

Formulär

SveDem Svenska Demensregistret

Registrets syfte	Syftet med registret är att förbättra kvaliteten av demensvården i Sverige genom att samla in data för att kunna följa upp förändringar i patientpopulationer, diagnoser och behandling vid demenssjukdomar.
Information till patienten	För att registrera personer i kvalitetsregister ska PUL-anmälan göras till PUL-ansvarig för enhetens huvudman. Personer med demenssjukdom skall informeras om att registrering sker och att han har rätt att avstå, rätt till ett kostnadsfritt utdrag ur registret samt att felaktigheter korrigeras.
Grundregistrering	Registrering startar när utredningen resulterat i en demensdiagnos. Bakgrundsdata och undersökningar som lett fram till diagnos registreras således i efterhand (avsnitt 1.1-1.6). Avsnitt 1.7-1.9 beskriver vilka åtgärder som sätts in eller tas initiativ till.
Förenklad grundregistrering	Förenklad grundregistrering kan användas om personen bor på särskilt boende och har en dokumenterad demensdiagnos sedan tidigare, men inte finns registrerad i SveDem.
Uppföljning	I uppföljningen för särskilt boende registreras personens status, läkemedelsbehandling, eventuell omvärdering av diagnos samt omvårdnadsåtgärder och skattning av livskvalitet.

Uppföljning särskilt boende

1. Uppföljningsdatum _____
(Dagens datum)

2. Datum för flytt till särskilt boende _____

3. Boende Särskilt, permanent
 Särskilt, permanent, anpassat boende för personer med demenssjukdom

4. Vikt (Uppmätt senaste månaden utan ytterkläder, skor och kavaj) _____, _____ kg Vet ej

Längd (Uppmätt utan skor) _____ cm Vet ej

5. MMT (Utförs om du bedömer att det kan göras utan att upplevas kränkande) _____ Poäng
 Ej testbar
 Ej utfört

6. Ändring av diagnos Ja - Registrera den nya diagnosen nedan
 Oförändrad - gå direkt till fråga 10
 Vet ej - gå direkt till fråga 10

 Demens vid Alzheimers sjukdom, tidig debut
 Demens vid Alzheimers sjukdom, sen debut
 Mix demens vid Alzheimers sjukdom - Vaskulär demens
 Vaskulär demens (inkl Subkortikal vaskulär demens)
 Lewy body demens
 Frontotemporal demens
 Parkinsons sjukdom med demens
 Demens UNS
 Övrig (demensdiagnos förutom ovanstående)
 Lindrig kognitiv störning (demenskriterier ej uppfyllda inkl MCI)

7. ICD-10 _____ (Diagnoskoderna kommer upp automatiskt när man valt diagnosen ovan och använder "tab" tangenten, förutom vid vaskulär demens. Vaskulär demens, ospecificerad = F 01.9)

8. Tilläggskod _____

9. Diagnosdatum _____

10. Läkemedel som personen behandlas med regelbundet efter att eventuella justeringar gjorts i samband med uppföljningen (pågående och nyinsatt).

Kolinesterashämmare = donepezil, galantamin, rivastigmin

NMDA-antagonist = memantin

Läkemedel vid vaskulära riskfaktorer t ex statiner, ASA, diabetesläkemedel

Övriga läkemedel var god se www.fass.se

Antal läkemedel som personen regelbundet behandlas med (ej vb)

Antal läkemedel _____	<input type="checkbox"/>	Vet ej	
	Nej	Ja	Vet ej
Kolinesterashämmare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NMDA-antagonist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läkemedel vid vask. Riskfaktorer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuroleptika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ångstdämpande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sömnmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analgetika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Övriga läkemedel vid demenssjukdom (t ex studieläkemedel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Har läkemedelsgenomgång utförts senaste 12 månadern?

Gäller personens samtliga läkemedel även läkemedel vb.

En läkemedelsgenomgång bör minst innehålla följande moment:

- Dokumentation om personens sjukdomsbild, aktuella symtom och aktuella och tidigare ordinarie läkemedel samlas in.

- Teamet går igenom och diskuterar personens läkemedelslista. Personen med demenssjukdom och anhörig ges möjlighet att redogöra för personens läkemedelsintag, beskriva olika reaktioner på läkemedel och ställa frågor.

Nej	Ja	Vet ej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Vilket av följande beskriver bäst personens vanliga aktivitetsnivå under den senaste månaden?

"ACDS-ADL - Alzheimers Disease Cooperative Study of Daiyl Living"

ACDS-ADL används främst i kliniska studier för utvärdering av behandlingseffekt vid Alzheimers sjukdom i mild till måttlig demensfas. Skalan består av

23 uppgifter för mätning av grundläggande och mer komplexa funktioner.

Här har 5 variabler valts ut för att kunna följa den aktivitetsförmåga som personen har och hur den förändras. Aktivitetsförmågan skattas enligt en skala från 0-3, där 0 anger högsta aktivitetsnivå och 3 lägst. Endast ett alternativ kan anges, så börja från 0 och gå neråt tills du hittar det mest lämpliga alternativet.

- | | | | |
|---|---|--------------------------|---|
| Måltid | 0 | <input type="checkbox"/> | Äter utan hjälp av annan och använder kniv |
| | 1 | <input type="checkbox"/> | Äter med gaffel eller sked, ej kniv |
| | 2 | <input type="checkbox"/> | Äter med fingrarna |
| | 3 | <input type="checkbox"/> | Behöver vanligtvis eller alltid hjälp av annan |
| Förflyttning
(till fots el rullstol) | 0 | <input type="checkbox"/> | Utomhus utan hjälp av annan |
| | 1 | <input type="checkbox"/> | Inomhus utan hjälp av annan |
| | 2 | <input type="checkbox"/> | Flyttar sig från säng till stol utan hjälp av annan |
| | 3 | <input type="checkbox"/> | Behöver annans hjälp vid alla förflyttningar |
| Toalettbesök/kont. | 0 | <input type="checkbox"/> | Klarar alla behov utan tillsyn eller hjälp |
| | 1 | <input type="checkbox"/> | Behöver tillsyn men ingen hjälp av annan |
| | 2 | <input type="checkbox"/> | Behöver hjälp av annan och var oftast kontinent |
| | 3 | <input type="checkbox"/> | Behöver hjälp av annan och var oftast inkontinent |
| Bad/dusch | 0 | <input type="checkbox"/> | Bad/dusch utan påminnelse och hjälp av annan |
| | 1 | <input type="checkbox"/> | Behöver ej hjälp men påminnelse/tillsyn |
| | 2 | <input type="checkbox"/> | Behöver lite hjälp av annan t ex med hårtvätt |
| | 3 | <input type="checkbox"/> | Behöver hjälp helt och hållet |
| Personlig hygien | 0 | <input type="checkbox"/> | Rengör och klipper naglar utan hjälp av annan |
| | 1 | <input type="checkbox"/> | Borstar/kammar håret utan hjälp av annan |
| | 2 | <input type="checkbox"/> | Håller händer och ansikte rena utan hjälp av annan |
| | 3 | <input type="checkbox"/> | Behöver hjälp med naglar, hår, händer och ansikte |

13. Har strukturerade och dokumenterade riskbedömningar gjorts senaste 6 månaderna avseende:

Vid riskbedömning rekommenderas att någon form av skattningsskala används för att analysera bakomliggande orsaker. Exempel på skattningsskalor:

DFRI (Downton Fall Risk Index)

SKL-fall (Sveriges Kommuner och Landstings -modell om patientsäkerhet - fall)

Mod Norton (Modifierad Nortonskala)

RAPS (Risk Assessment Pressure Ulcer Sore)

SFMNA (Mini Nutritional Assessment short form)

MNA (Mini Nutritional Assessment)

SKL-nutrition (Sveriges Kommuner och Landsting - modellen om patientsäkerhet - nutrition)

ROAG (Revised Oral Assessment Guide)

	Nej	Ja	Vet ej
Fall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trycksår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Undernäring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Munhälsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Har strukturerade och dokumenterade förebyggande åtgärder vidtagits senaste 6 månaderna avseende:

Bakomliggande orsaker bör analyseras vid planeringen av förebyggande åtgärder. Skattningsskalor som används vid riskbedömning används också som stöd för vilka förebyggande åtgärder man bör utföra.

	Nej	Ja	Vet ej
Fall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trycksår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Undernäring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Munhälsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personcentrerad vård

15. Ligger levnadsberättelsen till grund för vårdens utformande?

Levnadsberättelsen ligger till grund för den personcentrerade vården. Här finns information om livsmönster, värderingar och preferenser. Dokumentet kan löpande kompletteras. Levnadsberättelsen kan ge en god bild av vem personen är och har varit och kan därmed vara till hjälp i bemötandet.

Nej Ja Vet ej

16. Finns individuella miljöanpassningar beskrivna i genomförandeplanen?

*Exempel på individuella miljöanpassningar:
Lägenhetsdörren är personligt markerad för att underlätta orienteringen
Lägenheten är personligt möblerad för att bidra till igenkänning och välbefinnande
Belysningen är anpassad efter personens behov
Tavlor och fotografier är personliga och placerade så att de är väl synliga
Dukning av måltid är utformad efter personens boendes behov för att bidra till tydlighet och aptit
Badrummet är väl upplyst utan att vara bländande
Toalettringen i avvikande färg för att bidra till igenkänning och trygghet
Handfat och toalettporslin bildar kontrast mot bakgrunden för tydlighet och funktion
Handduk, kam, tandborste och tandkräm väl synliga mot bakgrunden*

Nej Ja Vet ej

17. Finns strategier för bemötande dokumenterade i genomförandeplanen?

*Genomförandeplanen kan i sig ses som ett bemötandedokument. Strategierna skall beskriva hur personen bör bemötas för att kunna fungera optimalt trots sina sviktande förmågor.
T ex vid omvårdnadssituationer hos Greta där två personal behövs, skall endast en person ge instruktioner till henne. Greta kan med instruktion själv utföra tandborstning och kamning.*

Nej Ja Vet ej

18. Har personcentrerade aktiviteter utifrån genomförandeplanen erbjudits senaste veckan?

*Personen ska ges möjlighet att delta i **individuellt** anpassade aktiviteter som t ex utevistelse, hushållssysslor, fysisk aktivitet, hobby, musik, dans, massage eller annat som stimulerar personen och ger utrymme för egen tid.*

Helt	Delvis	Vet ej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Används någon individuell skydds- och begränsningsåtgärd?

Merparten så kallade skydds- och begränsningsåtgärder har idag inget lagstöd, man används i brist på alternativ.

- Nej - Gå direkt till fråga 21
- Ja, vid ja - Svara på nedanstående följdfrågor
- Vet ej

Nej	Ja	Vet ej
-----	----	--------

Mekankiska åtgärder <i>(brickbord, grensele, bälte, sänggrindar)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysiska åtgärder <i>(låst dörr till den personens lägenhet, som inte utgår från dennes egen önskan/samtycke)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rörelselarm <i>(Elektronisk anordning som den personen bär på sig och larmar vid passage av given gränslinje)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passiva larm <i>(Larmmatta, tryckdyna under madrass, larm med ljusstråle, elektroniska ljudövervakare eller larm kopplat till personens lägenhetsdörr)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Av vilken anledning används skydds- och begränsningsåtgärderna?

- Skydd för den enskilda personen
- Annat skäl

21. Finns en dokumenterad plan om medicinska åtgärder/ej åtgärder vid framtida försämring?

(Diskussion har förts av läkare och sjuksköterska angående handlingsplan vid försämring. Vårdplanen finns dokumenterad i den medicinska journalen och i omvårdnadsjournalen)

- Nej
- Ja, närstående är informerade
- Ja, närstående är inte informerade
- Vet ej

22. Livskvalitet vid svår demens bedömd med hjälp av Qualid

Kriterierna för svår demens är:

Personer med dokumenterad demensdiagnos och som uppfyller samtliga nedanstående kriterier:

Dokumenterad MMT <10 eller ej testbar

Behov av personlig hjälp med måltid

Mycket begränsad förmåga att kommunicera med ord

- Ej utfört
- Ja, poäng _____
- Ej aktuellt (uppfyller ej kriterierna för svår demens)