

ABC Sjekkliste

Videre rehabiliteringstiltak

Kompleksitet og nivå

Brukerveiledning

Hvilke pasienter trenger videre rehabiliteringstiltak?

- Noen pasienter er «for dårlige» og det er ikke mye å hente akkurat nå ved videre tverrfaglige rehabiliteringstiltak? Hva kjennetegner disse pasientene?
- Andre har såpass små utfall og følger av akutt sykdom/ skade at det ikke er nødvendig med videre tverrfaglige rehabiliteringstiltak? Hva kjennetegner de pasientene som er «for lette»?
- Hva kjennetegner de som er «egne» for videre tverrfaglige rehabiliteringstiltak, og hvordan skal vi jobbe med disse pasientene ut fra samlet kompleksitet?

ABC er ment å kartlegge kompleksiteten hos den enkelte pasient på en slik måte at vi kan sette inn riktige faggrupper og velge riktig nivå for videre rehabiliteringstiltak, og bidra til å identifisere pasienter som vil ha nytte av videre tverrfaglige rehabiliteringsinnsatser, allerede fra akutt sykdom og skade.

Hvordan bruke skjemaet:

ABC kan fylles ut ved hjelp av informasjon i journalsystemet, ved samtale med personell og pårørende og krever ikke våken pasient.

Kompleksitet: ABC sjekkliste er basert på International Classification of Functioning ([ICF](#)) dimensjonene. Barthel eller tilsvarende mål på generell funksjon kan gjerne brukes samtidig. De ulike ICF dimensjonene er gitt egne seksjoner i ABC. Disse vil igjen legge føringer på hvilken kompetanse som behøves.

Nivå: ABC peker på rett nivå - om kommunal eller spesialisert rehabilitering best kan ivareta de ulike ICF dimensjonene. Hva kan ivaretas inne i akuttsykehus, og hva bør henvises til spesialisert rehabilitering, eller er kommunal oppfølging tilstrekkelig?

Brukermanual

A: Indikasjon for IKKE å anbefale rehabiliteringstiltak grunnet sykdom og symptomer:

- Alvorlig sykdom som krever opphold på spesialavdeling eks. respiratortrengende, ustabil hjerte-/ lungefunksjon, ustabile frakturer, psykose
- Samtidig alvorlig sykdom med dårlig prognose (eks cancer, forventet overlevelse < 6 mnd.)
- Ikke kontaktbar

Hvis kryss på noen av punktene over: Vurder utvidet tverrfaglig kartlegging, revurdering/kontroll eller innsetting av enkelttiltak fra rehabiliteringsavdelingen. Oppfølging sykehusavdeling, sykehjem eller primærlege er aktuelle hovedtiltak.

Kommentarer: Pasienter i tidlig fase er noen ganger for syke/ ustabile til å kunne bli overflyttet til en rehabiliteringsavdeling. Pasienten må være på den avdelingen med spesialkompetanse knyttet til aktuelle medisinske problemstillinger (gjelder også ikke noktaktbare pasienter). Det kan likevel være grunner til at man i slike situasjoner får bistand fra rehabiliteringsteamet, for eksempel knyttet til svelg, ernæring, mobilisering, kartlegging og råd mht. forvirring. Samt deltagelse i avklaring mht prognose og informasjon om videre aktuelle rehabiliteringstiltak.

Noen pasienter har fra før det aktuelle en rekke sykdommer og et svært redusert funksjonsnivå med stort hjelpebehov og svekket kognitiv funksjon. En vanlig oppgave i slike situasjoner er å vurdere funksjonsnivå. Ut fra vurderingen, deretter bistå mht avklaring av videre tiltak, avklaring av mål, forventninger og prognose.

Revurderinger er ofte nødvendige, slik at man ikke risikerer at pasienter mister mulighet til videre rehabilitering dersom situasjonen endrer seg i positiv retning.

Flere forhold kunne sikkert vært trukket inn under denne overskriften. Vi har valgt å ta utgangspunkt i at pasienter ved alvorlig skade og sykdom ønsker å gjenvinne mest mulig av tidligere funksjonsnivå, og temaet motivasjon er derfor utelatt. Et unntak er selvfølgelig der pasienter på forhånd har lagt klare føringer på at de ikke ønsker behandling og rehabilitering eks. hvis de vil ende opp som pleiepasienter eks. i form av «Livstestament». Men det må utvises stor varsomhet med å tillegge pasienten slik motivasjon. Involvering av pårørende er viktig.

B: Indikasjon for IKKE å anbefale rehabiliteringstiltak grunnet FRAVÆR av sykdom og symptomer:

- Ingen nye symptomer eller utfall (hjerte/lunge, dysfagi, vannlating, synsvansker, språk, kognitive vansker, lammelser, spastisitet, smerte, sår)
- Er i stand til å utføre alle sine vanlige aktiviteter
- Ingen behov for oppfølging av lege utover primærlege og evt. poliklinisk kontroll på sykehuset

Hvis kryss på noen av punktene over: Vurder utvidet tverrfaglig kartlegging, ambulant vurdering, revurdering/ kontroll eller innsetting av enkelttiltak fra rehabiliteringsavdelingen. Oppfølging hos primærlege er aktuelt hovedtiltak.

Kommentarer: Det er selvfølgelig mulig å overse forhold som kunne være aktuelle mht. videre rehabiliteringstiltak, men noen ganger opplever både pasient, pårørende og helsepersonell at alt er «som før». Det er viktig at man i slike situasjoner er spesielt oppmerksom på kognitive utfall, som kan gå «under radaren». Dersom det ut fra eks. billeddiagnostikk eller skademekanisme eller sykdom foreligger en mistanke om at det kan være en lett kognitiv skade, må dette adresseres, minimum med en kontroll med fokus på kognisjon.

Det kan også være slik at pasienter har med seg en betydelig komorbiditet. Og selv om da pasienten og omgivelser tenker at alt er «som før», kan det være grunn til å tenke at pasienten kunne ha nytte av videre rehabiliteringstiltak eks. ved kronisk hjerte- og lungesykdom, overvekt mm.

C: Vurdering av kompleksitet og rehabiliteringsnivå:

Pasienten skåres med poeng i overskriftene **Medisinsk oppfølging, Forvirringstilstand, Kroppsfunksjoner og Omgivelser/deltagelse**. Hver enkeltskår gir en indikasjon for anbefalt rehabiliteringsnivå mens sumsskår angir rehabiliteringsprosessens kompleksitet.

- 3 poeng Rehabilitering i akuttsykehus
- 2 poeng Spesialisert rehabilitering
- 1 poeng Kommunal oppfølging

- Ved en eller flere 3-ere: Indikasjon for tverrfaglige rehabiliteringstiltak i akuttsykehus
- Ved en eller flere 2-ere: Indikasjon for at tverrfaglige rehabiliteringstiltak bør iverksettes på akuttsykehus eller institusjon for spesialisert rehabilitering

Kommentar: Dersom man ikke har satt noen kryss over på A og B skår, går man videre til C skår. C skår vil mer detaljert gå gjennom samlet problematikk, og synliggjøre ytterligere rundt behov for videre rehabiliteringstiltak. Er man usikker, gå til C- skår.

Kommentar: ICF dimensjonen Aktiviteter er ikke integrert i ABC. Det betyr at det er et behov for å kartlegge dette isolert, og vi har historisk brukt ABC sammen med Barthel eller tilsvarende (eks Modifisert Rankin Score). Ved eks tilsyn og hvor vi da går gjennom ABC scorer vi rutinemessig også pasienten på Barthel.

Det er for hvert punkt som følger i C skår tenkt nivå, og det går frem over hva de ulike poengene betyr mht nivå. Vi har punkt for punkt tenkt ut fra en «LEON» tenkning, hva er det Laveste Effektive Omsorgs Nivå.

Bakgrunn:

Rehabilitering i Sykehuset Telemark: ABC er utviklet i akuttsykehuset STHF.

Rehabiliteringsavdelingen ved STHF har blant annet et tilbud for tidlig kompleks rehabilitering. Pasientgrunnet består av hjerneslag, hodeskader, intensiv-overlevende etter ulike sykdom og skade eks. infeksjoner/hjertestans/ komplikasjoner ved alvorlig sykdom, ryggmargsskade, etc., hvor behovene for sykehuskompetanse fortsatt er stor, men hvor det er viktig å komme tidlig i gang med tverrfaglig rehabiliteringsinnsats. Pasientene drar ofte videre til spesialisert rehabilitering eller kommunal oppfølging/ rehabilitering i etterkant.

Ambisjonen med sjekklister har vært å kartlegge pasienter på en lik og systematisk måte ved henvendelser/ tilsyn. ABC er et verktøy for mer åpenhet rundt hva vi legger vekt på i videre rehabiliteringstiltak for pasient, pårørende og kollegaer.

Revisjoner og erfaringer: ABC har gradvis blitt utviklet siden 2009, og har blitt revidert en rekke ganger. Det tverrfaglige rehabiliteringsteamet har deltatt i utviklingsarbeidet. ABC er også brukt på alle pasienter med nye hjerneslag i sykehusets slagavdeling siden 2018. Vi har hatt dialog og erfaringsutvekslinger med en «Quest back undersøkelse» (2019) hvor Sykehuset i Vestfold deltok. Sjekklister har også blitt testet ut i slagenheten ved Sykehuset i Østfold, hvor det i mindre grad finnes tilbud om rehabilitering i sykehuset

Sentrale interne aktører som har bidratt i utviklingen av ABC sjekklister er Ottar Berg, Nasira Khalid, Nina Mc Neill, Thomas Lie, Gro Aasland og Caroline Torskog.

Nasjonal kompetansetjeneste for rehabilitering ([RKR](#)), med Stein Arne Rimehaug i spissen har bidratt, spesielt for å sammenligne ABC opp mot andre aktuelle kliniske verktøy.

ABC-sjekklister har blitt løftet frem i forbindelse med Covid- 19 og tidlig-rehabilitering, i regi av Helse Sør-Øst. I dette arbeidet er det gjort en revisjon av ABC.

Ved utviklingen av et rehabiliteringsregister, vil det komme flere scoringsverktøy som kan komplettere ABC-sjekklister.

Medisinsk oppfølging:

1. Kompleks medisinsk tilstand eks. CNS skade/sykdom, hjerte-/ lungelidelse, multiorgansvikt, sår, akutt/kronisk inflammasjon/infeksjon, psykiatri, rus, komorbiditet

Behov oppfølging av lege:

3-7x pr uke

2 poeng

1-2 x pr uke

1 poeng

Sjeldnere/ nei

0 poeng

Kommentar: Det er ikke like enkelt på alle punkter å lage skiller mellom hva som kan løses på ulike nivåer. Under medisinsk oppfølging er det noen kommuner som har veldig avanserte funksjoner for eks. kommunal rehabilitering. Med lege tilstede hver dag og muligheter for å følge opp komplisert medisinsk problematikk. Andre kommuner har mindre forutsetninger for å følge opp komplekse problemstillinger.

Under punkt 1 må en sette seg inn i samlet medisinsk problematikk og se konkret på hvilke forhold som trenger spesiell medisinsk oppfølging.

1-2 ganger pr uke er det som ganske mange kommuner som har legedekning på sine kommunale institusjoner, derfor er dette antallet valgt.

2 poeng: Behov for lege daglig eller nesten daglig, utover det som er mulig å se for seg kan løses kommunalt.

1 poeng: 1-2 ganger pr uke, som er det som normalt kan løses i de fleste kommuner.

0 poeng: Der det ikke er behov for spesiell oppfølging av helsetilstand hos lege utover det som kan dekkes eks av oppfølging vanlig av primærlege.

2. Daglig eller flere ganger ukentlig behov for sykehusspesialister

Ja 3 poeng

Nei 0 poeng

Kommentar: Der det er behov for veldig tett oppfølging av eks nyrelege, kardiolog, lungelege, infeksjonslege, kirurg osv. og hvor medisinsk kompleksitet er så stor at det er for tidlig å flyttes ut av akuttsykehus.

3 poeng: Slikt behov er tilstede.

0 poeng: Behov er ikke tilstede.

3. Behov for døgn-/ akuttberedskap, intensivfunksjoner/monitorering, annet eks dialyse, billeddiagnostikk, kartleggingsutstyr, omfattende laboratorieundersøkelser

Ja 3 poeng

Nei 0 poeng

Kommentar: De mest avanserte rehabiliteringssykehusene har mye utstyr og kan følge opp krevende medisinske oppgaver eks. knyttet til hjerte- lungefunksjon. Dette er noe vi tenker er aktuelt å se mer på i fremtidig revisjon. Samtidig er det nok også slik at kjennskap til de ulike regionale rehabiliteringssykehusenes kompetanse og spesialfunksjoner må ligge som en forutsetning og noe man må kjenne til når man jobber innen rehabiliteringsfeltet. Vi har i denne versjonen lagt opp til å beskrive funksjoner som ligger primært i et vanlig akuttsykehus, og hvor rehabilitering da inntil videre må skje i akuttsykehus.

3 poeng: Behov for utstyr og funksjoner som ikke finnes utenfor akuttsykehus.

0 poeng: Utstyr og funksjoner krever ikke opphold på akuttsykehus.

4. Angst/depresjon/stressreaksjon/selv mordstanker

Ja 1 poeng

Nei 0 poeng

Kommentar: Angst og depresjon og store stressreaksjoner er vanlig ved alvorlig sykdom. Det er eks i forbindelse med Covid sett på lignende sykdomsbilder som Svineinfluensa og ARDS. Forskning har vist at PTSD kan være veldig utfordrende knyttet til fremtidig funksjonsnivå. Det er laget et eget punkt for dette knyttet til Covid prosess vår 2020, selv om en kunne innvende at dette er dekket av punkt 1 over. Med dette punktet er en uansett sikret en synliggjøring av denne viktige dimensjonen, og 1 poeng gis der slik problematikk foreligger, og hvor det er behov for å lage en strategi på dette.

1 poeng: De ter behov for å lage strategi knyttet til angst/ depresjon/ stressreaksjon/ selvmordstanker

0 poeng: Det foreligger ikke slik problematikk

5. Påvist smitte (Covid, ESBL, MRSA, VRE, Hepatitt, HIV, etc) som krever spesiell håndtering

Ja 1 poeng

Nei 0 poeng

Kommentar: Påvist smitte er noe som har betydning, mht rutiner, rom og informasjon, og som det er viktig å legge en tidlig strategi på.

1 poeng: Det er behov for å lage en strategi knyttet til smitte hos pasienten. Dette kan løses kommunalt.

0 poeng: Det foreligger ikke smitte.

Forvirring/PTA med manglende orientering tid-sted- situasjon:

- | | | |
|--|--------------------------|---------|
| 1. Uavklart og behov for skjerming og oppfølging 1 til 1 | <input type="checkbox"/> | 3 poeng |
| 2. Behov skjerming og oppfølging, og kan kreve ekstraordinær bemanning | <input type="checkbox"/> | 1 poeng |
| 3. Nei | <input type="checkbox"/> | 0 poeng |

Kommentar: Et viktig poeng er hvorvidt forvirringen er avklart: dvs. er det forstått og kartlagt godt? Forvirring kan skyldes skaden i seg selv, i form av eks. PTA (Post Traumatisk Amnesi) også kalt PTF – (Post Traumatisk Forvirring). En rekke faktorer kan spille inn, f.eks. nye hjerneorganiske forandringer eks blødning, infarkt, hydrocephalus. Medisinske forhold som medikasjon, infeksjoner, elektrolyttforstyrrelser kan spille inn. Underernæring, smerter og overstimulering er andre eksempler på faktorer som det er viktig å ha godt avklart. I slike uavklarte situasjoner fordrer dette raske avklaringer som ofte inkluderer billeddiagnostikk. Etablering av normal døgnrytme er noe vi normalt tenker faller inn under dette punktet. Medikasjon er et utfordrende punkt hvor en i tidlige faser av og til må bruke sterke medisiner som det er viktig å ha en tett oppfølging på.

Der det er et stort behov for skjerming så er vår erfaring at kommuner er vant til og har god kompetanse på dette, og ut fra en LEON tenkning er derfor ikke stort behov for skjerming gitt høyere skår enn 1 poeng.

3 poeng: Uavklart forvirring, med stort behov for kartlegging og oppfølging av tiltak. Skjermingsbehov er stort, og oppfølging 1:1 er påkrevd.

1 poeng: Det kan være et stort behov for skjerming og oppfølging av tiltak, men det kan løses kommunalt.

0 poeng: Det foreligger ingen forvirring, orientert pasient.

Kroppsfunksjoner:

1. Problematikk lunge-/hjertefunksjon

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|---------|
| Mangelfull kartlegging/behandling | <input type="checkbox"/> | 2 poeng |
| Tiltak igangsatt | <input type="checkbox"/> | 1 poeng |
| Nei | <input type="checkbox"/> | 0 poeng |

Kommentar: Dette punktet er tatt inn i forbindelse med Covid-prosess, selv om en kan innvende at dette dekkes av punktet under C1 over. Hjerne og lungefunksjon er imidlertid

også veldig ofte er med. Forhold knyttet til luftveier som metning, slim, obstruksjon, medikasjon, utstyr eks forstøver/ O2/ CPAP/ NIV, rutiner, trening – krever at det lages egen strategi knyttet til luftveier. Tilsvarende med hjerte hvor forhold som BT, arytmi, frekvens, svikt, medikasjon, rutiner og trening krever en egen strategi.

2 poeng: Der ting er uavklart, rutiner er ikke på plass, det er mye endringer fra dag til dag og ikke stabilt nok til at en kommunal oppfølging er tilstrekkelig.

1 poeng: Rutiner er på plass, situasjonen er stabil. Det kreves oppfølging, men denne kan skje kommunalt.

0 poeng: Ingen problematikk knyttet til hjerte-/ lungefunksjon.

2. Dysfagi, ernærings-/hydreringsproblematikk	
Mangelfull kartlegging/behandling	<input type="checkbox"/> 2 poeng
Tiltak igangsatt	<input type="checkbox"/> 1 poeng
Nei	<input type="checkbox"/> 0 poeng

Kommentar: Svelgvansker er en vanlig problematikk ved mange tilstander inkludert der pas har ligget lenge på respirator. Kartlegging av svelg og svelgnivå, plan/avklaring av PEG, rutiner knyttet til ernæring peroralt, kaloribehov obs refeeding problematikk i tidlig fase, væskebalanse, vekt.

2 poeng: Der det er en uavklart og utilfredsstillende situasjon, og hvor det er behov for kartlegging og iverksetting av tiltak.

1 poeng: Stabil situasjon, som kan følges opp kommunalt, men hvor det kreves egen oppfølging.

0 poeng: Ingen problematikk svelg og ernæring.

3. Vannlating/eliminajonsproblematikk	
Mangelfull kartlegging/behandling	<input type="checkbox"/> 2 poeng
Tiltak igangsatt	<input type="checkbox"/> 1 poeng
Nei	<input type="checkbox"/> 0 poeng

Kommentar: Innlagt kateter er vanlig ved akutt skade og sykdom, og det er viktig å ha en plan for seponering. Det kan være hyppige UVI. Det kan være nyoppstått inkontinens/

lekkasje avføring og urin, det kan være retensjon/ obstipasjon som må adresseres med egen strategi. Det kan være behov for avklaring mht stomi også i en tidlig fase.

2 poeng: Uavklart situasjon, behov for kartlegging og iverksetting av tiltak.

1 poeng: Situasjon er stabil og kartlagt, det foreligger en strategi som kan følges opp lokalt.

0 poeng: Ingen problematikk vannlatning / eliminasjon

4. Synsvansker (eks. dobbeltsyn, anopsi, redusert syn)

Mangelfull kartlegging/behandling

2 poeng

Tiltak igangsatt

1 poeng

Nei

0 poeng

Kommentar: Det kan være nyoppståtte synsvansker eks. knyttet til øyemuskelpareser, autonom skade, synsfeltutfall, blødning i øye. Det kan også være gamle problemer knyttet til syn i bunnen eks glaukom, degenerative forandringer linse etc., som i sum gjør at syn fungerer dårlig, og hvor det må lages en egen strategi.

2 poeng: Uavklart situasjon, behov for kartlegging og iverksetting av tiltak, eks involvering av øyelege, treningsopplegg, tilpasninger inkludert utstyr, informasjon.

1 poeng: Stabil og kartlagt situasjon som behøver oppfølging, men som kan gjøres lokalt.

0 poeng: Ingen problematikk syn

5. Språk-/kommunikasjonproblematikk

Mangelfull kartlegging/behandling

2 poeng

Tiltak igangsatt

1 poeng

Nei

0 poeng

Kommentar: Vanlige problemer er eks dysartri og afasi som må kartlegges mht strategi kommunikasjon, trening, hjelpemidler og informasjon. I forbindelse med Covid prosess kom det også inn ønske om at en også her tok med et eget punkt knyttet til kommunikasjon generelt inkludert fremmedspråklig/ behov for tolk, som er integrert i dette punktet.

2 poeng: Uavklart, behov for kartlegging og iverksetting av tiltak. Må utvikle en strategi mht kommunikasjon og språk.

1 poeng: Kartlagt, avklart, trenger oppfølging men kan skje også kommunalt.

0 poeng: Ingen problemer språk/ kommunikasjon

6. Kognitive vansker (eks. oppmerksomhet, hukommelse, neglekt, apraxi, perseverasjon, agnosi, emosjonell labilitet):

Mangelfull kartlegging/behandling

2 poeng

Tiltak igangsatt

1 poeng

Nei

0 poeng

Kommentar: Der det er uavklart mht kognitive vansker og utfall, behov for strukturert kartlegging og observasjon, behov for å avklare og forstå faktorer som påvirker kognisjon, informasjonsbehov, behov for utvikling av strategi trening / håndtering.

2 poeng: Uavklart og behov for kartlegging og iverksetting av tiltak.

1 poeng: Kartlagt, avklart, trenger oppfølging som kan skje kommunalt.

0 poeng: Ingen kognitive vansker.

7. Lammelse, koordinasjonsforstyrrelse, sensoriske utfall, fallfare:

Mangelfull kartlegging/behandling

2 poeng

Tiltak igangsatt

1 poeng

Nei

0 poeng

Kommentar: Et omfattende punkt, hvor det handler om å kartlegge motorisk funksjon med lammelser, koordinasjons- og balansevansker, ofte kombinerte sensomotoriske bilder. Fallfare et sentralt poeng. Det er behov for å forstå bildet, forstå triggere/ faktorer som påvirker bildet, avklaring hjelpemidler (eks ortose, ganghjelpemidler, rullestol), planlegging og iverksetting av trening tilpasset aktuelle fase (komplikasjonsforebyggende trening, oppgaverettet, styrke, utholdenhet)

2 poeng: Der situasjonen er uavklart og det er behov for kartlegging og iverksetting av tiltak.

1 poeng: Avklart situasjon, stabil, trenger oppfølging som kan skje kommunalt.

0 poeng: Ingen problematikk lammelse/ koordinasjonsforstyrrelse/ sensoriske utfall eller fallfare.

8. Spastisitet/feilstillinger

Mangelfull kartlegging/behandling

2 poeng

Tiltak igangsatt

1 poeng

Nei

0 poeng

Kommentar: Behov for å kartlegge involvert muskulatur. Behov for å avklare mht triggere. Behov for å avklare evt. problemer knyttet til spastisitet eks smerter, feilstillinger, hygiene, gangvansker, sittestilling/ ståstilling/ gange. Behov for å kartlegge og igangsette ikke medikamentelle tiltak eks trening og hjelpemidler. Behov for å avklare mht medisinske tiltak som f eks. medikasjon, injeksjoner, baklofenpumpe, kirurgi.

2 poeng: Uavklart og behov for kartlegging og iverksetting av tiltak.

1 poeng: Avklart situasjon, stabil, trenger oppfølging som kan skje kommunalt med planlagte kontroller i spesialisthelsetjeneste.

0 poeng: Ingen problematikk spastisitet.

9. Smerter

Mangelfull kartlegging/behandling

2 poeng

Tiltak igangsatt

1 poeng

Nei

0 poeng

Kommentar: Uavklart smerteproblematikker vanlig. Det er viktig å gjøre en god smerteanalyse, kartlegge om smerten kommer fra eks muskulatur, ledd, nevropatisk smerte, sentral smerte, sensitivisering. Behov avklaring triggere/ forhold som påvirker og forsterker smerte. Behov for å sette inn ikke- medikamentelle tiltak, avklaring av lokalbehandling eks injeksjoner eller medikasjon.

2 poeng: Uavklart og behov for kartlegging og iverksetting av tiltak.

1 poeng: Avklart situasjon, stabil, trenger oppfølging som kan skje kommunalt.

0 poeng: Ingen problematikk smerter

10. Sår

Mangelfull kartlegging/behandling

2 poeng

Tiltak igangsatt

1 poeng

Nei

0 poeng

Kommentar: Sår er ofte en stor utfordring knyttet til alvorlig sykdom, med langvarig sengeleie. Noen har også gammel sårproblematikk som trenger oppfølging. Gode rutiner for avlastning, snuing, madrasser, mobilisering, oppdagelse av sår i tidlig fase, sårstell er viktig. Spesielle metoder for sårstell, VAC, oppfølging av kirurg, hyppige revisjoner er ofte nødvendig.

2 poeng: Uavklart situasjon, ikke tilfredsstillende situasjon mht sår, rask negativ utvikling. Behov kartlegging og iverksetting av tiltak.

1 poeng: Stabil situasjon, trenger oppfølging som kan skje kommunalt.

0 poeng: Ingen problematikk sår.

1. Mindreårige barn. Ektefelle eller barn med sykdom/ pleiebehov

Ja 1 poeng

Nei 0 poeng

Kommentar: Der mindreårige barn er pårørende skal det legges en egen strategi for oppfølging av barn. Dette vil også ofte involvere lokalt hjelpeapparat eks skole og kommunalt apparat som PPT. Der det er stort pleiebehov/ alvorlig sykdom hos pårørende må dette ofte ha en egen strategi.

1 poeng: Det er et behov for å utvikle en strategi på dette området, kan også skje kommunalt.

0 poeng: Ikke mindreårige barn eller sykdom blant nære pårørende.

2. Evne til å ivareta seg selv i egen bolig?

Nei 1 poeng

Ja 0 poeng

Kommentar: Dette punktet er noe som det ofte blir diskusjoner rundt, også i forhold til situasjoner der kommunal oppfølging planlegges. Det kan være ulike meninger om hva som er mulig å få til med et hjemmebasert opplegg, som også vil variere. Pårørende har ofte sterke meninger om dette. Behov for utvikling av en strategi med fokus på informasjon og samarbeid.

1 poeng: Pasienten vurderes som ikke i stand til å klare seg i egen bolig eller det tenkes at det kun kan gå dersom det er et stort kommunalt apparat på plass. Behov for kartlegging og iverksetting av tiltak, kan også skje kommunalt.

0 poeng: Pasienten vurderes å klare seg i egen bolig.

3. Yrkesaktiv alder eller i jobb?

Ja 1 poeng Nei 0 poeng

Kommentar: Der pasienten har jobb eller er i yrkesaktiv alder er det viktig at dette kartlegges. Økonomi er tenkt inn i dette punktet, det kunne kanskje vært uthevet, og er noe vi får se på i senere revisjoner. Det er ofte behov for å lage en strategi knyttet til eks arbeidsgiver og omgivelser, for å unngå at pasienten, der det er mulig, ikke faller ut av arbeid.

1 poeng: Behov for kartlegging og iverksetting av tiltak.

0 poeng: Er ikke i yrkesaktiv alder eller i jobb, avklart økonomisk situasjon.

4. Behov for å kartlegge verge/medbestemmelseevne?

Nei 1 poeng Ja 0 poeng

Kommentar: Det er i et liv mange praktiske forhold som trenger bistand, og hvor pasienten ikke pga sykdom klarer dette selv eks forvirring, kognitive utfall. Behov for å kartlegge, behov for å utstede fullmakter, avklare mht verge etc.

1 poeng: Behov for kartlegging og iverksetting av tiltak. Kan også skje kommunalt.

0 poeng: Pasienten klarer å følge opp alle praktiske forhold selv som blant annet økonomi.

5. Behov for å kartlegge evne til å kjøre bil/ håndtere skytevåpen?

Nei 1 poeng Ja 0 poeng

Kommentar: Pasienter som har førerkort må ha en avklaring, med tanke på syn, motorikk, kognisjon, medisinske forhold, medikasjon etc. Dersom det ikke er laget en egen strategi på dette i forbindelse med akutt sykdom og skade, er det mange eksempler på at pasienter for raskt begynner å kjøre bil. Skytevåpen er en annen praktisk problematikk som bør kartlegges i forbindelse med skader og.

1 poeng: førerkort og eller skytevåpen, og det må lages en egen strategi på dette, kan også gjøres i primærhelsetjeneste, avklaring Kjørestasjon etc.

0 poeng: Har ikke førerkort, har ikke skytevåpen.

6. Behov for kartlegging/omfattende tilrettelegging av bolig?

Ja 1 poeng Nei 0 poeng

Kommentar: Pga eks. forflytningsvansker behov for å gjøre tilpasninger i bolig. Behov for å kartlegge og evt tilrettelegge.

1 poeng: Foreligger behov, strategi kan også lages lokalt.

0 poeng: Ingen problemer knyttet til bolig.

7. Behov for å utarbeide IP (Individuell Plan)?

Ja 1 poeng Nei 0 poeng

Kommentar: Mange pasienter har etter akutt skade og sykdom en rekke aktører som skal følge opp over tid knyttet til behandling, trening, tilrettelegging etc. Det er viktig å vurdere om det bør opprettes en IP/ samarbeidsplan rundt pasienten. Ansvaret for å koordinere, kalle inn til møter etc. ligger gjerne lokalt, selv om det i enkelte situasjoner er naturlig at koordinering legges til spesialisthelsetjeneste da det hovedsakelig er sykehustjenester som skal koordineres.

1 poeng: Behov for å utarbeide IP eller tilsvarende, ansvar kan normalt ligge kommunalt.

0 poeng: Ingen behov for å utarbeide IP eller tilsvarende.

Omgivelser/ nettverk/deltagelse/individuelle forhold:

1. Mindreårige barn. Ektefelle eller barn med sykdom/ pleiebehov
Ja 1 poeng Nei 0 poeng
2. Evne til å ivareta seg selv i egen bolig?
Nei 1 poeng Ja 0 poeng
3. Yrkesaktiv alder eller i jobb?
Ja 1 poeng Nei 0 poeng
4. Behov for å kartlegge verge/medbestemmelseevne?
Nei 1 poeng Ja 0 poeng
5. Behov for å kartlegge evne til å kjøre bil/ håndtere skytevåpen?
Nei 1 poeng Ja 0 poeng
6. Behov for kartlegging/omfattende tilrettelegging av bolig?
Ja 1 poeng Nei 0 poeng
7. Behov for å utarbeide IP (Individuell Plan)?
Ja 1 poeng Nei 0 poeng

SUMSKÅR:

Kommentar: Under sumskår legger en sammen alle poengene. En høy sumskår indikerer at det er mange samtidige problemstillinger som trenger oppfølging. ABC har innebygget et LEON prinsipp, dvs at det hele tiden er vurdert hva som kan løses på hvilket nivå.

Ved svært mange 1-ere: Det vil kunne være slik at kompleksitet vurderes som for stor, det er for mange samtidige prosjekter til at kommunalt opplegg vurderes som tilstrekkelig, slik at det må brukes skjønn.

Det er viktig ved sumskår å se hvor mange 3-ere og 2-ere som foreligger. 3 ere indikerer at rehabilitering fortsatt bør skje inne i akuttsykehus, 2-ere indikerer at rehabilitering bør skje i spesialavdeling for rehabilitering i spesialisthelsetjeneste som et minimum. Dette er også forklart ved innledningen til C skår.