

Medisin Modul 8

Praksis på sykehjem



UiO : Det medisinske fakultet

Innhold

Velkommen til praksis på sykehjem!	2
Praksisstedene	2
Målsetningen med praksisperioden	3
Gjennomføring av praksisperioden	3
Oversikt over praksisperioden	3
Arbeidstid	3
Ferdigheter	4
Aktuelle tester	5
Forskjellige helsetilbud – forskjellig fokus	5
Journalmal	6
Pårørendesamtalen ved innleggelse og årlig oppfølgingssamtale i sykehjem	7
Sjekkliste for semistrukturert inkomstsamtale i sykehjem	8
Legemiddelgjennomgang	12
Behandlingsavklaring	13
Ressurser	14

Velkommen til praksis på sykehjem!

Praksis på sykehjem er et samarbeid mellom Det medisinske fakultet, UiO, Sykehjemsetaten i Oslo kommune og utvalgte kommuner i Akershus og Buskerud. Avdeling for allmenntilleggsmedisin ved Institutt for helse og samfunn er faglig ansvarlig.

Praksisen varer i åtte dager. I løpet av perioden skal du delta i det vanlige legearbeidet ved sykehjemmet. En sykehjemslege vil være veileder for deg. Du vil få ansvar for å utrede nye pasienter, gjennomføre ulike tester og prosedyrer, og iverksette behandlingstiltak. Vi legger vekt på at du skal få god innsikt og erfaring i alle sidene ved å arbeide som lege på et sykehjem.

I denne praksismappen finner du informasjon om oppgaver og prosedyrer som du kan arbeide med i praksisperioden. Noen av oppgavene er unike for sykehjemsmedisinen og vil stå i fokus i opplæringen. I tillegg har vi tatt med eksempler på kliniske ferdigheter som du bør benytte muligheten til å øve på mens du er i praksis.

Rutiner og prosedyrer kan være forskjellige på de ulike praksisstedene. I praksismappen har vi tatt med noen maler for f.eks. journal, pårørendesamtale og legemiddelgjennomgang. Disse er ment som eksempler. Du må diskutere med din veileder hvordan det gjøres på ditt sykehjem.

Vi er veldig takknemlige om du underveis i praksisperioden noterer hva som er bra, hva som er uklart og hva som mangler i praksismappen. I etterkant vil vi be om en evaluering av din erfaring og opplevelse av praksissted og veiledning.

Enkelte av studentene vil få delta i tverrfaglig praksis for helsefagstudenter. Sammen i praksis (**SamPraks**) innebærer at studenter fra medisin, farmasi, ernæring, psykologi, odontologi, teologi og andre relevante profesjoner samarbeider om å utrede en pasient på sykehjemmet. Dette legges inn som en del av oppgavene i praksisperioden, og dere får mer informasjon når praksisen begynner.

Lykke til med praksisperioden!

Praksisstedene

Det er i alt 40 sykehjem i Oslo kommune:

- 4 helsehus – alle driftes av kommunen
- 36 langtidshjem – 21 driftes av kommunen og 15 driftes av private (ideelle virksomheter)

Praksisplassene vil variere noe fra semester til semester. Studentene vil få beskjed om tildelt praksissted og veileder i forkant av praksisperioden.

Adresse og informasjon om de enkelte sykehjemmene i Oslo finner du på nettsiden til Sykehjemsetaten: <http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no/oslosykehjemmene/>

Studentene vil få kontaktinformasjon til øvrige sykehjem utenfor Oslo ved tildeling av sykehjem

Målsetningen med praksisperioden

Ved fullført praksis skal du ha grunnleggende kunnskaper om legens arbeidsoppgaver på sykehjem. Du skal ha fått kjennskap til utredning og behandling av de vanligste sykdommer hos pasienter på sykehjem. Videre skal du bli kjent med medisinske og etiske utfordringer ved arbeidet som lege i sykehjem - blant annet vurdering av samtykkekompetanse, behandlingsavklaring og bruk av tvungen helsehjelp (4a-vedtak).

Gjennomføring av praksisperioden

Du skal delta i det vanlige legearbeidet ved sykehjemmet under veiledning av sykehjemslegen. I løpet av praksisperioden skal du så langt som mulig gjennomføre følgende oppgaver:

- Ta imot nye beboere og skrive inntakjournal og epikriser ved evt. utskrivning
- Følge opp «dine» beboere i løpet av perioden, og delta i vanlig klinisk visitt-arbeid
- Legemiddelgjennomgang: Bli fortrolig med dataverktøy og prosedyrer for dette
- Gjennomføre en standardkontroll, evt. tverrfaglig gjennomgang med sykepleier, fysio- og ergoterapeut
- Planlegge og gjennomføre en demensutredning
- Delta i pårørendesamtaler, evt. forberedende samtaler med pårørende til pasient i livets slutfase
- Delta i tverrfaglig samarbeid
- Utføre praktiske prosedyrer (se skjema neste side)
- Vurdere restfunksjon, rehabiliteringsbehov og risikoforhold
- Vurdere samtykkekompetanse og behandlingsavklaring
- Sette seg inn i regelverket for 4a-vedtak om bruk av tvang for å sikre somatisk helsehjelp til beboere som mangler samtykkekompetanse
- Palliasjon og terminal pleie av beboere i livets siste fase
- Fylle ut legeerklæring ved dødsfall

Oversikt over praksisperioden

	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
Uke 1	Undervisning på studiet	Praksis	Praksis	Praksis	Praksis
Uke 2	Praksis	Praksis	Praksis	Praksis og evaluering med praksislærer	Undervisning på studiet

Arbeidstid

- Praksisen følger vanlig arbeidstid kl. 08:00-16:00. På helsehus kan det være aktuelt med 1-2 kveldsvakter etter avtale med sykehjemslegen.
- Du møter normalt kl. 08:00 første dag. Ta kontakt med praksislærer på e-post i forkant for å avtale tid og sted.
- Sykehjemmet ordner arbeidstøy. Ta med sko, hengelås og eget stetoskop om du har.

Ferdigheter

Her er en liste over ferdigheter du kan øve på i løpet av praksisperioden. Det er ikke forventet at du får gjennomført alle, men du bør prøve å få til flest mulig. Noen kan gjøres flere ganger.

Ferdighet	Skjemaer/tester som er brukt	Utført dato (evt flere datoer)	Attestasjon
Innkomstjournal			
Epikrise			
Legemiddelgjennomgang			
Standardkontroll/Årskontroll			
Demensutredning			
Vurdering av depresjon			
Vurdering av samtykkekompetanse			
Behandlingsavklaring/HLR			
Vurdering av smerte			
Vurdering av restfunksjon			
Fallutredning			
Innlegging og fjerning av kateter			
Otoskopi / Øreskylling			
Måling av ortostatisk blodtrykk			
Behandling av kroniske sår			
Legge inn veneflon			
Utfylling av dødsattest			
Munnstell			
Obstipasjonsbehandling			
Terminal pleie			
Pårørendesamtale			
Håndtering/veiledning i bruk av hjelpemidler (høreapparat etc)			
Kap 4a-vedtak: Bruk av tvang			
Etiske betraktninger: Samtykke/Behandlingsavklaring/Verdier			

Aktuelle tester

- Demensutredningsverktøy: MMSE-NS, klokketest, evt KDV,
- Atferdsforstyrrelse (APSD): NPI-Q, døgnregistreringsskjema, evt Marthe Meo-metoden, evt. TID-modellen (Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved demens). Utgitt av Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset innlandet, link: <https://vimeo.com/59145951>
- Sviktende ADL-funksjon: Barthels ADL-indeks
- Depresjon ved demens: GDS (Geriatric Depression Scale) eller Cornell
- Fallrisiko-verktøy: TUG (Time Up and Go) og 5TSTS (5 Times-Sit-To-Stand)
- Palliativ behandling, bruk av ESAS
- Smertebehandling av demente: Bruk av MOBID2 som diagnoseverktøy
- Teste verktøy for å avklare samtykkekompetanse, ACE (Aid to Capacity Evaluation, oversatt av Senter for medisinsk etikk, UiO)
- Ernæringsstatus MNA

Bak i veilederen er det kopi av noen skjemaer, samt lenker og referanser til ressurser på nett/ i lærebøker

Forskjellige helsetilbud – forskjellig fokus

KAD, helsehus og sykehjem er tilbud til pasienter i primærhelsetjenesten. Nedenfor har vi skissert oppgavene til de ulike institusjonene.

Kommunal akutt døgnenhet (KAD)

Kortvarig tilbud for observasjon, behandling og pleie med tanke på retur til hjemmet etter stabilisering/ferdigbehandling. Pasienten legges inn fra hjemmet, og tilbudet erstatter sykehusinnleggelse for pasienter som kan få et like godt tilbud på KAD som på sykehusene. Fastlege og allmennlege, legevaktslege, samt lege i akuttmottak, obspost og poliklinikker på sykehus kan legge pasienter direkte inn på KAD etter å ha konferert med vakthavende KAD-lege.

Helsehus

Rehabilitering/habilitering/vurdering for å oppnå best mulig funksjon samt etablere riktig omsorgstilbud på lavest mulig/riktig nivå etter oppholdet. Pasienten innlegges fra hjemmet eller etter sykehusopphold, eller har rullerende korttidsopphold etter vedtak for avlastning. Utskriving til hjemmet eller langtidssykehjem.

Langtidssykehjem

Omsorgstilbud der beboer ikke lenger klarer seg med tilbud i hjemmet. Livsvarig opphold med mindre fokus på forebygging/utredning og behandling, men større fokus på en god hverdag, samt en god avslutning på livet med god lindrende behandling.

Journalmal

Journalmal ved innkomst og årskontroll, brukt ved enkelte sykehjem i Oslo. Struktur og innhold er bygget over en klassisk journal, men med viktige forbedringer og utvidelser for å dekke de spesielle oppgavene som vi har i sykehjem, samt å ta høyde for viktige fokusområder til tilsynsmyndighetene.

- Innkomstjournal/årskontroll ved Helsehus/Sykehjem den .../....-20.. ved lege
- For Helsehus: Avdeling: - Innkomstdato: - Innlagt fra: - Planlagt utskriving:
- Familie/Sosialt
- Tidligere sykdommer
- Aktuelt eller Hendelser siden siste kontroll
- Mål for opphold (Helsehus/KAD)
- Faste medisiner ved innleggelse/før LMG, husk Cave
- Ernæringsstatus med vekt
- Status presens (husk "utseende svarende til alder..") inkludert otoskopi
- Mental status: (Herunder kognitiv status og ..har/har under tvil/har ikke samtykkekompetanse.)
- Behandlingsavklaring
- Legemiddelgjennomgang (LMG) (Se eget vedlegg. Forstå og vurder indikasjon for hvert medikament og før opp indikasjon for alle medisiner i medisinlisten i Geric)
- Blodprøver (Vurdering av prøvesvar og evt tiltak ift dette mht medisiner/oppfølging/nye prøver)
- Risikoforhold (fallrisiko, sårrisiko mm)
- Rehabiliteringsbehov og –potensiale/Mestringskompetanse/Pårørenderessurs/Omsorgsnivå
- **VIKTIG FOR MEG** (Brukerfokus)
- Tiltak, inkludert avtale for pårørendesamtale

Pårørendesamtalen ved innleggelse og årlig oppfølgingsamtale i sykehjem

Pårørende er en viktig ressurs i oppfølgingen av sykehjemsbeboere. De sitter med viktig informasjon om tidligere sykdommer og aktuelle helseplager forut for innleggelsen. Ektefelle/barn får ofte tett kontakt med personalet, og god kommunikasjon blir alltid verdsatt.

Pårørendesamtalen med lege, sykepleier, primærkontakt og eventuelt teamleder sikrer nødvendig informasjon om beboeren, og er viktig for å etablere et avklart og tillitsfullt forhold. Fokus i pårørendesamtalen avhenger av hvilken institusjon beboer innlegges i:

Helsehus

Ved opphold på Helsehus skal bydelen ha laget et vedtak med definert mål for oppholdet. Disse vedtakene kan ofte være noe generelle. Det er derfor viktig at man får etablert en felles forståelse mellom bruker, behandlerteamet og beboer om hva som er et ønskelig og realistisk mål for oppholdet, samt oppfølging og tid for å oppnå dette. Ved misforhold mellom vedtak og felles mål, gis tilbakemelding til bydelen om behov for revurdering/justering av vedtaket.

Det kan være vanskelig å finne tid til pårørendemøte på Helsehuset tidlig i forløpet. Oppholdet har også ofte kort varighet. Det anbefales derfor å kontakte hovedpårørende på telefon umiddelbart etter mottak og journalgjennomgang av beboer for å etablere tillit, utveksle informasjon, samt informere om eventuelle medisinendringer, behandlingsplan og felles målsetting. Vurdering av behandlingsavklaring skal også formidles dersom beboer selv og/eller behandlerteamet mener at det er begrensninger i medisinsk behandling som HRL- eller å avstå fra livsforlengende behandling eller sykehusinnleggelse.

Langtidssykehjem

Langtidsavdelingene bør ha en pårørendesamtale planlagt innen to uker fra innleggelse. Erfaringsmessig er hvert eneste minutt i denne samtalen gull verdt for å bygge en tilstrekkelig sterk relasjon til å tåle videre sykdomsutvikling, skader, bivirkninger av medisiner og evt. behandlingsfeil. Alle beboere på langtids plass kommer til å dø, og har vi de pårørendes tillit, sikrer vi ro og verdighet rundt den uunngåelige terminalfasen.

De pårørende har vanligvis vært gjennom en svært krevende tid som fører frem til en fast sykehjems plass. De vil ofte være i sorg over å se deres kjære tape funksjon etter funksjon. De har vært gjennom kritiske sykehusinnleggelse, en kaotisk hjemmesituasjon og kanskje flere vanskelige korttidsopphold ved sykehjem. I tillegg kan de være preget av oppslag i media som retter et negativt søkelys på sykehjemmene.

En god start på samtalen vil være å presentere dem med nettopp innholdet i de foregående setningene. At de som pårørende og den fortvilelsen de står i, blir sett av deg som lege, vil bygge tillit. Samtidig vil pårørende ha liten kunnskap og erfaring med hvilken rolle de skal innta når sykehjemsinnleggelsen er et faktum. Deres eventuelle medvirkning i beslutningsprosessene er regulert i norsk lov. Konflikter og klagesaker oppstår lett om ikke rolleavklaring og beslutningsprosesser er eksplisitt forklart og formidlet.

Sjekkliste for semistrukturert inntakssamtale i sykehjem

1. Nærmeste pårørende avklares

2. Samtykkekompetanse for inngripende helsehjelp avklares

Dette punktet er en svært viktig rolleavklaring for de pårørende.

Norske lover regulerer hvordan vi involverer de pårørende i beslutningsprosessene:

- **Beboeren har samtykkekompetanse:** Da blir beslutningene fattet mellom beboer og lege, et **direkte samtykke** og de pårørende skal ikke involveres, men kun informeres. Dette gjelder også et **stilltiende samtykke**. Tilsynsmyndighetene er svært tydelige på at i dette beslutningsrommet er det kun plass til legen og beboeren.
- **Har samtykkekompetanse under tvil:** Da har beboeren samtykkekompetanse! Se over.
- **Beboeren har ikke samtykkekompetanse:** Da må et **antatt** eller **formodet samtykke** bygges opp. Dette består av
 1. Det pårørende/personalet kan si at beboeren ville ha ønsket seg, gitt at beboeren hadde forstått sin situasjon i dag. Dette veier tyngst.
 2. Hva den pårørende selv ønsker/mener i det aktuelle spørsmålet. Dette skal tillegges begrenset betydning.
 3. Behandlerteamet inkl. legen, eller legen alene fatter den endelige beslutning på bakgrunn av punkt 1 og 2 samt egne vurderinger og står alene ansvarlig for beslutningen. Det er viktig å kunne forklare den pårørende at hele ansvaret for beslutningen hviler på legens skuldre. Denne presiseringen er spesielt viktig når de pårørende er helsepersonell.

3. Har/har ikke beboeren evne til å håndtere kontantytelsen fra NAV.

- Denne vurderingen skal du ha gjort under inntakssamtalen

4. Behandlingsavklaring

- Beslutninger om livsforlengende behandling skal bygge på hva som ut fra en medisinsk og helsefaglig vurdering er forsvarlig og til pasientens beste, og hva pasienten selv ønsker.
- Helsepersonell skal på en hensynsfull måte sørge for at de pasientene som ønsker det, gis mulighet til å tilkjenne sine verdier og ønsker rundt livets avslutning.
- Forklar til pårørende dine vurderinger av dette etter din samtale med beboeren under inntakssamtalen. Dersom du ikke har klart å få noe forståelse for hva beboeren ønsker seg, må dette tas med de pårørende.
- Se også prosedyrer ved de enkelte sykehjem. (Sykehjemsetatens prosedyre for Behandlingsavklaring vedlegges.)

5. Etterspør informasjon de pårørende har

- En rask rekapitulering av hva som førte til sykehjemsinnleggelsen.
- Hva de pårørende tenker seg er spesielt viktig at vi er klar over i det daglige og i den medisinske behandlingen og evt. rehabiliteringen videre.

6. Presenter dine vurderinger av beboeren med implikasjoner

- Oppsummert tilstandsvurdering somatisk og mentalt. Både restfunksjon/ressurser og sykdomsutslag/funksjonstap. Informasjon om plan for beboeren fremover.

7. Avklar grad om ønsket involvering ved endring i sykdomstilstand, funksjonsnivå og medikamentendringer

- Informer om sykehjemmets rutiner for dette.
- Forklar de pårørende at de vil bli tilringt og informert om *viktige hendelser* av lege eller sykepleier, i *mindre viktige hendelser* av pleier/sykepleier.

- Når de pårørende kommer på besøk og de ser noe som bekymrer dem, så spør etter primærpleier eller vakthavende sykepleier, helst ikke til hvem som helst av personalet som går forbi. Dette for å sikre at alle parter får best mulig informasjon. Presiser at vi i behandlerteamet ønsker å bli informert og forespurt så fort som mulig dersom noe ikke stemmer eller er foruroligende. Personalet er trent til å observere og er til stede hele døgnet. Like fullt så hender det at de pårørende observerer endringer og hendelser før oss, og dette ønsker vi å få vite om snarest

8. Spesielle ønsker fra beboer/pårørende avklares

- **VIKTIG FOR MEG**
- Hva er det som har gitt/gir beboer mening eller glede i hverdagen? Hva er det beboer har satt eller setter pris på? Hva er viktig i den situasjonen beboer er i nå? (F.eks kaffe på sengen, sove lenge, stryk på kinnene, røyk, kjærlighet, andakt, musikk o.l.)

9. Forklar om hva sykehjemmet har som rutiner

- Eksempel: Regelmessige legemiddelgjennomganger, årlige- eller halvårlige kontroller og samtaler, tverrfaglige gjennomganger med fysio- og ergoterapeut.
- Rutiner for terminalomsorg med lindring. At de pårørende vil bli innkalt til en forberedende samtale om vi frykter at livet går inn i en siste fase.

10. Avklare muligheter og ønsker til å delta/bidra i fellesarrangementer, turgåing med mer.

Mal for inntakstjournal/periodisk kontroll i sykehjem

Inntakstjournal/årskontrollHelsehus/Sykehjem den ../..-20.. ved lege

Familie/sosialt

Tidligere sykdommer

Mål for opphold (Helsehus)

Aktuelt eller Hendelser siden siste kontroll

Faste medisiner ved inntakst/før LMG inkl CAVE

Ernæringsstatus med vekt, hjelpebehov ved måltider

Status presens ("Kvinne 88 år, med utseende svarende til alder.." Husk otoskopi)

Mental status: (Herunder kognitiv status og samtykkekompetansevurdering)

Behandlingsavklaring

Faste medisiner / Medisiner ved behov / CAVE

Legemiddelgjennomgang

Risikoforhold (fallrisiko, sårrisiko med mer)

Rehabiliteringsbehov- og potensiale/Mestringskompetanse/Pårønderressurs/Omsorgsnivå

VIKTIG FOR MEG (Brukerfokus)

Tiltak (inkludert avtale for pårørendesamtale)

Sjekkliste for pårørendesamtale ved inntakst

Nærmeste pårørende avklares

Samtykkekompetansevurdering for inngripende helsehjelp formidles, beslutningsprosessen.

Evne til å håndtere kontantytelsen fra NAV, din vurdering formidles

Behandlingsavklaring formidles/avklares

Etterspør informasjon de pårørende har

Presenter din vurdering av beboeren med implikasjoner

Avklar pårørendes ønske for grad av involvering

Spesielle ønsker fra pårørende/beboer

VIKTIG FOR MEG

Forklar sykehjemets rutiner for LMG med mer.

Legemiddelgjennomgang



Utfordringer ved eldre medikamentbruk

Pasientene på sykehjem er karakterisert ved høy alder, langtkomne aldersforandringer, ofte flere samtidige sykdommer og kroniske lidelser. Hos eldre skjer det endringer i kroppen som gjør at opptak, fordeling, toleranse, nedbrytning og utskillelse av medikamenter endres. Dette må man ta hensyn til når man velger type og dosering av medikamenter. Flere medikamenter er direkte helsefarlige hos eldre og skal unngås. Polyfarmasi kan gi ekstra problemer med bivirkninger og interaksjoner mellom de ulike medikamentene som kan føre til økt sykkelighet, redusert livskvalitet, funksjonssvikt og økt dødelighet.

For sykehjemslegen kan det være en stor utfordring å få en korrekt og fullstendig oversikt over hvilke medisiner nye beboere faktisk bruker. Tiden før et sykehjemsopphold har gjerne vært preget av sviktende helse med ett eller flere sykehusopphold og korttidsopphold på andre sykehjem. Forut for dette er det varierende hvor tett kontakt fastlegen har hatt med beboeren. I tillegg er leger nok tradisjonelt flinkere til å legge til medisiner enn å ta dem bort når indikasjonen for bruken er svak eller ikke lenger er til stede.

Det er ikke noen fast standard for hvordan medisinlister følger pasienten fra ett omsorgsnivå til et annet. Det varierer også veldig hvordan leger setter indikasjon for det enkelte legemiddelet. Det vi trenger å vite er *hvorfor denne pasienten bruker akkurat denne medisinen akkurat nå* (ikke kun en samlebetegnelse som f.eks. "Hjertemedisin" for Selo-Zok).

Ved innleggelse på sykehjem er det derfor behov for en grundig gjennomgang av pasientens faktiske medikamentbruk – en LEGEMIDDELSAMSTEMMING (LMS) – ved at man samler all informasjon og setter opp en korrekt liste over *alle* legemidler pasienten bruker – LEGEMIDLER I BRUK (LIB).

LIB skal for hvert legemiddel angi:

Produktnavn-Virkestoff-Form-Styrke-Dosering-Indikasjon (for denne beboeren)

Gjennomføring

Legemiddelgjennomgang bør gjøres ved innkomst og deretter hver 6. måned – eventuelt oftere ved endringer i pasientens tilstand eller omsorgsbehov.

Med en legemiddelgjennomgang menes en strukturert/systematisk evaluering av den enkelte pasientens legemiddelregime i den hensikt å optimalisere effekten av legemidlene og redusere risiko ved legemiddelbruk. Dette oppnås ved at man ved legemiddelgjennomgangen avdekker og forebygger legemiddelrelaterte problemer, og at det angis tiltak for å løse de avdekkede problemene.

Legemiddelgjennomgangen kan utføres med farmasøyt, men i praksis er det som oftest sykehjemslegen, ansvarlig sykepleier, primærkontakt og (eventuelt) beboer som utfører dette i fellesskap.

Legemiddelgjennomgangen gjennomføres etter en fast struktur/veileder.

Statens legemiddelverk har laget en sjekklister for legemiddelgjennomgang i allmennpraksis, som du finner i vedlegget. Prosedyren for legemiddelgjennomgang vil variere på de ulike sykehjem. I vedlegget finner du også prosedyren til Sykehjemsetaten i Oslo.

Behandlingsavklaring

Begrepet behandlingsavklaring benyttes ofte i forbindelse med vurderingen av livsforlengende behandling ved livets slutt eller akutt kritisk sykdom. En tidlig avklaring av beboerens ønsker og preferanser rundt dette skaper trygghet for personalet, pårørende og beboer selv.

Vi ønsker å vite noe om:

- Ønsker beboer HLR ved akutt hjertestans? (Hvis beboer ønsker dette må det vurderes opp mot grad av innsikt i egen sykdom (samtykkekompetanse) og hensiktsmessighet/fare for betydelig forverring ut fra beboers allmenntilstand og prognose)
 - F.eks: Beboer er klar på at hun ikke ønsker HLR ved akutt hjertestans. Forteller at hun har levd et godt og langt liv, men nå er mett av dage.
 - F.eks: Beboer ønsker HLR ved akutt hjertestans så lenge han fortsatt er oppegående med rullator og kan komme seg ut daglig.
 - F.eks: Beboer har pga sin demens ikke innsikt i spørsmålet vedrørende HLR. Ut fra beboers høye alder og alvorlige grad av demens er det ikke indisert med HLR ved akutt hjertestans.
- Ønsker beboer innleggelse i sykehus eller primært behandling på sykehjemmet?
 - F.eks: Beboer ønsker primært behandling på sykehjemmet, men kan innlegges dersom god indikasjon.
 - F.eks: Grunnet langtkommet demens skal indikasjon for sykehusinnleggelse holdes svært strengt. (Alvorlig demente får ofte betydelig forvirring ved innleggelser. Innlegges typisk kun ved brudd og skader, mens infeksjoner o.l. behandles på sykehjemmet)
 - F.eks: Beboer ønsker å bli innlagt i sykehus dersom det er indikasjon for det. Har god erfaring med sykehusopphold.
- Ønsker beboer livsforlengende behandling ved akutt kritisk sykdom, eller primært lindrende behandling?
 - F.eks: Beboer ønsker ikke antibiotika eller intravenøs behandling ved akutt kritisk sykdom. Det er viktigst for henne å være godt smertelindret selv om hun da blir døsig.

Legen må alltid vurdere den konkrete situasjonen som oppstår senere, men kan da støtte seg til beboerens preferanser ved tvil om behandlingsvalg og beboer selv ikke lenger kan ta stilling til dette.

Mange synes spørsmålet om HLR/behandlingsavklaring er vanskelig å stille beboer direkte. Gjør det derfor rutinemessig ved hver innkomstundersøkelse – så faller det fort naturlig. Inngangen kan være et spørsmål rundt beboers alder (som ledd i kartlegging av kognitiv svikt). Ut fra dette sier beboer gjerne noe spontant om egen alder (som kan være riktig eller feil...) som man kan bruke til samtale om livet nå og fremover. For å ufarliggjøre spørsmålet om HLR, kan man si at vi spør alle om dette fordi det er viktig å vite hva vi skal gjøre dersom noe plutselig skjer.

Selv langtkommet demente kan gi klare og veloverveide svar på disse spørsmålene. Dersom man opplever at beboer selv ikke har forståelse for problemstillingen er også dette viktig informasjon i legens vurdering og senere samtale med pårørende.

Ressurser

- Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse: Her finner du mange aktuelle tester for utredning på sykehjem <http://www.aldringoghelse.no/>
- Livsforlengende behandling – Beslutningsprosesser ved begrensnig av livsforlengende behandling – IS-2091 – Helsedirektoratet
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/67/IS-2091-Beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling.pdf>
- Pasient- og Brukerrettighetsloven kapittel 4A. Reglene i kapittelet skal sikre nødvendig somatisk helsehjelp til pasienter som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelpen. <https://helsedirektoratet.no/lover/pasient-og-brukerrettighetsloven-kapittel-4a>
- Metodebok i sykehjemsmedisin: <https://metodebok.no/sykehjemsmedisin>
- FASUT3 – En god veileder til legemiddelkunnskap og seponering av legemidler: <https://www.rvn.se/sv/delplatser/2022-mitt-lakemedel/mitt-lakemedel/allmant/fas-ut/>
- MOBID-2 Smertekartlegging: <https://www.aldringoghelse.no/aldring/utviklingshemning/helse-og-sykdom/smerter-og-smartekartlegging/mobid-2/>
- Link til diverse skåringsverktøy for eldres helse: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/psykisk-helse/psyknytt/her-finner-du-tester-og-skaringsverktoy-for-eldres-helse>

Prosedyrer

- Legemiddelgjennomgang, Statens legemiddelverk <https://legemiddelverket.no/bivirkninger-og-sikkerhet/rad-til-helsepersonell/legemiddelgjennomgang>

Skjemaer

Skjemaene finnes også på nettsiden til Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Flere av skjemaene gjennomgås på e-læringskurset om Edit.

- Mini mental status evaluering (MMSE-NR)
- Klokketest
- Klinisk demensvurdering (KDV)
- Barthels ADL-indeks
- Geriatrisk depresjonsskala (GDS)
- Cornell – skala for depresjon
- MOBID-2
- ESAS

Sjekkliste for legemiddelgjennomgang

En grundig innføring i metoden finnes her: Helsedirektoratets Veileder om legemiddelgjennomganger IS-1998 og Norsk legemiddelhåndbok, kapittel G24.

BEGREPER OG METODE:

Legemiddelgjennomgang (LMG) er en systematisk gjennomgang av pasientens legemidler for å sikre hensiktsmessig bruk og forebygge pasientskader. LMG utføres av legen alene eller sammen med farmasøyt og/eller sykepleier. Pasienten og pårørende kan delta. LMG utføres ved endringer i pasientens tilstand eller omsorgstilbud og årlig for pasienter som bruker mange legemidler (>3).

Legemiddelsamstemming (LMS) er å lage en liste over alle legemidler pasienten bruker.

Listen kalles **Legemidler i bruk (LIB)**. Bruk tilgjengelige kilder som EPJ, henvisning, epikrise, e-resept, multi-dose, PLO-melding eller pasientens egen liste. Opplysningene skal bekreftes av pasienten eller den som hjelper til med bruk av legemidler. Spør etter legemidler pasienten ikke tåler (CAVE), reseptfrie legemidler, legemidler ved behov, kosttilskudd og naturlegemidler. Husk dråper, sprøyter, stikkpiller, inhalatorer, plaster, salver og kremer. Spør om etterlevelse og sjekk eventuelt utlevering i e-resept.

LIB skal angi: *Produktnavn, virkestoff, legemiddelform, styrke, dosering og bruksområde.*

Legge som overtar behandlingsansvaret for en pasient, bør alltid utføre LMS. *LMS må utføres før LMG.*

Forberedelser til legemiddelgjennomgang

- Avtal tid og sted med aktuelle deltakere.
- Klinisk undersøkelse* gjøres ved nye symptomer eller endret tilstand.
- Blodprøver: Vurder behov, inkludert legemiddelanalyser.
- Andre tester: For eksempel EKG, 24-timers BT, spirometri, demens- og depresjonstester.

Gjennomføring av legemiddelgjennomgang

- Behandlingsmål bør tilpasses pasientens tilstand, livssituasjon og ønsker.
- Indikasjon og effekt: Har pasienten fortsatt nytte av legemidlene?
- Kur eller tidsbegrenset behandling? Fastsett en sluttdato.
- Nye legemidler: Har pasienten ubehandlede sykdommer eller plager?
- Blodprøver og andre tester: Har svarene betydning for behandlingen?
- Dosering: Juster for nyre- og leverfunksjon, serumkonsentrasjon, alder og andre sykdommer.
- Bivirkninger: Spør pasienten. Sjekk kliniske tegn og blodprøvesvar.
- Funksjonssvikt: Tretthet, forvirring, svimmelhet, fall og ernæringsvikt kan skyldes legemidler.
- Interaksjonskontroll: Bruk funksjonen i EPJ eller www.interaksjoner.no
- Risikable og uhenksomme legemidler: Sjekk tabellene på neste side.
- Dobbeltbruk: Kontroller for samme eller lignende virkestoff.
- Pasientvennlig: Velg gjerne depottabletter, faste kombinasjoner, depotplaster, mikstur.
- Livssituasjon og egenomsorg: Kan pasienten håndtere egne legemidler?

Oppfølging etter legemiddelgjennomgang

- Skriv ut ny, oppdatert LIB til pasienten og eventuelt til hjemmetjenesten.
- Forklar pasient eller omsorgsperson hvorfor og hvordan hvert legemiddel skal brukes.
- Oppdater e-resept. Bestill eventuelt multidose.
- Journalfør LMG med begrunnede endringer, tiltak og plan for oppfølging.

*Klinisk vurdering kan delvis utføres av sykepleier ved bruk av egen sjekkliste: www.pasientsikkerhetsprogrammet.no

TILTAK: Hvis mulig, gjør bare én endring av gangen og observer virkningen av den.

SEPONERING: Behold alle livsviktige legemidler, men vurder om forebyggende og symptomlindrende legemidler kan (prøve)seponeres eller gradvis trappes ned.

NYE LEGEMIDLER: Bruk nasjonale retningslinjer og veiledere. Sett en dato for evaluering. Avslutt behandlingen ved manglende effekt eller uakseptable bivirkninger.

Noen legemidler med risiko for alvorlige bivirkninger:

ATC	Legemiddel / gruppe	Risiko / bivirkninger	Alternativer / tiltak
M01A	NSAID og COXIB (cox-2 hemmere)	GI-blødning. Hjerne- og hjerneinfarkt. Forverret nyre- og hjertesvikt. Ødem. Hypertensjon. Astma.	Paracetamol 1g x 3 bør forsøkes først. NSAID bør kun brukes <i>ved behov</i> . Eventuelt tillegg av PPI. <u>Ikke</u> diklofenak eller COXIB ved hjerte- og karsykdom.
B01A A03	Warfarin	GI-blødning og hjerneblødning. Terapisvikt.	Startveiledning og doseringskort. Regelmessig kontroll av INR.
B01A E/F	NOAK (nye orale antikoagulantia)	GI-blødning og hjerneblødning. Terapisvikt. Blødningsfare ved nedsatt nyrefunksjon.	Følg nasjonal veileder IS-2050 2.0 (Helsedirektoratet) Startveiledning og doseringskort. Regelmessig kontroll og oppfølging.
B01A C	ASA og andre platehemmere	Blødning og terapisvikt.	Startveiledning. ASA ikke >75mg daglig.
N05B A N05C D/F	Benzodiazepiner og lignende sovemedisiner (zopiklon og zolpidem)	Avhengighet, døsigheit, ustøhet og fall. Forsterket effekt av alkohol. Trafikkarlig.	Psykoterapi, søvnråd og fysisk aktivitet. Velg lav dose av <u>ett</u> virkestoff med kort halveringstid i en begrenset periode. Melatonin kan prøves.
N02A	Opioider	Avhengighet, døsigheit, ustøhet og fall. Trafikkarlig ved oppstart og doseøkning. Obstipasjon.	Paracetamol 1g x 3 bør forsøkes først. Bruk <i>Veileder</i> i smertebehandling. Laksantia bør gis forebyggende.
C09A/ B/C/D	ACE-hemmere og ARB (A2-blokkere)	Elektrolyttforstyrrelser. Hypotensjon, svimmelhet og fall. Nyresvikt ved akutt dehydrering.	Startveiledning. Gradvis doseøkning ved hjertesvikt. Informer om tiltak ved akutt dehydrering: Midlertidig seponering.
C03C	Slyngediuretika (furosemid og bumetanid)	Elektrolyttforstyrrelser. Dehydrering. Hypotensjon, svimmelhet og fall.	Skriftlig pasientveiledning med dosering etter symptomer: Vektøkning, ødem og dyspné, samt tiltak ved akutt dehydrering: Midlertidig seponering.
C01A A05	Digoksin	AV-blokk og arytmier. Forgiftning: Kvalme, slapphet og forvirring.	Vurder behovet for digoksin. Doser etter nyrefunksjon og serumkonsentrasjon.
H02A B	Kortikosteroider - systemisk bruk	Benskjørhet, diabetes, hypertensjon. Atrofi av muskulatur og hud.	Osteoporoseprofylakse bør vurderes ved bruk av prednisolon $\geq 7,5$ mg x 1 i >3 måneder.

*Kapittel T20 i Norsk Legemiddelhåndbok anbefales.

Legemidler som bør unngås til pasienter over 65 år:

ATC	Legemiddel / gruppe	Risiko / bivirkninger	Alternativer / tiltak
N06A A	TCA (tricykliske antidepressiva)	Antikolinerge bivirkninger: Svekket kognisjon, tretthet, forvirring, uro, arytmier, obstipasjon, urinretensjon, munntørrhet, tannråte og uklart syn.	Velg annen behandling mot depresjon og smerter.
N05A	Antipsykotika (nevroleptika)	Antikolinerge bivirkninger. Parkinsonisme, tardive dyskinesier og dystoni. Forlenget QT-tid. Økt risiko for plutselig død.	Eventuelt haloperidol kortvarig ved delir. Ellers kun mot psykose i samråd med psykiater. Vurder behov for smertestillende og miljøtiltak ved uro hos demente.
R06A B/ D/E03/E05	Antihistaminer – 1. generasjon	Antikolinerge bivirkninger.	Velg 2. generasjon antihistamin ved allergi og urtikaria. Velg annen sovemedisin.
G04B D04-11	Antikolinerge midler mot overaktiv blære	Antikolinerge bivirkninger.	Utredning, blæretrening og inkontinensutstyr. Vurder andre legemidler.

Juli 2014 ISBN 978-82-93051-10-7

Demensutredning i kommunehelsetjenesten

Norsk revidert mini mental status evaluering (MMSE-NR)

Carsten Strobel & Knut Engedal, 2009

Testleder (TL): _ Dato: _ Tidspunkt: _

Teststed: _ Har MMSE vært administrert samme sted tidligere? Ja Nei

Hvis ja, når? _ Når/hvor ble MMSE sist administrert? _

Oppg. 11 og 12: Angi oppgavesett (ordsett, starttall) administrert i dag:

1. adm 2. adm 3. adm 4. adm 5. adm

Pasient (PAS): _

Fødselsdato: _ Nasjonalitet/morsmål: _

Utdanning/antallår: _ / år Yrke: _

Hørsel/høreapparat: _ Syn/briller: _ Geriatrisk leseprøve: _

Henvisningsgrunn/diagnose: _

Legemidler: _

▲ Instruksjon

Testing skal finne sted i enerom, fortrinnsvis på pasientens morsmål. Unngå at pasienten ser skåringsark/skåring. Fet skrift (**bold**) leses høyt, tydelig og langsomt. Pause (markert [*pause*]) skal vare i 1 sek. Alle spørsmål stilles selv der pasienten besvarer flere spørsmål under ett. Skriv ordrett pasientens svar på hvert spørsmål. Pasienten kan korrigere svar underveis. Følg eksakt standardisert instruksjon, (se retningslinjer for administrasjon, oppfølgende spørsmål og skåring i manual*). Ved retest benyttes oppgavesett som angitt for å redusere øvelseeffekt. Det gis kun hele poeng eller 0, aldri halve poeng. Sett kryss i ruten for 0 dersom svaret er feil og i ruten for 1 ved riktig svar. Hvis pasienten ikke er testbar på en oppgave, angi hvorfor og sett ring rundt 0.

Er du usikker på hvordan et svar skal skåres, etter å ha sjekket manual*, rådfør deg med en erfaren kollega. MMSE-NR er ikke en demenstest, kun et grovt kognitivt funksjonsmål, og kun et supplement ved utredning. Vær oppmerksom på at alder og utdanning påvirker resultat; lavere alder og høyere utdanning gir ofte bedre skåre. Manglende motivasjon, afasi, lese- og skrivevansker, redusert syn og hørsel, depresjon, legemiddelbivirkninger, flerkulturell bakgrunn, lav norskspråklig kompetanse og akutt somatisk sykdom kan påvirke resultatet negativt. Totalskåre sier lite om spesifikke utfall. Skriv ned pasient-spesifikke utfall.

▲ Kommentarer/spesielt å bemerke

(atferd, stemningsleie, smerter, afasi, tidsbruk, glemt briller/høreapparat etc.)


OPPMERKSOMHET/BEVISSTHETSNIVÅ

Gradert vurdering av oppmerksomhet/bevissthetsnivå
(Sett kryss passende sted på linjen)

Uoppmerksom  Oppmerksom

TESTSITUASJON

Gradert vurdering av samarbeid/testinnsats
(Sett kryss passende sted på linjen)

Dårlig  Utmerket

* Manual fåes tilsendt fra: bibliotek@aldringoghelse.no

Basert på; Folstein, M.F., Folstein, S.E., & McHugh, P.R. (1975). "Mini-Mental State": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
Engedal, K., Haugen, P.K., Gilje, K., & Laake, P. (1988). Efficacy of short mental tests in the detection of mental impairment in old age. *Compr Gerontol A*, 2, 87-93.

TL starter med følgende spørsmål: Synes du hukommelsen har blitt dårligere? Ja Nei Vet ikke

Jeg skal nå stille deg noen spørsmål, som vi spør alle om. Svar så godt du kan.

Instruksjon kan gjentas, unntatt på oppg. 12 og 17.

TIDSORIENTERING

	Poeng	
1. Hvilket årstall har vi nå? (kun fullt årstall med 4 sifre gir poeng) _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
2. Hvilken årstid har vi nå? (ta hensyn til vær og geografiske forhold) _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
3. Hvilken måned har vi nå? (kun riktig navn på måned gir poeng) _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
4. Hvilken ukedag har vi i dag? (kun riktig navn på dag gir poeng) _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
5. Hvilken dato har vi i dag? (kun dagsledd trenger å være riktig for å få poeng) _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1

STEDSORIENTERING

På spørsmål 7 brukes "Landsdel" ved testing i Oslo, "Fylke" utenfor Oslo.

Sett ring rundt valgt stedsord for spørsmål 8 og 9.

6. Hvilket land er vi i nå? _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
7. Hvilket fylke/landsdel er vi i nå? (Sør-Norge gir også poeng for landsdel) _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
8. Hvilken by/kommune er vi i nå? _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
9. Hva heter dette stedet/bygningen/sykehuset/legekontoret/hvor er vi nå? _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
10. I hvilken etasje er vi nå? (Spørsmål stilles også om man er i 1. etasje) _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1

UMIDDELBAR GJENKALLING/REGISTRERING

Ved retesting: [2. adm: STOL-BANAN-MYNT], [3. adm: SAFT-LAMPE-BÅT], [4. adm: KATT-AVIS-LØK], [5. adm: FLY-EPLER-SKO].

11. Hør godt etter. Jeg vil si 3 ord som du skal gjenta etter at jeg har sagt dem, og som du skal prøve å huske, for jeg kommer også til å spørre deg om dem senere. Klar? Nå kommer ordene;... HUS [pause], KANIN [pause], TOG [pause]. Nå kan du gjenta disse ordene.

Dersom pasienten ikke gjentar alle 3 ord, repeteres alle ord inntil alle gjengis i samme forsøk, maks. 3 presentasjoner. Det gis kun poeng etter 1. presentasjon, rekkefølge pasienten sier ordene er uten betydning.

Antall presentasjoner: _ stk.

HUS [Ord ved retest:]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
KANIN [Ord ved retest:]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
TOG [Ord ved retest:]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1

Husk disse ordene, for jeg vil be deg gjenta dem senere.

OPPMERKSOMHET OG HODEREGNING (Vær oppmerksom på eventuell distraksjonsbetingelse**)

Bruk følgende starttall ved retesting: [2. adm: 50], [3. adm: 90], [4. adm: 40], [5. adm: 60]. Sett ring rundt starttall, skriv ned tallsvar. Poeng gis når svar er akkurat 7 fra forrige tall, uavhengig av om forrige tall var riktig.

12. Kan du trekke 7 fra 80? [Dersom pasienten ikke gir et tallsvar, si: Hva er 80 minus 7?] [Rett etter tallsvar, gis videre instruksjon]: Og så fortsetter du å trekke 7 fra tallet du kommer til, helt til jeg sier stopp [Instruksjon gis kun én gang]. Dersom pasienten heller ikke nå gir et tallsvar, gå videre til distraksjonsbetingelsen**.

Starttall:	80	50	90	40	60		
	[73]	[43]	[83]	[33]	[53]		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
Om nødvendig si: og så videre...	[66]	[36]	[76]	[26]	[46]		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
Om nødvendig si: og så videre...	[59]	[29]	[69]	[19]	[39]		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
Om nødvendig si: og så videre...	[52]	[22]	[62]	[12]	[32]		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
Om nødvendig si: og så videre...	[45]	[15]	[55]	[5]	[25]		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1

Etter 5 subtraksjoner si: Fint, det holder [Gå til oppg. 13].

**Eventuell distraksjonsbetingelse – OBS, er ikke poenggivende!

Dersom pasienten ikke vil utføre eller kan besvare oppg. 12 med 5 avgitte tallsvar, skal distraksjonsbetingelsen brukes for å sikre kartlegging av langtidshukommelse på oppg. 13. Be da pasienten telle baklengs fra 100 ca. 30 sek. med følgende

instruksjon: (Tell baklengs fra 100 på denne måten: 99, 98, 97..., helt til jeg sier stopp. Vær så god!)

UTSATT GJENKALLING**Poeng**

13. Hvilke 3 ord var det jeg ba deg om å huske? [Ikke gi hjelp/stikkord]

HUS	[Ord ved retest:]	-----	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
KANIN	[Ord ved retest:]	-----	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
TOG	[Ord ved retest:]	-----	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1

Nevnes mer enn 3 ord, må pasienten velge hvilke 3 ord som skal være svaret. Rekkefølge er uten betydning. Det gis kun poeng for eksakt gjengivelse, dvs. bolighus, hytte, hare, kanindyr, togbane, lokomotiv etc. gir ikke poeng.

BENEVNING

14. Hva heter dette? [Pek på en blyant]	-----	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
15. Hva heter dette? [Pek på et armbåndsur]	-----	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1

Bruk kun blyant og armbåndsur, gjelder også retesting. Alternative poenggivende svar: Penn, gråblyant, klokke, ur etc.

REPETISJON

16. Gjenta ordrett det jeg sier. Er du klar? [Si tydelig]: "Aldri annet enn om og men"	-----	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
--	-------	----------------------------	----------------------------

TL kan si frasen 3 ganger. Poeng gis kun etter 1. presentasjon. Dialektvariasjoner godtas.

Antall presentasjoner: stk.

FORSTÅELSE

Legg et blankt A4-ark på bordet midt foran pasient, kortsiden mot pasienten. TL legger egen hånd på arket til all instruksjon er gitt. Gi poeng for hver utført delhandling, også dersom pasienten bretter arket med én hånd eller legger arket foran TL.

17. Hør godt etter, for jeg skal be deg gjøre 3 ting i en bestemt rekkefølge. Er du klar? Ta arket med én hånd [pause], brett arket på midten én gang med begge hender samtidig [pause], og gi arket til meg. [pause] Vær så god! [Instruksjon gis kun én gang]

TAR ARKET MED KUN ÉN HÅND	-----	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
BRETTER ARKET PÅ MIDTEN KUN ÉN GANG	-----	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
LEGGAR ARKET PÅ BORDET FORAN TL ELLER GIR ARKET TIL TL	-----	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1

LESNING

18. Nå vil jeg at du gjør det som står på arket [Vis pasienten teksten].

Pasienten må lukke øynene for poeng.

LUKK ØYNE DINE	-----	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
----------------	-------	----------------------------	----------------------------

SKRIVNING/SETNINGSGENERERING

Legg MMSE-NR skjema side 4 med kortsiden foran pasienten og gi vedkommende en blyant.

19. Skriv en meningsfull setning her [Pek på øvre del av side 4].

Skriver ikke pasienten noe, si: Skriv om været.	-----	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
---	-------	----------------------------	----------------------------

Skrives imperativsetning med kun ett ord, f.eks. "Spis", si: **Skriv en lengre setning**. Skrives tidligere gitt setning/frase, f.eks. "Lukk øynene dine", "En meningsfull setning", si: **Skriv en setning du lager selv**.

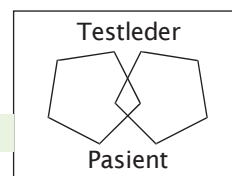
Setningen må være forståelig, men trenger ikke inneholde objekt. Se eksempler i manual*. Det gis poeng ved riktig utførelse selv etter supplerende instruksjon. Ignorerer stave- og grammatikalske feil.

TEGNING/FIGURKOPIERING

Legg figurark over setningen pasienten skrev, viskelær ved siden av.

20. Kopier figuren så nøyaktig du kan her [Pek på nedre del av side 4].

Du kan bruke viskelær. Ta deg god tid. Si fra når du er ferdig.



<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
----------------------------	----------------------------

Det gis poeng når tegningen består av to 5-kantede figurer som former en 4-sidet figur

der 5-kantene overlapper. Tegnet figur trenger ikke være identisk med modellen. Se skåringseksempler i manual*.

TOTAL POENGSUM = /30. Presiser hva pasienten hadde utfall (feilsvar) på:

KT-NR

NORSK REVIDERT KLOKKETEST

Klokketest er en kognitiv screeningtest som ofte benyttes ved demensutredning, kartlegging etter hjerneslag, vurdering av egnethet for bilkjøring m.m. Testen finnes i ulike versjoner og oversettelser til norsk. Norsk revidert Klokketest (KT-NR) er en modifisert versjon av Shulman (2000). KT-NR kan avdekke svikt i rom-/retning- og tidsorienteringsevne, visuopersepsjon (f.eks. vansker med visuell identifikasjon og analyse eller visuell agnosi), visuell oppmerksomhet (f.eks. visuell neglekt) samt evnen til organisering og planmessig utføring av testresponser (eksekutiv funksjon). Under forutsetning av at pasienten (PAS) tidligere har behersket klokken, er KT-NR en test de fleste funksjonsfriske mestrer, uavhengig av alder. Synssvekkelse, tremor og nedsatt førlighet kan påvirke testutførelse. Prestasjonsnivå kan fluktuere med sykdomstilstand/-fase, eksempelvis ses tidvis klar skåringsbedring ved adekvat behandling av delirium/akutt forvirring.

Instruksjon:

Sørg for at PAS ikke kan se på egen/andres klokke eller veggklokke ved utførelse.

Gi PAS arket med trykt sirkel, blyant og viskelær.

Si: **Denne sirkelen forestiller en klokke.**

Jeg vil nå at du, uten å se på en annen klokke, setter inn alle tallene på denne klokkeskiven.

Etter at PAS har satt inn alle tallene på klokkeskiven,

si: **Tegn nå inn viserne slik at klokken er ti over elleve.**

Hvert instruksjonsledd kan gjentas ved behov (maks tre ganger). Setter PAS kun inn tallene 3-6-9-12 eller bare noen tall, gjenta instruksjon og legg vekt på ordet *alle*. Sørg for at PAS ikke roterer arket ved tallinnsettelse. Små markeringstreker for hvor tallene skal stå aksepteres, men setter PAS inn hjelpestreker for å lage sektorer eller tegner en stoppeklokke skal dette stoppes. Start i slike tilfeller på nytt og gjenta instruksjon. Fortsetter PAS likevel å inndele klokken i sektorer eller på nytt tegner en stoppeklokke, avbrytes testen. Ønsker PAS å korrigere mye, gi vedkommende nytt klokketestark: Kan bli forvirrende med nytt og gammelt om hverandre. Ved tvil om utførelse/gyldighet, be PAS gjøre KT-NR på nytt klokketestark. For viderefremføring av testresultat gir beskrivelse av utførelse mer informasjon enn kun poeng eller globale oppsummeringer som: «Patologisk Klokketest». Bemerk forhold som er påfallende, f.eks. blanding av romertall og arabiske tall, lang tidsbruk, usikkerhet, mange korrigeringer, behov for gjentakelse av instruksjon, årsaker til testavbrudd etc.

Det er viktig at TL er kjent med «vanlige» feil blant funksjonsfriske på KT-NR som *ikke* gir poengtrekk slik at skåring/funksjonsvurderingen ikke overdiagnostiserer kognitiv funksjonsnedsettelse. Eksempler på slike «vanlige» feil er lik lengde på viserne, at viserne ikke går helt inn til senter av sirkelen og at alle tall settes på utsiden av klokkeskiven. Ikke godkjent klokke: 0–3 poeng betyr at det foreligger en mulig kognitiv svikt som må undersøkes nærmere.

Pasient: _____

Testleder: _____

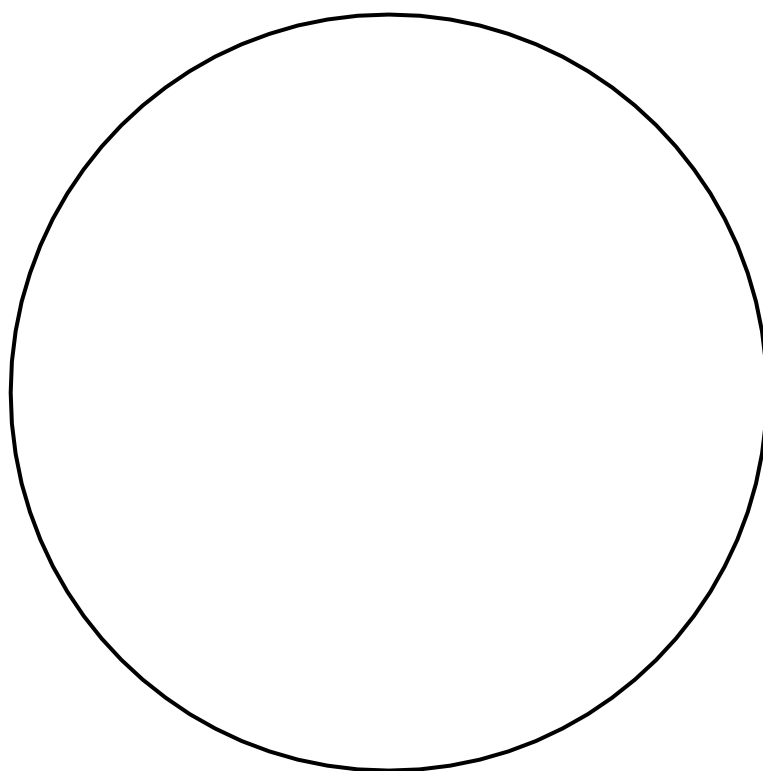
Dato: _____

Skåring av KT-NR (0–5):

Godkjent klokke: 4–5 poeng. Ikke godkjent klokke: 0–3 poeng.

5 <input type="checkbox"/>	Korrekt klokke med alle tall fra 1–12 og korrekt angitt klokkeslett
4 <input type="checkbox"/>	Små plasseringsfeil av tall og/eller viserne
3 <input type="checkbox"/>	Tallene er riktig plassert (eller omtrent riktig), men viserne er klart feilplassert
2 <input type="checkbox"/>	Tallene er feilplassert, noe som gjør det umulig å plassere viserne riktig
1 <input type="checkbox"/>	Betydelig feilplassering av tallene, eller tall er utelatt på tross av gjentatt instruksjon
0 <input type="checkbox"/>	Ser ikke ut som en klokke, PAS skriver bokstaver på arket eller forsøker ikke å tegne inn tall

Kommentarer/spesielt å bemerke: _____



Klinisk demensvurdering (KDV)

Hughes et al 1982

KDV vurderer kognitiv svikt og mulig demens samt eventuell grad av demens. Det er en betingelse at pleiepersonalet har observert pasienten i minimum 4 uker. Ved vurdering skal det tas hensyn til pasientens mentale evner. Det vil si at dersom annen funksjonssvikt er årsaken til at pasienten ikke fungerer tilfredsstillende på et eller flere områder, skal man prøve å korrigere for dette ved utfylling av skjemaet. Hvis det er vanskelig å avgjøre hvilken kategori pasienten tilhører, skal den høyeste kategorien velges. Begrepet eget hjem, vil si sykehjem.

Hukommelse

- 0 Ingen tap av hukommelse eller lett vekslende glemsomhet
- 0,5 Lett, men permanent glemsomhet, begrenset gjenkalling av hendelser, mild glemsomhet
- 1 Moderat hukommelsestap, mer uttalt for nylig inntrufne hendelser. Svekkelsen påvirker dagliglivets aktiviteter
- 2 Alvorlig hukommelsestap. Bare meget godt innlært materiale huskes, nytt materiale tapes raskt
- 3 Alvorlig hukommelsestap. Bare fragmenter igjen

Orienteringsevne

- 0 Helt orientert
- 0,5 Helt orientert, bortsett fra lette vanskeligheter med tidsforhold
- 1 Moderate vansker med tidsorientering, ved undersøkelse orientert for sted, geografisk desorientert andre steder
- 2 Alvorlige vansker med tidsforhold, vanligvis desorientert for tid, ofte for sted
- 3 Kun orientert for person

Vurderingsevne

- 0 Løser dagliglivets problemer og håndterer ærender og økonomi bra, vurderingsevne god sammenlignet med tidligere
- 0,5 Lett nedsatt evne til å løse problemer, likheter og forskjeller
- 1 Moderate vansker med å håndtere oppgaver, likheter og forskjeller, sosial vurderingsevne vanligvis bevart
- 2 Svært svekket evne til å håndtere oppgaver, likheter og forskjeller, sosial vurderingsevne vanligvis svekket
- 3 Ute av stand til å bedømme eller løse problemer

Samfunnsaktiviteter

- 0 Fungerer selvstendig i sitt vanlige arbeid, ved innkjøp, i frivillig arbeid og sosiale grupper
- 0,5 Lett svekkelse i disse aktivitetene
- 1 Ikke i stand til å fungere selvstendig i disse aktivitetene, men vil fortsatt kunne delta i noen, synes å fungere normalt ved tilfeldig møte
- 2 Vil ikke forvente selvstendig fungering utenfor hjemmet. Fremstår som bra nok til å bli tatt med på aktiviteter utenfor eget hjem
- 3 Vil ikke forvente selvstendig fungering utenfor hjemmet. Fremstår som for dårlig til å bli tatt med på aktiviteter utenfor eget hjem

Hjem og fritidsinteresser

- 0 Hjemmeliv, fritidsinteresser og intellektuelle interesser er godt bevart
- 0,5 Hjemmeliv, fritidsinteresser og intellektuelle interesser er lett svekket
- 1 Lett, men avgjort svikt i evnen til å fungere hjemme, vanskeligere husarbeid er oppgitt, mer kompliserte hobbyer og interesser er oppgitt
- 2 Kun enklere husarbeid er opprettholdt, svært begrensede interesser. Interessene er dårlig opprettholdt
- 3 Ingen fungering av betydning i hjemmet

Egenomsorg

- 0 Helt selvhjulpen med egenomsorg
- 0,5 Helt selvhjulpen med egenomsorg
- 1 Trenger påminning om å stelle seg selv
- 2 Trenger hjelp til personlig hygiene, påkledning og til å ta vare på personlige eiendeler
- 3 Trenger mye hjelp til personlig omsorg, ofte inkontinens

Hukommelse er primærkategori, og alle de andre er sekundære kategorier (SK). KDV = Hukommelse (H), hvis minst tre andre kategorier har samme skår som hukommelse. Hvis tre eller flere SK har en høyere eller lavere skår enn H, så er KDV = flertallet av de sekundære kategoriene, uansett på hvilken side av H det er

flest SK. Hvis tre SK skåres på den ene siden av H og to sekundære kategorier skåres på den andre siden av H, så er KDV = H.

Vurdering- Følgende skala benyttes:

- 0 = ingen demens
 0,5 = usikker eller lett svikt
 1 = lett demens
 2 = moderat demens
 3 = alvorlig demens

BARTHEL ADL-INDEKS

Mahoney FI, Barthel DW. Maryland State Med J 1965;14:61-65.

Denne norske versjonen er redigert i 2008 av Ingvild Saltvedt, Jorunn L. Helbostad, Unni Sveen, Pernille Thingstad, Olav Sletvold og Torgeir Bruun Wyller på grunnlag av flere tidligere norske oversettelser og med hovedvekt på originalpublikasjonen fra 1965.

Navn: _____

J.nr.: _____

Fødselsår/dato: _____

Dato utfylt: _____

Utfylt av: _____

GENERELT

Barthel ADL-indeks er først og fremst beregnet på å bli brukt av sykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter i deres daglige kontakt med pasientene. Det skal registreres hva pasienten faktisk gjør, ikke hva man tror vedkommende kan mestre. Skår representerer grad av uavhengighet av hjelp fra annen person. Hvis det er nødvendig med tilsyn, er personen **ikke** uavhengig, men hvis en aktivitet mestres med hjelpemidler **er** personen uavhengig i denne aktiviteten. For personer uten vesentlig mental svikt (MMSE > 20) og i en stabil klinisk situasjon, er egenrapportert Barthel vanligvis pålitelig. For øvrig kan man som regel regne med at en skår basert på familie og andre med nær kjennskap til personen også er pålitelig.

1. Spising

- 2 Helt selvhjulpen. Kan bruke nødvendige hjelpemidler og spiser innen rimelig tid
- 1 Behov for noe hjelp, f.eks. til å skjære opp maten
- 0 Helt avhengig av hjelp

2. Bading/dusj

- 1 Helt selvhjulpen
- 0 Trenger hjelp

3. Personlig hygiene

- 1 Selvhjulpen. Klarer å vaske ansiktet, kjemme håret, pusse tenner og barbere seg
- 0 Trenger hjelp til en eller flere oppgaver

4. Påkledning

- 2 Selvhjulpen i av- og påkledning. Klarer selv glidelås, knapper og skolisser
- 1 Trenger hjelp, men klarer halvparten innen rimelig tid
- 0 Trenger hjelp til mer enn halvparten

5. Tarmkontroll

- 2 Kontinent. Klarer selv evt. å sette stikkpille/klyx
- 1 Nedsatt kontroll og enkelte "uhell" eller trenger hjelp til evt. å sette stikkpiller/klyx
- 0 Helt inkontinent eller hyppige "uhell"

6. Blærekontroll

- 2 Kontinent. Holder seg evt. tørr ved bruk av uridom eller mestrer bruk av kateter på egen hånd
- 1 Nedsatt kontroll og enkelte "uhell" eller holder seg tørr med uridom eller kateter, men trenger hjelp for å bruke dette
- 0 Helt inkontinent eller trenger permanent kateter

7. Toalettbesøk

- 2 Selvhjulpen ved toalettbesøk eller bruk av toalettstol. Ordner klær, tørker seg, spylar toalettet eller tømmer bekken
- 1 Trenger hjelp til forflytning, klær, tørke seg
- 0 Kan ikke bruke toalett

8. Forflytning mellom seng og stol

- 3 Selvhjulpen. Klarer også å låse rullestol og bevege fotstøtte
- 2 Klarer forflytningen med litt hjelp eller tilsyn
- 1 Kan sitte, men må ha mye hjelp ved forflytning
- 0 Kan ikke sitte. Sengeliggende

9. Mobilitet

- 3 Klarer å gå 50 meter, kan bruke stokk eller krykker, men ikke annet ganghjelpemiddel
- 2 Kan gå 50 meter med rullator og/eller støtte/tilsyn av en person
- 1 Kan ikke gå, men kan kjøre rullestol uten hjelp 50 meter
- 0 Kan ikke kjøre rullestol uten hjelp

10. Trappegang

- 2 Selvhjulpen. Kan evt. bruke ganghjelpemidler
- 1 Trenger hjelp/tilsyn av en person
- 0 Kan ikke gå i trapp

Sumskår (maksimal skår 20 poeng)

GDS - Geriatrisk Depresjonsskala

Om GDS

GDS er en selvevalueringskala som avdekker depresjon hos eldre. Skalaen er et screeningsinstrument med 30 Ja/Nei spørsmål som pasienten fyller ut selv. Norske undersøkelser anbefaler skalaen brukt som intervju (1). Den ser ut til å være en meget god skala. Den anbefales også av British Geriatric Society og blir ofte brukt i internasjonale studier.

Vurdering av skalaens anvendbarhet

GDS kan med fordel anvendes av helsepersonell uten psykiatrisk spesialkompetanse. Den er robust og kan brukes blant somatisk syke eldre og lett til moderat demente pasienter.

Validitet

God validitet. En skår på > 11 indikerer depresjon; sensitivitet 84 % og spesifisitet 95 %. Dersom man øker cut off skår til > 14, er sensitiviteten 80 % og spesifisiteten 100 %⁽²⁾. For pasienter med demensdiagnose er imidlertid sensitivitet og spesifisitet noe lavere uansett cut off skår⁽³⁾.

Reliabilitet

God reliabilitet. Intern konsistens: Cronbachs alpha: 0.94⁽²⁾. Test-retest (n=20, etter en uke) er 0.85⁽²⁾. Retest i norsk undersøkelse ga en gjennomsnittlig Kappa-verdi på 0.77⁽¹⁾.

Brukervennlighet

Utfylling av skalaen tar vanligvis 10 minutter.

Konstruksjon

Endimensjonal.

Brukerveiledning

Det følger med to nesten identiske skjemaer. Hvis pasienten fyller ut skjemaet selv, gi vedkommende skjemaet uten stjerner. Erfaringer tilsier at en med fordel kan hjelpe pasienten med utfyllingen eventuelt fyller ut skjemaet selv ved å intervjuer pasienten. Det kan være i tilfeller hvor pasienten er engstelig, har nedsatt syn, er dement eller er deprimert og derfor har nedsatt utholdenhet. Et JA på spørsmålene 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26 og 28 gir en skår på 1, mens et NEI på spørsmålene 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 og 30 også gir skåre 1. Intervjuer må selv avgjøre om det er mest naturlig å tiltale pasienten med du eller De. Det får ingen betydning for resultatet hvilken tiltaleform en bruker så lenge intervjuet foregår på en respektfull måte og under rolige forhold. Gi pasienten god tid til å svare og gi rom for assosiasjoner rundt hvert spørsmål. Dersom skår > 11, bør man følge opp og utføre MADRS intervju.

Referanser

- 1) Berentsen VD, Schirmer H. Depresjoner hos geriatriske pasienter. Sosial- og helsedepartementet og Statens helse- tilsyns utviklingsprogram om alderspsykiatri, Rapport nr. 2, Sem: INFO-banken, 1995.
- 2) Yesavage JA, Brinx TL. Development and Validation of Geriatric Depression Screening Scale; A preliminary report. J Psychiatr Res 1983; 17: 37-49
- 3) Burke WJ et al. Use of Geriatric Depression Scale i dementia of the Alzheimer Type. Am Ger Society 1989; 37:856-60

Geriatrisk depresjonsskala - GDS

Pasientens navn: _____

Fødselsår/dato: _____

Dato utfyllt: _____

Utfyllt av/dato: _____

Stilling: _____

**Nedenfor finner du 30 spørsmål om hvorledes du har følt deg den siste uken.
Vær vennlig å krysse av for det svaralternativ som passer for deg.**

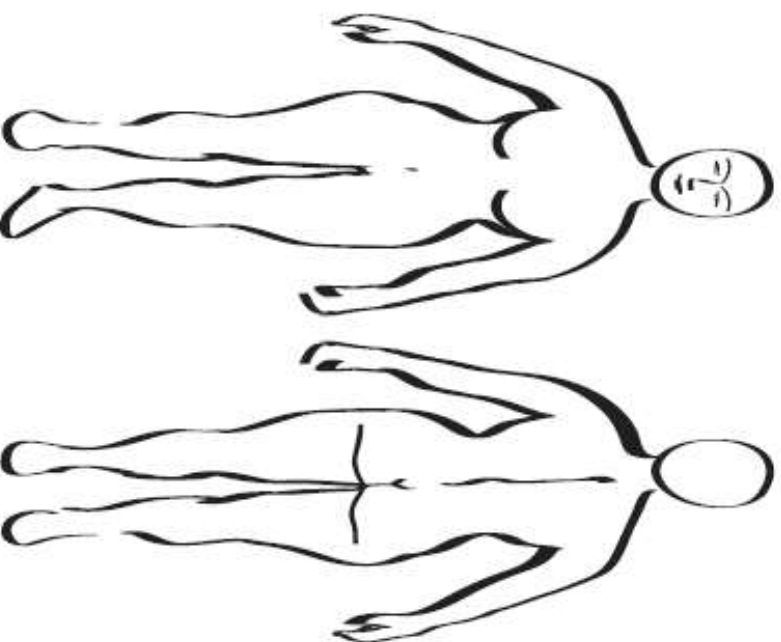
	Ja	Nei		Ja	Nei
1. Føler du deg jevnt over tilfreds med livet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Føler du deg ofte nedtrykt og ensom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Har du oppgitt eller sluttet med mange interesser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Føler du deg verdiløs slik du nå er	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Føler du at livet er tomt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Bekymrer du deg ofte over fortiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Synes du ofte at tilværelsen er kjedelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Synes du livet er spennende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ser du lyst på fremtiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Er det et tiltak å ta fatt på noe nytt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Er du plaget med tanker som du ikke får ut av hodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Føler du deg opplagt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Er du vanligvis i godt humør	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Synes du at din egen situasjon er håpløs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Er du engstelig for at det skal hende deg noe alvorlig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	23. Synes du at folk flest har det bedre enn deg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Føler du deg vanligvis lykkelig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	24. Blir du ofte forstyrret av bagateller	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Føler du deg ofte hjelpeløs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	25. Føler du ofte trang til å gråte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Føler du deg ofte urolig og rastløs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	26. Har du vansker med konsentrasjonen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Foretrekker du å være hjemme fremfor å gå ut å oppleve nye ting	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	27. Liker du å stå opp om morgenen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Er du bekymret for din egen fremtid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	28. Forsøker du å unngå sosiale sammenkomster	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Føler du at du har større problem med hukommelsen enn mange andre (jevnaldrende)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	29. Faller det deg lett å ta bestemmelser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Føler du i øyeblikket at det er godt å leve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	30. Er du like lys til sinns som tidligere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd, som kan være relatert til indre organer, hode og hud. Smerte kan oppstå på grunn av en sykdom, sår, infeksjon eller ulykker. Inkluder alle dine observasjoner fra i dag og de siste dagene (siste uken).

Smerteatferd

Bruk front- og baksiden av kroppstegningen aktivt.

Sett kryss for dine observasjoner relatert til smerteatferd (smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergeresaksjon)



Smerteintensitet

Basert på observert smerteatferd:

tolk styrken av smerteintensitet og sett kryss på linjen 0–10

6. Hode, munn, hals 0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Bryst, lunge, hjerte

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Mage – øvre del

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. Bekken, mage – nedre del

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Hud, infeksjon, sår

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Basert på alle observasjoner gi en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

MOBID-2 smerteskala

MOBILISATION – OBSERVATION – BEHAVIOUR – INTENSITY – DEMENTIA

Pasientens navn: _____

Dato: _____

Tid: _____

Avdeling: _____

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd relatert til muskulatur, ledd og skjelett under morgenstell. Observer pasienten før du starter mobilisering. Forklar forståelig det du vil gjøre. Led pasienten, og gjennomfør bevegelsene (1–5) med forsiktighet. Stopp bevegelsen om du observerer smerteatferd. Fyll ut skjemaet umiddelbart etter hver bevegelse:

Smerteatferd



Smerteintensitet

Sett et eller flere kryss for hver observasjon:

Smertelyd
*Auls
Sønner
Ynler seg
Gisper
Skriker

Ansiktsuttrykk
Grimeser
Rynker pannen
Strammer munnen
Lukker øynene

Avvegere aksjon
Skriver
Beskytter seg
Sløyver fra seg
Endringer i pusten
Knypper seg

Basert på observert smerteatferd; tolk styrken av smerteintensitet og sett kryss på linjen 0–10

avvegereaksjon, som kan være relatert til smerte

SETT GJERNE FLERE KRYSS I RUTEN(E) FOR DIN(E) OBSERVASJONER

1. Led til å åpne begge hender

0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Led til å strekke armene mot hodet

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Led til å bøye og strekke ankler, knær og hofteledd

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Led til å snu seg i sengen til begge sider

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Led til å sette seg opp på sengekanten

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Edmonton Symptom Assessment System (revidert versjon) (ESAS-r)

Vennligst sett ring rundt det tallet som best beskriver hvordan du har det NÅ:

Ingen smerte	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig smerte
<hr/>												
Ingen slapphet <i>(slapphet = mangel på krefter)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig slapphet
<hr/>												
Ingen døsigheit <i>(døsigheit = å føle seg søvrig)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig døsigheit
<hr/>												
Ingen kvalme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig kvalme
<hr/>												
Ikke nedsatt matlyst	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig nedsatt matlyst
<hr/>												
Ingen tung pust	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig tung pust
<hr/>												
Ingen depresjon <i>(depresjon = å føle seg nedstemt)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig depresjon
<hr/>												
Ingen angst <i>(angst = å føle seg urolig)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig angst
<hr/>												
Best tenkelig velvære <i>(velvære = hvordan du har det, alt tatt i betraktning)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig velvære
<hr/>												
Ingen _____ Annet problem (f.eks. forstoppelse)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig _____

Pasientens navn: _____

Dato: _____

Tidspunkt: _____

Fyll ut av (sett ett kryss):

- Pasient
- Pårørende
- Helsepersonell
- Pasient med hjelp fra pårørende eller helsepersonell