

Namn \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

## Uppföljning hemsjukvård och omsorgsinsatser

Datum för uppföljning \_\_\_\_\_

Boendeförhållande  Sammanboende med annan vuxen.  Ensamboende

Ja Nej

Bor barn under 18 år i hemmet  

Hemtjänstform

- Ordinarie hemtjänstpersonal  
 Dementeam inom hemtjänsten

Dagverksamhet i dagsläget

- Nej  
 Ja, ej specifikt anpassad för personer med demenssjukdom  
 Ja, anpassad för personer med demenssjukdom  
 Ja, anpassad för yngre personer med demenssjukdom

demenssjuk-  
sköterska eller  
annan  
samordnings-  
funktion  
saknas

Ja Nej Tackat nej

Kontakt har etablerats med demenssjuksköterska eller annan samordningsfunktion    

Ja Nej Tackat nej

Erhållet kognitiva hjälpmedel   

### Mätvärden vid uppföljningen

Registrera MMSE-SR eller RUDAS-S tester som är utförda tidigast 2 månader före uppföljningsdatum

Kroppslängd i cm \_\_\_\_\_ cm  Vet ejKroppsvikt \_\_\_\_\_ kg  Vet ejMMSE-SR   Ej testbar  Ej utförtRudas-S   Ej testbar  Ej utfört  Ej aktuellt

### Diagnos

Om grundregistrering saknas ska första demensdiagnos fyllas i diagnos

- Demens vid Alzheimers sjukdom, tidig debut  
 Demens vid Alzheimers sjukdom, sen debut  
 Blanddemens vid Alzheimers sjukdom - Vaskulär demens  
 Vaskulär demens (Inkl Subkortikal vaskulär demens.)  
 Lewy body demens  
 Frontotemporal demens Frontotemporal demens specificering  
 Demens vid Parkinsons sjukdom G31.0 ospecificerad-förvald när man väljer FTD  
 Demens UNS G31.0 beteendevariant  
 Övrig (Demensdiagnos förutom ovanstående.) G31.0 semantisk demens  
G31.0 progressiv icke-flytande afasi (PFNA)  
 G12.2 G31.0 Motorneuronsjukdom

Diagnosår \_\_\_\_\_

Namn \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

**Om grundregistrering finns ska följande fyllas i**

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

Om "Ja" fyll i ny diagnos efter ändring:

- 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  
 Demens vid Parkinsons sjukdom  
 Demens UNS  
 Övrig *(Demensdiagnos förutom ovanstående.)*  
 Lindrig kognitiv störning

Diagnosdatum: \_\_\_\_\_

**Läkemedel**

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

Läkemedel vid behov räknas inte med.

Antal läkemedel

Antal läkemedel som personen regelbundet behandlas med.

	Ja	Nej
Kolinesterashämmare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NMDA-antagonist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läkemedel vid vaskulära riskfaktorer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidepressiva läkemedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antipsykosmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ångestdämpande läkemedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sömnmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analgetika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har läkemedelsgenomgång utförts senaste 12 månaderna?

- Ja      Nej      Nej, har ing. läkemedel

Namn \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

**Aktivitetsnivå**

Vilket av följande beskriver bäst personens ordinarie aktivitetsnivå under den senaste månaden?

- Måltid  (0) Äter utan hjälp av annan och använder kniv.  
 (1) Äter med gaffel eller sked, ej kniv  
 (2) Äter med fingrarna  
 (3) Behöver vanligtvis eller alltid hjälp av annan
- Förflyttning  (0) Utomhus utan hjälp av annan  
 (1) Inomhus utan hjälp av annan  
 (2) Flyttar sig från säng till stol utan hjälp av annan  
 (3) Behöver annans hjälp vid alla förflyttningar
- Toalettbesök/  
kontinens  (0) Klarar alla behov utan tillsyn eller hjälp  
 (1) Behöver tillsyn men ingen hjälp av annan  
 (2) Behöver hjälp av annan och var oftast kontinent  
 (3) Behöver hjälp av annan och var oftast inkontinent
- Bad/dusch  (0) Bad/dusch utan påminnelse och hjälp av annan  
 (1) Behöver ej hjälp men påminnelse/tillsyn  
 (2) Behöver lite hjälp av annan t ex med hårtvätt  
 (3) Behöver hjälp helt och hållet

**Riskbedömningar**

Har strukturerade och dokumenterade riskbedömningar gjorts senaste 6 månaderna avseende:

	Nej	Ja
Fall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trycksår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Udernäring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohälsa i munnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Förebyggande åtgärder**

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

	Ja	Nej	Nej, inga förebyggande åtgärder behövs
Fall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trycksår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Udernäring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohälsa i munnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Personcentrerad vård**

	Ja	Nej	
Ligger levnadsberättelsen till grund för vårdens utformande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Finns individuella miljöanpassningar beskrivna i genomförandeplanen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Finns strategier för bemötande dokumenterade i genomförandeplanen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Helt	Delvis	Nej
Har personcentrerade aktiviteter utifrån genomförandeplanen erbjudits senaste veckan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Namn \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

**Begränsningsåtgärder**

Används någon individuell begränsningsåtgärd?

- Nej - Gå direkt till frågan Medicinsk handlingsplan
- Ja, vid ja - Svara på nedanstående följdfrågor

	Nej	Ja
Mekaniska åtgärder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysiska åtgärder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rörelselarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passiva larm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anledning till begränsningsåtgärderna

- Skydd för den enskilda personen
- Annat skäl

Finns ett dokumenterat samtycke till begränsningsåtgärderna?

- Nej
- Ja, för samtliga åtgärder
- Ja, men endast för en del åtgärder

**Anhörigstöd**

Har anhöriga fått det stöd som kommunen tillhandahåller?

- Nej
- Ja
- Tackat nej
- Anhörig saknas

Har anhöriga erbjudits att vara delaktiga i utvecklandet av genomförandeplanen?

- Nej
- Ja
- Ej aktuellt