

Kartleggings skjema

GENERELL KARTLEGGING VELFERDSTEKNOLOGI



Sone:

Informasjon om bruker	
Brukerid fagprogr.:	Navn på bruker:
_____	Adresse:
	Nr:
	Postnummer:
	Poststed:
	Fødsels/personnummer:
	Telefonnr.:
	Telefonnr. mobil:
Pårørende	Navn/relasjon:
	Telefonnr.:
	Navn/relasjon:
	Telefonnr.:
<i>Hvem har deltatt i samtalen</i>	<i>Skjema er fylt ut av</i>
	<input type="checkbox"/> Personell, oppgi stilling:
	<i>Telefonnr. mobil:</i>
	<input type="checkbox"/> Mottaker
	<input type="checkbox"/> Pårørende/relasjon (ektefelle/barn/andre)
	<input type="checkbox"/> Annen
Samtykkekompetanse:	
	Vil bruker kunne gi samtykke
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/> Vet ikke
	Hvis nei, hvem kan gi samtykke for bruker
	<i>Navn/relasjon:</i>
	Samtykkekompetanse er vurdert, dato:

Informasjon om bruker:

Personalial/Bosituasjon	<input type="checkbox"/> Kvinne <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Sivilstand _____ <input type="checkbox"/> Bor alene <input type="checkbox"/> Bor med ektefelle/samboer/partner <input type="checkbox"/> Husdyr _____ <input type="checkbox"/> Har familie i nærheten? Ca..... minutt kjøreavstand <input type="checkbox"/> Har kontakt med familie/andre <input type="checkbox"/> Daglig <input type="checkbox"/> Ukentlig <input type="checkbox"/> Sjeldnere <input type="checkbox"/> Annet _____
Diagnoser (primær og sekundær)	
Hørsel	<input type="checkbox"/> Hører godt/ingen problemer <input type="checkbox"/> Har noe redusert hørsel <input type="checkbox"/> Har dårlig hørsel Har høreapparat på <input type="checkbox"/> Høyre øre <input type="checkbox"/> Venstre øre <input type="checkbox"/> Begge ører <input type="checkbox"/> Har svært dårlig hørsel <input type="checkbox"/> Døv <input type="checkbox"/> Annet.....
Syn	<input type="checkbox"/> Ser godt/ingen problemer <input type="checkbox"/> Har noe redusert syn (ser godt med briller el.lign.) <input type="checkbox"/> Har dårlig syn (Kan synsorientere seg i eget hjem og nye omgivelser) <input type="checkbox"/> Har svært dårlig syn (orienterer seg i eget hjem, ikke i nye omgivelser) <input type="checkbox"/> Blind <input type="checkbox"/> Annet _____
Språkfunksjon	<input type="checkbox"/> Uten anmerkning <input type="checkbox"/> Problemer med å formidle seg muntlig <input type="checkbox"/> Problemer med å forstå <input type="checkbox"/> Annet _____
Kognitiv funksjon/hukommelse	<input type="checkbox"/> Uten anmerkning <input type="checkbox"/> Opplever å glemme <input type="checkbox"/> Vansker med tidsforståelse? <input type="checkbox"/> Vansker med å orientere seg ifht sted? <input type="checkbox"/> Demensdiagnose <input type="checkbox"/> Annet _____
Fysisk funksjon	<input type="checkbox"/> Uten anmerkning <input type="checkbox"/> Vansker med å reise/sette seg fra stol/seng <input type="checkbox"/> Bruker forflytningshjelpemiddel <input type="checkbox"/> Manuell rullestol <input type="checkbox"/> Elektrisk rullestol <input type="checkbox"/> Er sengeliggende <input type="checkbox"/> Rullator <input type="checkbox"/> Føler seg utrygg for fall <input type="checkbox"/> Har falt <input type="checkbox"/> Fallrisiko <input type="checkbox"/> Bruker medikamenter m. bivirkning som kan bidra til fallfare? (se oversikt) <input type="checkbox"/> Oppe om natten <input type="checkbox"/> Lys i nærheten? <input type="checkbox"/> Annet _____

Erfaring med bruk av teknologi	Har brukeren trygghetsalarm?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	Beskriv:
	Klarer brukeren å betjene trygghetsalarm?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	Beskriv:
	Har brukeren mobiltelefon?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	Beskriv:
	Klarer brukeren å ta telefon?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	Beskriv:
	Klarer brukeren å ringe?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	Beskriv:
	Har brukeren PC/nettbrett?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	Beskriv:
	Klarer brukeren å benytte PC/nettbrett?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	Beskriv:
	Har brukeren fjernkontroll til TV og/eller radio?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	Beskriv:
	Klarer brukeren å benytte fjernkontroll?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	Beskriv:
Har brukeren vannkoker eller kaffetrakter?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	Hvilke:	
Klarer brukeren å bruke vannkoker eller kaffetrakter?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	Beskriv:	
Husker brukeren passord og PIN-koder til for eksempel bankkort?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	Beskriv:	
Har brukeren portåpner?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	Beskriv:	
Klarer brukeren å betjene portåpner?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	Beskriv:	

IPLOS ADL Variabler, evt kun vise til dato for IPLOS skår, henvis til journal Dato siste IPLOS: _____	Alminnelig husarbeid Skår	Skaffe seg varer og tjen. Skår	Personlig hygiene Skår.....	På- og avkledning Skår.....
	Toalett Skår.....	Lage mat Skår.....	Spise Skår.....	Bevege seg innendørs Skår.....
	Bevege seg utendørs Skår.....	Ivareta egen helse Skår.....	Hukommelse Skår.....	Kommunikasjon Skår.....
	Beslutninger i dagl livet Skår.....	Ivareta egen økonomi Skår.....	Sosial deltakelse Skår.....	Styre atferd Skår.....
	Syn Skår.....	Hørsel Skår.....		

1. Aktiviteter/vaner	<input type="checkbox"/> Bruker stearin lys <input type="checkbox"/> Fyrer i ovn/peis <input type="checkbox"/> Røyker <input type="checkbox"/> Annet (abonnerer på avis som hentes el. lign..)
	<input type="checkbox"/> Tilbereder mat på komfyr <input type="checkbox"/> Varmer i micro.ovn Hvilke rom pleier du å oppholde deg på i løpet av dagen? Beskriv: (stue, kjøkken, soverom, arbeidsrom)

	Pleier du å stå opp på natt? Beskriv: (WC, smerter, mat/drikke, sitter opp i stue, ser TV, annet rom)
Beskriv en vanlig dag:	Er du fornøyd med innholdet i dagen din? Hva skulle du gjerne ha gjort?

Informasjon om bolig

Boligtype	<input type="checkbox"/> Enebolig <input type="checkbox"/> Rekkehus/enebolig i rekke <input type="checkbox"/> Boligblokk <input type="checkbox"/> Bor i generasjonsbolig <input type="checkbox"/> Omsorgsbolig <input type="checkbox"/> Bofellesskap <input type="checkbox"/> Senterleilighet Bor ietasje Heis <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Tilgjengelighet til eiendom (for kjøretøy etc.) <input type="checkbox"/> God <input type="checkbox"/> Dårlig Beskriv:.....
Plassering av rom	Er alle nødvendige rom på ett plan? (Entre, stue, kjøkken, soverom, bad/toalett) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja, er det tilgjengelighet med rullator/rullestol? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis nei, Er soverom og toalett på samme plan? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Annet.....
Tilgjengelighet til telefon	<input type="checkbox"/> Fast telefon <input type="checkbox"/> Bærbar telefon <input type="checkbox"/> Mobiltelefon Er det tilgang til telefon i <input type="checkbox"/> Stue <input type="checkbox"/> Soverom <input type="checkbox"/> Kjøkken <input type="checkbox"/> Entre <input type="checkbox"/> Lader til trådløs tlf. soverom? <input type="checkbox"/> Annet.....
Brannforebygging og brannsikkerhet	Hvilken komfyr benyttes i bolig? <input type="checkbox"/> Innebygget <input type="checkbox"/> Frittstående komfyr <input type="checkbox"/> Er det montert komfyrvakt? Hvis ja: <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Fra Hjelpemiddelsentralen Er det røykvarsler i bolig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

	<p>Er det montert varslingssystem for hørselshemmede? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>Er boligen utstyrt med påbudt slukkeutstyr <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>Mestrer beboer å håndtere påbudt slukkeutstyr <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke</p> <p>Finnes supplement til brannslukning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>Ved eventuell brann, vil bruker komme seg ut på egenhånd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke</p> <p>Brann_sikkerhetssjekk er gjennomført, dato:</p> <p>Risikopasient: JA/NEI (<i>sett ring</i>)</p> <input type="checkbox"/> Levert brosjyre om brannforebyggende tiltak
<p>Fallrisiko</p> <p>Behov for oppfølging?</p> <p>Brosjyre?</p> <p>Anbefalte tiltak?</p>	<p>Er det tepper i boligen som utgjør en fallrisiko? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>Er det sklisikkert underlag under teppene? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>Er det montert rekkverk på begge sider i trapp? <input type="checkbox"/> Ja – begge sider <input type="checkbox"/> Ja, ene side <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ikke aktuelt</p> <p>Er trappetrinnene sklisikre? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>Er første og siste trinn markert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>Er møbler/utstyr plassert i gangsoner? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>Montert håndtak på vegg eller ved badekar/dusj? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>Høye terskler i boligen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>Er det godt lys i de nødvendige rom i boligen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>Er det automatisk lystenning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>Er det fjernbetjening av lys? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei</p> <input type="checkbox"/> Levert brosjyre om fallforebyggende tiltak
<p>Ev. boligalarm</p>	<p>Privat alarntjeneste, eks. boligalarm som varsler eksternt</p> <p><input type="checkbox"/> Røykvarsler</p> <p><input type="checkbox"/> Røykvarsler med kamera</p> <p><input type="checkbox"/> Dørvarsler</p> <p><input type="checkbox"/> Bevegelsessensor/kamera</p> <p><input type="checkbox"/> Annet.....</p>

Hjelpebehov i dag

Hjelpebehov og kontakt

Selvhjulpen i hverdagen, måltider, personlig hygiene

Får hjelp til ulike omsorgsoppgaver fra ektefelle/samboer, barn, andre

Daglig

Natte

Ukentlig

Har vedtak på HST

Vedtakstid: ____t ____min.

Hvor mange besøk pr. uke ____

Har tilsyn på natt

Hvor vedtakstid pr. natt: ____t ____min.

Dagaktivitet, antall dager/timer _____

PB, ukeintervall _____

Andre tjenester _____

Områder der velferdsteknologi kan være aktuelt

Trygghetsalarm inne Kan bare brukes inne	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Beskriv:
Mobil trygghetsalarm Kan brukes inne og ute, for brukere som kan aktivere alarmen selv	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Beskriv:
Lokalisering (GPS) Mobil trygghetsalarm ute, for brukere som ikke kan aktivere alarmen selv	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Beskriv:
Døralarm Løsninger som varsler at brukeren går ut/inn av boligen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Beskriv:
Varsling av fall Løsninger som varsler at brukeren har falt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Beskriv:
Støtte til medisiner Løsninger som kan hjelpe brukeren med å ta medisin til riktig tid	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Beskriv:
Varsling av bevegelse Løsninger som varsler om brukeren er uvanlig rolig når man vanligvis ville forvente bevegelse	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Beskriv:
Varsling av brann Løsninger som varsler brann	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Beskriv:
Forebygge brann Løsninger for å forebygge brann.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Beskriv:
Trygghet om natten Løsninger som legger til rette for tilsyn om natten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Beskriv:
Kognitiv støtte	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Beskriv:

	Løsninger som hjelper brukeren med å organisere hverdagen	
	Støtte til sosial kontakt og kommunikasjon f.eks. nettbrett, tilpasset telefon	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Beskriv:
	Annen tilrettelegging i bolig For eksempel bruk av farger, symboler, bilder, lys o.l.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Beskriv:

Beslutningspunkt for valg av type velferdsteknologi innenfor trygghetspakker

(Kun veiledende, her vil kommunene ha ulike tilbud og teknologier)

Videre-varsling av branntilløp (Løsninger som kan detektere og varsle brann)	Målgruppe: Brukere av hjemmetjenesten som har trygghetsalarm og som kan ha vansker med å ivareta seg selv ved en eventuell brann. Grunnlag for anbefaling: <input type="checkbox"/> Redusert evne til å ivareta seg selv ved brann; <input type="checkbox"/> nedsatt bevegelse <input type="checkbox"/> falltendens <input type="checkbox"/> redusert hørsel <input type="checkbox"/> redusert syn <input type="checkbox"/> redusert hukommelse/ kognitiv funksjon <input type="checkbox"/> Andre årsaker.....
Varsling via sengesensor/ trykksensor	Målgruppe: Personer som har fallrisiko og ev. tilsyn en til flere ganger pr. natt. Grunnlag for anbefaling: <input type="checkbox"/> Bor alene <input type="checkbox"/> Er oppe til toalett ved kveld-/nattestid <input type="checkbox"/> Falltendens <input type="checkbox"/> Behov for økt trygghet og sikkerhet <input type="checkbox"/> Tilsyn på natt <input type="checkbox"/> Andre årsaker.....
Varsling via bevegelsessensor (Løsninger som registrerer og ev. varsler bevegelse i bolig eller fravær av bevegelse)	Målgruppe: Personer som ikke har besøk daglig. Grunnlag for anbefaling: <input type="checkbox"/> Bor alene <input type="checkbox"/> Har ikke daglige besøk <input type="checkbox"/> Har ikke ukentlige besøk <input type="checkbox"/> Redusert evne til å varsle ved behov for hjelp <input type="checkbox"/> Falltendens <input type="checkbox"/> Behov for økt trygghet og sikkerhet <input type="checkbox"/> Andre årsaker.....
Varsling via «Kun dørsensor» eller «dørsensor inkl. bevegelsessensor» (Løsninger som registrerer og varsler når bruker går ut/inn av bolig)	Målgruppe: Personer som er i fare for å gå ut nattestid. Grunnlag for anbefaling: <input type="checkbox"/> Bor alene <input type="checkbox"/> Bor med ektefelle/samboer, men har separate soverom <input type="checkbox"/> Fare for å gå seg bort <input type="checkbox"/> Behov for økt trygghet og sikkerhet <input type="checkbox"/> Falltendens <input type="checkbox"/> Andre årsaker.....
Varsling via fallsensor	Målgruppe: Personer som har uttalt falltendens Grunnlag for anbefaling: <input type="checkbox"/> Stor falltendens <input type="checkbox"/> Usikkert om pasient vil huske å trykke på trygghetsalarm ved fall <input type="checkbox"/> Andre årsaker.....
Andre anbefalte tiltak/henvisning	<input type="checkbox"/> Ergo-/fysioterapitjenesten <input type="checkbox"/> Hverdagsrehabilitering <input type="checkbox"/> Søknad andre tjenester..... <input type="checkbox"/> Hukommelsesteam/GPS:

Bruker/pårørendes forventninger/ønsker/mål

- | | |
|--|---|
| | <input type="checkbox"/> Økt trygghet
<input type="checkbox"/> Økt sikkerhet
<input type="checkbox"/> Økt mestring av daglige aktiviteter
<input type="checkbox"/> Mer kontakt med familie og venner
<input type="checkbox"/> Ønsker å greie meg selv uten kommunale tjenester
<input type="checkbox"/> Annet

<input type="checkbox"/> Komm. |
|--|---|

Kommunens mål og forventninger i forhold til å ta i bruk teknologi:

- | | |
|--|--|
| | <input type="checkbox"/> Bo hjemme lengst mulig, utsette behov for høyere omsorgsnivå
<input type="checkbox"/> Reduserer døgn på korttidsopphold ved institusjon
<input type="checkbox"/> Forebygger behov for akutt opphold ved institusjon
<input type="checkbox"/> Minsker belastning på pårørende
<input type="checkbox"/> Unngår tilsyn på natt
<input type="checkbox"/> Unngår innleggelse i sykehus
<input type="checkbox"/> Unngår behov for økte hjemmetjenester. Reduksjon i timer _____
<input type="checkbox"/> Annet
<input type="checkbox"/> Komm. _____ |
|--|--|