

## Vårdbehovsmätning enligt Nacka's modell

Metoden för vårdbehovsmätning är tänkt att spegla de resurser som behövs för att erbjuda den enskilde god vård i särskilt boende för äldre personer.

**Aktivitetsförmågan** mäts genom att bedöma vårdtagarens förmåga att självständigt klara de dagliga aktiviteterna. Den metod som valts är ADL-trappan, Katz-index av Hulter-Åsberg. Trappan består av tio ADL-aktiviteter, vi har valt att mäta steg 5-10, dvs. personlig vård, badning, på- och avklädning, toalettbesök, förflyttning, kontinens och födointag.

**Berger-skalan** används som ett instrument för att gradera mentala störningar vid neurologiska sjukdomar.

**Psyisk status** skattar de behov av hjälp och trygghetsskapande insatser en person är i behov av på grund av sin psykiska status.

**Medicinska insatser** är en skala som graderar vilken medicinsk omvårdnad, vård och/eller rehabilitering den boende har behov av.

Dessa fyra parametrar är poängsatta och på en blanketten "Sammanställning av vårdbehov" markeras och sammanräknas poängen som resulterar i en checknivå för varje vårdtagare.

Vårdresursmätningen tar inte hänsyn till vårdmiljön, vilka rutiner som är utarbetade, vilket förhållningssätt/bemötande personalen har till de boende och inte heller personalens kompetens.

### Vårdbehovet bestämmer checkstorleken

Äldre människor har mycket olika behov av vård och omsorg och kostnaderna för detta kan därför variera. I samband med att beslutet om särskilt boende beviljats, gör kommunens biståndshandläggare en preliminär vårdbehovsmätning. Denna avgör hur stor ersättning som skall utgå till utföraren.

Mätningarna utförs genom att en biståndshandläggare intervjuar en ansvarig sjuksköterska och den omvårdnadspersonal som har bäst kunskap om den äldre. Information kan även inhämtas via den dokumentation som finns kring den äldre. Mätningen utförs inför ett erbjudande om ett boende då en preliminär nivå fastställs samt efter cirka en månads vistelse på boendet då nivån fastställs. Vid förändrat vårdbehov görs en ny mätning.

Bilaga 1  
**SAMMANSTÄLLNING AV VÅRDBEHOV**  
 Namn:

Personnummer:

Vårdbedömare:

Aktivitetsför måga				POÄNG						
	+	+ -	-	1	2	3	4	5	6	7
Badning	Ingen hjälp	Liten hjälp	Myck hjälp	+	-	-	-	-	-	-
På- och avklädning				+	+	-	-	-	-	-
Toalettbesök				+	+	+	-	-	-	-
Förflyttning				+	+	+	+	-	-	-
Kontinens				+	+	+	+	+	-	-
Födointag				+	+	+	+	+	+	-

Max 7 p

**Mental oförmåga**

Ingen	0	<input type="text"/>
Berger I	1	<input type="text"/>
Berger II	2	<input type="text"/>
Berger III	3	<input type="text"/>
Berger IV	6	<input type="text"/>
Berger V	5	<input type="text"/>
Berger VI	4	<input type="text"/>

Max 6 p

**Psykisk status**

0	<input type="text"/>
1	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>

Max 7 p

**Medicinska insatser**

1 Ingen särskild medicinsk vårdnad	1	<input type="text"/>
2 Lättare medicinsk omvårdnad och delegerade sjukvårduppgifter	2	<input type="text"/>
3 Omfattande medicinsk omvårdnad	3	<input type="text"/>
4 Kvalificerad och högkvalificerad medicinsk omvårdnad	4	<input type="text"/>

Max 4 p

Max 24p

**TOTALT**

## MÄTINSTRUMENT

### MEDICINSKA INSATSER

#### **1. Ingen särskild medicinsk omvårdnad**

Allmänt inriktade insatser i form av förebyggande aktivering, kunna observera förändringar och rapportera, vätskekontroll, förebyggande och allmänt rehabiliterande insatser efter instruktion av sjukgymnast och/eller arbetsterapeut. Administrering av läkemedel från märkt dosett/APO-dos till känd boende, där den boende själv har kunskap om sin medicinering, men inte själv kan inta den, ingen delegering behövs vid för arbetsuppgiften.

#### **2. Lättare medicinsk omvårdnad och delegerade sjukvårdsuppgifter**

Administrering av läkemedel från märkt dosett/APO-dos till känd boende med identitetskontroll.

Den boende har själv ingen kunskap om sin medicinering. Delegering behövs för arbetsuppgiften. Individuellt riktade rehabiliteringsinsatser delegerade av arbetsterapeut/sjukgymnast.

- decubitus- och kontrakturprofylax
- vändschema
- ADL-träning
- medicinsk tillsyn och kontroll- temp, blodtryck, provtagning
- skötsel och spolning av KAD
- mindre/enklare sårbehandling och omläggning
- insulingivning vid stabilt blodsocker
- matning av person med sväljsvårigheter
- skötsel och matning via PEG-sond

#### **3. Omfattande sjukvårdsuppgifter, kan ej delegeras**

Medicinsk vård och omvårdnad som kräver insatser av legitimerad personal, kan ej delegeras

- kvalificerade och större omläggningar där regelbunden övervakning krävs
- intramuskulära injektioner
- insättning av KAD
- rensugning av övre luftvägar
- skötsel och matning via sond/clinifeadsond
- intravenösa injektioner, infusioner
- insulingivning som kräver regelbundna blodsockerkontroller
- svårinställd smärtlindring
- individuell funktionsträning

#### **4. Kvalificerad och högkvalificerad medicinsk/teknisk omvårdnad, kan ej delegeras**

Medicinsk vård och omvårdnad som kräver insatser av legitimerad personal, kan ej delegeras

- avancerade omläggningar
- skötsel av tracheotomerad
- avancerad smärtlindring
- intramuskulära injektioner
- blodtransfusion
- mycket svårinställd medicinering, avancerad andningsövervakning, sugteknik, syrgasbehandling i komplicerade fall
- använda infusions/injektionspump
- central venkateter, port-a-cath
- ständig övervakning där sjuksköterska finns i omedelbar närhet.

## Psykisk Status

Mäter det behov av hjälp och trygghetsskapande insatser en person är i behov av på grund av sitt psykiska status. Observera att frågorna ska mäta beteendet.

### Poängberäkning

Personens stämning och beteende skall inte vara av tillfällig karaktär. Nivå 7, motsäger sig vård eller annan hjälp, innefattar inte situationer där personen gjort ett uttryckligt val att inte vilja ha någon specifik typ av vård. Alla kriterier under respektive punkt eller punkterna innan behöver inte vara uppfyllda för att angivna poäng skall erhållas.

- |  |   |
|--|---|
| 0. Ingen särskild psykisk omvårdnad  | <input type="checkbox"/> oro/trygghetssökande       |
| 1. Allmänt inriktade insatser i form av att befrämja trygghet, trivsel och psykosocialt välbefinnande, kontaktskapande aktiviteter som befrämjar relationerna mellan de boende.  | <input type="checkbox"/> ångest/kontaktsökande      |
| 2. Kräver individuellt riktat bemötande och omvårdnad. Verbalt upprepande ”Kallar upprepande på hjälp” Söker hela tiden uppmärksamhet. Upprepande klagomål över ångest eller oro te x söker ihärdig uppmärksamhet beträffande planering, måltider, kläder, relationer. | <input type="checkbox"/> motoriskt orolig           |
| 3. Vandrande, irrar omkring utan mål, tillsynes omedveten om behov och sin egen säkerhet. Risk för att den äldre avviker från boendet.   | <input type="checkbox"/> verbalt aggressiv          |
| 4. Verbalt aggressiv, hotar andra, förbannar eller skriker åt andra.   | <input type="checkbox"/> socialt avvikande beteende |
| 5. Socialt avvikande beteende, gör oljud, högljudd, skriker våld mot sig själv, sexuellt beteende avklädning inför andra, kastar mat/avföring, plockar i andras tillhörigheter.  | <input type="checkbox"/> fysiskt aggressiv          |
| 6. Fysiskt aggressivt beteende, andra blir slagna, knuffade, klösta eller sexuellt antastade. Utåtagerande och våldsam.  |   |
| 7. Motsätter sig vård, avvisar läkemedel/injektioner, ADL-hjälp eller att äta. Behov av kvalificerad psykisk vård.   |   |

## Bergers skattningsskala

0 Inga problem pga nedsatt kognitiv nedsättning.

1 Har vissa minnessvårigheter. De dagliga aktiviteterna splittras/störs av glömska. Kan ganska lätt göra sig förstådd trots språkstörning, lätt afasi.

Lite glömska

2 Något rumsligt desorienterad. Förlägger föremål. Reder sig själv i välbekant miljö. Kan gå vilse. Har svårt hitta ord. Mer uttalad språkstörning.

Besvärande glömska

3 Har svårt att delta i vanlig social samvaro, drar sig undan svårare situationer, behöver vägledning och råd för att klara vardagssituationer.

Instruktion

4 Kan inte handla utifrån enbart muntlig instruktioner.

Assistans

Desorienterad i tid och rum. Kan inte tala sammanhängande eller förstår inte det talade ordet. Frustrerad över sin situation. Behöver handgriplig, praktisk hjälp för att klara vardagssysslor

5 Förflyttar sig själv. Kan inte kommunicera begripligt med ord, har påtagliga minnesluckor. Svåra språkstörningar. Helt beroende av hjälp med vardagssysslor.

Ej kommunicerbar

6 Säng eller rullstolsbunden. Har tappat talförmågan. Kräver beröringsstimulans för att reagera.

Reagerar bara på beröring

1-2  Lätt demens/påminnelse

3-4  Moderat demens/vägledning

5-6  Grav demens/aktiv hjälp

## **ADL-TRAPPAN KATZ-index**

Fokuserar på vårdtagarens förmåga att klara de aktiviteter som efterfrågas.

Är han/hon beroende av hjälp från någon annan och i så fall i hur stor utsträckning?

### **Poängberäkning**

På blanketten "Sammanställning av vårdbehov" markeras behovet av hjälp med minus eller plustecken.

Vid ifyllande av blanketten skall plustecken sättas till vänster om den markerade linjen och minustecken till höger.

Även om den enskilde inte behöver någon hjälp ger detta 1 poäng vid sammanräkningen.

Helt beroende i alla delar (mycket hjälp) ger 7 poäng vid sammanräkningen.

Dvs räkna alla minustecken och lägg till 1 poäng.

För bedömningskriterier se vidare nästa sida

## ADL-trappan - Katz-index

**Personlig hygien/dusch** (ta sig till tvättplats, tvätta hela kroppen i badkar/dusch eller handfat).

<b>+</b> Får ingen hjälp eller övervakning. Tar sig till handfatet själv, eller i och ur badkar, ingen tillsyn i duschen.	<b>+</b> Får tvätthjälp med ryggen	<b>-</b> Får hjälp att ta sig till tvättplats eller vatten framburet. Hjälp i och ur badkar, tillsyn i dusch, hjälp fötter eller underlivet.
--	---------------------------------------	---

**På- och avklädning** (ta sig till låda eller skåp, ta fram kläder, ta av och på kläderna)

<b>+</b> Får ingen hjälp eller övervakning. Hämtar kläder, klär på och av sig, även korsett, ytterkläder, skor och strumpor.	<b>+</b> Får hjälp att knyta skor	<b>-</b> Får hjälp att hämta kläder, eller med på- av avklädning, eller förblir ofullständigt påklädd.
---	--------------------------------------	---

**Toalettbesök** (ta sig till toaletten, komma på och av toalettstolen, torka sig, tvätta sig, ordna Kläderna)

<b>+</b> Får ingen hjälp eller övervakning. Kan använda käpp, gåstol, rullstol, Kan använda nattkärl och tömma detta själv.	<b>-</b> Får hjälp att ta sig till toaletten, eller med något av ovanstående.	<b>-</b> Får hjälp eller övervakning, kan inte ta sig till toaletten. Använder bäcken, inkontinensskydd eller toalettstol även dagtid.
--	--	---

**Förflyttning** (ta sig ur sängen till en stol eller mellan två stolar = överflyttning av kroppen)

<b>+</b> Får ingen hjälp eller övervakning. Kan använda ett stöd, t ex käpp el sängstolpe.	<b>-</b> Får hjälp av en annan person.	<b>-</b> Sängbunden. Kan eller får ej lämna sängen, eller behöver lyftas (två personer).
---	---	---

**Kontinens** (fysiologisk tömning av blåsa och tarm. Inkontinens = ofrivillig urin- eller facesavgång. Hygien, toalettbesök, förstoppning räknas ej).

<b>+</b> Kontinent. Sköter själv ev. medicin, lavemang, colostomi, KAD i hemmet.	<b>-</b> Hinner inte till toaletten. Inkontinent 1 gång under observationstiden.	<b>-</b> Inkontinent ständigt. Får ständig tillsyn, eller hjälp av annan. KAD som blåstränas. Colostomi som sköts av annan.
---	---	--

**Födointag** (får mat från tallrik eller dylikt in i munnen. Hygien och bordsskick bedöms ej).

<b>+</b> Får själv in maten i munnen och sväljer.	<b>+</b> Får hjälp att skära kött, öppna mat förpackningar.	<b>-</b> Får muntlig instruktion, påputtning (uppmaning) eller sällskap i samband med måltid för att äta och dricka, hjälp att få in maten i munnen eller sondmatas eller har näringsdropp.
--	--	--

