



"Baseline" registrering

Registrering av vård och omsorg avser personer över 65 år som erhåller varaktiga insatser från kommun och/eller landsting. Med varaktig insats avses biståndsbeslut för hemvård och/eller att man har minst 4 hembesök/ månad från landstingets primärvård/ hemsjukvård och/eller kommunens hemsjukvård. Med varaktig insats avses ej bistånd för enbart färdtjänst, larm och/eller matdistribution

Administrativa uppgifter

1. Registreringsdatum år mån dag

2. Uppgiftslämnare

Namn Tel E-post

3. Erhållet informerat samtycke Anställd som.....

- Från personen själv
- Via ombud: namn Relation
- Begränsningar i informerat samtycke
- Återtagit samtycke, datum

4. Uppgifter är inhämtade genom (båda alternativen kan markeras)

- Personlig kännedom
- Dokumentation

Inhämtade uppgifter är från datum: år mån dag

- Personlig kontakt vid ifyllandet
- Annat

Personuppgifter

1. Personnummer -

2. Född utanför Norden

- Nej
- Ja: Vilket land
- Vet ej

3. Nuvarande civilstånd

- Gift / Registrerat partnerskap
- Änka / Änkling
- Ogift
- Frånskild
- Vet ej

4. Samboende

- Nej
- Ja
- Vet ej

5. Om ja fråga 4, samboende med

- Make/ maka/ partner
- Barn/ svärdotter/ svärson
- Syskon/ svägerska/ svåger
- Annan släkting
- Annan person
- Vet ej

6. Om ja fråga 4, har samboende varaktig vård/omsorg?

- Nej
- Ja, personnummer samboende -
- Vet ej

Vistelse i annan vårdform (landstingsvård)

Personen befinner sig för närvarande inom:

- Akutvård, medicinsk
- Akutvård, kirurgisk
- Akutvård, ortopedisk
- Geriatrisk vård
- Psykiatrisk vård
- Rehabilitering, somatisk sluten vård
- Övrig vård

Datum när vistelse i annan vårdform påbörjades: år mån dag

A. Nuvarande pågående insatser

Vårdenhet/ distrikt:..... **Kod enhet:**

(Enligt kodlista)

A1: Beslutade insatser enligt SoL.

Inte aktuellt för SoL-insatser eller inte relevant - gå vidare till A2

- | | | | |
|----------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------|
| 1. Hemvård, IADL (serviceinsatser) | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja, tim/vecka | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 2. Hemvård, PADL (personlig omvårdnad) | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja, tim/vecka | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 3. Hemvård kväll | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja, kod enhet | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 4. Hemvård natt | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja, kod enhet | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 5. Matdistribution, färdiglagad mat | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja, leverans/vecka..... | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 6. Ledsagare | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja, tim/vecka | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 7. Personlig assistent | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja, tim/vecka | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 8. Avlösarservice i hemmet | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja, tim/vecka | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 9. Dagverksamhet/daglig verksamhet | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja, dagar/vecka | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 10. Dagvård för personer m. demenssjukdom | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja, dagar/vecka | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 11. Hemvårdsbidrag/ anhörigbidrag | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja, kr/månad | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 12. Närstående anställd som vårdgivare | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 13. Trygghetslarm, kroppsburet | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 14. Korttidsboende | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 15. Särskilt boende för personer m demenssj. | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 16. Övrigt särskilt boende | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja, enligt kod ovan | <input type="checkbox"/> Vet ej |

A2: Beslutade insatser enligt LSS till personer 65 år och äldre

: Inte aktuellt för LSS-insatser eller inte relevant - gå vidare till A3

- | | | | |
|--------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------|
| 1. Personlig assistent | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja, tim/vecka | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 2. Ledsagare | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja, tim/vecka | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 3. Kontaktperson | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja, tim/vecka | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 4. Avlösarservice i hemmet | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja, tim/vecka | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 5. Korttidsvistelse | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 6. Bostad med särskild service | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Vet ej |

A3: Insatser enligt HSL

: Inte aktuellt för HSL-insatser eller inte relevant - gå vidare till A4

- | | | | | |
|-----|----------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------|
| 1. | Hemsjukvård, dag | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 2. | Hemsjukvård, kväll | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 3. | Hemsjukvård, natt | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 4. | Hemsjukvård, antal besök/månad | Läkare | Sjuksköt. | Undersköt. |
| | | | Annan personal | Vilken? |
| 5. | Allmän omvårdnad | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja, tim/månad | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 6. | Specifik omvårdnad | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja, tim/månad | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 7. | Avancerad medicinsk teknik används | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 8. | Vårdtagaren har en allvarlig somatisk sjuk. | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 9. | Säng på sjukhus finns tillgänglig | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 10. | Teambaserad verksamhet | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 11. | Patienten är inskriven i hemsjukvårdens verksamhet | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Vet ej |

A4: Rehabiliteringsinsatser enligt HSL

: Inte aktuellt för rehabiliteringsinsatser eller inte relevant - gå vidare till A5

- | | | | | |
|----|-------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------|
| 1. | Rehabilitering i boende av sjukgymnast | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja, besök/månad | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 2. | Rehabilitering i boende av arbetsterapeut | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja, besök/månad | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 3. | Rehabilitering i boende av annan personal. | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja, besök/månad | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| | Vilken? | | | |
| 4. | Rehabilitering utanför boende av sjukgymnast | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja, besök/månad | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 5. | Rehabilitering utanför boende av arbetsterapeut | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja, besök/månad | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 6. | Rehabilitering utanför boende av annan personal | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja, besök/månad | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| | Vilken? | | | |
| 7. | Plats för rehabilitering utanför boende | | | |
| 8. | Rehabiliteringsåtgärder | <input type="checkbox"/> Bedömning | <input type="checkbox"/> Behandling | <input type="checkbox"/> Träning |
| | | <input type="checkbox"/> Handledning | <input type="checkbox"/> Hjälpmedelsutprovning | |

A5: Hjälpmedel

: **Inte aktuellt med hjälpmedel**

- | | | | | |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| 1. | Förflyttning (stödkäppar, rollator, gåstativ, kryckor, gåbord) | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 2. | Förflyttning (rullstol, personlyft) | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 3. | Hjälpmedel för personlig vård (av- och påklädning, toalettbesök, bad och dusch) | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 4. | Sitthjälpmedel (sittförhöjning, anpassad stol) | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 5. | Säng (reglerad sängbotten, sänglyftar, filthållare, ställbara rygg- och benstöd, sänggrindar, lyftbågar, förhöjningsklotsar) | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 6. | Syn hjälpmedel | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 7. | Hörsel hjälpmedel | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 8. | Inkontinenshjälpmedel | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 9. | Annat | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Vet ej |

Omgivningsfaktorer

Bostadens grad av anpassning

- | | | | |
|---------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| 1. Trösklar borttagna | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 2. Badrum tillgängligt för rullstol | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 3. Badkar ersatt med dusch | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 4. Förekomst av sk. Spisvakt | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 5. Larm (tillhör bostaden) | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 6. Hiss inom bostaden (etagevåning, småhus) | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Vet ej |

Standard i särskilt boende

: Inte aktuellt bor i ordinärt boende, gå vidare till nästa fråga

- | | | | |
|---------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| 1. Eget WC | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 2. Egen/t dusch/bad | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 3. Kokmöjligheter | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 4. Bor i enbäddsrum | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 5. Bor i tvåbäddsrum | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 6. Bor i flerbäddsrum (3 boende eller fler) | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Vet ej |

Bostaden tillgänglig utifrån:

- | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| 1. för person som är rullstolsburen (hiss och ramp finns om det behövs) | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 2. för person med svåra rörelsehinder, men ej rullstolsburen (hiss, fåtal trappsteg) | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 3. för person med lätta rörelsehinder, men ej med svåra rörelsehinder eller rullstolsburen (hiss, trappa högst ett våningsplan) | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 4. endast för personer utan rörelsehinder | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Vet ej |

Vårdberoende

Funktionsnedsättning

Fråga 1-4 I-ADL enligt ADL-trappan, Hulter Åsberg K & Sonn U. 1989

Fråga 6-11 P-ADL enligt Katz index, Katz S m.fl. 1963

1. Städning (rengör bostaden, dammsuger, torkar golv. Noggrannheten i städningen bedöms ej)

- Städar enligt ovan vid behov
- Får hjälp med att bära ut mattor
- Städar inte alls eller får hjälp med något av ovanstående
- Vet ej

2. Matuppköp (tar sig till affären, klarar trappor eller andra hinder, plockar varor, betalar, bär hem.)

- Handlar mat enligt ovan vid behov
- Handlar mat tillsammans med ledsagare
- Handlar inte mat eller får hjälp med något av ovanstående.
- Vet ej

3. Transport (tar sig till hållplats för allmän kommunikation, stiger på och färdas med exempelvis buss, spårvagn eller lokaltåg.)

- Använder allmänna kommunikationsmedel vid behov
- Måste ha ledsagare i någon del av aktiviteten
- Tar sig inte till hållplats eller måste ha ledsagare hela vägen
- Vet ej

4. Matlagning (tar sig till köket, tillreder middag, sköter spisen)

- Lagar mat enligt ovan vid behov
- Lagar inte middag eller värmer enbart färdigmat
- Lagar inga mål
- Vet ej

5. Tvätt (sortera tvätt, sköta tvättmaskin samt hänga tvätten eller sköta torkskåp/torktumlare. Ej mattvätt, lakanstvätt eller skötsel av mangel)

- Sköter sin personliga veckotvätt själv
- Får delvis hjälp med veckotvätt
- Får fullständig hjälp med veckotvätt
- Vet ej

6. Badning (ta sig till tvättplats, tvätta hela kroppen, i dusch, eller med tvättlapp vid handfat)

- Får ingen hjälp eller övervakning. Tar sig till handfatet själv eller ingen tillsyn i duschen
- Får tvätthjälp med ryggen
- Får hjälp att ta sig till tvättplats eller vatten framburet. Tillsyn i dusch, hjälp med fötter och/eller underlivet alternativt total hjälp
- Vet ej

7. På- och avklädning (ta sig till låda eller skåp, ta fram kläder, ta av och på kläderna)

- Får ingen hjälp eller övervakning. Hämtar kläder, klär på och av sig, även strumpor och ev. skor
- Får hjälp att ta på sig strumpor och ev. knyta skor
- Får hjälp att hämta kläder, eller med på- och avklädning, eller förblir ofullständigt klädd. Alternativt total hjälp
- Vet ej

8. Toalettbesök (ta sig till toaletten, komma på och av toalettstolen, torka sig, tvätta sig, ordna kläderna)

- Får ingen hjälp eller övervakning. Kan använda käpp, gåstol, rullstol. Kan använda nattkärl och då tömma detta själv
- Får hjälp att ta sig till toaletten, eller med något ovan
- Får hjälp/ övervakning; kan inte ta sig till toaletten. Använde bäcken, blöja eller rullande toalettstol
- Vet ej

9. Förflyttning (ta sig ur sängen till en stol eller mellan två stolar = överflyttning av kroppen)

- Får ingen hjälp eller övervakning. Kan använda stöd t.ex. käpp, sängstolpe
- Får hjälp av en annan person (OBS ej två personer)
- Sängbunden. Kan eller får ej lämna sängen, eller behöver lyftas av två personer
- Vet ej

10. Kontinens (fysiologisk tömning av blåsa och tarm: Inkontinens = ofrivillig urin- och avföringsavgång. Hygien, toalettbesök och förstoppning räknas ej)

- Kontinent. Sköter själv ev. lavemang, colostomi, KAD
- Hinner inte till toaletten. Inkontinent minst en gång under observationstiden
- Inkontinent ständigt. Får ständig tillsyn eller hjälp av annan. KAD / colostomi som sköts av annan
- Vet ej

11. Födointag (få mat från tallrik eller dylikt in i munnen. Hygien och bordsskick bedöms ej)

- Får själv in maten i munnen och sväljer
- Får hjälp att skära kött, öppna förpackningar
- Får hjälp att få in maten i munnen eller sondmatas, eller har näringsdropp
- Vet ej

Vårdberoende

Övrigt

1. Rörelsehinder (förmåga att röra sig utomhus resp. inomhus med eller utan hjälpmedel)

- Kan gå utan svårigheter
- Kan gå utomhus med hjälpmedel (käpp, rollator) och klarar mindre trappor
- Kan röra sig inomhus med hjälpmedel, men klarar ej trappor eller förflyttning utomhus (Här inkluderas rullstol om personen själv kan manövrera denna eller själv ta sig i eller ur)
- Beroende av levande stöd, rullstolsburen (och ej i stånd att själv manövrera denna eller ta sig i eller ur) eller sängbunden
- Vet ej

2. Personen vistas utomhus

- Vistas utomhus dagligen
- Vistas utomhus minst en gång i veckan
- Vistas utomhus mer sällan än en gång i månaden
- Vistas aldrig utomhus
- Vet ej

3. Personen deltar i aktiviteter i samhällslivet

- Deltar dagligen
- Deltar minst en gång i veckan
- Deltar mer sällan än en gång i månaden
- Deltar inte
- Vet ej

4. Yrsel

- Har ingen yrsel
- Besväras tidvis av yrsel
- Besväras periodvis av svår yrsel
- Besväras ständigt av svår yrsel
- Vet ej

5. Inkontinens för urin (Inkontinens = ofrivillig urinavgång. Hygien och toalettbesök räknas ej)

- Helt kontinent
- Delvis inkontinent dvs. misslyckas mindre än hälften av gångerna
- Svårt inkontinent dvs. misslyckas mer än hälften av gångerna men inte alltid
- Helt inkontinent dvs. misslyckas alltid
- Vet ej

6. KAD

- Har ej kvarliggande urinkateter
- Har kvarliggande urinkateter, sköter själv påsbyte
- Har kvarliggande urinkateter, får hjälp med påsbyte
- Vet ej

7. Inkontinens för avföring (Inkontinens = ofrivillig avföringsavgång. Hygien, toalettbesök och förstoppning räknas ej)

- Helt kontinent
- Delvis inkontinent dvs. misslyckas mindre än hälften av gångerna
- Svårt inkontinent dvs. misslyckas mer än hälften av gångerna men inte alltid
- Helt inkontinent dvs. misslyckas alltid
- Vet ej

8. Trycksår

- Har inget trycksår
- Har trycksår
- Vet ej

9. Kroniskt sår (annat än trycksår)

- Har inget kroniskt sår
- Har kroniskt sår
- Vet ej

10. Syn

- Har inga problem med syn (efter kompensation med glasögon)
- Har lätt synnedsättning (behov av hjälpmedel)
- Har starkt nedsatt syn
- Helt blind
- Vet ej

11. Hörsel

- Har inga problem med hörsel
- Har lätt hörselnedsättning (efter kompensation med hörapparat)
- Har starkt nedsatt hörsel
- Helt döv
- Vet ej

12. Oro, otrygghet

- Visar inga tecken på oro eller otrygghet
- Har lätta eller tillfälliga problem
- Har periodvis svåra problem
- Har ständigt mycket svåra (invalidiserande) problem
- Vet ej

13. Nedstämdhet

- Visar inga tecken på nedstämdhet
- Har lätta eller tillfälliga problem
- Har periodvis svåra problem
- Har ständigt mycket svåra (invalidiserande) problem
- Vet ej

14. Kognitiv nedsättning

Bergerskalan, Berger E Y, 1980

- Har ingen kognitiv nedsättning.
- Kan fungera i de flesta miljöer. De dagliga aktiviteterna påverkas/störs ofta av glömska
- Reder sig själv, men endast i välbekant miljö
- Behöver vägledning /t.ex. råd, påminnelse, påpekanden, uppmuntran) för att fungera till och med i välbekant miljö. Svarar adekvat på instruktioner
- Behöver hjälp ("handgriplig", praktisk) för att fungera. Kan inte handla enbart efter instruktioner
- Förflyttar sig själv. Behöver hjälp med att fungera. Kan inte kommunicera verbalt på ett begripligt sätt
- Är säng- eller rullstolsbunden. Svarar endast på beröringsstimulans
- Vet ej

15. Smärta (avser även vid ev. smärtbehandling)

- Har ingen smärta
- Har lätt smärta periodvis
- Har svår återkommande smärta
- Har ständigt mycket svår smärta
- Vet ej

16. Har det under den senaste månaden förekommit beteenden hos personen som upplevts svårt att hantera i den dagliga omvårdnaden?

- Nej
- Ja, beskriv kortfattat beteende
- Vet ej

17. Beskrivna beteende/n enligt föregående fråga är:

- Ej aktuellt
- Lätta eller tillfälliga problem
- Periodvis svåra problem
- Ständigt mycket svåra problem
- Vet ej

18. Behov av extra tillsyn

- Nej
- Ja, med anledning av
- Vet ej

19. Finns det något som gör att personen behöver särskilda vårdinsatser eller som gör vården särskilt svår?

- Nej
- Ja, i så fall vad?
- Vet ej

Behov av särskilda sjukvårdsinsatser

- Ej relevant, gå vidare till avsnitt "Vårdinsatser från annan"
- Inte aktuellt

1. Avancerad smärtbehandling intravenöst, epiduralt och/eller användning av smärtpump.

- Nej
- Ja
- Vet ej

2. Näring via sond (buk eller nasal).

- Får ingen näring via sond
- Får näring via sond
- Vet ej

3. Näringstillförsel intravenöst.

- Får ingen näring intravenöst
- Får näring intravenöst
- Vet ej

4. Dialysbehandling (buk- eller bloddialys)

- Behandlas ej med dialys
- Behandlas med dialys
- Vet ej

5. Injektionsbehandling

- Personen har ingen injektionsbehandling
- Har injektionsbehandling som personen sköter själv
- Får endast hjälp med uppdragning av läkemedel för injektion
- Har injektionsbehandling som utförs av annan person
- Vet ej

6. Intag av läkemedel

- Använder inga läkemedel
- Sköter själv intag av läkemedel
- Får endast hjälp med uppdelning av läkemedel
- Får hjälp med intag av läkemedel (gäller även ögondroppar)
- Vet ej

7. Använder APO-dos där uppdelning av läkemedel sker på apotek

- Nej
- Ja
- Vet ej

8. Andra insatser av betydelse i vården av personen:**Vårdinsatser från annan person än personal från kommun eller landsting****1. Vem ger regelbundet hjälp utifrån IADL (IADL=Instrumentella Aktiviteter för Dagligt Liv: städning, matuppköp, transport och matlagning)?** **Får inga insatser från annan person än personal från kommun eller landsting**

(markera samtliga alternativ som gäller för personen)

Make/ maka/ partner	<input type="checkbox"/> Ej aktuellt	<input type="checkbox"/> Ingen sådan hjälp	<input type="checkbox"/> Mindre än en gång i veckan	<input type="checkbox"/> En eller flera gånger per vecka	<input type="checkbox"/> Dagligen	<input type="checkbox"/> Vet ej
Barn/ svärdotter/ svärson	<input type="checkbox"/> Ej aktuellt	<input type="checkbox"/> Ingen sådan hjälp	<input type="checkbox"/> Mindre än en gång i veckan	<input type="checkbox"/> En eller flera gånger per vecka	<input type="checkbox"/> Dagligen	<input type="checkbox"/> Vet ej
Syskon/ svägerska/ svåger	<input type="checkbox"/> Ej aktuellt	<input type="checkbox"/> Ingen sådan hjälp	<input type="checkbox"/> Mindre än en gång i veckan	<input type="checkbox"/> En eller flera gånger per vecka	<input type="checkbox"/> Dagligen	<input type="checkbox"/> Vet ej
Annan släkting	<input type="checkbox"/> Ej aktuellt	<input type="checkbox"/> Ingen sådan hjälp	<input type="checkbox"/> Mindre än en gång i veckan	<input type="checkbox"/> En eller flera gånger per vecka	<input type="checkbox"/> Dagligen	<input type="checkbox"/> Vet ej
Grannar (ej släkt)	<input type="checkbox"/> Ej aktuellt	<input type="checkbox"/> Ingen sådan hjälp	<input type="checkbox"/> Mindre än en gång i veckan	<input type="checkbox"/> En eller flera gånger per vecka	<input type="checkbox"/> Dagligen	<input type="checkbox"/> Vet ej
Vän (ej släkt)	<input type="checkbox"/> Ej aktuellt	<input type="checkbox"/> Ingen sådan hjälp	<input type="checkbox"/> Mindre än en gång i veckan	<input type="checkbox"/> En eller flera gånger per vecka	<input type="checkbox"/> Dagligen	<input type="checkbox"/> Vet ej
Privat finansierad hjälp	<input type="checkbox"/> Ej aktuellt	<input type="checkbox"/> Ingen sådan hjälp	<input type="checkbox"/> Mindre än en gång i veckan	<input type="checkbox"/> En eller flera gånger per vecka	<input type="checkbox"/> Dagligen	<input type="checkbox"/> Vet ej
Hjälp från föreningar/ frivilligorganisationer	<input type="checkbox"/> Ej aktuellt	<input type="checkbox"/> Ingen sådan hjälp	<input type="checkbox"/> Mindre än en gång i veckan	<input type="checkbox"/> En eller flera gånger per vecka	<input type="checkbox"/> Dagligen	<input type="checkbox"/> Vet ej

2. Bor den som är den huvudsakliga hjälparen, IADL, i samma hushåll?

- Ej aktuellt
- Nej
- Ja
- Vet ej

3. Vem ger regelbundet hjälp utifrån PADL (PADL=Personliga Aktiviteter för Dagligt Liv: badning, på- och avklädning, toalettbesök, förflyttning, kontinens och födointag)

Får inga insatser från annan person än personal från kommun eller landsting

(markera samtliga alternativ som gäller för personen)

Make/ maka/ partner	<input type="checkbox"/> Ej aktuellt	<input type="checkbox"/> Ingen sådan hjälp	<input type="checkbox"/> Mindre än en gång i veckan	<input type="checkbox"/> En eller flera gånger per vecka	<input type="checkbox"/> Dagligen	<input type="checkbox"/> Vet ej
Barn/ svärdotter/ svärson	<input type="checkbox"/> Ej aktuellt	<input type="checkbox"/> Ingen sådan hjälp	<input type="checkbox"/> Mindre än en gång i veckan	<input type="checkbox"/> En eller flera gånger per vecka	<input type="checkbox"/> Dagligen	<input type="checkbox"/> Vet ej
Syskon/ svägerska/ svåger	<input type="checkbox"/> Ej aktuellt	<input type="checkbox"/> Ingen sådan hjälp	<input type="checkbox"/> Mindre än en gång i veckan	<input type="checkbox"/> En eller flera gånger per vecka	<input type="checkbox"/> Dagligen	<input type="checkbox"/> Vet ej
Annan släkting	<input type="checkbox"/> Ej aktuellt	<input type="checkbox"/> Ingen sådan hjälp	<input type="checkbox"/> Mindre än en gång i veckan	<input type="checkbox"/> En eller flera gånger per vecka	<input type="checkbox"/> Dagligen	<input type="checkbox"/> Vet ej
Grannar (ej släkt)	<input type="checkbox"/> Ej aktuellt	<input type="checkbox"/> Ingen sådan hjälp	<input type="checkbox"/> Mindre än en gång i veckan	<input type="checkbox"/> En eller flera gånger per vecka	<input type="checkbox"/> Dagligen	<input type="checkbox"/> Vet ej
Vän (ej släkt)	<input type="checkbox"/> Ej aktuellt	<input type="checkbox"/> Ingen sådan hjälp	<input type="checkbox"/> Mindre än en gång i veckan	<input type="checkbox"/> En eller flera gånger per vecka	<input type="checkbox"/> Dagligen	<input type="checkbox"/> Vet ej
Privat finansierad hjälp	<input type="checkbox"/> Ej aktuellt	<input type="checkbox"/> Ingen sådan hjälp	<input type="checkbox"/> Mindre än en gång i veckan	<input type="checkbox"/> En eller flera gånger per vecka	<input type="checkbox"/> Dagligen	<input type="checkbox"/> Vet ej
Hjälp från föreningar/ frivilligorganisationer	<input type="checkbox"/> Ej aktuellt	<input type="checkbox"/> Ingen sådan hjälp	<input type="checkbox"/> Mindre än en gång i veckan	<input type="checkbox"/> En eller flera gånger per vecka	<input type="checkbox"/> Dagligen	<input type="checkbox"/> Vet ej

4. Bor den som är den huvudsakliga hjälparen, PADL, i samma hushåll?

- Ej aktuellt
- Nej
- Ja
- Vet ej

5. Sociala kontakter: får besök (förutom vid hjälp med P-ADL och I-ADL) och/eller besöker andra

- Har social kontakt dagligen
- Har social kontakt minst en gång i veckan
- Sociala kontakt mer sällan än en gång i månaden
- Har inga sociala kontakter
- Vet ej