**STÖD VID BEDÖMNING INFÖR FÖRSKRIVNING AV**

**FORMGJUTEN SITS/SITTDYNA/RYGGDYNA**

Detta bedömningsunderlag är tänkt som ett stöd och ett komplement för dig som förskrivare i förskrivningsprocessen, vid analys av brukarens resurser och begränsningar. [Beslutsstöd](https://vardgivarguiden.se/globalassets/kunskapsstod/hjalpmedelsguiden/beslutstod.pdf) och behovstrappan, Förflytta sig, se [Vårdgivarguiden](https://vardgivarguiden.se/kunskapsstod/hjalpmedelsguiden/behovstrappor/forflytta-sig/andra-och-bibehalla-kroppsstallning/), bör alltid ligga till grund för din bedömning. Bedömningsunderlaget innehåller både stöd för att fylla i **Konsultationsblankett**, gällande huvudhjälpmedlet, med fakta om brukarens fysiska, psykiska resurser/begränsningar, sittproblematik och aktivitet, samt för att fylla i **Bilaga Formgjuten Sits/Sittdyna/Ryggdyna.**

För dig som arbetar på en enhet med journalsystemet TakeCare ska blankettgällande huvudhjälpmedlet fyllas i och sparas i brukarens journal. Fyll även i Bilaga formgjuten sits/sittdyna/ryggdyna.Därefter skickar du en konsultationsremiss i TakeCare till Sodexo Hjälpmedelsservice. Du får sedan svar i ”mitt arbete” under ”att vidimera”. Du är då välkommen att kontakta Sodexos tidsbokning. Detta förutsätter att samtycke registreras i konsultationsremissen, så att Sodexo kan ta del av de ifyllda blanketterna. Om din enhet inte har TakeCare eller samtycke saknas, används Konsultationsblankett och bilaga som finns på [Sodexo hjälpmedelsservice](http://sodexohjalpmedelsservice.se/forskrivare/) hemsida. Blanketten kan faxas till 013-277805 alternativt postas till Sodexo Hjälpmedelsservice, Rissneleden 16 B, 174 53 SUNDBYBERG. Därefter blir du kontaktad av Sodexos tidsbokning via e-post för bokning av utprovningstid.

|  |  |
| --- | --- |
| **Syfte/Mål**  **formulering** | * Vilket är brukarens syfte/mål med formgjuten sits/sittdyna/ryggdyna? * Vilket är förskrivarens syfte/mål med formgjuten sits/sittdyna/ryggdyna? |

**BEDÖMNING AV KROPPSFUNKTIONER**

|  |  |
| --- | --- |
| **Funktionsnedsättning och övriga faktorer** | |
| **Fysiska** | **Diagnos/funktionsnedsättning** Finns progressiv sjukdom, palliativ vård, epilepsi?  **Gör en sittanalys – observation och undersökning**.  **Mått**:  Mät brukarens sittbredd, sittdjup, underbenslängd, rygghöjd, bålbredd, kroppsvikt och kroppslängd. Är vikten stabil? Förväntad viktförändring?  **Bäcken**:  Är bäckenet bakåt/framåttippat, sidotippat, roterat? Är det fixerat/rörligt?  **Rygg:**  Finns scolios, kyfos, lordos? Är den fixerad/rörlig?  Finns/används korsett?  **Huvudkontroll**:  Har brukaren huvudkontroll? Är den god/nedsatt? Nedsatt pga vad?  **Klassificering av sittförmåga (enligt Hoffer M.M):**  Se sittproblematik i konsultationsblankett gällande huvudhjälpmedlet. Hur är bålstabiliteten?  **Höftled:**  Finns rörelseinskränkning såsom kontraktur, luxation, benlängdsskillnad? Protes?  **Knäled:**  Finns rörelseinskränkningar såsom kontraktur, felställning? Protes?  **Fotled:**  Finns rörelseinskränkningar såsom kontraktur, felställning? Ortos?  **Muskelfunktion:**  Hur är brukarens muskelfunktion? Hyper/hypotonus? Finns tonusbehandling? Kontakt med tonusmottagning?  **Smärta:**  Finns smärtproblematik? Nedsatt sensibilitet? Känslighet för tryck, värme, kyla? Sår? Antidecubitushjälpmedel? Samråd med distriktssköterska?  **Inkontinens:**  Har brukaren kateter? Finns behov av inkontinensskydd/överdrag?  **Medicinsk behandling:**  Finns, eller planeras, operation eller annan medicinsk behandling, såsom PEG eller tonusreducerande behandling?  **Riskanalys:**  Har en riskanalys genomförts? Innebär det formgjutna hjälpmedlet en ökad risk för brukaren? Exempelvis begränsningar i rörlighet, lägesändringar, smärta, tryck? |
| **Psykiska faktorer** | **Kognitiva funktioner**:  Intellektuell funktionsnedsättning? Psykisk funktionsnedsättning?  **Riskanalys:**  Finns kognitiva begränsningar/resurser som påverkar användandet av eller förståelsen för, syftet/målet med det formgjutna hjälpmedlet? |

**BEDÖMNING AV AKTIVITET**

|  |  |
| --- | --- |
| **Aktivitet** | |
| **Användningsområde** | * Bedömning av vilket formgjutet hjälpmedel som skall provas ut. Ryggdyna, sittdyna eller hel sits? * Var ska det formgjutna hjälpmedlet användas? Inomhus, utomhus, arbete, skola, övriga aktiviteter/områden.   I vilken miljö skall hjälpmedlet användas? Finns begränsande mått – dörröppningar, trösklar/nivåskillnad, vändradie?   * I vilka situationer ska det formgjutna hjälpmedlet användas? Uppskatta nyttjande grad/frekvens angelägenhet/konsekvens.  Klicka [här](http://www.vardgivarguiden.se/behandlingsstod/hjalpmedelsguiden/bedoma-och-forskriva/beslutsstod-hjalpmedel/) för att komma till Beslutsstöd. * Hur ser positionering över dygnet ut? Beakta även brukarens övriga positioner under dygnet – liggande, alternativt sittande - som kan påverka sittandet i det formgjutna hjälpmedlet. * Hur länge ska brukaren sitta i det formgjutna hjälpmedlet? Ska det användas förmiddag, eftermiddag, under måltider? Ska schema upprättas? Hur många timmar åt gången? Invänjning? * Kommer det finnas andra hjälpmedel som ska användas i kombination med det formgjutna hjälpmedlet? Exempelvis kommunikationshjälpmedel, förflyttningshjälpmedel, omgivningskontroll. * I vilka aktiviteter ska det formgjutna hjälpmedlet användas? Exempelvis i hushållsaktiviteter, hygiensituation, i skol- och arbetsrelaterade aktiviteter, vid matinköp, i sociala sammanhang, vid promenader. | |
| **Omgivningsfaktorer** | **Nätverk**.  Hur är nätverket runt brukaren? Är nätverket informerat vad det innebär att sitta med formgjuten sits/sittdyna/ryggdyna? Finns planering för instruktion, inträning, uppföljning? Finns restriktioner?  **Riskanalys**  Har en riskanalys genomförts? Innebär det formgjutna hjälpmedlet en ökad risk för brukaren eller dess omgivning? Påverkas arbetsmiljön för brukarens nätverk? Finns tillräcklig kunskap/förståelse i brukarens nätverk? | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Underrede** | * På vilket underrede skall det formgjutna hjälpmedlet placeras? Skall det beställas nytt underrede i samband med nytt formgjutet hjälpmedel eller skall befintligt användas? Skall det gå att flytta mellan olika underreden? * Vilka andra funktioner/tillbehör behövs? Nackstöd, tilt, sitslyft, ryggstödsvinkling, benstöd, bord, väskkrokar, vertikal sits (ståfunktion-elrullstol)? Vårdarstyrning?   Behov av syrgas eller annan medicinsk apparatur på underredet?  Ska underredet/rullstolen användas i färdtjänst? |
| **Överflyttning** | * Hur skall brukaren förflyttas till och från det formgjutna hjälpmedlet? * Används överflyttningshjälpmedel? Vilket? Fungerar befintligt lyftsele i formgjutet hjälpmedel eller behöver nytt provas ut? |
| **Förvaring och skötsel** | * Kan brukaren själv ta hand om skötsel av det formgjutna hjälpmedlet? Om inte, vem gör det? |

|  |  |
| --- | --- |
| **Justering av befintlig**  **formgjutet hjälpmedel** | * Varför behövs justering? Vad har fungerat bra/dåligt? Har brukaren förändrats i kroppen? Isåfall hur? Rörlighet, tonus, kroppsvikt? Förändrat användningsområde? * Fungerar underredet/rullstolen bra i kombination med det formgjutna hjälpmedlet? |