

Enhet:	Personnummer:	Namn:	Datum när åtg planerades:
--------	---------------	-------	---------------------------

Blåsdysfunktion

Har du/personen urinläckage? Ja (1) <input type="checkbox"/> Nej (0) <input type="checkbox"/>	Kommer det urin efter att du/personen kissat klart Ja (1) <input type="checkbox"/> Nej (0) <input type="checkbox"/>
Använder du/personen inkontinenshjälpmedel? Ja (1) <input type="checkbox"/> Nej (0) <input type="checkbox"/>	Risk för blåsdysfunktion föreligger om personen har minst ett ja på dessa frågor
Kissar du/personen mindre än 4 gånger eller mer än 8 gånger per dygn? Ja (1) <input type="checkbox"/> Nej (0) <input type="checkbox"/>	Vid risk Basal utredning blåsdysfunktion Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Behöver du/personen gå upp flera gånger på natten för att kissa? Ja (1) <input type="checkbox"/> Nej (0) <input type="checkbox"/>	Vid Ja markera vilka av följande utredningar som ingått i den Basala utredningen
Har du/personen svårt att tömma urinblåsan? Ja (1) <input type="checkbox"/> Nej (0) <input type="checkbox"/>	Anamnes <input type="checkbox"/>
Vid Ja ange vilka problem som finns vid tömning av blåsan Har svårt att komma igång med blåstömningen <input type="checkbox"/> Har svag stråle <input type="checkbox"/> Behöver krysta för att tömma urinblåsan <input type="checkbox"/> Upplever att blåsan inte blir helt tömd <input type="checkbox"/> Urinen kommer i flera omgångar <input type="checkbox"/> Smärta vid urinering <input type="checkbox"/>	Status Urinmätning <input type="checkbox"/> Läckagemätning <input type="checkbox"/> Dryckesmätning <input type="checkbox"/> Residualurin <input type="checkbox"/> Avföringslista <input type="checkbox"/> Urinprov <input type="checkbox"/>

Bakomliggande orsaker	
Använder läkemedel som påverkar urinvägarna (se FASS)	<input type="checkbox"/>
Kognitiv funktionsnedsättning	<input type="checkbox"/>
Synnedsättning	<input type="checkbox"/>
Nedsatt känsel i underlivet	<input type="checkbox"/>
Använder gånghjälpmedel som försvårar toalettbesök	<input type="checkbox"/>
Svårighet att ta av och på kläder	<input type="checkbox"/>
Nedsatt allmäntillstånd	<input type="checkbox"/>
Behöver assistans för personlig hygien	<input type="checkbox"/>
Förstopning	<input type="checkbox"/>
Försvagad muskulatur kring urinröret	<input type="checkbox"/>
Annan orsak	<input type="checkbox"/>

Bedömningen gjord av:	Datum:
------------------------------	---------------

Nästa riskbedömningstillfälle av blåsdysfunktion (max 12 månader framåt):
--

Riskbedömning för blåsdysfunktion är framtagen av en arbetsgrupp i nätverket Nikola och Senior alert hösten 2013. Varje fråga bygger på vetenskaplig evidens men instrumentet som helhet är inte validerat.

Enhet:	Personnummer:	Namn:	Datum när åtg planerades:
--------	---------------	-------	---------------------------

<p>Information</p> <p><input type="checkbox"/> Information/utbildning inom området blåsfunktion/dysfunktion</p> <p>Genomföra toalettassistans</p> <p><input type="checkbox"/> Individuell anpassning av toalettbesök</p> <p>Anpassning av miktionsvanor</p> <p><input type="checkbox"/> Regelbundna toalettbesök</p> <p><input type="checkbox"/> Dubbeltömning av blåsa</p> <p><input type="checkbox"/> Anpassning av sittställning</p> <p>Avföringsregim</p> <p><input type="checkbox"/> Förebygga förstoppning via kost</p> <p><input type="checkbox"/> Dagliga kroppsaktiviteter</p> <p><input type="checkbox"/> Individuellt anpassade toalettbesök</p> <p><input type="checkbox"/> Farmakologisk behandling</p> <p>Förflyttningshjälpmedel</p> <p><input type="checkbox"/> Förflyttningshjälpmedel</p> <p>Omgivningsanpassning</p> <p><input type="checkbox"/> Anpassning av toalettutrymme</p> <p><input type="checkbox"/> Färganpassning/märkning av toalett</p> <p><input type="checkbox"/> Anpassning av ljus både dag och natt</p> <p>Anpassning kring av- och påklädning</p> <p><input type="checkbox"/> Anpassning kring av- och påklädning</p> <p>Läkemedelsgenomgång</p> <p><input type="checkbox"/> Läkemedelsgenomgång</p>	<p>Infektionsförebyggande åtgärder</p> <p><input type="checkbox"/> Utredning vid återkommande urinvägsinfektioner</p> <p><input type="checkbox"/> Lokal östrogenbehandling</p> <p>Anpassning av vätsketillförsel</p> <p><input type="checkbox"/> Anpassning av vätsketillförsel</p> <p>Anpassning av personlig hygien</p> <p><input type="checkbox"/> Underlivshygien för att förebygga hud- och slemhinneirritation</p> <p><input type="checkbox"/> Torka sig efter blåstömning</p> <p><input type="checkbox"/> Torka sig efter tarmtömning</p> <p>Rörelse och träning</p> <p><input type="checkbox"/> Träning av bäckenbottenmuskulaturen</p> <p><input type="checkbox"/> Cirkulationsträning av ben och fötter</p> <p><input type="checkbox"/> Gångträning</p> <p>Blåsträning</p> <p><input type="checkbox"/> Blåsträning</p> <p>Minska efterdropp</p> <p><input type="checkbox"/> Minska efterdropp</p> <p>Utprovning av inkontinenshjälpmedel vid blåsdysfunktion</p> <p><input type="checkbox"/> Individuell utprovning av inkontinenshjälpmedel</p> <p>Urinavledande behandling</p> <p><input type="checkbox"/> IK (Intermittent katetrisering) alt. RIK (Ren IK)</p> <p><input type="checkbox"/> Suprapubisk kateter</p> <p><input type="checkbox"/> KAD (Kvarliggande urinkateter)</p> <p><input type="checkbox"/> Annan åtgärd – blåsdysfunktion</p> <p><input type="checkbox"/> Personen avböjer samtliga förebyggande åtgärder – blåsdysfunktion</p>
--	--

Planerad uppföljning	Genomförd	Signatur
Datum:	Datum:	

Vid uppföljningen ange om personen utifrån riskbedömningen uppnått förbättringar inom aktuella risker

Har du/personen minskat urinläckage mot tidigare?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Har du/personen minskat behov av inkontinenshjälpmedel mot tidigare?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Har du/personen normaliserad blåstömning mot tidigare?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Har du/personen minskade nattliga tömningar mot tidigare?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Har du/personen minskade tömningsbesvär mot tidigare?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Har du/personen minskat efterdropp mot tidigare?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

Underlaget för blåsdysfunktion är framtagen av en arbetsgrupp i nätverket Nikola och Senior alert hösten 2013