

PASTEL 2.0

Primary care ASessment Tool for ELderly - Bedömningsstöd för äldre i primärvård

Personnummer Datum för besök

Patientens Vårdcentral

namn..... Intervjuare/SSK.....

Pastel 2.0 får reproduceras för kliniskt bruk. Manual och annan info finns på <http://liu.se/forskning/pastel>
Kontakt: magnus.nord@liu.se

1. Vilka är de hälsoproblem som påverkar dig mest?

.....
.....

2. Upplevd hälsa

- Utmärkt
 Mycket god
 God
 Någorlunda
 Dålig

3. Upplevd hälsa i dag jämfört med för 1 år sedan

- Mycket bättre
 Något bättre
 Ungefär detsamma
 Något sämre
 Mycket sämre

4. Symtom under de senaste 6 månaderna

Ja Nej Kommentar:

Nedsatt kraft i armar/ben

Ökad yrsel och/eller ostadighet

Ramlat/fallit någon gång

Ökad andfåddhet

Ökad trötthet/nedsatt ork

5. Läkemedel

a) Antal olika läkemedel per dag?

.....

b) Notera avvikelser mellan vad patient tar och läkemedelslista i Cosmic/Pascal

- Ja, överensstämmer
 Nej, överensstämmer inte

Om nej, vad:.....

.....

c) Läkemedelshjälp

- Ingen hjälp
 Dosett
 Delar själv
 Har hjälp att dela
 ApoDos

.....

.....

.....

d) Svårigheter att inta läkemedel/inhalation/

- Nej
 Ja, vilka:.....

e) Biverkningar

- Nej.....
 Ja, vilka

.....

.....

6a. Boendeform

- Ensam
 Med make/maka/sambo
 Med barn/annan person

6b. Typ av boende

- Ordinärt boende
 Serviceboende
 Särskilt boende

7. Anhöriga/vänner

- Har anhöriga/vänner på nära håll
 Har anhöriga/vänner endast på annan ort
 Nej, inga anhöriga/vänner

8. ADL (Aktiviteter i dagliga livet)

Klarar själv

Delvis beroende av hjälp

Helt beroende av hjälp

På-/avklädning

Intag av föda

Toalettbesök

PASTEL 2.0

9. Inkontinens	Ja	Nej	10. Hörsel	11. Syn
Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> God	<input type="checkbox"/> God
Avföring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Måttliga problem	<input type="checkbox"/> Måttliga problem
Inkontinensskydd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Stora problem	<input type="checkbox"/> Stora problem
KAD/RIK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
12. Hjälp och stöd i hemmet (hemtjänst eller anhörig)			13. Hjälpmedel	15. Förflyttning
<input type="checkbox"/> Larm			<input type="checkbox"/> Krycka/käpp	<input type="checkbox"/> Utomhus (närområde) utan hjälpmedel
<input type="checkbox"/> Städning			<input type="checkbox"/> Rullator	<input type="checkbox"/> Utomhus (närområde) med hjälpmedel
<input type="checkbox"/> Inköp			<input type="checkbox"/> Rullstol	<input type="checkbox"/> Utomhus endast med ledsagare
<input type="checkbox"/> Tillsyn			<input type="checkbox"/> Hygienhjälpmedel	<input type="checkbox"/> Inomhus utan hjälpmedel
<input type="checkbox"/> Matlåda			<input type="checkbox"/> Lift	<input type="checkbox"/> Inomhus med hjälpmedel
<input type="checkbox"/> Dusch			<input type="checkbox"/> Annat:.....	
<input type="checkbox"/> Hemsjukvård			14. Transporter/resor	16. Motionsvanor
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Kör bil	<input type="checkbox"/> Promenad minst 30 minuter 1 gång/vecka
.....			<input type="checkbox"/> Åker buss/kommunalt	<input type="checkbox"/> Promenad minst 30 minuter några gånger/vecka
.....			<input type="checkbox"/> Skjuts av anhörig/Taxi	<input type="checkbox"/> Promenad minst 30 minuter per dag
			<input type="checkbox"/> Färdtjänst	<input type="checkbox"/> Annan regelbunden motion.....
				<input type="checkbox"/> Ingen regelbunden motion
17. Nutrition			c) Aptit	18. Alkohol/vecka
a) Antal måltider per dag?			<input type="checkbox"/> God	<input type="checkbox"/> Dricker ingen alkohol
<input type="checkbox"/> 0-1			<input type="checkbox"/> Någorlunda	<input type="checkbox"/> Mindre än 1 standardglas
<input type="checkbox"/> 2-3			<input type="checkbox"/> Dålig	<input type="checkbox"/> 1-4 standardglas
<input type="checkbox"/> 4-5			d) Problem att tugga och svälja?	<input type="checkbox"/> 5-9 standardglas
<input type="checkbox"/> 6 el fler			<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> 10-14 standardglas
b) Sammansättning av kost?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 15 eller fler standardglas
<input type="checkbox"/> God			Typ av problem:.....	19. Rökning
<input type="checkbox"/> Någorlunda			<input type="checkbox"/> Har aldrig varit rökare
<input type="checkbox"/> Dålig			<input type="checkbox"/> Röker
				<input type="checkbox"/> Slutat röka för > 6 mån sedan
				<input type="checkbox"/> Slutat röka för < 6 mån sedan
				<input type="checkbox"/> Passiv rökare
20. Psykologiska faktorer	Ja, ofta	Ja, ibland	Nej	Kommentar:
Känner du dig ensam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Känner du dig nedstämd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Känner du oro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har du värk/smärtor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har du problem med nattsömn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har du problem med minnet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PASTEL 2.0

21. Status

Blodtryck (sittande).....
(stående efter 3 min).....
Puls
Längd
Vikt.....
BMI
Saturation

22. Labscreening

Hb.....
Kreatinin.....
(Ytterligare prover: skriv nedan)
.....
.....
.....

23. Munhälsa (inspektion)

Har patienten problem i munnen/svalget

- Nej
 Ja, typ av problem:.....

24. Sår (inspektion)

- Nej
 Ja, typ av sår:.....

25. Avslutande frågor till patienten

a) Vad är viktigast för dig att få hjälp med nu?

.....
.....

b) Vad kan du själv påverka/göra?

.....
.....

c) Har du några farhågor eller känner oro inför framtiden? (om ja, på vilket sätt?)

.....
.....

d) Hur ser du på ditt behov av stöd och hjälp i hemmet närmaste året?

.....
.....

Skattning efter intervjun:

26. Kommunikation

(Möjlighet att uttrycka sig begripligt och förstå frågor)

- Inga problem
 Lätta problem
 Stora problem

27. Kognition

(Minnesförmåga, kan hålla röd tråd, insikt, omdöme)

- Inga problem
 Lätta problem
 Stora problem

Kommentarer:

.....
.....
.....

Kommentarer:

.....
.....
.....

Sammanfatta patientens viktigaste problem/funktionsnedsättningar:

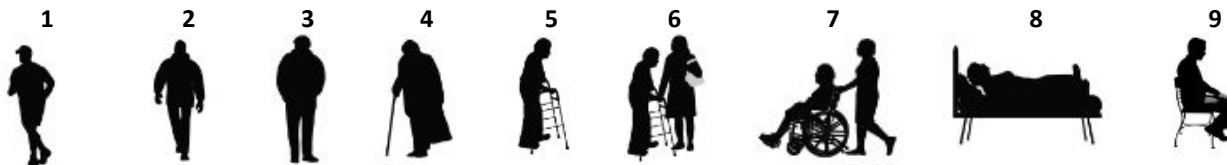
.....
.....
.....
.....

PASTEL 2.0 – Rond

Datum rond:

Deltagande personal:

Skörhetsbedömning – Clinical Frailty Scale



- 1. Mycket vital – är stark, aktiv, energisk, motiverad och i gott skick; dessa individer tränar ofta regelbundet och tillhör den grupp som är i bäst form för sin ålder.
- 2. Vital – har ingen aktiv sjukdom, men är i sämre skick än individer i kategori 1. Ofta tränar de i perioder, men inte regelbundet.
- 3. Mindre vital – har välkontrollerade medicinska problem men är inte regelbundet aktiv utöver promenader.
- 4. Sårbar - är inte beroende av andras hjälp i vardagen, men har ofta symtom som begränsar deras aktiviteter. Klagar ofta över att de "saktas ner" och/eller blir trötta under dagen.
- 5. Lindrig skör – rör sig uppenbart långsammare och behöver hjälp med mera krävande dagliga aktiviteter så som tungt hushållsarbete, transporter eller bankärenden och medicinering. Typiskt slutar denna grupp successivt med att handla, laga mat eller gå ut själv. Här ingår även lindrig demens.
- 6. Måttligt skör – behöver hjälp med alla utomhusaktiviteter och hushållsarbete. Inomhus har de ofta problem med trappor, behöver hjälp att tvätta sig och kan behöva stöttning vid exempelvis påklädning. Här ingår även måttlig demens.
- 7. Allvarligt skör – är fullständigt beroende av andra för personlig egenvård oavsett orsak (fysisk eller kognitiv). Trots det framstår de som stabila och utan hög risk att dö (inom ungefär 6 mån). Här ingår även svår demens.
- 8. Mycket allvarligt sköra. Är fullständigt beroende och närmar sig livets slut. De kan i allmänhet inte tillfriskna ens från en lindrig sjukdom.
- 9. Terminalt sjuka. Förväntat återstående livstid mindre än 6 månader oberoende av skörhet och behov av hjälp.

Reproduced from: Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canada. Version 1.2. © 2007-2009. All rights reserved.

Åtgärder	Redan utförda (Senaste 3 månaderna)	Planerade efter rond	Ansvarig	Klart datum
Medicinsk utredning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Medicinsk behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Läkemedelsgenomgång (fördjupad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hjälp/stöd med läkemedelshantering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kontaktsjuksköterska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Medicinsk vårdplan (bör övervägas från nivå 6: Måttligt skör)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Samordnad vårdplan (SIP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Senior alert (Fall, trycksår, nutrition, munhälsa, inkontinens)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Funktionsbedömning/rörlighet, balans, smärta (Fysioterapeut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Aktivitetsbedömning/hjälpmiddelsutprovning/anpassning av hemmiljön (Arbetssterapeut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kommunikationsstöd (Logoped)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kognitiv utredning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Biståndsbedömning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kommunal hemsjukvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Palliativ vård/LAH-konsult	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Geriatrisk konsult	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Psykosocialt stöd (från ex. föreningar, kommunen, kyrkan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Samtalsbehandling (Kurator, Psykolog)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		