

|  |  |                      |
|--|--|----------------------|
| <b>Datum</b>   | <b>Enhet</b>   | <b>Personnummer:</b> |
| Har personen vårdats hos annan vårdgivare sen senaste riskbedömningen?   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | <b>Namn:</b>         |
| Har information från tidigare juridisk vårdgivare inhämtats?             | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |                      |
| Är personen inskriven i hemsjukvård? (Noteras av primärvård/hemsjukvård) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |                      |

**Modifierad Nortonskala**
**Mini Nutritional Assessment (MNA)**
**Downtown Fall Risk Index (DFRI)**

|   |   |  |
|---|---|--|
| <b>A. Psykisk status</b><br>Helt orienterad till tid och rum 4<br>Stundtals förvirrad 3<br>Svarar ej adekvat på tilltal 2<br>Ej kontaktbar 1<br><b>B. Fysisk aktivitet</b><br>Går själv med eller utan hjälpmedel 4<br>Går med hjälp av personal 3<br>Rullstolsburen ( <i>hela dagen</i> ) 2<br>Sängliggande 1<br><b>C. Rörelseförmåga</b><br>Full rörlighet 4<br>Något begränsad 3<br>Mycket begränsad 2<br>Orörlig 1<br><b>D. Födointag</b><br>Normal portion 4<br>¾ portion 3<br>Halv portion 2<br>Mindre än halv portion 1<br><b>E. Vätskeintag</b><br>Mer än 1000 ml/dygn 4<br>700-1000 ml/dygn 3<br>500-700 ml/dygn 2<br>Mindre än 500 ml/dygn 1<br><b>F. Inkontinens</b><br>Nej 4<br>Tillfälligt ( <i>annars vanligen kontinent</i> ) 3<br>Urin- eller tarminkontinent (KAD) 2<br>Urin- och tarminkontinent 1<br><b>G. Allmäntillstånd</b><br>Gott 4<br>Ganska gott 3<br>Dåligt 2<br>Mycket dåligt 1 | <b>A. Har födointaget minskat de senaste tre månaderna på grund av försämrad aptit, matsmältnings- problem, tugg- eller sväljproblem?</b><br>Ja, minskat avsevärt 0<br>Ja, minskat något 1<br>Nej 2<br><b>B. Viktförlust under de senaste tre månaderna?</b><br>Ja, mer än 3 kg 0<br>Vet ej 1<br>1-3 kg 2<br>Nej 3<br><b>C. Rörlighet</b><br>Sängliggande eller rullstolsburen 0<br>Tar sig ur säng/rullstol men går inte ut 1<br>Går ut med eller utan hjälpmedel 2<br><b>D. Psykisk stress eller akut sjukdom de senaste tre månaderna?</b><br>Ja 0<br>Nej 2<br><b>E. Neuropsykologiska problem?</b><br>Svår förvirring/demens eller depression 0<br>Lätt förvirring/demens 1<br>Inga neuropsykologiska problem 2<br><b>F. BMI</b><br>Längd: _____ Vikt: _____ BMI: _____<br>BMI under 19 0<br>BMI 19 till mindre än 21 1<br>BMI 21 till mindre än 23 2<br>BMI 23 eller mer 3 | <b>A. Tidigare kända fallolyckor</b><br>Nej 0<br>Ja 1<br><b>B. Medicinering</b><br>Ingen 0<br>Lugnande/sömnmedel/neuroleptika 1<br>Diuretika 1<br>Antihypertensiva ( <i>annat än diuretika</i> ) 1<br>Antiparkinson läkemedel 1<br>Antidepressiva läkemedel 1<br>Andra läkemedel 0<br><b>C. Sensoriska funktionsnedsättningar</b><br>Ingen 0<br>Synnedsättning 1<br>Hörselnedsättning 1<br>Nedsatt motorik ( <i>har kraft- eller funktionsnedsättningar i någon extremitet</i> ) 1<br><b>D. Kognitiv funktionsnedsättning</b><br>Orienterad 0<br>Ej orienterad 1<br><b>E. Gångförmåga</b><br>Säker med eller utan hjälpmedel 0<br>Osäker gång 1<br>Ingen gångförmåga 0 |
| <b>Summa:</b>   | <b>Summa:</b>   | <b>Summa:</b>  |
| 20 poäng eller mindre = risk för trycksår   | 8-11 poäng = risk för undernäring<br>0-7 poäng = undernärd  | 3 poäng eller mer = risk för fall  |

Bedömning gjord av: \_\_\_\_\_

**Ankomststatus**

|   |   |
|---|---|
| Har personen trycksår? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej<br><b>Kryssa i och ange lokalisation och kategori (14) på trycksår vid ankomst:</b><br><input type="checkbox"/> Bakhuvud _____ <input type="checkbox"/> Armbåge vänster _____<br><input type="checkbox"/> Öra höger _____ <input type="checkbox"/> Ryggslut/sacrum _____ <input type="checkbox"/> Fotknöl höger _____<br><input type="checkbox"/> Öra vänster _____ <input type="checkbox"/> Sittbensknöl höger _____ <input type="checkbox"/> Fotknöl vänster _____<br><input type="checkbox"/> Skuldra höger _____ <input type="checkbox"/> Sittbensknöl vänster _____ <input type="checkbox"/> Häl höger _____<br><input type="checkbox"/> Skuldra vänster _____ <input type="checkbox"/> Höftbenskam höger _____ <input type="checkbox"/> Häl vänster _____<br><input type="checkbox"/> Armbåge höger _____ <input type="checkbox"/> Höftbenskam vänster _____ <input type="checkbox"/> Annat _____ | <b>Kategori:</b><br>1 Rodnad som inte bleknar vid tryck. Kvarstående missfärgning, hel hud.<br>2 Delhudsskada som involverar epidermis och/eller dermis. Ytligt sår, avskavning av hud eller blåsa.<br>3 Fullhudsskada (involverar epidermis, dermis och subkutis). Sår nedtill men inte genom fascian.<br>4 Fullhudsskada. Sår med vävnadsnekros eller skada av muskler, ben eller stödjevävnad. |
| Nästa riskbedömningstillfälle (max 12 månader framåt): _____  | Har en teambaserad utredning av bakomliggande orsaker genomförts? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej<br>(om ja separat blankett "Bakomliggande orsak")  |

|                   |  |                 | Datum när åtgärderna planerades: _____   |                 |  |      |  |  |
|-------------------|--|-----------------|--|-----------------|--|------|--|--|
| Planerad ringa in | Trycksår   | Utförd Kryssa i | Planerad ringa in  | Utförd kryssa i | Planerad ringa in  | Fall | Utförd kryssa i  |  |
|                   | <b>Omgivningsanpassning</b><br>- Kroppspositionering i säng/stol <input type="checkbox"/><br>- Bruk av tryckutjämnande underlag <input type="checkbox"/><br>- Minskning av skjuveffekt <input type="checkbox"/><br>- Annan åtgärd - Omgivningsanpassning <input type="checkbox"/><br><br><b>Lägesändring</b><br>- Regelbundna lägesändringar <input type="checkbox"/><br>- Förflyttningsträning –ändra kroppsställning <input type="checkbox"/><br>- Hjälpmedelsförskrivning <input type="checkbox"/><br>- Annan åtgärd – Lägesändring <input type="checkbox"/><br><br><b>Bedömning av huden en gång per dag eller oftare</b> <input type="checkbox"/><br><br><b>Hudvård</b> <input type="checkbox"/><br><br><b>Nutritionsbehandling</b><br>- Mellanmål <input type="checkbox"/><br>- Berikning av kosten <input type="checkbox"/><br>- Protein- och energirik kost <input type="checkbox"/><br>- Konsistensanpassning <input type="checkbox"/><br>- Näringsdryck <input type="checkbox"/><br>- Anpassa maten efter kulturella och religiösa behov <input type="checkbox"/><br>- Minska nattfasta till max 11 timmar <input type="checkbox"/><br>- Enteral nutrition <input type="checkbox"/><br>- Parenteral nutrition <input type="checkbox"/><br>- Annan åtgärd – Nutritionsbehandling <input type="checkbox"/><br><br><b>Smärtlindring</b><br>- Bedömning av smärta <input type="checkbox"/><br>- Smärtreducerande behandling – icke farmakologisk <input type="checkbox"/><br>- Ordination av läkemedel <input type="checkbox"/><br><br><b>Information/undervisning om hälso-problem – Trycksår</b> <input type="checkbox"/><br><br><b>Annan åtgärd - Trycksår</b> <input type="checkbox"/><br><br><b>Vård i livets slutskede - Trycksår</b> <input type="checkbox"/><br><br><b>Person avböjer samtliga förebyggande åtgärder - Trycksår</b> <input type="checkbox"/> |                 | <b>Åtstödjande åtgärder</b><br>- Omgivningsanpassning för en individuell måltidsanpassning <input type="checkbox"/><br>- Uppmuntran och påstötning <input type="checkbox"/><br>- Matning <input type="checkbox"/><br>- Hjälpmedelsförskrivning <input type="checkbox"/><br>- Träning i att äta och dricka <input type="checkbox"/><br>- Annan åtgärd – Åtstödjande åtgärd <input type="checkbox"/><br><br><b>Läkemedelsgenomgång</b> <input type="checkbox"/><br><br><b>Nutritionsbehandling</b><br>- Mellanmål <input type="checkbox"/><br>- Berikning av kosten <input type="checkbox"/><br>- Protein- och energirik kost <input type="checkbox"/><br>- Konsistensanpassning <input type="checkbox"/><br>- Näringsdryck <input type="checkbox"/><br>- Anpassa maten efter kulturella och religiösa behov <input type="checkbox"/><br>- Minska nattfasta till max 11 timmar <input type="checkbox"/><br>- Enteral nutrition <input type="checkbox"/><br>- Parenteral nutrition <input type="checkbox"/><br>- Annan åtgärd – Nutritionsbehandling <input type="checkbox"/><br>- Övervakning av närings- och vätskeintag <input type="checkbox"/><br>- Registrering av näringsintag och vätskeintag ≤ 3 dygn <input type="checkbox"/><br>- Registrering av näringsintag och vätskeintag > 3 dygn <input type="checkbox"/><br>- Annan åtgärd – Övervakning av närings- och vätskeintag <input type="checkbox"/><br><br><b>Viktkontroll</b><br>- Vägning en gång per vecka <input type="checkbox"/><br>- Vägning minst en gång var tredje månad <input type="checkbox"/><br><br><b>Munvård</b><br>- Träning i munvård <input type="checkbox"/><br>- Assistans vid munvård <input type="checkbox"/><br>- Annan åtgärd munvård <input type="checkbox"/><br><br><b>Information/undervisning om kostfrågor</b> <input type="checkbox"/><br><br><b>Annan åtgärd - Undernäring</b> <input type="checkbox"/><br><br><b>Vård i livets slutskede - Undernäring</b> <input type="checkbox"/><br><br><b>Person avböjer samtliga förebyggande åtgärder undernäring</b> <input type="checkbox"/> |                 | <b>Muskelfunktions- och styrketräning</b><br>- Styrketräning <input type="checkbox"/><br>- Balansträning <input type="checkbox"/><br>- Gångträning <input type="checkbox"/><br>- Träning av fysisk prestationsförmåga <input type="checkbox"/><br>- Annan åtgärd – Muskelfunktions- och styrketräning <input type="checkbox"/><br><br><b>Läkemedelsgenomgång</b> <input type="checkbox"/><br><br><b>Förflyttning och personlig vård</b><br>- Förflyttningsträning <input type="checkbox"/><br>- Assistans vid förflyttning <input type="checkbox"/><br>- Stöd vid personlig vård <input type="checkbox"/><br>- Assistans vid personlig vård <input type="checkbox"/><br>- Träning av på- och avklädning <input type="checkbox"/><br>- Annan åtgärd – Förflyttning och personlig vård <input type="checkbox"/><br><br><b>Omgivningsanpassning</b><br>- Anpassning av möbler och inventarier <input type="checkbox"/><br>- Hjälpmedelsförskrivning <input type="checkbox"/><br>- Träning i att använda hjälpmedel <input type="checkbox"/><br>- Anpassning av belysning och ljudförhållande <input type="checkbox"/><br>- Larm / extra tillsyn <input type="checkbox"/><br>- Höftskyddsbyxor <input type="checkbox"/><br>- Antihalksockor <input type="checkbox"/><br>- Annan åtgärd - Omgivningsanpassning <input type="checkbox"/><br><br><b>Information/undervisning om hälsa ohälsa – Fall</b> <input type="checkbox"/><br><br><b>Annan åtgärd – Fall</b> <input type="checkbox"/><br><br><b>Vård i livets slutskede – Fall</b> <input type="checkbox"/><br><br><b>Person avböjer samtliga förebyggande åtgärder - Fall</b> <input type="checkbox"/> |      | <b>Vid händelse av fall:</b><br>Datum _____<br>När inträffade fallet? (kl) _____<br>Konsekvens av fall _____<br><br>Datum _____<br>När inträffade fallet? (kl) _____<br>Konsekvens av fall _____ |  |

|                             |                          |           |                       |
|-----------------------------|--------------------------|-----------|-----------------------|
| Planerat uppföljningsdatum: | Uppföljning gjord datum: | Gjord av: | Vikt vid uppföljning: |
|-----------------------------|--------------------------|-----------|-----------------------|

**Trycksår, Uppföljning Datum:** \_\_\_\_\_ **Har personen trycksår?**  Ja  Nej

**Kryssa och ange lokalisation och kategori (1-4) på trycksår:**

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bakhuvud _____      | <input type="checkbox"/> Skuldra vänster _____   | <input type="checkbox"/> Sittbensknöl höger _____   | <input type="checkbox"/> Fotknöl höger _____                                    |
| <input type="checkbox"/> Öra höger _____     | <input type="checkbox"/> Skuldra höger _____     | <input type="checkbox"/> Sittbensknöl vänster _____ | <input type="checkbox"/> Fotknöl vänster _____                                  |
| <input type="checkbox"/> Öra vänster _____   | <input type="checkbox"/> Armbåge vänster _____   | <input type="checkbox"/> Höftbenskam höger _____    | <input type="checkbox"/> Häl höger _____  |
| <input type="checkbox"/> Skuldra höger _____ | <input type="checkbox"/> Ryggslut / sacrum _____ | <input type="checkbox"/> Höftbenskam vänster _____  | <input type="checkbox"/> Häl vänster _____ <input type="checkbox"/> Annat _____ |

|   |   |
|---|---|
| <b>Avslut datum:</b> _____<br><input type="checkbox"/> Flytt/utskrivning till annan enhet. Vilken: _____<br><input type="checkbox"/> Utskrivning till ordinarie boende (hemmet) <input type="checkbox"/> Vårdkontakt upphör<br><input type="checkbox"/> Avliden <input type="checkbox"/> Flytt/utskrivning till särskilt boende | Har personen givit samtycke till informationsöverföring?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej<br><br>Har information om förebyggande och behandlande åtgärder givits till kommande vårdgivare?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
|---|---|