

CHECKLISTA DEMENS SÄRSKILT BOENDE

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 nio områden.

Det är bra att utse en ansvarig. Ansvarig planerar för vem checklisten gäller, leder genomgången och informerar teamet (ssk, rehab, kontaktperson, övrig omvårdnadspersonal och gärna chefen) om tid, plats och person. Läs genomförandeplan och levnadsberättelse innan genomgången. Ju mer förberett teamet 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. DIAGNOS OCH UPPFÖLJNING

1. Har personen en demensdiagnos?

Ja

Nej. *Varför inte?* _____

Vet ej

2. Finns andra sjukdomar eller funktionsnedsättningar som påverkar personen i det dagliga livet?

Ja

Nej

Vet ej

3. Har teamet regelbundna diskussioner om förändringar av personens:

Kognitiva förmågor Ja Nej

Beteendeförändringar Ja Nej

4. Finns en aktuell genomförandeplan?

Ja

Nej. *Varför inte?* _____

5. Beskrivs det i genomförandeplanen vad den boende kan göra själv?

Ja

Delvis

Nej. *Varför inte?* _____

6. Är personen registrerad i kvalitetsregistret SveDem i modulen för särskilt boende?

Ja

Nej

2. LÄKEMEDEL

1. Har personen symptomlindrande demensläkemedel (t ex memantin, kolinesterashämmare)?

- Ja Nej, gå direkt till fråga 3

2. Görs bedömningar av personens välbefinnande och funktioner för att se vilken effekt det symptomlindrande demensläkemedlet har?

Ja

Nej. *Varför inte?* _____

3. Har personen läkemedel vid behov (lugnande, sömn, smärtlindrande etc.)?

Ja, hur ofta:

Nej, gå vidare till nästa avsnitt

4. Görs regelbundna utvärderingar av vilka effekter de läkemedel som ges vid behov har på personen?

Ja

Nej. *Varför inte?* _____

3. PERSONCENTRERAD OMVÅRDNAD

1. Vet all personal hur kommunikationen fungerar bäst för personen?

Ja

Nej. *Varför inte?* _____

2. Beskrivs det i genomförandeplanen och i hälso- och sjukvårdsjournalen hur kommunikationen bäst sker med personen?

Ja

Nej. *Varför inte?* _____

3. Finns en levnadsberättelse som beskriver personens tidigare livsstil, särskilda önskemål, behov, kultur, sociala nätverk etc.?

Ja

Nej. *Varför inte?* _____
(gå vidare till fråga 5)

4. Används informationen i levnadsberättelsen i det dagliga arbetet med personen (aktiviteter, samtalsämnen, socialt etc.)?

Ja

Nej. *Varför inte?* _____

5. Arbetar all personal efter genomförandeplanen så att personen får möjlighet att göra det han/hon klarar själv?

Ja

Delvis

Nej. *Varför inte?* _____

6. Vet all personal vilka dagliga rutiner (hygien, mat, delaktighet, socialt etc.) som personen tycker om och trivs bäst med?

Ja  Finns dokumentation om vad och hur?

Ja Nej

Nej. *Varför inte?* _____

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

Ja

Nej. *Varför inte?* _____

8. Får personens dygnsrytm och dagsform vara vägledande för hur det dagliga arbetet sker?

Ja

Nej. *Varför inte?* _____

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

Ja  Finns dokumentation som beskriver vilka och hur? Ja Nej

Nej

10. Har en kartläggning gjorts av personens natt- och sömnrutiner/vanor?

Ja  Finns dokumentation som beskriver resultatet? Ja Nej

Nej. *Varför inte?* _____

11. Vet all personal vad som ger en guldkant i vardagen för personen (dvs. aktivitet eller händelse som gör att personen mår extra bra eller blir glad)?

Ja  Finns dokumentation som beskriver vad och hur? Ja Nej

Nej. *Varför inte?* _____

12. Vet all personal vilka personer som har varit och är viktiga i personens liv? Vilka som personen vill ha kontakt med och på vilket sätt (t ex. ringa 1 gång/vecka, besöka mm.)?

Ja  Finns dokumentation som beskriver vilka och hur? Ja Nej

Nej. *Varför inte?* _____


13. Finns kunskap om personens livsåskådning samt önskemål vid livets slut (psykosociala, andliga, religion)?

Ja  Finns dokumentation som beskriver vad? Ja Nej


Nej. *Varför inte?* _____

4. DAGLIGA AKTIVITETER OCH FYSISK AKTIVITET

1. Känner alla i teamet till vilka aktiviteter personen trivs med och tycker om?

- Ja  Finns dokumentation som beskriver vilka? Ja Nej
- Nej. *Varför inte?* _____

2. Behöver personen särskilt stöd eller särskilda anpassningar i miljön för att kunna delta i aktiviteter (enskildhet, hjälpmedel, tid på dagen, vila före/efter etc.)?

- Ja  Finns dokumentation som beskriver på vilket vis? Ja Nej
- Nej

3. Finns en aktuell dokumenterad ADL-bedömning (personlig vård, hushållsaktiviteter, fritidsintresse, socialt etc.)?

- Ja
- Nej. *Varför inte?* _____


4. Finns en aktuell dokumenterad funktionsbedömning (gång, förflyttning, balans etc.)?

- Ja
- Nej. *Varför inte?* _____

5. Kommer personen ut på regelbundna promenader (gäller även om personen sitter i rullstol)?

- Ja
- Nej. *Varför inte?* _____

6. Får personen möjlighet till övriga utevistelser (balkong, uteplats, gård etc.)?

- Ja  Finns dokumentation som beskriver på vilket vis? Ja Nej
- Nej. *Varför inte?* _____

5. BETEENDEMÄSSIGA OCH PSYKISKA SYMPTOM VID DEMENSSJUKDOM (BPSD)

1. Har personen något eller några beteendemässiga och psykiska symptom?

- Ja
- Nej, hoppa över detta avsnitt

2. Sker registrering av personens symptom i BPSD-registret?

- Ja, hoppa över detta avsnitt
- Nej, fortsätt med fråga 3

3. Finns en läkarbedömning av symptomen?

- Ja
- Nej. *Varför inte?* _____

4. Är en kartläggning av personens symptom under ett dygn utförd?

- Ja
- Nej. *Varför inte?* _____

5. Har följande bedömts/utretts i teamet som en del i att finna orsaker till den boendes symptom?

Elimination (t.ex. urinstämning, förstoppning)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Nutrition	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Smärta	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Läkemedel	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Depression	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Bemötandets påverkan	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Fysiska miljöns påverkan (ex framkomlighet, färger, möblering)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Psykosociala miljöns påverkan (ex ljudnivå, bemötande, medboende)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Delaktighet i aktiviteter (under/överstimuli)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Dygnsrytm (sömn/vila/vaken)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

6. Finns en dokumenterad plan för hur personen ska bemötas?

Ja

Nej. *Varför inte?* _____

6. FYSISK OCH PSYKOSOCIAL MILJÖ

1. Har personen egna personliga saker i lägenheten (möbler, foton, tavlor, prydnadsföremål etc.)?

Ja Delvis

Nej. *Varför inte?* _____

2. Är personens lägenhet och den fysiska miljön i gemensamma utrymmen anpassad för att underlätta orientering och säkerhet, utifrån personens behov och boendets möjligheter (färger, kontraster, märkningar, bilder etc.)?

Ja Delvis

Nej. *Varför inte?* _____

3. Visas hänsyn till personens privatliv och integritet (knacka på dörren, ta emot besök, intimitet etc.)?

Ja Delvis

Nej. *Varför inte?* _____

4. Är personen ljudkänslig (höga ljud, många ljud samtidigt etc.)?

Ja  Finns dokumentation som beskriver på vilket vis? Ja Nej

Nej

5. Uppfattar ni att personen känner sig trygg?

Ja Vet ej


Nej. *Varför inte?* _____

7. MÅLTIDER OCH NUTRITION


1. Genomförs följande bedömningar/mätningar regelbundet?

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vikt | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| <input type="checkbox"/> BMI | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| <input type="checkbox"/> Tandstatus | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| <input type="checkbox"/> Munhälsa | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |


2. Görs regelbundna bedömningar av personens förmåga att äta och dricka?

- Ja  Dokumenteras eventuella förändringar? Ja Nej
- Nej. *Varför inte?* _____

3. Behöver personen särskilt anpassad mat (berikning, konsistensanpassning etc.)?

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

4. Behöver personen individuellt anpassat stöd vid måltider? Eller finns andra specifika önskemål (sällskap, påminnelse, hjälpmedel, enskildhet)?

- Ja  Finns dokumentation hur det ges? Ja Nej
- Nej

8. STÖD TILL ANHÖRIGA

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

Ja, efter godkännande av personen

Nej. *Varför inte?* _____

2. Har anhöriga/närstående tillfrågats om och hur de önskar vara delaktiga i personens dagliga liv?

Ja  Finns dokumentation om anhörigas önskemål? Ja Nej

Nej. *Varför inte?* _____

3. Får personens anhöriga/närstående regelbunden information om personens dagliga liv (om personen godkänt att de får ta del av det)?

Ja

Nej. *Varför inte?* _____

4. Har personens anhöriga/närstående fått information om vilket anhörigstöd som erbjuds på boendet och av kommunen.

Ja Vet ej

Nej. *Varför inte?* _____

5. Finns kunskap om vilka önskemål personens anhöriga har beträffande delaktighet vid vård i livets slutskede?

Ja Nej

6. Finns möjlighet att erbjuda efterlevandesamtal för personens anhöriga?

Ja

Nej. *Varför inte?* _____

9. FYSISKA SKYDDSÅTGÄRDER

Nedanstående frågor gäller om personen har gett sitt samtycke till en eller flera fysiska skyddsåtgärder t.ex. sänggrindar, brickbord, rörelselarm mm. Det gäller inte låst/kodlåst dörr till avdelningen/boendet, som bedöms vara en större organisatorisk fråga som berör fler personer.

Hoppa över detta avsnitt om personen inte har någon fysisk skyddsåtgärd.

1. Finns dokumentation om vilka fysiska skyddsåtgärder som personen har?

Ja

Nej. *Varför inte?* _____

2. Finns dokumentation om personens samtycke?

Ja

Nej. *Varför inte?* _____

3. Finns dokumentation om bakgrund och orsak till att skyddsåtgärden föreslogs och sattes in?

Ja

Nej. *Varför inte?* _____

4. Prövades andra metoder och arbetssätt innan skyddsåtgärden föreslogs och sattes in?

Ja  Finns dokumentation om vilka?

Ja

Nej

Nej. *Varför inte?* _____

5. Görs kontinuerliga utvärderingar för att följa upp hur personen upplever skyddsåtgärderna?

Ja  Finns dokumentation som beskriver resultatet?

Ja

Nej

Nej. *Varför inte?* _____

1. Diagnos och uppföljning

Planerade åtgärder: _____

Vem/vilka ansvarar: _____

När sker uppföljning: _____

2. Läkemedel

Planerade åtgärder: _____

Vem/vilka ansvarar: _____

När sker uppföljning: _____

3. Personcentrerad omvårdnad

Planerade åtgärder: _____

Vem/vilka ansvarar: _____

När sker uppföljning: _____

4. Dagliga aktiviteter

Planerade åtgärder: _____

Vem/vilka ansvarar: _____

När sker uppföljning: _____

5. BPSD

Planerade åtgärder: _____

Vem/vilka ansvarar: _____

När sker uppföljning: _____

6. Fysisk och psykosocial miljö

Planerade åtgärder: _____

Vem/vilka ansvarar: _____

När sker uppföljning: _____

7. Måltider och nutrition

Planerade åtgärder: _____

Vem/vilka ansvarar: _____

När sker uppföljning: _____

8. Stöd till anhöriga

Planerade åtgärder: _____

Vem/vilka ansvarar: _____

När sker uppföljning: _____

9. Fysiska skyddsåtgärder

Planerade åtgärder: _____

Vem/vilka ansvarar: _____

När sker uppföljning: _____