

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 ej
 Kroppsvikt _____ 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
 G31.0 progressiv icke-flytande afasi (PFNA)
 G12.2 G31.0 Motorneuronsjukdom

Diagnosår _____

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"/>	
	Ja	Nej	Nej, har inga läkemedel
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 (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:

	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 6 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 (brickbord, grensele, bälte, sänggrindar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysiska åtgärder (låst dörr till personens lägenhet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rörelselarm (elektronisk anordning som personen bär på sig och larmar vid passage av given gränslinje)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passiva larm (larmmatta, tryckdyna under madrass, larm med ljusstråle, elektroniska ljudövervakare eller larm kopplat till personens lägenhetsdörr)	<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 försämring?

- 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