

PROTOKOLL

Allmänna data			
Avdelning/enhet.....		Datum för mätning.....	
Persondata		Hur länge har patienten varit på sjukhuset?	
Ålder		mindre än 24 timmar ☐	
Kön: Man ☐ Kvinna ☐		mer än 24 timmar ☐	
Eventuellt bortfall	Patienten vill ej deltaga ☐ Annan orsak ☐		
Hudbedömning vid tidpunkt för punktprevalensmätningen			
Trycksår/tryckskada ☐ Patienten har inget trycksår →gå vidare till prevention Kategori 1. Hel hud med rodnad (bleknar ej vid tryck) Antal..... Kategori 2. Delhudsskada (ytligt sår, ”avskavd” hud eller blåsa) Antal..... Kategori 3. Fullhudsskada (synligt subkutant fett, ej ben/muskler) Antal..... Kategori 4. Djup fullhudsskada (involverar ben, sena eller muskel fibrin /nekros vanligt) Antal..... Icke klassificerbart trycksår: sår djup okänt Antal..... Misstänkt djup hudskada: sår djup okänt Antal.....		Lokalisation av det allvarligaste trycksåret (högst kategori) ☐ Ryggslut/Sacrum ☐ Häl ☐ Fötter ☐ Höft ☐ Sittbensknölar ☐ Öra ☐ Annat	
Var något av trycksåren orsakade av medicinteknisk utrustning? Ja ☐ Nej ☐ Vet ej ☐			
Prevention vid tidpunkt för punktprevalensmätningen			
Madrass ☐ Förebyggande madrass ☐ Behandlande madrass ☐ Ingen förebyggande madrass	Annan utrustning ☐ Hälavlastning ☐ Tryckreducerande dyna i stol ☐ Glidlakan/matta ☐ Annat ☐ Nej	Planera vändning/lägesändring i säng ☐ Var annan timme ☐ Var 3:e timme ☐ Var 4:e timme ☐ Individuellt regelbunden planering ☐ Inte planerat ☐ Ej aktuellt	Planerad lägesändring i stol ☐ Var annan timme ☐ Var 3:e timme ☐ Var 4:e timme ☐ Individuellt regelbunden planering ☐ Inte planerat ☐ Ej aktuellt

Riskbedömning vid tidpunkt för punktprevalensmätningen (Modifierad Nortonskala)

A. Psykisk status

- ☐ **4** Helt orienterad till tid och rum
- ☐ **3** Stundtals förvirrad
- ☐ **2** Svarar ej adekvat på tilltal
- ☐ **1** Okontaktbar

B. Fysisk aktivitet

- ☐ **4** Går med eller utan hjälpmedel
- ☐ **3** Går med hjälp av personal
- ☐ **2** Rullstolsburen (hela dagen)
- ☐ **1** Sängliggande

C. Rörelseförmåga

- ☐ **4** Full
- ☐ **3** Något begränsad (ass.vid lägesändring)
- ☐ **2** Mycket begränsad (behöver fullst hjälp vid lägesändring men kan bidra)
- ☐ **1** Orörlig (kan ej alls bidra vid lägesändring)

D. Födointag

- ☐ **4** Normal portion (eller fullständig parenteralt)
- ☐ **3** 3/4 av normal portion (eller motsvarande parenteralt)
- ☐ **2** Halv portion (eller motsv. parenteralt)
- ☐ **1** Mindre än halv portion (eller motsv. parenteralt)

Ek AC. Unosson M, Bjurulf P. The modified Norton scale and the nutritional intake. (1989) Scand J Caring Sci 3:4; 183-187

E. Vätskeintag

- ☐ **4** Mer än 1 000 ml/dag
- ☐ **3** 700 - 1 000 ml/dag
- ☐ **2** 500 - 700 ml/dag
- ☐ **1** Mindre än 500 ml/dag

F. Inkontinens

- ☐ **4** Nej
- ☐ **3** Tillfällig (vanligen kontinent men ej just nu)
- ☐ **2** Urin eller tarminkontinent (KAD)
- ☐ **1** Urin och tarminkontinent

G. Allmäntillstånd (*ringa in en siffra*)

- ☐ **4** Gott (afebril, normal andning, frekv, rytm, normal puls, blodtryck, ej smärtpåverkad, normal hudfärg, utseende motsvarande åldern)
- ☐ **3** Ganska gott (afebril-subfebril, normal andning, puls och blodtr, eventuell lätt tachycardi, latent hypo- hypertoni, ingen ej lätt smärtpåverkan, pat vaken, hud eventuell blekhet, lätta ödem)
- ☐ **2** Dåligt (ev feber, påverkad andning, tecken på cirk insuff tachycardi, ödem, hypo- eller hypertoni, smärtpåverkad, somnolent eller vaken men apatisk. Huden eventuell blek, el cyanotisk, varm fuktig el kall fuktig, eller nedsatt turgor eller ödem)
- ☐ **1** Mycket dåligt (ev feber, påverkad andning, utpräglade tecken på cirk insuff ev chock, starkt smärtpåverkad, somnolent, stuporös, comatös. Huden blek eller cyanotisk, varm och fuktig eller kall och fuktig, eller nedsatt turgor eller ödem.

**Journalgranskning (för att kunna identifiera sjukhusförvärvade trycksår). OBS!
Journalgranskning görs ej om patienten har legat inne mindre än 24 timmar.**

Riskbedömning genomförs med ett bedömningsinstrument (t.ex. Modifierad Nortonskala eller RAPS). Är riskbedömningen dokumenterad inom 24 timmar efter inskrivning på sjukhuset?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ej relevant (patienten har inte nedsatt allmäntillstånd och nedsatt känsel, är inte sängliggande, rullstolsburna eller har begränsad aktivitetsförmåga och rörlighet).

Hudbedömning Är hudbedömning dokumenterad inom **8 timmar** efter inskrivning på sjukhuset?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Om trycksår observeras, fanns det/de i så fall dokumenterade inom 24 timmar efter inskrivning på det aktuella sjukhuset?

- ☐ Ja (ange antal och per kategori nedan samt besvara nästa fråga)
- ☐ Nej
- ☐ Ej aktuellt (personen har inga trycksår)

Ange trycksår/tryckskador uppdelat per kategori om det är dokumenterat

Kategori 1. Hel hud med rodnad (bleknar ej vid tryck) Antal.....

Kategori 2. Delhudsskada (ytligt sår, "avskavd" hud eller blåsa) Antal.....

Kategori 3. Fullhudsskada (synligt subkutant fett, ej ben/muskler) Antal.....

Kategori 4. Djup fullhudsskada (involverar ben, sena eller muskel, fibrin /nekros vanligt) Antal.....

-A Icke klassificerbart trycksår: sår djup okänt Antal.....

-B Misstänkt djup hudskada: sår djup okänt Antal.....

Kategori var inte dokumenterat. Antal.....

Om trycksåren var dokumenterade

Var patientens samtliga observerade trycksår dokumenterade inom 24 timmar efter inskrivning på det aktuella sjukhuset?

- ☐ Ja (Samtliga trycksår dokumenterat vid ankomst)
- ☐ Nej