

Namn _____

Personnummer _____

Uppföljning särskilt boende

Registrera endast om det finns en dokumenterad demensdiagnos i hälso- och sjukvårdsjournalen

Datum för uppföljning _____

ÅÅÅÅ-MM-DD

Datum för flytt till särskilt boende _____

ÅÅÅÅ-MM-DD

Boendeform

- ☐ Permanent särskilt boende
- ☐ Permanent särskilt boende anpassat för personer med demenssjukdom

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 uppföljningsdatum

MMSE-SR, poäng ☐ Ej testbar ☐ Ej utförtMMSE-NR3, poäng ☐ Ej testbar ☐ Ej utförtRUDA-S, poäng ☐ Ej testbar ☐ Ej utfört ☐ Ej aktuellt
(uppfyller ej kriterierna)**Diagnos**

Om diagnos finns registrerad i SveDem sedan tidigare visas inte möjlighet att registrera 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 - Valfritt att fylla i specifikation:
- ☐ 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 _____

Namn _____

Personnummer _____

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	☐	☐
NMDA-antagonist	☐	☐
Läkemedel vid vaskulära riskfaktorer	☐	☐
Antidepressiva läkemedel	☐	☐
Antipsykosmedel	☐	☐
Ångestdämpande läkemedel	☐	☐
Sömnmedel	☐	☐
Analgetika	☐	☐

Har läkemedelsgenomgång utförts de senaste 12 månaderna ☐ Ja ☐ Nej ☐ Nej, har inga läkemedel

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 |

Namn _____

Personnummer _____

Riskbedömningar**Har strukturerade och dokumenterade riskbedömningar gjorts senaste 6 månader avseende:**

	Ja	Nej
Fall riskbedömt	☐	☐
Trycksår riskbedömt	☐	☐
Undernäring riskbedömt	☐	☐
Ohälsa i munnen, riskbedömt	☐	☐

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

	Ja	Nej	Nej, Inga förebyggande åtgärder behövs
Fall, åtgärd vidtagits	☐	☐	☐
Trycksår, åtgärd vidtagits	☐	☐	☐
Undernäring, åtgärd vidtagits	☐	☐	☐
Ohälsa i munnen, åtgärd vidtagits	☐	☐	☐

Personcentrerad vård

	Ja	Nej	
Ligger levnadsberättelsen till grund för vårdens utformande?	☐	☐	
Finns individuella miljöanpassningar beskrivna i genomförandeplanen?	☐	☐	
Finns strategier för bemötande dokumenterade i genomförandeplanen?	☐	☐	
	Helt	Delvis	Nej
Har personcentrerade aktiviteter utifrån genomförandeplanen erbjudits senaste veckan?	☐	☐	☐

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

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

	Ja	Nej
Mekaniska åtgärder (Exempelvis: brickbord, grensele, bälte, sänggrindar)	☐	☐
Fysiska åtgärder (Exempelvis: låst dörr till personens lägenhet)	☐	☐
Rörelselarm (Exempelvis: elektronisk anordning som personen bär på sig och larmar vid passage av given gränslinje)	☐	☐
Passiva larm (Exempelvis: larmmatta, tryckdyna under madrass, larm med ljusstråle, elektroniska ljudövervakare eller larm kopplat till personens lägenhetsdörr)	☐	☐

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

Namn _____

Personnummer _____

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**

--

 Poäng ☐ Ej utfört ☐ Ej aktuellt (uppfyller ej kriterierna för svår demens)**Anhörigstöd****Har anhöriga fått det stöd som kommunen tillhandahåller?**

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

Har anhöriga erbjudits att vara delaktiga i utvecklandet av genomförandeplanen?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ej aktuellt