

# CHECKLISTA DEMENS BISTÅNDSHANDLÄGGNING

## 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 åtta områden.

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

Använd hela checklisten eller delar av den utifrån behov.

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

## Samtycke

Alla insatser enligt socialtjänstlagen (och hälso- och sjukvårdslagen) bygger på frivillighet och förutsätter den enskildes samtycke.

Finns samtycke till att kontakta eller prata med:

Anhörig/Närstående	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Primärvård/Hemsjukvård	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Sjukvård	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Tandläkare	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Paramedicinsk personal	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Checklista demens Biståndshandläggning är framtagen av **Svenskt Demenscentrum** i samarbete med **Biståndsenheten Äldreomsorg, Kungsholmens stadsdelsförvaltning**.

# 1. AKTUELL SITUATION

1. Fungerar situationen i hemmet?

Ja

Nej. *Varför inte?* \_\_\_\_\_

2. Känner sig personen trygg i bostaden?

Ja

Nej

3. Kan personen utöva något/några av sina intressen?

Ja

Nej

4. Är hemmet rent och trivsamt?

Ja

Nej. *Varför inte?* \_\_\_\_\_

5. Behöver en uppföljning göras?

Ja

Nej

## 2. DIAGNOS OCH HJÄLPMEDEL

1. Har personen symptom som tyder på demenssjukdom eller kognitiv svikt?

- Ja       Nej. (Om nej hoppa över detta avsnitt)

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

- Ja
- Nej
- Under utredning
- Vet ej

3. Kan/behöver jag som biståndshandläggare hjälpa till med att kontakta primärvården om diagnos saknas?

- Ja
- Nej. *Varför inte?* \_\_\_\_\_

4. Har personen några kognitiva eller digitala tekniska hjälpmedel (t.ex. nattkamera, sensorer, GPS)?

- Ja. *Vilka?* \_\_\_\_\_
- Nej

5. Kan/behöver jag som biståndshandläggare hjälpa till att förmedla kontakt med primärvården angående behov av hjälpmedel?

- Ja
- Nej. *Varför inte?* \_\_\_\_\_

### 3. KOMMUNIKATION OCH MOTIVERING

1. Kan personen företräda sig själv?

Ja       Nej

#### Om inte:

Finns skriftlig fullmakt?       Ja       Nej

Finns muntlig fullmakt?       Ja       Nej

Kan fullmakt skrivas?

Ja       Nej. *Varför inte?* \_\_\_\_\_

2. Sköter personen sin ekonomi och övrig administration själv?

Ja

Nej. *Varför inte?* \_\_\_\_\_

3. Finns det behov av ekonomisk och administrativ hjälp?

Ja

Nej. *Varför inte?* \_\_\_\_\_

4. Vill personen ansöka om hjälp från kommunen?

Ja

Nej. *Varför inte?* \_\_\_\_\_

5. Behöver anmälan om behov av god man/förvaltare göras?

Ja       Nej, hoppa över resterande frågor i detta avsnitt

**Om ni ser ett behov men personen inte vill ta emot hjälp, kan ett motiveringsarbete inledas. Be om samtycke att kontakta anhörig, primärvård etc. Gör en orosanmälan till primärvården.**

6. Inleds ett motiveringsarbete?

Ja       Nej. *Varför inte?* \_\_\_\_\_

7. Lämnas samtycke?

Ja       Nej. *Varför inte?* \_\_\_\_\_

8. Görs en orosanmälan?

Ja       Nej. *Varför inte?* \_\_\_\_\_

## 4. SAMVERKAN OCH SAMORDNAD INDIVIDUELL PLAN (SIP)

1. Finns en samordnad individuell plan (SIP)?

Ja

Nej. *Varför inte?* \_\_\_\_\_

2. Behöver jag som biståndshandläggare kalla till SIP/uppföljning av SIP?

Ja

Nej. *Varför inte?* \_\_\_\_\_

## 5. AKTIVITETER I DEN DAGLIGA LIVSFÖRINGEN

1. Finns en aktuell beskrivning av personens förmågor i utredningen?

Ja

Nej. *Varför inte?* \_\_\_\_\_

2. Finns aktuell beskrivning av personens hjälpbehov i utredningen?

Ja. *Hur?* \_\_\_\_\_

Nej. *Varför inte?* \_\_\_\_\_

3. Har personen en aktuell genomförandeplan som svarar mot beställningen?

Ja

Nej. *Varför inte?* \_\_\_\_\_

4. Är personen enligt genomförandeplanen delaktig i olika aktiviteter?

Ja       Om ja, vilka? \_\_\_\_\_

Nej

5. Har personen möjlighet till utevistelser?

Ja

Nej. *Varför inte?* \_\_\_\_\_

6. Har personen möjlighet till social samvaro?

Ja

Nej. *Varför inte?* \_\_\_\_\_

## 6. MAT OCH MÅLTIDER

1. Finns risk för undernäring (är personen trött, håglös eller har hängande kläder m.m.)?

Ja → Har kontakt tagits med Vårdcentral/dietist?

Ja  Nej. *Varför inte?* \_\_\_\_\_

Nej

2. Finns behov av en anpassad måltidsmiljö?

Ja, hur? \_\_\_\_\_

Nej

3. Finns behov av sällskap vid måltiderna?

Ja  Nej

4. Finns behov av tandvård?

Ja → Har kontakt tagits med vårdcentral/tandläkare?

Ja  Nej. *Varför inte?* \_\_\_\_\_

Nej

## 7. BETEENDEMÄSSIGA OCH PSYKISKA SYMPTOM VID DEMENSSJUKDOM (BPSD)

1. Har personen något eller några BPSD-symptom?

Ja

Nej. Hoppa över detta avsnitt

2. Har personen kontakt med primärvården för sina BPSD-symptom?

Ja

Nej. *Varför inte?* \_\_\_\_\_

3. Kan/behöver jag som biståndshandläggare hjälpa till att förmedla kontakt med primärvården angående personens BPSD-symptom?

Ja

Nej. *Varför inte?* \_\_\_\_\_

4. Finns uppgift om personens BPSD-symptom i beställningen?

Ja

Nej. *Varför inte?* \_\_\_\_\_

## 8. STÖD TILL ANHÖRIGA

1. Har information lämnats till anhörig/närstående om kommunens anhörigkonsulent?

Ja

Nej. *Varför inte?* \_\_\_\_\_

2. Har information lämnats till anhörig/närstående om möjligheten att tillsammans skriva ner en levnadsberättelse?

Ja

Nej. *Varför inte?* \_\_\_\_\_

3. Har information lämnats till anhörig/närstående om möjligheten att ansöka om anhörigavlastande tjänster?

Ja

Nej. *Varför inte?* \_\_\_\_\_

4. Har frågan ställts om det finns hemmavarande barn som kan behöva stöd?

Ja

Nej. *Varför inte?* \_\_\_\_\_



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

**1. Aktuell situation**

Planerade åtgärder: \_\_\_\_\_

Vem/vilka ansvarar: \_\_\_\_\_

Vilket datum sker uppföljning: \_\_\_\_\_

**2. Diagnos och hjälpmedel**

Planerade åtgärder: \_\_\_\_\_

Vem/vilka ansvarar: \_\_\_\_\_

Vilket datum sker uppföljning: \_\_\_\_\_

**3. Kommunikation och motivering**

Planerade åtgärder: \_\_\_\_\_

Vem/vilka ansvarar: \_\_\_\_\_

Vilket datum sker uppföljning: \_\_\_\_\_

**4. Samverkan och Samordnad Individuell Plan (SIP)**

Planerade åtgärder: \_\_\_\_\_

Vem/vilka ansvarar: \_\_\_\_\_

Vilket datum sker uppföljning: \_\_\_\_\_

## 5. Aktiviteter i den dagliga livsföringen

Planerade åtgärder: \_\_\_\_\_

Vem/vilka ansvarar: \_\_\_\_\_

Vilket datum sker uppföljning: \_\_\_\_\_

## 6. Mat och måltider

Planerade åtgärder: \_\_\_\_\_

Vem/vilka ansvarar: \_\_\_\_\_

Vilket datum sker uppföljning: \_\_\_\_\_

## 7. Beteendemässiga och psykiska symptom vid demenssjukdom – BPSD

Planerade åtgärder: \_\_\_\_\_

Vem/vilka ansvarar: \_\_\_\_\_

Vilket datum sker uppföljning: \_\_\_\_\_

## 8. Stöd till anhöriga

Planerade åtgärder: \_\_\_\_\_

Vem/vilka ansvarar: \_\_\_\_\_

Vilket datum sker uppföljning: \_\_\_\_\_