



Kartleggings skjema MEDISINERINGSSTØTTE

Dette kartleggings skjemaet brukes for å vurdere om en mottaker vil kunne ha nytte av elektronisk medisindispenser. Skjemaet fylles ut i samtale med bruker og eventuelt pårørende. Beslutning om elektronisk medisineringsdispenser tas sammen med bruker i møtet.

Forutsetning for anvendelse av skjemaet er at det i forkant er gjennomført en grundig behovskartlegging, slik at riktig bruker er identifisert og man har et helhetlig bilde av brukers situasjon.

Det er ulike utfordringer ved medisineringen som gir ulike behov for medisineringsstøtte. Målet med medisineringsstøtten er at den enkelte klarer å håndtere medisineringen sin selv, samtidig som situasjoner med fare for avvik i medisineringen fanges opp.

Merk at ulike medisindispensere vil ha noe ulik funksjonalitet og bruksområde. Punktene i skjemaet dekker et ganske bredt spekter av mulig funksjonalitet. Hvis man har mulighet for å velge mellom ulike produkter, vil dette skjemaet hjelpe med å identifisere brukerbehov for funksjonalitet og kan dermed brukes som underlag for valg av produkt.

Enhet:

Informasjon om tjenestemottaker

Navn/bruker-id (ev. brukernr. i journalen):	
---	--

Informasjon om informant og bruker-id

Skjemaet er fylt ut av: (navn og stilling)	
Informant(er) <i>(Hvem bidrar med informasjon til utfylling)</i>	<input type="checkbox"/> Mottaker <input type="checkbox"/> Pårørende (ektefelle/barn/andre) /venner/verge: _____ <input type="checkbox"/> Personalet, oppgi stilling: _____
Dato for utfylling og signatur:	

Informasjon om oppstart og evaluering (fylles ut avslutningsvis)

Dato for utlevering av dispenser og opplæring	Dato og tid:
Dato for start bruk	Dato og tid:
Dato for evaluering av tjenesten (ca 14 dager etter start)	Dato: Ansvarlig for evaluering:

Kartlegging i forbindelse med vurdering om bruk av elektronisk medisindispenser

Medisineringsløsning i dag.	Hva slags medisineringsløsning har du i dag <input type="checkbox"/> Multidose <input type="checkbox"/> Medisindosett <input type="checkbox"/> Annet Kommentar:							
Medisineringsstidspunkt	På hvilke tidspunkt i løpet av døgnet tar du medisiner i dag? <table border="1"><tr><td>Klokkeslett</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Eventuelt andre tidspunkter (for eksempel x 1 per uke) Beskriv;	Klokkeslett						
Klokkeslett								
Mulig nytte for bruker:	<input type="checkbox"/> Riktigere medisinering til riktig tidspunkt og dermed bedre helse <input type="checkbox"/> Færre avvik og færre helserelaterte følgekompikasjoner <input type="checkbox"/> Selvstendighet og mestringsfølelse <input type="checkbox"/> Mer frihet - ikke bundet til hjemme <input type="checkbox"/> Mer privatliv gjennom færre hjemmebesøk <input type="checkbox"/> Annet <input type="checkbox"/> Erstatte antall hjemmebesøk Kommentar:							
Utfordringer med håndmotorikk og/eller syn og/eller hørsel <i>Har du/vil du ha problemer med å åpne multidoseposene eller høre alarmer?</i>	<input type="checkbox"/> Mottaker har/vil sannsynligvis ha behov for hjelp med å ta medisiner ut av en medisin pose (multidose) <input type="checkbox"/> Mottaker vil ha problemer med å høre alarmer <input type="checkbox"/> Mottaker har problemer med synet og vil derfor kunne ha nytte av stativ (av typen Pilly) Kommentar:							

Behov for påminnelser <i>Ønskes en påminnelse i form av lyd- eller lyssignal når du skal ta medisinene?</i>	<input type="checkbox"/> Mottaker ønsker lydalarm når medisiner skal tas <input type="checkbox"/> Mottaker ønsker lyssignal når medisiner skal tas Kommentar:
Behov for mobilitet <i>Ønsker bruker å kunne ta med deg dispensereren ut av huset? Noen dispensere er mer egnet for å støtte dette behovet enn andre.</i>	<input type="checkbox"/> Mottaker ønsker å kunne ta med seg dispensereren ut av huset og ikke være bundet til hjemmet ved medisineringsstidspunktene. Kommentar:

Vurdering av bruker og brukerbehov

Medisinerings-løsning i dag	Hva er hovedutfordring med medisineringen i dag? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Glemmer å ta medisiner <input type="checkbox"/> Tar medisin på feil dag/tid <input type="checkbox"/> Mange medisiner gjør det utfordrende å ha oversikt og huske alt <input type="checkbox"/> Det er viktig for helseeffekten av medisinene at de tas til samme tid hver dag. Er følsom for avvik i medisineringsstidene <input type="checkbox"/> Har problemer med å håndtere medisinene pga redusert finmotorikk i hender/fingre eller syn. <input type="checkbox"/> Pårørende er ikke lenger trygg på ansvaret for administrering til pasient <input type="checkbox"/> Ønsker å starte opp med dispensereren for å forebygge senere hjelp til påminning, og kunne klare seg lengre på egenhånd i tiden fremover <input type="checkbox"/> Pasienten opplever ingen utfordringer <input type="checkbox"/> Annet: _____
Dagens hjelpebehov Hva bistår hj tjen med:	Hvis hjelp fra hjemmesykepleien; <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kommunal multidose <input type="checkbox"/> Kommunal dosett <input type="checkbox"/> Hjemmesykepleien leverer kun dosett/multidose til pasient <input type="checkbox"/> HS utleverer medisiner og etterspør om pasienten har tatt dem <input type="checkbox"/> HS gir medisin til pasient og påser dem tatt. <input type="checkbox"/> Hjemmesykepleien minner pasienten på at medisin skal tas <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fysisk besøk <input type="checkbox"/> Ringer per tlf./melding <input type="checkbox"/> Annet:
Medisinerings-tidspunkt	Er det medisiner som er spesielt viktige å ta til faste tidspunkt: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI Hender det at pasienten <u>ikke</u> får tatt medisiner til riktig tidspunkt? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Av og til <input type="checkbox"/> Ofte

Beslutning

<p>Beslutning om oppstart - bruk av dispenser</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja, partene er enige om at mottaker skal starte bruk av dispenser</p> <p>Type dispenser: _____</p> <p>Kommentar:</p> <p>Dato: _____</p> <p>Signatur mottaker: _____</p> <p>Signatur ansatt: _____</p> <p>Signatur pårørende (hvis relevant): _____</p>
<p>Annen løsning</p> <p><i>Begrunn avgjørelse og beskriv hvordan behovet for medisineringsstøtte skal løses):</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Nei, partene er enige om at dispenser ikke vil gi nytte for mottaker.</p> <p>Kommentar:</p>

EVONDOS– tilpasning av teknologi og innstillinger

Utstyr/innstillinger

Registrering i tiltaksbilde i profil:

Alarmtid:

kl. _____ kl. _____ kl. _____ kl. _____ kl. _____ kl. _____ kl. _____ kl. _____

Tilgang: Forhåndstilgang (min): _____ Alarm varighet (min): _____

Låse dispenser

Ja, avklare og beskrive hvor nøkkel skal ligge.

Nei

Ansvar for påfylling:

Pasient

Hjemmesykepleie

Pårørende

Andre

Varighet påfylling multidoserull:

1 uke (fordi rullen er for stor, f.eks)

2 uker

3 - 4 uker

Mottak varsel system/videresending melding

Hjemmesykepleie

Pasient

Pårørende

Aksjon:

Ringe pasienten før utrykning

Ringe pårørende før utrykning

Ansvar utrykning/oppfølging av utstyr

HS

Pasient

Pårørende

Kontaktinfo for hjemmesykepleien:

_____ (døgnbemannet)

PILLY – tilpasning av teknologi og innstillinger

Registrering i tiltaksbilde i EPJ:

Alarmtid:

kl. _____ kl. _____ kl. _____ kl. _____ kl. _____ kl. _____ kl. _____ kl. _____

Tilgang: Forhåndstilgang (min): _____ Alarm varighet (min): _____

Trykk «SEND SMS» ved første gangs bruk av Pilly, dvs at Pilly aldri har lagt inn i system før.

Låse dispenser (nøkkel)

Ja, avklare og beskrive hvor nøkkel skal ligge.

Nei

Sikker modus (luken hvor medisiner kommer ut)

PÅ AV

Lys:

PÅ AV

Varighet Pilly ved påfylling:

Antall doser pr dag: Antall doser fylles:

Varsler:

Varsel ikke aktuelt

Medisin venter

Medisin ikke tatt

Dispenser ligger opp/ned

Feil på utstyr

Få gjenværende doser (*Kun for pårørende/pasient*)

Lavt batteri (20%)

Ansvar for påfylling:

Pasient

Hjemmesykepleie

Pårørende

Mottak varsel system/videresending melding

Hjemmesykepleie

Pasient

Pårørende

Ingen varsling

Ansvar utrykning/oppfølging av utstyr

HS

Pårørende

Huskeliste til hjemmebesøk:

- Ta med aktuelt utstyr:
 - Pilly: kassetter, stativ, informasjonsfolder, prosedyrer påfylling/varsel
 - Medido: spesialtape, informasjonsfolder, prosedyrer påfylling/varsel
 - Evondos: Vise dispenser, informasjonsfolder
- Test bruk/utmating hos pasient
- Gitt informasjonsfolder og andre prosedyrer til ansvarlig for dispenser
- Rapport fra hj.besøk og kartleggingsskjema føres inn under behovsvurdering VFT
- Legg inn tiltak «medisineringsstøtte» i EPJ
- Oppdrag: se at oppdrag er oppdatert til nytt hj.behov – merk medisineringsstøtte
- Forvaltning: dersom de ikke var med på besøk; Oppdater/informer om situasjon

Videre plan

Dato for evaluering	<input type="checkbox"/> Evaluering Avtalt dato: _____ <input type="checkbox"/> SKRIV HUSKELAPP om planlagt oppfølging innen èn uke etter oppstart for å høre hvordan det har gått med bruker/pårørende/HST og vurdere om det er hensiktsmessig å fortsette. Hvis ja; Forvaltningen blir kontaktet ang tjenester og vedtak som skal endres, HSY informeres om de er involvert.
---------------------	--