

Namn _____

Personnummer _____

Uppföljning hemsjukvård med omsorgsinsatser

Datum för uppföljning _____

ÅÅÅÅ-MM-DD

Boendeförhållande

- Sammanboende med annan vuxen
- Ensamboende

Barn under 18 år i hemmet

- Ja
- Nej

Hemtjänstform

- Ordinarie hemtjänstpersonal
- Demensteam inom hemtjänsten
- Har ej hemtjänst

Dagverksamhet i dagsläget

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

Kontakt med demenssjuksköterska eller annan samordningsfunktion

- Ja
- Nej
- Tackat nej
- Nej, demenssjuksköterska eller annan samordningsfunktion saknas

Erhållet kognitiva hjälpmedel

- Ja
- Nej
- Ej aktuellt
- Tackat nej

Mätvärden vid uppföljningKroppslängd (i cm) _____ cm Vet ejKroppsvikt _____ kg Vet ej

Registrera MMSE-SR, MMSE-Nr3 eller RUDAS-S tester som är utförda tidigast 2 månader före uppföljningsdå

MMSE-SR Ej testbar Ej utförtMMSE-NR3 Ej testbar Ej utförtRUDA-S Ej testbar Ej utfört Ej aktuellt
(uppfyller ej kriterierna)

Namn _____

Personnummer _____

Diagnos**Ändring av diagnos? - fyll i diagnos nedan. Ofärndrad diagnos? - gå till läkemedel**

- 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 - Valfritt att fylla i specificering:
 - ospecificerad (förvald i SveDem om man väljer FTD)
 - beteendevariant
 - semantisk demens
 - progressiv icke-flytande afasi (PFNA)
 - Motorneuronsjukdom
- Demens vid Parkinsons sjukdom
- Demens UNS
- Övrig (demensdiagnos förutom ovanstående)

Diagnosår _____

Läkemedel

Läkemedel som personen behandlas med efter att eventuella justeringar gjorts i samband uppföljningen (pågående och nyinsatt). **Läkemedel vid behov räknas inte med.** Information om läkemedel finns på Fass.se

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"/>
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 de senaste 12 månaderna? **Ja** **Nej** **Nej, har inga läkemedel**

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 ann
- 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 månader avseende:**

	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"/>

Förebyggande åtgärder**Har strukturerade och dokumenterade förebyggande åtgärder vidtagits senaste 6 månader avseende:**

	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"/>

Namn _____

Personnummer _____

Personcentrerad vård - füll i här om personen har hemtjänst

	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"/>

Personcentrerad vård - füll i här om personer inte har hemtjänst

	Ja	Nej
Ligger levnadsberättelsen till grund för vårdens utformande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finns individuella miljöanpassningar beskrivna i HSL-journalen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finns strategier för bemötande dokumenterade i HSL-journalen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tvångs-, skydds- och begränsningsåtgärder**Används någon individuell tvångs-, skydds- och/eller begränsningsåtgärd?**

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

	Ja	Nej
Mekaniska åtgärder (Exempelvis: brickbord, grensele, bälte, sänggrinda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysiska åtgärder (Exempelvis: låst dörr till personens lägenhet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rörelselarm (Exempelvis: elektronisk anordning som personen bär på sig larmar vid passafe av given gränslinje)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passiva larm (Exempelvis: 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 de åtgärder
- Nej

Skattning av livskvalitet**Livskvalitet vid svår demenssjukdom bedömd med hjälp av Qualid**

Poäng Ej utfört Ej aktuellt (uppfyller ej kriterierna för svår demer

Namn _____

Personnummer _____

Anhörigstöd**Har anhöriga fått det stöd som kommunen ansvarar för, oavsett utförare?**

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

Har barn under 18 år i hemmet fått stödinsats Fyll i här om ja vid ja, barn under 18 år i hemmet.

- Ja
- Nej
- Har erbjudits
- Tack nej

Har anhöriga erbjudits att vara delaktiga i utvecklandet av genomförandeplanen?**- fyll i om personen har hemtjänst**

- Ja
- Nej
- Ej aktuellt