



**Stockholms
stad**



Bilaga

Dnr 2015-123-1.2.5.

Lokalt samverkansprogram för vård och omsorg av personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt på Östermalm samt stöd till deras anhöriga

Ett samarbete mellan äldreomsorgens biståndsenhet, husläkarmottagningarna, primärvårdsrehabilitering och minnesmottagningen samt hemtjänstutförare och dagverksamheterna inom Östermalms stadsdel

Februari 2015

Bakgrund

I Östermalms stadsdel bor det knappt 70 000 personer varav antalet äldre över 65 år uppgår till nästan 14 000 personer (31 december 2013). Stadsdelen består av områden Östermalm, Gärdet, Hjorthagen, Norra Djurgården och Södra Djurgården. Stadsdelen beräknas växa med cirka 30 000 invånare när det nyaste bostadsområdet, Norra Djurgårdsstaden, är färdigt år 2030. Antalet äldre över 65 år på Östermalm beräknas öka stadigt från och med år 2016 enligt stadens prognos.

Grunden till detta lokala samverkansprogram regleras i **socialtjänstlagen (SoL)** och **hälso- och sjukvårdslagen (HSL)**.

Socialstyrelsen har publicerat **Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 (NR)**. Riktlinjerna ska ge stöd för styrning och ledning såväl för beslutsfattare som för olika vård- och omsorgsaktörer inom området. Riktlinjerna anger rekommendationer om olika metoder inom vård och omsorg utifrån den evidens eller beprövad erfarenhet som fanns då. Enligt riktlinjernas rekommendation ”bör hälso- och sjukvården samt socialtjänsten säkerställa ett multiprofessionellt teambaserat arbete inom vården och omsorgen av personer med demenssjukdom”. Vidare ska vård och omsorg av den enskilde vara personcentrerad. Även anhöriga till demenssjuka bör få stöd både av hälso- och sjukvården och av socialtjänsten enligt NR.

Utifrån de nationella riktlinjerna har Stockholms läns landsting utarbetat **Regionalt vårdprogram demens 2011(RVD)** för tillämpning inom sitt verksamhetsområde.

Samverkan vid vård och omsorg för personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt, en regional överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och kommunerna i Stockholms län, antogs av Stockholms stad i februari 2013. Enligt överenskommelsen ska de lokala aktörerna skriva lokala samverkansprogram inom demensområdet utifrån de lokala förhållandena i varje stadsdel.

I februari 2014 publicerade Socialstyrelsen även rapporten **Nationell utvärdering – vård och omsorg vid demenssjukdom 2014**. Rapporten följer upp de centrala rekommendationerna ur NR. Utvärderingen resulterar i en rad nya rekommendationer till fortsatta åtgärder för att bättre leva upp till NR:s intention. Bland annat lyfter rapporten förbättringsområden inom utredning, behandling och uppföljning av demenssjukdomar, fortsatt utveckling av multiprofessionellt teamarbete och samverkan samt mer stöd för anhöriga.

Det lokala samverkansprogrammet på Östermalm har formats i samarbete av de lokala aktörerna i syfte att leva upp till socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen, Socialstyrelsens riktlinjer och rekommendationer, landstingets vårdprogram samt andra lokala styrdokument inom demensområdet. Delar av detta program följer samma mall som andra lokala program i andra stadsdelar i Stockholm.

I enlighet med den regionala överenskommelsen har kommunen initierat samverkan men både landstinget och kommunen har ett gemensamt ansvar för att det lokala samverkansprogrammet utarbetas, implementeras, följs upp och revideras. Ledningen och cheferna hos respektive huvudman ska säkerställa att samverkan prioriteras och att det ska finnas förutsättningar att leva upp till överenskommelsen och det lokala

programmet. Arbetet har pågått under 2014 och det föreliggande samverkansprogrammet är resultatet av det.

Syfte

Syftet med detta lokala samverkansprogram är att tydliggöra ansvarsfördelning och samverkan mellan de olika aktörerna inom vård och omsorg. Personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt ska få god vård och omsorg och deras anhöriga stöd genom hela vårdkedjan oavsett huvudman.

Aktörer i samverkan

Detta lokala samverkansprogram riktar sig till aktörer som ger vård och omsorg för äldre personer över 65 år i ordinärt boende på Östermalm. Aktörer som berörs är stadsdelens alla husläkarmottagningar, primärvårdsrehabiliteringar, hemtjänstutförare, dagverksamheter, socialtjänstens biståndshandläggare och anhörigkonsulent samt minnesmottagningen på Stockholmsgeriatriken. Initialt bjöds alla aktörer till gemensamma samverkansmöten inom respektive verksamhetsområde. Utifrån synpunkter inom varje verksamhetsområde fortsatte en mindre arbetsgrupp att bearbeta vidare det som lyftes i samtalen: Det som fungerade bra i samarbetet och det som behövde utvecklas ytterligare. Arbetet styrdes och följs upp av en lokal styrgrupp som består av representanter från minnesmottagningen på Stockholmsgeriatriken, en husläkarmottagning, en enhet för primärvårdsrehabilitering, från en hemtjänstutförare och från avdelningen för äldreomsorg på Östermalms stadsdelsförvaltning. Avsikten är att alla berörda aktörer på Östermalm kan ansluta sig till detta slutgiltiga lokala samverkansprogram.

På Östermalm verkar i december 2014 tio stycken husläkarmottagningar, tre aktörer inom primärvårdsrehabilitering, en minnesmottagning, ungefär 90 olika hemtjänstutförare och en dagverksamhet för demenssjuka. På enheten för biståndshandläggning på Östermalms stadsdelsförvaltning arbetar cirka 30 biståndshandläggare och en anhörigkonsulent inom äldreomsorgen. Kontaktvägar till alla aktörer hittas i slutet av detta program.

Målgrupp

Målgrupp för samverkansprogrammet är alla personer över 65 år som bor på Östermalm i ordinärt boende och som har en misstänkt eller diagnostiserad demenssjukdom eller kognitiv svikt samt deras anhöriga. Som anhörig räknas en person som ger vård och stöd till den demenssjuke även om personen inte ingår i familjekretsen. Därmed kan till exempel en granne eller god vän vara anhörig i denna bemärkelse.

Målsättning

Målsättningen i det lokala samverkansprogrammet på Östermalm är en samordnad individuell planering och god samverkan mellan aktörerna kring personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt samt stöd för deras anhöriga.

Personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt och deras anhöriga ska uppleva trygghet genom hela sjukdomstiden. Husläkarmottagningarna, minnesmottagningen, primärvårdsrehabiliteringen, hemtjänsten och dagverksamheten samt stadsdelens biståndsenhet ska samverka för utredning, behandling, uppföljning och omsorg utifrån den enskildes individuella behov under sjukdomens olika skeden.

Lokala samverkansprogrammet ska utgöra ett gott underlag för planering och uppföljning av vården och omsorgen genom att beskriva de olika aktörernas ansvarsområden. Berörd personal ska ha god kännedom om samverkansprogrammet och

dess tillämpning. Personer med misstanke om demenssjukdom eller kognitiv svikt ska erbjudas en tidig medicinsk och social utredning. I normalfallet ska basutredning ske inom primärvården. Vid behov av utvidgad utredning remitteras personen till minnesmottagningen. Efter en fastställd demensdiagnos bör både hälso- och sjukvården och socialtjänsten göra en strukturerad medicinsk och social uppföljning av den enskildes tillstånd och förmågor minst en gång om året enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer (NR).

All information skall anpassas efter den enskilde med kognitiv svikt eller demenssjukdom samt vid behov till dennes eventuella anhörig. Kommunen ska skapa förutsättningar för att personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt ska kunna leva ett gott liv i gemenskap med andra. En samordnad individuell plan (SIP) ska upprättas vid behov i syfte att öka den enskildes inflytande och delaktighet och i syfte att tydliggöra samordningen av insatserna. Stöd och hjälp med service och omvårdnadsinsatser ska erbjudas så att den enskilde kan stanna i sin hemmiljö och leva ett värdigt liv så länge som möjligt. Alla personer som arbetar med demenssjuka ska ha goda kunskaper i demensvård.

Samtliga aktörer inom demenssamverkan på Östermalm ska sträva efter att kommunicera med varandra enligt rutiner som beskrivs i programmet samt att aktivt bidra till fortsatt utveckling av programmet.

Demens och kognitiv svikt.

Demens är en diagnos som innebär nedsatt kognitiv förmåga. Med kognitiv förmåga avses färdigheter som är kopplade till tänkande och intellekt, till exempel minne, språk och orienteringsförmåga. Demens innebär att de intellektuella förmågorna sviktar i någon mån vilket påverkar det dagliga livet. Symptomen på demens är bland annat försämrat minne samt sämre förmåga att planera och genomföra vardagliga sysslor. Även tidsuppfattning, språk och orienteringsförmåga försvagas. Andra vanliga symptom är oro, nedstämdhet och beteendeförändringar. Demenssjuka personer behöver stöd och hjälp av sin omgivning för att klara av sin vardag. I sjukdomens senare fas påverkas även en del kroppsliga funktioner, till exempel förmågan att röra på sig och att äta. Demens är inte naturligt åldrande även om det blir vanligare med hög ålder. Demens går inte att bota med dagens kunskap, däremot kan symptomen ofta lindras med god vård och omsorg.

I Stockholms län bedöms cirka 29 000 personer ha en demenssjukdom men endast 19 000 av dessa har en fastställd demensdiagnos (2012). 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 cirka 20 % och i 90-95 årsåldern 40-50 %. Nyinsjuknandet i Stockholms län beräknas till 4500 personer varje år vilket borde vara minst det antal demensutredningar som genomförs årligen. På Östermalm uppskattas det finnas drygt 700 personer med demensdiagnos. Varje år får cirka 150 personer en demensdiagnos och ungefär lika många avlider (år 2013).

Ansvarsfördelning och samverkan mellan kommun och landsting för personer över 65 år

Enligt socialtjänstlagen (SoL) "har kommunen det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver". Utgångspunkten är att den enskilde själv ansöker om hjälp. Vem som helst kan dock uppmärksamma kommunens socialtjänst om att någon behöver hjälp med sin livsföring och socialtjänsten är skyldig att ta reda på hur den enskilde har det. Socialtjänsten ska erbjuda hjälp och stöd om behov föreligger men ytterst är det alltid den enskilde som ansöker om hjälp. Biståndet ska tillförsäkra skälig levnadsnivå och utformas så att det stärker den enskildes möjlighet att leva ett självständigt och värdigt liv.

Enligt socialtjänstlagen ska kommunerna ge stöd även för anhöriga: "Socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder." I hälso- och sjukvårdslagen nämns inte anhörigstödet specifikt. Däremot ska hälso- och sjukvården enligt lagen förebygga ohälsa, sjukdom och skada. I denna uppgift kan anhörigstödet anses ingå. Dessutom ska husläkarmottagningarna enligt vårdavtalet, Stockholms läns landstings specifika uppdragsbeskrivning, prioritera "äldre personer med stora och sammansatta vårdbehov, personer med omfattande funktionsnedsättning samt kroniskt sjuka personer så att de får fasta och kontinuerliga vårdkontakter samt koordinering av vård och läkemedelsbehandling. Även stöd till anhöriga för dessa grupper ska prioriteras." Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer ska både socialtjänsten och hälso- och sjukvården ge stöd för anhöriga.

Vidare ska kommun och landsting samverka med varandra. Om den enskilde har insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska parterna tillsammans med den enskilde upprätta en individuell plan om den enskilde ger sitt samtycke och om någon av parterna anser att det behövs. Även anhöriga kan delta i samverkan om den enskilde så önskar. Av planen ska framgå vem av huvudmännen som har det övergripande ansvaret över planen.

När den enskilde vårdas inom slutenvården ansvarar den behandlande läkaren för att kalla både socialtjänstens biståndshandläggare och den ansvariga öppenvårdsgivaren tillsammans med patienten och dennes anhörig till vårdplanering före utskrivning om behov föreligger och om patienten samtycker. Hur planeringen ska gå till bestäms alltid i samråd med patienten. Både husläkarmottagningen och biståndshandläggaren har tillgång till nätverktyget WebCare där planeringen inför hemgång görs: WebCare är en e-tjänst som används av slutenvård, primärvård och kommunernas socialtjänst i Stockholms län för den samordnade vårdplaneringen.

Hälso- och sjukvårdens ansvar sträcker sig främst till personer som söker och vill ta emot vård och behandling. I vissa begränsade fall kan hälso- och sjukvården tillämpa tvångslagstiftning. Även socialtjänstlagen baserar sig på frivillighet där den enskilde ansöker om bistånd och insatserna utformas tillsammans med den enskilde. Om den enskilde inte anses kunna sörja för sin person, bevaka sin rätt eller förvalta sin egendom kan socialtjänsten hjälpa den enskilde att ansöka om god man eller förvaltare. Stadsdelsnämnden ska anmäla till överförmyndaren om de anser att en enskild är i behov av god man eller förvaltare. Ansökan ska kompletteras med ett läkarintyg. Även en kurator på sjukhus kan hjälpa den enskilde med att skriva fullmakt eller att ansöka om god man.

Inom hemsjukvården är vårdcentralens distriktssköterska omvårdnadsansvarig för den enskilde i det ordinära boendet. Distriktssköterskan kan efter överenskommelse med

ansvarig chef inom hemtjänsten delegera skriftligt vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter, till exempel överlämnandet av färdigt doserade läkemedel, till hemtjänstpersonalen. Enligt Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2014:2) ska omsorgspersonalen inom hemtjänst och dagverksamhet ha kompetens inom sitt yrkesområde samt ”förmåga att bedöma när någon annan kompetens än den egna behövs”. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer bör personalen som arbetar med demenssjuka få möjlighet till långsiktig utbildning som kombineras med praktisk träning och handledning.

Samtycke

Både hälso- och sjukvården och socialtjänsten innefattas av sekretess och allt informationsutbyte mellan olika huvudmän eller mellan enskilda vårdgivare förutsätter den enskildes samtycke. Samtycke bör vara skriftligt men även muntligt samtycke gäller. Samtycke ska dock alltid dokumenteras. I vissa fall kan både hälso- och sjukvården och socialtjänsten göra en så kallad menprövning för att kunna byta nödvändig information om den enskilde med en annan huvudman utan den enskildes uttryckliga samtycke (Offentlighets- och sekretesslagen 25 kap 1 och 2 §§). Möjlighet till menprövning är dock mycket mer begränsad inom socialtjänsten än inom hälso- och sjukvården.

Verksamhet inom socialtjänstens äldreomsorg

Biståndshandläggning

Kommunens biståndshandläggning är myndighetsutövning på delegation av stadsdelsnämnden. Vem som helst, till exempel den enskilde själv, anhörig, vårdpersonal eller allmänheten kan kontakta kommunens biståndshandläggare i syfte att uppmärksamma den äldres hjälpbehov. När biståndshandläggaren får kännedom om att någon äldre i stadsdelen verkar behöva hjälp och stöd av socialtjänsten kontaktar biståndshandläggaren den berörda personen. Biståndshandläggaren utreder behovet - om den enskilde samtycker- samt beviljar insatser utifrån den enskildes ansökan och de identifierade behoven. Enligt Stockholms stads riktlinjer för handläggning ska ”behovsbedömningen bygga på en helhetssyn där den enskildes situation och möjligheter ska sammanvägas med sociala, medicinska, psykiska och existentiella behov. Valet av insatser ska ske mot bakgrund av den enskildes totala livssituation. Biståndet ska utformas så att det stärker den enskildes möjligheter att leva ett så självständigt liv som möjligt.” Samtliga beslut följs upp och omprövas vid ändrade behov. Socialstyrelsens nationella riktlinjer (NR) rekommenderar en strukturerad uppföljning av beviljade insatser för demenssjuka personer minst en gång om året.

Biståndshandläggaren har ett ansvar att hjälpa och vägleda den enskilde om de av staden fastställda aktuella hemtjänstutförarna, dagverksamheterna och vård- och omsorgsboenden. Det finns utförare som har specialiserat sig till exempel inom demensområdet.

När behov föreligger kontaktar biståndshandläggaren distriktssköterskan i syfte att ordna ett gemensamt hembesök tillsammans med den enskilde och dennes eventuella anhöriga. Då den enskilde har pågående hemtjänstinsatser kan även hemtjänstpersonal kallas till detta möte. Samtliga kontakter förutsätter den enskildes medgivande.

Uppsökande verksamhet

Enligt socialtjänstlagen ska socialtjänsten upplysa om sin verksamhet och erbjuda sin hjälp. Biståndsenheten på Östermalm har särskild uppsökande verksamhet som riktar sig till personer över 80 år som inte har pågående insatser från äldreomsorgen. De kontaktas personligen för information om kommunens äldreomsorg.

Anhörigkonsulent

Anhörigkonsulenten är anställd på äldreomsorgens biståndsenhet för att ge stöd och information till personer som hjälper eller vårdar någon närstående över 65 år i det ordinära boendet. Anhörigkonsulenten erbjuder enskilda vägledande samtal, hembesök, stöd och råd samt information om äldreomsorgens insatser riktade till den äldre som är sjuk eller till anhöriga som vårdar den sjuke. Vid behov kan anhörigkonsulenten följa med på hembesök tillsammans med biståndshandläggaren. Kontakter med anhörigkonsulenten är kostnadsfria och kräver inget biståndsbeslut. Anhörigkonsulenten samarbetar med minnesmottagningen i syfte att i tidigt skede kunna informera om vilken hjälp som finns att söka och vilket stöd som finns för anhöriga.

Hemtjänst

Hemtjänst som kan utföra flera olika insatser, till exempel service- och omvårdnadsinsatser, beviljas utifrån den äldres individuella hjälpbehov om behoven inte kan tillgodoses på annat sätt. För att få en behovsbedömning vänder man sig till kommunens biståndshandläggare som hjälper den äldre att göra en ansökan.

Efter att ha fått hemtjänst beviljat får den enskilde välja bland de hemtjänstutförare, kommunal eller privat, som ingår i stadens kundvalsmodell. Hemtjänsten planerar tillsammans med den enskilde och/eller dennes företrädare hur de beviljade insatserna ska genomföras. Detta dokumenteras i en genomförandeplan som båda parterna skriver under och som skickas till biståndshandläggaren.

Vid planering av vården och omsorgen i den enskildes hem kan hemtjänstpersonalen vara med eller kontaktas för synpunkter efteråt. Biståndshandläggaren kallar hemtjänsten till planering vid behov. Om hemtjänsten vill tillföra synpunkter inför planeringen ska de kontakta biståndshandläggaren. Den enskilde får alltid välja själv vilka hen vill ha med i planeringen, till exempel anhöriga, rehabiliteringspersonal och hemtjänstens kontaktman.

Om hemtjänsten upptäcker förändrade behov hos den enskilde ska de kontakta biståndshandläggaren. Om hemtjänsten anser att de behöver kontakta vårdcentralen eller någon annan vårdgivare behövs den enskildes medgivande.

Dagverksamhet

I Stockholm finns flera dagverksamheter som är riktade till demenssjuka: På Östermalm finns Dagverksamheterna Östermalm. Syftet med dagverksamhet är att förebygga isolering, ge social stimulans, struktur och meningsfull vardag till den demenssjuke samt eventuell avlastning för den som vårdar den demenssjuke i hemmet.

Dagverksamhet är en insats som möjliggör för den äldre att bo längre kvar i ordinarie boende. Dagverksamhet kräver ett biståndsbeslut och kan beviljas för en eller flera dagar i veckan. Genomförandet dokumenteras i genomförandeplan och följs upp av biståndshandläggare. För att dagverksamhet med demensinriktning kan beviljas ska den enskilde ha en fastställd demensdiagnos eller påbörjad demensutredning.

Dagverksamheten ska kontakta biståndshandläggaren vid ändrade behov. Distriktssköterskan kan kontaktas efter den enskildes samtycke.

Korttidsvård

Korttidsvård beviljas på ett vård- och omsorgsboende som en enstaka insats under ett tillfälle eller som växelvård i återkommande korta perioder. Korttidsvård ger även möjlighet till avlastning för den anhörig som vårdar sin närstående i det ordinära boendet. Korttidsvård kan vara ett bra komplement för den äldre som vill bo kvar i ordinärt boende.

Ansökan om korttidsvård görs hos biståndshandläggaren och det beviljas efter behov. Korttidsvård ingår inte i stadens valfrihetssystem. Korttidsvård innefattar både sociala insatser och hälso- och sjukvårdsinsatser som dokumenteras i respektive journalsystem. Utföraren upprättar en genomförandeplan kort efter en påbörjad insats.

Vård- och omsorgsboende

När den äldres behov inte längre kan tillgodoses i ordinärt boende beviljar kommunens biståndsenhet plats med heldygnsoomsorg på särskilt boende: Personer med demensdiagnos beviljas plats på en enhet avsedd för demenssjuka. Den enskilde får välja enligt stadens valfrihetssystem vilket vård- och omsorgsboende man vill söka sig till. Även genomförandet av heldygnsoomsatserna på ett boende dokumenteras i en genomförandeplan och följs upp av en biståndshandläggare.

Heminstruktör

Personer med nedsatt syn och hörsel kan få kostnadsfri hjälp och träning av en heminstruktör för att klara vardagen. Heminstruktören informerar också om hjälpmedel samt ger råd och stöd till anhöriga och personal vid behov.

Ledsagning, färdtjänst och transport med särskild service

Den som på grund av en funktionsnedsättning behöver hjälp för att kunna delta i fritids- och kulturaktiviteter kan beviljas ledsagning av biståndshandläggaren.

Ansökan om färdtjänst görs hos stadsdelens färdtjänsthandläggare som utreder behovet. Beslut om färdtjänst fattas av färdtjänstnämnden inom Stockholms läns landsting. Personer som behöver hjälp med att komma till en medicinsk behandlare beviljas sjukresor av sin läkare. Den enskilde kan även beviljas sjukresor med "särskild service" vilket innebär att man blir upphämtad i sin bostad och avlämnad i väntrummet eller motsvarande.

Avlösning i hemmet

Den enskilde som har stort omvårdnadsbehov och som vårdas av en anhörig i det ordinära boendet har möjlighet att ansöka om avlösning varje månad. Syftet med avlösning är att ge egen tid till den som vårdar. Avlösning ges av den valda hemtjänstutföraren enligt överenskommelse. Ansökan om avlösning görs hos biståndshandläggaren.

Hemvårdsbidrag

Hemvårdsbidrag är en ekonomisk ersättning som kan beviljas till personer vilkas anhöriga utför väsentligt merarbete som annars skulle utföras inom ramen för hemtjänst. Biståndshandläggaren bedömer behovet av hemvårdsbidrag.

Äldre direkt

Kontaktcenter Äldre direkt svarar på alla frågor om äldreomsorgen.
Telefon: 08-80 65 65.

Verksamhet inom hälso- och sjukvård

Primärvården

Primärvården som består av husläkarmottagningarna och enheter för primärvårdsrehabilitering har förutom öppenvårdsmottagningen även ansvar för hemsjukvården. Husläkarmottagningarna i samarbete med primärvårdsrehabiliteringen, där arbetsterapeut, sjukgymnast och dietist arbetar i team, ansvarar även för den basala demensutredningen. Socialstyrelsens nationella riktlinjer rekommenderar en tidig utredning vid symptom av kognitiv svikt för att uppnå rätt stöd och behandling i tidigt skede av sjukdomen. Sjukdomen går inte att bota men det går eventuellt att fördröja sjukdomsförloppet och lindra symptomen.

Utgångspunkten för vård och behandling är att den enskilde söker hjälp för sina besvär på husläkarmottagningen. Misstanke om behov av demensutredning kan också väckas av någon annan som har nära kontakt med den enskilde, till exempel anhörig, hemtjänst, biståndshandläggare eller vårdpersonal. Förutsättning för åtgärder inom primärvården är att den enskilde har kontakt med någon husläkarmottagning. Om den enskilde inte har kontakt med någon husläkarmottagning ska närområdesprincipen gälla: Den vårdcentral som ligger i patientens närområde har ansvar att ha kontakt med patienten. Även rehabiliteringsenheterna har ett geografiskt ansvarsområde för hemrehabilitering.

När den enskilde söker vård på en husläkarmottagning möter hen oftast en läkare eller en distriktssköterska som kan initiera en demensutredning. Den enskildes ändrade behov kan också uppmärksammas av primärvårdsrehabiliteringens arbetsterapeut, sjukgymnast eller dietist som kontaktar distriktssköterskan. Hälso- och sjukvårdspersonal ska också kontakta biståndshandläggaren om den enskilde verkar behöva sociala insatser för att klara av sin livsföring.

Demensutredning

Den basala demensutredningen innefattar bland annat en intervju med den enskilde och dennes anhörig eller med någon annan som känner den enskilde väl, till exempel kontaktmannen i hemtjänsten. Syftet med intervjun, som oftast leds av en distriktssköterska, är att inhämta information bland annat om den enskildes aktuella symptom, tidigare sjukdomar och sociala situation. Vidare undersöks patientens aktuella medicinska och kognitiva tillstånd med olika prover och tester, inte minst för att utesluta eventuella andra pågående sjukdomar. Socialstyrelsens nationella riktlinjer (NR) rekommenderar att en arbetsterapeut bedömer även patientens funktions- och aktivitetsförmåga. Om den basala utredningen inte leder till ett tydligt ställningstagande om diagnos ska patienten remitteras för en utvidgad utredning på minnesmottagningen.

Närmare beskrivning av utredning hittas på Landstingets hemsida:

<http://www.viss.nu/Handlaggning/Vardprogram/Geriatrik/Demenssjukdomar/>

Varje husläkarmottagning ska även ha eget lokalt vårdprogram för rutiner för demensutredning.

Husläkare

Husläkaren ansvarar för den basala demensutredningen på vårdcentralen. Läkaren skickar remiss till en arbetsterapeut för en funktions- och aktivitetsutredning som görs i den enskildes hem. Läkaren behöver informera den enskilde och dennes anhörig om vad som är syftet med arbetsterapeutens hembesök; detta kan göras vid remisstillfället då man hämtar den enskildes samtycke. Efter den genomförda utredningen skickar

arbetsterapeuten remissvar till läkaren. Den enskilde kan även remitteras till en dietist vid behov för nutritionsbedömning, nutritionsbehandling, handledning av anhöriga och vårdgivare. Läkaren ställer demensdiagnosen om det går, påbörjar en läkemedelsbehandling vid behov och följer upp den enskilde minst en gång om året så länge den enskilde bor kvar i det ordinära boendet.

Husläkaren remitterar den enskilde vidare till minnesmottagningen om det är svårt att ställa en demensdiagnos eller när det handlar om ett oklart fall, när husläkaren behöver konsultativt stöd eller när den enskilde måste utredas inom slutenvården.

Remissen ska då innehålla remissorsak, sammanfattning av den basala utredningen, datortomografi, laboratorieresultat och arbetsterapeutens funktionsbedömning. Även information om hur den enskilde ska kallas, namn och telefonnummer till anhörig samt den enskildes samtycke till att läsa journal i TakeCare vid behov behöver inkluderas i remissen.

Efter en fastställd demensdiagnos bör en strukturerad medicinsk uppföljning av den enskildes läkemedelsbehandling, kognition, funktions- och aktivitetsförmåga, allmäntillstånd och eventuella beteendeförändringar göras minst en gång om året enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

Arbetsterapeut och primärvårdsrehabilitering

Arbetsterapeuten deltar i demensutredningen. Efter remiss från husläkare utför distriktsarbetsterapeuten en funktions- och aktivitetsbedömning i den enskildes hem genom intervju och observation. Arbetsterapeuten gör en ADL-bedömning inom personlig vård, boendeaktiviteter och andra aktiviteter som belyser den enskildes kognitiva förmåga. Analysen påvisar eventuella problem i vardagsaktiviteter på grund av kognitiva nedsättningar och ger på så sätt ett resultat av den enskildes aktuella aktivitets- och funktionsnivå. Vid behov kan arbetsterapeut vid Stockholmsgeriatrikens Minnesmottagningen kontaktas för rådgivning.

Arbetsterapeuten gör två hembesök. Vid första hembesöket görs en boendemiljöbedömning samt en intervju med den enskilde för att inhämta information kring tidigare aktivitetsförmåga om till exempel personlig vård, boendeaktiviteter och fritidsaktiviteter. Vid andra hembesöket utförs en strukturerad aktivitetsbedömning genom att bedöma en vardagsaktivitet som den enskilde är van vid att utföra regelbundet. Den enskilde informeras innan utförandet om vilka moment aktiviteten skall innehålla. Efter en avslutad aktivitet sammanfattas den tillsammans med den enskilde.

Den enskilde informeras om att hembesöken journalförs och resultatet av bedömningen sammanfattas och skickas till remitterande läkare. Om det finns behov av minnesstödjande hjälpmedel, andra hjälpmedel, hjälp med bostadsanpassning eller råd och stöd till anhöriga och hemtjänst fortsätter arbetsterapeuten med åtgärder. Sjukgymnast och dietist kontaktas vid behov.

För behov av hemrehabiliteringsinsatser behövs ingen remiss.

Primärvårdsrehabiliteringen ansvarar för hembesök och för utskrivning av nya hjälpmedel. Primärvårdsrehabilitering har 24 timmars inställelsetid och kan därmed inte alltid vidta akuta åtgärder till exempel vid utskrivning från sjukhus. I detta fall ansvarar sjukhuset för de nödvändiga hjälpmedlen tills primärvårdsrehabilitering kan ta an ärendet.

Minnesmottagning

För att bli utredd på minnesmottagningen behöver den enskilde en remiss från sin husläkare. Minnesmottagningen ansvarar för en utvidgad demensutredning som innefattar ytterligare prover och undersökningar samt bedömningar av den enskildes kognitiva förmåga. Flera experter kan vara involverade i utredningen, till exempel neuropsykolog, neurolog, logoped och kurator. Minnesmottagningens arbetsterapeut svarar för bedömning av den enskildes aktivitetsförmåga och behov av minneshjälpmedel. När minnesmottagningen är klar med sin utredning och initierat behandling remitterar läkaren den enskilde tillbaka till husläkarmottagningen. Vid komplicerade fall eller ovanliga demensdiagnoser följer minnesmottagningen upp patienten under en längre tidsperiod. I remissvaret och återremissen till primärvården ska läkaren lämna uppgifter om utredningsresultat, rekommendationer om behandling, uppföljning och kontroller, information om den enskilde ska kallas till vårdcentral samt samtycke till att läsa i TakeCare. Om minnesmottagningen påbörjar en läkemedelsbehandling följer läkaren där även upp den initialt.

Läkaren som ställer demensdiagnosen

Läkaren som ställer demensdiagnosen skriver också olika intyg och utlåtanden: Läkarintyg för god man och förvaltare, utlåtande till biståndshandläggare i kommunen efter den enskildes samtycke, läkarintyg för färdtjänst, utlåtande om körkortsinnehav samt anmälan till polismyndigheten om hinder för innehav av skjutvapen. Den enskildes behov av stöd i vissa funktioner kan beskrivas med hjälp av arbetsterapeutens aktivitetsbedömning. Biståndshandläggaren kan använda delar av materialet som underlag för sin bedömning av behovet av eventuella sociala insatser.

Distriktssköterska

Distriktssköterskan har en central roll i den demenssjukes omvårdnad. Hon upprättar och följer upp vårdplan samt har oftast ansvar för samordning av vården (fast vårdkontakt). Distriktssköterskan ska arbeta ur ett hälsofrämjande perspektiv och stödja den enskildes autonomi, informera och samarbeta med dennes övriga nätverk, till exempel med anhöriga och hemtjänst, samt medverka i att den enskilde genomgår adekvata undersökningar och följer den ordinerade behandlingen. Distriktssköterskan är omvårdnadsansvarig i det ordinära boendet och handleder hemtjänstpersonal i omvårdnadsarbete. Hon delegerar hemtjänstpersonalen även vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter vid behov och efter överenskommelse med respektive hemtjänstchef, till exempel att ge läkemedel ur dosett enligt ordination. Om den enskilde är inskriven i hemsjukvård ansvarar distriktssköterskan för att den enskilde får sina mediciner från apoteket. Om den enskilde inte har hemsjukvård ansvarar den enskilde själv för sin medicinhantering. Biståndshandläggaren kan i detta fall bevilja en hemtjänstinsats för att hämta ut mediciner från apoteket.

Om distriktssköterskan får kännedom om den enskildes förändrade behov kontakter hon biståndshandläggaren eller kallar till en gemensam planering i den enskildes hem. Distriktssköterskan kan initiera en utredning om det uppstår misstanke om demenssjukdom eller kognitiv svikt. Distriktssköterskan bevakar och förebygger den enskildes risk för fall och sår samt hjälper den enskilde att få kontakt med tandvård, arbetsterapeut, sjukgymnast och dietist vid behov. Distriktssköterskan ansvarar även för den eventuella registreringen i demensregistret SweDem under hela sjukdomsförloppet.

Fast vårdkontakt

Sedan juli 2010 behöver patienten inte längre ha en patientansvarig läkare enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL): Verksamhetschefen hos vårdgivaren ansvarar för att patientens behov av trygghet, kontinuitet, säkerhet och samordning tillgodoses. Om det

är nödvändigt för att säkerställa en fungerande samordning mellan olika vårdgivare och med socialtjänsten ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt inom sin verksamhet. En fast vårdkontakt ska också utses om patienten själv begär det då samordningsansvaret ligger på hälso- och sjukvården och inte på patienten själv. Patienten ska känna till namnet och kontaktuppgifterna till sin fasta vårdkontakt. Oftast är distriktssköterskan patientens fasta vårdkontakt men även andra yrkeskategorier kan utses till uppgiften.

Stöd till anhöriga

Inom primärvården är det ofta den ansvariga distriktssköterskan som vägleder och stödjer även anhöriga. Distriktssköterskan informerar om sjukdomsförloppet och behandlingen samt samordnar övriga vårdkontakter. Arbetsterapeuten kan ge anhöriga råd och tips om hur de bäst kan stödja den demenssjuka personen i det dagliga livet för att denne ska kunna vara så självständig som möjligt. Om anhöriga behöver stöd för att orka i sin svåra roll finns det en kurator att vända sig till på husläkarmottagningarna.

Även minnesmottagningen ordnar utbildningstillfällen som vänder sig till anhöriga. Utbildningen kan handla om till exempel de olika demenssjukdomarna, bemötandet av demenssjuka eller utbudet av minneshjälpmedel. Minnesmottagningen erbjuder anhöriga även stödsamtal med sjuksköterska eller psykolog vid behov. Mottagningens sjuksköterskor kan också hjälpa till med att samordna kontakterna med den enskildes husläkarmottagning och biståndshandläggare.

Minnesmottagningen samarbetar i viss mån med stadsdelens anhörigkonsulent och försöker förmedla kontakten till henne redan tidigt vid diagnostillfället om den enskilde samtycker till detta.

Samordnad individuell plan (SIP)

Den enskildes rätt till en samordnad individuell plan (SIP) regleras sedan år 2010 både i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Planen kan upprättas om den enskilde behöver insatser både av socialtjänsten och av hälso- och sjukvården och om den enskilde ger sitt samtycke till planen.

Både distriktssköterskan, biståndshandläggaren och chefen för den aktuella hemtjänsten kan initiera en gemensam planering i den enskildes hem och kalla de andra parterna. Vilka andra aktörer som ska delta i planeringen varierar utifrån den enskildes behov och önskemål. Syftet med en gemensam planering är att tillsammans komma överens med den enskilde och dennes anhöriga om hur vården och omsorgen ska planeras och vem som ansvarar för de olika insatserna. I den individuella planen ska också klargöras vem som är den enskildes fasta vårdkontakt inom primärvården och vem som bär huvudansvaret för att följa upp planen.

Målet med gemensam planering är att den enskilde ska ha möjlighet till inflytande och delaktighet i sin egen vård och omsorg samt att det ska vara tydligt även för den enskilde vem som ansvarar för de olika insatserna. Stockholms stad och Stockholms läns landsting har tillsammans utarbetat en mall för en samordnad individuell plan (bilaga 1). I mallen beskrivs rutinerna före, under och efter ett SIP-möte, till exempel vilka förberedelser som krävs inför en samordnad planering, vad som ska ske på själva planeringsmötet samt hur planen ska följas upp. Aktörerna på Östermalm avser att följa mallen då det är motiverat utifrån den enskildes behov.

Enligt vägledning ska arbetet med SIP-mötet påbörjas utan dröjsmål så fort behovet av en gemensam planering har konstaterats. Aktörerna på Östermalm har kommit överens om att ett SIP-möte ska initieras inom två arbetsdagar efter ett konstaterat behov: Den som initierat behovet av en samordnad plan kallar också till första mötet. Efter att ha blivit kallad till ett SIP-möte måste alla parter svara inom fem arbetsdagar. Vem som har det fortsatta samordningsansvaret bestäms under mötet utifrån den enskildes problematik: Om problemen huvudsakligen rör hälso- och sjukvård har distriktssköterskan samordningsansvaret. Om problemen huvudsakligen uppstår inom de sociala insatserna har biståndshandläggaren samordningsansvaret.

Alla aktörer som är potentiella deltagare i SIP-möten ska ha en lokal rutin för hur man informerar varandra om avvikelser och brister i samband med SIP. Aktörerna ska också ha en lokal rutin om hur kommunen och landstinget informerar varandra om avvikelser.

Uppföljning av det lokala samverkansprogrammet

Samverkansprogrammet gäller från och med februari 2015. Ledningen hos båda huvudmän ansvarar för att samverkan prioriteras. Ledningen och respektive chef hos varje aktör ansvarar för att programmet implementeras, följs upp och revideras vid behov.

Avvikelsehantering

Avvikelsehantering är en viktig del av uppföljningen av det lokala programmet. Alla aktörer binder sig att uppmärksamma och dokumentera de eventuella avvikelserna som uppstår i samverkan parterna emellan och rapporterar dem i sitt eget avvikelssystem, till sin huvudman samt till den aktör avvikelsen gäller.

Alla aktörer behöver ha ett system hur kategorisera avvikelserna och de vidtagna åtgärderna. Avvikelserna i samverkan som inkommer till stadsdelsförvaltningen diarieförs. I samverkansmöten minst en gång om året ska alla aktörer redovisa sin avvikelsestatistik kring samverkan. Detta i syfte att kunna identifiera svagheter och förbättringsområden och för att kunna förekomma brister.

Regelbundna möten

Östermalms stadsdelsförvaltning åtar sig ansvaret att kalla alla aktörerna till gemensamt samverkansmöte minst en gång om året och vid behov. Syftet med dessa möten är att följa upp och vid behov revidera det lokala samverkansprogrammet. Inbjudan skickas i första hand till de aktörer som har undertecknat det lokala samverkansprogrammet men även nya aktörer kan bjudas in vid behov. Innehållet i samverkansmöten och vilka som bjuds in bestäms av styrgruppen. Första uppföljningsmötet planeras till tidig höst 2015.

Styrgruppen fortsätter att träffas regelbundet i sin nuvarande sammansättning minst en gång per termin för att kunna följa upp implementeringen av det lokala programmet. Stadsdelsförvaltningen sammankallar till möten.

Förbättringsområden

Under arbetets gång har en del förbättringsområden kunnat identifieras, till exempel att det är svårt för aktörerna att nå varandra, att det är svårt att hitta möjlighet till att upprätta samordnad individuell plan (SIP) och att det kan uppstå luckor i vårdkedjan vid utskrivning från sjukhus. I detta program beskrivs hur aktörerna bäst når varandra och hur aktörerna ska samverka kring samordnad individuell plan. Däremot behöver rutinerna för vårdplanering vid utskrivning från slutenvården utvecklas vidare.

Kontaktvägar

Alla berörda aktörer bör kontakta varandra i första hand genom e-post eftersom informationen då består och är lätt att spåra efteråt. Telefonsamtal bör bekräftas med e-post och dokumenteras väl för att undvika missförstånd. Sekretessbelagda uppgifter får dock aldrig skickas med e-post. Biståndshandläggare skickar beställningar till utförare genom stadens digitala verktyg, paraplysystemet. Alla aktörer strävar efter att skapa tillgängliga kontaktvägar för att underlätta samverkan.

Biståndshandläggare kan nås med telefon eller e-post. Kontaktinformation till varje biståndshandläggare finns i Landstingets och kommunens gemensamma e-tjänst, WebCare. Biståndsenheten har även ett gemensamt telefonnummer för alla inkommande ärenden under kontorstid, 08 – 50810923. Efter kontorstid hänvisas alla samtal till **Trygghetsjouren** 08 – 508 40 700. Frågor om äldreomsorgen besvaras även på kontaktcenter **Äldre Direkt**, 08 - 80 65 65.

Anhörigkonsulent kan kontaktas per telefon, 08 – 508 10 773. Om man lämnar sitt namn och telefonnummer ringer anhörigkonsulenten upp uppgiftslämnaren.

Husläkarmottagningarna har kontaktinformation till alla distriktssköterskor i WebCare. Alla husläkarmottagningar lämnar en pärm med kontaktinformation hos den enskilde som har hemsjukvård. Hemtjänstens kontaktman ansvarar för att hemtjänsten har de aktuella kontaktuppgifterna till den enskildes husläkarmottagning och fasta vårdkontakt i enlighet med den enskildes medgivande. Under kvällar, helger och nätter kontaktas **1177 Vårdguiden**, telefonnummer 1177.

Primärvårdsrehabiliteringen kan kontaktas på följande sätt:

Rehab City Östermalm: tel. 08 – 1234 20 00. Det går bra att lämna ett meddelande, telefonsvararen lyssnas av regelbundet.

Stockholms kiropraktor & rehabklinik: Alla hemrehabiliteringsfrågor skickas via e-post till hemrehab@sthlmkirorehab.se

Stockholms sjukhem: 08-687 53 34. Det går bra att lämna ett meddelande, telefonsvararen lyssnas av regelbundet.

Minnesmottagningen, Stockholmsgeriatriken nås per telefon, 08-123 380 46. Det går bra att lämna ett meddelande, telefonsvararen lyssnas av regelbundet. I tjänsteärenden ringer man till numret 08-123 380 58.

Hemtjänstutförare kontaktas helst med e-post. Varje hemtjänstutförare använder en e-postadress som någon i verksamheten läser löpande. Hemtjänstutförare kan kontaktas också per telefon men ärendet bör bekräftas även med e-post. Respektive hemtjänst lämnar sina kontaktuppgifter hos den enskilde som de hjälper i hemmet.

Dagverksamheten på Östermalm kan kontaktas per telefon, 08-508 106 47. Det går bra att lämna ett meddelande, telefonsvararen lyssnas av regelbundet.

Heminstruktören kan kontaktas per telefon, 08- 508 08 406. Det går bra att lämna ett meddelande, telefonsvararen lyssnas av regelbundet.

Bilaga Rutin för samordnad individuell plan (SIP), Stockholms stad och Stockholms läns landsting, 2014



Stockholms
stad


Stockholms läns
landsting

**Lokalt samverkansprogram för vård och omsorg av personer med
demenssjukdom eller kognitiv svikt och stöd till deras anhöriga**

Östermalm, februari 2015

Marianne Snell
avdelningschef, äldreomsorg
Östermalms stadsdelsförvaltning

Elisabeth Hammarlund
verksamhetschef
Gärdets vårdcentral

Eva Pettersson
i.f. verksamhetschef
Stockholmsgeriatriken

Heidi Rocco Mosander
verksamhetschef
Rehab City Östermalm

Mari Eriksson
verksamhetschef
Famntaget Omsorg AB

Lokal rutin för personal inom Stockholms stads äldreomsorg och Landstingets hälso- och sjukvård för samverkan och upprättande av samordnad individuell plan (SIP)

Version 1.0 2014-04-07

Rutinen är framtagen av Äldrecentrum i samråd med Juridiska avdelningen, Stockholms stad.

Kontakt: Nina Isbäck, nina.isback@stockholm.se 076-12 91 360

Lokal rutin för personal inom Stockholms stads äldreomsorg och Landstingets hälso-och sjukvård för samverkan och upprättande av samordnad individuell plan (SIP).

Sedan 1 januari 2010 finns i socialtjänstlagen 2 kap. 7 § och i hälso- och sjukvårdslagen 3 f § en bestämmelse om att kommun och landsting ska upprätta en individuell plan. Den ska göras när en individ behöver insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten och om individen själv samtycker till att en sådan plan upprättas.

Ett vägledningsdokument: *Samverkan kring samordnad individuell plan (SIP) för vuxna och äldre i Stockholms län* är framtaget under 2014. Med utgångspunkt från vägledningsdokumentet har lokal rutin tagits fram för Stockholm stads äldreomsorg och Landstingets hälso-och sjukvård.

Syftet med den lokala rutinen är att ge stöd för olika yrkeskategorier i arbetsprocessen vid förberedelserna och genomförandet av SIP möten.

Den lokala rutinen vänder sig till alla de yrkeskategorier som ska samverka kring en SIP och den enskilda individen som berörs - den enskildes biståndshandläggare, distriktssköterska och kontaktman i hemtjänsten. Det kan även vara andra aktörer/samverkanspartners som kan vara aktuella att medverka i en SIP, exempelvis anhörigkonsulent och rehab personal.

Målet med en samordnad individuell plan (SIP) är att:

- Individen ska få den hjälp han/hon har behov av och rätt till
- Individens inflytande och delaktighet säkerställs

Av en SIP skall framgå uppgifter om:

- Vilka insatser som behövs
- Vilka insatser som respektive huvudman ska ansvara för.
- Vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen och landstinget
- Vem av huvudmännen som har det övergripande ansvaret för planen (samordnande ansvar)

Den lokala rutinen kan ses som en checklista och omfattar följande steg/händelser:

- Händelser före SIP-mötet - Förberedelser
- Händelser vid SIP-mötet
- Händelser efter SIP-mötet – Uppföljning
-

Blanketter/dokument

Bilaga 1 – Kallelse till möte för samordnad individuell plan (SIP) i hemmet

Bilaga 2 - Medgivande till informationsutbyte mellan kommunen och landstinget för planering av gemensamma insatser

Bilaga 3 - Samordnad individuell plan för insatser i hemmet

Bilaga 4 – Samordnarens ansvar

Bilaga 5 - Flödesschema samordnad individuell plan, KSL/SLL

Bilaga 6 – Vägledningsdokument – samverkan kring samordnad individuell plan (SIP) i
Stockholms län, KSL/SLL

Händelser före SIP-mötet – Förberedelser

Arbetet med planen skall påbörjas utan dröjsmål. Det kan vara bra att involverade yrkesgrupper träffas för gemensam förberedelse inför SIP-mötet, förutsatt att den enskilde inte motsätter sig detta. SIP kan endast upprättas om den enskilde har lämnat samtycke

- Den som initierat behovet av SIP kallar till det förberedande mötet, kan ske via telefonmöte, videokonferens och /eller fasta dagar för möten.
- Bakgrund – Vad är anledningen till SIP. Vem/vilka har aktualiserat att behov av samplanering finns? Inhämta relevanta fakta. Var och en förbereder sig utifrån olika fokus och professioner.
- Identifiera vilka som skall vara med vid hembesöket
- Klargör vad som ingår i biståndshandläggarens samordnade ansvar.
Bilaga 4.
- Klargör vad som ingår i olika yrkesgruppers ansvarsområden. Vad kan var och en tillföra utifrån respektive kompetensområde med fokus "Äldres behov i centrum"
- Utse mötesledare som även ska sammanfatta resultatet av mötet och vad var och en har för uppgift och ansvar.
- Bestäm vem som skall dokumentera SIP-planen.
- Bestäm vem/vilka som ska:
 - kontakta och informera individen och anhörig
 - vara med vid SIP-mötet
 - kalla berörda till hembesök **Bilaga 1**
 - inhämta medgivandet om informationsutbyte. **Bilaga 2**
- Undersök om det finns behov att ordna ett förmöte tillsammans med den enskilde/närstående med syfte att gå igenom hur mötet kommer att gå till, bestämma vilka som skall delta vid mötet, vilka saker som den enskilde vill ta upp, vilka saker den enskilde inte vill skall tas upp på mötet.
- Dokumentera i respektive journal att muntligt medgivande har inhämtats till informationsöverföring och upprättande av SIP. Om den enskilde inte lämnar medgivande till SIP ange i journalen att motivationsförsök har gjorts.

Händelser vid SIP-mötet

Individen ska delta aktivt i upprättande av planen vid SIP-mötet. Hans/hennes önskemål och behov ska utgöra utgångspunkten för planeringen. SIP förbättrar samordningen och ger bättre helhetsbild för den enskilde av vem som gör vad samt klariägger respektive yrkeskategoris ansvar.

Utgångspunkten är att den anhöriga/närstående deltar vid mötet om inte den enskilde motsäger sig detta samt att SIP-mötet ska ske i den enskildes hem.

- Medtag blanketterna ifyllda i förväg så mycket som möjligt:
Samordnad individuell plan **Bilaga 3**
Medgivande till informationsutbyte **Bilaga 2**
- Kom tillsammans. Inled mötet med en presentation.
- Berätta varför vi är här - Varför har SIP initierats? Vad är bra med SIP? Om ett förmöte har ägt rum med den enskilde berätta om vad mötet kom fram till.
- Informera om individens rättigheter, att muntligt medgivande har inhämtats och att sekretess råder - Vi kan prata med varandra på SIP mötet, men inte utanför sammanhanget. Förberedd blankett "Medgivande för informationsutbyte" förklaras och fylls i.
- Låt individen vara i centrum. Undersök vilka behov som finns och vilka mål och delmål som är viktiga att uppnå ur individens perspektiv. Undvik att bedöma behov utifrån insatser.
- SIP bör ske i ett flöde:
 - Vad vill du? (Mål)
 - Vad är viktigt för dig?
 - Vart vill du nå?(delmål)
 - Vad klarar du själv?
 - Vad behöver du ha hjälp med?
 - Hur kan vi hjälpa dig att nå dit du vill? (delmål)
 - Hur har det gått? Finns det något vi ska ändra på?
 - Fortsätta med eller avsluta?
- Fyll i SIP-planen enligt rubrikerna. Utan krav på särskild inbördes ordning. **Bilaga 3**
- Summera/sammanfatta innehållet i SIP-planen.
 - övergripande mål
 - delmål
 - hur delmålen ska nås
 - vem som ska göra vad
 - när uppföljning ska ske

- vem som skickar ut SIP-planen

- Summera/sammanfatta SIP-mötet
 - vad händer nu?
 - vad är nästa steg?
 - besluta om datum och tid för nästa gemensamma SIP-möte
- Mötet avslutas

Att tänka på utifrån olika yrkesrollers och professioners fokus och perspektiv:

- Individens önskemål och behov är utgångspunkten för vilka insatser som skall ges
- Det är individens SIP-plan – hur kan vi göra en bra samordning av olika insatser och nå mål och delmål för den individen?
- Tänk på att skapa tillit och goda relationer - allianser – mellan individen, biståndshandläggaren, distriktssköterskan och kontaktpersonen.
- Alla professioner med sin spetskompetens är lika viktiga och behöver få komma till uttryck vid mötet. Den som leder mötet har ett särskilt ansvar för detta.
- Vad kan biståndshandläggaren, distriktssköterskan, kontaktpersonen i hemtjänsten bidra med eller tillföra för att mål och delmål kan uppnås för individen?
- Personalen från de verksamheter som deltar vid SIP-mötet bör ha tillräckligt mandat för att fatta beslut om sin egen insats.
- Erbjud stöd och kontakt från andra professioner som kan ge stöd, vård och hjälp exempelvis anhängigkonsulent, arbetsterapeut, sjukgymnast eller dietist.

Händelser efter SIP-mötet – Uppföljning

- Varje SIP- möte skall resultera i en upprättad SIP-plan. I varje SIP-plan ska det framgå datum för gemensam uppföljning (bör ske inom 6 månader).
- Den som är ansvarig för att kopiera SIP-planen (samordnaren) gör utskick, original till individen, kopia till övriga deltagare enligt överenskommelse.
- Var och en dokumenterar/journalför i respektive journalsystem.
- Vid uppföljning av SIP-planen sker följande:
 - övergripande mål och delmål följ upp
 - och värderas utifrån måluppfyllelse, Ja Delvis Nej



- kvarstående eller förändrade mål och delmål förs över i
ny upprättat SIP-plan som
följs upp inom sex månader.

- SIP avslutas när den enskilde motsätter sig SIP eller när det inte längre finns behov av samordning kring insatser.

Dokumentation av viktiga händelser som rör samverkan

- Viktiga händelser och brister i samband med SIP ska dokumenteras i respektive journal.
- Det ska finnas en lokal rutin för hur kommunen och landstinget informerar varandra om viktiga händelser eller brister i samband med SIP.

Denna lokala rutin gäller från och med

Namn underskrifter

.....

.....

Kallelse till möte för samordnad individuell plan i hemmet

Efternamn:.....Förnamn:.....

Din stadsdelsförvaltnings äldreomsorg och landstingets hälso- och sjukvård har ett gemensamt ansvar för att Du ska få den hjälp och vård som Du behöver i Ditt hem. I detta ansvar ingår enligt hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen att stadsdelsförvaltningen och landstinget tillsammans med Dig gör en samordnad individuell plan, när det behövs och om du vill detta för att Dina behov skall bli tillgodosedda.

För att Du ska få så bra hjälp, vård och omsorg som möjligt vill ansvariga för äldreomsorgen i din stadsdelsförvaltning och landstinget ordna ett möte i Ditt hem. Om Du vill ha ett sådant möte så underlättar detta för en gemensam planering av Dina insatser. Vid mötet kan också samordningen mellan stadsdelsförvaltningen och landstingen dokumenteras i en individuell plan för Dig.

Vårt förslag till sådant möte är följande:

Datum: år-månad-dag.....

Tid: klockslag - beräknad tid för mötet.....

Plats/adress

Till mötet kommer från stadsdelsförvaltningen:

.....
.....

Till mötet kommer från landstinget:

.....
.....

Du och Dina närstående har önskat att följande personer ska
vara med på mötet

.....

Biståndshandläggare med samordnande/övergripande ansvar

.....

Namn

.....

Namnförtydligande

För att kommunen och landstinget ska kunna arbeta gemensamt, krävs ditt medgivande för att den information som behövs och är nödvändig får utbytas mellan yrkesgrupper från kommun respektive landstinget.

Som bilaga får du en blankett för ett sådant medgivande. Om du vill så kan vi hjälpa dig med detta vid hembesöket.

Bilaga 2

Version 1.0 2014-04-07

Medgivande till informationsutbyte mellan kommunens äldreomsorg och landstingets hälso- och sjukvård för gemensam planering av Dina insatser

Äldreomsorgen i Din stadsdelsförvaltning behöver samarbeta och samordna Dina insatser med landstingets hälso- och sjukvård. För att detta skall vara möjligt behöver stadsdelsförvaltningens biståndshandläggare samt ansvariga för utförande av Dina insatser inom äldreomsorgen utbyta den information om Dig som är nödvändig för dessa insatser med landstingets hälso- och sjukvård. Utan Ditt medgivande får stadsdelsförvaltningen och landstinget enligt offentlighets- och sekretesslagen inte utbyta dessa uppgifter. Du kan läsa mer om dessa bestämmelser på blankettens baksida.

Du har möjlighet att lämna Ditt medgivande på denna blankett.

Du kan när som helst, muntligt eller skriftligt, återta Ditt medgivande.

Medgivandet omfattar följande yrkesgrupper och verksamheter:

Från äldreomsorgen/socialtjänsten

.....

.....

.....

Från hälso-och sjukvården/landstinget

.....

.....

.....

Medgivandet gäller fram till detta datum:

Jag medger att ovanstående yrkeskategorier från äldreomsorgen respektive hälso- och sjukvården får utbyta den information om mig som är nödvändig för att jag ska få samordnad äldreomsorg och sjukvård i hemmet.

Ort och datum:

Den enskilde:.....

Namnförtydligande:.....

Jag har rätt att när som helst återkalla detta medgivande genom att kontakta Kontaktcenter Äldredirekt 08-80 65 65 och gäller från och med, datum

Information om sekretess

Grundläggande för all vård och omsorg är att den sker i samråd med dig och att din integritet respekteras. Enligt 26 kap. 1§ offentlighets och sekretesslagen gäller sekretess inom socialtjänsten för uppgifter om ditt hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att du eller någon närstående lider men. Bestämmelserna i offentlighets- och sekretesslagen innebär också att uppgifter om dig som huvudregel inte får lämnas mellan stadens stadsdelsförvaltningar och mellan kommunal och enskild utförare utan ditt medgivande.

INFORMATION OM PERSONUPPGIFTLAGEN

Socialtjänsten som är personuppgiftsansvariga kommer att i enlighet med personuppgiftslagen (PuL) och lagen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten (SOLPuL) behandla de personuppgifter som behövs för att socialtjänsten ska kunna ge dig de insatser som du vill ha och kan behöva. Du har rätt att en gång per år begära att få utdrag av de uppgifter som finns registrerade om dig. Skriftlig begäran om utdrag ska vara undertecknad av dig och skickas till socialtjänsten, äldreomsorgens beställarenhet. Om du tycker att några uppgifter är felaktiga har du rätt att begära rättelser.

Samordnad individuell plan för insatser i hemmet (SIP)

Datum för mötet: år-månad-dag

Uppgifter om den enskilde

Namn..... personnummer.....

Adress..... Telefon.....

Anhörig/närstående

Namn och kontaktuppgifter:

.....

.....

Vid mötet/upprättande av planen har deltagit

Namn på deltagare: relation, yrkeskategori/funktion

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Samordnad Plan för den enskilde

Den enskildes behov - Övergripande mål

Mitt mål/Mitt önskemål på lång sikt: (Vad jag vill uppnå/ändra på för att leva på det sätt jag önskar)

.....

.....

.....

Delmål 1 (inom ca 3-4 månader för att nå mitt mål)

.....

.....

Hur ska delmålet nås? Vilka insatser behövs? (det här stödet, träningen eller hjälpmedlet behöver jag för att nå målen)

.....

.....

.....

Följs upp ommånader **Måluppfyllelse:** Ja Delvis Nej

Delmål 2 (inom ca 3-4 månader för att nå mitt mål)

.....

.....

Hur ska delmålet nås? Vilka insatser behövs? (det här stödet, träningen eller hjälpmedlet behöver jag för att nå målen)

.....

.....

.....

Följs upp ommånader **Måluppfyllelse:** Ja Delvis Nej

Delmål 3 (inom ca 3-4 månader för att nå mitt mål)

.....

.....

Hur ska delmålet nås? Vilka insatser behövs? (det här stödet, träningen eller hjälpmedlet behöver jag för att nå målen)

.....

.....

.....

Följs upp ommånader **Måluppfyllelse:** Ja Delvis Nej

Övriga delmål (inom ca 3- 4 månader för att nå mitt mål)

.....

.....

Hur ska delmålen nås? Vilka insatser behövs? (det här stödet, träningen eller hjälpmedlet behöver jag för att nå målen)

.....

.....

.....

Följs upp om.....månader **Måluppfyllelse:** Ja Delvis Nej

Samordnade insatser:

Insatser från äldreomsorgen (t.ex. från hemtjänst gruppen, dagverksamhet, anhörigstöd)

.....

.....

.....

Insatser från husläkarmottagning (tex. från läkare och distriktssköterska)

.....

.....

.....
Insatser från primärvårdsrehab (t.ex. från arbetsterapeut, dietist och sjukgymnast)

.....
Insatser från anhörig/närstående

.....
Insatser som utförs av annan än ovanstående (t.ex. från frivilligorganisationer)

Uppföljning

Nästa SIP-mötet och gemensam uppföljning

Datum:

Sammanställande:

Mina Fasta kontakter

Biståndshandläggare med samordnande/övergripande ansvar:

Namn.....tfn.....

Tfn.....mejladress.....

Kontaktman i hemtjänsten

Namn:.....tfn.....

Tfn.....mejladress.....

Husläkare:

Namn:.....Husläkarmottagning:.....

Tfn/tfntidmejladress:

Distriktssköterska:

Namn.....tfntid:.....

Tfn:.....mejladress.....

Övriga kontakter och kontaktuppgifter

.....

.....

.....

Bilaga 4

Samordnare är den personal/huvudman som har det övergripande ansvaret för planen.

Samordnaren ska:

- Se till att en mötesledare är utsedd innan mötet om mötesledaren är någon annan än samordnaren.
- Vara kontaktperson för individen och dennes närstående när det gäller frågor om överenskommen SIP.
- Inför mötet ansvara för att individen får individuellt anpassad information om SIP samt att närstående aktivt bjuds in att delta.
- Se till att alla deltagare får en undertecknad kopia på individuell plan samt kontaktuppgifter till de som har deltagit.
- Vara kontaktperson för andra huvudmän samt övriga som är involverade i den individuella planen.
- Vid behov vägleda individen till berörda huvudmän.
- Under processen och inför nästa möte följa upp att arbetet löper på enligt tidigare överenskommen SIP.
- Vara sammankallande till nästa möte.
- Vara den som håller i och har ansvar för nästkommande möte angående SIP.
- Vid återkallande av samtycke, meddela övriga aktörer om detta.