

# **BEDÖMNINGSSINSTRUMENT FÖR MALIGNA TUMÖRSÅR ÖVERSÄTTNING AV “MALIGNANT WOUND ASSESSMENT TOOL – CLINICAL” (MWAT-C) (Schulz et al., 2009)**

Översättare: Liselott Sahlberg (M.Sc.Nursing Science, RN Oncology), Karolinska Universitetssjukhuset – Tema Cancer; [liselott.sahlberg@sll.se](mailto:liselott.sahlberg@sll.se).

## **Instruktioner för ifyllande:**

Syftet med detta bedömningsinstrument är att få ett underlag för diskussionen mellan patient och vårdpersonal gällande patientens upplevda besvär med att leva med ett tumörsår. Avsikten med instrumentet är inte att ge en heltäckande bedömning av symtom, utan att ta reda på patientens behov för att kunna utarbeta en sårbehandlingsplan.

## **Del A – Demografisk information:**

Denna del fylls i av vårdpersonal. Informationen inhämtas från patientens journal.

## **Del B – Symtombedömning:**

Information från patienten inhämtas genom att patienten intervjuas. Skriv ner patientens svar, inte din tolkning av svaret. Den kliniska bedömningskolumnen ska fyllas i av vårdpersonal. Rutor som inte har någon instruktion kan användas för att skriva ner relevanta observationer.

## **Del C – Sårbedömning:**

Om inte annat specificerats, ska denna del fyllas i av vårdpersonal.

## **A. Demografisk information**

A1. Dagens datum: \_\_\_\_\_

A2. Cancerdiagnos/-er: \_\_\_\_\_

A3. Datum för cancerdiagnos/-er: \_\_\_\_\_

A4. När upptäcktes såret första gången? \_\_\_\_\_

A5. Har såret/tumören blivit behandlad med cytostatika, strålning, kirurgi, målsökande-/immunologisk behl? Annat? Lista med datum:

A6. Lokal sårbehandling (inom den senaste månaden): \_\_\_\_\_

**Patient ID**

## **B. Symtombedömning**

<b>Symtom</b>	<b>Patientens bedömning</b>	<b>Klinisk bedömning</b>
<b>B1. SMÄRTA</b>	<p>På en skala från 0 till 10, där 0 är "ingen smärta" och 10 är "värsta tänkbara smärta", hur skulle du skatta din smärta:</p> <p>a) i såret, när det varit som värst, under de senaste 24 timmarna? _____</p> <p>b) runt omkring såret, när det varit som värst, under de senaste 24 timmarna? _____</p> <p>c) vid förbandsbyte, när det varit som värst? _____</p> <p>d) mellan förbandsbyten, när det varit som värst? _____</p> <p>e) annat:</p> <p>Är det något som lindrar smärtan?</p> <p>Är det något som förvärrar smärtan?</p>	

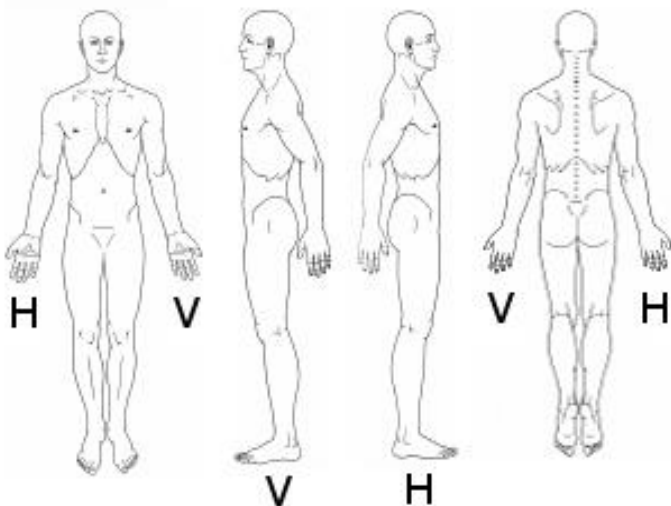
Symtom	Patientens bedömning	Klinisk bedömning
<b>B2. LUKT</b>	Märker du någon lukt från såret? (Beskriv)	<input type="checkbox"/> Stark lukt märkbar när man går in i rummet (2-3 meter från patienten); med intakt förband <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Måttlig lukt märkbar när man går in i rummet (2-3 meter från patienten) och förbandet är avlägsnat. <input type="checkbox"/> Lite lukt märkbar på nära håll när förbandet är avlägsnat. <input type="checkbox"/> Ingen märkbar lukt vid patientens sängkant trots att förbandet är avlägsnat. Vårdpersonalens beskrivning:
<b>B3. SÅRSEKRETION</b>	Vätskar det från såret? Förhindrar förbandet läckage? Antal förbandsbyten per dag: _____ Kommenterera:	Mängd: <input type="checkbox"/> ingen <input type="checkbox"/> lite <input type="checkbox"/> måttlig <input type="checkbox"/> kraftig Utseende (markera allt som stämmer in): <input type="checkbox"/> serös <input type="checkbox"/> blodtillblandad <input type="checkbox"/> varig <input type="checkbox"/> annat (specificera):
<b>B4. BLÖDNING</b>	Blöder det från såret? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ibland <input type="checkbox"/> hela tiden När blöder såret? (markera allt som stämmer in) <input type="checkbox"/> vid förbandsbyten <input type="checkbox"/> spontant <input type="checkbox"/> andra tillfällen Kommentera:	Mängd: <input type="checkbox"/> liten <input type="checkbox"/> måttlig <input type="checkbox"/> kraftig Finns risk för katastrofblödning? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> oklart Kommentera:
<b>B5. ÖDEM</b>	Är det svullet i sårområdet? (Kommentera)  Har du svullnad någon annanstans? (Kommentera)	Lokalisation (markera allt som stämmer in): <input type="checkbox"/> I såret <input type="checkbox"/> runtomkring såret <input type="checkbox"/> huvudet <input type="checkbox"/> halsen <input type="checkbox"/> arm (specificera vä, hö eller båda): _____ <input type="checkbox"/> ben (specificera vä, hö eller båda): _____ <input type="checkbox"/> andra ställen (specificera): _____ Finns lymfödem? (Kommentar)
<b>B6. ANDRA SYMTOM</b>	Har du några andra symtom?	

<sup>1</sup> Odour scale anpassad efter Baker PG & Haig G. The Practitioner 1981; 225:569-573.

Symtom	Patientens bedömning	Klinisk bedömning
<b>B7. FUNKTION</b>	Påverkar såret din fysiska rörlighet i ditt dagliga liv? (Kommentera)	Har patienten svårigheter att röra sig på grund av såret?
<b>B8. SOCIALT</b>	Påverkar såret dig från att delta i sociala aktiviteter? (Kommentera)	
<b>B9. STÖD</b>	Får du något stöd från hälso- och sjukvården, och/eller familj/vänner? (beskriv)	
<b>B10. EMOTIONELLT</b>	Påverkar såret hur du mår? i så fall på vilket sätt?	
<b>B11. PATIENTENS FRÄMSTA BEKYMMER</b>	Vad besvärar dig mest med att leva med såret?	

### C. Sårbedömning

C1. Sårlokalisering: (markera hela sårområdet)



Rita av såret eller bifoga ett fotografi för att visa sårets form och utseende

C3. Sårbotten: % röd \_\_\_\_\_, % rosa \_\_\_\_\_, % gul \_\_\_\_\_, % grå \_\_\_\_\_, % svart \_\_\_\_\_, % annan (specificera) \_\_\_\_\_ = 100%

C4. Mått: Såryta: L \_\_\_\_\_ x B \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ cm<sup>2</sup>.

Beräknad som längden (L) x bredden (B), där L är det längsta måttet på såret och B är det bredaste måttet vinkelrätt mot L.

Djup (djupaste punkten): \_\_\_\_\_ cm

Höjd (högsta punkten): \_\_\_\_\_ cm

C5. Förändring i sårstorlek:

- större än senast dokumenterat  mindre än senast dokumenterat  ingen förändring jämfört med senast dokumenterat  
 det här är första dokumenterade mätningen

C6. Enligt patienten, har såret den senaste månaden blivit:  större  mindre  ingen förändring

C7. Omgivande hud (markera allt som stämmer in):

- intakt  röd  torr  fuktig  blåsor  sårig  annat (specificera): \_\_\_\_\_

C8 Sårbeskrivning (markera allt som stämmer in):

<input type="checkbox"/> Svampliknande (växande tumör med eller utan ulceration)
<input type="checkbox"/> Ulcererad (sår utan synlig tumörväxt)
<input type="checkbox"/> Fistel
<input type="checkbox"/> Bältrosliknande lesioner (små, isolerade tumörer, kluster av små klara blåsor)
<input type="checkbox"/> Subkutan spridning (plana, utbredda sår, behöver inte ha öppna områden); om ja, vilken typ av subkutan spridning finns? ___ Erysipelasliknande tumör (rodnad, inflammation i huden) ___ Pansarliknande tumör (torr, plan, indragen hud) ___ Elefantiasislika hudförändringar (tjock, upphöjd, indragen hud) ___ Sklerotiska hudförändringar (förhårdnad och stramhet)
<input type="checkbox"/> Annat: _____ _____

Sammanfattning av bedömningen: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Problemområden: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Sårbehandlingsplan: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Underskrift av vårdpersonal

\_\_\_\_\_  
Datum