

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

## Blåsdysfunktion

<b>Har du/personen urinläckage?</b> Ja (1) <input type="checkbox"/> Nej (0) <input type="checkbox"/>	<b>Kommer det urin efter att du/personen kissat klart</b> Ja (1) <input type="checkbox"/> Nej (0) <input type="checkbox"/>
<b>Använder du/personen inkontinenshjälpmedel?</b> Ja (1) <input type="checkbox"/> Nej (0) <input type="checkbox"/>	<b>Risk för blåsdysfunktion föreligger om personen har minst ett ja på dessa frågor</b>
<b>Kissar du/personen mindre än 4 gånger eller mer än 8 gånger per dygn?</b> Ja (1) <input type="checkbox"/> Nej (0) <input type="checkbox"/>	<b>Vid risk Basal utredning blåsdysfunktion</b> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
<b>Behöver du/personen gå upp flera gånger på natten för att kissa?</b> Ja (1) <input type="checkbox"/> Nej (0) <input type="checkbox"/>	<b>Vid Ja markera vilka av följande utredningar som ingått i den Basala utredningen</b>
<b>Har du/personen svårt att tömma urinblåsan?</b> Ja (1) <input type="checkbox"/> Nej (0) <input type="checkbox"/>	<b>Anamnes</b> <input type="checkbox"/>
<b>Vid Ja ange vilka problem som finns vid tömning av blåsan</b> 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"/>	<b>Status</b> Toalettschema <input type="checkbox"/> 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><b>Information</b></p> <p><input type="checkbox"/> Information/utbildning inom området blåsfunktion/dysfunktion</p> <p><b>Genomföra toalettassistans</b></p> <p><input type="checkbox"/> Individuell anpassning av toalettbesök</p> <p><b>Anpassning av miktionsvanor</b></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><b>Avföringsregim</b></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><b>Förflyttningshjälpmedel</b></p> <p><input type="checkbox"/> Förflyttningshjälpmedel</p> <p><b>Omgivningsanpassning</b></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><b>Anpassning kring av- och påklädning</b></p> <p><input type="checkbox"/> Anpassning kring av- och påklädning</p> <p><b>Läkemedelsgenomgång</b></p> <p><input type="checkbox"/> Läkemedelsgenomgång</p>	<p><b>Infektionsförebyggande åtgärder</b></p> <p><input type="checkbox"/> Utredning vid återkommande urinvägsinfektioner</p> <p><input type="checkbox"/> Lokal östrogenbehandling</p> <p><b>Anpassning av vätsketillförsel</b></p> <p><input type="checkbox"/> Anpassning av vätsketillförsel</p> <p><b>Anpassning av personlig hygien</b></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><b>Rörelse och träning</b></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><b>Blåsträning</b></p> <p><input type="checkbox"/> Blåsträning</p> <p><b>Minska efterdropp</b></p> <p><input type="checkbox"/> Minska efterdropp</p> <p><b>Utprovning av inkontinenshjälpmedel vid blåsdysfunktion</b></p> <p><input type="checkbox"/> Individuell utprovning av inkontinenshjälpmedel</p> <p><b>Urinavledande behandling</b></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>
--	--

<b>Planerad uppföljning</b>	<b>Genomförd</b>	<b>Signatur</b>
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