

## Kartlegging og vurdering av helsetilstand for AGS

### *Demografiske data:*

Pasientens initialer, alder, kjønn. Kilde; pasient/pårørende

### *Kontaktårsak/hovedproblem:*

Pasientens egenformulering av helseproblem. En setning. Alternativt årsak til AGS vurdering; Henvist fra hjemmetjenesten, oppfølgingstilsyn osv.

### *Aktuelt:*

Symptombeskrivelse av aktuelle helseproblem. Bruk OLDCART - debut, lokalisasjon, varighet, kjennetegn, lidende og forverrende faktorer, utstråling, behandling, alvorlighetsgrad.

### *Sykehistorie:*

Tidligere sykehistorie, dato for diagnoser/operasjoner.

### *Familie/hereditet:*

Alder for debut sykdom/død hos familie der det er av relevans.

### *Allergier:*

Matallergi, pollenallergier, medisinalallergier. Beskriv reaksjon.

### *Vaksiner:*

Influenza og andre relevante. Dato for siste vaksine.

### *Laboratoriesvar/røntgenundersøkelser:*

F.eks CRP, urinprøver, kontroll rtg av lunger.

### *Sykehusinnleggelser siste 6 mnd:*

Årsak, varighet.

### *Medikamenter:*

Dosering, administrering, indikasjon.

Kartlegg bruk av reseptfrie legemidler.

Kartlegge etterlevelse av forskrevet medisin

*Stimulantia:*

Nikotin, aktuell bruk /tidligere bruk.

Alkohol, antall enheter pr dag/uke.

Andre rusmidler.

*Bosituasjon og nettverk:**Bosituasjon:*

Hus/leilighet, tilrettelagt hjemme- heis, trapper etc.

Føler pasienten seg trygg hjemme.

Sivilstatus, sosial kontakt med familie/venner, praktisk hjelp av familie/venner.

*Helsetjenester:*

Mottak av helse og omsorgstjenester; Hjemmesykepleie, praktisk bistand, dagsenter, seniorsenter, kommunale tannhelsetjenester eller andre kommunale tilbud.

Eksisterende tverrfaglig samarbeid; Fastlege, legespesialister/sykepleiespesialiser, fysioterapeut, ergoterapeut.

**Funksjon og symptomkartlegging***Generelt:*

Tretthet/utmattelse, feber, nattlig svette, kroniske smerter.

*Kognisjon og mental helse:* Bevissthetsnivå, hukommelse, nedsatt stemningsleie/depresjon, angst, forvirring, tristhet.

*Søvn:*

Antall timer pr døgn, inkludert soving på dagtid. Innsøvningsvansker. Natnlige oppvåkninger.

*Hode, ansikt, hals:*

Hode: Hodemerter, huler/hevelser hodebunn.

Øyne: Svekkelse/endring av syn, tørre/rennende øyne. Brillor.

Nese: Rennende/tett nese, endret/nedsatt luktesans.

Hørsel: Hørseltap/endringer i hørsel. Høreapparat.

Munn: Munntørrhet, munnsår, blødninger tannkjøtt, tannstatus, tannverk. Proteser.



Hals: Sår hals, stemmeforandringer, svelgeproblemer.

*Ernæringstilstand:*

Matlyst, måltidsfrekvens, innkjøp, ufrivillig vekttap.

*Lunger:*

Hoste, ekspektorat, dyspne, brystmerter.

*Kardiovaskulært:*

Brystmerter, dyspne, synkope, hjertebank, pustevansker i liggende stilling, ødemer i beina, svimmelhet, sår på beina, smerter i føtter ved gange.

*Mage/tarm:*

Kartlegg vannlatings og avføringsmønster.

Forstoppelse, diare, kvalme, oppkast, sure oppstøt, Blod/svart avføring, magesmerter.

*Nyre/urinveier:*

Trang til å late vannet raskt, nattlig vannlating, vansker med å starte vannlating, inkontinens, smerter ved vannlating, urinlekkasje, blodig urin.

*Muskel/skjelett:*

Leddmerter, hevelse/rødme ledd. Nedsatt bevegelighet av kroppsdelene. Muskelsmerter.

*Fysisk funksjon:*

Daglig fysisk aktivitetsnivå. Begrensninger i aktivitet. Ganghjelpemidler. Ustøhet/nedsatt balanse. Fallhistorikk.

*Nevrologisk:*

Lammelser, nedsatt førlighet, nedsatt gripestyrke, nummenhet, skjelvinger. Svimmelhet. Synsforstyrrelser. Endringer i språket.

*Hud:*

Tørr hud, kløe, utslett, kroniske sår, nye hudskader, hudforandringer, håravfall.

## **Klinisk undersøkelse**

Alle undersøkelser dokumenteres. Også undersøkelser som ikke hadde positive funn, altså negative funn dokumenteres. I feltene under finner dere stikkord for undersøkelser som dere skal dokumentere på. Dersom en undersøkelse ikke er utført skriver dere dette.

Dersom dere bruker kartleggingsverktøy for å vurdere funksjonsnivå dokumenteres dette også i denne delen av dokumentasjonen.

### *Generelt:*

Respirasjonsfrekvens, SaO<sub>2</sub>, blodtrykk, puls, , temperatur, evt blodsukker.

Høyde/vekt/KMI.

### *Hode, ansikt, hals:*

Hode: Inspeksjon, palpasjon.

Ører: Inspeksjon med otoskop. Hørselstest «gnidde fingre».

Ansikt: Inspeksjon. Sensasjonstest. Bevegelsestest av ansiktsmuskulatur. Bihule palpasjon.

Øyne: Inspeksjon av øyne (konjunktiva og sklera). Undersøkelse av øynenes bevegelsesmønster. Pupillerespons.

Nese: Inspeksjon med otoskop. Undersøkelse av om nesegangen er åpen som inspirasjon.

Munn: Tungebevegelser. Inspeksjon av munnhule og tunge. Inspeksjon av tanngarden.

Hals: Inspeksjon av trachea (midtstilt). Palpasjon av lymfeknuter. Vurdere nakkestyrke (mot motstand).

### *Ryggsøyle (columna):*

Inspeksjon og palpasjon av ryggsøyle

### *Lunger (thorax/pulm):*

Inspeksjon av brystkasse og respirasjonsmønster

Palpasjon av thorakal bevegelse.

Perkusjon av bakre lungfelt og identifisering av lungegrenser

Auskultasjon av bakre lungfelt.

### *Kardiovaskulært (sirkulasjon/hjerte):*

Inspeksjon hudfarge med tanke på sirkulasjon.



Inspeksjon og palpasjon hender (temperatur, clubbing, kapillærfylling,)

Inspeksjon og palpasjon underekstremitetene (ødem, farge, temperatur, sirkulasjonsvurdering)

Auskultasjon av hjerte.

Ortostatisk blodtrykk (OBS, husk dokumentasjon av puls)

*Mage/tarm:*

Inspeksjon, auskultasjon og palpasjon

*Muskel/skjelett:*

Pasientens gange til undersøkelse/under undersøkelse.

Inspeksjon etter hevelser, deformasjoner, rødhet etc.

Bevegelsesutslag; passiv og aktiv bevegelighet. Begrensninger av smerter dokumenteres.

Pasientens styrke dokumenteres (spesifikt og generelt). Husk sammenligning av sider.

*Nevrologisk:*

Inspeksjon: Dokumenter lammelser, tale/språklige utfall.

Skjelvinger, spastisitet

Sensibilitet ansikt, føtter.

Vurderinger av postural kontroll/balanse dokumenteres:

Gå/stå på tærne.

Koordinasjon.

*Hud:*

Farge, temperatur, tør/klam

Sår, utslett

## Symptomliste

Prioritert liste over de alvorligste symptomer relatert til diagnose og/eller helseutfordringer.

Eksempel: Dehydrering, ødemer i legger, sopp på tunga, nedsatt matlyst, vektnedgang, tretthet.

## AGS plan

Planen struktureres etter prioritet basert på alvorlighetsgrad.

### *Vurdering:*

Kort beskrivelse av hvordan du har identifisert det aktuelle problemområdet og hvordan du vurderer situasjonen.

Identifiser aktuelle differensialdiagnoser (hvis mulig 3 stykker).

### *Mål:*

- Hva er målet med oppfølgingen av pasienten?
- Pasientens målsetninger og ressurser (indre/ytre) vektlegges i AGS planen.

### *Oppfølgingsplan:*

- Diagnostisk utredningsplan  
Blodprøver, urinprøver diagnostiske bilder, ultralyd ol.
- Medikamentell behandlingsplan  
Starte, fortsette eller stoppe medikamenter.  
Vurder indikasjon, legemiddelrelaterte problemer. Bruk NORGEP, START/STOPP lister.  
Interaksjonsanalyse.
- Ikke medikamentelle tiltak  
Henvising til annet helsepersonell  
Sykepleietiltak
- Pasientopplæring/pårørendeopplæring  
Hvilken informasjon er gitt/planlegges å gi til pasient og pårørende.

Oppfølgingsplanen skal være konkret og vise hvordan AGS og/eller annet helsepersonell skal følge opp pasienten fremover.