

HabQ-formulär

**Uppföljning av insatser vid
problemskapande beteenden hos vuxna
med autism/autismliknande tillstånd eller
intellektuell funktionsnedsättning**

Preliminär version 2017-05-16

Checklista för inkludering och registrering	Datum: _____
	Sign: _____
Habiliteringsplan , eller motsvarande DV093, där behovsskattning visade stort behov av stöd (start för ledtid till fördjupad bedömning med Vineland)	Ja/Nej
Behovsskattningsskala HabQ. Uppfyller kriteriet stort behov av stöd och rådgivning (värde från 6)	Ja/Nej
Förmätningar	
Genomfört Vineland	Ja
Uppfyller kriterier i Vineland	Ja/Nej
<i>Om inkluderingskriterier är uppfyllda tillfrågas personen om deltagande och registrering i Composi QR görs retroaktivt av datum för habiliteringsplan, resultat på behovsskala samt resultat Vineland</i>	
Val av problem område för intervention (välj från lista i Vineland, se 4.5 i formulär) kan välja mer än ett område	Lista, se 4.5
Förmätning med TOM-skolor och Kommunikativ effektivitet	Ja <input type="checkbox"/>
EQ-5D Självsfattning (om möjligt)	Ja/Nej
EQ-5D Proxyskattning (obligatorisk)	Ja <input type="checkbox"/>
Före start Åtgärdsplan för problemskapande beteende ÅPB	
Start datum	Ange datum
Beräknad tid/slutdatum (välj inom tidsgränser 1,2 eller max 3 år)	Lista med val: 1,2,3 år
Ange inom vilket/vilka målområden(att minska problembeteende, att utveckla färdigheter ,att göra förändringar i omgivningen) som mål satts se formulär 4:6	Ja/Nej inom resp område. Om ja; ange antal mål
Processmått/åtgärder	
Funktionell beteende analys genomförd	Ja/Nej
Överenskommelse skriftlig/muntlig med kommun finns	Ja/Nej
Start av KVÅ registrering, se anvisningar, registreras på händelsedatum	Ange datum
Resultatmått olika utvärderingar av effekter, görs för alla efter 1 år från start av ÅPB. Därefter efter avslutad ÅPB dock längst efter 3 år.	
Bedömning av grad av måluppfyllelse inom de målområden som mål satts .se formulär 4:7 (lista med 3 målområden kopplat till skala för måluppfyllelse, 4 steg)	Ja <input type="checkbox"/>
Ange om ÅPB är avslutad vid bedömning av måluppfyllelse	Ja/Nej
Ny bedömning med Vineland	Ja <input type="checkbox"/>
Ny bedömning med TOM-skolor och kommunikativ effektivitet	Ja <input type="checkbox"/>
Ny skattning med EQ-5D Självsfattning (om möjligt)	Ja/Nej
Ny skattning med EQ-5D Proxyskattning (obligatorisk)	Ja <input type="checkbox"/>
Ny skattning med HabQ behovsskattningsskala	Ja <input type="checkbox"/>

1. Socio- Demografiska data

Datum för insamling av data: _____	
ID-nr Compos: _____	Habiliteringsenhet: _____
Personnummer: _____	
Efternamn: _____	Förnamn: _____
Tolk: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Språk: _____
Singel <input type="checkbox"/> Särbo <input type="checkbox"/> Sambo <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/>	Antal barn: _____

Boende:

Rullist:

- Egen bostad
- Boende i föräldrahem
- Boendestöd (SoL)
- Gruppbostad (LSS)
- Servicebostad (LSS)

Huvudsaklig sysselsättning:

	<i>Sysselsättning i procent</i>
Daglig verksamhet	_____
Arbete	_____
Arbetssökande	_____
Studier	_____
Annan sysselsättning	_____

Samhällsstöd

Insatser enligt SoL, LSS och personlig assistans enligt socialförsäkringsbalken 51 kap

Ja Nej

Om ja, kryssa i vilka:

Uppföljning av insatser vid problemskapande beteenden hos vuxna med autism/autismliknande tillstånd eller intellektuell funktionsnedsättning
Preliminär version 2017-05-16

Rådgivning och annat personligt stöd Ja Nej

Personlig assistans enligt LSS Ja Nej

Antal timmar/vecka < 10
11-20
21-40
> 41

Personlig assistans enligt socialförsäkringsbalken 51 kap Ja Nej

Antal timmar/vecka 20-40
41-60
61-80
81-100
101-120
121-140
> 141-

Ledsagarservice Ja Nej
Kontaktperson Ja Nej
God man Ja Nej
Förvaltare Ja Nej
Boendestöd Ja Nej

Färdtjänst Ja Nej
Bilstöd Ja Nej

Ekonomiskt stöd

Aktivitetsersättning Ja Nej
Sjukersättning Ja Nej
Handikappersättning Ja Nej

Individuell planering

Har en aktuell:

Individuell plan enligt LSS 10§	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Habiliteringsplan enl. HSL	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Samordnad plan enligt SOFS§2008:20	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Samordnad individuell plan (SIP)	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

Fritid

Fritidsaktiviteter	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
--------------------	-----------------------------	------------------------------

(definition = en aktivitet som bedrivs utanför hemmet)

Om ja, vilka aktiviteter.....

Hur ofta?	en eller flera gånger/ vecka	<input type="checkbox"/>
	en eller flera gånger/månad	<input type="checkbox"/>
	mindre än en gång i månaden	<input type="checkbox"/>

Socialt nätverk:

Träffar du andra på din fritid för att umgås? Ja Nej

Vän/vänner	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Familj	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

Inget socialt nätverk

Om ja, hur ofta?	en eller flera gånger/ vecka	<input type="checkbox"/>
	en eller flera gånger/månad	<input type="checkbox"/>
	mindre än en gång i månaden	<input type="checkbox"/>

Kan du få hjälp av ditt nätverk när du behöver? Ja Nej

2. Medicinska bakgrundsdata

Datum för insamling av data:

År		Mån		Dag			

Uppgiftskälla:

- Journal
- Anhörig
- Personal
- Personen själv

Tilläggsdiagnoser

Epilepsi

Ja Nej

ADHD (F90)

Ja Nej

Övriga medicinska och neurologiska diagnoser (Text och nummer enl. ICD 10/BAD 97)

Skriv diagnostext + kod

Syn

- Ua
- CVI
- Hemianopsi
- Synsvag 0.1-0.3
- Blind<0.1
- Vet ej

Hörsel

- Ua
- Nedsatt hörsel UNS
- Hörapparat
- Döv
- Cochleaimplantat
- Vet ej

Övriga problemområden av betydelse för personen

- | | | | |
|----------------------------|-----------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Vet ej <input type="checkbox"/> |
| Sömnsvårigheter | | | |
| Nutritionsproblematik | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Vet ej <input type="checkbox"/> |
| Urininkontinens (enures) | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Vet ej <input type="checkbox"/> |
| Blåstömningsrubbing | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Vet ej <input type="checkbox"/> |
| Tarminkontinens (enkopres) | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Vet ej <input type="checkbox"/> |
| Förstoppning | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Vet ej <input type="checkbox"/> |
| Perceptuella avvikelser: | | | |
| Taktil | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Vet ej <input type="checkbox"/> |
| Auditiv | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Vet ej <input type="checkbox"/> |
| Visuell | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Vet ej <input type="checkbox"/> |

Medicinering

Medicinering för uppmärksamhetsproblem och/eller beteendeproblem eller andra psykiatriska symtom

		Ja/Nej
NO3A	Läkemedel mot epilepsi	
NO5A	Neuroleptika (inklusive klozapin)	
NO5B + RO6AD	Lugnande medel och antihistamin i lugnande syfte	
NO5C	Sömnmedel inklusive Melatonin	
NO6A	Antidepressiva medel	
NO6B	Psykostimulantia, medel vid ADHD	
NO5AN01	Litium	

3. Psykiska funktioner

Utredning av diagnos autism

Tidpunkt för senast gjorda utredning

Ange om möjligt:

År: _____

- Till och med 6 år
- 7 till 17 år
- 18 år och uppåt
- Vet ej

Vilken instans gjorde utredningen?

- Habiliteringen
- Annan instans

Om ingen autismdiagnos finns har en klinisk bedömning gjorts av att personen har autismliknade tillstånd.

Ja /nej

Om ja när gjordes bedömningen och av vem

År/datum

- Habilitering
- Annan instans

Uppföljning av insatser vid problemskapande beteenden hos vuxna med autism/autismliknande tillstånd eller intellektuell funktionsnedsättning
Preliminär version 2017-05-16



***OBS!** Kontrollera att aktuell (rätt) diagnos är registrerad*

Utredning av kognitiva funktioner:**Tidpunkt för utredning av kognitiv nivå**

Ange om möjligt:

År: _____

- Till och med 6 år
7 till 17 år
18 år och uppåt
Vet ej

Kognitiv nivå enligt senaste bedömning:

- Ingen utvecklingsstörning
Lindrig utvecklingsstörning (F70)
Måttlig utvecklingsstörning (F71)
Svår eller grav utvecklingsstörning (F72-F73)

Bedömningen grundad på:

- Psykologisk testning
Enbart observation/Klinisk bedömning

Om bedömningen är gjord i vuxen ålder ange metod _____

Vilken instans gjorde utredningen?Habiliteringen Annan instans **Tidigare skolgång**Särskola Ja Nej Vet ej

4. Resultatmätt och processmätt

4.1 BEHOV AV STÖD OCH RÅDGIVNING. Resultatmätt.

Obs HabQ behovsskattning kan ske i fler än en miljö men för- och eftermätning skall göras i samma miljö för att kunna jämföra och mäta förändring efter ÅPB.

Skattning **före** vid habiliteringsplanen (år mån dag)

	Sätt kryss i rutan med vem/vilka	Resultat anges med siffra
Närfamiljmedlem (E310)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andra närstående (E315)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personal i boende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personal på sysselsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personlig assistent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Skattning **efter** åtgärdsplan/ÅPB datum(år mån dag) (*Flera skattningar kan ske efter*)

	Sätt kryss i rutan med vem/vilka	Resultat anges med siffra
Närfamiljmedlem (E310)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andra närstående (E315)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personal i boende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personal på sysselsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personlig assistent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.2 VINELAND II – MALADAPTIVT BETEENDE. Resultatmätt.

Bedömning görs före och efter åtgärdsplan/ÅPB. (*Alltid efter 1 år*)

Datum för bedömning före : (år-mån-dag)

Bedömningen görs före som intervju med den bedömda personens nätverk.

Ange vem/vilka som varit informanter för bedömningen i Vineland före:

Närfamiljmedlem (E310)	<input type="checkbox"/>
Andra närstående (E315)	<input type="checkbox"/>
Personal i boende	<input type="checkbox"/>
Personal på sysselsättning	<input type="checkbox"/>
Personlig assistent	<input type="checkbox"/>

Datum för bedömning efter: (år-mån-dag)

Bedömningen görs efter som intervju med den bedömda personens nätverk.

Ange vem/vilka som varit informanter för bedömningen i Vineland efter:

Närfamiljmedlem (E310)	<input type="checkbox"/>
Andra närstående (E315)	<input type="checkbox"/>
Personal i boende	<input type="checkbox"/>
Personal på sysselsättning	<input type="checkbox"/>
Personlig assistent	<input type="checkbox"/>

4.3 Maladaptivt beteende - resultat tas från sammanfattning på Vineland II - formulär Resultatmått.

Ange råpoäng d.v.s. summan av 1 och 2 poängsvar för respektive skala	Före Anges med datum	Efter Anges med datum
Internalisering		
Externalisering		
Annan beteendeproblematik		

V-poäng skall räknas ut i Compos eftersom alla inte har tillgång till amerikansk Manual

4.4 Kritiska beteenden. Resultatmått

KRITISKA BETEENDEN (Siffran) anger itemnummer i Vineland II formulär	FREKVENS (0-2)	FREKVENS (0-2)	ALLVARLIG- HETSGRAD (L/A)	ALLVARLIG- HETSGRAD (L/A)
	Före	Efter	Före	Efter
Tvångsmässigt beteende (1)				
Opassande sexuellt beteende (2)				
Vanföreställningar (3)				
Självskadande beteende (6)				
Förstör saker (7)				
Överdriven rädsla (11)				
Klarar inte arbetsdag pga. psykiska problem (14)				
Beter sig aggressivt mot person (Externalisering7)				

4.5 VAL AV PROBLEMOMRÅDEN UTIFRÅN RESULTAT PÅ VINELAND II Processmått registreras före insats

Vilka "Kritiska beteenden" har varit föremål för intervention?	JA/NEJ
Tvångsmässigt beteende (1)	
Opassande sexuellt beteende (2)	
Vanföreställningar (3)	
Självskadande beteende (6)	
Förstör saker (7)	

Överdriven rädsla (11)	
Klarar inte arbetsdag pga. psykiska problem (14)	
Beter sig aggressivt mot person (Externalisering 7)	
Har andra problemområden varit föremål för intervention? Ange inom skalorna	
Internalisering	
Externalisering	
Annan beteendeproblematik	

4.6 BEDÖMNING AV MÅL OMRÅDE görs före start av ÅPB.

Processmått: Anger inom vilka områden/antal mål sattes innan start.

I vilken uträkning har målen för interventioner satts inom nedanstående områden?	Bedömningen görs av habiliteringens personal.
<i>Att minska problembeteenden</i>	Ja/Nej Om ja: antal mål _____
<i>Att utveckla färdigheter för att bättre kunna möta krav i vardagen</i>	Ja/Nej Om ja: antal mål _____
<i>Att göra förändringar i omgivningen (vg krav, bemötande, ge val av aktiviteter)</i>	Ja/Nej Om ja: antal mål _____

4.7 BEDÖMNING AV MÅLUPPFYLLELSE. Resultatmått registreras efter insats, alltid efter 1 år.

Fråga 1. I vilken utsträckning har målen sammantaget kunnat uppfyllas?	Bedömning av måluppfyllelse efter intervention. I dialog mellan habiliteringens personal och person/nätverk.
<i>Att minska problembeteenden</i>	<input type="checkbox"/> Nej, inte alls <input type="checkbox"/> Ja, i låg grad <input type="checkbox"/> Ja, i hög grad <input type="checkbox"/> Ja, helt och hållet
<i>Att utveckla färdigheter för att bättre kunna möta krav i vardagen</i>	<input type="checkbox"/> Nej, inte alls <input type="checkbox"/> Ja, i låg grad <input type="checkbox"/> Ja, i hög grad <input type="checkbox"/> Ja, helt och hållet
<i>Att göra förändringar i omgivningen (vg krav, bemötande, ge val av aktiviteter)</i>	<input type="checkbox"/> Nej, inte alls <input type="checkbox"/> Ja, i låg grad <input type="checkbox"/> Ja, i hög grad <input type="checkbox"/> Ja, helt och hållet
Fråga 2: Är ÅPB avslutad?	Ja/Nej Om ja ange datum; _____

	Om Nej har målen reviderats? Ja/nej
--	--

5 . KOMMUNIKATION. Resultatmått

Bedöms med tre skalor före respektive efter intervention.

5.1 TOM Anpassade skalor 10. Psykisk utvecklingsstörning/Kognitiv funktionsnedsättning - kommunikation.

Aktivitet (bedömning görs av habiliteringen med hjälp av informanter från nätverket)

I de fall där AKK-hjälpmedel finns görs två bedömningar dels aktivitet utan hjälpmedel och dels aktivitet med hjälpmedel

Ange vilken beskrivning som stämmer bäst skala 0-5. Använd 0,5 för att ange att personen är något bättre eller sämre än en viss beskrivning.

0. Oförmögen att kommunicera på något som helst sätt. Ingen fungerande förståelse ens i kontext.
1. Uppvisar kommunikativ avsikt, men denna varierar. Kan ibland uttrycka grundläggande behov och följa enkla instruktioner i kontext; kan endast göra detta med en tränad kommunikationspartner i välbekanta situationer. Minimal kommunikation med maximal assistans.
2. Varaktig förmåga till avsiktlig kommunikation. Begränsad funktionell kommunikation. Varaktig förmåga att uttrycka grundläggande behov. Klarar att följa enkla instruktioner utan kontext. Kommunikerar bättre med en tränad samtalspartner och familjemedlemmar men kan ibland kommunicera grundläggande behov till personer han eller hon inte känner om situationen är välbekant. I hög grad beroende av kontext och ledtrådar.
3. Varaktig förmåga att uttrycka grundläggande behov. Klarar ibland att förmedla mer information än så. Klarar att följa de flesta enkla vardagssamtal i kontext; kan kommunicera lika bra med välbekanta personer och främlingar, oavsett om situationen är obekant eller välbekant. Behöver färre ledtrådar och mindre assistans.
4. Varaktig förmåga att förmedla information, men vissa svårigheter finns med att förmedla mer abstrakta och komplexa tankar. Klarar att förstå nästan all vardaglig konversation men har fortfarande sporadiska svårigheter med mycket komplex information. Mindre kontextberoende.
5. Kommunikerar bra i alla situationer.

Datum för bedömning före:	Datum för bedömning efter:
Ange värde utan AKK(lista med skalsteg	Ange värde utan AKK (lista med skalsteg

0,0,5,1,1,5 osv. till 5)	0,0,5,1,1,5- osv. till 5)
Ange värde med AKK om det finns (lista med skalsteg)	Ange värde med AKK om det finns (lista med skalsteg)
Ange om bedömning gjorts med Närstående/Personal	Ange om bedömning gjorts med Närstående/Personal

5.2 Kommunikativ effektivitet

(West Birmingham Speech & Language Therapy Service)

Bedöms genomförande i den aktuella situationen med AKK-hjälpmiddel om de används Ange vilken beskrivning som stämmer bäst 0-5.

- 0 Kommunikerar ej avsiktligt (pre-intentionell nivå).
- 1 Begränsad funktionell kommunikation, kommunicerar endast om saker som finns inom direkt räck- eller synhåll.
- 2 Använder sig av talljud/talsignaler eller symboler för att kommunicera grundläggande behov till välbekanta personer.
- 3 Använder sig av talljud/talsignaler eller symboler för att överföra specifik information till välbekanta personer när kontexten är känd.
- 4 Använder sig av talljud/talsignaler och symboler för att överföra specifik information till välbekanta personer när kontexten inte är känd. Klarar att överföra grundläggande information till nya personer.
- 5 Överför information till nya personer och klarar att ge specifik information om en mängd olika ämnen.

Datum för bedömning före:	Datum för bedömning efter:
Ange värde (lista med skalsteg 0-5)	Ange värde (lista med skalsteg 0-5)
AKK hjälpmedel ja/Nej	AKK hjälpmedel Ja/Nej
Ange om bedömning gjorts med Närstående/Personal.	Ange om bedömning gjorts med Närstående /Personal

5.3 Delaktighet- primär bedömningskala i TOM

0	Ingen självständighet, isolerad, inget socialt liv/familjeliv.
1	Mycket begränsade valmöjligheter, kontakt i huvudsak yrkesutövare, ingen roll socialt eller i familjen, ringa kontroll över sitt liv.
2	Visst mått av integrering, andras uppskattning och självständighet i en bestämd situation
3	Integrerad, uppskattad av andra och självständig i ett begränsat antal situationer
4	Ibland viss begränsning i självständighet, integrering eller roll
5	Integrerad, uppskattad av andra, intar adekvat roll.

Datum för bedömning före:	Datum för bedömning efter:
Ange värde (lista med skalsteg 0-5)	Ange värde (lista med skalsteg 0-5)
Ange om AKK-hjälpmiddel används ja/Nej	Ange om AKK-hjälpmiddel används ja/Nej
Ange om Bedömning gjorts med närstående/personal/personen	Ange om bedömning gjorts med närstående/personal/personen

Valfri skala appendix VII: TOM 2. Fonologisk störning – Funktionsnedsättning och aktivitet. Används om interventioner gjorts

6. SJÄLVSKATTAD HÄLSORELATERAD LIVSKVALITET: EQ-5D

Under arbete – EQ-5D ska in här när avtalet är klart.

7. PROXYSKATTAD HÄLSORELATERAD LIVSKVALITET: EQ-5D

Under arbete – EQ-5D ska in här när avtalet är klart.