

CHECKLISTA DEMENS DAGVERKSAMHET

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 arbetsgruppen om tid, plats och person. Läs genomförandeplan och levnadsberättelse innan genomgången. Ju mer förberedd 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 vilket datum det ska vara klart.

Checklista demens Dagverksamhet är framtagen av **Svenskt Demenscentrum**.

1. DIAGNOS OCH UPPFÖLJNING

1. Har personen kognitiv svikt eller en demensdiagnos?

Ja Nej Vet ej

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

Ja Nej Vet ej

3. Gör arbetsgruppen regelbundna bedömningar/har diskussioner om förändringar av personens:

Kognitiva förmågor Ja Nej

Beteendeförändringar Ja Nej

ADL – förmåga Ja Nej

Aptit Ja Nej

4. Finns en aktuell genomförandeplan där personen varit delaktig?

Ja Nej. *Varför inte?* _____

2. LÄKEMEDEL

1. Har personen läkemedel som ska tas under vistelsen på dagverksamheten?

Ja Nej, hoppa över detta avsnitt

2. Finns rutiner/dokumentation för hur läkemedlen ska tas och vem man kontaktar vid behov (t ex vårdcentral, hemtjänst, anhörig)?

Ja

Nej. *Varför inte?* _____

3. PERSONCENTRERAD OMVÅRDNAD

1. Beskrivs det i genomförandeplanen hur kommunikationen bäst sker med personen (t ex prata tydligt, korta meningar, stå på höger sida eller rakt framifrån på goda hörselnedsättning, visa, peka, ögonkontakt etc.)?

Ja

Nej. *Varför inte?* _____

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

Ja

Nej. *Varför inte?* _____
(gå vidare till fråga 4)

3. Används informationen från levnadsberättelsen i det dagliga arbetet med personen (sysselsättning, samtalsämnen, socialt etc.)?

Ja

Nej. *Varför inte?* _____

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

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

Nej. *Varför inte?* _____

5. Bemöts personen på ett sätt som tar hänsyn till personlighet och dagsform, dvs inte rutinstyrt (t ex vila efter maten, träning på em, byte av aktivitet etc.)?

Ja → Finns det en bemötandeplan? Ja Nej

Nej. *Varför inte?* _____

6. Använder personen hjälpmedel under sin vistelse på dagverksamheten (t. ex hörsel-, syn-, kognitions-, gånghjälpmedel, larm, GPS eller mobil)?

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

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

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

8. Vet all personal vilka personer som har varit och är viktiga i personens liv?

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

9. Finns kunskap om personens livssyn samt vilka samtalsämnen som intresserar hen (även bra att veta vad som inte bör tas upp)?

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

10 a. Anser ni i arbetsgruppen att personen behöver annat stöd i sin vardag som t ex utökad hemtjänst, rehabilitering, hemsjukvård, färdtjänst?

- Ja
- Nej

b. Om ja och samtycke har getts.

Har kontakt tagits med t ex biståndshandläggare, arbetsterapeut, primärvård, hemtjänst?

- Ja
- Nej. *Varför inte?* _____

4. DAGLIG SYSSELSÄTTNING OCH FYSISK AKTIVITET

1 a. Känner all personal till vilken sysselsättning personen trivs med och tycker om (utflykter, kultur, praktiska sysslor, musik, samtal, må bra stunder, massage, manikyr, hårvård, film, pussel & pyssel etc.)?

Ja  Finns dokumentation som beskriver vilka? Ja Nej

Nej. *Varför inte?* _____

b. Om ja. Får personen möjlighet att utöva sysselsättningen på dagverksamheten?

Ja


Nej. *Varför inte?* _____

2. Känner all personal till vilken sysselsättning personen inte trivs med eller inte tycker om?

Ja  Finns dokumentation som beskriver vilka? Ja Nej

Nej. *Varför inte?* _____

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

Ja  Finns dokumentation som beskriver på vilket vis? Ja Nej


Nej

4. Erbjuds personen regelbundna utevistelser?

Ja

Nej. *Varför inte?* _____

5. Får personen möjlighet till personcentrerad fysisk aktivitet (gympa, promenad/jogging, dans, yoga, qigong, styrketräning etc.)?

Ja  Finns dokumentation som beskriver på vilket vis? Ja Nej

Nej. *Varför inte?* _____

6. Personlig omvårdnad Behövs inte (hoppa över frågan)

Finns dokumentation som beskriver vilket stöd/hjälp personen behöver och önskar i följande situationer:

Klädbyte Ja Nej. *Varför inte?* _____

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

Toalettbesök Ja Nej. *Varför inte?* _____

7. Resor

Finns dokumentation som beskriver vilket stöd personen behöver vid resa till och från dagverksamheten? (Färdtjänst, information till chaufför, stöd av anhörig etc.)

Ja Nej. *Varför inte?* _____

5. BETEENDEMÄSSIGA OCH PSYKISKA SYMPTOM VID DEMENSSJUKDOM (BPSD)

1. Uppfattar ni i arbetsgruppen att personen har någon eller några beteendemässiga och psykiska symptom (t ex. oro, ångest, irritation, depression, apati)?

Ja

Nej, hoppa över hela detta avsnitt

2. Har ni rutiner för att regelbundet se och uppmärksamma en persons eventuellt förändrade beteende och vem ni kan kontakta vid förändringar?

Ja. *Vilka?* _____

Nej

3. Har kontakt tagits med personens vårdcentral/hemsjukvård, anhörig eller annan berörd enhet i syfte att informera om personens symptom?

Ja  Är kontakten dokumenterad? Ja Nej

Nej. *Varför inte?* _____

4 a. Finns en dokumenterad plan för hur personen ska bemötas vid dennes BPSD problematik?

Ja

Nej. *Varför inte?* _____

b. Om ja. Bemöts personen utifrån planen?

Ja

Nej. *Varför inte?* _____

6. FYSISK OCH PSYKOSOCIAL MILJÖ

1. Är den fysiska miljön på dagverksamheten anpassad för att underlätta orientering och säkerhet utifrån personens behov och dagverksamhetens möjligheter (färger, kontraster, märkningar, bilder etc.)?

Ja

Delvis

Nej. *Varför inte?* _____

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

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

Nej

3. Uppfattar ni att personen känner sig trygg under sin vistelse på dagverksamheten?

Ja

Vet ej

Nej. *Varför inte?* _____

7. MÅLTIDER OCH NUTRITION

1. Behöver personen individuellt anpassat stöd eller anpassad mat vid måltider? Eller finns andra specifika önskemål (sällskap, bordsplacering, påminnelse, hjälpmedel, enskildhet)?

Ja → Finns dokumentation på hur det ges? Ja Nej

Nej


8. STÖD TILL ANHÖRIGA

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

Ja, efter samtycke av personen

Nej. *Varför inte?* _____

2. Får personens anhöriga/närstående regelbunden information om hur personen har det på dagverksamheten (om personen godkänt att de får ta del av det)?

Ja  Finns dokumentation om hur? Ja Nej

Nej. *Varför inte?* _____

3. Har anhöriga/närstående tillfrågats om och hur de önskar vara delaktiga?

Ja  Finns dokumentation om anhörigas önskemål? Ja Nej

Nej. *Varför inte?* _____

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

Ja

Vet ej

Nej. *Varför inte?* _____

9. SKYDD OCH BEGRÄNSNINGAR

Nedanstående frågor gäller om personen har gett sitt samtycke till någon skydds- eller begränsningsåtgärd t.ex. brickbord, GPS, passagelarm mm. Det gäller inte låst/kodlåst dörr till dagverksamheten, som bedöms vara en större organisatorisk fråga som berör fler personer.

Hoppa över detta avsnitt om personen inte har någon skyddsåtgärd.

1. Finns dokumentation om vilka skyddsåtgärder som personen har och varför?

Ja

Nej. *Varför inte?* _____

2. Finns dokumentation om personens samtycke?

Ja

Nej. *Varför inte?* _____

3. Vet ni i arbetsgruppen vem ni ska kontakta gällande skyddsåtgärden (arbetsterapeut, sjukgymnast, biståndshandläggare, sjuksköterska, läkare) så att uppföljningar kan göras?

Ja

Nej. *Varför inte?* _____

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

1. Diagnos och uppföljning

Planerade åtgärder: _____

Vem/vilka ansvarar: _____

Vilket datum sker uppföljning: _____

2. Läkemedel

Planerade åtgärder: _____

Vem/vilka ansvarar: _____

Vilket datum sker uppföljning: _____

3. Personcentrerad omvårdnad

Planerade åtgärder: _____

Vem/vilka ansvarar: _____

Vilket datum sker uppföljning: _____

4. Dagliga aktiviteter

Planerade åtgärder: _____

Vem/vilka ansvarar: _____

Vilket datum sker uppföljning: _____

5. BPSD

Planerade åtgärder: _____

Vem/vilka ansvarar: _____

Vilket datum sker uppföljning: _____

6. Fysisk och psykosocial miljö

Planerade åtgärder: _____

Vem/vilka ansvarar: _____

Vilket datum sker uppföljning: _____

7. Måltider och nutrition

Planerade åtgärder: _____

Vem/vilka ansvarar: _____

Vilket datum sker uppföljning: _____

8. Stöd till anhöriga

Planerade åtgärder: _____

Vem/vilka ansvarar: _____

Vilket datum sker uppföljning: _____

9. Fysiska skyddsåtgärder

Planerade åtgärder: _____

Vem/vilka ansvarar: _____

Vilket datum sker uppföljning: _____