigt billede af hvor kriteriegrænsen for ganghastighed ligger. Nye undersøgelser antyder, den kan ligge højere (0,8m/s). Kommer der ny evidens på området bør kriteriegrænsen revideres.

træning	forløb
Almen praksis	Ved behov, minimum én gang pr. år, fx ved årskontrol for kronisk sygdom eller ved op-søgende hjemmebesøg ⁶
Forebyggende hjemmebesøg	Ved hvert besøg

*) Gangtesten udføres, hvis borgeren i stoletesten kan rejse sig 5-8 gange på 30 sek. Hvis borgeren ikke er i stand til at rejse sig op uden brug af hænderne, er resultatet = 0.

3.3 Algoritme

Anbefalingerne kan sammenfattes i nedenstående algoritme:



Figur 1. Algoritme i forhold til vurdering af nedsat og faldende funktionsniveau.

⁶ Se også DSAM vejledning om den ældre patient 2012.

4 Værktøjer til systematisk identifikation af underernæring

I dette kapitel beskrives de anbefalinger, som er uddybet i rapporten ” (Værktøjer til) systematisk identifikation af ernæringstilstand (underernæring)” (bilag C). Anbefalingerne er baseret på en gennemgang af den videnskabelige litteratur vedrørende undervægt og vægttab og hertil hørende screeningsværktøjer til vurdering heraf. På den baggrund anbefales nedenstående validerede redskaber til tidlig opsporing af uplanlagt vægttab og undervægt.

Omstændighederne omkring undervægt og uplanlagt vægttab og anbefalingerne er uddybet i rapporten (bilag C), som også indeholder en nærmere omtale af værktøjerne til identifikation af undervægt/vægttab.

4.1 Vejning til identifikation af uplanlagt vægttab

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at regelmæssig vejning med henblik på identifikation af ”uplanlagt vægttab” foretages i kommuner og almen praksis som led i den almindelige kontakt med den ældre medicinske patient til systematisk identifikation af ernæringstilstanden (underernæring).

Vejning af borgeren er enkelt og let at gennemføre, men forudsætter at omstændighederne omkring vejningen er afstemt med borgeren.

Vejning kan udføres i borgerens hjem, på plejecentre og i almen praksis.

Vejning i borgerens eget hjem forudsætter, at der er en vægt i hjemmet. På plejecentre og i almen praksis bør der kunne være én vægt, som alle benytter for at undgå forskelle i kalibrering. Vægten bør kalibreres løbende.

Vejning kan udføres med hjælp fra alle personalegrupper på de forskellige lokaliteter, ligesom borgeren selv kan veje sig. Der er vigtigt, at omstændighederne omkring vejningen bliver så standardiserede som muligt.

Når den ældre vejes/vejer sig bør det tilstræbes at:

- anvende samme vægt
- veje på samme tidspunkt af døgnet
- veje med nogenlunde samme påklædning
- notere resultatet i observationsskema eller journal med det samme

Borgere med vægttab på minimum ét (1,0) kg bør udredes nærmere. Her bør der også være opmærksomhed på borgerens funktionstilstand, eventuelle ændringer i habitustilstanden og mulige sygdomstegn (se også kapitel 5).

Ved vurdering af borgerens vægtændringer skal man være opmærksom på, at vægttab kan maskeres i tilfælde af væskeophobning hos denne, og at overvægtige borgere også kan have et uplanlagt vægttab.

Tabel 2. Forslag til hyppigheden af vejning til afdækning i forskellige sammenhænge fremgår af nedenstående

Vejning eller spørgsmål om uplanlagt vægttab udføres ved:	Hyppighed	Metode
Hjemmepleje	Ved visitation og minimum én gang pr. måned, hyppigere efter sygdom	Vejning
Plejecenter/ plejebolig	Ved indflytning og minimum én gang pr. måned, hyppigere efter sygdom	Vejning
Genoptræning og vedligeholdelsestræning	Ved ankomst og minimum én gang pr. måned, hyppigere efter sygdom	Vejning
Almen praksis	Ved behov, minimum én gang pr. år, fx ved årskontrol for kronisk sygdom eller ved op-søgende hjemmebesøg samt efter hospitalsindlæggelse ⁷	Vejning
Forebyggende hjemmebesøg	Ved hvert besøg	Spørgsmål om uplanlagt vægttab (kapitel 2)
Fysioterapi, ergoterapi, omsorgstandpleje osv.	Ved visitation	Spørgsmål om uplanlagt vægttab (kapitel 2) hvis muligt suppleret med journaloplysninger om vægt

4.2 Ernæringsvurderingsskemaet (EVS)

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at Ernæringsvurderingsskemaet (EVS) anvendes til nærmere udredning af uplanlagt vægttab på minimum ét (1,0) kg.

Identifikation af uplanlagt vægttab på ét (1,0) kg skal - som nævnt ovenfor - lede til en nærmere udredning (se kapitel 5).

⁷ Se også DSAM vejledning om den ældre patient 2012.

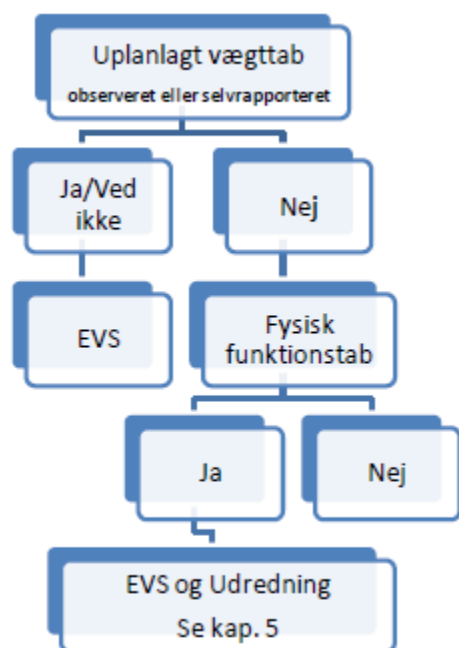
Ernæringsvurderingsskemaet (EVS) er udviklet som en del af Socialstyrelsens projekt God Mad Godt Liv. Et valideringsstudie har vist, at EVS er velegnet til at udpege de ældre, der har gavn af en ernæringsindsats.

EVS er derudover et redskab, der efterfølgende kan anvendes til iværksættelse af en tværfaglig ernæringsindsats, og som har vist sig at kunne accepteres af de ældre. Endelig indeholder det forslag til metoder til dokumentation af indsatsen i relation til ernæringsvurdering og tværfaglig indsats.

I forhold til vurdering af ernæringstilstanden indeholder skemaet en række spørgsmål med relation til spisevaner, som udfyldes sammen med borgeren (appetit, vægt og måltidsindhold) og en observation og score af risikofaktorer (årsager til den dårlige ernæringstilstand). På baggrund heraf vurderes ernæringstilstanden og registreres som den målte vægt og et beregnet pointtal.

4.3 Algoritme

Anbefalingerne kan sammenfattes i nedenstående algoritme

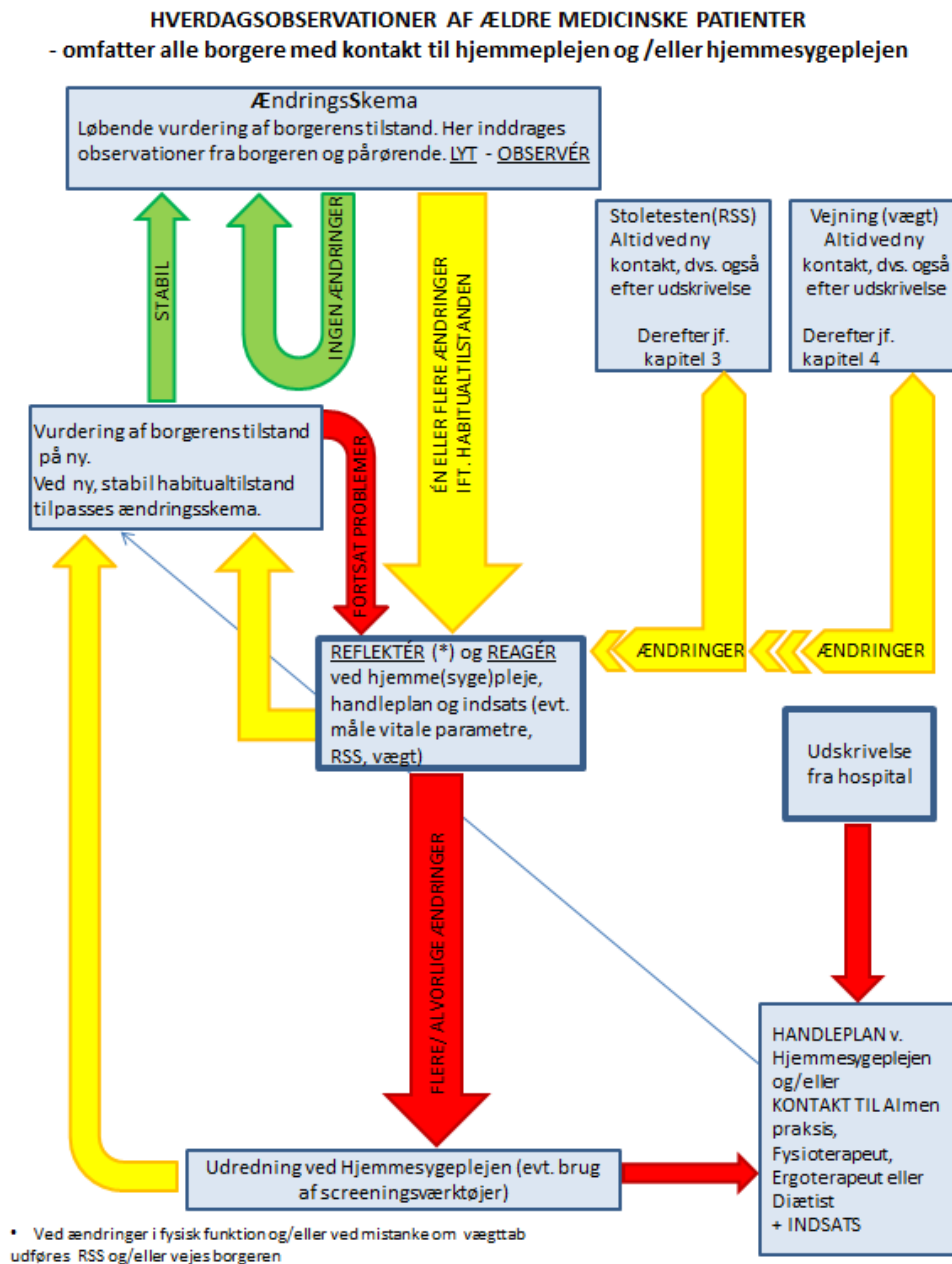


Figur 2. Algoritme i forhold til vurdering af uplanlagt vægttab

5 Samlet brug af værktøjerne

De samlede anbefalinger kan sammenfattes i nedenstående algoritme, der tager udgangspunkt borgerens tilstand vurderet ud fra ændringsskemaet, stoletesten og vægten. Test kan både være udfyldt/foretaget af hjemmeplejen og hjemmesygeplejen og af borgeren/pårørende.

I forbindelse med anvendelsen af værktøjerne er det vigtigt, at kommune og region (herunder almen praksis) aftaler, hvem der gør hvad og hvornår. Dette kan fx ske ved samarbejdsaftaler i regi af sundhedsaftalerne og i forløbsprogrammer m.m..



Figur 3. Algoritme i forhold til vurdering af sygdomstegn, nedsat og faldende funktionsniveau og uplanlagt vægttab

6 Bilag

Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Udmøntningsplanens initiativ 2.1.7

Bilag 2: Følgegruppens kommissorium

Selvstændige bilag:

Bilag A: Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn

Bilag B: Værktøjer til systematisk identifikation af nedsat fysisk funktionsniveau

Bilag C: Værktøjer til systematisk identifikation af undervægt/ vægttab

Bilag 1: Udmøntningsplanens initiativ 2.1.7

2.1.7. Værktøjer til identifikation af nedsat funktionsniveau, underernæring og sygdomstegn i kommuner og almen praksis

Aftaletekst fra den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient
Regeringen og satspuljepartierne er enige om, at der afsættes 0,5 mio. kr. til, at det i regi af Sundhedsstyrelsen, i samarbejde med relevante parter (herunder kommunerne) og faglige miljøer, vurderes, hvilke validerede systematiske værktøjer, der bør anvendes i kommuner og almen praksis som led i den almindelige kontakt med den ældre medicinske patient til systematisk identifikation af:

- *nedsat fysisk funktionsniveau*
- *ernæringstilstanden (underernæring)*
- *tidlig opsporing af sygdomstegn (fx forstoppelse, væskemangel, begyndende ny sygdom, forværring af kronisk sygdom mv.).*

Regeringen og satspuljepartierne er desuden enige om, at der afsættes 3 mio. kr. til, at der efterfølgende sikres information om værktøjerne med henblik på at fremme anvendelsen af værktøjerne.

Formål og indhold

I henhold til finansloven for 2010 har Sundhedsstyrelsen nedsat en Styregruppe for den ældre medicinske patient, hvis formål bl.a. er at rådgive Sundhedsstyrelsen om, hvordan (gen)indlæggelse kan forebygges, samt hvordan der kan skabes sammenhæng i patientforløbet.

Det faglige oplæg til en national handlingsplan for den ældre medicinske patient (2011) har tydeliggjort, at der er et behov for at kunne identificere de patienter, som har behov for særlig opmærksomhed og indsatser – bl.a. ved tidlig opsporing at kunne forebygge en forværring af patientens tilstand og dermed undgå en uhenigtsmæssig (gen)indlæggelse.

Formålet med dette initiativ er at afklare hvilke værktøjer, der kan benyttes til tidlig opsporing af underernæring, faldende funktionsniveau og systematiske løbende hverdagsobservationer omkring begyndende fysiske og/eller psykiske ændringer fra sædvanlig niveau for bl.a. at reducere uhenigtsmæssige (gen)indlæggelser. For at de fagprofessionelle kan foretage tidlig opsporing af nedsat eller faldende fysisk funktionsniveau, underernæring eller faldende vægt samt foretage løbende observationer af forandringer i den vanlige tilstand i hverdagen kræver det, at de 3 situationer hver for sig kan observeres og beskrives objektivt, og at det gøres ens uanset hvilken fagprofessionel, der er i kontakt med patienten. Identifikationen af

de nævnte ændringer fra sædvanligt niveau skal derfor kunne foregå ved hjælp af validerede og let anvendelige værktøjer, som kan anvendes i kommuner og almen praksis.

Proces og centrale milepæle

Vurdering af hvilke værktøjer, der fremover bør peges på og benyttes i forbindelse med tidlig opsporing af faldende fysisk funktionsniveau, ernæringstilstand (underernæring) og observationer af sygdomstegn kræver, at Sundhedsstyrelsen inddrager eksperter med særlig viden på området.

Medio 2012:

Sundhedsstyrelsen igangsætter arbejdet med vurdering og valg af værktøjer og faglige eksperter med viden på området inddrages i arbejdsgrupper eller ad hoc.

3.kvartal 2012:

Sundhedsstyrelsen nedsætter en følgegruppe.

December 2012:

De 3 værktøjer foreligger.

Foråret 2013:

Danske Regioner og KL udarbejder plan for implementering og varetager herefter implementeringsopgaven.

Implementeringen skal ske i løbet af 2013 og forventes afsluttet ved årets udgang.

Primær ansvarlig og andre aktører

Sundhedsstyrelsen er ansvarlig for vurdering af, hvilke værktøjer der skal peges på med inddragelse af KL og Danske Regioner. Danske Regioner og KL er ansvarlige for den efterfølgende implementering i regioner og kommuner.

Økonomi

Værktøjer til tidlig opsporing - Herunder udbredelse og information om værktøjerne	2012 (mio. kr.)	2013 (mio. kr.)	2014 (mio. kr.)	2015 (mio. kr.)	I alt (mio. kr.)
Sundhedsstyrelsen	0,5	0,0	0,0	0,0	0,5
Regioner/kommuner (fordeles når værktøjerne kendes)	0,0	3,0	0,0	0,0	3,0
I alt	0,5	3,0	0,0	0,0	3,5

Bilag 2: Følgegruppens kommissorium

KOMMISSORIUM

Kommissorium for følgegruppe vedr. værktøjer til identifikation af nedsat funktionsniveau, underernæring og sygdomstegn hos ældre medicinske patienter i kommuner og almen praksis

Baggrund

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 opsporing af

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

Formålet med vurderingen er at afklare, hvilke værktøjer, der kan benyttes til tidlig opsporing af underernæring eller faldende vægt, nedsat eller faldende funktionsniveau og systematiske løbende hverdagsobservationer omkring begyndende fysiske og/eller psykiske ændringer fra sædvanlig niveau for blandt andet at reducere uhensigtsmæssige (gen)indlæggelser.

Værktøjerne skal være validerede og let anvendelige og skal kunne anvendes i kommuner og i almen praksis. Observationerne skal hver for sig kunne beskrives objektivt og ensartet uanset hvilken fagprofessionel, der foretager observationerne.

Sundhedsstyrelsen er ansvarlig for vurderingen af, hvilke værktøjer der skal peges på. I forhold til værktøjer til tidlig opsporing af nedsat fysisk funktionsniveau samt underernæring inddrager Sundhedsstyrelsen eksperter med særlig viden på områderne. I forhold til værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn har styrelsen nedsat en arbejdsgruppe med faglige repræsentanter, der har særlig viden om eksisterende materiale på området.

23-11-2012
j.nr.4-1611-4/4/
LJO

Forebyggelse og Borger-
nære Sundhedstilbud

Axel Heides Gade 1
2300 København S

E-post sst@sst.dk
Web sst.dk

Dir. tlf. 72 22 74 74
E-post ljo@sst.dk

Nedsættelse af følgegruppe

I følge udmøntningsplanen skal der nedsættes en følgegruppe. Følgegruppens opgave er at følge og drøfte udvælgelsen af værktøjer indenfor fysisk funktionsniveau, underernæring og tidlig opsporing af sygdomstegn.

Herunder:

- Værktøjernes relevans og validitet i forhold til identifikation af de nævnte tilstande
- Værktøjernes egnethed for brugergruppen herunder forudsætninger og muligheder for anvendelse i kommuner og almen praksis – fagligt såvel som organisatorisk (tværfagligt, inter- og tværsektorielt)
- Værktøjernes eventuelle sammenhæng med andre initiativer på området
- Eventuelle øvrige implikationer for anvendelse af værktøjerne

Følgende organisationer/faglige selskaber er anmodet om at udpege repræsentanter til følgegruppen:

- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
- Socialstyrelsen
- KL + én kommune
- Danske Regioner + én region
- Dansk Selskab for Almen medicin
- Dansk Sygeplejefagligt selskab
- FOA
- Dansk Selskab for Geriatri
- Danske Fysioterapeuter
- Ergoterapeutforeningen
- Ældresagen
- Danske Patienter
- Professionshøjskolerne – University Colleges Denmark
- Foreningen af kliniske diætister
- Dansk Selskab for klinisk ernæring

Sundhedsstyrelsen kan supplere følgegruppen ved behov derfor.

Sundhedsstyrelsen er formand for følgegruppen og fungerer som sekretariat. Styrelsen udarbejder herudover den endelige rapport med vurderinger og beskrivelse af de enkelte anbefalede værktøjer.

Tidsplan

Der er indtil videre planlagt et møde i følgegruppen. Det finder sted d. **30. november 2012**.