

CHECKLISTA DEMENS HEMTJÄNST

Ett redskap för kvalitetsutveckling



Börja med att läsa vägledningshäftet och ha det sedan tillgängligt vid genomgången. Där finns fördjupningstips och en kort beskrivning över checklistans sju områden.

Det är bra att utse en ansvarig. Ansvarig planerar för vem checklisten gäller och leder genomgången. Informerar arbetsgruppen om tid, plats och person. Läs genomförandeplan och levnadsberättelse innan genomgången. Ju mer förberett arbetsgruppen är desto smidigare går arbetet.

Läs gärna frågorna högt. Det kan vara lättare att få alla delaktiga på så sätt.

Fastnar ni på någon fråga, titta i vägledningshäftet efter hjälp.

Använd hela checklisten eller delar av den utifrån behov.

Försök att ha gott om tid avsatt. Hinner ni inte med en hel checklista är det bättre att göra delar av den och fortsätta vid ett senare tillfälle.

Det är viktigt att alla kommer till tals. Allas åsikter behövs, det gynnar diskussionen och reflektionen.

Längst bak dokumenterar ni planerade åtgärder och uppföljningar. Skriv vem som ansvarar för åtgärden och när det ska vara klart.

Checklista demens är framtagen av Stiftelsen **Stockholms Läns Äldrecentrum** i samarbete med **Svenskt Demenscentrum** och **Svenska Demensregistret**.

1. Personens aktuella situation

1. Har personen en demensdiagnos (alternativt kognitiv svikt)?

Ja Nej Vet ej

Om demensdiagnos saknas men symptom finns bör kontakt med vårdcentral/
hemsjukvård tas.

2. Känner du som kontaktperson/ni i arbetsgruppen till om personen har andra sjukdomar eller funktionsnedsättningar som påverkar personen i det dagliga livet?

Ja Nej Vet ej

3. Finns en aktuell genomförandeplan?

Ja Nej. *Varför inte?* _____

2. Personcentrerad omvårdnad – allmänt

1. Bedömer du som kontaktperson/ni i arbetsgruppen att personen upplever sin vardag som meningsfull?

Ja. *Hur?* _____

Nej. *Varför inte?* _____

2a. Finns dokumentation som beskriver personens livsstil samt intressen, t.ex. i en levnadsberättelse eller liknande?

Ja

Nej. *Varför inte?* _____

b. Har personens anhöriga/närstående varit delaktiga vid dokumentationen av personens levnadsberättelse?

Ja, efter godkännande av personen

Nej. *Varför inte?* _____

3. Använder ni er kunskap om personen när ni planerar och utför insatser hos personen?

Ja

Nej. *Varför inte?* _____

4. Beskrivs det i genomförandeplanen hur kommunikationen fungerar bäst för personen?

Ja

Nej. *Varför inte?* _____

5. Bemöts personen på ett sätt som tar hänsyn till personlighet och aktuell situation?

Ja

Nej. *Varför inte?* _____

6. Får personens dagsform och behov vara vägledande för hur ni utför insatserna?

Ja

Nej. *Varför inte?* _____

7. Använder personen kognitiva hjälpmedel för att underlätta sin vardag (klocka, almanacka etc.)?

Ja → Finns dokumentation som beskriver vilka och hur? Ja Nej

Nej

8. Vet du som kontaktperson/ni i arbetsgruppen vad som ger en guldkant i vardagen för personen (särskild situation eller händelse som gör att personen mår extra bra eller blir nöjd)?

Ja → Finns dokumentation som beskriver vad och hur? Ja Nej

Nej. *Varför inte?* _____

9. Uppfattar du som kontaktperson/ni i arbetsgruppen att personen känner sig trygg?

Ja Vet ej

Nej. *Varför inte och i vilka situationer?*

10. Anser ni att ni har en god personalkontinuitet? Dvs. att så få olika personal som möjligt besöker personen.

Ja Nej. *Varför inte?* _____

3. Personcentrerade omsorgsinsatser

1. Personlig vård Ingen insats (hoppa över detta avsnitt)

a. Finns dokumentation som beskriver vilket stöd/hjälp personen behöver och önskar i följande situationer (besvara endast de områden som personen har beviljade insatser inom):

Daglig hygien Ja Nej. *Varför inte?* _____

Dusch och hårtvätt Ja Nej. *Varför inte?* _____

Klädbyte Ja Nej. *Varför inte?* _____

Byte av inkontinensskydd Ja Nej. *Varför inte?* _____

b. Tandborstning och munhygien

Finns dokumentation som beskriver om personen har egna tänder och/eller protes?

Ja Nej

Finns dokumentation som beskriver vilket stöd/hjälp personen behöver gällande sin tand- och munhygien och vilka produkter (tandkräm, tandborste, munvatten etc.) personen använder?

Ingen insats Ja

Nej. *Varför inte?* _____

2. Finns övriga omsorgsbehov som inte är tillgodosedda?

Ja → Har kontakt tagits med biståndshandläggare? Ja Nej. *Varför inte?*

Nej

4. Personcentrerade serviceinsatser

Aktiviteter i och utanför hemmet

1. Kontanter/kort/faktura/ekonomi

- Personen har inga inköpsinsatser där kort, kontanter eller faktura används (gå direkt till punkt 2).

a. Finns dokumentation som beskriver hur inköp ska göras åt personen (kontant, betalkort, faktura)?

- Ja Nej

b. Finns dokumentation som beskriver hur personen vill bli bemött så att hon/han känner trygghet i att lämna ut pengar eller betalkort?

- Ej aktuellt

- Ja

- Nej. *Varför inte?* _____

c. Finns dokumentation som beskriver hur personen vill vara delaktig i samband med inköp (inköpslista, packa ur varor, följa med till affären etc.)?

- Ej aktuellt

- Ja

- Nej. *Varför inte?* _____

2. Övrig ekonomi

Finns dokumentation som beskriver hur personens ekonomi sköts (personen sköter själv, anhöriga, god man, förvaltare etc.)?

- Ja

- Nej. *Varför inte?* _____

3. Promenad och utomhusvistelse Personen har inga insatser (gå direkt till punkt 4)

a. Finns dokumentation som beskriver vilket stöd och ev. motivation personen behöver för att komma ut på promenad?

- Ja

- Nej. *Varför inte?* _____

b. Finns dokumentation som beskriver personens önskemål och behov av att t.ex. sitta på balkongen, uteplats, i trädgården, parkbänk etc.?

Ja

Nej. *Varför inte?* _____

4. Resor

Finns dokumentation som beskriver vilket stöd personen behöver vid resa till dagverksamhet, vårdcentral, tandläkare, frisör etc.? (Färdtjänst, stöd av anhörig, sjukresa, allmänna färdmedel etc.)

Ja

Nej. *Varför inte?* _____

5. Intressen/hobby

Känner du som kontaktperson/ni i arbetsgruppen till vad personen är intresserad av och tycker om att göra?

Ja → Finns dokumentation som beskriver vad och hur? Ja Nej

Nej. *Varför inte?* _____

6. Städning Ingen insats (gå direkt till punkt 7)

Finns dokumentation som beskriver hur personen vill och kan vara delaktig samt vilka önskemål han/hon har i samband med städning av sitt hem (typ av städning, rengöringsartiklar etc.)?

Ja Nej. *Varför inte?* _____

7. Tvätt Ingen insats (hoppa över frågan)

Finns dokumentation som beskriver hur personen vill och kan vara delaktigt samt vilka önskemål han/hon har i samband med tvätt (stryka, vika tvätt, lägga in i byrå etc.)?

Ja

Nej. *Varför inte?* _____

6. Trygg omsorg och omvårdnad

1. Måltider Inga insatser (gå direkt till punkt 2)

a. Finns dokumentation som beskriver vilka matvanor personen har och trivs med?

Ja

Nej. *Varför inte?* _____

b. Anser du som kontaktperson/ni i arbetsgruppen att personen får i sig tillräcklig med näring genom maten? Undernäring kan t.ex. visa sig som trötthet, koncentrationssvårigheter, ev. viktnedgång, svårläkta sår.

Ja

Nej. Är vårdcentralen/hemsjukvården informerad? Ja Nej. *Varför inte?*

c. Behöver personen särskilt anpassad mat (berikning, konsistensanpassning etc.) eller speciellt anpassat stöd vid måltiden (sällskap, hjälpmedel, kontrastdukning etc.)?

Ja → Finns dokumentation som beskriver vad/hur? Ja Nej

Nej

2. Läkemedel Ingen insats (gå direkt till punkt 3)

Att ha en delegering är en förutsättning för att kunna ge personen läkemedel.

a. Finns dokumentation som beskriver på vilket sätt personen vill ha sin medicin (tid, bemötande, information, motivation, etc.)?

Ja

Nej. *Varför inte?* _____

b. Vid problem att svälja och/eller behålla sin medicin, har kontakt tagits med personens vårdcentral/hemsjukvård?

Personen har inget problem

Ja

Nej. *Varför inte?* _____

3. Urininkontinens och förebygga förstoppning

Inga insatser (gå direkt till punkt 4)

a. Finns dokumentation som beskriver vilka toalettvanor personen har behov av och trivs bäst med?

Ja

Nej. *Varför inte?* _____

b. Om personen har (eller riskerar att få) förstoppningsproblem, är vårdcentralen/hemsjukvården informerad?

Personen har inga problem

Ja

Nej. *Varför inte?* _____

4. Förebygga trycksår

a. Riskerar personen att få eller har han/hon redan trycksår?

Nej, personen har inte trycksår/riskerar inte trycksår i dagsläget
(gå direkt till punkt 5)

Ja → Har kontakt tagits med vårdcentral/hemsjukvård?

Ja Nej. *Varför inte?* _____

b. Om personen riskerar eller har trycksår, finns dokumentation som beskriver hur ni ska arbeta utifrån personens situation?

Ja

Nej. *Varför inte?* _____

5. Förebygga fall

a. Anser du som kontaktperson/ni i arbetsgruppen att personen har risk att falla (eller har fallit)?

Nej (gå direkt till punkt 6)

Ja → Har kontakt tagits med vårdcentral/hemsjukvård? Ja Nej. *Varför inte?*

6. Anser du som kontaktperson/ni i arbetsgruppen att det finns andra risker hos personen (t.ex. brandrisk, att personen kan gå ut och förirra sig eller att dörren är olåst)?

Nej (gå direkt till punkt 7)

Ja → Har kontakt tagits med biståndshandläggare? Ja Nej. *Varför inte?*

7. Fysiska skyddsåtgärder

Personen har inga fysiska skyddsåtgärder (gå direkt till nästa avsnitt)

Nedanstående frågor gäller om personen har gett sitt samtycke till en eller flera fysiska skyddsåtgärder t.ex. sänggrind, brickbord, rörelselarm.

a. Finns dokumentation som beskriver varför personen har fysiska skyddsåtgärder?

Ja

Nej. *Varför inte?* _____

b. Har du som kontaktperson/ni i arbetsgruppen kontakt med ansvarig som förskrivit skyddsåtgärden (arbetsterapeut, sjukgymnast, biståndshandläggare, sjuksköterska, läkare) så att uppföljningar kan göras?

Ja

Vet ej

Nej. *Varför inte?* _____

7. Stöd till anhöriga

1. Har personen godkänt att hans/hennes anhöriga får ta del av information som rör personen?

Ja → Får de anhöriga information om personens dagliga liv (via anhörigträffar, samtal, skriftlig information etc.)?

Ja. *På vilket sätt?* _____ Nej. *Varför inte?* _____

Nej. *Orsak?* _____

2. Får personens anhöriga/närstående information (muntligt, skriftligt) om vilket anhörigstöd som erbjuds på i kommunen/i stadsdelen och av er?

Ja

Vet ej

Nej. *Varför inte?* _____

När checklistan är ifylld kan en sammanfattning göras här av planerade åtgärder:

1. Personens aktuella situation

Planerade åtgärder: _____

Vem/vilka ansvarar: _____

När sker uppföljning: _____

2. Personcentrerad omvårdnad – allmänt

Planerade åtgärder: _____

Vem/vilka ansvarar: _____

När sker uppföljning: _____

3. Personcentrerade omsorgsinsatser

Planerade åtgärder: _____

Vem/vilka ansvarar: _____

När sker uppföljning: _____

4. Personcentrerade serviceinsatser

Planerade åtgärder: _____

Vem/vilka ansvarar: _____

När sker uppföljning: _____

5. Beteendemässiga och psykiska symptom vid demenssjukdom

Planerade åtgärder: _____

Vem/vilka ansvarar: _____

När sker uppföljning: _____

6. Trygg omsorg

Planerade åtgärder: _____

Vem/vilka ansvarar: _____

När sker uppföljning: _____

7. Stöd till anhöriga

Planerade åtgärder: _____

Vem/vilka ansvarar: _____

När sker uppföljning: _____