

"Å klare seg selv" (ÅKSS)

-intervju om den eldres ferdigheter i hjemmet.

Rosenborgsenteret

Lovisenberg Diakonale Sykehus

Besøksadresse: Geitemyrsvn. 45B

Postadresse: Lovisenberggt. 17, 0440 Oslo

Telefon: 23 22 62 00

Telefax: 23 22 62 02

Veiledning til intervju om den eldres ferdigheter i hjemmet:

Intervjuguiden skal brukes når en skal intervju den eldre og komparente (pårørende, hjelpere, venner) til hjemmeboende eldre, for å få en oversikt over den eldres ferdigheter. Dvs. hvor mye vedkommende utfører selv, om utførelsen er tilfredsstillende, hva vedkommende trenger hjelp til og hvem som eventuelt gir denne hjelpen.

Det benyttes ett ark for hvert intervju.

Intervju-guiden er ment som en rettesnor i intervjuet og er delt inn i temaer (DEL A) og en detaljert oversikt over gjøremål (DEL B). Hensikten med denne inndelingen er at en skal prøve å spørre generelt (DEL A) om et tema for å få vite om det er nødvendig å spørre detaljert (DEL B).

NB! Det settes kryss for det svaret som blir gitt.

Eksempel 1.

Utreders spør: *Vasker og steller han/hun seg selv?*
Utføres dette som før?

Ja Nei
 Ja Nei

I dette eksemplet har det ingen hensikt å spørre videre. Den komparente mener at den eldre utfører gjøremålet med samme standard som før.

Eksempel 2.

Utreders spør: *Vasker og steller han/hun seg selv?*
Utføres dette som før?

Ja Nei
 Ja Nei

Her kan det være behov for hjelp. Den komparente mener at utførelsen ikke utføres med samme standard som før. Dette må selvsagt sees i sammenheng med tidligere standard. For å få en nærmere beskrivelse av hvilke gjøremål pasienten eventuelt kan utføre må en spørre videre:

Utreders spør:		Hvem hjelper?
- tror du han/hun kan dusje alene?		Ingen
- tror du han/hun kan vaske seg selv?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Ingen
- tror du han/hun kan vaske håret?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Ingen
- kan han barbere seg?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Ikke behov
- kan han/hun gå på toalettet alene?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Ikke behov
	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	

Når intervju-guiden er brukt med de komparente som kjenner pasientens ferdigheter, sitter utrederen igjen med en oversikt over følgende:

- hva vedkommende klarer
- hva han/hun trenger hjelp til
- hvem som eventuelt hjelper
- om vedkommende trenger hjelp, men ikke får det

Eventuell:

- ingen vet hvordan han/hun klarer seg

"Å KLARE SEG SELV" - intervju om den eldre ferdigheter i hjemmet.

Den eldre og komparente, pårørende, hjelper, venn:	Pasientens navn:
	Født:
	Dato intervju:
Hyppighet i kontakt:	Intervjuer:

Del A			Del B	
TEMA	Utfører selv?	Standard som før?	Hvis NEI, ved en eller begge: Kan pasienten utføre følgende?	Hvem hjelper?
Brukes medisin:			Tar medisin rett fra medisinglass? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Tar medisin med hjelp av dosett? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Ordne økonomi:			Oversikt/ansvar for økonomi? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Bruk av post/bank? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Lage mat:			Lage varm mat? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Varme ferdigmat? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
			Lage tørrmat? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
			Koke te/kaffe? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
			Ta seg drikke? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Handle			Komme seg i butikken? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Finne fram i butikken? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
			Kjøre riktig mengde/riktig mat? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Ordne/rydde:			Skifte sengetøy? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Re opp senga? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
			Holde klærne i orden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
			Ordne i skuffer/skap? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
			Kaste søppel? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Vaske/rengjøre:			Vaske sengetøy? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Vaske klær? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
			Vaske/støvsuge gulv? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
			Tørke støv? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
			Vaske opp? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Vaske/stelle seg:			Dusje? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hårvask? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
			Kroppsvask? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
			Barbering/sminking? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
			Pusse tenner/stelle protese? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
			Toalettbesøk? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Kle på/av seg:			Finne fram klær? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Kle på seg? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
			Kle av seg? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Spise:			Spise levert varm mat? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Spise påsmurt mat? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	