



Kommunförbundet Skåne
Samverkansorganisationen för hjälpmedelsfrågor

Beslutsstöd 2016

för arbetsterapeuter och
fysioterapeuter/sjukgymnaster



Beslutsstöd
för bedömning
av insatser vid
funktionsnedsättning

Ett kvalitetsutvecklingsarbete för Skånes kommuner
tillsammans med Kommunförbundet Skåne

Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Flödesschema	5
Arbetsmodell	6
Prioriteringsordning.....	8
Bedömning	10
Uppföljning.....	14
Utvärdering av mål, effekt av och nytta med insatsen	16
Definition och förklaring av begrepp	17
Ärende–PRIO blankett	21
Frågeguide	24
Visuell skala skattning.....	25
Visuell skala utvärdering	26
Referenser	27

Inledning

Beslutsstödmodellen har skapats för arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster att använda vid bedömningar av insatser vid funktionsnedsättning. Den ska vara ett stöd i att följa de processer som ingår i arbetsterapi-, fysioterapi- och förskrivningsprocessen samt:

- Hälso- och sjukvårdslagen (1982:76)
- Patientsäkerhetslagen (2010:659)
- Patientlag (2014:821)
- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9

Det är en komplettering till Hjälpmedelsguiden Skåne som omfattar grundläggande, gemensamma principer för ansvarsfördelning och samverkan inom hjälpmedelsområdet i Skåne.

Beslutsstöd är ett pågående kvalitetsarbete som påbörjades 2008. Syftet med Beslutsstöd är att främja ett enhetligt och strukturerat arbetssätt med likvärdiga bedömningar, där patienten blir delaktig på ett tydligt sätt. En systematisk uppföljning av nyttan med insatsen blir möjlig att göra.

Materialet har reviderats fortlöpande med förbättringar och förtydliganden anpassade efter användarnas behov. Under 2015-2016 har en arbetsgrupp fortsatt att utveckla Beslutsstödmaterialet till denna version. Anpassningen av Beslutsstöd sker fortlöpande.

Flödesschemat beskriver arbetsgången i Beslutsstöd, där flera delar ingår som underlag för bedömning och prioritering.

Prioriteringsordningen i Beslutsstöd utgår ifrån de nationella riktlinjerna för prioriteringar inom hälso- och sjukvårdens område och dess etiska plattform. En preliminär prioritering görs vid initiering av ärendet. Efter den sammanfattande bedömningen av behov av insats omprövas prioriteringen.

Vid behovsbedömningen inför en insats är det problemets svårighetsgrad och insatsens förväntade effekt på hälsan i kombination med kostnadseffektiviteten som utgör grunden för beslut och val av insats.

Begrepp och tankesätt som ingår i Beslutsstöd, och som finns med i vårt dagliga arbete, kan vara en början till att närma oss den nationella modellen för prioriteringar, dock används inte en tiogradig skala här.

Bedömning – skattning/riskanalys/sammanfattande bedömning:

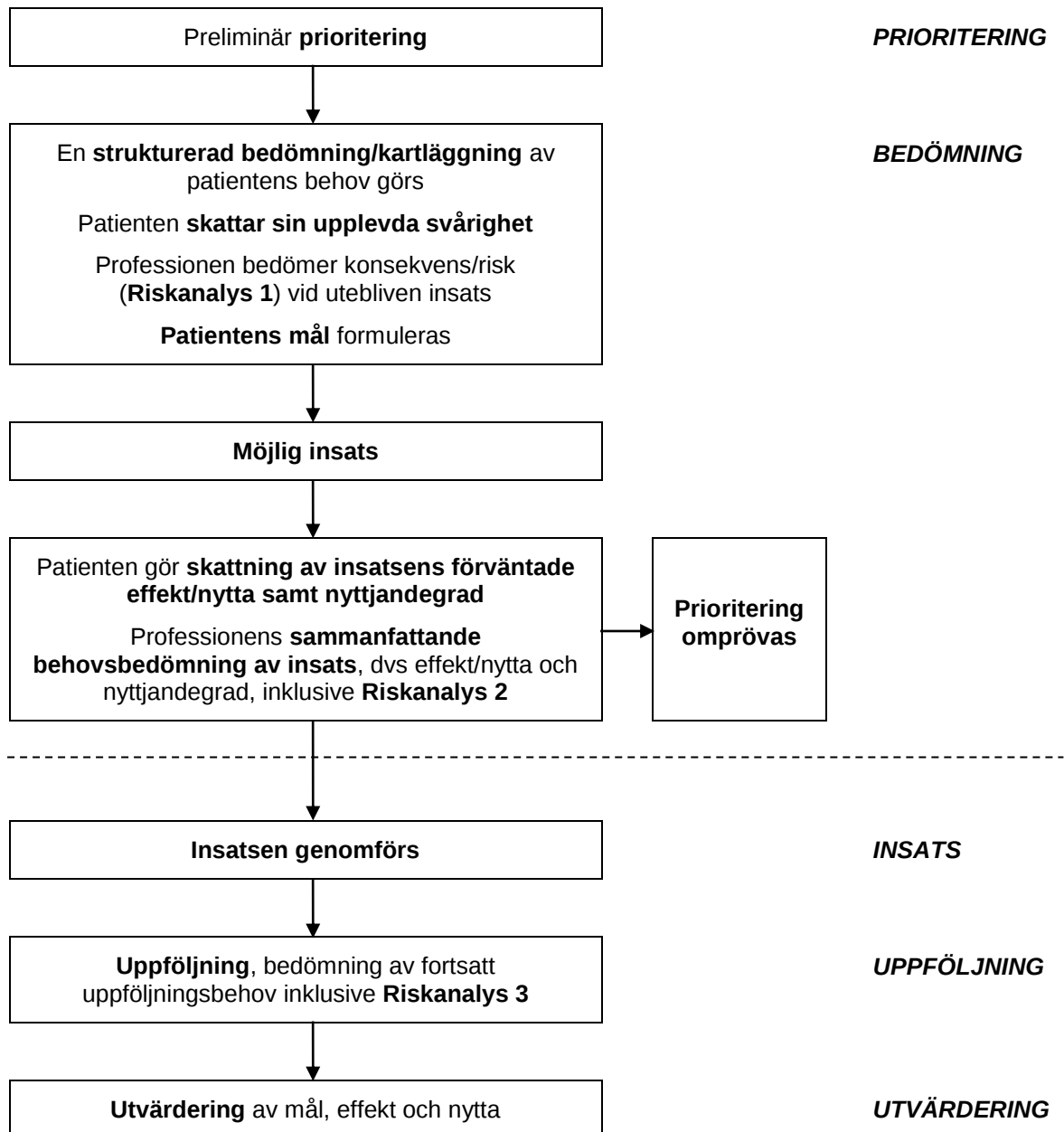
- En strukturerad bedömning/kartläggning av patientens behov görs.
- Patienten skattar sin upplevda svårighet.
- Professionen bedömer konsekvens (Riskanalys 1) vid utebliven insats.
- Patientens mål formuleras.
- Möjlig insats föreslås samt eventuellt beslut om egenvård tas.
- Skattning av förväntad effekt/nytta görs enligt ICF-skala.

- Skattning av nyttjandegrad.
- Riskanalys 2 görs på planerad insats av professionen. Professionen gör därefter en sammanfattande bedömning av patientens behov av insats.
- Prioriteringen omprövas.

Uppföljning är en modell till stöd vid bedömning av uppföljningsbehov, med analys av funktion/nytta och risk (Riskanalys 3) med insatsen.

Utvärdering av mål, effekt av och nytta med insatsen görs av patienten som skattar hur stor förbättringen blivit efter att insatsen genomförts.

Flödesschema



Arbetsmodell

. Det ligger i fysioterapeutens/sjukgymnastens/arbetsterapeutens yrkesansvar att i varje patientärende avgöra, om någon del av processen inte är relevant att genomföra.

För patienten och verksamheten innebär Beslutsstöd att:

En likvärdig bedömning görs och man kan se på vilka grunder beslut om insats fattas. Patienten blir delaktig på ett tydligt och strukturerat sätt. En systematisk uppföljning av nyttan med insatsen blir möjlig att göra.

Preliminär prioritering

Prioritering görs av fysioterapeut/sjukgymnast/arbetsterapeut enligt Prioriteringsordning.

Strukturerad bedömning/kartläggning

Strukturerad bedömning/kartläggning av patientens problem görs av fysioterapeut/sjukgymnast/arbetsterapeut genom observation, intervju samt med hjälp av lämpliga bedömningsinstrument, ex ADL-Taxomin, COPM, GMF. Patienten beskriver sin situation och värderar aktivitetsbegränsningar och delaktighetsinskränkningar.

Skattning av upplevd svårighet

Skattning av svårighet görs av patienten och syftar till att ta reda på patientens upplevda svårighet gällande aktivitet, delaktighet och/eller kroppsfunktion. Begrepp som patienten förstår används. Om patienten inte förstår kan personal eller anhörig hjälpa till.

Risikanalys 1

Fysioterapeut/sjukgymnast/arbetsterapeut bedömer vilken konsekvens som kan uppstå vid utebliven insats. En riskbedömning.

Patientens mål

Patientens mål upprättas tillsammans med fysioterapeut/sjukgymnast/arbetsterapeut.

Möjlig insats

Möjlig insats föreslås av fysioterapeut/sjukgymnast/arbetsterapeut grundat på undersökning, bedömning och patientens mål.

Skattning av förväntad effekt/nytta av insatsen

Patienten skattar förväntad effekt/nytta med insatsen, vilket syftar till att få fram på vilket sätt hon/han tror att insatsen kommer att påverka möjligheterna att nå målet avseende ökad aktivitet, ökad delaktighet eller förbättrad kroppsfunktion.

Begrepp som patienten förstår används och vid behov kan personal eller anhörig hjälpa till. Professionens skattning redovisas om avvikande.

Skattning av nyttjandegrad

Patienten skattar hur ofta hon/han kommer att nyttja insatsen. Professionens skattning redovisas om avvikande.

Riskanalys 2

Fysioterapeut/sjukgymnast/arbetsterapeut gör en riskanalys av planerad insats relaterat till aktiviteten.

Sammanfattande bedömning

av upplevd svårighet, inte ,fysioterapeut/jukgymnast/arbetsterapeut gör en sammanfattande beskrivning över vilka behov patienten har vilka insatser som ska genomföras eller inte. Om det finns skilda uppfattningar mellan professionen och patienten redovisas detta här.

Prioritering

Efter den sammanfattande bedömningen omprövas prioriteringen.

Insatsen genomförs

Uppföljning – Riskanalys 3

En bedömning av uppföljningsbehov av insatsen görs av fysioterapeut/arbetsterapeut/sjukgymnast.

Utvärdering av mål, effekt och nytta med insatsen

Patienten skattar hur stor förbättringen blivit efter att insatsen genomförts.

Prioriteringsordning

Prioriteringsordningen är ett komplement till de nationella riktlinjerna för prioriteringar inom hälso- och sjukvården, 1996/97:60. Sedan mitten av 2000-talet har en nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård utvecklats. En systematisk metod för att omsätta riksdagens riktlinjer för prioriteringar och dess etiska plattform i praktiken, det vill säga människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Med behov av hälso- och sjukvård avses här både tillståndets svårighetsgrad och den förväntade nyttan av en insats. Vidare bedöms stöd för effekt och insatsens uppskattade kostnadseffektivitet. Läs mer i Prioriteringscentrums rapport 2014:2.

Prioriteringsordningen i Beslutsstöd utgår från fem prioriteringsnivåer (1, 2A, 2B, 3 och 4) i fallande skala. Prioriteringsnivå 1 innebär funktionsnedsättning eller förändring i patientens livssituation som medför att behovet av insats är mycket stort och/eller att det föreligger mycket stora svårigheter att klara vardagen.

Prioriteringsordningen utgår från att grundläggande, basala behov prioriteras högst. Vidare prioriteras insatser som relateras till inomhusaktiviteter generellt högre än utomhusaktiviteter.

Under prioriteringsnivåerna finns ett antal exempel på insatser som ger förutsättningar för en ökad aktivitet/delaktighet. Dessa är skrivna utan inbördes ordning. Inom nivåerna görs prioritering efter hur stora svårigheter och hur stort behov patienten har.

Flera kommuner har förtydligat prioriteringsordningen i Beslutsstöd med exempel på insatser under varje prioriteringsnivå, samt angivelser om tider för när ett ärende ska vara påbörjat. En preliminär prioritering påbörjas vid initierandet av ärendet. Efter den sammanfattande bedömningen av behov av insats omprövas prioriteringen.

Vid varje enskilt tillbud/olycka t ex fall görs en bedömning avseende prioriteringsnivå.

Prioriteringsnivå 1

- Insatser som ger förutsättningar för patienten att vistas i hemmet där alternativet annars är sjukhusvistelse
- Insatser som förebygger/behandlar trycksår i sittande eller liggande ställning
- Insatser vid vård i livets slut

Prioriteringsnivå 2A

Insatser som ger förutsättningar för en ökad aktivitet/delaktighet avseende:

- Personlig ADL exempelvis äta, dricka, klä på sig, klä av sig, sköta personlig hygien
- Ändra och bibehålla kroppsställning, överflyttning, förflyttning i bostaden

- Förmedla basala behov, kunna meddela sig
- Sömn

Prioriteringsnivå 2B

Insatser som ger förutsättningar för en ökad aktivitet/delaktighet avseende:

- Bereda enklare måltid
- Planering och organisering av vardagen
- Tidsuppfattning och minne

Prioriteringsnivå 3

Insatser som ger förutsättningar för en ökad aktivitet/delaktighet avseende:

- Hushållsaktiviteter, exempelvis matlagning, städ och tvätt
- Förflyttning utanför bostaden för att uträtta vardagsaktiviteter
- Skapa/upprätthålla relationer/kontakter med personer eller samhällsorganisationer inklusive samtal och kommunikation

Prioriteringsnivå 4

Insatser som kan hänföras till fritidsaktiviteter.

Hjälpmedel vid fritidsaktiviteter samt hjälpmedel som behövs i fritidsboende är ett egenansvar och förskrivs därmed generellt sett inte som individuella hjälpmedel.

Övriga arbetsterapeutiska och fysioterapeutiska/sjukgymnastiska insatser kan gälla inom fritidsområdet.

Exempel på frågor vid prioriteringar:

- Vad är orsaken till kontakten (begränsning/tillstånd)?
- Hur länge har det varit så?
- Vad var den utlösande faktorn till att du kontaktar oss just nu?
- När är det svårigheter och hur ofta?
- Har du tidigare varit i kontakt med någon angående dina svårigheter?
- Hur gör du idag?
- Får du hjälp från någon (anhörig, god vän, hemvård)?
- Har du några hjälpmedel?
- Fråga om allmäntillståndet, livssituation, boende/miljö

Bedömning

Strukturerad bedömning/kartläggning

Bedömning av behov av insatser görs tillsammans med patienten. Syftet är att ta reda på graden av patientens upplevda aktivitetsbegränsning, delaktighetsinskränkning och/eller funktionsnedsättning. Vilken drivkraft patienten har till förändring och vilken förväntning patienten har på måluppfyllelse. Vid skilda uppfattningar om konsekvens eller behov av insats kan motivationsarbete bli aktuellt. Begrepp som patienten förstår används. Om patienten inte förstår kan personal eller anhöriga hjälpa till.

En värdering av hur olika omgivningsfaktorer påverkar patienten, ska också ingå i den sammanfattande bedömningen. Likaså hur ofta problemet uppstår för patientensamt varaktighet. Exempel på möjliga insatser kan vara träning, hjälpmedel och bostadsanpassning.

Skalan som används för att beskriva värden är ICF:s skala; ingen 0-4%, liten 5-24%, måttlig 25-49%, stor 50-95% och total 96-100%. En Visuell Analog Skala (VAS-skala) för Beslutsstöd har tagits fram för att underlätta för patienten vid skattningen.

Skattning av upplevd svårighet

Patienten beskriver sin situation idag/aktuellt problem och gör en skattning av den upplevda svårigheten gällande aktivitet, delaktighet och/eller kroppsfunction.

	Upplevd svårighet
0 Ingen	Ingen svårighet att utföra aktiviteten, vara delaktig eller ingen nedsättning av kroppsfunctionen.
1 Liten	Liten svårighet att utföra aktiviteten, vara delaktig eller liten nedsättning av kroppsfunctionen.
2 Måttlig	Måttlig svårighet att utföra aktiviteten, vara delaktig eller måttlig nedsättning av kroppsfunctionen.
3 Stor	Stor svårighet att utföra aktiviteten, vara delaktig eller stor nedsättning av kroppsfunctionen.
4 Total	Total svårighet att utföra aktiviteten, vara delaktig eller total nedsättning av kroppsfunctionen.

Konsekvens – Riskanalys 1

Professionen bedömer vilken konsekvens som kan uppstå vid utebliven insats, nuläget. En riskbedömning görs, riskanalys 1.

	Riskanalys 1
0 Ingen	Ingen risk för aktivitetsbegränsning, delaktighetsinskränkning och/eller funktionsnedsättning med försämrad livskvalitet.
1 Liten	Liten risk för aktivitetsbegränsning, delaktighetsinskränkning och/eller funktionsnedsättning med ringa olägenhet/livskvalitet.
2 Måttlig	Måttlig risk för aktivitetsbegränsning, delaktighetsinskränkning och/eller funktionsnedsättning med måttlig olägenhet/livskvalitet.
3 Stor	Stor risk för aktivitetsbegränsning, delaktighetsinskränkning och/eller funktionsnedsättning med betydande olägenhet/låg livskvalitet.
4 Total	Grav risk för aktivitetsbegränsning, delaktighetsinskränkning och/eller funktionsnedsättning med grav olägenhet/extremt låg livskvalitet.

Patientens mål

Patientens mål formuleras.

Möjlig insats

Utifrån professionens bedömning/kartläggning, patientens upplevda svårigheter och mål föreslås möjlig insats. I en del fall kan insatser överlåtas som egenvård till patienten, enligt SOSFS 2009:6.

Skattning av insatsens förväntade effekt/nytta

Patienten skattar på vilket sätt han/hon tror att den möjliga insatsen skulle kunna påverka möjligheter till att nå målet. Yrkesutövaren använder de begrepp som patienten förstår. Skattningen kan bidra till att motivera patienten att nå målet. Eftersträva att ange **en** situation/variabel som passar bäst med insatsens målsättning.

Skalan användas även vid skattning av hur insatsen påverkar patientens möjlighet till att bibehålla aktivitet, delaktighet eller kroppsfunction trots progredierande sjukdom.

Professionen gör motsvarande värdering av förväntad effekt med möjlig insats.

	Aktivitet, förväntas ge
0 Ingen	Ingen eller obetydlig förbättring i kapacitet eller möjlighet till genomförande av aktivitet.
1 Liten	Liten förbättring i kapacitet eller möjlighet till genomförande av aktivitet.
2 Måttlig	Måttlig förbättring i kapacitet eller möjlighet till genomförande av aktivitet.
3 Stor	Stor förbättring i kapacitet eller möjlighet till genomförande av aktivitet.
4 Total	Patienten har möjlighet att vara fullständigt aktiv i tänkt situation.

	Delaktighet, förväntas ge
0 Ingen	Ingen eller obetydlig förbättring i patientens delaktighet.
1 Liten	Liten förbättring av patientens delaktighet.
2 Måttlig	Måttlig förbättring av patientens delaktighet.
3 Stor	Stor förbättring av patientens delaktighet.
4 Total	Patienten har möjlighet att vara fullständigt delaktig i tänkt situation.

	Kroppsfunktioner, förväntas ge
0 Ingen	Ingen eller obetydlig förbättring av patientens kroppsfunktion.
1 Liten	Liten förbättring av patientens kroppsfunktion.
2 Måttlig	Måttlig förbättring av patientens kroppsfunktion.
3 Stor	Stor förbättring av patientens kroppsfunktion.
4 Total	Möjlighet till fullständig förbättring av patientens kroppsfunktion.

Nyttjandegrad

Skattning görs tillsammans med patienten om hur ofta han/hon kommer att nyttja insatsen.

	Nyttjandegrad
1	Några ggr/år
2	Varje månad
3	Enstaka gång/vecka
4	Flera ggr/vecka
5	Dagligen

Risikanalys av planerad insats – Riskanalys 2

Inom hälso- och sjukvård kräver varje behandling/träning ett individuellt ställningstagande utifrån patientens diagnos och behov. Varje behandling kräver därför reflektion och eftertanke då det kan finnas ett inbyggt riskmoment. Riskanalys 2 ingår i bedömningen.

Risikanalys 2
1. Identifiera risker Vad kan hända? Hur sannolikt är det att det händer? Vad blir konsekvenserna om det händer?
2. Förebygga eventuella risker Kan risken förebyggas eller begränsas? – Beskriv hur.
3. Beskriv och motivera kvarvarande risker Kvarvarande risker skall vara funktionellt och medicinskt försvarbara. Är kvarvarande risker acceptabla – genomför hälso- och sjukvårdsinsatsen. Är riskerna inte acceptabla – genomför inte hälso- och sjukvårdsinsatsen. Patient och/eller närstående samt eventuell personal skall informeras om de kvarvarande riskerna.
4. Dokumentera risikanalysen i patientjournalen.

Sammanfattande bedömning

Efter genomförd värdering av svårighet, konsekvens (risk), effekt/nytta, nyttjandegrad och risikanalys av möjlig insats, gör professionen en sammanfattning/bedömning av vilka behov patienten har och vilka insatser som ska genomföras eller inte.

Behovet beskrivs i begrepp: Ingen, Liten, Måttlig, Stor eller Totalt behov av insats.

Vid olika uppfattningar mellan profession och patient redovisas detta.

Prioritering omprövas

Efter den sammanfattande bedömningen omprövas prioriteringen enligt prioriteringsnivå 1-4.

Uppföljning

Nedanstående modell kan utgöra stöd för professionen att ta beslut om uppföljningsbehov av insatser/hjälpmedel.

A	B
Analys av insatser – funktion och nytta utifrån uppsatta mål	Analys av risk med insatser utifrån användning och hantering (Riskanalys 3)
1. funktion och nytta är uppnått enligt uppsatta mål	1. sannolikt ingen risk för tillbud/skada
2. osäkerhet vad gäller insatsens framtida funktion och nytta finns*	2. viss risk för tillbud/skada*
3. ytterligare instruktion/träning krävs för att nyttan skall kunna ses*	3. betydande risk för tillbud/skada*

*= Behov av uppföljning finns/kan finnas, se nedan.

Patienten/närstående och eventuell personal informeras alltid om vart man vänder sig vid förändrat/förnyat behov. Detta är oberoende av analysnivå.

Analysnivå A1 och B1

Inget fortsatt uppföljningsbehov finns

- Då båda analysdelarna faller under punkt 1 skall information ges till patienten/närstående och eventuellt personal om vart man vänder sig vid förändrat/förnyat behov.

Om man bedömer att patient/närstående är kapabel att förstå och ta till sig given information avslutas insatsen/ hjälpmedelsärendet.

Ingen överrapportering görs till annan vårdgivare.

Analysnivå A1/A2 och/eller B2

Uppföljningsbehov kan finnas

- Vid analys enligt nivå A1/A2 och B2 skall förskrivaren vara observant på behov av återkommande uppföljning och ta ställning till när det i så fall bör ske.

Vid uppföljningsbehov sker överrapportering till annan vårdgivare, om det medicinska ansvaret för patienten inte kvarstår inom den egna verksamheten.

Analysnivå A3 och/eller B3

Uppföljningsbehov finns alltid

- Vid analys enligt nivå A3 och/eller B3 skall förskrivaren alltid planera för återkommande uppföljning och med vilken frekvens det bör ske.

Överrapportering görs till annan vårdgivare, om det medicinska ansvaret för patienten inte kvarstår inom den egna verksamheten.

Utvärdering av mål, effekt av och nytta med insatsen

Patienten skattar hur stor förbättringen blivit efter insatsen som gjorts. Skalan som används för att beskriva värden är ICF:s skala; ingen 0-4%, liten 5-24%, måttlig 25-49%, stor 50-95% och total 96-100%. En VAS-skala för Beslutsstöd har tagits fram för att underlätta för patienten vid skattningen.

	Förbättring
0 Ingen	Har gett ingen eller obetydlig förbättring avseende aktivitet, delaktighet eller kroppsfunktion
1 Liten	Har gett liten förbättring avseende aktivitet, delaktighet eller kroppsfunktion.
2 Måttlig	Har gett måttlig förbättring avseende aktivitet, delaktighet eller kroppsfunktion.
3 Stor	Har gett stor förbättring avseende aktivitet, delaktighet eller kroppsfunktion.
4 Total	Har gett total förbättring avseende aktivitet, delaktighet eller kroppsfunktion.

Definition och förklaring av begrepp

Bedöma behov av insatser

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonals ansvar är att i samverkan med patienten genomföra en bedömning av patientens individuella behov sett ur ett helhetsperspektiv. Informationsutbyte sker vid vårdplanering och vid intervju med patienten som beskriver sin situation.

För likvärdiga bedömningar bör bedömningsinstrument användas som ADL-taxonomin, COPM (Canadian Occupational Performance Measure), GMF (Generell Motorisk Funktionsbedömning), VAS (Visuell Analog Skala), Housing Enabler eller motsvarande. Ytterligare observation kan behövas, ibland också icke strukturerade bedömningsmetoder, samt behov av kontakt med närstående/kontaktperson.

Patient

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska begreppet patient användas av legitimerad personal när det handlar om hälso- och sjukvårdsinsatser. Vårdtagare/brukare/kund får här vara synonymt med patient.

Närstående

Närstående är i första hand familjen och övriga släktingar, Närstående kan också vara en nära vän eller tidigare partner.

Helhetsperspektiv

Att se till patientens livssituation utifrån ett aktivitets-, delaktighets- och kroppsfunktionsperspektiv, där även omgivningsfaktorer och personliga faktorer beaktas.

Aktivitet

Är en persons genomförande av en uppgift eller handling. Det representerar det individuella perspektivet på funktionstillstånd. Aktivitetsbegränsningar innebär svårigheter som en person kan ha att genomföra aktiviteter, till exempel svårighet att förflytta sig, att kommunicera eller att bistå andra eller ta hand om sina barn. ICF, Socialstyrelsen 2003.

Delaktighet

Är en persons engagemang i en livssituation. Det representerar det sociala perspektivet av funktionstillstånd. Delaktighetsinskränkningar handlar om de sociala konsekvenserna av ett funktionshinder, till exempel svårigheter att klara viktiga livsområden som utbildning, arbete och sysselsättning. ICF, Socialstyrelsen 2003. Det innebär även en persons delaktighet i beslut.

Bedömningsfaktorerna för aktivitets- och delaktighetskomponenterna är bedömning av kapacitet och genomförande i att utföra en uppgift i en enhetlig eller standardomgivning. Förekomst av aktivitets- och delaktighetsinskränkningar bestäms genom att jämföra med vad som förväntas av en person utan funktionshinder i den aktuella kulturen eller samhället.

Kroppsfunktioner

Är kroppssystemens fysiologiska funktioner inklusive psykologiska funktioner. Funktionsnedsättningar är problem i kroppsfunktioner i form av en påvisbar avvikelse eller förlust. ICF, Socialstyrelsen 2003.

Omgivningsfaktorer

Omgivningsfaktorer utgörs av den fysiska, sociala och attitydmässiga omgivning i vilken människor lever och verkar, till exempel boendemiljö, anhöriga, sociala faktorer och hjälpmedel. De kan vara underlättande eller hindrande. Hjälpmedel är exempel på omgivningsfaktor som underlättar för brukaren att kompensera en funktionsnedsättning. ICF, Socialstyrelsen 2003.

Skala

Är ICF:s skala för att beskriva värden vid behovsbedömningen. Den omfattar ingen till total, 0-4. Procenttalen har angetts om det finns kalibrerade bedömningsinstrument för att beskriva genomförandeproblem och kapacitetsbegränsningar, ex. FIM. ICF, Socialstyrelsen 2003. VAS-skala för Beslutsstöd kan användas vid skattning och utvärdering, för att om möjligt underlätta kommunikationen för patient, närstående och personal.

Risikanalys

I Beslutsstödsmodellen görs riskanalyser vid tre tillfällen.

1. Vid den strukturerade kartläggning av patientens problem och situation görs en riskbedömning om det finns risk för aktivitetsbegränsning, delaktighetsinskränkning och/eller funktionsnedsättning med försämrad livskvalitet. Risk om insats inte görs. Riskbedömningar görs relaterat till person, aktivitet och omgivning. Exempel på verktyg för att tidigt identifiera individer med risk för akut försämrat hälsotillstånd finns i kvalitetsregistret Senior Alert (trycksår, nutrition, fall och munhälsa). Ytterligare exempel på verktyg för genomförande av riskanalys är Riskanalys & Händelseanalys, Handbok för patientsäkerhetsarbete, andra upplagan, Socialstyrelsen 2009.
2. av.Förslag ges på möjliga insatser som exempelvis hjälpmedel/träningsinsatser. Här görs en riskanalys om träningsinsatsen kan genomföras eller inte. Vilka risker finns? Hur kan riskerna minskas? Kan insatsen genomföras trots vissa risker?
3. Vid uppföljning görs ytterligare ett ställningstagande till om risk finns för att fatta beslut om när uppföljning ska ske eller om insatsen kan avslutas.

”Systematisk identifiering och bedömning av risk”. Socialstyrelsen. SOSFS 2008:1, 3 Kap.9§ ”att följa upp och utvärdera förskrivningen, utlämnandet eller

tillförandet fram till dess att behovet upphört eller ansvaret för patienten övertagits av annan.”

En viktig del i förskrivarens ansvar för att garantera patientsäkerheten och minska risken för tillbud/olycka är att analysera om det finns några risker vid förskrivning av personliga hjälpmedel. Att analysera risker i samband med användning och hantering av hjälpmedlet utgör en viktig grund för fortsatt uppföljningsbehov. I bedömningen måste hänsyn tas till patientens diagnos, funktionshinder, förväntad prognos, övriga tillstånd (till exempel vikt, missbruk) eller andra orsaker till ytterligare behov av uppföljning. Riskbedömningen utgör ett stöd för förskrivaren att utföra nödvändig dokumentation utifrån att denna är genomförd och noterats i journal. Bedömningen kan vara att riskerna är minimala och inte behöver följas upp, om inte patienten hör av sig. Riskanalysen är därmed en förutsättning för att kunna ta ställning till fortsatt uppföljningsbehov.

SOSFS 2009:6 Egenvård

Utvärdering

”Fastställa eller bedöma värdet av eller resultatet av försök med mera”. Svenska Akademin, 1998.

En utvärdering skall alltid ske av alla insatser/hjälpmedel för att ta reda på om avsedd funktion och nytta är uppnådd enligt uppsatt mål. Viktigt är att förvissa sig om att patienten/närstående förstått hur hjälpmedlet skall användas.

Utvärderingen kan utföras vid utprovningstillfället där nyttan redan kan ses och där patienten direkt uppfattas förstå givna instruktioner och/eller efter en tids användning.

Uppföljning

”Följa den fortsatta utvecklingen av eller fortsätta eller vidare utveckla”. Svenska Akademin, 1998.

Ställning skall alltid tas till fortsatt behov av uppföljning. Vid bedömning att inget fortsatt uppföljningsbehov finns, avslutas hjälpmedelsärendet.

Beslutsstöd vid kognitiv svikt

Beslutsstödsmodellen är ett stöd i det kliniska arbetet att följa arbetsterapi- och fysioterapiprocessen och förskrivningsprocessen. Syftet är att uppnå ett mer systematiskt och likartat arbetssätt genom att kommunicera på och använda strukturerade bedömningsmetoder, samt att patientens delaktighet tydliggörs på ett strukturerat sätt. För personer med kognitiv svikt finns flera sätt att kommunicera på och metoder som möjliggör patientens delaktighet vid planering av insats, såsom pictogrambilder, egenbedömning av delaktighet enligt ICF och så vidare. Vid skattning och utvärdering i Beslutsstöd, där patientens delaktighet framgår, hänvisas därför till alternativa kommunikationssätt och använda de skalor som patienten är van att kommunicera genom. Vid situationer när patienten inte kan

vara delaktig, kan skattningen göras tillsammans med närstående eller kontaktperson.

Blanketten finns att ladda hem som worddokument på
www.kfsk.se/beslutsstod

Ärende–PRIO blankett

PRIORITERING

Datum:	Mottagare:
Område:	

Tidsangivelser enligt ... kommuns riktlinjer:

Exempel:

Prio 1 Kontakt; inom 2 arb.dagar; Insatser som ger förutsättningar för pat. att vistas i hemmet där alternativet annars är sjukhusvistelse. Insatser som förebygger/behandlar trycksår. Insatser vid vård i livets slut

Bedömning påbörjad; inom 2 arb.dagar

Prio 2 A Kontakt; inom 5 arb.dagar; Insatser som ger förutsättningar för en ökad aktivitet/delaktighet avseende; P-ADL ex. äta, dricka, klä sig, sköta personlig hygien. Ändra och bibehålla kroppsställning, överflyttning, förflyttning i bostaden. Förmedla basala behov, kunna meddela sig. Sömn

Bedömning påbörjad; inom 10 arb.dagar

Prio 2 B Kontakt; inom 5 arbetsdagar; Insatser som ger förutsättningar för en ökad aktivitet/delaktighet avseende ;bereda enklare måltid, planering och organisering av vardagen, tidsuppfattning och minne

Bedömning påbörjad; inom 12 arb.dagar

Prio 3 Kontakt; inom 5 arb.dagar; Insatser som ger förutsättningar för en ökad aktivitet/delaktighet i; hushållsaktiviteter, ex. matlagning, städ, tvätt, förflyttning utanför bostaden för att uträtta vardagsaktiviteter, skapa/upprätthålla relationer/kontakter med personer eller samhällsorganisationer inkl. samtal och kommunikation

Bedömning påbörjad; inom 15 arb.dagar

Prio 4 Kontakt inom 15 arbetsdagar; Insatser som kan hänföras till fritidsaktiviteter. Hjälpmedel vid fritidsaktiviteter och i fritidsboende är ett egenansvar och förskrivs generellt sett inte. Övriga arbetsterapeutiska och fysioterapeutiska/sjukgymn. insatser kan gälla inom fritidsområdet

Bedömning påbörjad; inom 20 arb.dagar

Kontakt:	Bedömning påbörjad:
----------	---------------------

Hembesök:	Uppföljning:
-----------	--------------

Namn:			
Personnummer:			
Adress:			
Telefonnummer:			
Uppgiftslämnare:			
Problem/kontaktersak (ex. när, hur länge, hur gör du idag?):			
Fallit?		Ja, antal gånger:	
Rädd att falla?		Ja	
Anamnes/Hälsohistoria:			

--

Omgivningsfaktorer

Boendemiljö:

Hjälp från anhörig/hemtjänst?

Socialt:

Befintliga hjälpmedel?

BEDÖMNING**Strukturerad bedömning/kartläggning**

Undersökning/Observation:

Bedömningsinstrument:

Skattning av upplevd svårighet

Patientens skattning av upplevd svårighet, gällande aktivitet, delaktighet och/eller kroppsfunction:

(0) Ingen (1) Liten (2) Måttlig (3) Stor (4) Total svårighet

Konsekvens – Riskanalys 1

Konsekvens om inte insats ges: risk för begränsning avseende aktivitet/delaktighet och/eller funktionsnedsättning med försämrad livskvalitet:

(0) Ingen (1) Liten (2) Måttlig (3) Stor (4) Total

Patientens mål

Patientens mål:

Skattning av insatsens förväntade effekt/nytta och nyttjandegrad

Patientens skattning av:

Effekt/nytta, förväntad effekt avseende aktivitet, delaktighet och/eller kroppsfunction:

(0) Ingen (1) Liten (2) Måttlig (3) Stor (4) Total förbättring

Nyttjandegrad:

(1) Några ggr/år (2) Varje mån (3) Enstaka ggr/v (4) Flera ggr/v (5) Dagligen

Professionens bedömning redovisas om avvikande

Planerad insats – Riskanalys 2

Identifiera risker:
Hur kan dessa förebyggas?
Är kvarvarande risker acceptabla?

Sammanfattande bedömning

Professionens sammanfattande bedömning av insats: (0) Ingen (1) Liten (2) Måttlig (3) Stor (4) Totalt behov
Ev. motivering: <i>Om det finns skilda uppfattningar mellan professionen och patienten redovisas detta här.</i>

Prioritering omprövas

Enligt prionivå 1-4:

INSATS**UPPFÖLJNING**

Professionens analys av insatser: funktion/nytta A1 – Uppnått A2 – Osäkerhet finns A3 – Instruktion/träning krävs A1 + B1 – Kan avslutas A2, A3 – Fortsatt uppföljning	Riskanalys 3: tillbud/skada B1 – Sannolikt ingen risk B2 – Viss risk B3 – Betydande risk B1+ A1 – Kan avslutas B2, B3 – Fortsatt uppföljning
---	--

UTVÄRDERING

Utvärdering av mål, effekt/nytta med insatsen (patienten): (0) Ingen (1) Liten (2) Måttlig (3) Stor (4) Total
--

Frågeguide

Strukturerad bedömning

Skattning av upplevd svårighet

Hur svårt är det att utföra aktiviteten..., vara delaktig i..., utföra denna rörelse idag (nuläget)?

Hur tror du att det skulle påverka dig om inte insatsen görs?
(Skala ingen – total)

Konsekvens – Riskanalys 1

Vilken konsekvens får det för patienten vid utebliven insats?

Vilka risker finns för aktivitetsbegränsning, delaktighetsinskränkning och/eller funktionsnedsättning med försämrad livskvalitet?
(Skala ingen – total)

Patientens mål formuleras

Vad vill du uppnå?

Skattning av insatsens förväntade effekt/nytta

På vilket sätt skulle insatsen hjälpa dig?

Hur mycket lättare blir det att utföra det du tänkt dig om du får hjälpmedlet/insatsen?
(Skala ingen – total)

Vad förväntar du dig för effekt/nytta av insatsen?

Hur bra tror/hoppas du att det ska bli om du etc...?

Visuell skala skattning

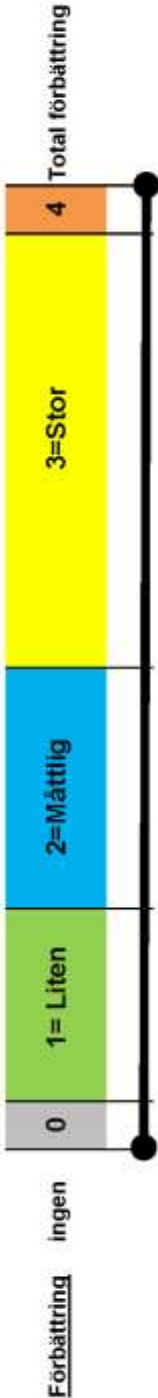
Beslutsstöd för arbetsterapeuter och fysioterapeuter/gymnaster vid bedömning av insatser vid funktionsnedsättning

Patientens skattning

Upplevd svårighet avseende aktivitet, delaktighet och/eller kroppsfunktion
(nuvarande situation)



Förväntad effekt av/nytta med insatsen



Visuell skala utvärdering

Beslutsstöd för arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster vid bedömning av insatser vid funktionsnedsättning

Utvärdering av mål, effekt av och nytta med insatsen

Hur stor har förbättringen blivit efter insatsen som gjorts?
Det handlar om aktivitet, delaktighet eller kroppsfunktioner.



Referenser

Hjälpmedelsverksamheten i Västerbottens läns landsting

Hjälpmedelsverksamheten i Västra Götalandsregionen

Förskrivningsprocessen, Fritt val av hjälpmedel, Egenansvar – tre olika vägar till hjälpmedel. Hjälpmedelsinstitutet 2011

Arbetsmodellen är framtagen efter utarbetat förslag från Christina Linders projektledare för Beslutsstöd i Malmö, 2011-2012