



Sykehuset Innlandet HF

HELSE  SØR-ØST



Opplæring

Ressurspersoner PRACTIC

Forskningscenter for Aldersrelatert
Funksjonssvikt og Sykdom (AFS),
Sykehuset Innlandet

Agenda

- PRACTIC studien
- Hva betyr det å være forskningsmedarbeider og ressurspersoner?
- Inklusjonskriteriene
- Skrøpeligheit – hvordan vurdere vi det?

Lunsj?

- Samtykkekompetanse – hvordan vurdere vi det?
- Gjennomgang av permen

Avsluttes kl. 15



Sykehuset Innlandet HF

HELSE SØR-ØST



Kort informasjon om PRACTIC studien

Marit Dølgaard Myren og Maria Sørnes Pedersen,
Prosjektmedarbeidere i PRACTIC

Forskningssenter for Aldersrelatert Funksjonssvikt og Sykdom (AFS),
Sykehuset Innlandet

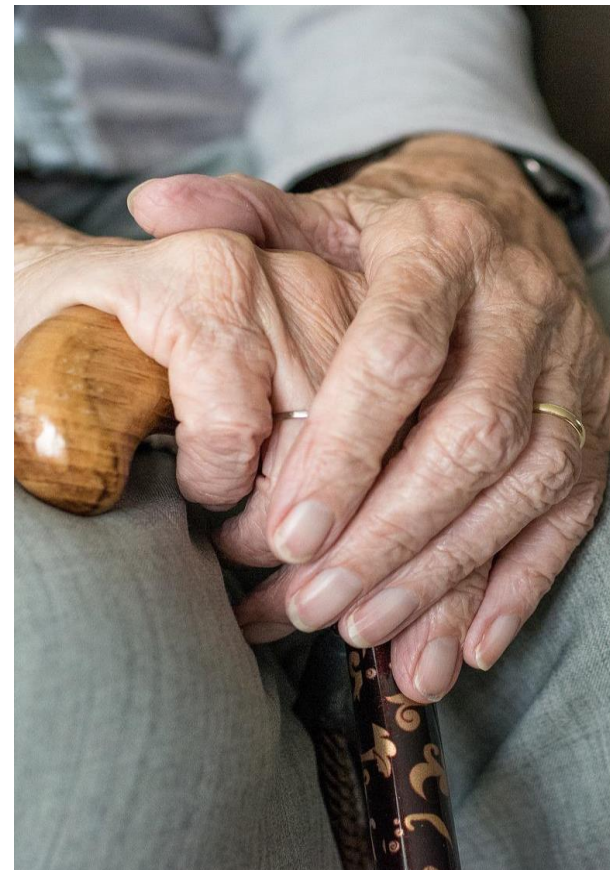
PRACTIC

PREventing and Approaching Crises
for frail community-dwelling patients
Through Innovative Care



Elisabet (86) – blitt dårligere siste 4 ukene

- Enke, bor alene i en enebolig. Ingen pårørende i nærheten
- Økende angst og falltendens siste 4 ukene, sitter for det meste i en lenestol, mer passiv, føler seg kraftløs, klarer så vidt å stelle seg
- Vekttap 6 kg siste 2 årene, stabilisert seg nå: 45 kg nå (BMI 17) - ukjent årsak (utredet for 1 år siden)
- For 4 mndr. siden fall med brudd i 2 ryggvirvler (kompresjon)
- Innlagt sykehus 2 ganger siste 2 måneder grunnet brystmerter: konkludert med angstanfall. Opphold korttidsavdeling 3 uker etter siste innleggelse.
- Flere besøk hos fastlege siste halve året pga. ryggsmarter og angst
- Har hjemmesykepleie x1 dgl. for utdeling medisiner, får levert middag – og hjelp til vask av hus. Venninne handler for henne
- **Hjemmetjenesten redd for fall, usikker på om hun burde vært på sykehjem. Elisabet ønsker ikke dette selv. Ustabil situasjon: en krise**



Hensikten

- Utvikle kunnskap om forekomsten og kjennetegn ved kriser hos sårbare (skrøpelige) personer som mottar hjemmetjenester.
- Bruke denne kunnskapen til å utvikle og tilpasse en ny modell for å forebygge eller løse kriser.

Metode – flere arbeidspakker

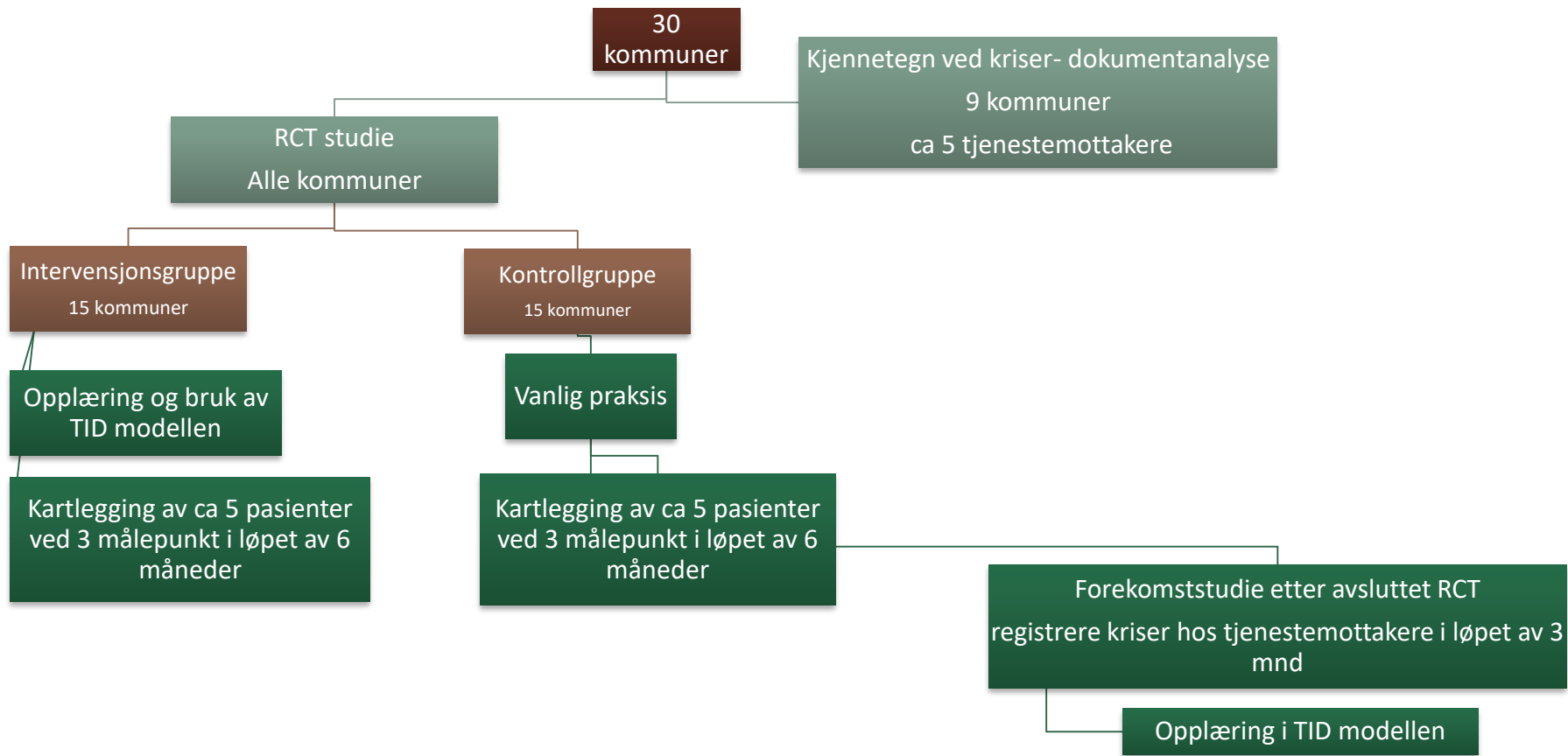


Kjennetegn og forekomst av kriser hos sårbare personer som mottar hjemmetjenester

Effekt av en personsentrert biopsykososial modell (TID-modellen) for forebygging og håndtering av kriser hos hjemmeboende

Prosessevaluering (undersøke grad av gjennomførbarhet) av intervensjonen i hjemmetjenesten med TID-modellen

Organisering og ledelse





Sykehuset Innlandet HF

HELSE SØR-ØST



PRACTIC gruppe 1- viktige datoer

Marit Dølgaard Myren og Maria Sørnes Pedersen,
Prosjektmedarbeidere i PRACTIC

Forskningscenter for Aldersrelatert Funksjonssvikt og Sykdom (AFS),
Sykehuset Innlandet

PRACTIC

PREventing and Approaching Crises
for frail community-dwelling patients
Through Innovative Care



Viktige begreper å kjenne til

- Baseline: første kartlegging av pasienten

Datainnsamler fra AFS sammen med dere (både hjemme hos bruker og på kontoret)

- 12 ukers måling (3 mnd)

Datainnsamler fra AFS ringer

- 24 ukers måling (6 mnd)

Datainnsamler fra AFS ringer

Tidsplan RCT Gr 1.	Dato fra	Dato til
Opplæring av ressurspersoner i innk	28.11.	9.12.
Innkkludering av brukere	9.1.	13.1.
Baseline	16.1.	19.1.
*Randomisering	20.1.	
Opplæring (egen plan)	23.1.	3.2.
*LPG 1 møte Intervensjon kommuner	6.3.	17.3.
12 uker måling	10.4.	14.4.
LPG 2 møte Intervensjon kommuner	1.5.	12.5.
24 ukers måling	26.6.	30.6.
Intervju med brukere og pårørende i	aug.23	

Økonomisk kompensasjon

Prosjektet dekker:

- **Kr 10 000** for lønnsutgifter i forbindelse med inkludering av brukere til alle arbeidspakker (engangssum).
- **Kr 50 000** for å frigjøre tid til oppgaver for forskningsmedarbeider (engangssum).

Hva betyr det å være forskningsmedarbeider?

- Vår hovedkontakt, «bindeleddet» mellom AFS og kommunen
 - Koordinere og støtte opp om ressurspersonene
 - Delta i opplæring før oppstart
 - Bidra til rekruttering og inkludering av brukere og datainnsamling (alle arbeidspakker)
- Tilpasning av TID modellen (Intervensjonskommuner)
 - Delta i lokal prosjektgruppe (minimum 2 møter)
- Gjennomføring av forekomststudien (kontrollkommuner)
- Samarbeide med fastlege, hjemmetjeneste, sykehjem om innhenting av journalopplysninger (kun aktuelt for 9 kommuner)

Stikkordsoversikt forskningsmedarbeider, kap 1

Kjære forskningsmedarbeider

Vi setter stor pris på å ha deg med på laget! Forskningscenteret for aldersrelatert funksjonssvikt og sykdom (AFS) samarbeider med 30 kommuner om gjennomføringen av PRACTIC studien. Kommunene som deltar i PRACTIC vil bidra til utvikling av ny kunnskap og egen læring om kriser, og om hvordan kriser best kan forebygges og tilnærmes. PRACTIC studien består av tre arbeidspakker.

Arbeidspakke 1 - Kjennetegn og forekomst av kriser hos sårbare personer som mottar hjemmetjenester

Arbeidspakke 2 - Effekt av en personsentrert biopsykososjal modell (en tilpasset utgave av TID-modellen) for forebygging og håndtering av kriser hos hjemmeboende (en kontrollert randomisert studie)

Arbeidspakke 3 - Gjennom en prosessevaluering undersøke gjennomførbarhet av den tilpassede TID-modellen i hjemmetjenesten.

Hva kan du forvente deg som forskningsmedarbeider?

Vi håper at denne oversikten vil gi deg et overblikk over oppgavene du har i PRACIC studien.

Gjennomføring av den randomiserte kontrollerte studien

Baseline kartlegging

Kartlegging

- Ved kartlegging av brukerne er det hensiktsmessig at den som kjenner brukeren best deltar i dette arbeidet. Når brukere er inkludert i studien bistår forskningsmedarbeider med å finne de ansatte som kjenner brukeren best til å bistå til kartleggingen, og at det blir frigjort tid til dette for den ansatte. Hoveddelen av kartleggingen gjøres av ansatte, og dette kan gjennomføres i tjenestens egne lokaler.
- **Avtale tidspunkt for kartlegging**
- Deler av kartleggingen forgår hjemme hos brukeren. Ansvar for å avtale tidspunkt for kartlegging i henhold til utlevert tidsplan. Tidspunktet skal passe for bruker, helst nærmeste pårørende, datainnsamler fra AFS, ressursperson og eventuelt annen ansatt fra tjenesten (som kjenner pasienten godt). Kartleggingen vil bestå av spørsmål om egenvurdert helse hos brukeren og egendefinerte mål, tidsbruk estimert til 1-1,5 time.

Hva betyr det å være ressursperson?

(3-4 per sone/avdeling)

- Delta på opplæring for ressurspersoner, 1 dag
- Samarbeidspartnere med forskningsmedarbeider i kommunen og AFS
- Bidra til gjennomføringen av intervensjonen
 - inkludering av brukere (innhente samtykke, føre lister)
 - kartlegging av brukere (3 målepunkt)
- TID administratorer (i intervensjonskommuner)
 - ekstra opplæring i TID modellen
 - overordnet ansvar? for gjennomføring av TID modellen
 - delta i lokal prosjektgruppe (minimum 2 møter)

Bakgrunn - Kunnskapsgrunnlag



- **Det finnes lite litteratur** som i detalj utforsker kriser for sårbare hjemmeboende
- **Vi vet lite om forekomsten av kriser** og hva som er de vanligste utløsende årsakene (triggere) til kriser for personer som bor hjemme
- **Det er lite kunnskap** om intervensjoner i hjemmebasert tjenesten rettet mot sårbare personer med multimorbiditet

Definisjon av krise

En kritisk situasjon eller symptomer som krever umiddelbar og ny handling










Skrøpelighet (frailty)

- Ved økende alder øker forekomsten av sykdommer, medikamentbruk, underernæring, muskelsvekkelse og redusert fysisk og kognitiv funksjon
- Grad av skrøpelighet kartlegges ved bruk av **Clinical Frailty Scale**
- Minst tre av følgende kjennetegn
 - lavt fysisk funksjonsnivå
 - redusert gripestyrke
 - følelse av utmattelse
 - redusert ganghastighet
 - utilsiktet vekttap

En tilstand der kroppens motstandskraft mot sykdom, stress og belastninger er svekket.

Skrøpelighet - hvordan vurdere vi det?

Bruk av Clinical Frailty Scale

Clinical Frailty Scale	Norsk versjon
 <p>1. Veldig sprek. Personer som er robuste, aktive, energiske og motiverte. De trener vanligvis regelmessig, og er blant de mest spreke i aldergruppen.</p>	 <p>7. Alvorlig skjøpelig. Disse personer er helt avhengig av hjelp til personlig pleie både av fysiske eller kognitive årsaker. De er ellers stabile, og har ikke stor risiko for å dø ıla en 6 måneders periode</p>
 <p>2. Sprek. Personer som ikke har aktive sykdomssymptom, men er mindre spreke en kategori 1. De kan trene og være veldig aktive av og til, eks sesongpreget.</p>	 <p>8. Svært alvorlig skjøpelig. Held avhengig til alle gjøremål, nærmer seg livets slutt. Typisk er at de ikke kommer seg selv etter mindre akutte hendelser.</p>
 <p>3. Klarer seg bra. Personer hvis medisinske problem er godt kontrollert, men er ikke regelmessig aktive foruten vanlig gange.</p>	 <p>9. Terminalt syk. I livets sluttfase. Kategorien kan brukes der levetidsiktene med stor grad av sikkerhet er < 6 mnd. Selv om de ikke kan kalles «frail» (skjøpelig)</p>
 <p>4. Sårbar. Selv om de ikke er avhengig av daglig hjelp fra andre, vil symptomer begrense aktiviteter. De klager ofte over at de «svekkes» og blir fort slitne og trøtete ıla dagen.</p>	<p>Vurdering av skjøpeligheit hos mennesker med demens.</p> <p>Grad av skjøpeligheit sammenfaller med grad av demens. Vanlige symptom på mild demens omfatter det å glemme detaljer rundt en nylig hendelse, men fremdeles evne å kunne huske selve hendelsen, å gjenta de samme spørsmålene / hendelsene og sosial tilbaketrekking.</p> <p>I moderat demens er korttidsminnet svært svekket, selv om de tilsynelatende kan huske hendelser fra tidligere i livet. De kan ivareta egenomsorgen under veiledning.</p> <p>Ved alvorlig demens må de ha hjelp til all egenomsorg.</p>
 <p>5. Lett skjøpelig. Disse er klart langsomme, og trenger hjelp til mer komplekse daglige aktiviteter (finanser, transport, vask og rengjøring, medikamenter). Vanligvis vil gruppen i økende grad ha problem med å handle eller gå utenfor huset alene, lage måltider og ordne i hjemmet.</p>	
 <p>6. Moderat skjøpelig. Personer som må ha hjelp til alle aktiviteter utenfor hjemmet og med å stille hjemmet. De har problem med trapper, trenger hjelp til bading og kan trenge litt hjelp til å kle seg.</p>	

K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.

Oversatt til norsk januar 2018 av Hans Flaatten (dr.med) og Britt Sjøbø (MSc), Intensivmedisinsk seksjon, Kirurgisk serviceklinikk, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen, Norge.

Gode råd til deg som bruker Clinical Frailty Scale

Clinical Frailty Scale (CFS) ble opprinnelig laget for å oppsummere resultatet av en bred geriatrisk vurdering. Den brukes nå ofte som et prioriteringsverktøy for å kunne ta viktige kliniske avgjørelser. Det er derfor helt nødvendig at skalaen brukes korrekt.

#1 Det handler om utgangspunktet

Hvis personen du vurderer er akutt syk, skal du skåre hvordan vedkommende fungerte for 2 uker siden, ikke hvordan personen fungerer nå.

#2 Ta en grundig sykehistorie

CFS er et objektivt klinisk vurderingsverktøy. Skrøpelighet må observeres, beskrives og måles – det er ikke en gjettelek.

#3 Stol på pasienten, men få informasjonen bekreftet

Det personen du vurderer forteller er viktig, men bør sammenholdes med informasjon fra familie/omsorgspersoner. CFS er et vurderingsbasert verktøy, slik at du må kombinere det du blir fortalt med observasjoner og din kliniske erfaring fra arbeid med eldre.

#4 Kun 65+

CFS er ikke validert for personer under 65 år eller for de med stabil sykdom i ett organsystem. Det er likevel viktig å dokumentere hvordan en person beveger seg, fungerer i dagliglivet samt opplever egen helse. Dette kan bidra til en individualisert skrøpeligheitsvurdering.

#5 Terminalt syke (CFS 9)

For personer som virker å være nær døden vil nåværende status (det at de er døende) trumfe vurderingen av hvordan de fungerte i utgangspunktet.

#6 Medisinske problemer øker ikke automatisk skåren til CFS 3

Personer som ikke plages av symptomer og der sykdom(mene) ikke påvirker dem i hverdagen, kan være CFS 1 eller 2 om de er aktive og selvhjulpne.

#7 Ikke glem «sårbare» (CFS 4)

Personer i denne kategorien er selvhjulpne (selv om de kan trenge hjelp til tungt husarbeid), men klager ofte over at de er blitt langsomme. De blir stillesittende og har dårlig symptomkontroll.

#8 CFS fungerer også ved demens

Funksjonstapet ved demens følger et lignende mønster som ved skrøpelighet; mild, moderat og alvorlig demens tilsvarer ofte CFS 5, 6 eller 7. Dersom du ikke vet hvor alvorlig demenssykdommen er, skåres CFS som vanlig.

#9 Fokusér på endring i funksjon

Når du vurderer mer komplekse aktiviteter i dagliglivet (som matlaging, håndtering av økonomi og hushold) bør du fokusere på om det er *endringer* i funksjon. En person som aldri har utført en spesifikk oppgave, men basert seg på at noen andre gjør det, kan ikke beskrives som hjelpetrengende siden vedkommende ikke vet hvordan oppgaven utføres.

Inklusjons- og eksklusjonskriterier tjenestemottakere

Inklusjonskriterier

1. Har behov for hjemmebaserte tjenester
2. En skår 5 eller høyere på the [Clinical Frailty Scale](#) (indikerer lett, moderat eller alvorlig skrøpelighet)
3. Vurdert av hjemmebaserte tjenester som å være i en ustabil situasjon med høy risiko for en akuttinnleggelse på sykehus eller sykehjem, eller motsetter seg omsorg/behandling

Eksklusjonskriterier

1. Forventet kort levetid (<4 uker)

Inklusjons- og eksklusjonskriterier pårørende og ansatte

Inklusjonskriterier pårørende

1. Den personen som tjenestemottakeren definerer som sin nærmeste pårørende
2. Regelmessig kontakt med tjenestemottakeren (minst en gang i uken)

Inklusjonskriterier ansatte

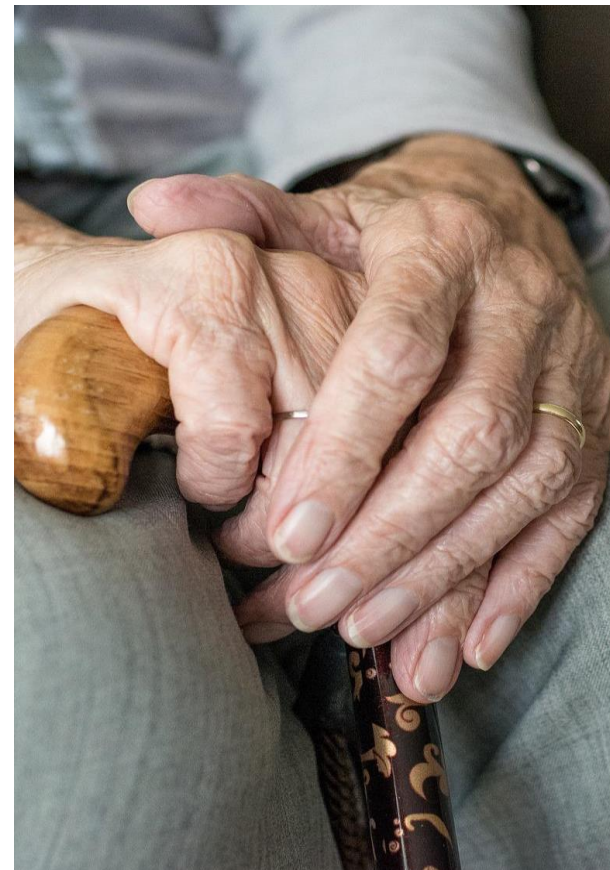
1. Ansatte i hjemmebaserte tjenester som er direkte involvert i stell av og omsorg for tjenestemottakeren

Case

- Jobb sammen 2 og 2 – bruk Clinical Frailty Scale (CFS) og finn så en skår utfra casen om Elisabet.

Elisabet (86) – blitt dårligere siste 4 ukene

- Enke, bor alene i en enebolig. Ingen pårørende i nærheten
- Økende angst og falltendens siste 4 ukene, sitter for det meste i en lenestol, mer passiv, føler seg kraftløs, klarer så vidt å stelle seg
- Vekttap 6 kg siste 2 årene, stabilisert seg nå: 45 kg nå (BMI 17) - ukjent årsak (utredet for 1 år siden)
- For 4 mndr. siden fall med brudd i 2 ryggvirvler (kompresjon)
- Innlagt sykehus 2 ganger siste 2 måneder grunnet brystmerter: konkludert med angstanfall. Opphold korttidsavdeling 3 uker etter siste innleggelse.
- Flere besøk hos fastlege siste halve året pga. ryggsmarter og angst
- Har hjemmesykepleie x1 dgl. for utdeling medisiner, får levert middag – og hjelp til vask av hus. Venninne handler for henne
- **Hjemmetjenesten redd for fall, usikker på om hun burde vært på sykehjem. Elisabet ønsker ikke dette selv. Ustabil situasjon: en krise**



Samtykkekompetanse – hvordan vurderer vi det?

- **Hva er samtykkekompetanse:**
 - ✓ evne til å forstå **(F)** informasjonen som blir gitt,
 - ✓ anerkjenne at det gjelder en selv **(A)**,
 - ✓ kunne resonnerer (til en viss grad) om fordeler og ulemper med å takke ja til å delta **(R)**,
 - ✓ og kunne uttrykk et valg om dette **(V)**.

FARV

Samtykkekompetanse – hvordan vurderer vi det?

- **Vurderingen** handler om å undersøke om brukeren/pasienten
 - ✓ **forstår** hva det innebærer for seg selv å delta i forskningen, eventuelle fordeler og ulemper med å delta,
 - ✓ og kunne **utrykke et valg** om å delta eller ikke dvs. si ja eller nei til å delta

Samtykkekompetanse – hvordan vurderer vi det?

- **Vurderingen i praksis:**

- I utgangspunktet er alle voksne samtykkekompetente til å delta eller ikke i forskning (eller til å motta eller si nei til helsehjelp).
- Vurdering må gjøres når man er i tvil om dette er tilfellet f.eks. ved demens.
- Vurderingen gjøres ved å be bruker/pasient om å gjenta med egne ord den informasjonen som gis om prosjektet (eller helsehjelpen) for å sjekke om personen har **forstått hva dette innebærer for vedkommende selv**. Og for å se om personen klarer **å uttrykke et valg** dvs. si ja eller nei til å delta (**FARV**).

Samtykkekompetanse – hvordan vurderer vi det?

- Dersom bruker/pasient ikke har samtykkekompetanse i forhold til å delta i forskningsprosjektet, kan pårørende samtykke på vegne av bruker/pasient

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE PROSJEKTET PRACTIC

JEG ER VILLIG TIL Å DELTA I PROSJEKTET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

STEDFORTREDENDE SAMTYKKE

Som nærmeste pårørende til _____ (Fullt navn) samtykker jeg til at hun/han kan delta i prosjektet.

Sted og dato

Pårørendes signatur

Pårørendes telefonnummer

Pårørendes navn med trykte bokstaver

JEG BEKREFTER Å HA GITT INFORMASJON OM PROSJEKTET

Sted og dato

Signatur

Rolle i prosjektet

Case – samtykkekompetanse Elisabeth

- Jobb sammen 2 og 2 –og vurder pasientens samtykkekompetanse utfra casen
- Har Elisabeth samtykkekompetanse når det gjelder helsehjelpen som omhandler omsorgsnivå (dvs. bo hjemme eller på sykehjem)? Bruk FARV-regelen her.

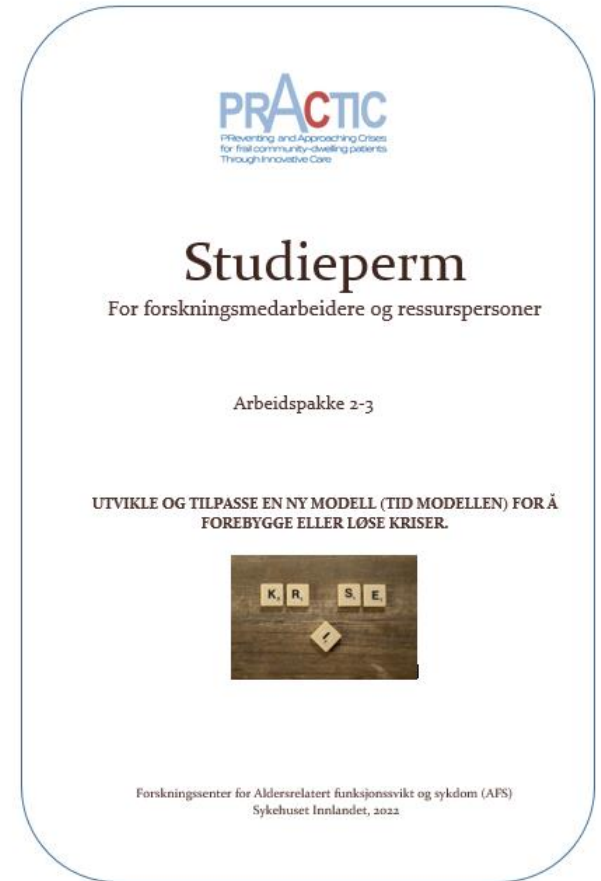
Elisabet (86) – blitt dårligere siste 4 ukene

- Enke, bor alene i en enebolig. Ingen pårørende i nærheten
- Økende angst og falltendens siste 4 ukene, sitter for det meste i en lenestol, mer passiv, føler seg kraftløs, klarer så vidt å stelle seg
- Vekttap 6 kg siste 2 årene, stabilisert seg nå: 45 kg nå (BMI 17) - ukjent årsak (utredet for 1 år siden)
- For 4 mndr. siden fall med brudd i 2 ryggvirvler (kompresjon)
- Innlagt sykehus 2 ganger siste 2 måneder grunnet brystmerter: konkludert med angstanfall. Opphold korttidsavdeling 3 uker etter siste innleggelse.
- Flere besøk hos fastlege siste halve året pga. ryggsmertner og angst
- Har hjemmesykepleie x1 dgl. for utdeling medisiner, får levert middag – og hjelp til vask av hus. Venninne handler for henne
- Hjemmetjenesten redd for fall, usikker på om hun burde vært på sykehjem. Elisabet ønsker ikke dette selv. **Ustabil situasjon: en krise**
- Elisabeth benekter ved samtale at hun har tendens til å falle, og mener ryggsmertene ikke skyldes noe brudd da hun ikke har falt slik hun blir fortalt. Hun ønsker ikke hjemmetjenesten velkommen lenger, og vil ordne medisinene selv.



Gjennomgang av studiepermen

Studiepermen og litt praktisk informasjon



Gjennomgang av studiepermen

- Kp1: PRACTIC
- Kp2: Inkludering av pasienter
- Kp3: Innhenting av samtykke
- Kp4: Datasett pasient (CRF 2 og 3)
- Kp5: Datasett påførende (CRF 4)
- Kp6: Datasett ansatte (CRF 1)
- Kp7: Om oss AFS, SI

Oppgaver for dere som ressurspersoner

- Informer om studien. Informasjonsskriv
- Innhent samtykke. Samtykkeskriv **kapittel 3 i permen.**

Samtykke sendes AFS i egen konvolutt (ferdig frankert) – vedlagt permen.

- Ta kopi av samtykkeskjemaet til tjenestemottaker. Kopi lagres i journal.

Sjekkliste

Sjekkliste før datainnsamling

Det er viktig at du kjenner godt til pasientens atferd, psykiske symptomer og daglige funksjonsnivå de siste ukene før du blir intervjuet. Snakk med kollegaer om du er i tvil. Dere vil bli spurt om symptomer som inngår i skjemaene: NPI, CFS, P-ADL, I-ADL, QUALID, GMHR, KDV, MDS, RUD, VAS-smerte så det kan være lurt å lese gjennom disse skjemaene på forhånd. Disse skjemaene ligger vedlagt i permene dere får.

NB: Dere skal ikke fylle ut disse skjemaene på forhånd før intervjuet. Men vi anbefaler at dere innhenter informasjon om punktene under i forkant av intervjuet, slik at dere er godt forberedt.

Opplysninger om brukeren

- Kun ved baseline (første måling): ta med Clinical Frailty Scale resultatet fra inklusjon: _____
- Ha klar liste med deltaker nr. initialer og kommune nr. _____
- Har pasienten samtykket selv eller pårørende på vegne av pasienten _____
- Alder _____
- Sivilstand, boform _____
- Utdanning _____
- Yrke _____
- Nærmeste pårørende _____
- Sykdommer _____
- Ha klar oversikt over faste medisiner (utskrift av medisinliste til baseline og oppdatert utskrevet medisinliste til telefonintervju ved 12 uker og 24 ukers måling) _____

Pasientens bruk av helsetjenester

- Oversikt over pasientens sykehusinnleggelses, akuttmottak, siste måned, varighet, avdeling og årsak (diagnose) _____

- Behandling av fastlege, fysioterapeut, ergoterapeut, sosionom/sosialarbeider, geriater, nevrolog, psykiaterpsykolog eller annet (spesifiser) siste måned, antall besøk (antall besøk for hver type behandling) _____

- Hvilke tjenester/service har pasienten mottatt siste måned, antall besøk og sammenlagt tid for hver tjeneste (hjemmesykepleie, praktisk bistand i hjemmet, matombringning, dagsenter, transport (betalt av det offentlige), annet _____

Datsett pasient CRF 2 (hjemme hos bruker)

240633088 PageId:

CRF 2

ID nr: -



Innholdsfortegnelse:

EQ - 5D-SL.....	side 2-4
PRACTIC - MÅLSETTINGINTERVJU (PMD).....	side 5-13

Veiledning

- Skjemaene leses optisk og det er derfor viktig at
- det krysses av markering
 - ved feil settes kryss i riktig boks og det settes ring rundt riktig avkryssing 
 - det skrives tydelig og brukes sort eller blå penn
 - arkene ikke brettes
 - originalskjema brukes, kopi kan ikke leses optisk
 - det ved fullføring av tall, settes strek over over boksen og riktig tall skrives ved siden av  8

EQ – 5D – 5L

Hvis pasienten ikke er i stand til å svare på spørsmålene selv



Helsepersonell svarer på spørsmålene slik de tror at brukeren ville svart hvis han/hun hadde hatt mulighet til å svare

3131333003 PageLink [][][][]

EQ - 5D-5L

Under hver overskrift ber vi deg krysse av den ENE boksen som best beskriver helsen din I DAG.

Gange
Jeg har ingen problemer med å gå omkring _____
Jeg har litt problemer med å gå omkring _____
Jeg har middels store problemer med å gå omkring _____
Jeg har store problemer med å gå omkring _____
Jeg er ute av stand til å gå omkring _____

Personlig stell
Jeg har ingen problemer med å vaske meg eller kle meg _____
Jeg har litt problemer med å vaske meg eller kle meg _____
Jeg har middels store problemer med å vaske meg eller kle meg _____
Jeg har store problemer med å vaske meg eller kle meg _____
Jeg er ute av stand til å vaske meg eller kle meg _____

Vanlige gjøremål (f.eks. arbeid, studier, hutarbeid, familie- eller fritidsaktiviteter)
Jeg har ingen problemer med å utføre mine vanlige gjøremål _____
Jeg har litt problemer med å utføre mine vanlige gjøremål _____
Jeg har middels store problemer med å utføre mine vanlige gjøremål _____
Jeg har store problemer med å utføre mine vanlige gjøremål _____
Jeg er ute av stand til å utføre mine vanlige gjøremål _____

Smertes/ubehag
Jeg har verken smerter eller ubehag _____
Jeg har litt smerter eller ubehag _____
Jeg har middels smerter eller ubehag _____
Jeg har sterke smerter eller ubehag _____
Jeg har svært sterke smerter eller ubehag _____

Angst/depresjon
Jeg er verken engstelig eller deprimentert _____
Jeg er litt engstelig eller deprimentert _____
Jeg er middels engstelig eller deprimentert _____
Jeg er svært engstelig eller deprimentert _____
Jeg er ekstremt engstelig eller deprimentert _____

Norway (Norwegian) © 2009 EuroQol Group EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Group

3 / 13

5995333003 PageLink [][][][]

- Vi vil gjerne vite hvor god eller dårlig helsen din er i DAG
- Denne skalaen er nummerert fra 0 til 100
- 100 betyr den beste helsen du kan tenke deg
0 betyr den dårligste helsen du kan tenke deg
Sett en X på skalaen for å angi hvordan helsen din er i DAG
- Skriv deretter tallet du merket av på skalaen inn i boksen nedenfor

HELSEN DIN I DAG = [][][]

Den beste helsen du kan tenke deg

100
95
90
85
80
75
70
65
60
55
50
45
40
35
30
25
20
15
10
5
0

Den dårligste helsen du kan tenke deg

Norway (Norwegian) © 2011 EuroQol Group. EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Group

4 / 13

PMI (CRF 2)

1054333885

PageLink

PRACTIC MÅLSETTINGSINTERVJU (PMI)

PRACTIC målssettingsintervju bidrar til å identifisere individuelle mål, og på en rask og enkel måte vurdere den enkeltes måloppnåelse, både før og etter tiltak. Den med synliggjores endringer. PMI kan brukes til å finne fram til felles mål satt av pasient, pårørende og tjenestene rundt personen.

Baseline Dato

12 uker Dato

24 uker Dato

Intervjuer:

TRINN 1: IDENTIFISER OMRÅDER Å ARBEIDE MED

Snakk med personen, pårørende og tjenesten om hva som er viktig for dem, og hva som kunne vært bedret rundt situasjonen til personen (se veileder for eksempler på aktuelle områder å diskutere).

TRINN 2: FASTSETT ET «SMART» MÅL 1

Bli enig om det spesifikke SMART-målet:
Spesifikt, Målbart, Akseptert, Realistisk og Tidsavgrenset

Målbeskrivelse mål 1

Beskrivelse av nåværende måloppnåelse (personen og pårørende sitt syn på den nåværende utførelse):

Beskrivelse av nåværende måloppnåelse (tjenestens syn på nåværende utførelse, hvis relevant):

5/13

4795333880

PageLink

TRINN 2: FASTSETT ET «SMART» MÅL 2 (hvis ønskelig)

Bli enig om det spesifikke SMART-målet:
Spesifikt, Målbart, Akseptert, Realistisk og Tidsavgrenset

Målbeskrivelse evt. mål 2

Beskrivelse av nåværende måloppnåelse (personen og pårørende sitt syn på den nåværende utførelse):

Beskrivelse av nåværende måloppnåelse (tjenestens syn på nåværende utførelse, hvis relevant):

TRINN 2: FASTSETT ET «SMART» MÅL 3 (hvis ønskelig)

Bli enig om det spesifikke SMART-målet:
Spesifikt, Målbart, Akseptert, Realistisk og Tidsavgrenset

Målbeskrivelse evt. mål 3

Beskrivelse av nåværende måloppnåelse (personen og pårørende sitt syn på den nåværende utførelse):

Beskrivelse av nåværende måloppnåelse (tjenestens syn på nåværende utførelse, hvis relevant):

6/13

5111333883

PageLink

TRINN 3 OG 4: SKÅRING AV ENDRINGSVILJE OG MÅLOPPÅNÅELSE

Bruk de visuelle skåringsskalaene for å forklare og gjennomføre skåringene. Noter skåringene her.

Endringsvilje: personens opplevelse av egen endringsvilje/motivasjon for å nå målet.

1 = Ikke klar for å arbeide med målet

10 = svært klar for å arbeide med målet

Måloppnåelse: hvordan personen/tjenesten for tiden utfører aktiviteten relatert til målet

1 = kan ikke utføre eller utfører ikke

10 = kan utføre og utfører svært tilfredstillende

Mål 1	Personen/Pårørende	Tjenesten
Endringsvilje/motivasjon	<input type="text"/>	Ikke relevant
Måloppnåelse ved oppstart	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Måloppnåelse etter 12 uker	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Måloppnåelse etter 24 uker	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Mål 2 (hvis ønskelig)	Personen/Pårørende	Tjenesten
Endringsvilje/motivasjon	<input type="text"/>	Ikke relevant
Måloppnåelse ved oppstart	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Måloppnåelse etter 12 uker	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Måloppnåelse etter 24 uker	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Mål 3 (hvis ønskelig)	Personen/Pårørende	Tjenesten
Endringsvilje/motivasjon	<input type="text"/>	Ikke relevant
Måloppnåelse ved oppstart	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Måloppnåelse etter 12 uker	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Måloppnåelse etter 24 uker	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Datasett pasient (CRF 3) (på kontoret)

0696495000 Pagelink

CRF 3 - Baseline ID nr -



Innholdsfortegnelse

Sosiale forhold	side 2
Faste legemidler	side 3
Clinical Frailty Scale	side 4
The General Medical Health Rating (GMHR)	side 5
Klinisk DemensVurdering (KDV)	side 6
Spørsmål tatt fra Minimum data sett (MDS)	side 7
Helseøkonomisk spørreskjema (RUD)	side 8-9
NPI Neropsykiatrisk intervjuguide	side 10
Instrumentelle Aktiviteter i DagligLivet (IADL)	side 11
Personære Aktiviteter i DagligLivet (PADL)	side 12
QUALID Livskvalitet ved langtkommen demens	side 13-14

Veiledning

- Skjemaene leses optisk og det er derfor viktig at
- det trykkes av nøyaktig
 - ved fullt senes trykks i riktig boks og det settes ring rundt riktig anvisning
 - det skrives tydelig og brukes sort eller blå penn
 - arkene skal ikke brettes
 - originalskjema brukes, kopi kan ikke leses optisk
 - ved fyllskriving av tall, settes strek over over boksen og riktig tall skrives ved siden av

8

Datasett pårørende (CRF 4) (hjemme hos bruker, evt. telefon)

0279884817

CRF 4

Pas.nr

PRACTIC


Preventing and Approaching Crises
for frail community-dwelling patients
Through Innovative Care

Innholdsfortegnelse:

Belastningsskala - pårørende
Relatives' Stress Scale (RSS)

Veiledning

Skjemaene leses optisk og det er derfor viktig at

- det trykkes av røpabring
- ved feil settes trykkes i riktig boks og det settes røp rundt riktig anbranning 
- det skrives tydelig og brukes sort eller blå penn
- arkene ikke brettes
- originalskjema brukes, kopi kan ikke leses optisk
- det ved feilskriving av tall, settes strek over over boksen og riktig tall skrives ved siden av 8

Ved utfylling:
Runde "bokser": kun ett kryss tillatt
Firkantede bokser: flere kryss tillatt

Datsett ansatte (CRF 1)

0210199274

Papirlink

CRF 1

ID nr -



Innholdsfortegnelse:

Sosiale forhold.....	side 2
General Questionnaire for Psychological and Social factors at work (QPS-Nordic).....	side 3-5
Holdninger til demens.....	side 6
Sannvingshetsstress.....	side 7-8

Veiledning

- Spjennene leses optisk og det er derfor viktig at
 - det brukes en høyklaring
 - ved feil settes kryss i riktig boks og det settes ring rundt riktig avkryssning
 - det skrives tydelig og brukes sort eller blå penn
 - arkene ikke brettes
 - originalskjema brukes, koppi kan ikke leses optisk
 - det ved feilskriving av tall, settes strek over over boksen og riktig tall skrives ved siden av 8

Etter RCT, intervju 15 dyader

- Intervju med 15 brukere og deres pårørende i intervensjonskommunene, en stund ETTER RCT
- Kommer tilbake til informasjon ang disse intervjuene.

Ta kontakt dersom dere lurer på noe

- og ved inkludering av tjenestemottakere:

- Forskningsmedarbeider, Marit Dølgaard Myren, tlf: 979 41 480
Marit.Dolgaard.Myren@sykehuset-innlandet.no
- Forskningsmedarbeider, Maria Sørnes Pedersen, tlf: 481 85 828
Maria.Sornes.Pedersen@sykehuset-innlandet.no
- Stipendiat, Ellen Thea Gjelset Dalbak, tlf: 991 56 854,
Ellen.Thea.Gjelseth.Dalbak@sykehuset-innlandet.no
- Stipendiat, Anette Væringstad. tlf: 995 40 470,
anette.vaeringstad@sykehuset-innlandet.no



www.AFS-SI.no