

Manual till Geriatriska Signalfrågor i Kommunen

Ska fyllas i vid Inskrivning, senast 48 timmar efter ankomst och i samband med Utskrivning. Fråga 1-2 fylls i av rehabiliteringspersonal. Övriga fylls i av sjuksköterska, fråga 10 i samråd med läkare. Om patienten inte kan svara på fråga 4 och 5, lämnas de tomma.

1. Funktionsförmåga

Syfte: Att bedöma patientens förmåga att ställa sig upp från sittande.

Utförande: Observera patienten

Svaren: Om patienten tar tag i gånghjälpmedel som en förutsättning för att resa sig ska det bedömas som "med hjälp av händerna".

2. Gångförmåga

Syfte: Att bedöma förmågan att gå på sina egna ben.

Utförande: Observera patienten

3. Nutrition

Syfte: Att identifiera lågt BMI.

Utförande: Räkna ut BMI genom att: Mäta längden (A): utan skor, stå rak, armarna längs sidan, blicken rakt fram. Häl, stuss och huvud ska ha kontakt med vertikal yta. Går även att mäta liggande. Använd tumstock eller metallmåttband i avsaknad av fastinstallerad mätsticka. Mäta vikten (A): på en våg, ståvåg, sittvåg eller i lyftskynke. Vägs på morgonen före frukost, lättklädd och urinblåsan tömd.

Viktigt! Oberoende av BMI ska **Åtgärd** påbörjas när patienten uppvisar sväljningssvårigheter, ofrivillig vikt förlust, matleda, nedsatt munhälsa etc.

OBS Färgdiagrammet ger ingen signal om patienten har risk för undernäring av andra orsaker än lågt BMI.

4. Smärta

Syfte: Att utreda patientens upplevelse av smärta och om smärtan varit av sådan art att det påverkat vardagen. **Definition:** En obehaglig, emotionell och subjektiv upplevelse (B). Avser all sorts smärta, oavsett antal tillfälle, hur ofta förekommande eller intensitet.

Utförande: Fråga patienten, anhöriga eller boendepersonal. Det finns många olika typer av självskattningsinstrument. Doloplus 2 kan användas vid smärtbedömning hos personer med kommunikationssvårigheter som vid t.ex. kognitivsjukdom (C).

Svaren: Senaste månaden inkluderar även bedömningsdagen/tillfället. I PV likställs "under vårdtillfället" med tiden mellan bedömningsstillfällena. Om JA ska **Åtgärd** alltid påbörjas. Frågan lämnas tom om patienten inte kan besvara den.

5. Livskvalitet

Syfte: Att få patientens subjektiva bedömning av sin hälsa.

Utförande: Fråga patienten.

Svaren: Börja med att ge de yttre svarsalternativen ”**Utmärkt**” eller ”**Dåligt**” och därefter ”**Mycket god**” eller ”**Någorlunda**”, sist ”**God**”. **Viktigt!** att svarsalternativen ställs i den ordningen.

Frågan lämnas tom om patienten inte kan besvara den.

6. Fall

Syfte: Att utreda om patienten har fallit.

Definition: Att oavsiktligt hamna på golvet, oavsett om skada inträffat eller inte. Inkluderar att rulla ur sängen eller glida ur stolen/rullstolen (D).

Utförande: Fråga patient/anhöriga eller sök information i dokumentation.

Svaren: Senaste månaden inkluderar även bedömningstillfället. Om JA ska **Åtgärd** alltid påbörjas. Observera att Åtgärd kan påbörjas även om patienten inte fallit under vårdtillfället utan påbörjas av andra orsaker än fall.

OBS Färgdiagrammet ger ingen signal om att patienten har fallrisk utan bara att fall inträffat.

7. Trycksår

Syfte: Att registrera redan uppkomna trycksår.

Definition: Avser trycksårsklassificering grad I-IV(E). Observera att det inte gäller operation-/ben- och fotsår. Dock kan trycksåren vara lokaliserade på både fot och ben.

Utförande: Genom en klinisk hudbedömning eller att tillfråga patienten, anhöriga eller boendepersonal.

Svaren: Om JA ska **Åtgärd** alltid påbörjas. Åtgärd kan påbörjas även vid NEJ.

OBS Färgdiagrammet ger ingen signal om patienten har risk att få trycksår utan bara att det finns uppkomna eller början till trycksår.

8. Urinläckage

Syfte: Att identifiera om patienten som oberoende orsak och tillfälle inte klarar av att hålla urinen.

Definition: Svaghet i systemet bl.a. bäckenbottenmuskulaturen (F).

Utförande: Fråga patienten, anhöriga eller boendepersonal. Sök information i dokumentation.

Svaren: Frågorna är beroende av varandra. Båda frågorna (Urinläckage och KAD) måste fyllas i för att det ska bli tårtbitar i färgdiagrammet. Vid JA till kronisk KAD är ställning till utsättningsförsök inte aktuellt och därmed blir färgdiagrammet grönt. Om JA till Urinläckage ska **Åtgärd** alltid påbörjas.

9. Konfusion

Syfte: Att identifiera om patienten är/varit förvirrad och försöka utreda orsaken till förvirringen.

Definition: Medvetandestörning med reducerad förmåga att fokusera, hålla eller skifta uppmärksamhet. Förändrad kognitiv förmåga eller perceptionsstörning som inte kan förklaras av befintlig demenssjukdom. Förändringarna utvecklas akut och fluktuerar (G).

Utförande: Fråga anhöriga/personal. Sök i dokumentation.

Svaren: Senaste månaden inkluderar även bedömningstillfället. Utredd innebär om tester utförts, prover tagits, röntgen utförts eller läkemedelsgenomgång utförts som kan förklara konfusionen.

10. Läkemedel

Syfte: Att få en mer samlad helhetsbild över patientens mediciner.

Utförande: Be anhöriga ta med mediciner eller läkemedelslistor hemifrån vid osäkerhet om substans och styrka. Sök information i dokumentation.

Svaren: Avser *bara* de tre namngivna sömnmedlen. JA = om det finns som ordination på läkemedelslistan oavsett om patienten tar sömnmedlen eller inte.

Antikolinergika = se bifogad lista

Läkemedelsgenomgång: JA = dokumenterats under sökordet "Läkemedelsgenomgång". JA = om det gjorts av annan instans vid eller i anslutning till vårdtillfället.

11. Omgivningsfaktorer

Syfte: Att identifiera patient som är utan skyddande nätverk och/eller behov av hjälp i sin vardag.

Utförande: Fråga patienten/anhöriga. Sök information i dokumentation.

Svaren: Närstående = ska stå patienten, ska ha kontakt med patienten och/eller insyn i patientens dagliga liv. Beroende = behov av hjälp med personlig omsorg (äta klä sig, gå på toaletten, bada/duscha, påklädning, förflyttning) och/eller hjälp med vardagliga aktiviteter (handla, laga mat, städa, åka transporter). Det räcker att ha behov av hjälp vid *en* av dessa för att bedömas som beroende.

Det blir tårtbitar i färgdiagrammet även om bara en av frågorna är ifyllda. Viktigt vara uppmärksam på om färgdiagrammet avser att båda frågorna eller bara en av frågorna, innan det utläses.

Färgkodning:

Grönt = att det inte föreligger någon risk.

Gult = att det föreligger en risk och att det är uppmärksammat genom att åtgärd är insatt.

Rött = att det föreligger en risk, man vet inte orsaken och någon åtgärd är inte insatt.

Ingen färg = har då inte fyllt i frågorna och detta ska tolkas som ett observandum. Detta inte är kontrollerat alt. inte uppmärksammat.

Antalet rutor i "tårtbiten" har med själva programmeringen att göra. Finns ingen gradering gällande antalet rutor. Grönt blir alltid en hel "tårtbit" och rött blir alltid en ruta i "tårtbiten" medan gult kan skifta i antalet rutor relaterat till hur många olika svarskombinationer det kan vara.

Källor

- A. Näring för god vård och omsorg. Socialstyrelsen. Artikelnr 2011-9-2
- B. (Fritt enligt) The International Association for Study of Pain (IASP)
- C. Vårdalinstitutet- Institutet för Vård- och Omsorg. *Bedömning av smärta* av Ulf Jakobsson
Forskningsingenjör, Dr Med Vet & Marianne Gustafsson Leg sjuksköterska, Med Dr
- D. (Fritt enligt) Vårdhandboken
- E. European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP)
- F. (Fritt enligt) Netdoktor.se
- G. (Fritt enligt) DSM-IV-kriterier för konfusion