

Namn \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

## Uppföljning hemsjukvård med omsorgsinsatser (HEMO)

1. Datum för uppföljning \_\_\_\_\_

2. Boendeförhållande  Sammanboende (*med annan vuxen*)  Ensamboende3. Barn under 18 år i hemmet  Ja  Nej4. Hemtjänstform  Ordinarie hemtjänstpersonal  
 Demensteam inom hemtjänsten  
 Har ej hemtjänst5. Dagverksamhet i dagsläget  Ja, ej specifikt anpassad för demenssjukdom  
 Ja, anpassad för demenssjukdom  
 Ja, anpassad för yngre med demenssjukdom  
 Nej

6. Kontakt har etablerats med demenssjuksköterska eller annan samordningsfunktion

 Ja  Nej  Tackat nej  Nej, demenssjuksköterska eller annan samordningsfunktion saknas7. Erhållet kognitiva hjälpmedel  Ja  Nej  Ej aktuellt  Tackat nej

### Mätvärden vid uppföljningen

Registrera MMSE-SR eller RUDAS, tester utförda tidigast 2 månader före uppföljningsdatum

8. Kroppslängd i cm (*Uppmätt utan skor*) \_\_\_\_\_ cm  Vet ej9. Kroppsvikt (*Uppmätt senaste månaden utan ytterkläder, skor och kavaj*) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ kg  Vet ej10. MMSE-SR \_\_\_\_\_ Poäng  Ej testbar  Ej utfört*(Utförs om du bedömer att det kan göras utan att upplevas som kränkande.)*11. RUDAS-S \_\_\_\_\_ Poäng  Ej testbar  Ej utfört  Ej aktuellt*(Alternativet Ej aktuellt används när kriterierna för RUDAS-S inte uppfylls. Kriterierna är; -Vid utredning av personer med annan språklig och kulturell bakgrund; -Vid utredning som görs med tolk; -Vid utredning av personer med kortare skolgång (0-4 år). Används när ett eller fler kriterier uppfylls.*

## Diagnos

12. Ändring av diagnos  Ja - Registrera den nya diagnosen nedan  
 (Om grundregistrering saknas anges  Oförändrad diagnos - gå direkt till fråga 15

*diagnosen här första gången)*

- 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. Vaskulär demens ospecificerad = F01.9*)
- Lewy body demens
- Frontotemporal demens
- Parkinsons sjukdom med demens
- Demens UNS
- Övrig (*Demensdiagnos förutom ovanstående. Alkoholdemens F10.7, Demens vid Creutzfeldt-Jakobs sjukdom F02.1 A81.0, Demens vid Huntingtons sjukdom F02.2 G10.9*)

ICD-10 diagnoskod \_\_\_\_\_

13. Tilläggskod \_\_\_\_\_

14. Diagnosår \_\_\_\_\_

## Läkemedel

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

Antal läkemedel som personen regelbundet behandlas med

*(Alla läkemedel som återfinns i FASS räknas in i antalet. Vb-läkemedel registreras ej)*

Antal läkemedel \_\_\_\_\_

*Kolinesterashämmare = donepezil, galantamin, rivastigmin*

*NMDA-antagonist = memantin*

*Läkemedel vid vaskulära riskfaktorer (Avser läkemedel vid behandling av hjärt- kärlåkommor som riskerar att ge vaskulär påverkan, t ex blodtrycksreglerande, blodförtunnande, blodfettssänkande, diabetesläkemedel, läkemedel vid kärlkramp.)*

	Ja	Nej
Kolinesterashämmare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NMDA-antagonist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läkemedel vid vask. riskfaktorer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antipsykotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ångestdämpande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sömnmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analgetika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 16. Har läkemedelsgenomgång utförts senaste 12 månaden?

*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.*

Ja            Nej    Nej, har inga läkemedel  
               

**Aktivitetsförmåga**

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

*"ACDS-ADL - Alzheimers Disease Cooperative Study of Daily 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 4 va riabler 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 lägsta. 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<br>(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/<br>kontinens               | 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<br>Bad jämsställs med<br>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                       |

## Riskbedömningar och åtgärder

18. 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)*

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

19. 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.*

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

## Personcentrerad vård

### 20. 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.*

Ja      Nej  
     

### 21. 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 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 toalettporcelain bildar kontrast mot bakgrunden för tydlighet och funktion*

*Handduk, kam, tandborste och tandkräm väl synliga mot bakgrunden*

Ja      Nej  
     

### 22. 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.*

Ja      Nej  
     

### 23. 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    Nej

## Begränsningsåtgärder

### 24. Används någon individuell begränsningsåtgärd?

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

- Ja - Vid ja - Svara på nedanstående följdfrågor
- Nej - Vid nej - gå direkt till fråga 27

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

### 25. Anledning till begränsningsåtgärderna

- Skydd för den enskilda personen
- Annat skäl

### 26. Finns ett dokumenterat samtycke till begränsningsåtgärderna?

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

## Anhörigstöd

### 27. Har anhöriga erbjudits det stöd som kommunen tillhandahåller?

- Ja
- Nej
- Har erbjudits
- Tackat nej
- Anhörig saknas

### 28. Har anhöriga erbjudits att vara delaktiga i utvecklandet av genomförandeplanen?

- Ja
- Nej
- Ej aktuellt