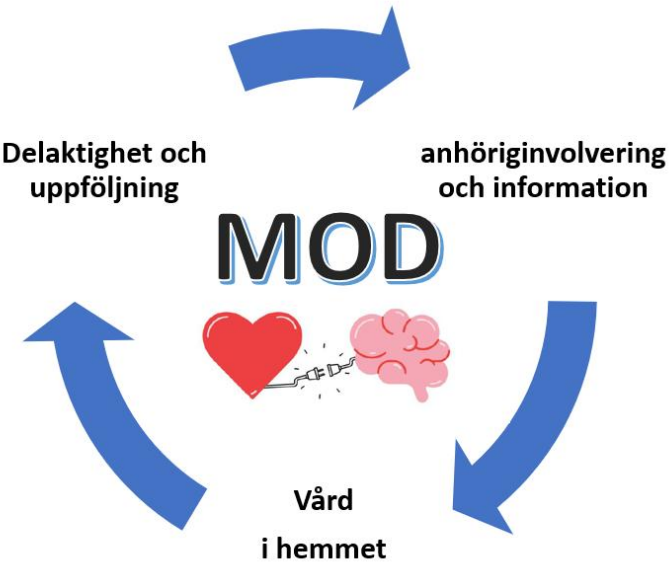
Version 1: 2026-07-31



Manual för sammanhållen vårdplan – vid demensdiagnos

Gäller för: Region Västernorrland i samarbete med länets sju kommuner.

Bakgrund och syfte

En grundläggande princip inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst är att den enskilde ska vara delaktig i sin vård och omsorg. Detta gäller under hela sjukdomsförloppet, även när den demenssjukes beslutsförmåga successivt försämras.

För att möjliggöra delaktighet är det viktigt att informationen anpassas efter individens förutsättningar och behov. Genom att, så långt det är möjligt, involvera den enskilde och anhöriga i planeringen skapas bättre förutsättningar för en trygg, personcentrerad och meningsfull tillvaro

Vårdplanen är ett viktigt verktyg för att tydliggöra vad som ska göras, vem som ansvarar för olika insatser, samt hur och när de ska genomföras. Den ska utformas i samverkan mellan den enskilde och de professioner som ingår i demensteamet. Den som upprättar vårdplanen ansvarar också för att planerade åtgärder genomförs, till exempel genom att koppla in andra relevanta yrkesgrupper.

TIPS: Presentera det som en möjlighet för den enskilde att få bästa tänkbara vård och omsorg med hjälp av demensteamets samverkan. Exempel:

”Hos oss är arbetar vi i team. Det innebär att vi kommer erbjuda dig en snar uppföljning av kompetent personal. För att vi ska kunna göra det så behöver vi att du samtycker till att vi får ha en träff så att vi kan planera bästa tänkbara vård för dig.”

Vårdplanens olika delar

Vid diagnos används mallen *Sammanhållen vårdplan del 1a (och vid behov 1b)*. Vårdplanen upprättas vid diagnos i samråd med den enskilde, anhöriga* och berörd personal. Den signeras av den ansvarige, helst diagnossättande, läkaren. Planen ska följas upp och vid behov revideras.

Sammanhållen vårdplan del 1a inhämtar om möjligt det skriftliga samtycket om en sammanhållen vård.**

* Saknas anhöriga så bör en närstående person som är viktig för den enskilde delta.
** Med sammanhållen vårdkedja avses samverkan mellan regiondriven- och kommundriven primärvård samt privata vårdgivare.

Vid uppföljning

Sammanhållen vårdplan del 2a – första uppföljningen

Eftersom den sammanhållna vårdplanen är ett verktyg för en sammanhållen vårdkedja finns även en uppföljningsdel. Den upprättas vid uppföljning, cirka 4–6 veckor efter diagnos, utifrån planen som togs fram under samordningsrond. Vid detta tillfälle uppdateras även vårdplan del 1a, som upprättades vid diagnostillfället. Uppföljningen sker med fördel vid hembesök av kommunal personal efter den enskildes samtycke.

Sammanhållen vårdplan del 2b – uppföljning årskontroll

Används vid årlig uppföljning av diagnostiserande enhet. Årlig medicinsk uppföljning för en enskild med kommunal primärvård sker av kommunal personal i samverkan med ansvarig läkare. Planen uppdateras kontinuerligt och den enskilde får en ny kopia. Den signeras av ansvarig. Del 2b kompletterar den sammanhållna vårdplanen del 1 som den enskilde ska ha erhållit vid diagnostillfället.

Hantering av vårdplan

- Originalet ges till den enskilde och förvaras hemma (exempelvis i “Min pärm” tillsammans med läkemedelslista).
- Kopia skickas till demensansvarig för journalföring
- Planen ska vara tydligt märkt med namn, personnummer och datum
- Eftersom digital lösning saknas gäller pappershantering för processen.

Om samtycke till sammanhållen vård saknas vid diagnostillfället ska frågan tas upp igen vid uppföljning. Om den enskilde då lämnar sitt samtycke ska demensansvarig samordnare inom kommunal primärvård informeras.