

Namn \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

## Uppföljning särskilt boende

Datum för uppföljning \_\_\_\_\_

Datum för flytt till särskilt boende \_\_\_\_\_

- Boendeform  Särskilt boende, permanent  
 Permanent särskilt boende, anpassat för personer med demenssjukdom

### 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 ej

MMSE-SR  Ej testbar  Ej utfört  
 Rudas-S  Ej testbar  Ej utfört  Ej aktuellt

### Diagnos

Om diagnos finns registrerad sedan tidigare visas inte möjlighet att ändra diagnos

#### Diagnos - Om grundregistrering saknas ska demensdiagnos registreras.

- Demens vid Alzheimers sjukdom, tidig debut (Sjukdomsdebut för 65 års ålder)  
 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 G31.0 semantisk demens

Diagnosår \_\_\_\_\_ G12.2 G31.0 Motorneuronsjukdom

### 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 som personen regelbundet behandlas med.  Antal läkemedel

	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"/>	
Ångstdämpande läkemedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sömnmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Analgetika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Nej, har inga läkemedel</b>
Har läkemedelsgenomgång utförts senaste 12 månaderna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Namn \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

### Aktivitetsförmåga

Vilket av följande beskriver bäst personens vanliga aktivitetsförmåga under den senaste månaden?

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

### Riskbedömningar

Har strukturerade och dokumenterade riskbedömningar gjorts senaste 6 månaderna avseende:

	Ja	Nej
Fall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trycksår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Undernäring	<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"/>
Undernäring	<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 \ 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

	Ja	Nej
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?

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

**Medicinsk handlingsplan**

Finns en dokumenterad medicinsk handlingsplan vid framtida försäkring?

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

**Skattning av livskvalitet**

Livskvalitet vid svår demenssjukdom bedömd med hjälp av Qualid

 \_\_\_\_\_ Ej utfört \_\_\_\_\_ Ej aktuellt (uppfyller ej kriterierna för svår demens)
**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