



ENSKEDE-ÅRSTA-VANTÖRS
STADSDELSFÖRVALTNING
AVDELNING EGEN REGI, ÄLDREOMSORG

SLUTRAPPORT

Implementering av Nationella Riktlinjer för
vård och omsorg vid demenssjukdom

Implementering av Nationella Riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom

SLUTRAPPORT

Projekt	Författare och medförfattare	Dnr
Implementering av Nationella Riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom	Cecilia Nygren, Cina Söderberg	I.2.6-530/2012
Förvaltning/avdelning	Fastställt av styrgrupp	Sida
Egen regi, Äldreomsorg	2013 – 12 - 19	I (15) Lilla ratten

Innehållsförteckning

1.	Inledning	3
1.1	Mål och avgränsningar	3
1.1.1	Projektmål	3
1.1.2	Projektbeskrivning	4
1.1.3	Avgränsning	4
2.	Resultat	4
2.1	Måluppfyllelse	4
2.1.1	Effektmål	6
2.1.2	Projektmål	6
2.2	ERFARENHETER OCH FRAMTID	6
2.3	Tidsplan	6
2.4	Projektbudget	6
3.	Arbetsätt	7
3.1	Projektorganisation	7
3.2	Samarbetsformer	7
3.3	Metoder och verktyg	7
3.4	Kvalitetssäkring	7
4.	Övriga erfarenheter	7
5.	Överlämning	8
	Bilagor	

I. INLEDNING

Värdegrund Stockholm stad

Äldreomsorgen i Stockholms stad ska präglas av självbestämmande, individualisering och valfrihet.

Utformningen av det stöd som ges ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande, trygghet och meningsfullhet.

I samklang med Stockholms stads och stadsdelens värdegrund, har projektet verkat utifrån sitt uppdrag om *implementering av de Nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom*. Arbetet påbörjades 2012 och projektet fick genom ytterligare beviljade statliga medel möjlighet att fortsätta med att utveckla och fördjupa arbetet under 2013.

Bakgrund

Enskede-Årsta-Vantörs stadsdelsförvaltning har genom flerårigt och väl genomförda projektarbeten utvecklat omsorgsarbetet runt personer med demenssjukdom. Bland annat finns väletablerade demensteam med specialkunskaper på varje kommunal hemtjänstenhet, samt även ett team under uppbyggnad på Rågsveds servicehus.

I.1 Mål och avgränsningar

I.1.1 Projektmål

- Att förankra Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, bland annat genom att se över och utveckla samverkan mellan kommun och landsting rörande personer med kognitiv svikt och personer med diagnosticerad demenssjukdom.
- Att ta fram förslag på rutin för den kommunala hemtjänstens omsorgsarbete i kontakt med brukare med tecken på BPSD-symtom (Beteendemässiga Psykiska Symtom vid Demens).
- Att tillsammans med primärvården se över behov av stöd för anhöriga till person med demenssjukdom, gällande palliativ vård i det ordinära boendet.

1.1.2 Projektbeskrivning

Övergripande

Projektet har löpt mellan 2013-01-01 – 2013-12-31

Projektet har varit bemannat av en projektledare och en projektmedarbetare.

Styrgrupp

Projektet har haft en styrgrupp sammansatt av avdelningschef för egen regi äldreomsorg, enhetschef för beställarenhet, utredare/kvalitetsutvecklare inom egen regi äldreomsorg, samt projektledare och projektmedarbetare.

I styrgruppen har alla beslut som rör projektet, budget och personal fattats. Samtliga styrgruppsmöten har protokollförts och styrgruppen har fått ta del av regelbundna lägesrapporter.

Styrgrupp för Samverkan

Inom projektet har en *styrgrupp för samverkan* bildats med uppgift att följa *arbetsgruppen för samverkans* arbete. Styrgruppen har bestått av chefer från två vårdcentraler; Dalens och Lisebergs vårdcentraler, två rehabenheter; Rehab Södra och Aleris Rehab, samt från Enskede - Årsta - Vantör SDF; enhetschef från beställarenheten och avdelningschef Egen regi, samt projektledare och projektmedarbetare.

1.1.3 Avgränsning

I projektplanen gjordes följande avgränsningar:

Projektet har enbart riktat sina utbildningsinsatser till Egen regis hemtjänstenheter inom stadsdelen Enskede-Årsta-Vantör, inte de privata utförarna.

2. RESULTAT

2.1 Måluppfyllelse

Projektet har

1. - följt upp och ansvarat för utvecklingsarbete utifrån Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, genom utbildnings- och handledningstillfällen för stadsdelens omsorgspersonal som är delaktiga i demensteam. Utbildningen har givits vid ett flertal tillfällen under 2012 och 2013 och sammanlagt har 59 demensteammedlemmar genomfört utbildningen under två heldagar.

Vidare har projektet i syfte att upprätthålla kunskap och som stöd i kompetensutveckling stöttat omsorgspersonalen i att driva demensteamsmöten på respektive enhet. Teamledarna har också fått stöd i att driva ett eget nätverk bestående av 6 teamledare och 5 personal från dagverksamheterna. Träffar har hållits 5 gånger á 2 timmar, under 2013.

2. - arbetat med samverkan mellan kommun och landsting rörande personer med kognitiv svikt och personer med diagnostiserad demenssjukdom. Arbetet har skett genom en arbetsgrupp (pilotgrupp). Denna grupp har bestått av distriktssköterskor, sjukgymnast och arbetsterapeut inom primärvården och biståndshandläggare från beställarenheten, samt enhetschefer och demensteamledare från hemtjänsten inom Egen regi, sammantaget 14 personer medräknat projektet. Möten har skett vid sex tillfällen under året och gruppen har utformat och genomfört en testperiod av två instrument, *Samverkan vid misstanke om demenssjukdom* (bilaga 1) och *Årlig uppföljning* (bilaga 2). Vid misstanke om kognitiv svikt har projektet implementerat ett screeninginstrument för hemtjänstpersonalen att användas som stöd inför kontakt med primärvården *7 frågor runt kognitiv svikt* (bilaga 3) och *Rutin vid 7 frågor runt kognitiv svikt* (bilaga 4).
3. *Styrgruppen för samverkan* har träffats för avstämning vid fyra tillfällen under 2013. Styrgruppen har fått tagit del av arbetsgruppens frågor och resultat.
4. - vidare har projektet i arbetet med implementering av riktlinjerna bland annat funnit att rutiner för informationsöverföring inom egna organisationen vid byte av omsorgsform behövde förstärkas. För optimal omsorg av person med demenssjukdom har en rutin tagits fram i syfte att säkerställa informationsöverföring. Dokumentet *Informationsöverföring egen regi* (bilaga 5) följer kontaktmannens uppdrag.
5. Projektet har tagit fram förslag på rutiner för hemtjänstens omsorgspersonal för att användas hos brukare med BPSD-symtom, ett screeninginstrument *11 frågor vid BPSD-symtom* (bilaga 6). Rutinens syfte är att säkerställa ett genomförande av symtomkontroll. Rutinen är ännu ej testad men presenterad och utlämnad till hemtjänstchefer och demensteamledarna för fortsatt arbete. Framtagandet av förslaget har skett i samverkan med Äldrepsykiatrisamordnare/psykiatrisköterska Södra Stockholm samt presenteras i arbetsgruppen *Vård i samverkan* för eventuella kommentarer.
6. Projektet har i samverkan med distriktsjuksköterska från vårdcentral och stadsdelens anhörigkonsulent sett över eventuellt behov av stöd för anhöriga till person med demenssjukdom, gällande palliativ vård i det ordinära boendet. Projektets erfarenhet är att för närvarande förekommer ingen palliativ vård av demenssjuk person i ordinärt boende i större omfattning. Om behov uppstår finns stöd att få från vårdcentral, hemtjänst och stadsdelens anhörigkonsulent. På stadsdelens vård och omsorgsboende finns framtagna rutiner. Det palliativa vård och omsorgsarbetet följer WHO:s rekommendationer och palliativ registret.
7. Under året har ett samarbete med Äldrecentrum och Demenscentrum skett. Samarbetet har bland annat inneburit referensarbete och utvärdering av arbetsmaterial *Checklista för hemtjänst* tillsammans med Årsta hemtjänst. Sju arbetsmöten gällande detta har genomförts under året. Checklistan finns att ladda ner från Demenscentrums hemsida www.demenscentrum.se

2.1.1 Effektmål

Den långsiktiga nyttan/effekten med projektet kan inte mätas inom ramen för projektet, projektet föreslår att beställaren följer upp med regelbundenhet genom befintliga instrument (Resultatbaserad styrning - RBS).

2.1.2 Projekt mål

Samtliga projekt mål är uppfyllda.

2.2 ERFARENHETER OCH FRAMTID

- Under året har projektet utvecklat arbetet runt samverkan kring personer med kognitiv svikt genom arbetsgrupp bestående av deltagare från hemtjänst, beställarenhet, primärvård och rehab. Detta arbete har följts av styrgrupp för samverkan och kan användas för erfarenheter i fortsatt satsning på samverkan mellan kommun och landsting.
- Fortsätta utveckling av samarbetet mellan olika aktörer för brukare med demenssjukdom inom stadsdelen genom nätverk för demensteamledarna och med stöd av utbildade Silviasystrar, i syfte att upprätthålla och utveckla kompetensen runt brukare med kognitiv svikt eller demenssjukdom.
- Fortsatt kompetensutveckling av befintliga demensteam genom handledning av respektive enhets Silviasyster. I stor sett har all omsorgspersonal genomfört Demens-ABC under 2012 och kan nu fortlöpande uppdatera sig och utveckla kunskapen genom de plus-utbildningar som tagits fram av Demenscentrum, exempelvis *Demens ABC plus, Hemtjänst*.
- Om möjligt bör demensteamledarna ges utrymme för aktiv omvärldsbevakning och regelbundet uppföljningsarbete via Äldrecentrum och Demenscentrum hemsidor och föreläsningsserier i syfte att upprätthålla och utveckla stadsdelens demensteams kvalitetsarbete.

2.3 Tidsplan

Tidsplanen har hållits.

2.4 Projektbudget

Projektets budget är i balans.

3. ARBETSSÄTT

Bakom alla framtagna rutiner och arbetsdokument har det funnits arbetsgrupper bestående av omsorgspersonal och chefer från alla enheter i Egen regi och vid behov och i förekommande fall deltagare från primärvård och rehab. Syftet var genom ett så brett deltagande som möjligt, kunna ta vara på befintlig och tillgänglig kompetens, samt att stärka och motivera personalen i omsorgsarbetet.

3.1 Projektorganisation

- Projektorganisationen har fungerat bra. Styrgrupp har gett projektet stöd samt beslutat om frågor som rört projektet. Samarbetet har varit gott.
- Bemanningen i projektet var en heltidsanställd projektledare och en heltidsanställd projektmedarbetare.
- Samtliga protokoll, minnesanteckningar och lägesrapporter distribuerades via e-post till styrgruppen och berörda arbetsgrupper.

3.2 Samarbetsformer

- Projektet har vid ett fåtal tillfällen deltagit i utvecklings- och kvalitetsgrupp inom äldreomsorg, för vård och omsorgsboenden och hemtjänsten, där utrymme för att informera från projektet till berörda enhetschefer.
- Projektet har också deltagit i möten *Vård i samverkan* inom stadsdelen där framtagna instrument förevisats och eventuella synpunkter inhämtats.

3.3 Metoder och verktyg

Lilla Ratten har använts som projektmetod.

3.4 Kvalitetssäkring

Under projektets tid har kontinuerlig kontakt med chefer på de berörda enheterna hållits, detta för att kvalitetssäkra. Vidare har styrgruppen fortlöpande under projektets gång kunnat stämma av projektplan och mål.

4. ÖVRIGA ERFARENHETER

Cheferna inom hemtjänsten uttrycker att personalgruppen känns tryggare i sin yrkesroll, att de har en vilja att utvecklas och är mer förändringsbenägna inför implementeringsarbetet.

Vidare att personalen aktivt arbetat för en bättre kontakt med anhöriga, vilket till viss del avlastar cheferna.

Genomförandeplanerna har blivit bättre och tydligare.

5. ÖVERLÄMNING

Projektet överlämnas genom slutrapport till styrgruppen.

För att säkerställa att projektet lever vidare i ordinarie verksamhet har hemtjänstens enheter väl etablerade och inarbetade demensteam, vilka ska fortsätta att ingå i ett nätverk i stadsdelen. Syftet med nätverket är att dels aktivt bibehålla kunskapsnivån gällande omvårdnaden av personer med demensdiagnos och kognitiv svikt, samt dels hålla arbete med utveckling- och kompetenshöjning gällande demensfrågor levande. Sammanfattande av detta nätverk går efter ett rullande schema mellan demensteamledarna, men med aktivt stöd av enhetscheferna samt befintliga Silviasystrar inom enheterna.

Teamledarna har erhållit alla framtagna instrument och rutiner som ska vara till stöd i det fortsatta arbetet med att stärka den personcentrerade omvårdnaden av personer med demenssjukdom. Den personcentrerade omvårdnaden är ett av de mest centrala målen vad det gäller de Nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom.

Bilaga 1 *Samverkan vid misstanke om demenssjukdom.*

Bilaga 2 *Årlig uppföljning.*

Bilaga 3 *7 frågor runt kognitiv svikt*

Bilaga 4 *Rutin vid 7 frågor runt kognitiv svikt*

Bilaga 5 *Informationsöverföring egen regi.*

Bilaga 6 *Screeninginstrument 11 frågor vid BPSD-symtom.*



ENSKEDE-ÅRSTA-VANTÖRS STADSDELSFÖRVALTNING
AVDELNING EGEN REGI, ÄLDREOMSORG

RUTIN - SAMVERKAN VID MISSTANKE OM DEMENS SJUKDOM

LOKAL ÖVERENSKOMMELSE

Bakgrund

Kommunförbundet Stockholms län och Hälso- och sjukvårdsförvaltningen Stockholms läns landsting, har tagit ett gemensamt beslut om samverkan för vård och omsorg för personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt. Utifrån detta beslut samt lokal överenskommelse om samverkan, har rutiner tagits fram med stöd av Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom.

- En basal demensutredning är en förutsättning för att kunna ställa diagnos.
- En diagnos är viktig för ställningstagande om vård och omsorg för personer med demenssjukdom.
- Tidig diagnostisering skapar förutsättningar för rätt vård och omsorg samt för ett förebyggande arbete.

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, 2010.

Syfte

Syftet med rutinen är att klargöra och förenkla samarbetet i vårdkedjan och genom en tidig basal demensutredning skapa förutsättningar för ett optimalt omhändertagande gällande vård- och omsorg.

Fördelar

En basal demensutredning för en tidig diagnostisering ger förutsättning för:

- rätt vård och omsorg med välbefinnande och ett värdigt liv
- att arbeta förebyggande med olika strategier och hjälpmedel
- ett mer aktivt och självständigt liv i ordinarie boendet

Användare

All vård- och omsorgspersonal i såväl kommunens som landstingets regi verksamma inom Enskede – Årsta – Vantörs stadsdelsförvaltning.



ENSKEDE-ÅRSTA-VANTÖRS STADSDELSFÖRVALTNING
AVDELNING EGEN REGI, ÄLDREOMSORG

RUTIN - ÅRLIG UPPFÖLJNING FÖR PERSONER MED DEMENSSJUKDOM I ORDINÄRT BOENDE LOKAL ÖVERENSKOMMELSE

Bakgrund

Kommunförbundet Stockholms län och Hälso- och sjukvårdsförvaltningen Stockholms läns landsting, har tagit ett gemensamt beslut om samverkan för vård och omsorg för personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt. Utifrån detta beslut samt lokal överenskommelse om samverkan, har rutiner tagits fram med stöd av Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom.

Socialstyrelsen anser att Hälso- och sjukvården och Socialtjänsten minst en gång per år bör följa upp läkemedelsbehandling, kognition, funktionsförmåga, allmäntillstånd, eventuella beteendeförändringar och beviljade biståndsinsatser. Detta görs vid den årliga uppföljningen.

Socialstyrelsen anser att Hälso- och sjukvården och Socialtjänsten bör säkerställa ett multiprofessionellt teambaserat arbete inom vård och omsorg av personer med demenssjukdom.

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010.

Användare

Vård- och omsorgspersonal i såväl kommunens som landstingets regi verksamma inom Enskede – Årsta – Vantörs SDF. Vid den årliga uppföljningen tas samtliga kompetenser tillvara och insatserna samordnas.

Syfte

I samverkan med berörda aktörer säkerställa en god vård och omsorg för personer med demenssjukdom i ordinärt boende, utifrån Socialstyrelsens Nationella riktlinjer.

Förutsättningar

Kommunens äldreomsorg sammankallar till årlig uppföljning, uppdelat på två tillfällen/år, samt ansvarar även för att rutinen finns och hålls uppdaterad. Det åligger samtliga kallade till den årliga uppföljningen att lämna aktuell och nödvändig information/bedömning.



ENSKEDE-ÅRSTA-VANTÖRS
STADSDELSFÖRVALTNING
Avdelning Egen regi, Äldreomsorg

Screening om kognitiv förmåga 7 frågor runt kognitiv svikt

Namn	Datum
------	-------

1. Har brukaren nedsatt minne? ja nej vet ej

(Ex Svårt att komma ihåg aktuella händelser och överenskommelser, ökat behov av minneslappar
Glömmer var han/hon lägger saker. Svårt att komma ihåg tider eller vilken dag det är.)

Kommentar: _____

2. Har brukaren nedsatt orienteringsförmåga? ja nej vet ej

(Svårt att hitta i välbekanta omgivningar, t ex i bostaden eller närområdet
Försämrad avståndsbedömning, t ex svårigheter att sätta sig på en stol)

Kommentar: _____

3. Har brukaren svårt att känna igen föremål? ja nej vet ej

(Svårt att känna igen vardagliga föremål, bilder och symboler, ansikten eller personer i omgivningen)

Kommentar: _____

4. Har brukaren nedsatt praktisk förmåga? ja nej vet ej

(Svårt att använda vardagliga föremål, t ex kaffekokare, telefon, tvätt och tvättmaskin. Svårt med
hygien/påklädning. Svårt att göra inköp, betala/packa ihop det man köpt.)

Kommentar: _____

5. Har brukaren nedsatt språklig förmåga? ja nej vet ej

(Tappar ord, har svårt att uttrycka sig, upprepar sig, svårt att läsa, förstå, se på TV och lyssna på
radio. Svårt att skriva.)

Kommentar: _____

6. Har brukaren förändrad personlighet? ja nej vet ej

(Är oföretagsam och likgiltig när det gäller t ex klädsel och hygien.
Har snabba humörsvingningar. Har förändrat mat och ätbetsende)

Kommentar: _____

7. Har brukaren psykiska symtom? ja nej vet ej

(Är nedstämd, ledsen. Är stresskänslig, orolig, hotfull, ängslig i vardagliga situationer, misstänksam,
kommer med anklagelser. Har syn- eller hörselhallucinationer, vanföreställningar)

Kommentar: _____

Om du svarar JA på en eller flera av frågorna ska du följa framtagna rutiner för dokumentet.

Har rapporterat till _____

Dokumentet är ett arbetsmaterial, sparas ej.

Screening utförd av: _____

7-frågor runt kognitiv svikt, 2013

Framtagen 2013 inom projektet Demensvårdutveckling och Implementering av Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom.



ENSKEDE-ÅRSTA-VANTÖR
STADSDELSFÖRVALTNING
AVDELNING EGEN REGI, ÄLDREOMSORG

RUTIN FÖR SCREENINGINSTRUMENT 7 FRÅGOR RUNT KOGNITIV SVIKT FÖR BRUKARE I ORDINÄRT BOENDE

Bakgrund

De nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom påpekar vikten av en tidig diagnostisering för att kunna ge ett så adekvat ombändertagande som möjligt, samt kunna sätta in åtgärder tidigt. Detta kan bland annat minska behov av akuta åtgärder och onödigt lidande. Att identifiera kognitiv svikt och rapportera vidare till hälso- och sjukvården är ett sätt att stödja detta och denna blankett används i detta syfte.

Efter ifylld blankett ska det framgå:

1. Vad som har identifierats som kognitiv nedsättning
2. Till vem överrapportering sker
3. Vem som ansvarar för överrapportering

Syfte

Säkerställa en god vård och omsorg för personer med demenssjukdom i eget boende utifrån Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom.*

Användare

All personal runt den äldre, i kommunens regi - vid behov stöd från enhetens demensteam. Blanketten är ett arbetsmaterial och sparas ej – däremot ska all aktivitet som följer utifrån blanketten dokumenteras i parasol.

Målgrupp

Personer med beviljad hemtjänst i eget boende.

Tillvägagångssätt

Hemtjänstpersonalen samlar in fakta:

1. Vid iakttagna förändringar hos den äldre lyfts detta i arbetsgruppen för att söka/förklara eventuell känd orsak.
2. Vid fortsatt osäkerhet används blanketten 7-frågor runt kognitiv nedsättning.
3. Demensteamet kan agera stöd vid ifyllandet.
4. Rapportera till den som enheten beslutat ska vara mottagare av informationen.
5. Dokumentera vad som gjorts.

Blanketten 7 frågor är ett arbetsmaterial och sparas ej – däremot ska all aktivitet som följer utifrån blanketten dokumenteras i parasol.

* Enligt de nationella riktlinjerna ska all vård och omsorg för personer med demenssjukdom bygga på ett personcentrerat förhållningssätt och multiprofessionellt teambaserat arbete.



ENSKEDE-ÅRSTA-VANTÖRS
STADSDELSFÖRVALTNING
AVDELNING EGEN REGI, ÄLDREOMSORG

RUTIN – INFORMATIONSOVERFÖRING EGEN REGI

Bakgrund

För personer med demenssjukdom är det ofta bra med välkända och goda rutiner som är väl förankrade och inarbetade både hos brukaren och hos all omvårdnadspersonal. Det är uppgifter som vid flytt bör förmedlas vidare till vård och omsorgsboende, samt om det är aktuellt till/från dagverksamhet.

Rutinen verkar för att säkerställa denna informationsöverföring inom avdelning egen regi.

Syfte

Personcentrerat förhållningssätt syftar till att göra omvårdnaden mer personlig samt att skapa förståelse för beteenden och psykiska symtom ur den demenssjukes perspektiv.

Användare

Omvårdnadspersonal.

Förutsättningar

Vid informationsöverföring mellan kommun och privat utförare måste brukarens eller dennes företrädares medgivande inhämtas. Samtycke dokumenteras i Parasol.

Verktyg

Genomförandeplan samt levnadsberättelsedokument som finns i Parasol.

Tillvägagångssätt

1. På beställningen från biståndshandläggare under rubriken *information* ska det tydligt framgå vilken tidigare utförare brukaren haft (hemtjänst, dagverksamhet, servicehus) samt telefonnummer och om möjligt namn på kontaktman.
2. Kontaktman på den nya enheten kontaktar tidigare utförare. Om det är informationsutbyte mellan kommunal och privat utförare måste samtycke inhämtas från brukaren eller dennes företrädare.
3. När kontakt upprättats enheterna emellan bör utrymme ges för tidigare kontaktman att överlämna en aktuell och noggrant ifylld genomförandeplan samt levnadsberättelse till kontaktman på nya enheten.

Maj 2013



ENSKEDE-ÅRSTA-VANTÖRS STADSDELSFÖRVALTNING
Avdelning Egen regi, Äldreomsorg

Screening - Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom

11 frågor vid BPSD- symtom

Namn: _____	Datum: _____
-------------	--------------

- | | | |
|---|----|-----|
| 1. Fungerar samspelet mellan personal och brukare | ja | nej |
| 2. Fungerar matsituationen | ja | nej |
| 3. Fungerar vätskeintaget | ja | nej |
| 4. Är brukarens munstatus ok | ja | nej |
| 5. Normal urin | ja | nej |
| 6. Normal avföring | ja | nej |
| 7. God syn (med/utan hjälpmedel) | ja | nej |
| 8. God hörsel (med/utan hjälpmedel) | ja | nej |
| 9. Verkar brukaren smärtfri | ja | nej |
| 10. Verkar brukaren utvilad | ja | nej |
| 11. Verkar brukaren nöjd med dagen | ja | nej |

Om du svarar NEJ på en eller flera av frågorna ska du följa enhetens rutiner.
Dokumentet är ett arbetsmaterial, sparas ej.

Screening utförd av _____



SLUTRAPPORT
Implementering av Nationella Riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom