

Vägledning för riskbedömningsinstrument

Modifierad Nortonskala, Mini Nutritional Assessment och Downton Fall Risk Index

Modifierad Nortonskala

A. Psykiskt status, se poäng 4-1

B. Fysisk aktivitet, se poäng 4-1

Vid 3 p: ingår även ev. rullstol för oberoende förflyttning

Vid 2 p: rullstolsburen – gäller hela dagen

C. Rörelseförmåga, se poäng 4-1

Vid 3 p: behov av assistans vid lägesändring

Vid 2 p: behöver fullständig hjälp vid lägesändring, men kan bidra

Vid 1 p: kan inte alls bidra själv vid lägesändring

D. Födointag, se poäng 4-1

Poäng 4-1 avser även motsvarande parenteralt

Om kost/energi beräkning utförs motsvaras födointag 4-1 p i förhållande till beräknat behov. Ex normal portion (4 poäng) = fullt intag av kost och energi enligt beräknat behov.

E. Vätskeintag, se poäng 4-1

F. Inkontinens, se poäng 4-1

G. Allmäntillstånd

4 poäng **Gott**: afebril (feberfri), normal andning, frekvens, rytm, normal puls, blodtryck, inte smärtpåverkad, normal hudfärg, utseende som motsvarar åldern.

3 poäng **Ganska gott**: afebril-subfebril, normal andning, puls och blodtryck, ev. lätt tachycardi (hjärtklappning), latent hypo- eller hypertoni, ingen eller lätt smärtpåverkan, patienten vaken. Huden ev. blek eller cyanotisk (blåaktig), varm-fuktig eller kall-fuktig, eller nedsatta turgor (elasticitet) eller ödem (svullnad).

2 poäng **Dåligt**: ev. feber, påverkad andning, tecken på cirkulationsinsufficiens (nedsatt blodcirkulation), tachycardi, ödem, hypo- eller hypertoni, smärtpåverkad. Somnolent (nedsatt vakenhetsgrad), eller vaken men apatisk (viljeslös, slö). Huden ev. blek eller cyanotisk, varm-fuktig eller kall-fuktig, eller nedsatt turgor eller ödem.

1 poäng **Mycket dåligt**: ev. feber, påverkad andning, utpräglade tecken på cirkulationsinsufficiens, ev. chock, starkt smärtpåverkad, somnolent, stuporös (medvetslös, men väckbar), comatös (medvetslös). Huden blek eller cyanotisk varm-fuktig eller kall-fuktig eller nedsatt turgor eller ödem.

Summera poäng för A-G. Max poäng 28 och min poäng 7.

Vid 20 p eller lägre = Ökad risk för tryckskada.

Trycksårsrisk ökar vid lägre poäng.

Mini Nutritional Assessment (MNA)

(fråga A-D)

A. Födointag

Har födointaget varit mindre än vanligt under de senaste tre månaderna på grund av försämrad matlust, matsmältningsproblem, tugg- eller sväljproblem? Om ja, har intaget varit lite mindre eller mycket mindre än vanligt.

B. Viktförlust

Ofrivillig viktnedgång under de senaste tre månaderna? Om vikt finns dokumenterad använd den som ligger närmast tre månader tillbaka i tiden. Om utgångsvikt inte finns och personen eller dennes närstående/vårdare inte vet anges alternativet vet ej.

C. Rörlighet

Har personen begränsning i rörelseförmåga? Om ja, kan hon/han ta sig från säng till rollstol och tvärtom? Kan han/hon gå ut utan eller med hjälpmedel. För två poäng krävs att han/hon kan gå utomhus med eller utan hjälpmedel.

D. Psykisk stress eller akut sjukdom

Med psykisk stress menas sådana yttre händelser som lett till märkbara konsekvenser för personen. Exempel på sådana händelser kan vara förlorat närstående, flyttat från tidigare boende, etc. Med akut sjukdom menas här sjukdom som krävt läkarbesök/läkarvård eller vård på sjukhus. Det kan även vara en kronisk sjukdom som försämrats så att läkarvård krävts.

E. Neuropsykologiska problem

Titta i journalhandlingar om det finns anteckningar om demenssjukdom eller depression. Bedömningen demenssjukdom eller depression bör vara gjord av läkare.

Alternativt – Om personen är förvirrad men ej har en diagnostiserad demenssjukdom markera med 1 poäng.

F. Body Mass Index (BMI)

BMI beräknas enligt formeln vikt (kg) dividerat med längd (m)².

Längd mäts stående alternativt liggande på rygg med utsträckta ben i sängen.

Om mätning av längd ej kan utföras kan denna beräknas utifrån halva armspännvidden. Mät mellan bröstbenets mittskåra och roten mellan lång- och ringfinger på ena armen. Längd i cm:
Kvinnor = (1.35 x halva armspännvidden i cm) + 60.1
Män = (1.40 x halva armspännvidden i cm) + 57.8

Frågorna A-D ska om möjligt ställas direkt till personen eller hans/hennes närstående eller vårdare.

Summera poängen från A-F (SF-MNA)

(max 14 poäng)

12-14 poäng: Normal nutritionsstatus

8-11 poäng: Risk för undernäring

0-7 poäng: Undernärd

Downton Fall Risk Index (DFRI)

A. Tidigare kända falloolyckor

1 poäng: känner till att personen har fallit det senaste året.

B. Medicinering

Läs medicinlistan eller låt om möjligt personen själv redogöra för vilka mediciner som intas. Fördela ev. läkemedel efter medicingrupp och sätt poäng.

C. Sensoriska funktionsnedsättningar

1 poäng: synnedsättning = har måttligt till kraftigt nedsatt syn eller är blind

1 poäng: hörselnedsättning = har kraftigt till måttligt nedsatt hörsel eller är döv

1 poäng: nedsatt motorik = har kraft- eller funktionsnedsättning i någon extremitet

D. Kognitiv funktionsnedsättning

1 poäng: Är inte orienterad till namn, plats och tid. Vid behov görs utredning enligt lokal rutin.

E. Gångförmåga

0 poäng: Personen går säkert med eller utan gånghjälpmedel och kommer ihåg att använda hjälpmedlet.

1 poäng: Personen går osäkert med eller utan hjälpmedel och/eller glömmer att använda hjälpmedlet ibland.

Summera A-E till en indexpoäng (0-11).

Vid 3 poäng eller mer = hög fallrisk.

Vid hög fallrisk gå igenom bedömningsunderlaget och vidta lämplig åtgärder.

Vägledningen är utarbetad för "Vårdprevention" av Landstinget i Jönköpings län 2007

Källor:
Downton JH. Falls in the elderly. London: Edward Arnold, 1993:128-30. / Unosson M et al. (2004). Handledning till nutritionsbedömning med MNA. / Nestlé, 1994, Rev 2009. N67200 12/99 10M Vårdalinstitutets Tematiska rum: Näring och ätande. www.vardalinstitutet.net Tematiska rum Ek AC, Unosson M, Bjurulf P The modified Norton scale and the nutritional intake (1989) Scand J Scand J Caring Sci 3:4;183-187