

Godt plejen spør'

Hjælp til ISBAR-kommunikation

Udarbejdet af:

**Lægeklinikken Frederikshavn og
Center for Sundhed og Pleje i
Frederikshavn kommune**

1. december 2024

Indhold

Indhold	2
Forord.....	3
ISBAR - Inspiration til forberedelse og brug af metode	4
Afføringsforhold.....	5
Urinvejsinfektion (Cystitis)	6
Fald.....	7
Hjertesymptomer	8
Lungesymptomer.....	9
Ødemer	10
Startnotat på nye borgere – Plejecenter.....	11
Startnotat på nye borgere – Hjemmesygeplejen Vest.....	12
Dataindsamling til statusnotat hver 4. måned	13

Forord

Materialet 'Godt plejen spør' er udviklet af Lægeklinikken Frederikshavn i samarbejde med Center for Sundhed og Pleje (CSP) i Frederikshavn kommune, og er bygget op om kronikmodellen, som er udviklet af Lægeklinikken Frederikshavn.

I dette dokument er ISBAR metoden videreudviklet med dertilhørende refleksionsspørgsmål og opmærksomhedspunkter inden for udvalgte emner.

Derudover indeholder dokumentet et startnotat, som ønskes udfyldt af lægen på nye borgere. Det er opdelt i henholdsvis borgere på plejecentre og i hjemmeplejen. Til hver status hver 4. måned indsamles en fast ramme af data, som holdes op mod startnotatets informationer om samme problemstillinger.

Formål

Formålet med 'Godt plejen spør' er at give inspiration til forberedelse af konkrete problemstillinger opstillet efter ISBAR-metoden. Dette er for at sikre tydelige handlemuligheder fra start, så der undgås brug af unødige ressourcer i det tværsektorielle samarbejde.

Målgruppe

Sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter fra Center for Sundhed og Pleje og Center for Handicap og Psykiatri i Frederikshavn kommune, når de har et samarbejde med Lægeklinikken Frederikshavn.

Materialet er forankret i Team for Sundhedsfaglig Kvalitet (TSK) i Team udvikling, der er tilhørende CSP.

Ønsker til ændringsforslag sendes til:

Charlotte Skjødt – crha@frederikshavn.dk

Tanja Væver – tnve@frederikshavn.dk

ISBAR - Inspiration til forberedelse og brug af metode

Materialet skal anvendes som inspiration til forberedelse af konkrete problemstillinger opstillet efter ISBAR-metoden.

Det er vigtigt at få samlet alle faggruppers centrale informationer inden videre henvendelse til praktiserende læge eller andre samarbejdspartnere, da viden er altafgørende for det videre forløb. Derved sikres tydeligere handlemuligheder fra start, og der undgås brug af unødige ressourcer i det tværsektorielle samarbejde.

Forberedelse

ISBAR er en tjekliste til at sikre kommunikation om borgers helbredstilstand og behandling. Det er vigtigt, at du som medarbejder forbereder dig, før du kontakter din samarbejdspartner, så alle relevante oplysninger videreformidles rettidigt.

Kommunikation

Ud over at være en tjekliste, er ISBAR også et kommunikationsværktøj, der hjælper med at sikre klare arbejdsgange for overleveringer, så alle relevante informationer deles.

Det er vigtigt, at du anvender ISBAR i din kommunikation, da redskabet kan være med til at forebygge fejl.

FORBERED DIG INDEN DU RINGER

- **Vurder borgers situation**
- **Overvej, hvem det er relevant at kontakte**
- **Læs de nyeste observationer og relevante helbredstilstande**
- **Hav relevante oplysninger klar som fx:**
 - Målinger og observationer (TOBS, ABCDE)
 - Medicinliste og eventuel CAVE
 - Nuværende sygepleje
 - Nuværende hjælp til personlig pleje og praktisk hjælp
 - Andre relevante oplysninger som fx. generelle oplysninger, madservice, hjælpemidler, bolig mv.
 - Aftale om/stillingtagen til genoplivning

Anvend ISBAR, når du kontakter sygeplejerske/læge

ISBAR

I	Identifikation Sig dit navn, din funktion og din gruppe - "Mit navn er ... , jeg er social- og sundhedsassistent i område ..." Sig borgerens navn, cpr.nr. og adresse - "Jeg ringer vedrørende ... , cpr.nr. ..."
S	Situation Beskriv situationen - "Jeg ringer fordi ...", "Jeg har observeret følgende ændringer i borgerens funktionsniveau eller i borgerens helbredstilstand ..." "Jeg har lavet en TOBS, der viser, at borger ligger uden for normalværdien i følgende værdier og observationer ..." "Jeg har lavet en TOBS med følgende målinger og observationer (ABCDE) ..."
B	Baggrund Præsenter kort borgerens situation (sygdomshistorie, tiltag indtil nu)
A	Analyse Giv din vurdering af problemet "Jeg er usikker på, hvad problemet er?" eller "Jeg mener, at problemet er ..."
R	Råd Afklar hvilke råd og faglig plan, der skal forsøges i den videre behandling. "Hvad synes du, vi skal gøre?", "Hvad skal vi observere og vurdere?", "Hvem gør hvad?", "Hvornår skal vi tales ved igen?"

Afføringsforhold

For at tage stilling til henvendelser vedrørende ændringer i afføringsmønster, skal der kommunikeres i henhold til ISBAR med inspiration fra følgende:

Situation

- Hvilken ændring er der tale om og gennem hvor lang tid?
- Hvad er nuværende BSC (Bristol Chart, se figur med afføringsstyper) herunder hyppighed, estimeret volumen og farve?
- Er der mistanke om frisk eller gammelt blod (melæna)?
- Observeres der friske hæmorider eller hudflapper (mariskdannelse)?
- Er der smerter ved udskillelse (defækation) eller abdomensmerter?
- Forekommer der nattesved, vægttab, flanksmerter, feber, kulderystelser, kvalme/opkast, slim i afføringen eller almen påvirkning, skal der udføres TOBS, og der tages telefonisk kontakt til læge



The Bristol Chart (BSC)

Type 1-2 indikerer forstoppelse.
Type 3-4 indikerer ideel afføring.
Type 5-7 nærmer sig eller er diarré.

Baggrund – sygdomshistorie og tiltag indtil nu

- Vanligt mobilitetsniveau og ADL (almindelig daglig levevis)
- Kontinensforhold
- Hygiejniske forhold
- Væskeindtag
- Er ændringer i afføringsmønstret en tilbagevendende problematik
- Er der komplicerende dementielle forhold
- Er der bekendte gastrointestinale lidelser
- Hvad er aftalen vedr. sundhedsfaglige beslutninger, habilitet, pårørende tlf. nr.?

Analyse – giv din vurdering

- Det vurderes på det foreliggende at kunne afvente...
- Sammenhængende vurderes det at være...
- Intensiveret væske og svesketerapi forsøges
- Klyx foreslåes
- Majstest efter anvisning fra læge. Registrer hvor mange timer der går før indgivet majs kommer til syne i afføringen

Råd/Plan

- Afgør hvilke råd og faglig plan, der skal forsøges i den videre behandling
- Der vurderes behov for laksantia
- Der vurderes behov for supplerende undersøgelse

Urinvejsinfektion (Cystitis)

For at tage stilling til henvendelser vedrørende mistanke om urinvejsinfektion, skal der kommunikeres i henhold til ISBAR med inspiration i følgende:

Situation

- Beskrivelse af urinens udseende (fx farve, grumset, blod)
- Varighed af symptomer
- Nuværende væskeindtag
- Er der bydende trang eller hyppige vandladninger?
- Er der smerter relateret til vandladningen eller omkring blæreregionen (suprapubiske)?
- Forekommer der flanksmerter, feber, kulderystelser, kvalme, opkast eller almen påvirkning, skal der udføres stix, TOBS og der tages telefonisk kontakt til læge
- NB. ildelugtende og grumset urin kan være tegn på dehydrering. Udfør evt. hudturgor (hudfolds test).

Baggrund – sygdomshistorie og tiltag indtil nu

- Komplicerende forhold: recidiverende (gentagende UVI), KAD/RIK-bruger, kontinens-, hygiejniske- og hormonelle forhold
- Væskeindtag
- Hvad er aftalen vedr. sundhedsfaglige beslutninger, habilitet, pårørende tlf. nr.?

Analyse – giv din vurdering

- Kan på baggrund af det foreliggende vente ...
- Kan ikke vente på resistenssvar under øget intensiveret væsketerapi og optimering af hygiejne fordi fx feber, flanksmerter, erfaring...
- Atypisk UVI: symptomer som konfusion, mavesmerter, svimmelhed eller ildelugtende urin, skal uddybes med perspektivering på, hvorfor det alligevel tolkes som UVI: fx svære dementielle forhold, tidligere overbevisende (eklatant) antibiotikaeffekt på lignende symptomer på anførte datoer og andet vurderet af faglig relevans

Råd/Plan

- Afgør hvilke råd og faglig plan, der skal forsøges i den videre behandling
- Der tages urinprøve fra: midtstråle-urin efter 2 timers tilstedeværelse i blære
- Korrekt opbevaret urinprøve i rent engangsbæger opbevaret under 4 timer ved stuetemperatur eller i borsyreglas afleveres i Lægeklinikkens postkasse før kl. 14 til D+R (dyrkning og resistens bestemmelse).
Husk at udfylde [Urinprøveskema til almen praksis](#) ved indlevering af urinprøve. Skemaet findes i [WIKI under skemaer](#).
- Atypisk UVI: urin dyrkes ikke med mindre særlige forhold gælder, tiden ses an i forhold til øgning af væskeindtag (igangsat væskeskema i 3 dage), forbedret hygiejne og plan for opfølgning for forebyggende tiltag. Borger kan evt. oplæres i korrekt nedre hygiejne.
- Kontakt evt. visitationen med henblik på korrekte ydelser.

Fald

For at tage stilling til henvendelser vedrørende fald, skal der kommunikeres i henhold til ISBAR med afsæt i følgende:

Situation

- Detaljeret faldanamnese og beskrivelse af gangfunktion, gerne om det fx drejer sig om snublefald eller forbigående totalt bevidsthedstab (synkope)
- Stræk, Smil, Snak habituel (symptomer på blødning eller blodprop i hjernen)
- Evt. Score for Glasgow Coma Scale
- Evt. Grov neurologisk undersøgelse
- Orienteret i tid, sted og egne data og kan huske 3 ord fra start til slut af samtalen
- Særlige omstændigheder omkring faldet
- Ledsagesymptomer fra hoved, hjerte, bevægeapparat herunder smerter, muskelstyrke i underekstremiteter og led bevægelighed
- Alkoholindtagelse
- Lav evt. en simpel funktionstest: "Kan du rejse dig fra stol uden brug af armlæn, gå et par skridt og vende dig?"
- Er der medicin i hjemmet, som ikke fremgår af FMK?
- TOBS mv. og der tages evt. telefonisk kontakt til læge

Baggrund – sygdomshistorie og tiltag indtil nu

- Mobiliseringsforhold
- Hjælpemidler (rollator, rette briller, tæpper, husdyr)
- Væske- og ernæringsforhold
- Er fald tilbagevendende og har det udløst frakturer?
- Komplicerende dementielle forhold i forhold til selvindsigt i funktionsniveau?
- Hvad er aftalen vedr. sundhedsfaglige beslutninger, habilitet, pårørende tlf. nr.?

Analyse – giv din vurdering

- Der vurderes behov for nærmere afklaring ...
- Faldmekanisme velforklaret og blot til orientering ...
- Det vurderes, at borger er dehydreret... og der igangsættes væskeskema
- Det vurderes, at borgers ernæringsindtag mindre end normalt

Råd/Plan

- Afgør hvilke råd og faglig plan, der skal forsøges i den videre behandling
- Der vurderes behov for faldudredning
- Medicingennemgang
- Der vurderes behov for konsultation

D. GLASGOW COMA SCALE				
VURDERING AF BEVIDSTHEDSNIVEAU			SCORE	
Øjen- åbning	Spontan åbne	4	Samlet score på 15	Indikerer normalt bevidsthedsniveau
	På tiltale	3		
	På smertestimulation	2		
	Ingen	1		
Verbal respons	Orienteret (egne data, tid og sted)	5	Samlet score på 14	Indikerer let påvirket bevidsthedsniveau
	Konfus, desorienteret	4		
	Usammenhængende, men forståelige ord	3		
	Uforståelige ord, grynt, jamren	2		
	Ingen	1		
Motorisk respons	Efterkommer opfordringer	6	Samlet score på 9-13	Indikerer moderat påvirket bevidsthedsniveau
	Lokaliserer	5		
	Afværge (flekterer)	4		
	Abnorm flektion med supination (udad-drejning af hånd)	3		
	Ekstension med pronation (indad-drejning af hånd)	2		
	Ingen	1		
Total		3-15	Samlet score på 3-8 Indikerer svært påvirket bevidsthedsniveau	
Suppler eventuelt med en grov neurologisk undersøgelse				

Suppler eventuelt med en grov neurologisk undersøgelse

D. GROV NEUROLOGISK UNDERSØGELSE	
Kognitive funktioner og sprog	Undersøg orienteringsniveau (tid, sted og egne data)
Kranienerver	Undersøg ansigtsmuskulatur (symmetri)
Motorisk funktion	Undersøg bevægelser og kraft i alle fire ekstremiteter
Sensorisk funktion	Undersøg følesans på huden
Hjernefunktion	Koordination og gang

Hjertesymptomer

For at tage stilling til henvendelser vedrørende mistanke om hjertesymptomer, skal der kommunikeres i henhold til ISBAR med inspiration i nedenstående:

Situation

- Varighed og karakter af ændring
- Palpatorisk vurdering af pulsens regelmæssighed
- Er hjerteforstyrrelsen ledsaget af åndenød, hjertebanken, svimmelhed, dyspnø, hoste, ekspektorat (gult, grønt, sejt slim) – Udføres TOBS og der tages telefonisk kontakt til læge
- Ledsagende ødemer og i hvilken grad – gerne fotos på pleje.net
- Er der tale om anstrengelses udløst klemmen, pressen eller bæltetræmningsfornemmelse omkring thorax, med umiddelbar lindring i hvile eller efter administration af nitroglycerin?
- Er der brændende fornemmelse, udmattethed og svimmelhed.

Baggrund – sygdomshistorie og tiltag indtil nu

- Kendt hjertesygdom eller ængstelse. Er der uro eller angst?
- Antal cigaretter pr. dag i antal år, ophørsårstal
- Vanlig MRC (Medical Research Council (MRC) dyspnø score)
Vurdering og beskrivelse af borgers dyspnø, se billede til højre
- Ændringer i ADL (almindelig daglig levevis)
- Hvad er aftalen vedr. sundhedsfaglige beslutninger, habilitet, pårørende tlf. nr.?

Analyse – giv din vurdering

- Tilstanden vurderes ikke at kræve kontakt til 112, men foreliggende fremsendes suppleret af telefonisk kontakt til Lægeklinikken

Råd/Plan

- Afgør hvilke råd og faglig plan, der skal forsøges i den videre behandling

Lungesymptomer

For at tage stilling til jeres henvendelser vedrørende lungesymptomer, skal der kommunikeres i henhold til ISBAR med inspiration i nedenstående:

Situation

- Varighed og karakter af ændring
- Er der udfald på TOBS, tages telefonisk kontakt til læge
- Åndenød, hjertebanken, ødem, svimmelhed, dyspnø, hoste, ekspektorat (gult, grønt, sejt slim).
- Er feberen ledsaget af konfusion?
- Har der været optakt eller periode med nattesved, vægttab, feber, kulderystelser eller blodigt ekspektorat da telefonisk kontakt til læge

Baggrund – sygdomshistorie og tiltag indtil nu

- Antal cigaretter pr. dag i antal år, ophørsårstal
- Ekspositioner fra erhverv og husstand
- Kendt KOL/astma diagnose
- Vanlig MRC score (Medical Research Council (MRC) dyspnø score)
Vurdering og beskrivelse af borgers dyspnø, se billede til højre
- Kendt CP-lidelse (Cerebral parese)
- Findes der data for TOBS i fredstid
- Hvad er aftalen vedr. sundhedsfaglige beslutninger, habilitet, pårørende tlf. nr.?

Analyse – giv din vurdering

- Afebril tør hoste i under 14 dage hos aldrig-ryger, kan ses an til 6 uger
- Rygere eller ex-rygere med feber – Udføres TOBS og der tages telefonisk kontakt til læge

Råd/Plan

- Afgør hvilke råd og faglig plan, der skal forsøges i den videre behandling
- Der vurderes behov for antibiotika

Ødemer

For at tage stilling til henvendelser vedrørende ødemer eller hævelser i kroppen, skal der kommunikeres i henhold til ISBAR med inspiration i nedenstående:

Situation

- Varighed af ændring
- Beskrivelse af omfang
- Beskrivelse af placering - ødem overalt, i det ene eller begge ben og til hvilket niveau
- Palpatorisk vurdering af pulsens frekvens og regelmæssighed
- Vægtudvikling
- Åndenød
- Urin stixes for proteinuri
- Er der udfald på TOBS, tages telefonisk kontakt til læge

Baggrund – sygdomshistorie og tiltag indtil nu

- (Im)mobilitet?
- Kontinensforhold - modstand mod væskeindtag, væskeindtag?
- Er ødemer en tilbagevendende problematik?
- Historik for alkoholmisbrug (leversygdom), nyresygdom eller hjertesygdom?
- Komplicerende dementielle forhold?
- Hvad er aftalen vedr. sundhedsfaglige beslutninger, habilitet, pårørende tlf. nr.? Er der pårørende, som altid skal inddrages?

Analyse – giv din vurdering

- Kan på baggrund af det foreliggende vente mens vi indfører cykeløvelser/venepumpeøvelser og daglig middagslur ...
- Der anmodes om kompressionsbehandling
- Afventer svar på...

Råd/Plan

- Afgør hvilke råd og faglig plan, der skal forsøges i den videre behandling
- Der fremsendes en friskladt midtstråle-urin i dertil egnet beholder til bestemmelse af proteinudskillelse, da der er stixet proteinuri. Husk at udfylde [Urinprøveskema til almen praksis](#) ved indlevering af urinprøve. Skemaet findes i [WIKI under skemaer](#).
- Der vurderes behov for konsultation mhp. afklaring af lever, nyre eller hjertelidelse

Startnotat på nye borgere – Plejecenter

Ved en ny tilknyttet borger, udføres en sygeplejefaglig udredning i tæt samarbejde med borger. Inkluder gerne de pårørende. På baggrund af denne udredning og de indledende observationer kontaktes Lægeklinikken via korrespondancemeddelelse med nedenfor relevante informationer, for at indlede et gensidigt samarbejde, med mest mulig gennemsigtighed, sikkerhed og tryghed.

Indledning

Borger indflyttet fra aflastning/eget hjem med fuld hjemmehjælp/genoptræning efter et forløb med tidligere læge og der gives samtykke til lægeskift samt rekvirering af journal.

Identifikation

- Pensioneret erhverv
- Relationer
- Habilitetsforhold vedrørende medicinsk behandling
- Pårørendes navn og tlf. nr. eller oplysninger på stedfortræder
- Fritaget fra E-boks?
- Apotek og udlevering af medicin?

Situation

CNS: Pareser, orientering, stressfaktorer, guidning, korregerbar, analgetika, aggression, søvnrytme, stemningsleje, formel/emotionel kontakt, affektlabil, hørelse, syn, latens, ønske. Selvindsigt i funktionsniveau.

CP: TOBS: BT 140/60, puls 86, RF 22, SAT 97.
Palpatorisk regelmæssighed, åndenød, svimmelhed.

GI: BSC (Bristol Chart), hyppighed, estimeret volumen, farve og er der mistanke om friske eller gammelt blod (melæna). Friske hæmorider eller mariskdannelse, er der smerter ved defækation eller abdomensmerter, kontinensforhold, hygiejniske forhold. Vægtudvikling?

UG: Nuværende væskeindtag. Er der bydende trang, suprapubiske- eller vandladningssmerter?
KAD/Top-Kath/RIK-bruger, kontinens-, hygiejniske- og hormonelle forhold.

BA: Detaljeret funktions- og faldanamnese. Snublefald eller synkoper. Konkret - kan rejse sig fra stol uden brug af armlæn/liftes fra seng til kørestol?

HUD: Sår, ødem, eksem –
Anvend pleje.net: varighed af ændring, omfang gerne via fotos i god belysning og med fingeraftryk sat i subkutis.
Ødem overalt, i det ene eller begge ben og niveau?

Baggrund – sygdomshistorie og tiltag indtil nu

Ifølge borger, pårørende og sygeplejerskens indsigt:

- Kort om kendte somatiske lidelser og årsager til medicinsk behandling – uddybes af læge
- Livshistorie, tobaks-, erhvervs- og alkoholanamnese (mængde)
- Ingen genoplivning ved hjertestop (DNR) og livsforlængende behandling – tanker derom
- CAVE?
- Dosisdispensering, håndkøb og naturmedicin
- Går fast til tandlæge, fodterapeut, øjenlæge, hudlæge, sygehus, genoptræning, sociale tilbud

Analyse – giv din vurdering

- Reflektioner vedr. umiddelbare og længerevarende behov og fokuspunkter.

Råd

- Afgør hvilke råd og faglig plan, der skal forsøges i den videre behandling
- Fokuspunkter, forslag til håndtering og rådgivning
- Ingen genoplivning ved hjertestop (DNR)?

Startnotat på nye borgere – Hjemmesygeplejen Vest

Ved en ny tilknyttet borger, udføres en sygeplejefaglig udredning i tæt samarbejde med borger. Inkluder gerne de pårørende. På baggrund af denne udredning og de indledende observationer kontaktes Lægeklinikken via en korrespondancemeddelelse med nedenfor relevante informationer, for at indlede et gensidigt samarbejde, med mest mulig gennemsigtighed, sikkerhed og tryghed.

Indledning/inklusionskriterier

- Kendt med kronisk sygdom?

Identifikation

- Pensioneret erhverv
- Relationer
- Habilitetsforhold vedr. medicinsk behandling
- Pårørendes navn og tlf. nr. eller oplysninger på stedfortræder
- Fritaget fra E-boks?
- Apotek og udlevering af medicin?

Situation

CNS: Pareser, orientering, stressfaktorer, guidning, korrigerbar, analgetika, aggression, søvnrytme, stemningsleje, formel/emotionel kontakt, affektlabil, hørelse, syn, latens, ønske. Selvindsigt i funktionsniveau.

CP: TOBS: BT 140/60, puls 86, RF 22, SAT 97.
Palpatorisk regelmæssighed, åndenød, svimmelhed.

GI: BSC (Bristol Chart), hyppighed, estimeret volumen, farve og er der mistanke om friske eller gammelt blod (melæna). Friske hæmorerider eller mariskdannelse, er der smerter ved defækation eller abdomensmerter, kontinensforhold, hygiejniske forhold. Vægtudvikling?

UG: Nuværende væskeindtag. Er der bydende trang, suprapubiske- eller vandladningssmerter?
KAD/Top-Kath/RIK-bruger, kontinens-, hygiejniske- og hormonelle forhold.

BA: Detaljeret funktions- og faldanamnese. Snublefald eller synkoper. Konkret - kan rejse sig fra stol uden brug af armlæn/liftes fra seng til kørestol?

HUD: Sår, ødem, eksem. Anvend pleje.net: varighed af ændring, omfang gerne via fotos i god belysning og med fingeraftryk sat i subkutis.
Ødem overalt, i det ene eller begge ben og niveau?

Baggrund – sygdomshistorie og tiltag indtil nu

Ifølge borger, pårørende og sygeplejerskens indsigt:

- Kort om kendte somatiske lidelser og årsager til medicinsk behandling – uddybes af læge
- Livshistorie, tobaks-, erhvervs- og alkoholanamnese (mængde)
- Ingen genoplivning ved hjertestop (DNR) og livsforlængende behandling – tanker derom
- CAVE?
- Dosisdispensering, håndkøb og naturmedicin
- Går fast til tandlæge, fodterapeut, øjenlæge, hudlæge, sygehus, genoptræning, sociale tilbud.

Analyse – giv din vurdering

- Reflektioner vedr. umiddelbare og længerevarende behov og fokuspunkter.

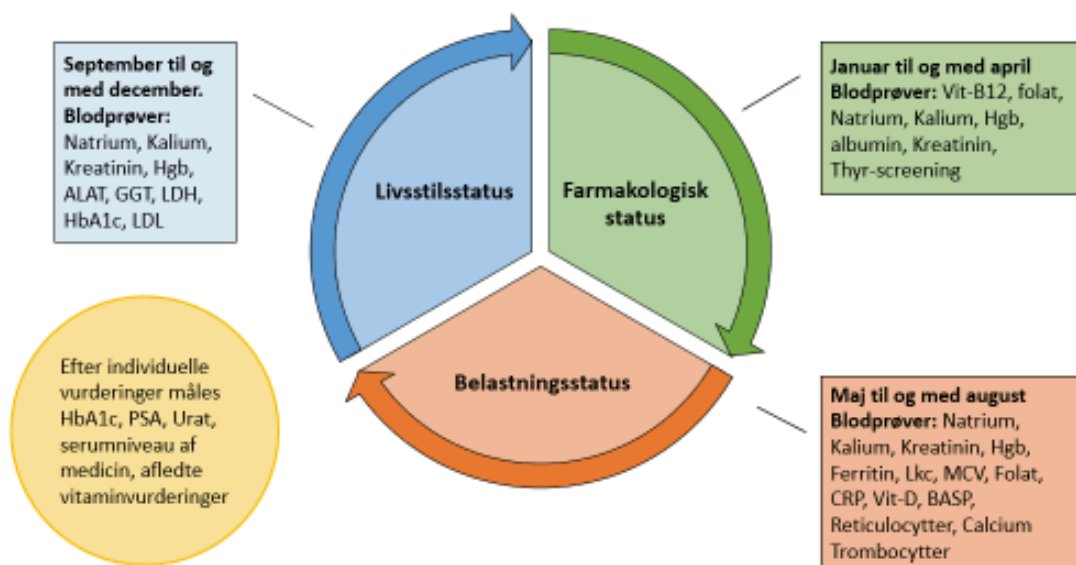
Råd

- Afgør hvilke råd og faglig plan, der skal forsøges i den videre behandling
- Fokuspunkter, forslag til håndtering og rådgivning
- Ingen genoplivning ved hjertestop (DNR)?

Dataindsamling til statusnotat hver 4. måned

Til hver status hver 4. måned indsamles en fast ramme af data, som holdes op i mod startnotatets informationer om samme problemstillinger.

Kronikermodellen er opdelt i tre årlige statusser med hver sit fokusområde med ca. fire måneders interval: Farmakologisk status, Belastningsstatus og Livsstilsstatus med det formål at opnå tilstrækkelig dybde og bredde i konsultationerne over et år. Derfor vil borger, næsten uafhængigt af den kroniske lidelse, få en form for basiskontrol med et aftalt fokus for ekstra fordybelse. Konsultationen tilpasses borgerens kroniske tilstand, og der vil aftales individuelle grænser for værdier og hyppighed af målinger afhængigt af den enkelte borgers sygdomsbillede.



Som rutinemæssig forberedelse til statusserne ønskes følgende forhold belyst og fremsendt pr. korrespondance til Lægeklinikken inden besøgsdatoen:

BT og arytmi:	Der måles 1 optimalt BT efter 30 min hvile med manchete. Manuel måling ved arytmi. - BT over 140/90 eller under 120/50 udløser en fuld døgn profil hvor gennemsnittet sendes foruden højeste og laveste måling adskilt morgen og aften - BT med enten systoler eller diastoler over 200/110 udløser korrespondance til Lægeklinikken og et telefonopkald, der henleder opmærksomheden derpå. Det samme gør systoler eller diastoler under 100/50, og hvis pulsen er enten under 50 eller over 140 - For pulsen anføres altid regelmæssigheden
Vægt:	- Vægt nu og over 1 år. Hvad er formodede årsager og tiltag for forandringen - Lægeklinikken anbefaler vægtmåling 3 gange årlig i forbindelse med statussen. Dette skal dokumenteres i journalen under faglig plan/vurdering
Vanedannende medicin:	Vurdering af effekt, bivirkninger og beskrivelse af evt. PN brugens situationer og varighed af effekt
Siden sidst: Data fremsendes kun ved væsentlige forandringer fra startnotat.	- Hygiejne og kontinens forhold - Faldhistorik fra de sidste 4 mdr. - Ødemer – hvis forandret, er det så lette, moderate eller svære ødemer og hvor? Årsag/tiltag? - Søvn mønster - Behov for individuelle mål
Andet:	Ønskes andre forhold om borgers tilstand drøftet?