



**MALMÖ HÖGSKOLA**  
**Hälsa och samhälle**

# **BEDÖMD ELLER DÖMD?**

EN RETROSPEKTIV STUDIE AV  
DOKUMENTATIONSSTATISTIK AVSEENDE  
ANVÄNDNING AV MODIFIERAD  
NORTONSKALA

MARIO RAVLIC  
STEPHANIE WERNRAM

Examensarbete i omvårdnad  
Nivå 61-90 p  
Sjuksköterskeprogrammet  
Januari 2009

Malmö högskola  
Hälsa och samhälle  
205 06 Malmö

# **BEDÖMD ELLER DÖMD?**

## **EN RETROSPEKTIV STUDIE AV DOKUMENTATIONSSTATISTIK AVSEENDE ANVÄNDNING AV MODIFIERAD NORTONSKALA**

**MARIO RAVLIC  
STEPHANIE WERNRAM**

Ravlic, M & Wernram, S. Bedömd eller dömd?- En retrospektiv studie av dokumentationsstatistik avseende användning av modifierad Nortonskala. *Examensarbete i Omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö högskola: Hälsa och Samhälle, Utbildningsområde omvårdnad, 2009.

Trycksår medför lidande för patienten, förlängd vårdtid och ökade ekonomiska kostnader för samhället. Ett första led i prevention och behandling av trycksår är riskidentifiering och bedömning av nyinskrivna patienter, patienter vars tillstånd har förändrats under vårdtiden samt patienter som skrivs ut från sjukhuset. Syftet med denna studie har varit att undersöka följsamheten avseende användande av modifierad Nortonskala för riskbedömning av trycksår på UMAS. Statistik från tre kliniker på UMAS har sammanställts och granskats. Resultatet visar att patienter i hög grad inte riskbedöms vid in- och utskrivning. Vårdplan för riskpatienter startas inte heller i den utsträckning som det är föreskrivet. Slutsatsen är att det behövs mer kunskap om varför föreskrifter inte följs och vad det är som gör att sjuksköterskan påverkas negativt till att riskbedöma patienter.

*Nyckelord:* dokumentation, modifierad Nortonskala, omvårdnad, prevention, riskidentifiering, trycksår

# **JUDGED OR DOOMED?**

## **A RETROPERSPECTIVE STUDY OF DOCUMENTARYSTATISTICS WITH REGARDS TO THE USE OF MODIFIED NORTONSCALE**

**MARIO RAVLIC  
STEPHANIE WERNRAM**

Ravlic, M & Wernram, S. Judged or doomed? A retroperspective study of documentarystatistics with regards to the use of modified Nortonscale. *Degree Project, 15 Credit Points*. Nursing Programme, Malmö University: Health and Society, Department of Nursing, 2009.

Pressure sore causes suffering to the patient, extended time of caring and increased economical costs to the community. The front rank of prevention and treatment of pressure sores are risciidentification and judgement of newly admitted patients, patients whos condition has changed during the time of care and patients who are submitted from the hospital. The aim of the study has been to examine the flexibility regards to the use of modified Nortonscale with risciidentification of pressure sore at UMAS. Statistics from three clinics at UMAS has been compiled and scrutinized. The results shows that patients in a large extention does not get judged neither when arriving to the ward or leaving it. A plan of caring for the riscpatients are not opened to the extention as it is prescribed. The conclusion is that it is needed a lot more knowledge about why the injunctions are not followed and what it is that effects the nurse negatively to risciidentify patients.

*Keywords:* documentation, modified Nortonscale, nursing, pressure sore, prevention, risciidentification

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	6
BAKGRUND	6
Anatomi/fysiologi	6
Definition av trycksår	6
Stadier i sårutvecklingen	7
Riskfaktorer	7
Preventiva åtgärder	7
Tryckavlastning	7
Vätska och näring	8
Hudvård	8
Modifierad Nortonskala	8
Dokumentation i databasen Melior	9
Lagstiftning	10
Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)	10
Patientjournalagen (1985:562)	10
Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1998:531)	10
Ekonomiska aspekter	11
Tidigare forskning	11
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	12
Avgränsningar	12
Definitioner	12
METOD	12
Urval	13
Datainsamling	13
Databearbetning	13
Etiska överväganden	13
RESULTAT	14
Modifierad Nortonskala i samband med inskrivning	14
Högriskpatienter enligt modifierad Nortonpoäng	15
Upprättade vårdplaner och omvårdnadsåtgärder	16
Befintliga trycksår vid inskrivning	16
Modifierad Nortonskala i samband med utskrivning	17
DISKUSSION	18
Metoddiskussion	18
Resultatdiskussion	19
Slutsatser	21
Ytterligare studier/forskning	21
Framtida värde	22
REFERENSER	23

BILAGOR	25
Bilaga 1	26
Bilaga 2	27
Bilaga 3	28

# INLEDNING

I en övergripande punktprevalensmätning gjord på Universitetssjukhuset MAS, UMAS, den 24 mars år 2004 framkom det att 27 % av de undersökta patienterna hade någon form av trycksår (Monsen & Carlsson, 2004). Detta resultat ökade medvetenheten om behovet av större kunskap avseende tryckskadeprevention och bland annat hölls en klinikövergripande temavecka med inriktning på trycksår (a a). En uppföljande mätning gjordes enligt Monsen<sup>1</sup> den 8 oktober i år för att utvärdera den ökade information och utbildning som skett sedan den första mätningen. Syftet med dessa mätningar är att uppmärksamma det höga antalet patienter som faktiskt har ett trycksår och på så vis kunna öka användandet av modifierad Nortonskala. Det slutgiltiga resultatet från den senaste mätningen är ännu inte presenterat men de preliminära analyserna visar inte på någon avsevärd skillnad av trycksårsprevalensen i jämförelse med den tidigare mätningen (a a).

## BAKGRUND

Denna studie berör dokumentationen avseende trycksårsprevention och bakgrunden kommer därför väsentligen handla om trycksår; modifierad Nortonskala samt lagar och förordningar.

### Anatomi och fysiologi

Huden, med en yta på nästan två kvadratmeter, är kroppens största organ. Den består av tre lager: överhud (epidermis), läderhud (dermis) och underhud (subcutis) enligt Bjålie, 1998. Dessa olika anatomiska strukturer fyller olika funktioner. Förutom att huden deltar i temperatur- och vätskereglering fungerar huden som mekaniskt skydd för kroppens inre organ (a a). Almås (2002) beskriver detta skydd som ett elastiskt täcke som skyddar mot skadlig påverkan utifrån. Exempelvis förser talgkörtlarna i epidermis huden med ett skyddande fettlager som bland annat förhindrar vätska från att tränga såväl in som ut genom huden (a a). Huden är också ett känselorgan och fungerar som signalapparat och med hjälp av solen bildar huden även D-vitamin (Bjålie, a a).

### Definition av trycksår

Ek och Lindgren (1997) anser att orsaker till att ett trycksår uppstår är tryck, skjuvning<sup>2</sup> och värme. Det finns även faktorer som samverkar med ovannämnda orsaker i processen som leder till att ett trycksår uppstår och dessa är: tid, friktion, fukt och bristande hygien (a a). Det ihållande trycket orsakar avklämning av kapillärerna vilket leder till ischemi i det drabbade området förklarar Almås (2002), och en sådan oåterkallelig vävnadsskada kan påvisas redan efter 60-90 minuter.

---

<sup>1</sup> Muntlig information från besök hos sårkoordinatören vid UMAS, 2008-11-11

<sup>2</sup> En förskjutning av huden i förhållande till underliggande vävnad, exempelvis om patientens huvudända höjs och patienten glider ner i sängen (Sjukvårdsrådgivningen, 2008-12-08).

### *Stadier i sårutvecklingen*

Beroende på hur djup och utbredd hudskadan är delas trycksår in i olika stadier (Almås, 2002):

- Grad 1. Kvarstående hudrodnad. Huden är intakt med en röd missfärgning som inte försvinner vid avlastning.
- Grad 2. Avskavning av huden med eventuella sprickor och blåsor. Djup rodnad.
- Grad 3. Samtliga hudlager med tydlig avgränsning från den normala huden är avskavda, utan djup sårhåla.
- Grad 4. Fullhudsskada med djup sårhåla till underliggande vävnad såsom muskler, ben och senor.

### **Riskfaktorer**

Det finns många riskfaktorer som spelar stor roll vid nyförvärv av trycksår likaså vid utläkning av detsamma. Oftast är det så att flera av faktorerna samspelar men kan även enskilt utgöra en stor risk för uppkomst av trycksår. Några av dessa riskfaktorer är enligt Ek och Lindgren (1997) patientens allmäntillstånd, nedsatt rörlighet, ständigt fuktig hud, nedsatt känsel, torr och/eller ödematos hud och lågt serumalbumin. Även malnutrition, hög ålder, kärlsjukdom, allvarlig kronisk eller terminal sjukdom, akut sjukdom och tidigare trycksår menar Lindholm (2003) är ytterligare exempel på sådana riskfaktorer.

### **Preventiva åtgärder**

Den allra första åtgärden menar Lindholm (2003) vid trycksårsprevention är identifiering av riskpatienter. I och med identifieringen kan man sätta in förebyggande åtgärder innan trycksår ens har uppkommit (a a). En sådan identifiering och bedömning menar Almås (2002) bör göras vid inläggning på sjukhus, geriatrisk avdelning, rehabiliteringsavdelning samt sjukhem, i hemsjukvården eller övrig kommunal omsorg samt vid förändring av patientens tillstånd. Alla åtgärder ska dokumenteras löpande enligt Sveriges Kommuner och Landsting (2008), SKL, och det är även viktigt att informera patient och närstående om hur trycksår kan förebyggas.

### *Tryckavlastning*

Tryckavlastning kan man åstadkomma genom att personen som befinner sig i riskzonen för att få trycksår ofta ändrar läge när han/hon befinner sig sittande i stol eller säng eller liggande i säng. Sängbundna personer bör vändas minst varannan timme. Tryckavlastande hjälpmedel som kan tas till hjälp i förebyggandet av trycksår är t ex tryckreducerande madrasser, tryckavlastande madrasser, sittdynor mm (Ek & Lindgren, 1997).

### *Vätska och näring*

Det är viktigt att upprätthålla en god vätske- och näringstillförsel för att minska risken för trycksår. Otillräckligt med vatten, protein, kalorier, näringsämnen, vitaminer och mineraler gör patienten mer känslig för skador och sjukdomar på grund av nedsatt motståndskraft (Ek & Lindgren, 1997). Brist på proteiner gör att huden blir mindre elastisk och därmed känsligare för tryck utifrån. Även tryck inifrån, ödem, kan orsaka bristande försörjning av vävnader. När trycket inifrån ökar stryps tillförsel av vätska och näring. Även syrgasutbyte försvåras och därmed orsakas vävnadsskador (a a).

### *Hudvård*

Om huden är fuktig under en längre tid leder det till att den luckras upp och på så sätt blir känsligare för friktion. Om huden är för torr under en längre tid fjällar den och till slut spricker. Exempelvis kan tvättningar med för korta intervaller orsaka att huden blir torr. Därför är det viktigt att hålla huden smord och elastisk utan att den blir för fuktig (Ek & Lindgren, 1997).

Bakterier och toxiner från avföring i kombination med uppluckringen ökar risken för att utveckla trycksår. Inte enbart ur trycksårsaspekten är det viktigt att hålla god hygien men det betonas att en väl hållen hygien underlättar i kampen mot trycksår. Det gäller såväl kroppslig hygien som hygien av underlaget: kläder, underkläder, sängkläder, sittdynor och dylikt (a a).

### **Modifierad Nortonskala**

Som tidigare nämnts är identifiering av riskpatienter en av de första åtgärderna vid trycksårsprevention (Lindholm, 2003). Det har med tiden utvecklats flera olika typer av riskbedömningsskalor, som alla bygger på olika faktorer som bedöms och poängsätts. I Sverige används ofta den av Ek m fl (1989) modifierade Nortonskalan (Almås, 2002) som hjälp vid identifiering av dessa patienter. Denna skala bygger på sju olika faktorer som har betydelse för utveckling av trycksår.

#### *Psykisk status*

Helt orienterad till tid och rum (4 poäng)

Stundtals förvirrad (3 poäng)

Svarar ej adekvat på tilltal (2 poäng)

Okontaktbar (1 poäng)

#### *Fysisk aktivitet*

Går med hjälp eller utan hjälpmedel (4 poäng)

Går med hjälp av personal, eventuell rullstol för oberoende förflyttning (3 poäng)

Rullstolsburen, hela dagen (2 poäng)

Sängliggande (1 poäng)

#### *Rörelseförmåga*

Full (4 poäng)

Något begränsad, assistans vid lägesändringar (3 poäng)

Mycket begränsad, fullständig hjälp vid lägesändring men kan bidra (2 poäng)

Orörlig, kan ej alls bidra vid lägesändring (1 poäng)



### *Födointag*

Normal portion eller fullständig parenteral (4 poäng)

¾ av normal portion eller motsvarande parenteralt (3 poäng)

Halv portion, eller motsvarande parenteralt (2 poäng)

Mindre än en halvportion, eller motsvarande parenteralt (1 poäng)

### *Vätskeintag*

Mer än 1000ml/dag (4 poäng)

700 – 1000ml/dag (3 poäng)

500 - 700ml/dag (2 poäng)

Mindre än 500ml/dag (1 poäng)

### *Inkontinens*

Nej (4 poäng)

Tillfällig, vanligen kontinent men ej just nu (3 poäng)

Urin- eller tarminkontinent, KAD (2 poäng)

Urin- och tarminkontinent (1 poäng)

### *Allmäntillstånd*

**Gott** - afebril, normal andning/frekvens/puls/blodtryck/hudfärg, ej smärtpåverkad, utseende motsvarande åldern (4 poäng)

**Ganska gott** - afebril- subfebril, normal andning/puls/blodtryck, eventuell lätt tachykardi/ödem/blekhet, latent hypo-hypertoni, ingen/lätt smärtpåverkad, vaken (3 poäng)

**Dåligt** - eventuell feber, påverkad andning, tecken på cirkulatorisk insufficiens/tachykardi/ödem/hypo-hypertoni, smärtpåverkad, somnolent/vaken men apatisk. Huden eventuellt blek/cyanotisk, varm/kall, nedsatta turgor (2 poäng)

Mycket dåligt - eventuell feber, påverkad andning, utpräglade tecken på cirkulatorisk insufficiens/chock, starkt smärtpåverkad, somnolent, stuporös, komatös. Huden blek/cyanotisk, varm/fuktig/kall, nedsatta turgor, ödem (1 poäng)

Om summan ej överstiger 20 poäng enligt den modifierade Nortonskalan indikerar det en ökad risk för trycksår. Detta ska följas av en skärpt totalomvårdnad med mycket aktivt trycksårsprofylax enligt Ek m fl (1989).

## **Dokumentation i databasen Melior**

När en patient blir inskriven på en avdelning på UMAS är den ansvariga sjuksköterskan skyldig att föra dokumentation enligt en, för avdelningen bestämd, mall som påträffas i den elektroniska journaldatabasen kallad Melior. En sådan anteckning kallas vanligtvis inskrivningsanteckning, se bilaga 1, och sökorden som påträffas i den anpassas till den aktuella avdelningen enligt Monsen<sup>3</sup>. I det stora hela liknar inskrivningsanteckningarna varandra och det finns en del sökord som är obligatoriska att fylla i, exempelvis riskbedömning undernäring, Downton Fall Risk Index samt modifierad Nortonskala. Vidare berättar Monsen, a a, att dessa sökord trots detta obligatorium inte alltid antecknas.

---

<sup>3</sup> Se fotnot 1.

Modifierad Nortonskala ska användas som ett verktyg för att identifiera riskpatienter, vid inskrivning är det obligatorisk med det ska även göras en ny bedömning om patientens tillstånd förändras menar Monsen (a a). När en patient är identifierad som högriskpatient för trycksår *skall* en vårdplan för trycksår med tillhörande omvårdnadsåtgärder, OVÅ, upprättas (bilaga 2). Exempel på sådana åtgärder kan vara vändschema och antidecubitusmadrass och anpassas efter patientens behov och sjuksköterskans bedömning. Det är således tänkt att antalet identifierade högriskpatienter och upprättade vårdplaner med OVÅ ska överensstämma med varandra (a a). En riskbedömningen ska även göras vid utskrivning enligt UMAS' riktlinjer, detta görs i den s k omvårdnadsepikrisen (bilaga 3).

## Lagstiftning

Nedan beskrivs några av de lagar och förordningar som sjuksköterskor är skyldiga att följa (Socialstyrelsen, 2005), med anknytning till studiens innehåll.

### *Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)*

I Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, finner man de övergripande åtgärderna för hälso- och sjukvården i Sverige, närmare bestämt medicinskt förebyggande, utredning samt behandling av sjukdomar och skador. Även sjuktransporter samt omhändertagande om avlidna faller under samma lag (a a).

Målet för hälso- och sjukvården i Sverige är enligt HSL (1982:763) "en god hälsa samt en vård på lika villkor för hela befolkningen". Vidare ska vården ges med respekt och lika värde för alla människor samt för den enskilda individens värdighet.

### *Patientjournalagen (1985:562)*

Enligt § 3 i Patientjournalagen (1985:562) ska en patientjournal innehålla alla de uppgifter som behövs för att säkerställa en god och trygg vård för patienten, och dessa ska föras in i journalen så fort som det finns möjlighet till. Vem som har gjort anteckningen och vid vilken tidpunkt ska framgå av journalen. Enligt § 9 föreligger en *skyldighet* att föra patientjournal för den som har legitimation eller särskilt förordnande att utöva ett visst yrke.

### *Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1998:531)*

Hälso- och sjukvårdspersonal ska enligt bestämmelser i kapitel 2, § 7, i lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1998:531), LYHS, rapportera till vårdgivaren om en patient i samband med hälso- och sjukvård drabbas av eller utsätts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom. Vårdgivaren är i sin tur skyldig enligt 6 kap, § 4 att anmäla detta till Socialstyrelsen. Denna paragraf finns även som en föreskrift i Socialstyrelsens författningssamling, SOSFS 2005:28, mer känt som Lex Maria. Ur föreskriften framgår det att allvarlig skada eller sjukdom är av sådan karaktär att den medfört behov av väsentligt förändrade vårdinsatser eller lett till bestående besvär.

Om inte hälso- och sjukvårdspersonalen fullföljer de skyldigheter som beskrivs i LYHS får disciplinpåföljd såsom erinran eller varning åläggas enligt kapitel 5,

§ 3. Disciplinpåföljd kan förbises om felet anses obetydligt och det framgår som ursäktligt (a a).

### **Ekonomiska aspekter**

I Landstinget Jönköpings län (2008) har värdeberäkningar gjorts där kostnaden för trycksår kartlagts liksom prevention för det i form av en bedömningen enligt modifierad Nortonskala. Beräkningarna i Landstinget Jönköpings län visar på att ungefär 4200 patienter årligen drabbas av trycksår och att kostnaderna för dessa uppgår till cirka 54 miljoner kronor. Trycksårsprevention beräknades kosta 6 miljoner kronor för Landstinget Jönköpings län (a a) där riskbedömning stod för 1.75 miljoner kronor och preventionsåtgärderna 4,25 miljoner.

### **Tidigare forskning**

I en studie av Gunningberg m fl (1999) konstaterades att användning av den modifierade Nortonskalan identifierade majoriteten av de patienter som hade en ökad risk för att utveckla trycksår. Studien byggde på en kontrollgrupp och en experimentgrupp där experimentgruppen undersöktes på en daglig basis avseende riskbedömning, riskalarm samt hudinspektion. För att underlätta riskbedömningen för sjuksköterskorna försågs de med ett trycksårskort, som tagits fram av författarna till studien, och som baserats på den modifierade Nortonskalan. De patienter som fick mindre än 20 poäng enligt den modifierade Nortonskalan fick ett klistermärke, så kallat riskalarm, fäst i sin journal. Kontrollgruppen bedömdes gällande trycksår vid ankomst till sjukhuset samt vid utskrivning. Bägge grupperna tillhålls likvärdiga preventiva åtgärder såsom antidecubitusmadrasser och vändschema etc. Trots att resultatet visar på att majoriteten av riskpatienterna identifierades utvecklade patienterna trycksår i lika stor utsträckning i både kontroll- respektive experimentgruppen. Detta menar Gunningberg m fl (a a) beror på avsaknaden av de preventiva åtgärderna från personalens sida.

En annan studie av Gunningberg och Ehrenberg (2004) har jämfört i vilken utsträckning sjuksköterskornas dokumentation av trycksår överensstämmer med den faktiska trycksårsprevalensen bland de undersökta patienterna. Studien gjordes på ett universitetssjukhus i Sverige på alla patienter vid tre avdelningar. Resultatet visade att prevalensen av trycksår enligt den dokumentation som gjorts var 14,3%, när den i själva verket var 33,3 % vid hudinspektion. I studien framkom det att den mest bristfälliga dokumentationen gjordes avseende trycksårgrad 1 (a a).

Utbildning ger ökad kunskap. Det visar en studie som Sinclair m fl (2004) gjort där 595 sjuksköterskor ingick i en standardiserad studiecirkel som gav information om riskbedömning, prevention samt hur sår uppkommer. Sjuksköterskornas kunskap mättes innan (pre), direkt efter (post 1) och 3 månader senare (post 2) som studiecirkeln ägt rum. Dataanalysen resulterade i att kunskapen var signifikant högre från pre till post 1, från pre till post 2 men lägre från post 1 till post 2 (a a).

I en studie av Benjaku, R och Sefedini, G (2006) intervjuades sju sjuksköterskor verksamma på samma avdelning vid UMAS angående deras inställning till- och tillämpning av modifierad Nortonskala. I studien framkom det att ett flertal

sjuusköterskor såg riskbedömningen som ytterligare ett moment, en arbetsbelastning som p g a tidsbrist utgjorde en stressfaktor för dem. Två sjuusköterskor var osäkra på hur många poäng den modifierade Nortonskalan består av, medan några ansåg att äldre sjuusköterskor i lägre utsträckning har de teoretiska kunskaperna rörande exempelvis Nortonskalan. I stort sett alla deltagare i studien var överens om att dokumentationen skulle kunna genomföras i större utsträckning (a a).

## **SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR**

Syftet med denna studie har varit att undersöka följsamheten avseende användande av modifierad Nortonskala för riskbedömning av trycksår på UMAS. Följande frågeställningar besvaras:

- Hur många patienter är i samband med inskrivning bedömda enligt modifierad Nortonskala?
- Hur stor är andelen som bedöms som riskpatienter, d v s mindre än 20 poäng, enligt modifierad Nortonskala?
- I vilken utsträckning upprättas en vårdplan med omvårdnadsåtgärder för de identifierade riskpatienterna?
- Hur stor andel av patienterna har trycksår vid ankomst till avdelningen eller utvecklar trycksår under vårdvistelsen?
- Hur stor andel av patienterna bedöms som riskpatienter vid utskrivningen i omvårdnadsepikrisen?

### **Avgränsningar**

Data från tre kliniker vid UMAS under perioden september - oktober år 2008 har studerats.

### **Definitioner**

Med följsamhet menar författarna i denna studie dokumentationen av riskbedömningen för trycksår i den elektroniska patientjournalen som förs databasen Melior *samt* upprättande av en vårdplan för riskpatienter.

## **METOD**

Detta är en retrospektiv deskriptiv studie, vilket innebär en fördjupad analys av befintlig statistik, som utförts som ett beställningsarbete från UMAS. Analysen bygger på en granskning av statistik som är baserad på data i journaler från tre kliniker på UMAS som sammanställts och granskats. Metoden kan därför bäst beskrivas som en deskriptiv kvantitativ studie och analys av befintlig statistik (frekvenstabeller och diagram). Dock menar Polit och Beck (2006) att

sjukhusjournaler är rikliga och viktiga datakällor för forskning inom omvårdnad, som kan användas inom både kvalitativa och kvantitativa studier. Studiens genomförande beskrivs nedan.

## **Urval**

De tre kliniker som deltagit i studien är plastik- och öron-näsa-halskliniken, ortopedkliniken samt neurologavdelningen vid UMAS. All dokumentation berörande modifierad Nortonskala har undersökt hos personer som var inläggande vid någon av de slutenvårdsavdelningarna som tillhör de utvalda klinikerna. Antal kliniker och urval har beslutats av sårvårdskoordinatören vid UMAS tillsammans med en klinisk lektor vid Malmö Högskola. Författarna har alltså inte själva kunnat påverka urvalet. De aktuella klinikerna valdes på grund av att de dels ingår i QlikView®-systemet som är avsett att behandla förfarandet av materialet till studien, dels för att de var de första tre klinikerna vars vårdchef gick med på att deras statistik granskades.

Utöver de tre utvalda klinikerna har även material från QlikView®-systemet vid 21 kliniker på UMAS, som ingick i punktprevalensmätningen år 2004 samt 2008, undersökts med avseende att ge en sjukhusövergripande bild. De 21 klinikerna är för författarna delvis okända och kommer i fortsättningen att benämnas som det allmänna urvalet.

## **Datainsamling**

Datainsamling har skett med hjälp av sårvårdskoordinatören på UMAS som således är gatekeeper för denna studie. Genom mjukvaran QlikView® har data tagits fram med hjälp av IT-avdelningen på UMAS genom att använda sökord som används vid förändring av journal i Melior avseende dokumentation av modifierad Nortonskala. De data som erhållits är frekvenstabeller (s k pivottabeller) och diagram för berörda avdelningar. Någon fullständig datamatrix med individdata har författarna inte haft tillgång till.

## **Databearbetning**

Databearbetningen har i detta fall bestått av en analys av de frekvenstabeller som tagits fram, där frekvenstabellerna har omvandlats till de diagram som framkommer i studien.

## **Etiska överväganden**

Studien bygger på statistiska utdrag av journaler avseende dokumentation av Nortonskalan. Inga data som medger identifikation av deltagarnas identitet (sjuksköterskor och patienter) har ingått i de data som varit tillgängliga för författarna.

Vid beaktande av ovan nämnda omständigheter anser inte författarna att det förekommit några etiska hinder för undersökningens utförande.

## RESULTAT

I föreliggande studie presenteras resultatet inledningsvis med generell data för studien, för att sedan delas upp i två huvudteman med avseende på studiens syfte.

Totalt sett har dokumentationen vid de tre klinikerna omfattat 1616 patienter. Dessa fördelar sig relativt lika mellan könen både generellt sett samt mellan klinikerna. Däremot varierar åldersintervallet bland de olika klinikerna.

*Tabell 1. Åldersfördelning vid de olika klinikerna och det allmänna urvalet, samt det totala antalet deltagande i respektive grupp.*

Ålder (år)	Neurologen (N=412)	Ortopeden (N=765)	PÖ (N=439)	Allmänna urvalet (N=4233)
0-10	0,0%	7,2%	0,0%	4,2%
11-20	0,7%	11,1%	9,3%	5,0%
21-30	3,6%	5,6%	13,4%	4,6%
31-40	4,9%	3,3%	14,1%	5,3%
41-50	10,2%	7,6%	14,8%	8,4%
51-60	11,7%	8,9%	16,2%	12,4%
61-70	18,9%	12,4%	13,2%	16,2%
71-80	23,8%	15,2%	10,0%	20,5%
81-90	22,8%	21,4%	7,5%	19,2%
91-100	3,2%	7,2%	1,4%	4,2%
>100	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%

I tabellen framgår det att åldersfördelningen är snedfördelad med ett högre antal äldre patienter. Det är därför motiverat att beskriva åldern genom att använda medianvärdet för respektive klinik. Medianåldern för det allmänna urvalet var 67 år. Ortopedklinikens patienter hade en medianålder på 65 år och på neurologklinik och PÖ var medianåldern 70,5 respektive 50 år. PÖ hade därför de yngsta patienterna.

### **Modifierad Nortonskala i samband med inskrivning**

Det statistiska materialet visade att sökordet mod Nortonskala behandlades vid 1196 inskrivningsanteckningstillfällen totalt sett. För PÖ omfattade detta 418, neurologen 301 och ortopederna 477 stycken. I diagram 1 redovisas hur stor andel inom varje klinik som blivit bedömda enligt modifierad Nortonskala samt hur många som ej bedömts eller inte varit aktuella att bedöma enligt den antecknande sjuksköterskan.

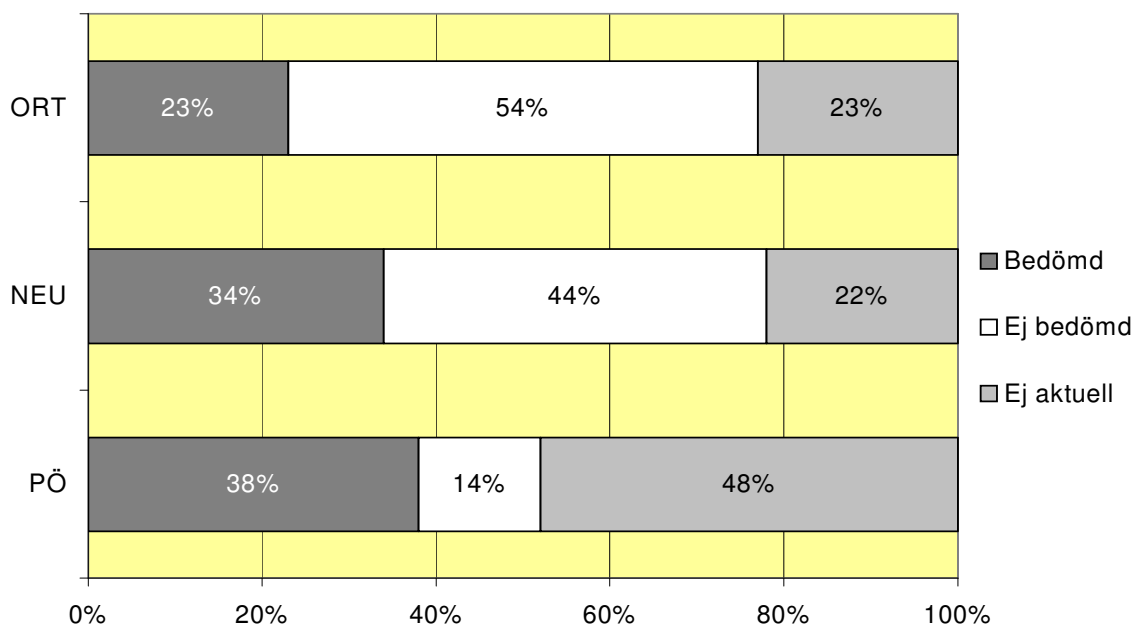


Diagram 1. Användandet av modifierad Nortonskalan vid de olika klinikerna. (ORT= ortopedklinik; NEU= neurologklinik; PÖ= plastik- och öron-näs-halsklinken)<sup>4</sup>

Det är tydligt att PÖ är den klinik som i högsta grad har bedömt sina patienter enligt modifierad Nortonskala. Detta kan jämföras med det allmänna urvalet där 31 % bedömdes.

### Högriskpatienter enligt modifierad Nortonpoäng

Alla tre kliniker visade på en större andel patienter med Nortonpoäng understigande 20 poäng än de med mer än 20 poäng. Resultatet visar att ortoped- och neurologkliniken hade högst andel högriskpatienter på 58 % av de bedömda patienterna. Totalt bygger diagrammet på 185 patienter på ortoped- och neurologklinikerna samt 194 patienter på PÖ.

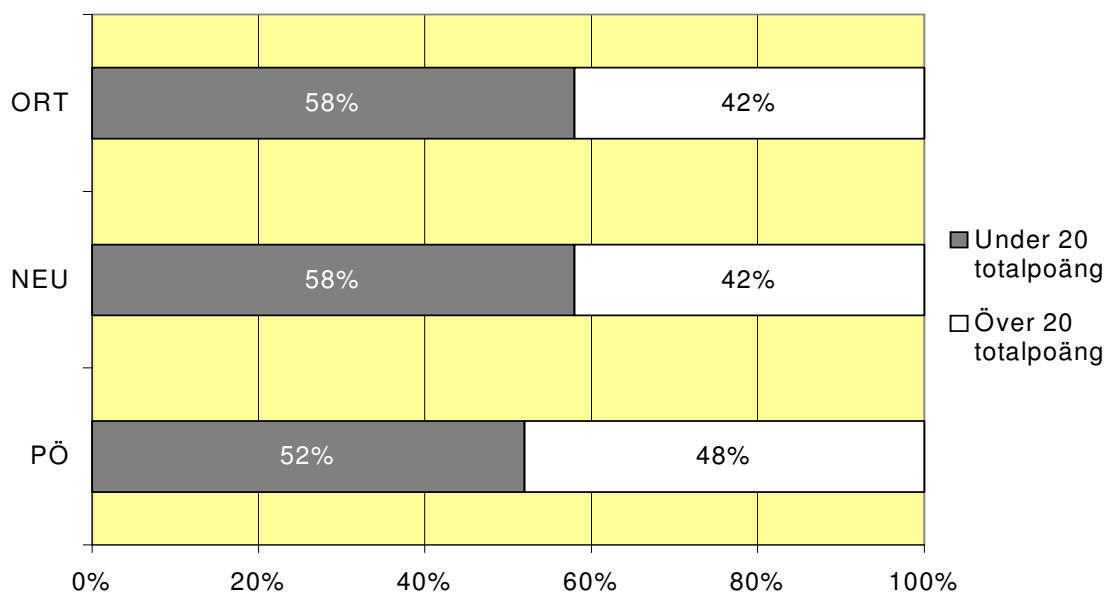


Diagram 2. Fördelningen av högriskpatienter samt icke högriskpatienter.

<sup>4</sup> Dessa beteckningar används också i fortsättningen av studien.

Vid det allmänna urvalet uppgick högriskpatienterna till 55 % eller 1378 individer av sammanlagt 2984 bedömda patienter. Antalet med hög risk för trycksår uppgick sammantaget för de tre klinikerna till 312 patienter.

### Upprättade vårdplaner och omvårdnadsåtgärder

Förekomsten av upprättade vårdplaner och OVÅ för högriskpatienterna uppgick till 1,3 % för de tre studerade klinikerna. Det allmänna urvalet uppvisade liknande resultat med en prevalens på 2,2 % för öppnade vårdplaner och 2 % för OVÅ. Påföljande tabell visar hur det fördelade sig för respektive klinik.

Tabell 2. Antal öppnade vårdplaner och OVÅ vid de olika klinikerna.

Klinik	Öppnad vårdplan	OVÅ
Neurologen	2	2
Ortopeden	1	1
PÖ	1	1
Allmänna urvalet	30	28

Av de ungefär 310 identifierade högriskpatienterna upprättades totalt 4 vårdplaner med tillhörande omvårdnadsåtgärder, OVÅ. I det allmänna urvalet öppnades 30 vårdplaner och 28 OVÅ för 1378 högriskpatienter.

### Befintliga trycksår vid inskrivning

En del av patienterna hade redan trycksår när de blev inlagda på de olika avdelningarna, närmare bestämt 92 individer eller 8 % för alla tre kliniker. I stort sett alla av dessa hade uppkommit utanför sjukhusets gränser, endast 9 patienter (0,7 %) uppgav att deras trycksår hade uppkommit på sjukhus.

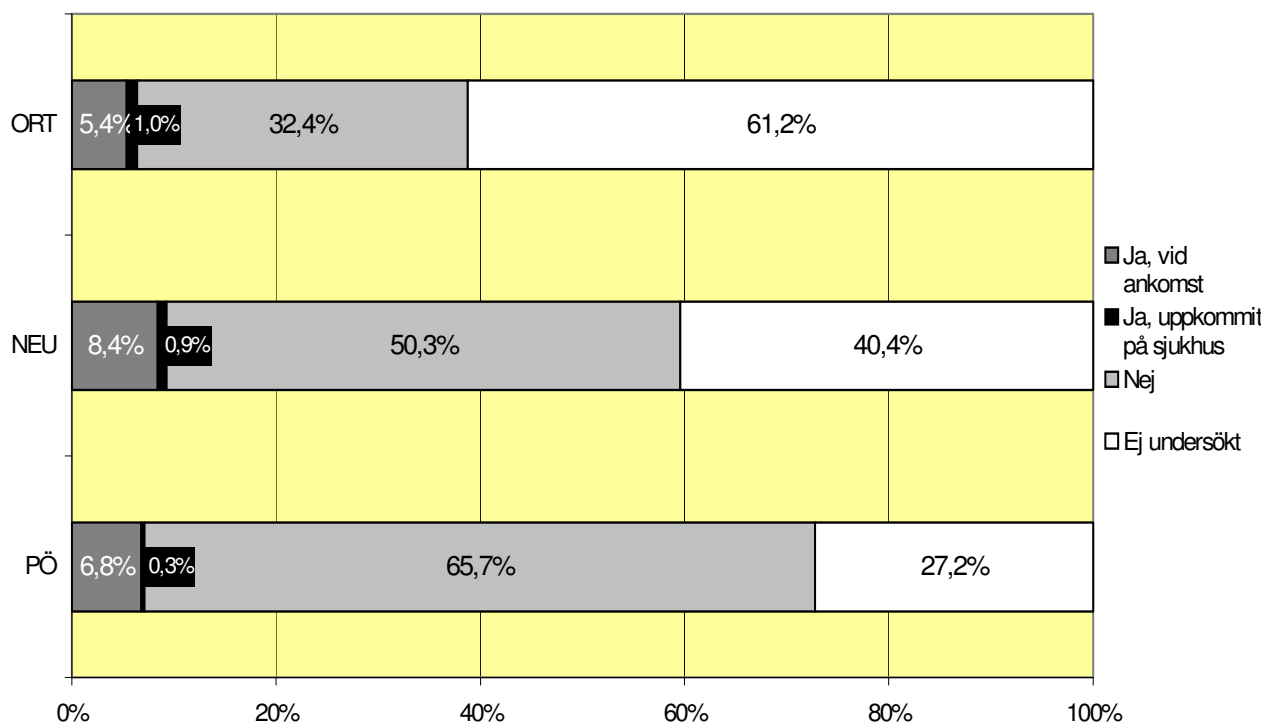


Diagram 3. Förekomst av trycksår vid ankomst till avdelning.



I diagrammet kan det utläsas att nära två tredjedelar av patienterna, cirka 61%, av ortopedens patienter ej blev undersökta avseende trycksår. Detta kan jämföras i det allmänna urvalet där motsvarande andel uppgick till 45.2 %. Diagrammet bygger på statistik där antalet undersökta på ortopeden uppgick till 485 patienter, vid neurologen 322 patienter samt 382 patienter på PÖ.

### Modifierad Nortonskala i samband med utskrivning

Dokumentationen av den modifierade Nortonskalan i omvårdnadsepikrisen berörde vid ortopedens 273 patienter, 227 patienter vid neurologen samt 41 patienter på PÖ. I det allmänna urvalet berörde ovannämnda dokumentation 4076 patienter varav 51 % hade en ökad risk för trycksår. Antalet ej bedömda uppgick i det allmänna urvalet till 599 patienter eller 14.7 %.

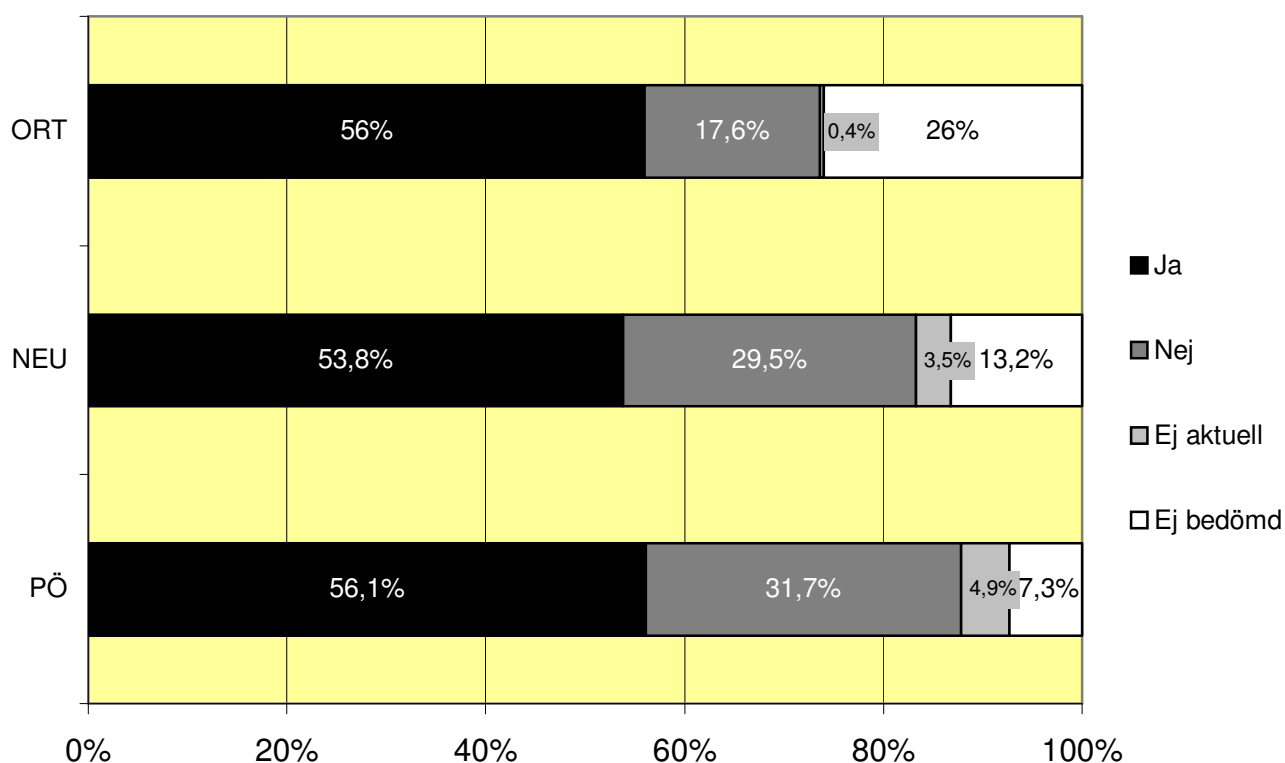


Diagram 4. Risk för trycksår vid utskrivning enligt den modifierade Nortonskalan.

Diagrammet visar på en lägre andel riskpatienter vid utskrivning än vid inskrivning, som tidigare redovisats i diagram 2, på ortopedens- och neurologen. Tvärtom är det för PÖ som har fler riskpatienter vid utskrivning än vid inskrivning. Man kan även tyda att ortopedens inte bedömde ungefär en fjärdedel av sina patienter vid utskrivning.

# DISKUSSION

Diskussionen delas upp i två huvuddelar: en diskussion kring metodvalet och en diskussion som rör de resultat som erhöles.

## Metoddiskussion

Detta är en retrospektiv studie som byggts på redan insamlad journaldata. Syfte och frågeställningar återspeglar ett behov som UMAS uttryckt, nämligen att belysa följsamheten vad avser fastställda rutiner och gällande lagar och föreskrifter i fråga om trycksårsprevention.

Klinikerna som deltagit i studien valdes ut av sårvårdskoordinatören vid UMAS då dessa har övergått till en version av Melior som tillåter mjukvaran QlikView® att sammanställa dess innehåll. Författarna hade ingen möjlighet att påverka valet av klinikerna och ser detta som en svaghet i studien.

Datainsamlingen gjordes digitalt, vilket innebär att mjukvaran QlikView® sammanställde anteckningar som gjordes i UMAS' dokumentationsmjukvara Melior. Anteckningarna innehöll de sökord som skulle granskas och dessa valdes med tanke på att frågeställningar skulle besvaras, vilket författarna tycker att de gjorde. Författarna hade själv ingen tillgång till QlikView® och har i dagsläget fortfarande inte sett hur programmet ser ut, vilka möjligheter det finns och om och i så fall hur val av olika variabler kan ha påverkat studien. Detta ser författarna som en stor svaghet i studien.

Det material som gett underlag för studien kom författarna tillhanda i form av sk pivottabeller, d v s frekvenstabeller för de studerade parametrarna. I filerna fanns det inga patientdata, alltså inget personnummer, diagnos, bakgrund eller sängplats på avdelningen. På så sätt säkerställdes deltagarnas konfidentialitet vilket ur ett etiskt perspektiv anses som en styrka i studien. Detta är dock en nackdel sett ur en vetenskaplig synvinkel då datamatisering baserade på individdata hade möjliggjort en statistisk analys där signifikansprövningar enkelt hade kunnat göras. Följaktligen ger det statistiska underlaget endast en okulärbesiktning av resultatet och det är enbart författarnas analys som framkommer i studien.

Till en början erhöles diagram av de aktuella sökorden i Melior men dessa var bara en grafisk form av de siffror som senare erhöles i form av pivottabeller. Vid databearbetning jämfördes dessa diagram med innehållet i pivottabellfilerna som överensstämde med varandra. Författarna valde dock att inte inkludera dessa i resultatet eftersom deras grafiska form inte passade i det slutgiltiga arbetet. Därför skapades det, med pivottabeller som grund, nya diagram av författarna som grafiskt var anpassat till arbetet. Detta är inte något som av författarna anses kunna ha påverkat resultatet.

Något som kan ha påverkat resultatet är att statistiken innehåller upprepade riskbedömningar som gjorts under vårdförloppet. Därför kan det förekomma en viss diskrepans avseende antalet patienter i de olika stycken som redovisas i studiens resultat. Exempelvis är antalet Nortonpoäng fler än antalet bedömda vid inskrivning vilket beror på detta faktum.

Resultatet i studien påverkas av studiens form, metod gällande datainsamling och dataanalys samt framför allt den tidsramen för studien. Avgränsningar som gjorts (t ex antal och urval av kliniker) kan i viss mån ha påverkat resultatet. Detta är emellertid förhållanden som författarna inte kunnat påverka p g a nekad tillgång till de program som behövs för att göra andra val. Resultaten kan inte generaliseras till UMAS som helhet eftersom endast tre av 30-talet kliniker studerats. För de studerade klinikerna är emellertid resultaten generellt giltiga eftersom det rör sig om en totalundersökning.

Författarna hade gärna velat göra studien mer omfattande på så sätt att de hade kunnat påverka valet av klinikerna, antal kliniker, tidsramen för datainsamlingen etc. Detta är dock ingen möjlighet inom tidsramen för denna studie och endast något som kan anses som en önskan från författarnas sida i hopp om att få ett mer tillförlitligt resultat.

## Resultatdiskussion

PÖ är den klinik med lägst medianålder. Detta skulle kunna ha betydelse för *uppkomsten* av trycksår men eftersom denna studie syftar till att granska dokumentationen av trycksår har detta inte kunnat påverka resultatet. Alla patienter ska riskbedömas oavsett ålder.

Det framkommer i diagram 1 att det är fler som ej bedöms/anses ej aktuella för bedömning enligt modifierad Nortonskala än som faktiskt bedöms vid alla kliniker utom PÖ. Där består majoritet av ej aktuella följt av bedömda. Detta är viktigt att observera då det som tidigare nämnts finns fastställda rutiner som innebär att inkommande patienter skall bedömas. Vad som ligger bakom den bristande följsamheten är okänt. En förklaring kan vara den stressfaktor som Benjaku & Sefedini (2006) beskriver i sin studie. Möjligen föreligger även en okunskap om vikten av att riskbedömningen görs och att detta prioriteras bort på grund av tidsbrist hos den aktuella sjuksköterskan. Enligt Monsen<sup>5</sup> är det möjligt att göra riskbedömningen något senare än just vid inskrivningen om det inte är praktiskt möjligt vid inskrivningstillfället, och detta skulle kunna vara en orsak till resultatets utseende i denna fråga. Av de som blivit bedömda visar det sig att den övervägande delen faktiskt är riskpatienter. Möjligen hade fler riskpatienter hittats om följsamheten av riskbedömningen vid inskrivningen hade varit högre.

Det som författarna anser något oroväckande i resultatet är antalet upprättade vårdplaner och OVÅ. Det är inte försvarbart att endast 1,3 % av riskpatienterna vid de tre klinikerna har en vårdplan för att minska risken för uppkommandet av trycksår. Författarna hoppas dock att det endast är så i journalanteckningar och att förekomsten av antidecubitusmadrasser och andra preventiva åtgärder vidtas rent praktiskt i mycket större omfattning än vad som återspeglas i journalerna. Dock är det sjuksköterskans ansvar och arbetsuppgift att dokumentera de omvårdnadsåtgärder som berör patienten vilket uppenbarligen inte görs i denna fråga.

Hur många som har trycksår vid ankomst till avdelningen illustreras i diagram 3, det som är intressant i detta diagram är enligt författarna inte hur många som har eller inte har trycksår, utan den stora andel som faktiskt inte undersöks. Ortopeden

---

<sup>5</sup> Se bilaga 1

är den klinik som ger den allra mest avvikande bilden med hela 61 % frånvaro av hudinspektion detta trots att majoriteten på avdelningen är äldre patienter, vilket författarna är väldigt kritiska till.

Ortopeden är även den klinik som har flest riskpatienter vid utskrivning. Detta tolkas som positivt eftersom det då identifierats ett stort antal patienter där möjligheten till att sätta in preventiva åtgärder i hemmet ökar teoretiskt sätt. Det vore intressant med en studie som följer upp dessa patienter och undersöker i vilken utsträckning preventiva åtgärder satts in baserat på riskbedömningen i omvårdnadsepikrisen. Resultaten visar att en stor del patienter med ökad risk för trycksår skrivs ut från slutenvården. Det är därför viktigt att denna ökade risk dokumenteras så att åtgärder faktiskt utförs efter sjukhusvistelsen. Det vore även intressant att undersöka hur tillvägsgångssättet ser ut för de riskpatienter som vid utskrivning inte har kontakt med vården i kommunen.

Vid jämförelse av diagram 1 och diagram 4 framkommer det att patienterna i mycket högre grad blir bedömda vid utskrivning än vid inskrivning. Exempelvis gjordes en riskbedömning på 83.3 % vid utskrivning på neurologkliniken jämfört med de 34 % som bedömdes vid inskrivning. Överlag riskbedömer ortopedkliniken sina patienter i lägre utsträckning, 23 % vid inskrivning samt 76 % vid utskrivning, vilket bör uppmärksammas då ortopeden tillsammans med neurologen har störst andel riskpatienter på 58 %.

Diagram 4 ger vid första anblicken en relativt jämn fördelning av de olika kategorierna och klinikerna. Vid närmare granskning av de faktiska siffrorna som ligger bakom statistiken framkommer det att PÖs statistik i själva verket endast bygger på 41 patienter. Då studiens resultat inte är generaliserbart är det troligt att diagram 4 ger en missvisande bild av hur dokumentationen av modifierad Nortonskala vid utskrivning ser ut på PÖ. Att antalet utskrivna patienter på PÖ endast skulle uppgå till 41 stycken under de två månader som studien pågått anses orimligt p g a antalet inskrivningar. Antalet patienter som skrev in uppgick till 418, vilket skulle leda till att 377 patienter fortfarande var inskrivna på kliniken när studien avslutades.

Att följsamheten vid utskrivning är så låg på PÖ kan bero på ett antal olika faktorer, exempelvis är det kanske så att den låga medianålder gör att sjuksköterskorna ignorerar att fylla i Nortonskalan med ”den unga friska patienten” i bakhuvudet. Detta är dock ingen ursäkt då det är okomplicerat att fråga patienten om denne har trycksår. Svarar patienten nej, då är det bara att dokumentera detta som ett ”Nej” i omvårdnadsepikrisen.

Det framkommer tydligt ur studiens resultat att sjuksköterskorna som är skyldiga, enligt lag, att dokumentera och riskbedöma patienter enligt Nortonskalan vid in- och utskrivning och under vårdtiden inte gör det. Såsom tidigare anförts har hälso- och sjukvårdpersonal en anmälningsplikt enligt Lex Maria när en patient utsätts för risk för skada i samband med vård (SOSFS 2005:28). Detta gör det helt legitimt att fråga sig varför så många patienter inte bedöms, varför utsätter sig sjuksköterskor för risken att drabbas av disciplinpåföljd?

En annan fråga som ställs är ”Var utbildningen som genomfördes klinikövergripande effektiv?” Om inte, hur kan den formas så att informationen går fram till varenda sjuksköterskan som jobbar på UMAS? Enligt den studie som

Sinclair m fl (2004) genomförde hade sjuksköterskornas kunskap om trycksår ökat signifikant tre månader efter utbildningstillfället. Det är möjligt att en liknande studiecirkel hade gett ökad kunskap även för sjuksköterskorna på UMAS.

Författarna undrar även hur mycket och på vilka nivåer arbetsgivaren är engagerad i arbetet med att informera och utbilda inom Melior och i detta specifika fallet modifierad Nortonskala. Är det så att det inte genomförs någon genomgång av dokumentationsmallarna vid introduktionen utan att den nyanställda sjuksköterskan direkt antas kunna vad som bör kunnas för att göra en fullvärdig inskrivningsanteckning för en patient är det kanske inte så konstigt att det missas i så hög grad som framkommit i detta resultat.

Ekonomiska aspekter spelar stor i dagens sjukvård. Trycksår påverkar vårdtidens längd och därmed ökar kostnader för kliniken, sjukhuset, regionen, staten och i slutändan den enskilde medborgaren. Därför bör det övervägas om kostnader för utbildning och frånvaro från arbetet för att delta i preventiva utbildningar inte överväger kostnader för förlängda vårdtider och därmed ökade vårdkostnader.

### **Slutsatser**

Ur den här studien kan följande slutsats dras: sjuksköterskor vid de granskade klinikerna riskbedömer inte patienterna enligt modifierad Nortonskalan i den grad som det står föreskrivet. Genom dokumentation och bättre följsamhet vad avser det regelverk som styr sjuksköterskans arbete skulle mycket lidande kunna undvikas om trycksår kunde förebyggas eller om läkningen av sådana kunde göras snabbare och effektivare.

Dokumentationen är ett viktigt och effektivt verktyg som möjliggör detta. Lagliga påföljder både för verksamheten och den enskilda sjuksköterskan kommer ofta för sent för den involverade patienten som redan lider och kanske inte ens är i livet längre.

En del frågor har väckts i denna studie som skulle kunna utgöra en grund till framtida forskning. Resultatet ger en kartläggning om hur dokumentationen avseende modifierad Nortonskala såg ut vid tre kliniker på UMAS under en kort del av år 2008. Tidigare gjorda punktprevalensmätningar har även dem gett en uppfattning om hur det ser ut. Nu kan det vara av intresse att undersöka varför de angivna föreskrifterna inte följs.

### **Ytterligare studier/forskning**

Den faktor som har påverkat studien mest enligt författarna är antalet kliniker som ingick i studien. Då resultatet baserades på material som samlades in på tre kliniker på UMAS där det totalt sett finns ett 30- tal kliniker kan man dra slutsatsen att resultatet i denna studie inte alls behöver återspegla hur det ser ut på sjukhuset i stort. En sjukhusövergripande studie med liknande syfte och frågeställningar är därför något som borde göras.

Resultatet i denna studie bygger ej på individdata och således har inte signifikansprövningar kunnat åstadkommas. Dessa omständigheter är en bakomliggande orsak varför ytterligare studie bör göras inom området.

Efter den kartläggning som gjorts i denna studie ställer sig författarna frågan: "Varför ser det ut som det gör?" Ett resonemang med utgångspunkt i denna fråga blir med nödvändighet spekulativt eftersom studien inte ger något direkt underlag för svar. Frågan är emellertid viktig att ställa. Det är emellertid uppenbart att fler studier behövs och att dessa görs med andra infallsvinklar t ex arbetsmiljö, gruppsykologi, stress, utbildning både före och efter erhållen legitimation, ledarskap och ekonomi.

### **Framtida värde**

Enligt Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005) samt enligt den etiska koden för sjuksköterskor (ICN, 2007) skall vi som blivande sjuksköterskor bland annat främja hälsa, förebygga ohälsa och lindra lidande. Genom att använda modifierad Nortonskala är det relativt enkelt att leva upp till dessa ansvarsområde vad det gäller patientens hudkostym. Tack vare denna studie anser sig författarna få en djupare kunskap och förståelse till betydelsen av riskbedömning beträffande trycksår och önskar att denna kunskap kan spridas till blivande kolleger.

## REFERENSER

Almås, H (red), (2002) *Klinisk omvårdnad, del 2*. Stockholm: Liber AB

Benjaku, R & Sefedini, G (2006) Nortonskalan. En kvalitativ intervjustudie om sjuksköterskans attityd till användandet av modifierad Nortonskala- en riskbedömningsskala för uppkomst av trycksår. Malmö Högskola: Hälsa och Samhälle, Utbildningsområde omvårdnad, *Examensarbete i omvårdnad 10 poäng*.

Bjålie, J (1998) *Människokroppen* Stockholm: Liber AB

Ek, A-C & Lindgren, M (1997) *Boken om trycksår, en kunskapssammanställning*. Socialstyrelsen.

Ek, A-C m fl (1989) The modified Norton scale and the nutritional intake. *Scand Journal of Caring Science*, 3:4, 183-187

Gunningberg, L m fl (1999) Implementation of risk assessment and classification of pressure ulcers as quality indicators for patient with hip fracture. *Journal of Clinical Nursing*, 8: 396-406

Gunningberg, L & Ehrenberg, A (2004) Accuracy and quality in the nursing documentation of pressure ulcers: a comparison of record content and patient examination. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 31(6): 328-335

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (2007) Svensk sjuksköterskeförening

Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1998:531)

Landstinget Jönköpings län (2008) Värdeberäkningar

Lindholm, C (2003) *Sår*. Studentlitteratur: Lund.

Monsen, C & Carlsson, S (2004) Prevalens av trycksår – en kvalitetsindikator för UMAS. En första kartläggning 24/3- 2004. Malmö: Universitetssjukhuset (opublicerad rapport)

Patientjournalagen (1985:562)

Polit, D F & Beck, C T (2006) *Essentials of nursing research. Methods, Appraisal and Utilization*. Philadelphia PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Sinclair m f (2004) Evaluation of an evidence-based education program for pressure ulcer prevention. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 31(1): 43-50

Sjukvårdsrådgivningen (2008) Trycksår  
>[http://www.sjukvardsradgivningen.se/handboken/06\\_article.asp?CategoryId=3368&ParentId=3366&ChapterId=3368&Preview=&From=MENU&sString=trycksår](http://www.sjukvardsradgivningen.se/handboken/06_article.asp?CategoryId=3368&ParentId=3366&ChapterId=3368&Preview=&From=MENU&sString=trycksår)  
år < 2008-12-08.

Sveriges Kommuner och Landsting - SKL (2008) Förebygg trycksår i samband med vård. Nationell satsning för ökad patientsäkerhet.

Socialstyrelsen (2005) Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Artikelnr 2005-105-1

SOSFS 2005:28 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria



## **BILAGOR**

Bilaga 1: Mall för inskrivningsanteckning i databasen Melior

Bilaga 2: Mall för vårdplan samt OVÅ i databasen Melior

Bilaga 3: Mall för omvårdnadsepikris i databasen Melior

## Bilaga 1

08-12-10 INSKRIVNING Kär10M  
14:17 08-12-10 14:16 / [REDACTED]  
Ssk [REDACTED] Ssk

08-12-10 INSKRIVNING OMV (Inskrivning) Kär10M  
14:17 08-12-10 14:16 / [REDACTED]  
Ssk [REDACTED] Ssk

**Hemklinik**  
**Intagning från**  
**Kontaktorsak**  
**Identitetskontroll/Id-band**  
**Uppgiftslämnare**  
**Upplysning**  
**Tillfälliga uppgifter**  
**Kontaktpärm finns**  
**VMI/VAI/Läkemedel-fråga**  
**PAL**  
**Omv ansvarig ssk**  
**Ansvarig Usk**  
**Hälsohistoria**  
**Längd**  
**Vikt**  
**Vikt gram**  
**BMI**  
**Energibehov**  
**Blodtryck**  
**Puls**  
**SaO2**  
**Temp**  
**Kommunikation**  
**Kunskap/utveckling**  
**Information/Undervisning**  
**Andning**  
**Cirkulation**  
**Bastest/blodgrupp/blod**  
**Neurologi**  
**Nutrition**  
**Riskbedömning Undernäring**  
**Kost**  
**Elimination**  
**Hud/vävnad**  
**Mod Nortonskala**  
**Tryckskada/sår**  
**Downton Fall Risk Index**  
**ADL**  
**Mobilisering**  
**Sömn**  
**Smärta**  
**Smärta VAS(0-10)**  
**Sexualitet/Reproduktion**  
**Psykosocialt**  
**Andligt/kulturellt**  
**Välbefinnande**  
**Sammansatt status**  
**Restriktioner**  
**Planerade åtgärder**  
**Övrigt**  
**KVÅ/Opkod**

## Bilaga 2

08-12-10 TRYCKSKADA, VÅRDPLAN Kär10M

14:19 08-12-10 14:18 [REDACTED]  
Ssk [REDACTED] Ssk

08-12-10 TRYCKSKADA, ÅTGÄRD (Tryckskada, Vårdplan) Kär10M

14:20 08-12-10 14:18 / [REDACTED]  
Ssk [REDACTED], Ssk

**Vändschema**

**Madrass**

**Stol**

**Nutrition**

**Mobilisering**

## Bilaga 3

08-12-10 OMV EPIKRIS Kär10M

14:18 08-12-10 14:18 [REDACTED]

Ssk [REDACTED] Ssk

Vårdtid

Kontaktorsak

Civilstånd

Närstående

Tolkbehov

Boende

Hälsohistoria

Längd

Vikt

Blodtryck

Puls

SaO2

Temp

Kommunikation

Information/Undervisning

Andning

Cirkulation

Neurologi

Nutrition

Risk för undernäring

Blodsocker

Elimination

Hud/vävnad

Risk för tryckskada/sår

Trycksskada under vårdtiden

Fallrisk

Fallolycka under vårdtiden

ADL

Mobilisering

Sömn

Smärta

Smärta VAS(0-10)

Sexualitet/Reproduktion

Psykosocialt

Andligt/kulturellt

Välbefinnande

Planerade åtgärder

Sammanfattning av vårdtiden

Behov av fortsatt vård

Befintliga In- och Utfarter

Övrigt

Kopia till