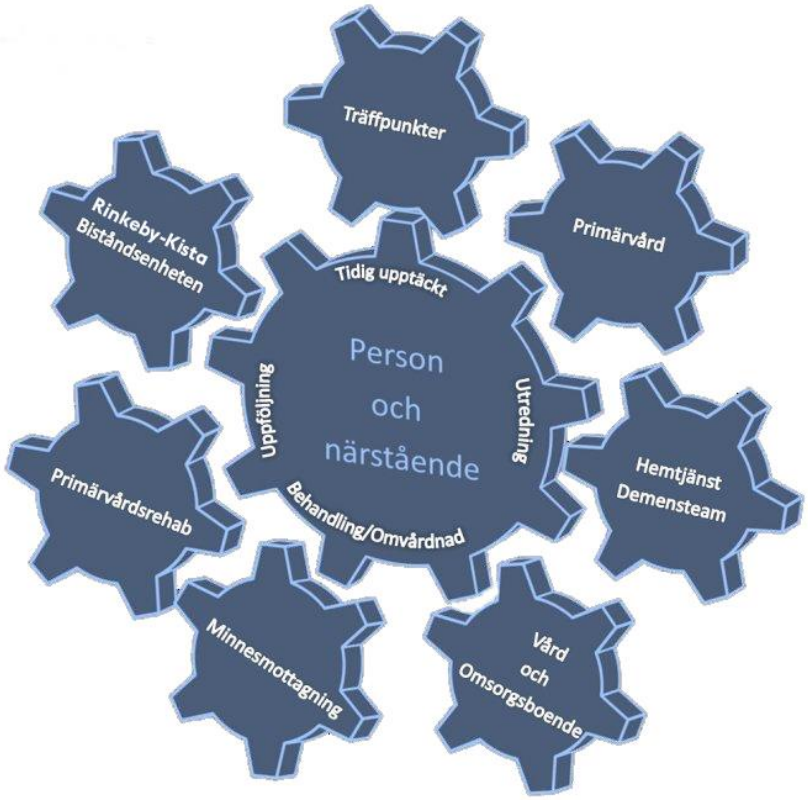
LOKALT SAMVERKANSPROGRAM FÖR OMHÄNDERTAGANDE, UTREDNING OCH BEHANDLING AV PERSONER MED MISSTÄNKT DEMENS/ DEMENSSJUKDOM I RINKEBY-KISTA

Ett samarbete mellan Rinkeby-Kista Stadsdelsförvaltning, Primärvård, Primärvårdsrehabilitering, och Minnesmottagning



Rinkeby-Kista
2015 -07- 03
Registratorist

Samverkansöverenskommelse

Härmed överenskommes att fortsatt samverkan mellan Brommageriatrikens Minnesmottagning, Primärvården, Primärvårdsrehabilitering och Rinkeby-Kista stadsdelsförvaltning skall ske i enlighet med vad som beskrivs i

Lokalt samverkansprogram för omhändertagande, utredning och behandling av personer med misstänkt demens/demenssjukdom i Rinkeby-Kista.

Syftet är att medverkande aktörer ska samverka för att ge demenssjuka god utredning, trygg och säker behandling samt omvårdnad i demenssjukdomens alla stadier. Målet är att samtlig personal inom hälso- och sjukvården och den kommunala omsorgen som kommer i kontakt med personer med misstänkt demens/demenssjukdom ska tillämpa samverkansprogrammet samt aktivt verka för dess utveckling.

Samverkansöverenskommelse gäller tills vidare och uppdateras årligen.

Rinkeby-Kista 2015-03-17

Mats Brådman

Verksamhetschef Brommageriatriken

Gunilla Davidsson

Verksamhetsområdeschef

Rinkeby-Kista sdf

Thomas Wohlin

Verksamhetschef

Kista Vårdcentral

Eric Lucht

Verksamhetschef

Husby-Akalla Vårdcentral

Sarah Razavi

Verksamhetschef

Tibra Medica Vårdcentral

Anna Lena Bergman

Verksamhetschef

Rinkeby Vårdcentral

Maria Carles

Verksamhetschef

Aleris Vårdcentral Järva

Jonas Thun

Verksamhetschef

Familjeläkarna

Pia Hallgren

Verksamhetschef

Kista Rehab Västra,

Primärvårdsrehabilitering

2

Innehåll

Förord s 4
Deltagare i Programarbetet s 4
Bakgrund s 5
Definitioner s 6
Utbredning s 7
Mål s 7
Dokumentets organisation s 8
Kommunikation mellan parterna s 8
Samverkan, utvärdering, uppföljning s 10
handlingsplan för person med misstänkt demens/demenssjukdom som INTE önskar stöd från stadsdelen s 12
Handlingsplan för omhändertagande av personer med annan kulturell och språklig bakgrund s 14
Handlingsplan för att säkerställa fullgod nutrition och kost i syfte att förhindra undernäring samt för god munhälsa s 16

Primärvården s 20
Primärvårdsrehabilitering s 24
Stadsdelen s 26
Läkare i vård- och omsorgsboende s 30
Minnesmottagningen s 31
Järva psykiatri, Praktikertjänst s 34
Bilaga identifieringsguide s 35
Bilaga frågeguide s 36
Bilaga samtycke s 37
Bilaga Anmälan för vårdplanering s 38
Bilaga Informationsöverföring mellan Primärvård och SÄBO s 39
Bilaga remissvar arbetsterapeut s 40
Bilaga funktions- och aktivitetsnivå s 41
Bilaga läkarintyg körkort s 42
Bilaga läkarintyg vapeninnehav s 44
Bilaga läkarintyg god man s 45
Bilaga läkarintyg färdtjänst s 47
Bilaga Faxrutiner s 49
Bilaga MNA, Mini Nutrition Assessment s 50
Bilaga individuell kostplan s 51
Bilaga ROAG-J s 52
Användbara hemsidor s 53
Kontaktlista s 55
Kontaktpersoner s 59

FÖRORD

Demens är ett långvarigt sjukdomstillstånd som ställer stora krav på utredning, behandling, uppföljning och omhändertagande. För att ge personerna och deras närstående bästa möjliga vård och bemötande krävs god samverkan mellan primärvård, stadsdel och minnesmottagning.

För att förverkliga målen som beskrivs i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom har ett programutvecklingsarbete bedrivits i Rinkeby-Kista vars resultat här presenteras. Samverkansprogrammet ansluter också till Regionalt vårdprogram demens 2011, utgivet av Stockholms läns landsting. Via ett antal möten har resurser, genomförande och förbättringsområden kartlagts. De brister som finns utgör grund för fortsatt utvecklingsarbete och samverkan.

Målet är att samtlig personal inom hälso- och sjukvården och den kommunala omsorgen som kommer i kontakt med demenssjuka personer ska tillämpa samverkansprogrammet, men också aktivt verka för dess utveckling.

DELTAGARE I PROGRAMARBETET

MINNESMOTTAGNINGEN BROMMAGERIATRIKEN

Överläkare **Maria Norström**

Sjuksköterska/Enhetschef **Marianne Andersson**

Arbetsterapeut **Helena Hallinder**

PRIMÄRVÅRDEN

Kista Vårdcentral, Verksamhetschef, **Thomas Wohlin**

Husby-Akalla Vårdcentral, Verksamhetschef **Erik Lucht**

Tibra Medica Vårdcentral, Verksamhetschef **Sarah Razavi**

PRIMÄRVÅRDSREHABILITERING

Verksamhetschef, Kista Rehab Västra, **Pia Hallgren**

Enhetschef, Kista Rehab Västra, **Jenny Pettersson**

Dietist, Kista Rehab Västra **Erika Törnqvist**

RINKEBY-KISTA STADSDELSFÖRVALTNING

Verksamhetsområdeschef, Äldreomsorg, **Gunilla Davidsson**

Beställarchef**, Aila Laukkonen**

Enhetschef hemtjänsten, **Hossein Ahmadian**

Undersköterska demensteamet **Jane Engberg**

Medicinsk ansvarig sjuksköterska**, Ann-Christin Larsson**

Medicinsk ansvarig rehabiliterare**, Marianne Ankersjö**

Utredare **Annika Ekengren**

HÄLSO OCH SJUKVÅRDSFÖRVALTNINGEN, SLL

Projektledare, Medicinska staben, **Rune Modig**

BAKGRUND

Rinkeby-Kista består av fyra områden Rinkeby, Kista, Husby och Akalla.
Det bor drygt 48 000, personer i Rinkeby-Kista vilket är ca 5 % av Stockholms stads befolkning. Personer med utländsk bakgrund utgör 80,4 % jämfört med 30,7 % i staden totalt. Antalet äldre över 65 år var 4970 år 2013 vilket utgör drygt 10 % av antalet personer i stadsdelen. Av dessa äldre har 56,8 % utländsk härkomst. Andelen äldre förväntas ha en långsam ökning närmaste åren.

Socialstyrelsen utkom 2010 med de första nationella riktlinjerna inom demensområdet, **Nationella Riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 (NR**). Riktlinjerna lyfter fram evidensbaserade och utvärderade behandlingar och metoder inom vård och omsorg för personer med demenssjukdom och för stöd till deras anhörig. www.socialstyrelsen.se/publikationer

Regionalt vårdprogram demens 2011(RVD*)* är en tillämpning av NR för regionalt bruk i Stockholms Läns landsting. www.produktionssamordning.se

Samverkan vid vård och omsorg för personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt 2013 (SVODK), en överenskommelse mellan landstinget och kommunerna i Stockholms län antogs i februari 2013. www.ksl.se
Samverkan mellan huvudmännen är en förutsättning för att säkerställa en god kvalitet i vården och omsorgen för personer med en demenssjukdom samt stöd till deras närstående. Syftet med denna överenskommelse är att den ska utgöra en grund och ett stöd för det gemensamma arbetet mellan kommun och landsting på lokal nivå. Målsättningen är att skriftliga riktlinjer/rutiner/program ska utarbetas i alla kommuner i Stockholms län. De lokala programmen ska tydliggöra ansvars- och rollfördelning mellan berörda aktörer samt beskriva former för samverkan kring den enskilda personen.

Lokalt samverkansprogram för demens i Rinkeby-Kista är resultatet av en strävan från olika aktörer i området att samverka för bättre vård och omsorg för demenssjuka i stadsdelen i enlighet med riktlinjerna i NR och i överensstämmelse med RVD. Målsättningen är en sammanhållen och välfungerande vårdkedja med gott samarbete mellan olika parter oavsett huvudmannaskap. Syfte är att möjligöra en god och personcentrerad vård och omsorg.

Arbetet med Lokalt samverkansprogram för demens i Rinkeby-Kista startade under 2014. Ett antal möten har genomförts där stora och små frågor har penetrerats. Samtliga aktörer har varit inbjudna att delta i samtalen. Det föreliggande samverkansprogrammet är ett resultat av det arbetet.
Ett samverkansavtal skrivs samtidigt där parterna förbinder sig att följa riktlinjer och rutiner i det lokala samverkansprogrammet och verka för att dessa implementeras i den egna verksamheten. Det lokala samverkansprogrammet ska årligen uppdateras enligt uppgjort handlingsprogram.

DEFINITIONER

DEMENS

Demens innebär störning av kognitiv förmåga dvs. av tankeförmågor såsom t.ex. inlärning och minne, orientering till tid och rum, logisk förståelse, räkneförmåga, språklig förmåga. Försämringen av kognitiva funktioner åtföljs ofta av försämring av emotionell kontroll, socialt beteende, motivation, insikt och omdöme. Demens medför avsevärd försämring av intellektuella funktioner som påverkar dagliga aktiviteter inom områdena personlig vård, boende och arbete/fritid. Personerna kan få svårigheter att klä sig, de kan glömma bort att laga mat och äta, klarar kanske inte att tvätta sina kläder eller betala sina räkningar och blir socialt tillbakadragna. Symtomen ska ha funnits i minst sex månader för en säker diagnos. Demensdiagnosen är en sammanvägningsdiagnos, dvs. det finns inte några enstaka konklusiva undersökningar eller diagnostiska markörer för att fastställa demens. Det innebär att en rad fakta om personen, både från sjukhistoria och från olika undersökningar, måste samlas in och vägas samman.

Definition av demens enligt DSM-IV, förkortad version:

Minnesstörning (obligatoriskt)

Åtminstone en av följande störningar:

Afasi (språkvårigheter)

Apraxi (nedsatt praktisk förmåga trots intakta motoriska förmågor, dvs förstår ej bruket av vissa saker)

Agnosi (känner inte igen eller kan inte identifiera föremål trots intakta sensoriska funktioner)

Exekutiva störningar (nedsatt förmåga att planera, organisera mm)

Nedsatt arbets- eller social förmåga som innebär en nedgång från en tidigare högre funktionsnivå.

Uppträder inte enbart i samband med konfusion

Tillståndet ska ha varat i mer än sex månader

Det finns ett 70-tal olika sjukdomar som leder till demens. Dessa delas upp i **Primärdegenerativa demenser** (primärt orsakade av nervcellsnedbrytningsprocess).60 %. Dit hör t ex. Alzheimer demens, Frontotemporal demens, Levy-Body demens, Parkinson demens och demens vid Downs syndrom.
Vaskulär demenser, 30 % t.ex. multiinfarkt- och småkärlsdemens.
Sekundär demens, 10 %. Dit hör t ex alkoholdemens och demenser pga. bestående skador av blödningar, infektioner, icke behandlingsbara hjärntumörer, långvarig syrebrist, trauma, normaltryckshydrocefalus (för stor mängd vätska I hjärnans hålrum) m.m. Det förekommer, särskilt hos äldre personer, olika blandformer, Alzheimers demens tillsammans med cerebrovaskulär skada, s.k. Alzheimers demens av blandtyp. *Se bilaga identifierings guide.*

UTBREDNING

I Stockholms län bedöms 27 000 personer ha en demenssjukdom, varav ca 2000 är under 65 år. Prevalensen (förekomsten) stiger exponentiellt med åldern och fördubblas för varje 5-årsperiod över 65 år. I 65-årsåldern har 1-2% en demenssjukdom, i 80-årsåldern ca 20 % och i 90–95 årsåldern 40-50%.
Nyinsjuknandet beräknas i Stockholms län till 5000 per år, vilket alltså utgör det antal utredningar som bör genomföras årligen. Därtill ska de läggas som ännu inte blivit utredda. I dag görs ca 3900 utredningar per år på minnesmottagningarna. Totalt får ca 4000 personer en demensdiagnos varje år.

MÅL

Målsättningen i det Lokala samverkansprogrammet för demens I Rinkeby-Kista är en sammanhållen vårdkedja med individuell gemensam vårdplanering och god samverkan med närstående.

Personer med kognitiv svikt/ demenssjukdom och deras närstående ska uppleva trygghet genom hela sjukdomstiden. Primärvården, primärvårdsrehabilitering, stadsdelen, vård- och omsorgsboende och minnesmottagningen ska samverka för att ge utredning, diagnos, behandling och vård enligt de individuella behoven under sjukdomens olika skeden.
Lokalt samverkansprogram för demenssjuka i **Rinkeby-Kista** ska utgöra ett gott underlag för planering av vården genom att beskriva de olika vårdgivarnas ansvarsområden i vårdkedjan. Berörd personal ska ha god kännedom om samverkansprogrammet och dess tillämpning.
Personer med misstanke om demenssjukdom **ska erbjudas en tidig medicinsk och social utredning.** I normalfallet ska **basutredning ske inom primärvården**. Vid behov av fullständig utredning remitteras personen till minnesmottagningen eller, om personen är under 65 år, till geriatriska mottagningen, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge.
All information skall anpassas den demenssjukes och de närståendes behov och lämnas både muntligt och skriftligt.
Stadsdelen ska skapa förutsättningar för att den demenssjuke ska kunna **leva ett gott liv i gemenskap med andra. Stöd och hjälp med service och omvårdnadsinsatser ska erbjudas** så att den demenssjuke kan vara kvar i sin hemmiljö så länge som möjligt.
När vård- och omsorgsboende krävs ska det vara av hög kvalitet med inriktning mot demens.
Alla personer som arbetar med demenssjuka ska ha **goda kunskaper i demensvård**.
Samtliga aktörer inom demensvården i **Rinkeby-Kista** ska sträva efter att kommunicera med varandra enligt rutiner som beskrivs i programmet samt att aktivt bidra till fortsatt utveckling av detta.

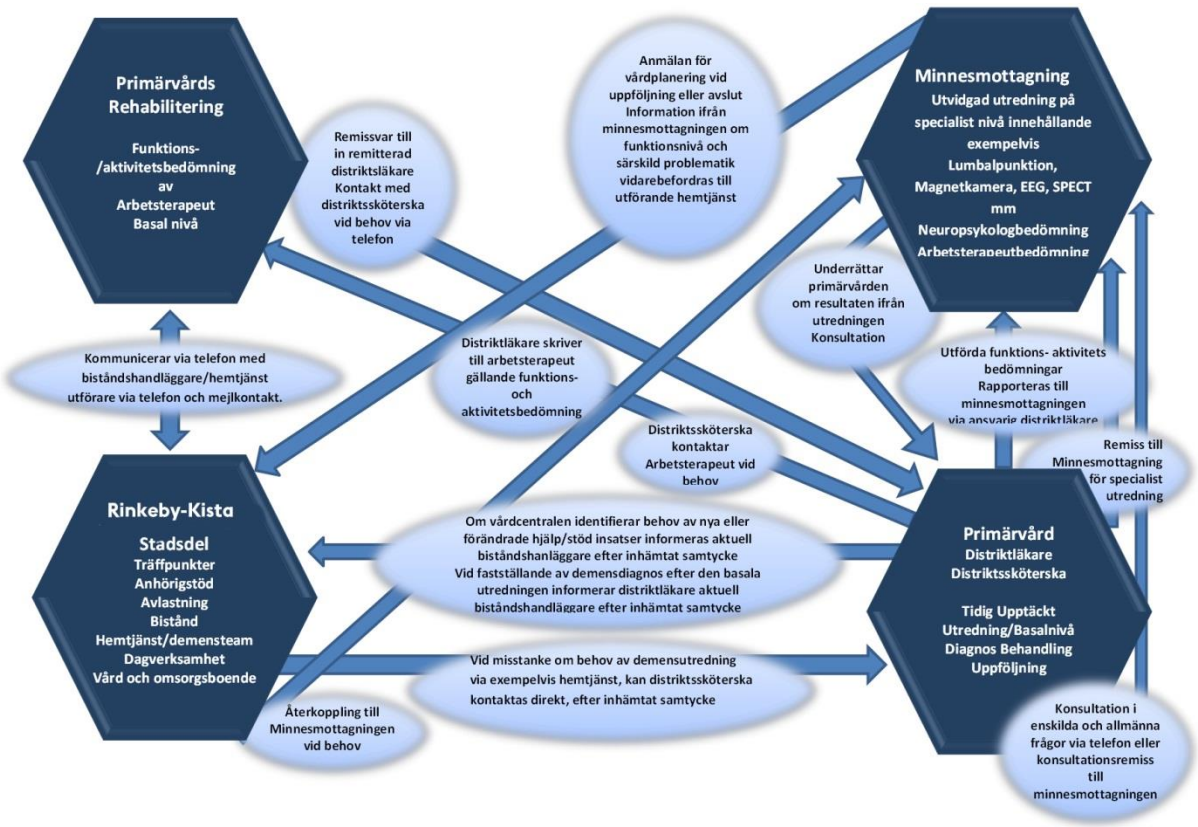
DOKUMENTETS ORGANISATION

Vi har valt att presentera kommunikationsflödet mellan oss olika aktörer kring den demenssjuke och dess närstående samt samverkan mellan oss alla i den första delen av programmet. Sedan följer en del om rutiner och riktlinjer per verksamhetsområde samt delvis per yrkesgrupp. Inom verksamheten följer initialt en beskrivning av resurser och uppdrag. Därefter följer ordningen efter den demenssjukes resa från tidig upptäckt, utredning, behandling och omvårdnad till uppföljning.

Samverkansdelen belyser sedan hur utvärdering och uppföljning ska ske med olika metoder så som avikelserapportering, utformande av handlingsplan för förbättringsområden samt återkommande fysiska möten.

Dokumentet belyser att **alla aktörer kan beröras av alla moment i sjukdomsförloppet och att vi alla kan behöva samverka med varandra i olika skeden.**

KOMMUNIKATION MELLAN PARTERNA



MINNESMOTTAGNINGEN OCH STADSDELEN

I samband med att demensutredningen är slutförd och om behov av kontakt med stadsdelen konstateras utfärdar minnesmottagningen en anmälan för vårdplanering. *Se bilaga Anmälan för vårdplanering*

Det kan även ske i samband med uppföljning eller avslut. Om behovet bedöms vara akut kontaktas stadsdelen per telefon eller fax. Vid all kommunikation via fax måste rutiner följas. *Se bilaga faxrutiner.*
Om minnesmottagningen i samband därmed önskar få en återkoppling från stadsdelen ska detta uttryckas i dokumentet. Återkopplingen består lämpligast genom att patientens biståndsbeslut skickas.

Den information om utredning, diagnos, funktionsnivå och särskild problematik som minnesmottagningen överlämnar till stadsdelen i anmälan för vårdplanering **ska i relevanta delar vidarebefordras efter inhämtat samtycke till utförande hemtjänst. För detta ansvarar stadsdelen. Informationen behövs för att utföraren ska kunna utföra insatserna.**

Stadsdelen, hemtjänsten och primärvården

Om **stadsdelen** via hemtjänsten eller på annat sätt fått kännedom om misstanke om behov av demensutredning vidarebefordras informationen till distriktssköterska på aktuell vårdcentral eller biståndshandläggare inom biståndsenheten efter inhämtat samtycke. Vid behov kan anmälan för vårdplanering användas och skickas/faxas till berörd person och biståndsenhet. *Se bilaga Anmälan för vårdplanering.*

Om **vårdcentralen** identifierar behov av nya eller förändrade kommunala insatser informeras **aktuell biståndshandläggare** efter inhämtat samtycke, via anmälan för vårdplanering. *Se bilaga Anmälan för vårdplanering*

Då **läkare på vårdcentralen** efter en basal utredning fastställer en demensdiagnos informeras **biståndshandläggaren** efter inhämtat samtycke. *Se bilaga Anmälan för vårdplanering.*

Inom stadsdelen, uppföljning

Biståndshandläggare och utförare har kontakt vid förändrade behov.

Uppföljning av beslutade insatser sker minst årligen med personen närstående eller god man. Vid förändrade behov ska utföraren dokumentera dessa och kontakta biståndshandläggaren.

För demenssjuka kan behov finnas av tätare uppföljning av beslutade insatser. Om minnesmottagningen bedömer att ett sådant behov föreligger ska det framgå av underlaget i *Anmälan för vårdplanering*.

Minnesmottagning och primärvård

Minnesmottagningen underrättar primärvården om resultaten i utredningen via remissvar, remisser och journalanteckningar. Vid avslut från minnesmottagningen skrivs alltid remiss för fortsatt uppföljning.

Det är önskvärt att göra registrering i SveDem vilket skulle underlätta vid kommunikationen mellan minnesmottagning och primärvård. Person som ska följas upp kommer när det är dags upp på vårdcentralens lista.

Distriktssköterskor informeras främst via remiss i Take Care om hjälp behövs med läkemedelsadministrering.

Primärvården informerar minnesmottagningen främst i samband med remisskrivande. Primärvårdarbetsterapeuten rapporterar in aktuella bedömningar till minnesmottagningen genom remiss svar som delgivits till distriktsläkaren. Om behov av konsultation i enskilda eller allmänna frågor uppstår kontaktar primärvården minnesmottagningen via telefon. Det finns också möjlighet att skriva en konsultationsremiss. Om akuta situationer eller oväntade problem uppstår kontaktar minnesmottagning och primärvård varandra via telefon och fax.

PRIMÄRVÅRDSREHABILITERING, PRIMÄRVÅRDEN OCH MINNESMOTTAGNINGEN

Distriktsläkare och arbetsterapeut kommunicerar via remiss och remissvar.

Utförda primärvårds arbetsterapeut bedömningar rapporteras till minnesmottagningen via remitterande distriktsläkare.

PRIMÄRVÅRDSREHABILITERING OCH STADSDEL

Primärvårdsrehabilitering och biståndshandläggare kommunicerar via telefon, mejlkontakt Primärvårdsrehabilitering och utförare kommunicerar via telefon och mejlkontakt.

MINNESMOTTAGNING OCH LÄKARE I SÄBO

Telefonkontakt för konsultation vid behov i specifika eller generella frågor

.

SAMVERKAN, UTVÄRDERING, UPPFÖLJNING

SAMVERKAN

Primärvård, primärvårdsrehabilitering, stadsdel och minnesmottagningen förbinder sig via ett samverkansavtal att samverka i enlighet med **Lokalt samverkansprogram för demenssjuka i Rinkeby-Kista**

UTVÄRDERING/AVVIKELSERAPPORTERING

Som ett instrument för att sträva efter förbättring i samtliga avseenden ska avvikelserapportering användas. Samtliga parter ser avvikelserapportering som ett konstruktivt verktyg för att kunna uppnå de gemensamma målen. Synpunkter från patient eller närstående kan också vidarebefordras till annan samverkande part inom ramen för avvikelserapportering. Varje enhet följer sin egen rutin för extern avvikelserapportering. Återkoppling av avvikelser ska ske.

UPPFÖLJNING

Det Lokala Samverkansprogrammet inom Rinkeby-Kista stadsdel ska följas upp med samverkansmöte 1 gång per termin, dvs. 2 ggr/år. Aktörerna ska fördela arbetsuppgifterna i samband med mötena, alla aktörer har härvidlag ett gemensamt ansvar.

Aspekter som i det sammanhanget bör uppmärksammas är:

- **Verksamhetskännedom**. Mötet kan äga rum i lokal där verksamhet för demenssjuka bedrivs eller där någon av parterna har sin verksamhet.
- **Personkännedom**. Det är värdefullt med ett brett deltagande från samtliga huvudmän.
- **Avvikelserapportering**. Gjorda avvikelser diskuteras.
- **Kompetenshöjning**. Gärna I form av gemensamma föreläsningar
- **Uppdatering av kontaktuppgifter.**
- **Utvärdering** av samverkan och mål i *Lokalt samverkansprogram för demenssjuka i Rinkeby-Kista,* upprättande av handlingsplan för förbättringsområden.

HANDLINGSPLAN FÖR PERSON MED MISSTÄNKT DEMENS/DEMENSSJUKDOM SOM INTE ÖNSKAR STÖD FRÅN STADSDELEN

KONTAKT MED BISTÅNDSHANDLÄGGARE

När någon inom vård eller omsorg får kännedom om att en person med misstänkt eller konstaterad demens riskerar att fara illa pga. att han/hon inte vill ta emot hjälp, ska kontakt tas med biståndshandläggare. Larm kan komma från t.ex. närstående, granne, sjukvårdspersonal eller hemtjänst.

BISTÅNDSHANDLÄGGAREN

Biståndshandläggaren dokumenterar anmälan.

STÄLLNINGSTAGANDE TILL UTREDNING ENLIGT SOCIALTJÄNSTLAGEN

Biståndshandläggaren tar ställning till om utredning enligt socialtjänstlagen ska påbörjas. Kontakter med andra t.ex. hemtjänstutövare, sjukvårdspersonal får inte tas i detta skede då biståndshandläggaren först måste inhämta samtycke från personen. **Samtycke kan I detta läge bestå av att personen inte motsätter sig kontakt.** ***Se bilaga samtycke.***

KONTAKT MED DISTRIKTSSKÖTERSKA

Biståndshandläggaren tar kontakt med distriktssköterska på den vårdcentral där personen är listad.
Om personen inte är listad på någon vårdcentral tas kontakt med vårdcentralen I området där personen bor.
Stadsdelen och primärvården dokumenterar sina insatser.
Primärvården ansvarar för att dokumentation finns som beskriver hur överenskommen samverkan/återkoppling ska ske.

HEMBESÖK

Biståndshandläggaren och distriktssköterskan gör återkommande hembesök även om personen inte öppnar.

KONTAKT MED DISTRIKTSLÄKAREN

Vid behov tar distriktssköterskan kontakt med distriktsläkaren. Distriktsläkaren tar ställning till om LPT(lagen om psykiatrisk tvångsvård) är nödvändig för att lösa situationen. Samråd kan ske med geropsykiatriker för konsultation. *Se kontaktuppgifter.*
Bakjour på Brommageriatriken kan kontaktas för diskussion om situationen kan lösas med inneliggande vård på geriatriken. *Se kontaktuppgifter*

PLANERING AV UPPFÖLJNING

Biståndshandläggaren, distriktssköterskan och vid behov distriktsläkaren planerar återkommande träffar för uppföljningar tillsammans.
Stadsdelen och primärvården dokumenterar sina insatser.
Var kreativ I kontakten med personen (se tipsruta nedan).
Ta upp ärendet med kolleger för att få det belyst utifrån andras erfarenheter. Vid behov tag hjälp av andra yrkeskategorier, t ex arbetsterapeut, för att försöka etablera en kontakt. Överväg behov av att göra en anmälan om god man/förvaltare.

PERSON SOM BOR PÅ SERVICEHUS

Ansvariga för ovanstående handlingsplan blir på servicehus ansvarig sköterska på boendet och ansvarig läkare för boendet

TIPS PÅ HUR MAN ”KOMMER IN” TILL BEHÖVANDE PERSONER SOM AVBÖJER HJÄLP

Knacka på vänta en stund och försök igen
(gå runt huset/kvarteret)
Erbjud blodtryckskontroll
Erbjud översyn av hjälpmedel

HANDLINGSPLAN FÖR OMHÄNDERTAGANDE AV PERSONER MED ANNAN KULTURELL ELLER SPRÅKLIG BAKGRUND

BAKGRUND

Begreppet kulturell bakgrund omfattar de tros-, värde- och normsystem som en grupp människor delar. De föreställningsramar som hjälper dem att tolka världen. Språket har även en viktig betydelse. Det senaste inlärda språket försvinner i takt med att demenssjukdomen förvärras. Under sista fasen av sjukdomen har personen endast kvar sitt modersmål vilket orsakar stora problem i vårdsituationer där vårdarna inte behärskar personens modersmål.

Personcentrerad omvårdnad i enlighet med NR (Socialstyrelsens nationella riktlinjer), innebär att man i vården och omsorgen särskilt beaktar behov relaterade till att personer har annan kulturell eller språklig bakgrund. Att ta kulturella hänsyn handlar exempelvis om att ge personen med kognitiv svikt/demenssjukdom möjlighet till att utöva sin religion, få kulturellt anpassad mat, bevara sina kulturella traditioner och sedvänjor samt att få tillgång till personal som talar samma språk som personen med demenssjukdom eller kognitiv svikt.

Dessa omständigheter ställer speciella krav på omhändertagandet av personer med annan kulturell eller språklig bakgrund i den kognitivt sviktande eller demenssjukes ”resa” från tidig upptäckt via utredning, behandling och omvårdnad till uppföljning. I syftet att kunna tillgodose individens behov på lika villkor.

VID UTREDNING GENERELLT

Vid alla besök och bedömningar **skall tolk bokas**. Den kognitiva bedömningen bör i möjligaste mån **ske enskilt med personen** ifråga i en trygg och för personen adekvat miljö. Vid bedömningen ska hänsyn tas till olika kulturella och språkliga skillnader. Närstående bör inte medverka vid den kognitiva bedömningen i syfte att bedömningen blir så objektiv som möjligt. Närståendenamnes görs separat, där intervju kring olika kulturella skillnader även görs. Denna bör ske före bedömning av patienten och ligga till grund för valet av testmetod.

BISTÅNDSHANDLÄGGAREN

Delge primärvården och minnesmottagningen tidigare erfarenheter om personen om denna är känd av biståndshandläggaren efter inhämtning av samtycke.

DISTRIKTSLÄKARE

Sedvanlig utredning där funktions-/aktivitetsbedömningen ifrån **primärvårdsarbetsterapeut utgör en viktig del** i den sammanfattande bedömningen av personens funktions-/aktivitets nivå.

Konferens om person med hela primärvårdsteamet, men utan personen i fråga (konferens om person) då även arbetsterapeut och biståndshandläggaren medverkar. Inhämtning av samtycke krävs, se bilaga Samtycke.(Konferens om person ersätts numera ekonomiskt i enlighet med KVÅ registrering).
Beslut om diagnos eller om remiss ska gå till minnemottagningen.

Remiss till minnesmottagningen kan i många fall behövas och godkänns frikostigt efter genomförd basal utredning. VIKTIGT ATT KONTAKTUPPGIFTER TILL DEN ANHÖRIG SOM SKA KONTAKTAS BIFOGAS.

DISTRIKTSSKÖTERSKA

Inhämtning av anamnes/information ifrån närstående.
MMSE testning med kompetent tolk.
Kallar vid behov hela primärvårdsteamet inklusive biståndshandläggare och primärvårds arbetsterapeut till konferens om patient,(är KVÅ-ersatt om läkare medverkar) Inhämtning av samtycke krävs, *se bilaga Samtycke*.

PRIMÄRVÅRDS ARBETSTERAPEUT

Enskild objektiv bedömning i hemmet med hjälp av tolk. Aktivitetsförmåga och kognitiva funktioner bedöms med utgångspunkt ifrån praktisk aktivitetsbedömning samt Screening instrumentet MoCA som finns översatt till många språk, www.moca.org. Aktivitetsanamnes tas med hjälp av ADL-taxanomin inledande med personen ifråga för att sedan kompletteras med anhörigs upplevelse av situationen. Vid behov kan även MMSE utföras genom god tolkning vid hembesöket.

MINNESMOTTAGNING

Generös remittering till minnesmottagningen vid komplicerade fall.
Sedvanlig utredning med genomgående tolk som hjälp.
Utvidgad arbetsterapeutbedömning på klinik eller i hemmet med validerade bedömningar så som AMPS, META, DBF, KSB, Rivermead eller dyl. utförs med tolk.

Minnesmottagningen kan vid behov kalla biståndshandläggare till diagnosrond (konferens om patient) om skriftligt samtycke finns från personen att kontakt får tas med stadsdelen. Vid konferensen sker informationsutbyte och fortsatt bedömning av omsorgsbehov kan påbörjas.

HEMBESÖK

Med fördel kan gemensamma besök utföras med olika aktörer i vårdkedjan. Exempelvis distriktssköterska/primärvårdsarbetsterapeut, distriktsläkare/primärvårdsarbetsterapeut, biståndshandläggare/arbetsterapeut minnemottagning specialistläkare minnemottagning/arbetsterapeut minnesmottagning eller dyl.
Tolk ska alltid medverka.

NÄRSTÅENDESTÖD

Biståndshandläggaren ger stödjande insatser för närstående då omhändertagandet av person med demenssjukdom eller kognitiv svikt med annan kulturell eller språklig bakgrund kan ha andra behov som skiljer sig från det traditionella stödet.

HANDLINGSPLAN FÖR ATT SÄKERSTÄLLA FULLGOD NUTRITION OCH KOST I SYFTE ATT FÖRHINDRA UNDERNÄRING SAMT GOD MUNHÄLSA

DIETISTENS ROLL

Hos personer med nedsatt kognitiv förmåga är undernäring vanligt förekommande och förknippas även med kognitiv försämring.
Nutritionsstatus bör därför beaktas på ett tidigt stadium, *se bilaga, MNA, Mini Nutrition Assessment.*
Aptitstörning är vanlig hos personer med demenssjukdom. Vanliga bakomliggande orsaker är sväljningssvårigheter, tandvärk, munsvamp, läkemedelsbiverkan, förstoppning samt apraxi (Regionalt Vårdprogram 2011).
Dietistens roll är att utvärdera om energi-och näringsintaget är adekvat och bidra med stödjande åtgärder vid inadekvat näringsintag.
Remiss kan skickas till dietist för nutritionsbedömning, nutritionsbehandling, handledning av närstående och vårdgivare vid behov. Remiss bör även skickas om person med demenssjukdom blivit screenad av tex. distriktsköterska med MNA-verktyget och erhållit poäng som indikerar risk för undernäring, *se bilaga, MNA, Mini Nutrition assessment*.
Vid önskemål och behov kan dietistens remissvar användas som underlag till biståndshandläggare för mer tid vid måltidssituationen. Kontakt med biståndshandläggare kan ske via blanketten *Anmälan för vårdplanering, se bilaga.*

VID UTREDNING

MINI NUTRITION ASSESSMENT (MNA), är ett screeningsverktyg som bör tillämpas för att identifiera om den demenssjuke personen löper risk för undernäring. MNA-formuläret är uppdelat på 2 delar. Del 1 innefattar fråga A-F.
MNA ligger som bilaga till detta samverkansprogram och kan även nås via publikationer i Take Care :

- MNA formulär
- MNA manual

- Varje svar i del 1 ger poäng och poängen från fråga A-F läggs sedan ihop för att få fram en totalpoäng.
- Poängen från MNA ska dokumenteras under mätvärden i Take Care, se MNA.
- **Om poängen är 11 eller mindre kan personen löpa risk för undernäring.** Då bör remiss skickas till dietist med hänvisning till MNA screeningpoäng.

DISTRIKTSSKÖTERSKA

Nutritions screening MNA Del 1, utförs med fördel i hemmet exempelvis i samband med att MMSE bedömningen utförs. I särskilda fall och när hembesök är planerat av arbetsterapeut funktions-/aktivitetsbedömning kan man via remiss be arbetsterapeut att utföra MNA del 1.
Vid undernäring är det vanligt att **kosttillskott** tillämpas som åtgärd.
Distriktssköterska som genomfört utbildning i förskrivning av kosttillskott kan förskriva näringsdrycker och berikningspreparat till personen vid behov. Ta ställning till behov av remiss till dietist när risk för undernäring påvisat efter utförd nutritionsscreening

Det är lämpligt att första bedömningen görs av dietist, varefter fortsatt förskrivning av näringspreparat kan ske av distriktssköterska.
Remiss till dietist är även lämpligt i mer komplexa fall, t.ex. multisjuka personer.
Fortsatt uppföljning med MNA och vikt bör ske var tredje månad av distriktssköterska i första hand. *Se Bilaga Individuell kostplan.*
Identifieras behov av utökad resurs för måltider kontaktas biståndshandläggare, blanketten *Anmälan för vårdplanering* kan användas*, se bilaga.*

PRIMÄRVÅRDSARBETSTERAPEUT

Om inte nutritions screening MNA del 1 är gjord görs den av arbetsterapeut vid hembesöket vid den basala demensutredningen. Remiss till distriktssköterska eller dietist vid behov.

HEMTJÄNSTPERSONAL

Om inte nutritionen fungerar tillfredställande i hemmet signalerar hemtjänstpersonal till distriktssköterska och vid behov till biståndshandläggaren för utökad resurs vid måltid. Blanketten *Anmälan för vårdplanering* kan användas, *se bilaga.*

BISTÅNDSHANDLÄGGAREN

Ställningstagande till utökat bistånd vid risk för undernäring. Mer tid vid matsituation då MNA screening underlaget påvisat risk för undernäring.
Ta ställning till behov av munhälsobedömning och tandvårsbidrag.
Säkra att kompetens finns hos utförare gällande nutrition och munhälsa.

PLANERING AV UPPFÖLJNING

Fortsatt uppföljning med MNA och vikt bör ske var tredje månad av distriktssköterska i första hand. *Se Bilaga Individuell kostplan.*

Uppföljning av nutrition hos personer med kognitiv svikt/demens sker i SLSO:s kvalitetsbokslut enligt:

- Andel individer med dokumenterad MNA (Mini Nutrition Assessment).

MUNVÅRD

Dålig tandstatus hos personer med demenssjukdom kan medföra undernäring, smärta, lunginflammation och frätsår i munnen. Muntorrhet som medför svårigheter att äta och svälja samt dålig tuggförmåga är riskfaktorer för undernäring. Olika symtom t.ex. matvägran eller aggressivitet kan vara uttryck för smärtor i munnen. För strukturerad bedömning av munhälsa hos personer med demenssjukdom rekommenderas bedömningsinstrumentet *Revised Oral Assessment Guide (ROAG), se bilaga.*

MUNHÄLSA OCH TANDVÅRDSSTÖD

För den som är demenssjuk kan det vara svårt att sköta om sin mun och hålla kontakt med sin tandläkare.
Många av dem som ger vård och omsorg är inte medvetna om vikten av god munhälsa. De beskriver ofta att det är svårt eller tidskrävande att hjälpa till med tandborstning. De känner inte till att problem i munnen kan leda till en lång rad andra hälsoproblem, som i sin tur kan öka behovet av vård och omsorg.
Personer med demens och ett stort omvårdnadsbehov kan efter bedömning av biståndshandläggare eller distriktssköterska ha rätt till en gratis munhälsobedömning i hemmet varje år. Dessutom kan personen ha rätt till ett tandvårdsstödsin-

tyg, vilket innebär att kostnaden för nödvändig tandvård inräknas på frikortet för sjukvård.
Tandvården ingår oftast inte i den sammanhållna vården och omsorgen kring personer med demenssjukdom. Det finns dock riktlinjer för samverkan mellan Stockholms läns landsting och kommunerna då det gäller särskilt tandvårdsstöd.
Enligt nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom
bör socialtjänst och hälso- och sjukvården göra regelbundna bedömningar av munhälsan.

En person kan få nödvändig tandvård om det finns ett stort och långvarigt behov av omvårdnad och om hen

- bor i särskilda boendeformer för service och omvårdnad, till exempel sjukhem, äldreboende eller gruppboenden
- får omfattande hälso- och sjukvård i det egna hemmet samt vid vissa sjukdomar eller vid nyttjande av en del läkemedel som ger muntorrhet
- bor i egen bostad men har mycket stora behov av vård och omsorg
- har en omfattande psykisk funktionsnedsättning
- har en funktionsnedsättning och omfattas av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

BEDÖMNING AV MUNHÄLSAN

För att få reda på om man behöver tandvård eller om tänderna behöver skötas bättre kan personen få munnen och tänderna undersökta av en tandläkare eller tandhygienist. Det kallas uppsökande munhälsobedömning och är en enkel undersökning som görs där man bor. Undersökningen kostar ingenting.

I samband med att personen genomgått en munhälsobedömning skrivs ett munvårdskort ut som är ett samverkansdokument mellan tandvårdspersonalen och vård- och omsorgspersonalen. Utifrån instruktionerna på munvårdskortet ges personen som så önskar och behöver stöd och hjälp med den dagliga munvården.

Person som fått ett erbjudande om munhälsobedömning kan välja att tacka ja eller nej, men kan inte välja vem som ska utföra den. Munhälsobedömningen görs av en tandvårdsleverantör som landstinget tecknat avtal med för munhälsobedömning och munvårdsutbildning. Det tandvårdsföretag som anlitas I Rinkeby-Kista heter LA Romain KB De erbjuder årliga munhälsobedömningar och utbildning till omvårdnadspersonal. Om personen tackar nej har hen rätt att ändra sig och få den vid ett senare tillfälle. Även om personen tackar nej till munhälsobedömningen kan hen fortfarande få nödvändig tandvård. Personen kan själv välja tandläkare eller be om hjälp att hitta en lämplig.

NÖDVÄNDIG TANDVÅRD

Nödvändig tandvård innebär att personen kan få tandvård till samma avgift som sjukvård. Avgiften får räknas samman med andra avgifter för hälso- och sjukvård och därmed ingå i sjukvårdens högkostnadsskydd.

Nödvändig tandvård ska underlätta för patienten att kunna tugga föda och slippa smärtor och obehag i munnen.

Om tandläkaren tycker att det är tveksamt om tandvården är nödvändig eller om det behövs större behandlingar, till exempel sådana som innefattar kronor, broar och implantat, ska tandläkaren i förväg skicka in ett underlag till landstinget som bedömer om tandvården är nödvändig.

TANDVÅRDSSTÖDS INTYG

I första hand ska person som bor I eget boende och som önskar intyg vända sig till sin biståndshandläggare som känner till personens behov av vård och omsorg.

Biståndshandläggaren utfärdar ett underlag som bekräftar att personen är berättigad till uppsökande munhälsobedömning och nödvändig tandvård.

Registreringen och beställning av tandvårdsstödsintyget görs I datasystemet Symfoni

För personer som har ett stort behov av vård- och omsorgsinsatser men saknar eller har lite kommunala insatser kan distriktssköterska, som har tillgång till journalhandlingar och som kan bedöma vård och omsorgsbehovet, göra en ansökan hos landstinget om rätt till uppsökande munhälsobedömning och nödvändig tandvård.

Även personen själv eller närstående kan ta kontakt med enheten för tandvård i Stockholms läns landsting. Om tandvårdsenheten godkänner ansökan skickas intyget till hemadressen. *Se kontaktuppgifter*

MINNESMOTTAGNINGEN

Minnesmottagningen har som rutin att vid nybesök inspektera mun och svalg. Vid misstankar om dålig munhälsa skickas blanketter **Anmälan för vårdplanering,** till ansvarig biståndshandläggare för ställningstagande till munhälsobedömning/tandvårdsstödsintyg. Dessutom informeras anhöriga om munhälsa och regler för munhälsobedömning muntligen och via informationsskrifter.

PRIMÄRVÅRDEN

RESURSER

I Rinkeby-Kista stadsdelsområde finns för närvarande följande vårdcentraler: Husby-Akalla Vårdcentral, Kista Vårdcentral, Rinkeby Vårdcentral ,Tibra Medica Vårdcentral, Familjeläkarna, och Aleris Vårdcentra Järval.

UPPDRAG

Primärvårdens uppdrag är **att genomföra den basala demensutredningen**. En sådan ska enligt NR bestå av anamnesupptagning från patient och närstående, somatiskt, psykiskt och kognitivt status, provtagning, EKG och CT skalle samt funktions-/aktivitetsbedömning av arbetsterapeut. Därefter tas ställning till ev. remiss till minnesmottagning.
I primärvårdens uppdrag ingår också **en årlig uppföljning av demenssjuka.**
Se även www.viss.nu

GENOMFÖRANDE UTREDNING

INITIATIV

Initiativ till utredningen kan komma från läkare, sjuksköterska, primärvårdsrehabilitering, biståndshandläggare, hemtjänsten eller närstående. Information om misstanke om behov av minnesutredning ska framföras till Distriktssköterskan.
Se bilagor Identifierings guide och Fråge guide.

DISTRIKTSSKÖTERSKA – KONTAKT/ UTREDNING

Distriktssköterskan, kontaktar person eller närstående när frågan om eventuellt behov av minnesutredning kommit upp. Samtycke bör inhämtas. *Se bilaga samtycke*.
Om möjligt görs **ett hembesök**, där MMSE-SR/MMT (minimentaltest) och klocktest samt närståendeintervju (se vidare under distriktsläkaren – utredning) kan genomföras. Närståendeintervju kan ske med hjälp av särskilt standardiserat formulär.
Se även handlingsplan för person som inte önskar stöd från stadsdelen.
Se www.viss.nu, bilaga Samtycke, kapitlet Handlingsplan s.12

Vid behov förmedlas **kontakt med biståndshandläggare** för initiering av hemtjänst. Om den aktuella personen eller närstående inte vill medverka försöker distriktssköterskan skaffa sig ett ärende för att återkomma vid senare tillfälle för ny bedömning och nytt samtal.
Distriktssköterskan **erbjuder att boka en tid hos läkare** för den aktuella personen och närstående för en initial bedömning.
I samband med tilltagande kognitiv svikt kan också behov av stöd vad gäller **nutrition, tandvård, egenvård och medicinering** tillkomma och anslutning till hemsjukvården bli aktuell. Om personen ansluts till hemsjukvård följs vikt och blodtryck kontinuerligt. Målsättningen är att även observera risk för undernäring, behov av stöd för medicinhantering, behov av hemtjänst insatser samt **närståendes behov av stöttning.**
Se avsnitt om munhälsa och tandvårdsstöd s 17

DISTRIKTSSKÖTERSKA – STÖD FÖR PATIENT OCH NÄRSTÅENDE

Distriktssköterska finns tillgänglig för frågor från patient och närstående. Vid behov hänvisar Distriktssköterskan till biståndshandläggare, närståendeföreningar och lokala närståendestöd, se *Kontaktuppgifter.*

DISTRIKTSSKÖTERSKA– SWEDEM/INFORMATION

SveDem är ett nationellt kvalitetsregister för registrering av olika data som samlas in vid demensutredning och uppföljning. Målsättningen är att alla vårdcentraler ska ansluta sig till SveDem i takt med att resurser för detta kan tillgängliggöras. Registrering i SveDem bör ske av distriktssköterska eller demenssköterska när sådan är utsedd. Det är av stor vikt att patienterna informeras och motiveras väl till registrering I SveDem, s*e bilaga Samtycke.*

Distriktssköterska sköter rapporteringen till kvalitetsregistret SveDem. Vårdcentralen kan vid frågor kontakta SveDem, s*e kontaktuppgifter*
Om vårdcentralen har en sjuksköterska med särskilt demensansvar är det också hon/han som ansvarar för att vidarebefordra information kring statistik, behandling och nya rön.

DISTRIKTSLÄKARE - UTREDNING

Distriktsläkaren **ansvarar för den basala utredningen** och genomför anamnes, status, EKG, provtagning och CT hjärna enligt rutiner beskrivna på www.viss.nu. Distriktsläkaren tar ställning till de fynd som utredningen visar. *Se även bilaga Identifieringsguiden, bilaga Samtycke, bilaga Frågeguide samt kapitlet Handlingsplan s.12.*

Anamnes ska innehålla uppgifter om

- hereditet, sociala förhållanden (civilstånd, yrke/utbildning, barn, boende, hemtjänst, alkohol, rökning, bilkörning, vapen),
- tidigare somatiska, neurologiska och psykiatriska sjukdomar samt skallskada och eventuell utsättning för lösningsmedel,
- aktuella sjukdomar och symtom, särskilt depression, konfusion, hypotyreos, neurologiska symtom, tecken på normaltryckshydrocefalus, borreliainfektion och andra hjärninfektioner, hjärtkärlsjukdom och diabetes,
- naturliga funktioner som inkontinens och förstoppning,
- demenssymtomens förekomst, karaktär och duration,
- aktuell medicinering

Status ska inkludera somatiskt, psykiskt och kognitivt status med MMSE-SR/MMT och klocktest.

Prover och undersökningar ska inkludera EKG, CT skalle, blod-, elektrolyt-, lever- och tyreoideaprov samt SR, B12, folat, kalcium, albumin och vid kliniska symtom eller anamnestiska uppgifter läkemedelskoncentration samt lues, borrelia och HIV.

Distriktsläkaren utfärdar **remiss till primärvårdsrehabilitering för arbetsterapeutisk bedömning** av aktivitets- och funktionsnivå inklusive bedömning av behov av hjälpmedel. *Se Kapitel, Primärvårdsrehabilitering, Arbetsterapeut-utredning s. 22.*

DISTRIKTSLÄKARE – DIAGNOS

Distriktsläkare tar ställning till det som framkommit inom ramen för den basala utredningen. Om annan genes än demens sjukdom framkommer tas ställning till behandling och vidare utredning. Distriktsläkaren **försöker att fastställa en demensdiagnos** när detta är möjligt Information om fastställd diagnos vidarebefordras till biståndshandläggare om den aktuella personen har godkänt detta. *Se bilaga Anmälan för vårdplanering, bilaga Samtycke*

Blankett i Take Care finns att använda vid behov ”Diagnosintyg vid demenssjukdom”

Om distriktsläkaren önskar konsultation från minnesmottagningen kan även telefonkontakt tas eller konsultationsremiss utfärdas, s*e kontaktuppgifter.*

DISTRIKTSLÄKARE – REMISS

Om en fullständig demensutredning bedöms aktuell skrivs **remiss till minnesmottagningen**, se vidare sid 31. Detta kan krävas vid t ex **svår diagnostik, atypiska symtom, snabb progress, svårbemästrade symtom eller för yngre personer.** Denna remiss ska innehålla **resultaten från den utförda basala minnesutredningen** och övriga uppgifter kring den aktuella personens hälsa. Till remissen bifogas **uppgifter om aktuella läkemedel och kontaktuppgifter till patient och närstående.** Om hänvisning ges till resultat som går att läsa i sammanhållen journal måste det framkomma att patient har **givit sitt samtycke till att remiss mottagaren får ta del av informationen i personens journal**. Om patienten är under 65 år skickas remissen till geriatriska mottagningen, M51, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, Distriktsläkaren tar ställning till om personen i förekommande fall kan fortsätta att köra bil och hand ha eventuellt vapen, s*e bilaga läkarintyg*

GENOMFÖRANDE UPPFÖLJNING

DISTRIKTSSKÖTERSKA – UPPFÖLJNING

Ansvara för att kalla alla kända demenssjuka **till årlig uppföljning** enligt vårdcentralens rutiner med bl.a. utvärdering av demens symtom genom **ny MMSE**-SR/MMT testning samt användning av **utvärderings enkät**. *Se www.viss.nu, ”Utvärdering av demenssymtom”.* **Samtal och intervju ska även ske med närstående** utifrån enkäten. Vid behov **initiering av arbetsterapeut** i enlighet med NR.

I samband med uppföljning kan det vara värdefullt att utbyta information kring patienten med stadsdelen. *Se bilaga samtycke, bilaga Anmälan för vårdplanering och "Utvärdering av demenssymtom", www.viss.nu*

DISTRIKTSLÄKAREN – UPPFÖLJNING

Distriktsläkaren ansvarar för den medicinska uppföljningen. **EKG, blodtryck, puls och vikt** bör kontrolleras och värderas. Finns behov av kognitivt stöd/hjälpmedel i hemmet initierar distriktsläkaren en **kontakt med primärvårds arbetsterapeut**. Ställning tas även till frågor kring **god man, körkort, färdtjänst och vapeninnehav**. *Se bilaga läkarintyg.*

I syfte att **fastställa eventuell demensprogress** ska en bedömning av kognitivt status utföras. Innehållande resultat av genomfört MMSE-SR/MMT och klocktest i jämförelse med tidigare resultat samt **resultat av närståendesamtal och enkät**, se *"Utvärdering av demenssymtom" på* www.viss.nu.

Läkemedelsbehandlingen bör utvärderas och ställning tas till behov av **kompletterande symtomlindrande läkemedel.**

När distriktsläkaren får kännedom om en ny person som **remitterats från t ex Minnesmottagningen för fortsatt uppföljning ska distriktssköterska eller på vårdcentralen utsedd samordnare meddelas** för samordning av uppföljningen när det är dags. Denna information är nödvändig för att uppföljning ska kunna ske av patienter som inte önskar att registreras i SveDem.

PRIMÄRVÅRDSREHABILITERING

RESURSER

För befolkningen i Rinkeby-Kista stadsdel utförs Primärvårdsrehabilitering i form av arbetsterapi, sjukgymnastik dietetik och kiropraktik. Kista Rehab Västra finns i Kista Galleria, Spånga Rehab Västra i Rinkeby och Rehabcentrum Bromma belägen i Bromma sjukhus, Brommageriatriken. Rehabenheterna har ett geografiskt ansvarsområde för hemrehabilitering, där sjukgymnast, arbetsterapeut och dietist arbetar i team. Patienter kan även söka och få behandling på mottagningen av arbetsterapeut, sjukgymnast dietist och kiropraktor.

UPPDRAG

I uppdraget ingår **att göra funktions- och aktivitetsbedömning som utförs av arbetsterapeut** detta är en del av de basala demensutredningar som görs i primärvården i enlighet med Socialstyrelsens Nationella riktlinjer.
Syftet är att bedöma aktivitetsförmågan och vilka konsekvenser de eventuella kognitiva nedsättningarna leder till i vardagen
Bedömning, förskrivning och uppföljning av **hjälpmedel** (kognitivt stöd) ingår i uppdraget för primärvårdsrehabilitering.

GENOMFÖRANDE UTREDNING

UPPTÄCKT, TIDIG UPPTÄCKT

Om arbetsterapeut, sjukgymnast eller dietist misstänker demens ska distriktssköterska kontaktas för initiering av utredning, och vid behov biståndshandläggare för omvårdnadsinsatser.

Se bilaga Samtycke, bilaga Identifieringsguide, bilaga Frågeguide samt kapitlet Handlingsplan s. 12.

ARBETSTERAPEUTEN – UTREDNING

Efter remiss från distriktsläkare utför arbetsterapeuten en funktions- och aktivitetsbedömning i hemmet genom intervju och observation. Det sker i form av ADL-bedömning inom personlig vård, boende och/eller annan aktivitet samt kognitiv bedömning.
Bedömningsinstrument som används kan vara **ADL-taxonomin, Kognitiva checklistan och MoCA-test.** I enlighet med CEFAM:s utbildning för primärvårdsarbetsterapeuter. MMSE-SR kan göras vid behov.
Se www.demenscentrum.se, The Montreal Cognitive Assessment, www.mocatest.org , www.cefam.se

Analysen **påvisar eventuella problem i vardagsaktiviteter pga. kognitiva nedsättningar** och ger på så sätt en bedömning av **aktuell aktivitets-/funktions nivå**.
Vid behov kan arbetsterapeut vid Minnesmottagningen kontaktas för rådgivning.
Resultatet av bedömningen sammanfattas i **remissvar till inremitterande läkare**, *se bilaga Remissvar, förslag*
Bedömningen utgör en av delarna i den basala demensutredningen som primärvården utför.

ARBETSTERAPEUTEN – HJÄLPMEDEL

Arbetsterapeuten ansvarar för att bedöma, prova ut och anpassa hjälpmedel inklusive kognitiva hjälpmedel, samt att bistå vid ansökan om bostadsanpassning.

GENOMFÖRANDE UPPFÖLJNING

ARBETSTERAPEUTEN – UPPFÖLJNING

Arbetsterapeuten genomför uppföljning av funktions- och aktivitetsbedömning samt förskrivning av hjälpmedel på initiativ från distriktssköterska, distriktsläkare, minnesmottagningen eller vid behov.

STADSDELEN

RESURSER

LAGSTIFTNING, KOMPETENS

Ansvaret för äldreomsorgen regleras i första hand i socialtjänstlagen (SoL) men även i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Rinkeby-Kista stadsdelsförvaltning bedriver en omfattande verksamhet inriktad mot demenssjuka.
Personal som arbetar med personer med demenssjukdom ska ha god kompetens inom området. För att säkerställa detta sker en årlig uppföljning av verksamhetens personal i enlighet med befintlig kravspecifikation.

BISTÅNDSHANDLÄGGARE

Enligt socialtjänstlagen har alla som vistas i en kommun rätt att få bistånd för sin försörjning och livsföring i övrigt. Det är varje människas individuella behov som avgör rätten till bistånd. En förutsättning är att behovet inte kan tillgodoses på annat sätt. Kontakt med biståndsenheten kan tas av personen med kognitiv svikt/ demenssjukdom själv, anhörig, primärvården, primärvårdsrehabilitering, Brommageriatriken m.fl.
Biståndshandläggare utreder behov av hjälp och fattar beslut om insatser. Vid behov kan vårdplanering ske i hemmet eller på klinik.

ÄLDRE DIREKT

Svarar på de flesta frågor som rör Stockholms stads äldreomsorg. Vid frågor som rör individärenden vidarebefordras frågan till biståndshandläggaren. Även frågor som behöver utredas kopplas vidare till biståndshandläggare i stadsdelen, *se bilaga Kontaktuppgifter*.

HEMTJÄNST

Hemtjänsten beviljas utifrån den demenssjukes eller kognitivt sviktande personens individuella behov och kan omfatta service och omvårdnadsinsatser. Det finns ett flertal kommunala och privata hemtjänstutförare att välja mellan.
Både den kommunala och flera av de privata hemtjänstutförarna har speciella demensteam. Biståndshandläggaren kan ge information/ vägledning om vilka utförare som är aktuella.
Hemtjänsten planerar, utför och dokumenterar de beslutade hemtjänstinsatserna. Det finns en namngiven kontaktperson och en genomförandeplan upprättas inom 15 dagar tillsammans med den demenssjuke och dess närstående.

DAGVERKSAMHET

Genom social stimulans och aktiviteter kan dagverksamhet bryta ensamhet och isolering. Dagverksamheter kan ge stöd i att behålla psykiska och fysiska funktioner. Dagverksamheter vänder sig till personer som har en demenssjukdom.
Ansökan om dagverksamhet görs via biståndshandläggare och kan beviljas en eller flera dagar i veckan samt kan vara ett komplement till hemtjänst eller anhörigavlastning .Mötesplatser för seniorer är en icke biståndsbedömd verksamhet som drivs av frivilligorganisationer med stöd av stadsdelsnämnden Mötesplatser och

dagverksamhet kan ge stöd i att behålla psykiska och fysiska funktioner. , *se Kontaktuppgifter.*

VÅRD- OCH OMSORGSBOENDE

Har den demenssjuke ett stort omvårdnadsbehov och inte har möjlighet att bo kvar hemma med hjälp av hemtjänst kan den demenssjuke beviljas vård- och omsorgsboende.
Det finns kommunala och privata vård- och omsorgsboenden som är avsedda för demenssjuka. Biståndshandläggaren ger information om vilka vård- och omsorgsboenden som är aktuella.

NÄRSTÅENDESTÖD

I Rinkeby-Kista stadsdelsförvaltning har biståndshandläggarna ansvar för att erbjuda stöd, råd och hjälp till närstående. Det kan handla om information, stödsamtal, föredrag och temaföreläsningar eller anhörigcirklar. Biståndshandläggaren kan också förmedla kontakter till frivilligorganisationer och föreningar.

NÄRSTÅENDESTÖD – AVLÖSNING I HEMMET

Den som vårdar en närstående i hemmet med stort omvårdnadsbehov är garanterad avgiftsfri avlösning 16 timmar per månad.

Avlösning ingår i begreppet hemtjänst. Det innebär att hemtjänstpersonal avlöser den som vårdar och tar över omvårdnadsansvaret under denna tid. För demenssjuka finns det kommunala och privata utförare som har specialiserat sig på hemtjänst för demenssjuka. Biståndshandläggaren ger information om vilka utförare som är aktuella.

NÄRSTÅENDESTÖD – KORTTIDSVÅRD

Korttidsvård är en omvårdnadsform som kan ges i vård- och omsorgsboende under en kortare period.

Perioden kan vara regelbundet återkommande i form av växelvård eller beviljas för enstaka tillfällen. Syftet med insatsen är att avlasta den som vårdar en närstående i bostaden. Ansökan om korttidsvård görs via biståndshandläggare.

NÄRSTÅENDESTÖD – PENSIONAT KINESEN OCH HORNSKROKEN

Pensionat Kinesen i Bromma och Pensionat Hornskroken på Södermalm erbjuder en flexibel tillfällig avlösning, dag, kväll och natt till den som vårdar en dement närstående med stora omvårdnadsbehov i hemmet. Dock inte de som har en alltför svår demens med symtom så som att vara rymningsbenägna. Ansökan om avlösning vid olika tider på dygnet görs via biståndshandläggare.

UPPDRAG

Enligt socialtjänstlagen har alla som vistas i en kommun rätt att få bistånd till sin försörjning och livsföring i övrigt. Det är varje människas individuella behov som avgör rätten till bistånd. En förutsättning är att behovet inte kan tillgodoses på annat sätt.

Stadsdelen ska skapa förutsättningar för att den demenssjuke ska kunna **leva ett gott liv i gemenskap med andra. Stöd och hjälp med service och omvårdnadsinsatser ska erbjudas** så att den demenssjuke kan stanna i sin hemmiljö så länge som möjligt. **När vård- och omsorgsboende krävs ska det vara av hög kvalitet med inriktning mot demens.**

GENOMFÖRANDE

UPPTÄCKT, TIDIG UPPTÄCKT

Stadsdelen kan få information om möjliga behov av demensutredning via hyresvärden, grannar, närstående och hemtjänst.

När uppgifter kring en möjlig demensutveckling kommit till stadsdelens kännedom går man vidare med hembesök, hänvisning till distriktssköterska. Om personen har hemtjänst, kan hemtjänsten vara behjälplig med tidsbokning. Biståndshandläggare kan vid vissa fall, om det inte finns närstående och efter att ha inhämtat samtycke, informera primärvården om att behov av utredning finns.

Biståndshandläggaren informerar den demenssjuke och de närstående om det stöd och hjälp som finns att få. När den demenssjuke och/ eller närstående önskar hjälp utreder och bedömer biståndshandläggaren behoven och fattar beslut enligt socialtjänstlagen och eller LSS.

Se även *Handlingsplan för person som ej vill ta emot stöd* s.12

UTREDNING BISTÅND, BISTÅNDSBESLUT

Beslut om bistånd fattas av stadsdelens biståndshandläggare efter samråd med aktuell person, dess närstående och på basis av information från primärvård och/eller minnesmottagning. Biståndsbeslut kan omfatta hemtjänst, dagverksamhet, avlösning och särskilt boende. Den som fått beslut om dagverksamhet eller vård- och omsorgsboende kan själv välja bland de kommunala och privata alternativt som ingår i Stockholms stads kundvalsmodell. Biståndshandläggaren använder ett kartläggnings- och bedömningsinstrument för alla som ansöker om någon form av stöd och hjälp för sin dagliga livsföring.

Instrumentet: "Kartläggning och bedömning av den dagliga livsföringen " omfattar nio olika livsområden.

- Boende, närmiljö och omgivning
- Person, anhörig, familj och socialt nätverk
- Mat och måltider
- Fysisk hälsa och välbefinnande
- Psykisk hälsa och välbefinnande
- Hushåll

- Aktiviteter i den dagliga livsföringen(ADL)
- Livsstil och intresse
- Ekonomi och administration

Biståndshandläggaren tar endast upp de livsområdena som är viktiga för utredningen.
Därefter gör biståndshandläggaren en bedömning av behovet av stöd och hjälp.

UPPFÖLJNING

Biståndshandläggare gör uppföljning av beslutade insatser en gång per år eller oftare om behov finns. I samband med uppföljning kan det vara värdefullt att utbyta information med vald utförare och primärvård, efter inhämtat samtycke, *se bilaga Samtycke.*

HEMTJÄNST

Hemtjänsten planerar, utför och dokumenterar de beslutade hemtjänst insatserna. Vid planering och utförande tas särskild hänsyn till de demenssjukas speciella behov av motivationsarbete inför insatsens utförande.

LÄKARE I VÅRD- OCH OMSORGSBOENDE

RESURSER

Det finns kommunala och privata vård- och omsorgsboenden som är avsedda för demenssjuka. I Rinkeby-Kista stadsdelsområde finns för närvarande Rinkeby vård och omsorgsboende i kommunal regi samt Kista och Akalla Vård- och omsorgsboende som drivs på entreprenad av Attendo Care.

UPPDRAG

Uppdraget är att tillgodose individers behov av läkarinsatser i vård- och omsorgsboende för äldre dygnet runt årets alla dagar.

GENOMFÖRANDE

MINNESUTREDNING I VÅRD- OCH OMSORGSBOENDE

Personer i särskilda boenden har inte sällan en demensdiagnos redan vid inskrivning. Om det bedöms värdefullt att initiera en demensutredning på ett boende tar läkaren i vård- och omsorgsboende ställning till om han/hon med tanke på övriga omständigheter kan begränsa omfattningen av utredningen. Ofta kan läkaren i vård- och omsorgsboende genomföra en adekvat demensutredning och sätta in relevanta åtgärder utan att remittera till minnesmottagningen.

I de fall där läkaren anser att en basalutredning bör kompletteras med en fullständig utredning på minnesmottagningen bör remissen åtföljas av senaste ADL-bedömning från boendets arbetsterapeut.

I samband med den årliga läkemedelsgenomgången bör läkare i SÄBO ta ställning till om det kan vara värdefullt att genomföra ett MMSE-SR/MMT för att på så sätt uppmärksamma den boendes kognitiva status.

Se bilaga identifieringsguiden, bilaga samtycke.

KONSULTATION

Läkare på särskilda boenden har möjlighet att vid behov kontakta minnesmottagningen för konsultation i såväl enskilda ärenden som generella frågor kring minnesutredningar, *se Kontaktuppgifter.*

MINNESMOTTAGNINGEN, BROMMAGERIATRIKEN

RESURSER

På minnesmottagningen arbetar geriatriker med demensinriktning, sjuksköterskor, undersköterskor, arbetsterapeuter och psykologer.

UPPDRAG

Minnesmottagningen ska genomföra fullständiga demensutredningar, dvs. om möjligt fastställa specifik orsak till personens kognitiva problem.

Minnesmottagningen tar emot personer över 65 år boende i västerort för fullständig demensutredning. Personer yngre än 65 år remitteras till Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, geriatriska mottagningen, M51.

Vårdgaranti med erbjudande om tid inom 30 dagar från ankomst av bedömningsbar remiss gäller. Utförda utredningar och uppföljningar registreras i kvalitetsregistret SveDem.

GENOMFÖRANDE

REMISS

I samband med att den basala demensutredningen genomförs ska inremitterande läkare bedöma resultatet av tester och undersökningar och patologiska avvikelser behandlas eller åtgärdas, *se www.viss.nu*

Om behov av fullständig demensutredning föreligger ska remiss utfärdas till minnesmottagningen. Detta kan krävas vid t ex svår diagnostik, atypiska symtom, snabb progress, svårbemästrade symtom eller för yngre personer.

I remissen ska tydligt framgå vem av de närstående som ska kontaktas i samband med demensutredningen. Detta är speciellt viktigt när patienten inte talar svenska.

Remisser bedöms dagligen.

REMISSINNEHÅLL

Den basala demensutredningen ska bifogas remissen, inklusive aktuell medicinering. Om delar av den basala utredningen inte gått att genomföra trots seriösa försök är det viktigt att redogörelse för omständigheterna kring detta lämnas. Därutöver lämnas kontaktuppgifter till närstående och huruvida personen samtycker till att vi får läsa journal uppgifter i sammanhållen journal.

Tid från skriven remiss till ankommen remiss bör inte överskrida sju dagar. Det går bra att faxa för att underlätta att vårdgarantin upprätthålls, *se Kontaktuppgifter.*

EN FULLSTÄNDIG DEMENSUTREDNING

En fullständig demensutredning består av ett flertal moment och genomförs i teamarbete:

- **Anamnes**. Läkaren tar upp anamnes från aktuell person och närstående var för sig.
- Sjuksköterska tar upp anamnes från närstående.
- **Status**. Läkaren utför somatiskt och psykiskt status. Undersköterskan genomför EKG, blodtryckskontroll och ev. provtagning.
- **Kognitiv bedömning**. Läkaren genomför MMSE-SR/MMT, klocktest och 5-saksprov. Arbetsterapeuten genomför sin bedömning med hjälp av praktisk aktivitetsbedömning AMPS och kognitiva bedömningar så som DBF, KSB eller annan lämplig metod. Psykologen genomför en neuropsykologisk testning.
- **Funktions- och aktivitetsbedömning**. Arbetsterapeuten genomför aktivitetsanamnes, ADL-bedömning i enlighet med Sunnaas ADL-index samt en bedömning av demensnivå enligt CDR-skalan. Dessutom bedöms behovet av hjälpmedel/kognitivt stöd och bostadsanpassning.
- **Omvårdnadsbehov**. Sjuksköterska ansvarar för bedömning av omvårdnadsbehovet. Om behov av omvårdnad bedöms vara akut kontaktas stadsdelen via telefon och fax. Kontaktinformation till stadsdelens biståndshandläggare, liksom till Äldre Direkt, lämnas alltid vid nybesöket.
- **Undersökningar**. Läkaren tar ställning till ytterligare utredning, t ex EEG, lumbalpunktion, MR hjärna, SPECT/Dat Scan och behov av konsultation av t ex neurolog eller logoped.

DIAGNOS

När utredningen är genomförd fastställs diagnos vid en diagnosteamkonferens. Läkaren ansvarar för diagnos.

Information om diagnos lämnas muntligen och skriftligen till patient och närstående samtidigt i samband med återbesök till läkare. De delges då journalanteckningen Sammanfattande minnesutredning. Enskilda fall erbjuds återkopplande samtal av psykolog.

ÅTERBESÖK FÖR DIAGNOS- FORTSATT VÅRDPLANERING

I samråd med patient och närstående skickas vid behov en anmälan för vårdplanering till biståndshandläggaren. Underlag i form av journal utdrag bifogas med anmälan, s*e bilagor Samtycke, Handlingsplan för personer med misstänkt demens, Anmälan för vårdplanering*
Vid behov lämnas information om anhörigstöd och möjlighet att delta i någon anhöriggrupp. I särskilda fall ordnas vårdplanering på minnesmottagningen. Utredningsresultatet i form av remissvar skickas till remitterande. Vid behov kontaktas demenssjuksköterska/distriktssköterska och/eller arbetsterapeut för överrapportering och/eller uppföljning.

Nödvändiga intyg utfärdas, t ex för färdtjänst, god man, förvaltare eller angående körkort och vapen, se *bilaga Läkarintyg*

Om minnesutredningen inte påvisar demens återremitteras patienten till distriktsläkaren för fortsatt uppföljning enligt gängse rutin. Om progress sker ska ny basal demensutredning utföras och efter bedömning av resultaten tas ställning till remiss till minnesmottagningen.

BEHANDLING

I samband med diagnos tas ställning till eventuell läkemedelsbehandling, i första hand kolinesterashämmare eller memantin.
Insatt behandling följs med upptitrering via en sköterskemottagning ca var 4-6:e vecka tills lämplig dos uppnåtts. Ansvarig distriktsläkare och distriktssköterska underrättas löpande via läkemedelslistor, remiss och/eller journalkopior.

UTVÄRDERING, ÅTERREMISS

Utvärdering av behandlingseffekt görs efter sex till nio månader av läkare, då även MMSE-SR/MMT, eventuellt klocktest och närståendeintervju genomförs. Läkaren tar ställning till om behov finns av ny kontakt med stadsdelen. Om det behövs ska en ny Anmälan för vårdplanering skickas. Om det sammanlagda resultatet bedöms tillfredsställande avslutas personen vid mottagningen. Remiss för fortsatt uppföljning skickas till distriktsläkaren. Överrapportering sker vid behov till distriktssköterska och arbetsterapeut.

Distriktsläkare ansvarar för att information om behov av framtida uppföljning förs vidare till ansvarig distriktssköterska i syfte att distriktssköterskan då kan samordna uppföljning när det blir aktuellt.

ANHÖRIGSTÖD

Minnesmottagningen bedriver anhöriggrupper för sambo/makar samt vuxna barn till patienter med nydiagnostiserad Alzheimer. Anhöriggrupperna består av ett tiotal deltagare som träffas flera gånger under ledning av en psykolog. Samarbete sker med biståndshandläggarna, bl.a. för övertagande och fortsatt stöd efter avslut och med representant för primärvården i form av demenssköterska eller distriktssköterska.

KONSULTATION

Minnesmottagningen ska vara tillgänglig för konsultation gentemot primärvård och SÄBO i frågor kring utredning, behandling och symtomhantering.
Konsultationen kan ske via telefon eller genom en konsultationsremiss, *se Kontaktuppgifter*

ÖVRIGT

Patientansvarig läkare är alltid distriktsläkaren. Minnesmottagningen ansvarar för den demensspecifika utredningen och behandlingen.

Minnesmottagningen meddelar övriga samarbetspartners vid eventuell förestående sommarstängning.

PRAKTIKERTJÄNST PSYKIATRI AB, JÄRVAPSYKIATRIN

RESURSER

Från och med den 1 mars 2009 driver Praktikertjänst Psykiatri AB den psykiatriska öppenvården för vuxna i stadsdelarna Rinkeby-Kista och Spånga-Tensta.

Järvapsykiatrin bedriver öppen psykiatrisk vård med områdesansvar för Spånga-Tensta och Rinkeby-Kista stadsdelar på uppdrag av landstinget i Stockholms Län.
Ett geropsykiatriskt team bestående av sjuksköterska, kurator och läkare med specialistkompetens i allmän psykiatri finns lokaliserat till mottagningen i Spånga. Teamet har tillgång till psykoterapeut, arbetsterapeut, sjukgymnast och hantverkspedagog.

KONTAKT

Järvapsykiatrin tar emot remisser från vårdgrannar, egenanmälningar från patienter och anhöriga. Egenanmälningar tas emot per telefon, *se Kontaktuppgifter*.

UPPDRAG

Järvapsykiatrins uppdrag är att utreda och behandla personer med allvarliga, svårbedömda eller svårbehandlade psykiska besvär. Personer med kronisk psykotisk sjukdom behandlas inom psykosenheten även sedan de fyllt 65 år. Personer med icke-psykotisk psykiatrisk sjukdom färdigbehandlas inom det team som påbörjat utredning och behandling om de fyller 65 år under behandlingstiden. Personer som är fyllda 65 år vid aktualisering utreds och behandlas i det geropsykiatriska teamet. För patienter som är i behov av slutenvård samverkar Järvapsykiatrin med de akutpsykiatriska klinikerna, i första hand Norra Stockholms Psykiatri. Uppdraget innefattar också konsultation till andra vårdgivare. Besök till geropsykiatriska teamet sker på mottagningen i Spånga eller vid hembesök, besök i boenden och på slutenvårdsavdelningar.

UTREDNING/BEHANDLING

Utredning av geropsykiatriska patienter sker vanligen med ett första besök för psykosocial anamnes och information till patienten om Järvapsykiatrins verksamhet hos kurator. Specialistläkare gör en diagnostisk utredning innefattande självskattningsskalor samt tar ställning till medicinering och vidare vårdplanering. Behandling kan ske individuellt eller i grupp. Utredning av demenssjukdom faller inte inom ramen för uppdraget. Utredning och behandling av psykiatrisk sjukdom hos patienter med demens ingår i uppdraget

KONSULTATION

Akut konsultation kan erhållas av jourläkare dagligen mellan klockan 08.00 - 22.00 via ”ett nummer in”, 08-123 38 400. Namn, telefonnummer och kortfattad frågeställning lämnas. Jourläkare ringer upp. Icke akut konsultation kan ske via remiss ställd till Järvapsykiatrin, Spånga. Det geropsykiatriska teamets läkare ringer sedan upp inremitterande och/eller ser till att besök/hembesök bokas för patienten. Skriftligt konsultationssvar lämnas.

ÖVRIGT

Väntetiden till Järvapsykiatrin är maximalt 30 dagar. I akuta fall ges tid hos jourläkare inom 24 timmar.
Inom Norra Stockholms Psykiatri finns ett team som särskilt riktar sig mot patienter med demenssjukdom och allvarliga beteendestörningar, BPSD-teamet. Remiss ställs till BPSD-teamet, Norra Stockholms Psykiatri, *se kontaktuppgifter.*

Bilaga identifieringsguide

Minnessvårigheter

Svårt att komma ihåg aktuella händelser

Svårt att komma ihåg tider eller vilken dag det är

Tar för mycket eller för lite av sina mediciner

Minns inte om man ätit eller inte

Svårt att känna igen ansikten eller personer

Förlägger saker, letar efter vardagliga föremål

Gammal mat i kylen

Gamla obetalada räkningar.

Förändrad personlighet

Oro

Ökad irritation, svårare att behärska sig

Ökad misstänksamhet, obefogad svartsjuka

Förändrade matvanor, ökad eller minskad hunger, försämrat bordsskick

Minskat intresse för sådant som tidigare engagerat

Språkliga svårigheter

Svårare att uttrycka sig

Upprepar sig och stakar sig

Avtagande förmåga att förstå text och informationfrån radio och TV

Praktiska svårigheter

Svårare att orientera sig i välkända miljöer

Svårighet att bemästra vardagliga apparater, som kaffe bryggare, telefon, tvättmaskin eller fjärrkontroll

Svårigheter med hygien och påklädning

BILAGA FRÅGEGUIDE

Förslag på standardfrågor att ställa till äldre i samband med patientbesök eller hembesök. Frågorna ställs även utan särskild misstanke om minnessvårigheter. De passas in lämpligt i samtalet.

MINNESFÖRÄNDRING

Fråga om personen upplever att minnet förändrats.

Kommer du ihåg det som sagts, överenskommelser med andra?
Är det svårt att komma ihåg vad du precis gjort eller vad du tänker göra?
Får du leta mycket efter dina saker, förlägger du dina saker ofta?
Vet du vilken tidpunkt det är på dagen?

SPRÅKLIGFÖRÄNDRING

Fråga om hur språket har förändrats under sista tiden.

Är det svårt att hitta rätt ord?
Upplever du det svårt att hålla tråden i samtal?
Finns det några svårigheter med att läsa/skriva?
Har du upplevt det svårt att förstå instruktioner eller dyl.?

ORIENTERING

Fråga om personen upplever det svårt att orientera sig i sin omvärld.

Går du ut ensam?
När du t.ex. handlar själv har du då haft svårt att hitta till/från affären, är det svårt att hitta varorna i affären?
Är det svårt att hitta i närområgivningen, utanför närområgivningen.
Har du gått vilse någon gång och inte hittat hem?

VARDAGLIGA SYSSLOR

Fråga om personen upplever svårigheter att hantera praktiska föremål så som användning av t ex kaffebryggare, telefon eller fjärrkontroll.

Är det svårt att hantera pengar, kort eller att räkna?
Finns det några svårigheter vid inköp, med att t.ex. planeringen av inköp, skriva inköpslista och dyl.?
Är det svårt att ta egna initiativ till att göra saker, svårt med att fatta beslut och att lösa uppkomna problem?
Har du svårt med att förstå vissa förklaringar och situationer som du är i?

VIKTFÖRÄNDRING

.

Fråga antingen direkt om viktnedgång eller om kläder, skärp eller ringar sitter löst.

BILAGA SAMTYCKE

Alla parter ska aktivt arbeta för att få personens samtycke. Samtycket ska i första hand inhämtas från personen med minnessvårigheter. Det är inte nödvändigt att få skriftligt samtycke, men samtycke måste dokumenteras. Om personen pga. demenssjukdom inte är förmögen att ge eller neka samtycke ska samråd ske med närstående eller laglig ställföreträdare kring handläggningen. Med närstående avses en person inom familjen eller bland de närmaste släktingarna eller annan person, till vilken den enskilde anser sig ha en nära relation. Med laglig ställföreträdare avses god man eller förvaltare. En närstående, god man eller förvaltare kan inte lämna samtycke – det kan bara personen göra – men de kan tillfrågas om hur de tror att den sjuke skulle ställa sig i frågan och den åsikten dokumenteras och finns med som utgångspunkt för vidare handläggning.

Inom sjukvården (enligt HSL) kan avsteg från sekretessprincipen göras i undantagsfall, och efter individuell prövning om utlämnandet av uppgifter bedöms nödvändigt för att personen ska få nödvändig vård, omsorg, behandling eller annat stöd. (Se lagtext nedan)Detta kan dock ej ske på samma sätt från kommunen (enligt SoL) till sjukvården, annat än om det föreligger fara för liv och hälsa.

Samtycke kan avse:

- att information om personen får lämnas ut till närstående, till vem?
- att vårdgivaren får tillstånd att ta emot och skicka information kring patienten till andra vårdgivare. Innehåll och mottagare bör om möjligt specificeras.
- att lämna ut uppgifter om patienten till biståndshandläggare om behov av kontakt tex. vårdplanering, uppstår.
- att registrera I SveDem.

Hänvisning till lagtext

Av 25 kap. 13 § Offentlighet och sekretesslagen, OSL, framgår att om en enskild på grund av sitt hälsotillstånd eller av andra skäl inte kan samtycka till att en uppgift lämnas ut, hindrar sekretess enligt 25 kap. 1 § OSL inte att en uppgift om honom eller henne som behövs för att han eller hon ska få nödvändig vård, omsorg, behandling eller annat stöd lämnas från en myndighet inom hälso- och sjukvården till en annan myndighet inom hälso- och sjukvården eller inom socialtjänsten eller till en enskild vårdgivare eller en enskild verksamhet på socialtjänstens område.

Bestämmelsen kan bli tillämplig först om den enskilde på grund av demenssjukdom eller annat hälsorelaterat skäl inte kan samtycka. Viljan hos den person som klart och utan inflytande av allvarlig psykisk störning eller liknande motsätter sig ett uppgiftsutlämnande ska alltid respekteras. Undantaget får inte tillämpas rutinmässigt. Då det i enskilda fall används, ska det ske med urskillning och varsamhet (prop. 2007/08:126 s. 166 och 272). Att lämna ut en uppgift med stöd av 25 kap. 13 § OSL förutsätter därmed en prövning i varje fall om uppgiften "behövs" för att en person ska få "nödvändig" vård, omsorg, behandling eller annat stöd.

Enligt lag (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård 15 § Sekretess hindrar inte att ett landsting till en kommun lämnar uppgift om namn, personnummer och folkbokföringsadress för personer som avses i 10a§ och för personer för vilka kommunen har betalningsansvar. Lag (2003:193)
Enligt lag (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård 10 a § När en person skrivs in i landstingets slutna hälso- och sjukvård eller så snart det bedöms finnas behov av det.

ANMÄLAN FÖR VÅRDPLANERING ÄRENDE TILL BISTÅNDSHANDLÄGGAREN

_____

Sökande är: Namn:_____ Personnummer_____
Efter kontakt med ovanstående person, vill vi förmedla behovet av att ansvarig Biståndsbedömare (BiB) kontaktar enligt nedan, för fortsatt planering.

☐Vi önskar återkoppling i ärendet, tex. att biståndsbeslutet skickas till undertecknad, eller med skrivet svar nedan som faxas åter.
Önskemål finns att få hjälp med_____

_____

Planeringsunderlag i form av journalutdrag samt kontaktuppgifter till anhörig/patient bifogas denna blankett.

Kontakta i första hand

☐ Närstående, främst _____ ☐Sökande själv

Samtycke

☐ Sökande har givit sitt samtycke till att bifogad informationen överlämnas till Er

☐ Sökande har givit sitt samtycke till att biståndshandläggare får kontakta sjukvården för gemensam planering kring nödvändiga insatser.

☐ Efter menprövning, för vilken undertecknad ansvarar, bedöms att nedanstående information kan överlämnas till Er, för att personen ska kunna erbjudas nödvändig omsorg.

Kontaktuppgifter till primärvården

Vårdcentral:_____ Husläkare: _____Tele:_____
Distriktssköterska:_____ Tele:_____
Primärvårdsrehab.:_____ Tele:_____

Bifogade handlingar från medicinsk journal

☐ Ssk. ant. Datum_____☐ Läk. ant. Datum_____

☐ Läk. ant. Diagnos Datum_____ ☐Arbetsterapeutisk bedömning

☐ Patientuppgifter/kontaktinformation ☐ Intyg för _____

☐ Övrigt _____

Ansvarig bedömare:_____Datum:_____

Titel:_____Underskrift:_____ Tele:_____

Kontaktuppgifter/Adress:_____Fax:_____

Svar från ansvarig BiB: Utlåtande och fortsatt planering enl.följande: _____

_____

_____

Undertecknad:_____

BILAGA INFORMATIONSÖVERFÖRING MELLAN PRIMÄRVÅRD OCH SÄBO

Informationsöverföring mellan primärvård och särskilt boende

Sjuksköterska från särskilt boende tar kontakt med aktuell vårdcentral för att informera om att flytt skett och även i syfte att samla in information kring den person som nyligen flyttat in.

Distriktsköterska från aktuell vårdcentral vidarebefordrar information kring aktuell person enligt förslag nedan.

- Bakgrund, anamnes
- Situation/problem
- Aktuell status
- Aktuella diagnoser
- Aktuell hjälpmedelsförskrivning, (inkontinens förskrivning, kosttillägg, diabetes-hjälpmedel mm.)
- Pågående vård-behov av vård/vårdplaner
- Anhöriga
- Samverkande aktörer

Följande dokument ska bifogas:

- Journalkopior
- Aktuella remisser
- Journalkopia gällande utredning(demens, inkontinensutredning, nutritionsutredning mm.)
- Aktuell läkemedelslista

BILAGA DOKUMENTATION/REMISSVAR ARBETSTERAPEUT

ANALYS/REMISSVAR

FÖRSLAG PÅ STRUKTUR:

- Kognitiva svårigheter
  Inom vilken domäner har personen svårigheter.
- ADL förmåga
  Funktions och aktivitetsförmåga
- Funktions nivå
- Planerade åtgärder

Se de två förslagen nedan

1.

Bedömning utförd i hemmet vid intervju med Patienten och anhörig, observation och funktions-/aktivitetsbedömning enligt MoCA, ADL-taxonomin och kognitiva checklista.
Fysiska funktioner:
Ostadig, behöver stöd vid gång. Har ramlat, fallrisk finns. Glömmer gå med sin rollator.
Kognitiva funktioner:
Patienten har framför allt svårt att minnas saker som vilken dag det är, vad som nyligen hänt, ta med rollatorn. Svårt att lösa problem.
Patienten har dessutom lättare problem inom visouspatiala, verbala (ordflöde) funktioner och abstraktion. Screening MOCA 21/30 p.
ADL-funktioner:
Klarar personlig hygien, toalettbesök, på/avklädning själv. Förflyttar sig med rollator/kryckkäppLagar enklare mat själv, har stöd av hemtjänst 2g/v. Städar med anhöriga, har hjälp med inköp av anhöriga.
Klarar hantera spis, kaffekokare och TV.
Sammanfattning:
Bedömer Patientens funktionsnivå som mild CDR=1.
Patienten klarar invanda rutiner i hemmet, är inte ute självständigt.
Åtgärd:
Patienten har fått en elektronisk tidskalender för att veta dag och datum, som kompletterar vanlig kalender. Finns ingen annan behov av åtgärd.

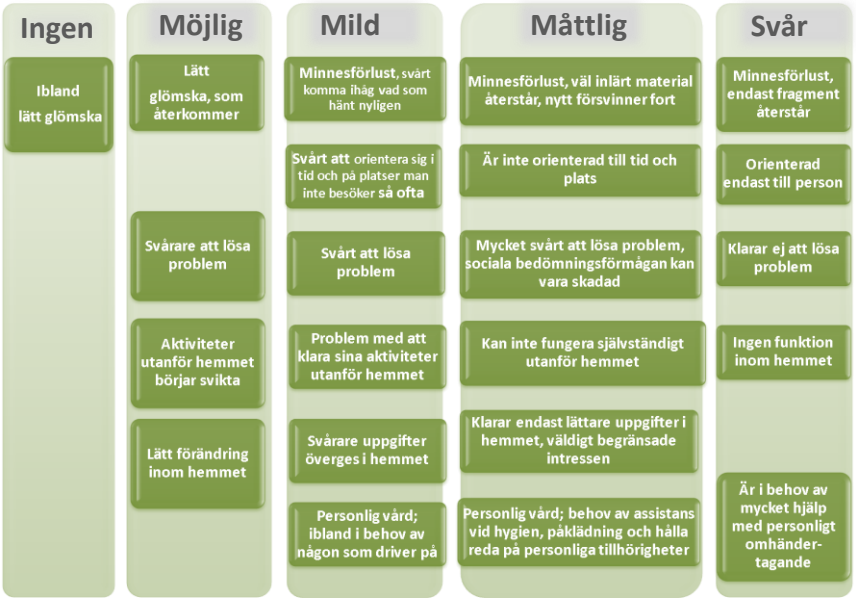
2.

- **Utifrån intervju, observation och funktions- och aktivitetsbedömning i enlighet med ADL-taxonomin och Kognitiv checklista har följande framkommit**
- **XX har stora kognitiva funktionsnedsättningar som påverkar hans aktivitetsförmåga. Han är i behov av praktisk guidning och praktisk hjälp i det dagliga livet.**
- **XX påvisar stora problem inom minnes-, visospatiala-, verbala-, visuella och exekutiva funktioner. Apraxi och agnosi framkommer.**
- **Genom analys av bedömningsresultat gällande kognitiv- och aktivitetsförmåga framkommer att XX innehar en måttlig funktionsnivå. CDR=2**
  Minne: Kommer ihåg en del tidigare inlärt material, nytt försvinner fort. Orientering: Är orienterad till person ej till tid och plats. Problemlösning: Har mycket svårt att lösa problem. Aktivitetsförmåga: Klarar ej aktivitet utanför hemmet självständigt. Klarar lättare uppgifter i hemmet med personligt stöd. Är i behov av mycket hjälp med personligt omhändertagande.
- **Planerar för fortsatt bedömning av hjälpmedel-, bostadsanpassning och kognitivt stöd samt förmedla anhörigstöd och kontakt med biståndshandläggare**

BILAGA FUNKTIONS- OCH AKTIVITETSFÖRMÅGA

FUNKTIONSNIVÅ

Clinical Dementia Rating Scale, CDR-skalan kan användas för att kunna ange vilken funktions nivå en person med demens befinner sig i och på så sätt kunna nivå bestämma graden av demens. Skalan omfattar funktionerna minne, orientering, problemlösning/omdöme, sociala funktioner, hem och fritid samt personlig vård.



CDR-skala
Clinical Dementia Rating Scale (CDR)
(Berg G, Edwards DF, Danziger WL, Berg L. Longitudinal change in three brief assessments of SDAT. J Am Geriatr Soc 1987;35(3):205-12)

Pers.nr_____–_____ Datum_____

Global CDR_____

MINNE __p
- ☐ 0p Ingen minnesförlust eller ibland lätt glömska
- ☐ 0.5p Återkommande lätt glömska, minns delvis händelse: "Glömska"
- ☐ 1p Måttlig minnesförlust, mer markant för nyligen inträffade händelser, påverkar det dagliga livet
- ☐ 2p Svår minnesförlust. Endast väl inlärt material återstår, nytt material försvinner fort.
- ☐ 3p Svår minnesförlust. Endast fragment återstår.

ORIENTERING __p
- ☐ 0p Helt orienterad
- ☐ 0.5p Helt orienterad, förutom lättare svårigheter med tidsrelationer.
- ☐ 1p Måttliga svårigheter med tidsrelationer: Orienterad till platsen för undersökningen, kan ha svårt att orientera sig på andra platser.
- ☐ 2p Stora svårigheter med tidsrelationer: Vanligen ej orienterad till tid och ofta ej till plats.
- ☐ 3p Endast orienterad till person.

BEDÖMNING och PROBLEMLÖSNING __p
- ☐ 0p Löser vardagsproblem bra, omdömet bra med tanke på tidigare.
- ☐ 0.5p Lätt störning i problemlösningsförmågan, likheter och olikheter.
- ☐ 1p Måttliga svårigheter att hantera problem, likheter och olikheter.
- ☐ 2p Stora svårigheter med att hantera problem, likheter och olikheter, sociala bedömningsförmågan oftast skadad.
- ☐ 3p Oförmögen till att bedöma och lösa problem.

SOCIALA FUNKTIONER __p
- ☐ 0p Fungerar självständigt på vanliga nivån i arbete, inköp, ekonomiska hänseenden, föreningsliv och dylikt.
- ☐ 0.5p Lättare störning i ovanstående aktiviteter.
- ☐ 1p Oförmögen att fungera självständigt i aktiviteterna ovan, men kan fortfarande engagera sig i dem, verkar fungera normalt vid första anblicken.
- ☐ 2p Kan ej fungera självständigt utanför hemmet, men kan ändå följa utan att störa allt för mycket.
- ☐ 3p Kan ej fungera självständigt utanför hemmet, andra tycker det är allt för störande när de är med.

HEM och FRITID __p
- ☐ 0p Hemlivet, hobbies och intellektuella intressen väl bevarade.
- ☐ 0.5p Lätt förändring i ovanstående.
- ☐ 1p Måttlig men definitiv störning i funktioner hemma, svårare uppgifter överges.
- ☐ 2p Endast lättare uppgifter, väldigt begränsade intressen.
- ☐ 3p Ingen signifikant funktion i hemmet.

PERSONLIG HYGIEN __p
- ☐ 0p Fullt kapabel att sköta hygienen själv.
- ☐ 0.5p Fullt kapabel att sköta hygienen själv.
- ☐ 1p Behöver uppmanas.
- ☐ 2p Behöver assistans vid påklädning, hygien och att hålla rätt på personliga tillhörigheter.
- ☐ 3p Behöver mycket hjälp med personligt omhändertagande ofta inkontinent.

CDR=0 Ingen försämring, CDR=0,5 Möjlig försämring, CDR=1 Mild försämring, CDR=2 Måttlig försämring, CDR= 3 Stor försämring

BILAGA LÄKARINTYG

SKRIFTLIGT AVSTÅENDE GÄLLANDE BILKÖRNING

Bilkörning och körkortsinnehav

Enligt körkortslagen har läkare **skyldighet** att rapportera till körkortsmyndigheten om en patients medicinska tillstånd kan påverka säkerheten vid bilkörning.

I körkortslagen SFS 1998:488, 10 kap § 2 finns detta angivet:

”Om en läkare vid undersökning av en körkortshavare finner att körkortshavaren av medicinska skäl är olämplig att ha körkort, ska läkaren anmäla det till Transportstyrelsen. Innan anmälan görs ska läkaren underrätta körkortshavaren. Anmälan behöver inte göras om det finns anledning att anta att körkortshavaren kommer att följa läkarens tillsägelse att avstå från att köra körkortspliktigt fordon.”

Efter utredning bedöms det att

_____

Patientens namn Personnummer

av medicinska skäl helt ska avstå från att köra bil och andra körkortspliktiga fordon.

Datum_____

_____

Läkares underskrift Namnförtydligande Titel

_____

Arbetsplats

Patientens bekräftelse:
Jag har idag fått information om att jag på grund av sjukdom/skada inte får köra bil. Jag är medveten om att läkaren måste fullfölja sin skyldighet enligt körkortslagen att rapportera till Transportstyrelsen om jag inte helt avstår från att köra bil eller andra körkortspliktiga fordon.

_____

Patientens underskrift Namnförtydligande

TRANSPORT STYRELSEN

Läkares anmälan

enligt 10 kap. 2 § i körkortslagen (1998:488) och 3 kap. 5 § yrkestrafiklagen (1998:490)
om medicinsk olämplighet att inneha körkort, körkortstillstånd, traktorkort eller taxiförarlegitimation

Anmälan ska skickas till Transportstyrelsen, 701 97 Örebro

A.
Innehar förarbehörighet

Grupp I						Grupp II		Grupp III		
☐	☐	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
AM	A1	A	B	BE	Traktor	C	CE	D	DE	Taxi

AM = moped klass 1, A1 = lätt motorcykel, A = motorcykel, B = personbil, lätt lastbil, lätt släpfordon, C = tung lastbil, D = buss, E = tungt släp, Traktor = traktorkort, Taxi = taxiförarlegitimation

B. (ååååmmddnnnn)
Personnr: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Namn: .....
Adress: .....
.....
Telefon: .....

Identiteten styrkt genom:
☐ ID-kort ☒ Svenskt körkort ☐ Svenskt pass ☒ Personlig kännedom ☐ Försäkran enligt 18 kap. 4 § (se sid 2)

C. Medicinska förhållanden som bedöms innebära en trafiksäkerhetsrisk och som ligger till grund för anmälan.

Genomgått minnesutredning som påvisat Alzheimers sjukdom. På grund av demenssjukdomen uppvisar patienten nedsättning av minnesförmåga, orienteringsförmåga samt andra för bilkörning viktiga kognitiva förmågor.

Ange kapitel och paragraf (1 kap. 4 § eller 2-15 kap.) i Vägverkets föreskrifter (VVFS 2008:158) som anmälan grundas på:

10 kap. 2§

Undersökningsdatum ska anges: xxx

På grunder som anges ovan bedömer jag att patienten är olämplig att inneha:

Grupp I						Grupp II		Grupp III		
AM	A1	A	B	BE	Traktor	C	CE	D	DE	Taxi
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Ort och datum

Läkarens underskrift

Adress

Namnförtydligande

Telefon

Specialitet

Information om Transportstyrelsens beslut önskas. ☒

Observera att den person som anmälan avser ska underrättas innan anmälan.

90200011

TSTRK1009 (UJ02) 100622

Bilaga Läkarintyg Vapeninnehav,

Blanketten finns i Take Care

Socialstyrelsen

ANMÄLAN

enligt 6 kap. 6 §§ vapenlagen (1996:67)

Till Polismyndigheten i*

.....

Anmälan avser

Patientens efternamn och förnamn	Personnummer
Bostadsadress	
Postnummer / Postort	
Telefon (inkl. riktnummer) / Folkbokföringsort (kommun)	

Patienten har informerats om anmälan ☐ ja ☐ nej	Datum då patienten blev informerad

Vårdform

Patienten vårdas i sluten vård ☐ i öppen vård ☐	Patienten vårdas enligt HSL ☐ LPT ☐ LRV ☐	Planerad utskrivningsdag, i förekommande fall
Sjukvårdsinrättningens namn (vid slutenvård)		
Utdelningsadress		
Postnummer / Postort		
C/o, om patientens vistelseadress är annan än bostadsadressen		
Utdelningsadress		
Postnummer / Postort		

Anmälande läkare

Läkarens efternamn och förnamn	Titel
Utdelningsadress (tjänsteställe)	
Postnummer / Postort	
Telefon (inkl. riktnummer)	E-postadress

Anmälande läkares bedömning

Jag bedömer att patienten av medicinska skäl är olämplig att inneha skjutvapen.	
Ort och datum	Läkares underskrift

SoSB 42401 2008-10 sthe

* Ange polismyndighet i den ort där patienten är folkbokförd/bosatt.

BILAGA INTYG GOD MAN (EXEMPELMALL)

Socialstyrelsen

LÄKARINTYG

för utredning i ärende om anordnande av **godmanskap** enligt 11 kap. 4 § föräldrabalken (FB)[1]:

"Om någon på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller liknande förhållande behöver hjälp med att bevaka sin rätt, förvalta sin egendom eller sörja för sin person, skall rätten, om det behövs, besluta att anordna godmanskap för honom eller henne. Ett sådant beslut får inte meddelas utan samtycke av den för vilken godmanskap skall anordnas, om inte den enskildes tillstånd hindrar att hans eller hennes mening inhämtas.

När rätten meddelar ett beslut enligt första stycket, skall rätten samtidigt förordna en god man att utföra uppdraget. Om en god man i något annat fall skall förordnas på grund av ett beslut enligt första stycket, skall förordnandet meddelas av överförmyndaren."

Personuppgifter för den som intyget avser

Efternamn och förnamn		Personnummer
Tolvansson Tolvan		19 121212-1212
Utdelningsadress	**Postnummer**	**Postort**
Tolvar Stigen	123 45	Stockholm
Yrke/titel		**Telefon (inkl. riktnr)**
Folkbokföringsort		**Identiteten styrkt genom**
Stockholm		körkort

Underlag för bedömningen

Nuvarande hälsotillstånd

Exempeltext.Har genomgått minnesutredning som påvisat Alzheimer Demens. Har försämrats successivt. På grund av demenssjukdomen uppvisar patienten sådana nedsättningar att han inte kan klara sig självständigt .

SoSB 76322 2007-01 pee

1 Kompletterande bestämmelser finns i 11 kap. 17 § FB: "Innan rätten anordnar förvaltarskap skall den inhämta läkarintyg eller annan likvärdig utredning om den enskildes hälsotillstånd. Detta gäller även i ärenden om anordnande av godmanskap enligt 4 §, när den enskilde inte har lämnat sitt samtycke."

Efternamn och förnamn	Personnummer
Tolvansson Tolvan	19 121212-1212

Underlag för bedömningen (forts.)

Omständigheter som talar för att den enskilde behöver hjälp med att bevaka sin rätt, förvalta sin egendom eller sörja för sin person

Exempeltext.Pga. demensjukdomen finns nedsättningar av minne, orienteringsförmåga, omdöme och handlingskraft av sådan grad att han inte bara behöver hjälp med sin dagliga omsorg utan även behöver hjälp med god man för nedanstående uppdrag.

(I exempelkryssen nedan handlar det om en man som ej förstår att lämna sitt samtycke, varför något skriftligt sådant ej bifogas,han kan eventuellt höras muntligen men nej i detta fall står för att pat. kommer att bli upprörd och kränkt)

Inför handläggningen i tingsrätten

Har den enskilde lämnat sitt skriftliga samtycke till anordnande av godmanskap? Om "ja" skall det skriftliga samtycket från den enskilde bifogas ansökan.	☐ Ja	☒ Nej
Kan den enskilde höras muntligen utan att detta medför skada för honom eller henne?	☐ Ja	☒ Nej
Är den enskildes tillstånd sådant att han/hon uppenbarligen inte förstår vad saken gäller?[2]	☒ Ja	☐ Nej

Utlåtande

Jag intygar att jag efter utredning som innefattar personlig undersökning och med stöd av inhämtade uppgifter har funnit att

Tolvan Tolvansson
(Den enskildes namn)

behöver hjälp med att
- ☒ bevaka sin rätt
- ☒ förvalta sin egendom
- ☒ sörja för sin person

på grund av
- ☒ sjukdom
- ☐ psykisk störning
- ☐ försvagat hälsotillstånd
- ☐ liknande förhållande

Underskrift

Ort och datum	Den legitimerade läkarens namnteckning
Vällingby 2012-03-14	

Den legitimerade läkarens efternamn och förnamn	Befattning
Dr X	Läkare

Tjänsteställe
BrommageriatrikenMinnesmottagningenSöderberga Allé 41162 51 Vällingby

Utdelningsadress	Postnummer	Postort
	162 51	Vällingby

Telefon (inkl. riktnr)	Faxnr	E-post
08-687 xxxx	08-687 xxxx	

2 Det ni har att bedöma är om den enskilde p.g.a. sitt tillstånd uppenbarligen inte förstår vad saken gäller. Om det är er bedömning, skall frågan besvaras med "Ja".

BILAGA INTYG FÄRDTJÄNST (EXEMPELMALL)

LÄKARINTYG angående särskild kollektivtrafik (färdtjänst)

Färdtjänsten

VAR GOD TEXTA

1	Läkarens namn och arbetsplatsadress **(klartext el. stämpel)** Dr X Brommageriatriken Minnesmottagningen Söderberga Allé 41 162 51 Vällingby	Sökandens personnummer 19 121212-1212 Namn Tolvansson Tolvan Adress Tolvar Stigen 123 45 Stockholm
	Telefon 687xxxx	Sökandes telefon 1234xxxx
	Besöksdatum 110912 samt 120315	
	Intyget baserat på: [X] Undersökning vid besöket [X] Journalanteckningar [ ] Personlig kännedom sedan år _ _ _ _	

DIAGNOSER - FUNKTIONSFÖRMÅGA

2 Huvuddiagnos (om möjligt på svenska) som huvudsakligen motiverar behovet av särskild kollektivtrafik (färdtjänst)
Alzheimer Demens
Sjukdomsdebut år 2011

Övriga diagnoser av betydelse för behovet av särskild kollektivtrafik (färdtjänst)

Beskriv sökandens synliga/dolda funktionshinder

3 Har nedsatt minne, orienteringsförmåga samt bristande tidsuppfattning.

Beskriv vilka svårigheter sökanden har att resa med allmän kollektivtrafik

4 Pga. ovanstående demenssymtom kan pat. inte självständigt klara kollektivtrafik.

Betingelser under vilka sökanden kan klara resor med allmän kollektivtrafik

5 Inga (alternativt med hjälp av ledsagare)

Beskriv genomförd, pågående eller planerad behandling/rehabilitering

6 Ej rehabiliteringsbart, får bromsmedicin.

SMÄRTA - VÄRK (Koder för gradering av smärta och värk):

1= Lätt 2= Endast vid kraftig ansträngning 3= Redan vid lätt ansträngning 4= Vilosmärta-kraftig spontan smärta i vila

7 **Ange graden av smärta och värk med hjälp av ovanstående kodsiffror:**

	Kod		Kod	Röntgenverifierat
Höftled, höger sida	_ _ _	Vänster sida	_ _ _	År _ _ _ _ _ _
Knäled, höger sida	_ _ _	Vänster sida	_ _ _	År _ _ _ _ _ _
Vrist och fot, höger sida	_ _ _	Vänster sida	_ _ _	År _ _ _ _ _ _

Ange graden av smärta och värk

	Kod	Röntgenverifierat
Ländrygg	_ _ _	År _ _ _ _ _ _
Nacke	_ _ _	År _ _ _ _ _ _

B2392-01L

Personnummer
19 121212-1212

HJÄRT OCH/ELLER LUNGSJUKDOMAR

8

Vilodyspné ☐ Lätt ☐ Måttlig ☐ Grav

Ansträngningsdyspné ☐ Lätt ☐ Måttlig ☐ Grav

Kommentar

Ange NYHA 1-4:

ASTMA BRONKIALE / KOL

9

Astmatyp:

☐ Endogen ☐ Exogen

Ange om möjligt symtomframkallande allergen

_____

Svårighetsgrad:

☐ Lätt ☐ Måttlig ☐ Grav

Ange ungefärligt antal vårdtillfällen på akutmottagning de senaste 12 månaderna:

_____ Antal ggr

NEUROLOGISKA SJUKDOMAR

10

Ataxi/Spasticitet ☐ Lätt ☐ Måttlig ☐ Grav

Pares (ange kroppsdel): ☐ Lätt ☐ Måttlig ☐ Grav

Kommentar

YRSEL

11

☐ Lätt ☐ Måttlig ☐ Grav

Ange orsak och frekvens

ÖGONSJUKDOMAR (Om ögonsjukdom är huvuddiagnos krävs att ögonläkare utfärdar intyget)

12

Synskärpa: ☐ Med korr ☐ Utan korr

Höger öga _____ **Vänster** öga _____

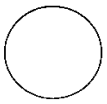
Har patienten ledsyn? ☐ Ja ☐ Nej

Synfältsinskränkning:

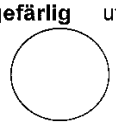
☐ Ingen ☐ Lätt ☐ Måttlig ☐ Grav

Vid synfältsinskränkningar **ange ungefärlig** utbredning:

Höger öga



Vänster öga



BEDÖMNING AV SÄRSKILD KOLLEKTIVTRAFIK (FÄRDTJÄNST)

13

Behov föreligger?

☒ Ja ☐ Nej ☐ Kan ej bedöma

Om behov föreligger enbart vintertid:

☐ En vinter ☐ Antal vintrar _____ ☐ Vinter för all framtid

Ange funktionshindrets beräknade **varaktighet:**

☐ Antal _____ mån ☐ Antal _____ år ☒ För all framtid

Färdsätt:

☒ Av färdtjänsten anvisat fordon ☐ Specialfordon ☐ Bårburen resa

Innebär sökandens funktionshinder att det är **omöjligt att resa tillsammans** med annan resenär?

☐ Ja ☒ Nej

Om ja, specificera varför: _____

Är sökanden i behov av **ledsagare** för att kunna resa med **särskild kollektivtrafik (färdtjänst)?**

☒ Ja ☐ Nej

Om ja, beskriv ledsagarens uppgift för att passa tider och att guida till rätt destination _____

Ofullständigt ifylld blankett återsänds för komplettering

20120315

Datum

_____

Läkarens underskrift

B2392-01L

BILAGA FAXRUTINER

Telefaxöverföring av personuppgifter eller andra sekretessbelagda allmänna handlingar inom Stockholms läns sjukvårdområde, SLSO

Användning av telefax vid översändande av sekretessbelagda handlingar skall endast ske då det är nödvändigt med hänsyn till personens vårdbehov och säkerhet. Journalhandlingar eller andra sekretessbelagda handlingar skall i första hand skickas, externt via posten som rekommenderat brev, internt i ett igenklistrat kuvert i internposten.
Telefaxen skall vara placerad så att obehöriga inte kan läsa ett ankommet fax. Verksamhetschef/Resultatenhetschef ansvarar för att lokala rutinerna finns som ger tillräcklig säkerhet.

Lokala rutiner skall innefatta:

1. Försättsblad skall alltid användas.
Mottagarens namn och telefaxnummer, avsändarens namn och telefonnummer samt antal sidor skall finnas med.

2. Försäkra dig alltid om att mottagaren och telefaxnummer är den rätta. Kontrollera överföringen genom att skicka försättsbladet först och ha telefonkontakt med mottagaren eller att mottagaren står vid faxen eller ringer upp och bekräftar överföringen. Kontrollera att ingen sida saknas i avgående eller ankommet fax.

3. Personuppgifter (namn, personnummer, adress och telefonnummer) skall göras oläsliga, avidentifieras. Den rätta identiteten meddelas per telefon till mottagare.

4. Kontrollera texten i nummerfönstret. Vid fel avbryt sändningen omedelbart.

5. Avsändaren ansvarar för att journalanteckning görs om att kopia tagits och sänts till angiven mottagare. Personens godkännande skall framgå av beställningen.

BILAGA MINI NUTRITION ASSESSMENT (MNA)

Nestlé Nutrition Institute

Mini Nutritional Assessment MNA®

Efternamn: Förnamn:

Kön: Ålder: Vikt, kg: Längd,cm: Datum:

Fyll i poängsiffran i rutorna för bedömning (screening) och summera. Om poängen är 11 eller mindre fortsätt med del II för att få en gradering av näringstillståndet.

Screening, del I

A Har födointaget minskat under de senaste tre månaderna på grund av försämrad aptit, matsmältningsproblem, tugg- eller sväljproblem?
0 = ja, minskat avsevärt
1 = ja, minskat något
2 = nej, ingen förändring ☐

B Viktförlust under de senaste tre månaderna
0 = ja, mer än 3kg
1 = vet ej
2 = ja, mellan 1 och 3kg
3 = nej, ingen viktförlust ☐

C Rörlighet
0 = är säng- eller rullstolsbunden
1 = kan ta sig ur säng/rullstol men går inte ut
2 = går ut med eller utan hjälpmedel ☐

D Har varit psykiskt stressad eller haft akut sjukdom under de senaste tre månaderna?
0 = ja 2 = nej ☐

E Neuropsykologiska problem
0 = svår demens eller depression
1 = lindrig demens
2 = inga neuropsykologiska problem ☐

F Body Mass Index (BMI) = vikt (kg) / längd (m²)
0 = BMI mindre än 19
1 = BMI 19 till mindre än 21
2 = BMI 21 till mindre än 23
3 = BMI 23 eller mer ☐

Screeningresultat (Subtotal max 14 poäng) ☐☐

12-14 poäng: Normal nutritionsstatus
8-11 poäng: Risk för undernäring
0-7 poäng: Undernärd

För en grundligare bedömning, fortsätt med frågorna G-R

Screening, del II

G Har eget boende? (ej särskilda boendeformer / sjukhus)
1 = ja 0 = nej ☐

H Intar mer än 3 ordinerade läkemedel dagligen?
0 = ja 1 = nej ☐

I Har trycksår eller annat hudsår?
0 = ja 1 = nej ☐

J Äter fullständiga huvudmål per dag?
0 = 1 fullständigt huvudmål
1 = 2 fullständiga huvudmål
2 = 3 fullständiga huvudmål ☐

K Äter eller dricker vanligtvis
- minst en mejeriprodukt dagligen (mjölk / ost / yoghurt)? ja ☐ nej ☐
- minst två portioner baljväxter eller ägg per vecka ja ☐ nej ☐
- fisk, fågel eller kött varje dag? ja ☐ nej ☐

0.0 = inget eller ett ja svar
0.5 = två ja svar
1.0 = tre ja svar ☐.☐

L Äter minst två frukter eller två portioner med grönsaker dagligen?
0 = nej 1 = ja ☐

M Dricker dagligen (vatten / juice / kaffe / te / mjölk / öl)?
0.0 = mindre än 3 glas / mugger
0.5 = 3 till 5 glas / mugger
1.0 = mer än 5 glas / muggar ☐.☐

N Kan äta själv eller behöver hjälp vid måltiden?
0 = behöver mycket hjälp vid måltiden
1 = äter själv men med svårighet
2 = äter själv utan problem ☐

O Bedömer själv sitt näringstillstånd som
0 = svårt undernärd / felnärd
1 = är osäker om sitt näringstillstånd / vet ej
2 = har inga näringsproblem ☐

P I jämförelse med andra i samma ålder uppfattar sitt hälsotillstånd som?
0.0 = inte så bra som andras
0.5 = vet ej
1.0 = lika bra som andras
2.0 = bättre än andras ☐.☐

Q Överarmens omkrets i cm (Mid Arm Circumference, MAC)
0.0 = MAC mindre än 21 cm
0.5 = MAC 21-22 cm
1.0 = MAC mer än 22 cm ☐.☐

R Vadens omkrets i cm (Calf Circumference, CC)
0 = CC mindre än 31 cm
1 = CC 31cm eller mer ☐

Screening, del II (max. 16 poäng) ☐☐.☐
Screening, del I ☐☐.☐
Total bedömning, del I + del II (max. 30 poäng) ☐☐.☐

MNA resultat

24-30 poäng ☐ normal nutritionsstatus
17-23.5 poäng ☐ risk för undernäring
Mindre än 17 poäng ☐ undernärd

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. *Overview of the MNA® - Its History and Challenges.* J Nut Health Aging 2006 ; 10 : 456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. *Screening for Undernutrition in Geriatric Practice : Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF).* J. Geront 2001 ; 56A : M366-377.
Guigoz Y. *The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us?* J Nutr Health Aging 2006 ; 10 : 466-487.
® Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
Mer information finns på : www.mna-elderly.com

Till hemtjänst och/eller anhörig
Individuell kostplan

…… har genomgått en nutritionsbedömning och utifrån denna har distriktssköterskan i samråd med personen kommit överens om följande:

-
-
-
-
-
-

Uppföljning:……...…….……...…….
Ansvarig distriktssköterska:……Tel:……...…

BILAGA ROAG-J

För mer information v.g. se www.senioralert.se

SENIOR alert

Riskbedömning Munhälsa

(version: 20121127)

Personnummer:

Namn:

Revised Oral Assessment Guide - Jönköping (ROAG-J)

• Röst	
Normal röst	1
Torr, hes, smackande	2
Svårt att tala	3
• Läppar	
Lena, ljusröda, fuktiga	1
Torra, spruckna, sår i mungiporna	2
Såriga, blödande	3
• Munslemhinnor (avlägsna ev. protes)	
Ljusröda, fuktiga	1
Röda, torra eller områden med färgförändring eller beläggning	2
Sår, med eller utan blödning, blåsor	3
• Tunga	
Ljusröd, fuktig med papiller	
Inga papiller, röd torr, beläggning	1
Sår med eller utan blödning, blåsor	2
	3
• Tandkött	
Har inget tandkött	0
Ljusrött och fast	1
Svullet, rodnat	2
Spontan blödning	3

• Tänder	
Har inga egna tänder	0
Rena, ingen synlig beläggning eller matrester	1
Beläggning eller matrester lokalt	2
Beläggning, matrester generellt eller trasiga tänder	3
• Protes	
Har ingen protes	0
Ren och fungerande	1
Beläggning eller matrester	2
Används ej eller dåligt fungerande	3
• Saliv	
Glider lätt	1
Glider trögt	2
Glider inte alls	3
• Sväljning	
Obehindrad sväljning	1
Obetydliga sväljproblem	2
Uttalade sväljproblem	3

Förklaring:
1 = frisk eller normalt tillstånd
2 = måttliga förändringar/avvikelser
3 = svårare förändringar/avvikelser

Summa: Antal 2:or _____ En eller fler 2:or = åtgärdas av personal på enheten. (Se nästa sida, förebyggande åtgärder)

Summa: Antal 3:or _____ En eller fler 3:or = remiss för konsultation av tandläkare / läkare

Bedömningen gjord av: Datum:

Överkäke ☐	Avtagbar protes som används Ja ☐ Nej ☐	Implantat ☐	Egna tänder, fler än 6 ☐
Underkäke ☐	Avtagbar protes som används Ja ☐ Nej ☐	Implantat ☐	Egna tänder, fler än 6 ☐

Nästa riskbedömningstillfälle: se datum för övriga riskbedömningar

Med tillstånd från University of Nebraska Medical Center samt Oncology Nursing Forum; översatt och modifierat Pia Andersson Högskolan Kristianstad, 1994, reviderad september 2000. ROAG samt åtgärdsförslag vid symptom grad 2 är kompletterade/modifierade av leg. tandläkare Monica Nordling och leg. tandhygienist Eva Hermemo, Folktandvården, Landstinget i Jönköpings län 2011. Benämns ROAG-J.

Faxas/överlämnas till hemtjänst samt anslås hos personen

Datum _____

Användbara Hemsidor

Närståendeorganisation

www.demensforbundet.se. Demensförbundet har information kring demenssjukdom, aktuella nyheter inklusive nya forskningsrön samt en bra butik.

www.alzheimerforeningen.se

Alzheimerföreningens hemsida har information kring demenssjukdom och program för träffar, bl.a. Alzheimercafé.

Information och forskning

www.demenscentrum.se. Svenskt demenscentrum är ett nationellt kompetenscentrum för demensområdet. På deras hemsida finns fakta kring demenssjukdomar och aktuell forskning med bl.a. nya doktorsavhandlingar. En stor del av materialet är riktad till personer som arbetar inom demensområdet. Demenscentrum har under hösten arbetat fram ett **web baserat utbildningsprogram**, **ABC-plus**, som riktar sig till yrkesverksamma inom primärvården.

www.vardgivarguiden.se/Omraden/Demens Stockholms läns landstings sida för demensvård, fortbildning mm

www.aldrecentrum.se Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrums kärnområden är forskning och utveckling. Enligt stiftelsens föreskrifter ska Äldrecentrum ”förbättra de äldres levnadsbetingelser genom att tillvarata och praktiskt omsätta erfarenheter och forskningsresultat inom områden av särskild betydelse för de äldres situation i samhället samt att själv initiera och genomföra forskning och utveckling avseende de äldres förhållanden, i egen verksamhet eller i samarbete med eller på uppdrag av andra kommuner eller organisationer”.

www.vardalinstitutet.net/demens Vårdalinstitutet är en nationell miljö för forskning och utveckling inom vårdområdet I nära samverkan med universiteten och vårdens huvudmän. På deras hemsida finns fakta, länkar till litteratur och relevanta lagtexter.

www.viss.nu. Primärvårdens egen sida med riktlinjer för utredning, behandling och uppföljning inklusive blanketter att använda.

www.cefam.se Centrum för allmänmedicin

www.hi.se. Hjälpmedelsinstitutets hemsida har mycket matnyttig information kring hur man kan underlätta vardagen vid olika funktionsnedsättningar med bra förslag på hjälpmedel.

www.fks.org.se Föreningen för kognitivt stöd, FKS, är en ideell förening som arbetar med att samla och sprida kunskap om kognitivt stöd genom att främja utvecklingen av och tillgången till kognitivt stöd. Med kognitivt stöd menar man de insatser och produkter som gör det möjligt för en person med kognitiva nedsättningar att bättre förstå och hantera sin vardag. I den omvärlden man lever i.

www.octopus.se. Octopus är en nätbutik som specialiserar sig på demenssjukdomar. De har ett brett utbud av hjälpmedel, litteratur och filmer.

www.plusvardag.se Tel 018-20 41 20 till postorderkatalog till Plusvardag där man kan köpa diverse saker som kan vara bra som stöd i vardagens såsom värmefiltar, blodtrycksmätare, halkskydd med mycket mera. Ring gärna och beställ en katalog. Det finns ingen affär i Stockholm men en affär finns i Uppsala.

www.rehabmodul.se. Rehabmodul är en affär på Enspännargatan 10 i Hässelby som har samlat tekniska saker som man kan införskaffa för att fortsätta vara självständigt och klara av vardagen. T.ex. trådlösa hörlurar till Tv:n, talande klocka, telefoner av olika slag, sakletare och mycket, mycket mera. Tel 08-583 588 90 och om man går in på nätet kan man se en del av sortimentet.

www.varsam.se/shop Varsam, Kungsgatan 59. Tel 08-730 32 45. Har möbler som är sittvänliga, träningssaker och andra bra saker. På Varsams hemsida kan man bläddra i deras fina kataloger eller beställa en katalog hem.

www.horsam.se. Hörsam, Ringvägen 93, tel. 08-410 203 40 eller Dalagatan 32, tel. 08-34 91 66, har allt för din hörsel men även andra produkter som man kan se på deras hemsida.

www.uriform.se Uriform, Timmermansgatan 38, tel. 08-640 2955. Produkterna omfattar nästan allt man kan ha nytta av.

www.melinssjukvardsbutik.se. Melins sjukvårdsbutik, Kungsgatan 53. Kompressionsstrumpor, ortoser, skor, värmeplagg mm. Tel. nr 08-10 67 13.

www.demensbutiken.se. Har bl.a. litteratur, tidskrifter, filmer och CD inom demensområdet.

www.clasohlson.se och kundservice 0247 - 44500 eller butik i Vällingby 08-445 85 60. Har bland annat timer till kaffekokare och telefoner.

www.aktivvardag.se tel. 08-519 72 280

KONTAKTLISTA/ KONTAKTUPPGIFTER

PRIMÄRVÅRD

Rinkeby Vårdcentral
Skårbygränd 3
163 72 Spånga
Tel: 08-123 399 00
www.slso.sll.se/rinkeby_vc

Kista Vårdcentral
Kista Galleria, Trapphus 3
164 91 Kista
Tel: 08-687 63 70
www.slso.sll.se/kista_vc

Husby-Akalla Vårdcentral
Sibeliusgången 20 A
164 77 Kista
Tel: 08-687 66 77

Familjeläkarna
Edvard Griegsgången 13
164 32 Kista
Tel: 08-751 25 00

Aleris Vårdcentral Järva
Rinkebysvängen 70 B
163 74 Spånga
Tel: 08-690 65 30

Tibra Medica Vårdcentral
Kistagången 22
164 40 Kista
Tel: 08-751 07 00

PRIMÄRVÅRDS REHABILITERING

Kista Rehab Västra
Verksamhetschef, Pia Hallgren
Enhetschef, Jenny Pettersson
Arbetsterapeut, Anette Jansson
Dietist Erika Törnqvist
Tel: 08-123 390 40, vardagar 8.00-9.00

REHABCENTRUM BROMMA
Verksamhetschef, Mats Brådman
Enhetschef, Agneta Wetterberg
Tel: 08-687 50 63, vardagar 8.15–9.15
www.stockholmssjukhem.se

MINNESMOTTAGNING

Stockholms Sjukhem Brommageriatriken www.stockholmssjukhem.se
Box 3084
161 03 Bromma
Follingbogatan 32a
Tel: 08-687 50 11 / 08-687 50 76
Fax: 08-687 50 45
Överläkare, medicinskt ansvarig, Maria Norström,
maria.norstrom@brommageriatriken.se
Enhetschef, sjuksköterska, Marianne Andersson,
marianne.andersson@brommageriatriken.se
Arbetsterapeut Helena Hallinder,
helena.hallinder@brommageriatriken.se

RINKEBY/KISTA STADSDELSFÖRVALTNING

Rinkeby/Kista stadsdelsförvaltning
Borgarfjordsgatan 14
Box 7049
164 07 Kista
Tel: 08-508 01 000
stadsdelsnamnden@rinkeby-kista.stockholm.se
www.stockholm.se/rinkeby-kista

Stadsdelsdirektör
Olle Johnselius
Tel: 08- 508 01 350

Verksamhetsområdeschef, Äldreomsorg
Gunilla Davidsson
gunilla.davidsson@stockholm.se
Tel: 08-508 01 606

Beställarenheten för Äldre
Enhetschef: Aila Laukkonen
Aila.laukkonen@stockholm.se
Tel: 08-508 01 419
Biståndshandläggare nås via Äldre direkt

Hemtjänst
Enhetschef, Hossein Ahmadian
hossein.ahmadian@stockholm.se
Tel: 08- 508 01 423

Dagverksamhet med demens inriktning

Violen
Värsta allé 9, 1 tr.
163 51 Spånga
Tel: 08-508 01 470
Hossein Ahmadian, Enhetschef
hossein.ahmadian@stockholm.se

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)
Ann-Christin Larsson
Tel: 08-508 017 34
ann-christin.larsson@stockholm.se

Medicinsk ansvarig rehabiliterare (MAR)
Marianne Ankersjö
Tel: 08-508 01 733
marianne.ankersjo@stockholm.se

Heminstruktör för syn och hörsel
Ann-Christin Garjo
Yvonne Olsson
Ingela Dahling
Tel: 08-508 017 34

Vaktmästarservice/Fixarhjälp för dig över 75 år
Avgiftsfri praktisk hjälp i hemmet
Tel: 08-508 01 735

Äldre direkt
Äldre direkt kan svar på de flesta frågor. Övriga frågor kopplas vidare till ansvarig handläggare i stadsdelsförvaltningen, som utreder ärendet vidare.
aldredirekt.service@stockholm.se
Tel:08-80 65 65

Stockholms trygghetsjour (dygnet runt)
Råd, stöd och akuta hjälpinsatser samt ansökan om Trygghetslarm
Tel: 08-508 40 700

TANDVÅRDSENHETEN HÄLSO_ OCH SJUKVÅRDSFÖRVALTNINGEN

Tel: 08-123 133 00
Teltid: 9-11 vardagar.

GEROPSYKIATRI

Praktikertjänst Psykiatri AB, Järvapsykiatrin, Spånga
Salagatan 2
163 53 Spånga
Tel: 08-123 384 00, tel. tid. mån.-sön. 08:00-22:00
Reception Tel: 08-12338450
Fax: 08-760 59 50
www.jarvapsykiatrin.se
Kurator/Teamsamordnare, Roja Asadzadeh
08-12340000

BPSD-TEAM

Äldrepsykiatriska sektionen NSP www.norrastockholmspsykiatri.se
Vårdvägen 1-3
112 81 Stockholm
Tel: 08-123 487 00
fax: 08-123 496 94
mail: bpsd-teamet@sll.se

SWEDEM- SVENSKA DEMENSREGISTRET

www.svedem@karolinska.se

TRÄFFPUNKTER

Husby – öppen mötesplats
Trondheimsgatan 7
164 32 Kista
08-508 01 475

Kista öppna mötesplats
Kista Torg 7
164 42 Kista
08-508 01 530

Rinkeby öppna mötesplats
Västerby Backe 13
163 75 Spånga
Tel: 08-508 417 26

Tellus fritidscenter
Lignagatan 8
117 34 Stockholm
08-410 712 81, 08-410 712 82

Tanto Seniorlokus
Rosenlundsgatan 44 A
118 63 Stockholm
08-410 71 280
Kontakter
annica.friberg@tellusfritidscenter.se, elisabeth.melen@tellusfritidscenter.se
http://www.tellusfritidscenter.se

INTRESSEFÖRENINGAR

Alzheimerföreningen I Sverige, Tel: 046-14 73 18
lokalföreningen I Stockholm, Tel: 070-271 69 64
www.alzheimersforeningen.se
Demensförbundet
Tel: 08-658 99 20
www.demensforbundetse
ANHÖRIGAS RIKSFÖRBUND
Lokalföreningen för anhörigvårdare i Västerort
073-9782254
Anhöriglinjen
0340-15440
Demensföreningen i Stockholms län
08-658 61 11 mån-fre 10.30–12.30
www.demensforeningen.sthlm.com
Svenskt demenscentrum
Tel: 690 58 00
www.demenscentrum.se
Nationellt kompetenscentrum anhörig
Tel 0480-41 80 20
www.anhoriga.se
Stiftelsen Äldrecentrum
Tel: 08-690 58 00
www.aldrecentrum.se
Demensrådet
www.demensradet.se

FRIVILLIGORGANISATIONER

Pensionärsråd
www.stockholm.se

Frivillig väntjänst
Erbjuder ledsagning, social samvaro eller promenader
Tel: 08-659 95 59

PRO Kista
Expedition: Kista Torg 7, 164 42 Kista
Tel: 08-750 51 75

PRO Tensta-Rinkeby
Expedition: Elinsborgsbacken 7 163 64 Spånga
Tel: 08-795 74 43

PRO Husby-Akalla
Expedition. Trondheimsgatan 7 nb
Tel: 08: 751 03 87

SPF Spångaveteranerna
Tel: 08-760 41 95
info@spangaveteranerna.se
http://www.spf.se/spangaveteranerna

SPF Djärva Vänner Kista
08-703 92 04
rickardb@bredband.net

KONTAKTPERSONER

Kontaktpersonerna är mottagare av invitation till det årliga mötet. De är också mottagare av annan underhandsinformation. Kontaktpersonerna är ansvariga för att ta emot avvikelser från andra aktörer och se till att dessa handläggs vidare på rätt nivå samt återrapporteras vid uppföljande årligt möte.
Kallelse till det första årliga mötet utgår från stadsdelen.

RINKEBY-KISTA STADSDELSFÖRVALTNING

Verksamhetsområdeschef, Äldreomsorg, Gunilla Davidsson, gunilla.davidsson@stockholm.se
Enhetschef Beställarenheten, Aila Laukkonen, aila.laukkonen@stockholm.se
MAS, Ann-Christin Larsson , ann-christin. larsson@stockholm.se
Medicinskt ansvarig rehabiliterare, Marianne Ankersjö, marianne.ankersjo@stockholm.se
Utförchef äldreomsorg, Hossein Ahmadian, hossein.ahmadian@stockholm.se

PRIMÄRVÅRDEN

Verksamhetschef, Kista vårdcentral, Thomas Wohlin, thomas.wohlin@sll.se
Distrikt**ssjuksköterska, Kista Vårdcentral, Jörgen Norberg**
Jorgen.norberg@sll.se
Verksamhetschef, Husby-Akalla vårdcentra lEric Lucht, eric.lucht@sll.se
Enhetschef, Husby-Akalla Vårdcentral Birgitta Björinge
Birgitta.bjoringe@sll.se
Distriktssjuksköterska, Husby-Akalla vårdcentral Susanne Rahm
Susanne.rahm@sll.se
Verksamhetschef, Rinkeby vårdcentral, Anna Lena Bergman
Anna-lena.bergman@sll.se
Verksamhetschef Familjeläkarna, Jonas Thun
Jonas.thun@famlak.se
Verksamhetschef, Aleris Vårdcentra Järval, Maria Carles
Maria.carles@aleris.se
Distriktssköterska Aleris Vårdcentral Järva Agneta Myhr
Agneta.myhr@aleris.se
Verksamhetschef, Tibra Medica Sarah Razavi
Sarah.razavi@tibramedica.se

PRIMÄRVÅRDSREHABILITERING

Verksamhetschef Kista Rehab Västra, Pia Hallgren pia.hallgren@sll.se

Enhetschef, Kista Rehab Västra, Jenny Pettersson, jenny.a.pettersson@sll.se

MINNESMOTTAGNINGEN

Överläkare Maria Norström, medicinskt ansvarig, maria.norstrom@brommageriatriken.se
Enhetschef, sjuksköterska, Marianne Andersson, marianne.andersson@brommageriatriken.se

PRAKTIKERTJÄNST PSYKIATRI AB, JÄRVAPSYKIATRIN

Geropykiatriska teamet, kurator Roya Asadzadeh

Roya.asadzadeh@ptj.se