

Den Landsdækkende

Kvalitetsdatabase

for Geriatri

2017

Vejledning til brug i
klinikken

Indholdsfortegnelse

Forord	side 3
Boform	side 4
Ganghjælpemidler mv.	side 5
BMI og ernæringscreening	side 6
ADL /Barthel	side 9
Rejse-sætte-sig	side 11
DEMMI	side 12
Genoptræningsplan	side 14
Faldudredning	side 16
Demensudredning	side 18

Forord

Vejledningen er udarbejdet af styregruppen for den Landsdækkende Database for Geriatri i håb om at dette samlede skrift kan afhjælpe den tvivl personale kan have i forbindelse med indsamling af data i den daglige kliniske praksis.

Vejledningen her udkom i sin 2. udgave i 2014, og er nu revideret til denne 3. udgave - 2017-udgaven.

I 2013 og 2014 var der mange henvendelser til styregruppen omkring dataindsamling mv. Det er styregruppens indtryk at vejledning bruges i de kliniske afdelinger, at den har klargjort og afhjulpet visse tvivlstilfælde. Det er håbet at vi med denne vejledning får elimineret, tydeliggjort og opdateret de ændringer der sket fra efteråret 2014 til nu 2017.

For alle parametre har styregruppen valgt en underopdeling af afsnittene i ”baggrund”, ”formål”, ”fremgangsmåde / testprocedure”, ”tidsregistrering /test/ hvornår” og ”litteratur”.

Hvor det har været hensigtsmæssigt, er den tidligere vejledning fra årsrapporten blot samlet og overført til dette skrift. Denne vejledning erstatter således tidligere udsendte.

Skema 2017, til brug for indtastning af de kliniske data er tilpasset denne vejledning.

Fortsat er de selvstændige skemaer for demmi-testen indarbejdet i ”geratriskemaet”, dvs man kan nu igen registrere alle kliniske data på 2 skemaer. Én side, der vedrører indlæggelse og én side der vedrører udskrivelse.

Det er styregruppens håb at dette øger overskueligheden i den daglige kliniske praksis.

Vejledningen vil være tilgængelig via RKKP's hjemmeside ultimo januar 2017

På styregruppens vegne.

Kirsten L. Vinding

Boform

Baggrund:

Patientens boform kan være indikator for patientens aktuelle funktionsniveau og behov for hjælp til ADL mv. ved hhv. indlæggelse og udskrivelse.

Formål:

At dokumentere boform før indlæggelse og hvilken boform patienten udskrives til.

Fremgangsmåde:

Eget hjem:

Alle permanente boformer bortset fra plejehjem/plejebolig, herunder ældrevenlig bolig/beskyttet bolig.

Plejehjem/plejebolig

Den faste adresse er i plejehjem/plejebolig. Plejehjem/plejebolig defineres ved bolig hvor der er umiddelbar adgang til sundhedsfagligt personale døgnet rundt.

Er patienten indlagt fra plejehjem/plejebolig og udskrives til plejehjem/plejebolig, skal dette registreres ved både indlæggelse og udskrivelse.

Aflastning

Kan fx være kommunal genoptræningsplads, aflastningsplads, korttidsplads, plejevurdering, kommunal akutplads, gæsteophold, rehabiliteringsplads, eller døgnrehabilitering.

Anden afdeling

Når patienten overflyttes til anden hospitalsafdeling.

Mors

Når patienten dør under indlæggelsen.

Andet

Kan fx være hos pårørende, i sommerhus, privat rehabiliterings eller kurophold.

Tidspunkt for registrering:

Indlæggelse: Indenfor 24 timer efter indlæggelse.

Udskrivelse: På udskrivelsesdagen.

Ganghjælpemidler mv

Baggrund:

Viden om gangredskab er med til at afdække patientens aktuelle funktionsevne.

Formål:

Viden om gangredskab vil indgå i den tværfaglige vurdering og indgå i mål for den samlede rehabilitering.

Test-procedure:

Fysioterapeuten angiver følgende muligheder:

Intet ganghjælpemiddel.

Stok/stokke.

Rollator.

Gangbord (Talerstol, høj gangvogn, gangramme)

Gangstativ (gangbuk, bon á pied)

Kørestolsbruger.

Sengeliggende.

Tidspunkt for registrering / test:

Senest 24 timer efter indlæggelsen og på udskrivelsesdagen.

BMI (body Mass Index) og Ernæringscreening

Baggrund

Sygdomsrelateret underernæring har store konsekvenser for den ældre patient. Herunder forlænget og kompliceret sygdomsforløb, tab af fysisk, psykisk og social funktionsevne, samt genindlæggelse og tidlig død.

Ved systematisk ernæringscreening kan patienter i ernæringsmæssig risiko identificeres allerede ved indlæggelse på hospital og en målrettet ernæringsindsats kan iværksættes.

Formål

At identificere patienter, for hvem sygdomsforløbet bliver forværret, hvis der ikke iværksættes en målrettet ernæringsindsats.

Testprocedure

Måling af højde og vægt

Højde

Måles oprejst uden sko ved hjælp af et længdemål fastgjort på væg eller dørkarm, eller et målebånd.

Hvis det ikke er muligt for den ældre bare kortvarigt at komme op at stå, kan højden måles sengeliggende. Der måles fra fingerspids til fingerspids mellem udstrakte arme. Dette mål er tilnærmelsesvis lig højdemålet (1). For nemheds skyld kan måles fra midt på sternum til den udstrakte arms fingerspidser og gange resultatet med 2. Alternativt til manuel måling af højde kan den ældre spørges om hvor høj han/hun plejer at være, fx hvilken højde der er angivet i pas eller kørekort.

Vægt

Vej på den samme vægt hver gang, for at kunne sammenligne målingerne. Der kan anvendes stāvægt, stolevægt eller liftvægt alt efter hvilken type der passer bedst til den ældres formåen og således at patienten holder kroppen i ro mens der vejes.

Vej patienten så let påklædt som muligt og uden sko. Registrer vægten med én decimal.

BMI udregnes automatisk, når højde og vægt er angivet.

Ernæringscreening

Screening for ernæringsmæssig risiko følger *Vejledning om screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko* (2,3).

Sundhedsstyrelsens vejledning skelner mellem primærscreening og sekundærscreening.

Primærscreening:

I primærscreening svares på 4 nedenstående spørgsmål.

- BMI <20,5?
- Vægttab inden for de sidste 3 måneder?
- Nedsat kostindtag i den sidste uge?
- Er patienten svært syg, dvs. stress-metabol

Svares nej til alle 4 spørgsmål scorer patienten 0 point, såfremt han/hun er <70 år, men tildeles 1 point såfremt han/hun er ≥ 70 år.

Svares ja til et eller flere 4 spørgsmål, går man videre til sekundærscreening.

Man kan også undlade primærscreening og gå direkte til sekundærscreening.

Sekundærscreening:

Ved sekundærscreening kan scores mellem 0 og 7 point.

0-2 point = ikke ernæringsmæssig risiko.

3-7 point = ernæringsmæssig risiko.

I sekundær screening scores indenfor områderne *ernæringstilstand, sværhed af sygdom og alderskorrektion*.

Samlet score= ernæringstilstand + sværhed af sygdom + alderskorrektion (0-7 point).

Ernæringstilstand (0-3 point). Den mest påvirkede værdi af nedenstående afgør scoren for ernæringstilstand.

- Normal score=0

- Let score=1: Vægttab > 5 % på 3 måneder eller kostindtagelse 50-75 % af behovet i sidste uge
- Moderat score=2: Vægttab > 5% på 1 ½ måned eller BMI 18,5 – 20,5 eller kostindtagelse 25-50 % af behovet i sidste uge
- Svær score=3: Vægttab > 5 % på 1 måned/15 % på 3 måneder eller BMI < 18,5 og påvirket almentilstand eller kostindtagelse 0-25 % af behovet i sidste uge

Sværhed af sygdom (0-3 point): Sværhedsgraden af patientens sygdom bedømmes som let score=1, moderat score=2 eller svær score=3.

Alderskorrektion (0-1 point): Ved alder ≥ 70 år alderskorrigeres ved at lægge et point til total score.

Summen fra de 3 områder udgør den samlede ernæringscreeningscore (ernæringstilstand + sværhed af sygdom + alderskorrektion) dvs udfald/ sum 0,1,2,3,4,5,6 eller 7.

Tallet indføres i skemaet / indberettes til databasen.

Tidspunkt

Vægt- og højdemåling og Ernæringscreening gennemføres indenfor de første 24 timer af indlæggelse på geriatrisk afdeling.

Referencer

(1) Jarzem PF, Gledhill RB. Predicting height from arm measurements. J Pediatr Orthop 1993 Nov-Dec;13(6):761-765.

(2) Sundhedsstyrelsen. Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko. Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister. 2008.

(3) Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, Stanga Z, Ad Hoc ESPEN Working Group. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. Clin Nutr 2003 Jun;22(3):321-336.

Barthel indeks

Baggrund:

Begrebet funktionsevne anvendes som en karakteristik af personers evne til at klare daglige aktiviteter (ADL = activities of daily living). Barthel indeks kan systematisk anvendes til at vurdere funktionsevnen hos ældre med nedsat funktionsevne og har vundet udbredelse som redskab til at monitorere ændringer i funktionsevne som følge af rehabilitering under indlæggelse.

Barthel index blev først beskrevet i 1958 og blev formuleret i sine enkelte dele og pointskala i 1965 (Mahoney og Barthel). Barthel indeks udvikledes oprindeligt til monitorering af kronisk syge patienters grad af uafhængighed ved udførelse af ti basale daglige gøremål: spisning, forflytning fra seng til stol, personlig hygiejne, toiletbesøg, badning, mobilitet, trappegang, påklædning, tarmkontrol og blærekontrol.

Der findes forskellige udgaver af Barthel indeks. Den i databasen anvendte er: Barthel 100 (Shah et al 2003). Skala fra 0-100, hvor 100 point beskriver total uafhængighed.

Formål:

Måling af funktionsevne indgår bl.a. i diagnoserelaterede grupper (DRG) hvormed man kan identificere patienter med multimorbiditet, tab af funktionsevne og behov for intervention i relation til funktionsevne.

Testprocedure:

I databasen anvendes Barthel 100-indeks testes ved indlæggelsen og evt. udskrivelse. Barthel indeks opfylder en række krav til et måleinstrument: Testen er let anvendelig, let udførlig efter oplæring, valideret og oversat til dansk. Barthel indeks er herudover vist at have høj inter-rater reliabilitet (0.95) og test-retest reliabilitet (0.89).

Barthel indeks testes ved indlæggelse i afdelingen.

Ved indlæggelser > 7 døgn gentestes, disse data bruges ved afdelingens tværfaglige konferencer. Der sluttetes ved udskrivelsen.

Tidspunkt for test:

Indenfor de første 24 timer af indlæggelse på geriatrisk afdeling og ved udskrivelse..

Referencer:

Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. J Clin Epidemiol 1989;42(8):703-9.

Maribo T, Lauritsen JM, Waehrens E, Poulsen I, Hesselbo B. [Barthel Index for evaluation of function: a Danish consensus on its use]. Ugeskr Laeger 2006;168(34):2790-2.

Rejse-sætte-sig testen (RSS)

Baggrund og formål:

Muskelstyrken i benene er den største risikofaktor i forhold til faldulykker og er derfor et væsentligt og interessant mål for den geriatriske patient. Formålet med RSS er at vurdere styrken i benene, hvilket i øvrigt har stor betydning for udførelse af dagligdags aktiviteter. Der er en god validitet og reproducerbarhed for RSS hos hjemmeboende ældre (+60).

RSS-test er en del af senior fitness-test (SFT-test).

Testprocedure:

RSS udføres ved at patienten rejser og sætter sig fra en almindelig stol med sædehøjde 43-44 cm flest mulige gange på 30 sek. (med eller uden brug af armlæn). Patienten skal instrueres i, at det er en max-test der udføres; dvs. det gælder om at opnå flest mulige antal oprejsninger. For yderligere information se bilag 1.

Ved registrering i Geriatrisk Database er det muligt at angive om testen er gennemført og hvis ikke kan vælges følgende begrundelser for hvorfor ikke:

- Kognitiv dysfunktion
- Fysisk dysfunktion
- Patienten ønsker ikke at deltage
- RST er ikke målt.

Testresultatet registreres som standardtest uden brug af armlæn. Er patienten fuldstændig ude af stand til at gennemføre RSS registreres scoren 0 i KMS systemet.

Tidspunkt for test:

RSS udføres fra 2017 kun som udskrivelsestest.

Referencer:

Jones CJ, Rikli RE, Beam WC. A 30-s chair-stand test as a measure of lower body strength in community-residing older adults. Res Q Exerc Sport. 1999 Jun;70(2):113-9.

De Morton Mobility Index (DEMMI)

Baggrund og formål:

DEMMI er udviklet til at vurdere status og måle ændringer i mobilitet hos ældre akutte medicinske patienter, hvilket er den type patient vi nationalt i geriatrien arbejder med. DEMMI evaluerer mobiliteten fra patienter der er sengebundne til patienter der er normalt fungerende. Således spænder DEMMI over en meget bred populationsgruppe, hvilket er en fordel, da stort set alle patienter kan opnå en score. Desuden vil selve det at man måler DEMMI hos en patient være en træning i sig selv. Testen indeholder testområder/ items for den statiske og dynamiske balance. Ved databasens start blev disse parametre testet i andre testmodaliteter f.eks. GNIK mv.

En anden fordel ved DEMMI er at terapeuten som gennemfører testen, får en klar indikation om hvad mobilitetsniveau patienter er på og hvor en trænings-indsats skal lægges. Dette er en stor fordel når der skal udarbejdes en GOB både for terapeuten og patienten. Diverse videnskabelige studier har vidst at DEMMI har en god reproducerbarhed, validitet og ingen gulv eller loftseffekt på scoren hos ældre akutte medicinske patienter.

Testprocedure:

DEMMI tester mobilitet hos patienten ud fra 15 opgaver. Opgaverne går fra at være meget lette og stiger gradvist i sværhedsgrad, og gennemføres i den numeriske rækkefølge der er angivet i [Manualen \(tryk ctrl ned og venstre klik på dette blå link for at komme til manualen\)](#). Opgaverne omfatter sengemobilitet, at rejse sig fra en stol, statisk- og dynamisk balance samt gang. Patienten får point (0-2) ud fra deres evne til at klare hver enkelt opgave. Der skelnes mellem om patienten udfører opgaven selvstændigt, om patienten behov har for supervision eller om patienten har behov for fysisk støtte for at kunne udføre opgaven. Den samlede DEMMI Rå Score angives i point mellem 0-19 point. Rå Scoren konverteres efterfølgende via [Manualen](#) til en endelig DEMMI score ved hjælp af en omregningstabel som angives i point fra 0-100.

Yderligere information og videoer om DEMMI testen kan findes ved at gå på <http://www.bispebjerghospital.dk> og søge på DEMMI i søgefeltet på hjemmesiden

Undtagelse af patienter kan være:

Patienter, der har særlige restriktioner, kan fx være ved hoftenære frakturer (orto-geriatriske)

Patienter med delir; delir-tilstanden begrunde undtagelse af test.

Patienter med markante smerter kan have kompromitteret evne til at gennemføre testen. Det er derfor vigtigt med løbende tværfagligt sammenspil omkring patienten.

Tidspunkt for test:

DEMMI gennemføres ved **indlæggelse** (det tilstræbes at gennemføres **indenfor 24 timer**) og ved **udskrivelse** (indlæggelse på **7 eller flere døgn**). af alle geriatriske patienter

Referencer:

1. Davenport SJ, de Morton NA. Clinimetric properties of the de Morton Mobility Index in healthy, community-dwelling older adults. Arch Phys Med Rehabil. 2011 Jan;92(1):51-8.
2. de Morton NA, Davidson M, Keating JL. Reliability of the de Morton mobility index (DEMMI) in an older acute medical population. Physiother Res Int. 2010 Oct 29.
3. de Morton NA, Lane K. Validity and reliability of the de Morton Mobility Index in the subacute hospital setting in a geriatric evaluation and management population. J Rehabil Med. 2010 Nov;42(10):956-61.
4. de Morton NA, Davidson M, Keating JL. Validity, responsiveness and the minimal clinically important difference for the de Morton Mobility Index (DEMMI) in an older acute medical population. BMC Geriatr. 2010 Sep 30;10:72.
5. de Morton NA, Davidson M, Keating JL. The de Morton Mobility Index (DEMMI): an essential health index for an ageing world. Health Qual Life Outcomes. 2008 Aug 19;6:63.

Genoptræningsplan (GOP)

Baggrund:

For at kunne monitorere kvaliteten af den geriatriske, tværfaglige og tværsektorielle rehabiliterende indsats, der initieres under indlæggelse og fortsættes i primær sektor, finder Styregruppen for den Landsdækkende database for Geriatri det nødvendigt, at der fremadrettet kommer en indikator på andel af patienter der udskrives med genoptræningsplan til kommunen.

Ventetid på genoptræning har bevågenhed i de danske medier bl.a. kommenteret af Tina Lambrecht, formand for Danske Fysioterapeuter (1). Artiklen på Danske Fysioterapeuters hjemmeside d. 23.10.13 retter bl.a. fokus på risiko for tab af muskelmasse på op mod 20 % om ugen ved inaktivitet og dermed vigtigheden af start på genoptræning indenfor en uge efter udskrivelse.

Reservekapacitet, som beskriver overskud af muskelstyrke og kondition til dagligdagsaktiviteter, er mindre hos ældre og følgerne af inaktivitet gennem længere tid er derfor mere omfangsrige. Nedsat muskelstyrke, nedsat balance, øget træthed giver øget risiko for fald og derved risiko for reduktion af funktionsevne med tab af livskvalitet. (2)

Geriatriske patienter udskrevet med genoptræningsplan bør højst vente en uge efter udskrivelse inden opstart af genoptræning.

Bevågenheden omkring ventetid på genoptræning er aktualiseret efter offentliggørelse af undersøgelsen *Kommunal træning af ældre 2013* udført af Gallup (3).

Den nævnte undersøgelse er foretaget af TNS Gallup for Danske Fysioterapeuter, Danske Handicaporganisationer og Ældre Sagen. Undersøgelsens hovedkonklusion vedr. ventetid viser:

Ventetider på genoptræning og vedligeholdelsestræning

- *Ventetiden for **genoptræning efter Sundhedsloven** er i 32% af kommunerne op til 1 uge. 60% af kommunerne har en ventetid på mere end 1 uge. 8% af kommunerne ved ikke, hvor lang ventetiden er.*

- Ventetiden for **genoptræning efter Serviceloven** er i 19% af kommunerne op til 1 uge. 70% af kommunerne har en ventetid på mere end 1 uge. 11% af kommunerne ved ikke, hvor lang ventetiden er.
- Ventetiden på **vedligeholdelsestræning efter Serviceloven** er i 15% af kommunerne op til en uge. 69% af kommunerne har en ventetid på mere end 1 uge. 16% af kommunerne ved ikke, hvor lang ventetiden er. (2, side 6)

Formål:

Undersøgelsens resultater understreger behovet for en indikator, der tydeliggør andelen af patienter, der udskrives med genoptræningsplan til kommunen på baggrund af den vurdering, der er foretaget under indlæggelsen. Ligeledes er der behov for en synliggørelse af ventetiden på genoptræning. Behovet er absolut nødvendigt og yderst relevant, for dels at sikre ydelsen, dels for at kunne udvikle den tværsektorielle kvalitet af den samlede rehabilitering for den geriatriske patient i henhold til gældende sundhedslov.

Test-procedure:

Ved udskrivelsen angiver fysio- og/eller ergoterapeuten om der under indlæggelsen har været foretaget en vurdering af, hvorvidt patienten har behov for en genoptræningsplan. Som udgangspunkt bør der for alle patienter foretages en vurdering af behov for udarbejdelse af en genoptræningsplan.

Vurderingen kan resultere i følgende:

JA Patienten har behov for genoptræning. Der er udarbejdet en genoptræningsplan. Såfremt patienten ved udskrivelsen havde en genoptræningsplan eksempelvis fra en nylig forudgående indlæggelse, kan der være udarbejdet en revideret genoptræningsplan. Der angives således 'JA' hvis der er vurderet at være behov for genoptræning og dette har resulteret i udarbejdelse af ny genoptræningsplan, tillæg og/eller revision af eksisterende genoptræningsplan.

NEJ Patienten har ikke behov for genoptræning og der er derfor ikke udarbejdet en genoptræningsplan.

Tidspunkt for test:

På udskrivelsesdagen i henhold til Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus § 1 stk 3. (4)

1.

<http://fysio.dk/org/nyheder/Din-bopal-afgor-ventetid-pa-genoptraning/>

2.

Beyer, Lund, Klinge. Træning i forebyggelse, behandling og rehabilitering. Munksgaard Danmark, København 2008. Side 102-103.

3.

http://fysio.dk/Upload/PolOrg/Billeder/FINAL%20Rapport%20Genoptr%c3%a6ning_05092013.d

[OCX](#)

Lokaliseret d. 1.5.14 på:

(4). <https://www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=10584>

Faldudredning

Baggrund:

Som en af geriatriens kerneydelser udgør faldudredning en naturlig indikator i databasen. Indikatoren er i særlig grad relateret til det lægelige ansvarsområde i udredning og behandling af den geriatriske patient.

Formål:

Monitorering af behovet for faldudredning blandt de geriatriske patienter indlagt i geriatrisk afdeling er tænkt som en deskriptiv opgørelse af hvorvidt det findes relevant at faldudrede

patienten enten under indlæggelse eller i et efterfølgende ambulante forløb. Samtidig registreres i hvilket omfang patienten er interesseret heri.

Der er ikke beskrevet standard; indikatoren er ikke en resultatindikator.

Testprocedure:

Det forudsættes at alle indlagte patienters behov for faldudredning lægeligt vurderes. Der er derfor ikke mulighed for at afkrydse svarende til "manglende stillingtagen"/ikke vurderet".

I skemaet afkrydses som følger:

NEJ	Der er ikke fundet indikation for faldudredning
JA	Der er fundet indikation for faldudredning
Initieret/gennemført under indlæggelse	Der er fundet indikation for faldudredning. Faldudredning initieret under indlæggelse; årsag(er) fundet og behandling iværksat under indlæggelse (omfatter også evt. seponering af medicin, eksempelvis antihypertensiva som led i faldudredning). Patienten er ikke henvist til yderligere ambulante faldudredning.
Tilbudt ambulante	Der er fundet indikation for faldudredning og denne er tilbudt som efterfølgende ambulante forløb og accepteret af patienten
Ønskes ikke af patienten	Der er fundet indikation for faldudredning, dette er tilbudt, Men patienten ønsker ikke videre udredning.
Ej tilbudt	Der er fundet indikation for faldudredning, men patienten vurderes ikke at kunne medvirke til/profitere af yderligere udredning

Tidspunkt for test:

Afkrydses i skemaet senest ved udskrivelse, men kan vurderes løbende i indlæggelsesforløbet.

Demensudredning**Baggrund:**

Idet kognitiv svækkelse er en hyppig tilstand hos den skrøbelige ældre patient vil en vurdering af grad af kognitiv svækkelse, mulige årsager her til og behov for yderligere udredning være en naturlig del af den geriatriske vurdering af patienter indlagt i en geriatrisk afdeling.

Indikatoren er i særlig grad relateret til det lægelige ansvarsområde i udredning og behandling af den geriatriske patient.

Formål:

Monitorering af behovet for demensudredning blandt de geriatriske patienter indlagt i geriatrisk afdeling er tænkt som en kvalitativ opgørelse af hvorvidt det findes relevant - og i hvilket omfang, der er behov for - at demensudrede patienten i et efterfølgende ambulante forløb. Samtidig registreres i hvilket omfang patienten er interesseret heri.

Der er ikke beskrevet standard; indikatoren er ikke en resultatindikator.

Testprocedure:

Det forudsættes at alle indlagte patienters behov for demensudredning lægeligt vurderes. Der er derfor ikke mulighed for at afkrydse svarende til "manglende stillingtagen"/ikke vurderet".

I skemaet afkrydses som følger:

NEJ

Der er ikke fundet indikation for demensudredning, da der ikke er mistanke om kognitiv problemstilling.

eller

Der er ikke fundet indikation for henvisning til demensudredning, da patienten tidligere er diagnosticeret med demenssygdom.

JA	Der er fundet indikation for demensudredning grundet mistanke om kognitiv problemstilling
Tilbudt ambulant	Der er fundet indikation for demensudredning og denne er tilbudt som efterfølgende ambulant forløb og accepteret af patienten
Ønskes ikke af patienten	Der er fundet indikation for demensudredning, dette er tilbudt, men patienten ønsker ikke videre udredning
Ej tilbudt	Der er fundet indikation for demensudredning grundet mistanke om kognitiv problemstilling, men patienten vurderes ikke at kunne medvirke til/profitere af yderligere udredning.

Tidspunkt for test:

Afkrydses i skemaet senest ved udskrivelse, men kan vurderes løbende i indlæggelsesforløbet.