

Oppfølging av eldre personer med utviklingshemning

Et kartleggingsverktøy til bruk for omsorgspersoner.
Verktøyet er ment som et hjelpemiddel for å oppdage tidlige tegn på funksjonsfall og sykdom.

Navn: _____

Fødselsdato: _____ Alder ved første registrering: _____

Heftet består av følgende deler:

Del A: Generelle opplysninger

Del B: Sjekkliste for helse

Del C: Kartlegging av endring i ferdigheter

Del D: Sjekkliste for endring av kognisjon og atferd

Del E: Sjekkliste for bakgrunnshendelser i miljø og sosialt nettverk

Del F: Oppsummering, vurdering og plan for videre undersøkelser og tiltak

Samtykke til bruk av kartleggingsverktøyet **Tidlige tegn**

Jeg godkjenner at denne kartleggingen gjennomføres, og at det vil bli samlet opplysninger om min helse og mine ferdigheter. Opplysningene vil kun være tilgjengelig for helse- og omsorgspersonell med ansvar for å gi meg nødvendig helsehjelp og praktisk bistand.

Dato: _____

Dato: _____

Underskrift: _____

Pårørende/
hjelpeverge: _____



Før opp nåværende diagnoser og hjelpemidler

- Med diagnose/sykdommer menes syndrom, funksjonshemning, kroniske lidelser/sykdommer, ervervede skader, syns- og hørselsnedsettelse etc.
- Senere endringer av diagnoser og hjelpemidler føres inn fortløpende.

Diagnoser/sykdommer

Dato/signatur

Hjelpemidler som briller, høreapparat, rullestol, døgnklokke etc.

Dato/signatur



Spesielle trekk ved syndromet eller utviklingsforstyrrelsen

- Gi en kort beskrivelse om det er helsemessige forhold som bør følges opp i eldre år.
- Hva er beskrevet om syndromet eller utviklingsforstyrrelsen?
- Søk informasjon i litteratur, internett, kompetansesentra for sjeldne syndromer (eks. Frambu), interesseorganisasjoner etc.

Fysiske og medisinske forhold

Psykiske og sosiale forhold



Historiske opplysninger

- Lag en kort oversikt over helsemessige, sosiale og miljømessige forhold som har inntruffet tidligere i livet.
- Beskriv spesielle tilrettelegginger eller hensyn som taes i dag.
- Dette er ikke en utfyllende oversikt og skal ikke erstatte en fullverdig helseoversikt eller en nedtegnet livshistorie.

Opplysninger om tidligere fysiske og medisinske forhold

Opplysninger om tidligere psykiske og sosiale forhold

Spesielle hendelser tidligere i livet

Spesielle forhold som blir tilrettelagt i dag, både av personalet og personen selv

Del B: Sjekkliste for helse



- Registrer om helsen har **endret seg siste år**, eller siden foregående registrering.
- BMI (Body Mass Index) = (vekt i kilo)/(høyde i meter x høyde i meter)
Eksempel: 70 kg/(1,60 x 1,60) = 27,3. Se kommentarer og tabell for BMI i "Veilederen".

		Registrering:	1. reg.	2. reg.	3. reg.	4. reg.	5. reg.
		Dato:					
Helseundersøkelser		Utført av:					
1.	Legeundersøkelse av fastlege	Dato gjennomført					
2.	Undersøkelse av spesialist	Dato gjennomført					
3.	Medisiner evaluert	Dato gjennomført					
4.	Tannlegeundersøkelse	Dato gjennomført					
5.	Synsundersøkelse	Dato gjennomført					
6.	Hørselsundersøkelse	Dato gjennomført					
7.	Mammografi undersøkelse	Dato gjennomført					
8.	Sykemeldt arbeid/dagaktivitet	Antall dager					
9.	Har vært innlagt på sykehus	Antall dager					
10.	Vekt/høyde	Oppgi vekt /høyde					
11.	BMI (Body Mass Index).	BMI = vekt/m ²					

Oppfatning av helse: Kun ett **x** for hvert spørsmål

1. Epilepsi	Har endret anfallstype	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Har epilepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Har ikke epilepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Fall uten naturlig årsak. Gjelder ikke fall på grunn av glatt underlag, epileptisk anfall etc.	Flere enn 6 ganger siste år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 til 6 ganger siste år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 gang siste år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ikke registrert fall siste år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Har virket forvirret i kortere eller lengre perioder. Gjelder ikke forvirring ved epileptisk anfall.	Flere enn 6 ganger siste år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 til 6 ganger siste år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 gang siste år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ikke registrert episoder med forvirring siste år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hørsel	Er døv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sterkt svekket hørsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Litt svekket hørsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Normal hørsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Syn	Er blind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sterkt svekket syn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Litt svekket syn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Normalt syn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Oppfatning av helse:

Kun ett **X** for hvert spørsmål

Registrering:		1. reg.	2. reg.	3. reg.	4. reg.	5. reg.
6. Trett på dagtid	Sover flere ganger i løpet av dagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sover flere ganger i løpet av ettermiddagen/kvelden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sover en gang om ettermiddagen/kvelden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sover ikke i løpet av dagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Nattesøvn	Registrert mye våkenhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Registrert litt våkenhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ikke registrert våkenhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Huden: sår, eksem, tørr hud, utslett, etc	Har store problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Har litt problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Har ingen problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Kontinent/inkontinent: urin og/eller avføring	Er inkontinent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Har mange uhell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Har noen uhell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Har ingen uhell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Væskeinntak	Drikker mindre enn normalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Drikker mer enn normalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Drikker normalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Håndfunksjon og finmotorikk	Har store problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Har litt problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Har god håndfunksjon og finmotorikk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Gangfunksjon	Har store problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Har litt problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Har god gangfunksjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Smerte	Klager ofte over smerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Klager noen ganger over smerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Klager ikke over smerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Fysisk utholdenhet	Har meget dårlig fysisk utholdenhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Har litt dårlig fysisk utholdenhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Har god fysisk utholdenhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Medisinering	Har gjort vesentlige endringer av medisiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Har gjort mindre endringer av medisiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bruker medisiner, men ingen endring siste år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bruker ikke medisiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Har endret hjelpemiddel	Endringer av hjelpemidler føres fortløpende under del A					
	Har fått nytt hjelpemiddel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bruker hjelpemidler, men ingen endring siste år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Har sluttet med et hjelpemiddel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bruker ikke hjelpemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. For kvinner; menstruasjon/overgangsalder	Menstruasjon opphørt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Uregelmessig menstruasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Regelmessig menstruasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



- Registrer personens evne til å gjennomføre handlingene slik dere vurderer den er **i dag**.
- Hvis flere typer bistand gis på samme handling av ulikt personale, bli enige om en bistandskode.
- Det kan være døgnvariasjoner hos den enkelte, derfor er flere handlinger satt opp under flere perioder i løpet av døgnet. Det er viktig at de som fyller ut kartleggingen får riktig informasjon om hvordan personen mestrer handlingene under disse periodene.
- Under hver periode er det satt inn ledige linjer. Benytt disse hvis det er andre handlinger dere mener kan være gode indikatorer for denne personen.
- Første kartlegging er en startstatus for personens bistandsbehov. Senere kartlegginger skal vurderes ut fra denne.
- Summer bistandskoder og summer antall spørsmål besvart, spørsmål om handlinger som ikke er aktuelle (X) skal ikke taes med i summeringen. Summene overføres til side 9 – Oppsummering av bistand.



Koder for bistandsbehov

Kode	Beskrivelse av type bistand og tilstedeværelse av personale	
X	Uaktuell	Handlingen er ikke aktuell. Eks. personen har ikke vaskemaskin, har ikke arbeid/dagaktivitet.
0	Selvstendig	Personen starter, utfører og avslutter handlingen selvstendig. Personalet må ikke være til stede under gjennomføring av handlingen.
1	Huskehjelpemiddel	Personen trenger dags- / ukeplan, avtalestyring eller annen skriftlig / billedlig styring for å gjennomføre handlingen. Personalet setter opp dags-/ukeplan med påminnelse for hvordan handlingen skal startes eller gjennomføres, men er ikke til stede under handlingen.
2	Starthjelp	Personen mottar bistand for å starte handlingen, men gjennomfører den selvstendig. Personalet må være til stede og gi starthjelp ved bruk av tegn og gester eller ved verbal påminnelse.
3	Tilstedeværelse	Personen mottar påminnelser/verbal hjelp under handlingen for å gjennomføre den. Personalet er til stede under hele handlingen og gir indirekte hjelp ved bruk av tegn og gester eller i form av verbale påminnelser.
4	Delvis overtakelse	Personen mottar direkte bistand for å gjennomføre deler av handlingen. Personalet er til stede under hele handlingen og gir hjelp ved å utføre deler av handlingen eller i form av delvis eller full håndledning.
5	Full overtakelse	Personen utfører ikke handlingen. Personalet utfører hele handlingen.

	Registrering:	1. reg.	2. reg.	3. reg.	4. reg.	5. reg.
	Dato:					
	Utført av:					
Morgen						
1. Står opp til normal tid for denne personen						
2. Dusjer eller vasker seg						
3. Kler på seg						
4. Ivaretar toalettthigiene						
5. Tilbereder frokost						
6. Spiser frokost						
7. Pusser tenner						
8. Kler på seg uteklær etter værforhold og anledning						
9. Forlater leiligheten til rett tid						
10.						
11.						
12.						
Sum bistandskoder						
Sum antall spørsmål besvart (Handlinger som ikke er aktuelle (X) taes ikke med)						
Dag Hent informasjon fra arbeid/dagaktivitet. Hvis personen ikke har tilbud på dagtid, utelates denne delen.						
Kontakt person:						
1. Kommer til rett tid om morgenen						
2. Tar av og henger opp yttertøy						
3. Gjennomfører faste arbeidsoppgaver						
4. Finner frem ved/i arbeidsplassens omgivelser						
5. Finner frem mat til lunsj						
6. Spiser lunsj						
7. Følger faste rutiner ved pauser						
8. Ivaretar toalettthigiene						
9.						
10.						
11.						
Sum bistandskoder						
Sum antall spørsmål besvart (Handlinger som ikke er aktuelle (X) taes ikke med)						

Del C: Kartlegging av endring i ferdigheter



Koder for bistandsbehov (Se utdypende beskrivelse av bistandskoder side 6)

Kode

- | | |
|----------------------------|-----------------------------|
| X Uaktuell | 3 Tilstedeværelse |
| 0 Selvstendig | 4 Delvis overtakelse |
| 1 Huskehjelpemiddel | 5 Full overtakelse |
| 2 Starthjelp | |

Kveld

Registrering:	1. reg.	2. reg.	3. reg.	4. reg.	5. reg.
1. Tilbereder middag					
2. Spiser middag					
3. Rydder tallerken og bestikk etter middag					
4. Betjener radio, musikkanlegg og TV					
5. Ivaretar toalettthigiene					
6. Kler av seg					
7. Dusjer eller vasker seg					
8. Pusser tenner					
9. Legger seg til normal tid for denne personen					
10.					
11.					
12.					
Sum bistandskoder					
Sum antall spørsmål besvart <small>(Handlinger som ikke er aktuelle (X) taes ikke med)</small>					

Ukentlige gjøremål

1. Holder boligen ryddig – slik det er naturlig for denne personen					
2. Bruker støvsuger					
3. Vasker gulv					
4. Tørker støv					
5. Betjener vaskemaskin					
6. Finner matvarer i kjent butikk					
7. Betaler i butikk med kontanter eller kort					
8. Finner frem i nærmiljøet					
9.					
10.					
11.					
Sum bistandskoder					
Sum antall spørsmål besvart <small>(Handlinger som ikke er aktuelle (X) taes ikke med)</small>					



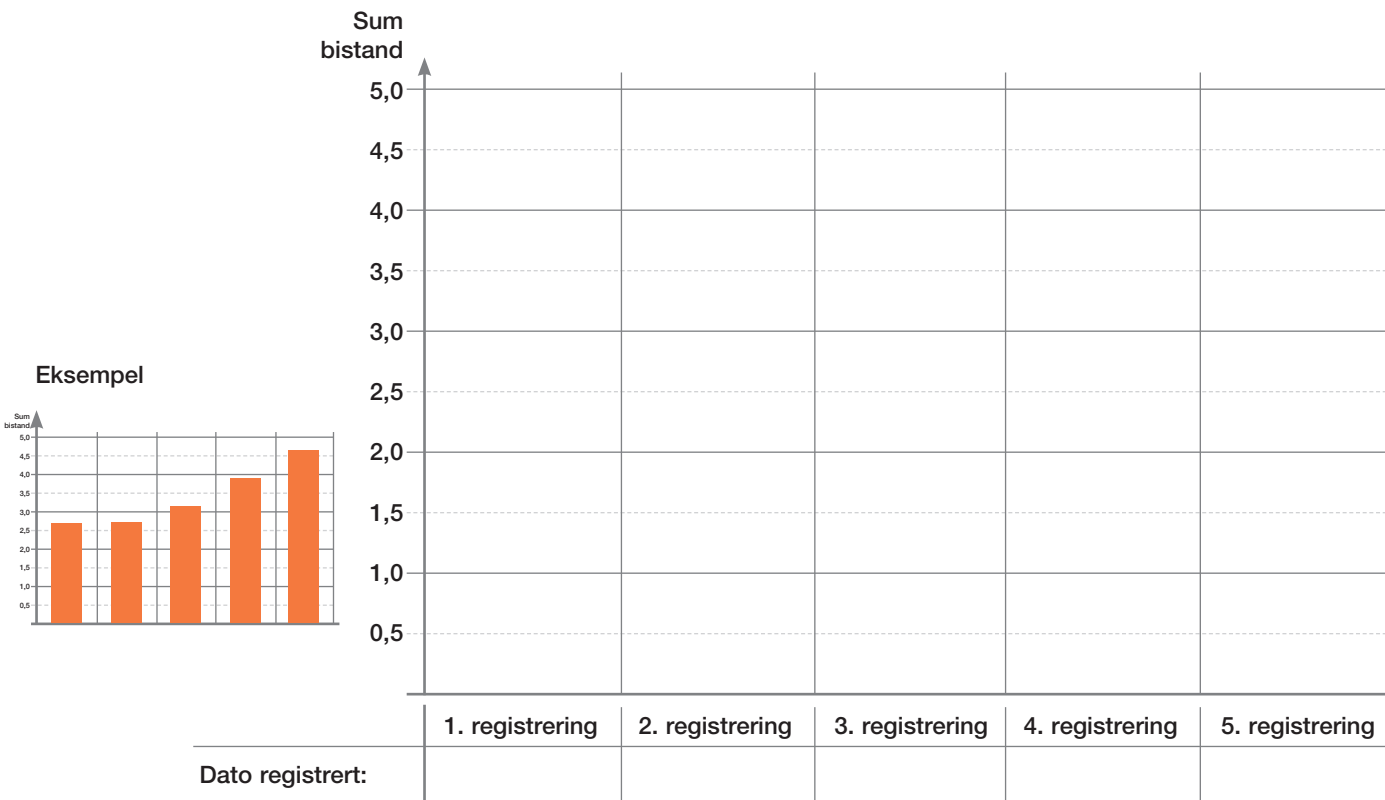
Oppsummering av bistand

Fremgangsmåte for utregning av gjennomsnittlig bistandsbehov:

- Overfør summene fra de enkelte perioder til tabellen nedenfor.
- Summer bistand for alle perioder.
- Summer antall spørsmål for alle perioder, husk at spørsmål om handlinger som ikke er aktuelle (X) ikke skal taes med.
- Beregn gjennomsnittet ved å dividere (dele på) summen av bistand på summen av spørsmål som er registrert.
- Avrund til én desimal (eks. 2,495 til 2,5)
Eksempel: Sum bistand = 93, Sum spørsmål = 34. Gjennomsnitt blir $93:34 = 2,735$. Avrundet blir sum bistand 2,7
- Lag et stolpediagram i farger ved å overføre gjennomsnittlig bistand til den grafiske fremstillingen.

	1. registrering		2. registrering		3. registrering		4. registrering		5. registrering	
	Sum bistand	Sum spørsmål	Sum bistand	Sum spørsmål	Sum bistand	Sum spørsmål	Sum bistand	Sum spørsmål	Sum bistand	Sum spørsmål
Morgen										
Dag										
Kveld										
Ukentlige gjøremål										
Sum										
Gjennomsnittlig bistand (Sum bistand dividert (dele på) sum spørsmål)										

Grafisk fremstilling av bistand Overfør gjennomsnittlig bistand (i tabellen over) og tegn et stolpediagram.





- Vurder hvor ofte atferden har forekommet i løpet av den **siste måneden**.
- Bruk kodene nedenfor for å angi hyppigheten.
- Første registrering er en startstatus for personens atferd og kognisjon. Senere kartlegginger skal vurderes ut fra denne.
- Summer koder for kognisjon og atferd.
- Lag en farget søyle ved å føre over summene til den grafiske fremstillingen på neste side.

Kode for forekomst

X = Er uaktuell

0 = Har ikke forekommet

1 = Forekommer flere ganger månedlig

2 = Forekommer flere ganger ukentlig

3 = Forekommer flere ganger daglig

4 = Forekommer det meste av dagen

Registrering:	1. reg.	2. reg.	3. reg.	4. reg.	5. reg.
Dato:					
Utført av:					

Kognisjon

1. Gjentar samme spørsmål om og om igjen					
2. Har vanskeligheter med hukommelsen (eks. glemmer navn på personer, avtaler etc.)					
3. Har vanskeligheter med å lære nytt/nye handlinger eller oppgaver (eks. ny CD spiller)					
4. Gjenkjenner ikke kjente personer					
5. Snakker om hendelser som ikke har skjedd					
6. Vansker med å finne ord					
7. Vansker med å sette ord på gjenstander					
8. Vanskeligheter med å orientere seg i kjente omgivelser					
9. Er forvirret om tid på døgnet (eks dag/natt)					
10. Vansker med å orientere seg for tid (dag, måned, år, årstid)					
11. Vansker med overganger (eks mellom personer, aktiviteter, steder eller vaktskifte)					
12. Vansker med å starte en handling eller oppgave					
13. Vansker med å være konsentrert gjennom hele handlinger eller oppgaver					
14. Vansker med å gjennomføre en beskjed					
Sum forekomst kognisjon (overføres grafisk fremstilling)					

Atferd

1. Gråter i situasjoner hvor en ikke kjenner årsak					
2. Viser fysisk sinne/aggresjon					
3. Viser verbal sinne/aggresjon					
4. Snakker med seg selv					
5. Er blitt var på, eller reagerer på lyder					
6. Slurver med personlig hygiene					
7. Skader seg selv					

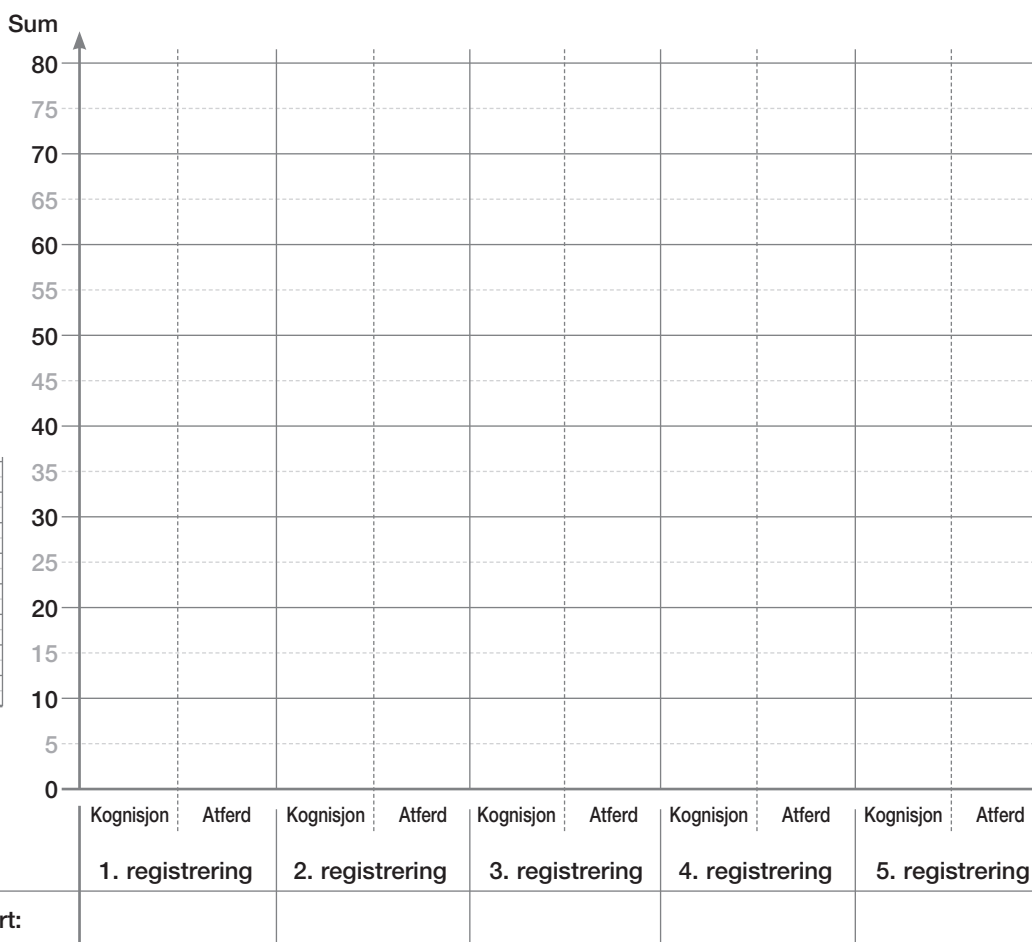
Fortsetter neste side

Atferd fortsetter...

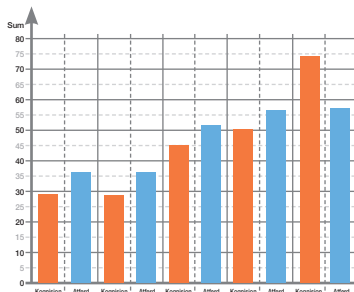
Registrering:	1. reg.	2. reg.	3. reg.	4. reg.	5. reg.
8. Ødelegger gjenstander					
9. Gjør samme bevegelse flere ganger uten synlig grunn (fakter, selvstimulering)					
10. Er urolig eller rastløs					
11. Virker trist, lei og deprimert					
12. Viser hyppige humørsvingninger					
13. Viser sjalusi overfor andre personer					
14. Deltar mer sjeldent i fritidsaktiviteter					
15. Tar mindre kontakt med venner, familie, naboer eller kollegaer					
16. Er passiv og tar mindre initiativ					
17. Har unormal seksuell væremåte (tale, aktivitet)					
18. Samler eller hamstrer gjenstander					
19. Vanskeligheter med å samhandle med andre personer					
20. Isolerer eller trekker seg tilbake					
Sum forekomst atferd (overføres grafisk fremstilling)					

Grafisk fremstilling ved endring av kognisjon og atferd

Overfør summene av forekomst kognisjon og atferd og tegn et stolpediagram.



Eksempel



Dato registrert:



- Ved første gangs utfylling av skjemaet, registrer endringer **siste år**.
- Deretter registrer endringer siden foregående registrering.
- Dette er en sjekkliste og er ikke utfyllende. Hvis det er andre momenter som bør taes med, benytt åpne linjer.
- Sørg for å få riktige opplysninger fra rett miljø, kontakt for eksempel pårørende og arbeidsplassen der det er aktuelt.
- Gi en kort kommentar av endringer på neste side (viktige navn, tidspunkt etc.).

Koder for skåring

X = Ikke aktuell

0 = Nei

1 = Ja

Registrering:	1. reg.	2. reg.	3. reg.	4. reg.	5. reg.
Dato:					
Utført av:					

Bakgrunnshendelser i nettverk og bolig

1. Det er blitt slutt med en kjæreste					
2. Har flyttet til annet bosted					
3. Familiemedlemmer blitt gift eller fått barn					
4. Alvorlig sykdom i familie					
5. Dødsfall blant nær familie					
6. Foreldre eller nær familie flyttet					
7. Foreldre skilt eller separert					
8. En medbeboer eller nabo har flyttet					
9. Andre personer har flyttet inn i nabolaget/bofellesskapet					
10. Noen fra personalet har giftet seg eller fått barn					
11. Byttet primærkontakt					
12. Noen blant personalet som var viktig for personen har sluttet					
13. Alvorlig sykdom hos venner, kollegaer eller personale					
14. Dødsfall blant venner, kollegaer eller personale					
15. Begynt nytt personale					

Arbeidsplassen

Kontakt person:

16. Byttet arbeidsleder					
17. Har byttet dagaktivitet/jobb					
18. Har kortere arbeidsdag					
19. Har færre arbeidsdager					
20. Har sluttet på dagaktivitet/jobb					
21. En kollega sluttet på dagaktivitet/jobb					

Andre aktuelle hendelser

22.					
23.					
24.					
Summer antall endringer					

Korte kommentarer, stikkord, navn o.l. ved endring av bakgrunnshendelser i miljø og sosialt nettverk

Spørsmål nummer:	1. registrering	2. registrering	3. registrering	4. registrering	5. registrering



- Gi en kort vurdering av helhetsbildet med bakgrunn i kartleggingen som er gjennomført.
- Er helse og funksjonsevne stabilt eller kan det sees endringer, er det hendelser i det nære miljøet som kan ha betydning, osv?
- Konkluder deretter med hvilke observasjoner, tiltak, tilrettelegginger eller undersøkelser som bør gjøres av hvem og når.
- Husk å informere personen selv om det som kommer frem av kartleggingen.

1. registrering

1. registrering	Funn og vurdering	Videre oppfølging	Utfører/dato
Del A Generelle			
Del B Helse			
Del C Ferdigheter			
Del D Kognisjon og atferd			
Del E Bakgrunns- hendelser			
Er individuell plan utarbeidet eller evaluert i løpet av denne perioden: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>			

2. registrering

2. registrering	Funn og vurdering	Videre oppfølging	Utfører/dato
Del A Generelle			
Del B Helse			
Del C Ferdigheter			
Del D Kognisjon og atferd			
Del E Bakgrunns- hendelser			
Er individuell plan utarbeidet eller evaluert i løpet av denne perioden: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>			

3. registrering

3. registrering	Funn og vurdering	Videre oppfølging	Utfører/dato
Del A Generelle			
Del B Helse			
Del C Ferdigheter			
Del D Kognisjon og atferd			
Del E Bakgrunns- hendelser			
Er individuell plan utarbeidet eller evaluert i løpet av denne perioden: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>			

4. registrering

4. registrering	Funn og vurdering	Videre oppfølging	Utfører/dato
Del A Generelle			
Del B Helse			
Del C Ferdigheter			
Del D Kognisjon og atferd			
Del E Bakgrunns- hendelser			
Er individuell plan utarbeidet eller evaluert i løpet av denne perioden: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>			

5. registrering

5. registrering	Funn og vurdering	Videre oppfølging	Utfører/dato
Del A Generelle			
Del B Helse			
Del C Ferdigheter			
Del D Kognisjon og atferd			
Del E Bakgrunns- hendelser			

Er individuell plan utarbeidet eller evaluert i løpet av denne perioden: Ja Nei

Ta kontakt for eventuelt flere skjemaer, veileder eller informasjon



Heftet er utarbeidet i samarbeid med en nettverksgruppe bestående av:
nevropsykolog Elisabeth Wigaard, vernepleier Grete Vikin, spesialpedagog Inger Tove Nilsen, vernepleier Kristian Lima, vernepleier Aud Skjørestad,
sosionom Svein Henriksen, spes. i allmenntilrettelagt og psykiatri Raman Dhawan, vernepleier Heid Solheim, vernepleier Hjørund Erlandsen,
stipendiat Britt-Evy Westergård, vernepleier Berit Lien, vernepleier Lisa Ingebretsen og vernepleier Frode Kibsgaard Larsen