Version 1: 2026-11-13

Sammanhållen vårdplan del 1a – vid diagnos

För utredning, behandling och uppföljning vid kognitiv sjukdom/demens.

Vårdplanen är till för att jag ska känna mig trygg, informerad och delaktig i min vård. Här finns kontaktuppgifter samt tips och råd om vad jag kan göra för att ta hand om mig och min hälsa.

Namn: _____

Personnummer: _____

Diagnos 	Utredningen visar att jag har drabbats av en sjukdom som påverkar min hjärnas kognitiva funktioner. ☐ Alzheimers sjukdom ☐ Vaskulär demens ☐ Annat, ange:_____ ☐ Misstänkt kognitiv sjukdom som behöver utredas ytterligare. En remiss har därför skickats till specialistmottagningen vid _____sjukhus.
Läkemedel 	För sjukdomen ovan har jag erhållit symptomlindrande läkemedel. Se aktuell läkemedelslista. ☐ Ja ☐ Nej ☐ Ej aktuellt Vid misstanke om biverkan så kontaktar jag mottagningen. Kontaktuppgifter finns på sidan 3.
Intyg 	Om jag behöver insatser som beviljas av biståndshandläggare, ex. hemtjänst eller dagverksamhet, kan det krävas intyg på min diagnos. ☐ Diagnosintyg har utfärdats. Intyget kan sparas i 2 år. Intyget: ☐ Sparas i journal ☐ Skickas till kommunen ☐ Skickas till mig ☐ Intyg till färdtjänsthandläggare har utfärdats. Intyget: ☐ Sparas i journal ☐ Skickas till kommunen ☐ Skickas till mig *Se kommunens hemsida för mer information om ansökan av färdtjänst.*

Mer kunskap och information 	Jag har fått **Min pärm** i: ☐ Fysisk form ☐ Digitalt på 1177.se/stöd och behandling ☐ Jag har fått information om riktat stöd, exempelvis utbildning, till mig och mina anhöriga/närstående. Anmälan sker till:_____ ☐ Jag har fått information om riktat stöd för barn/unga/vuxna under 35 år.
Stöd och hjälpmedel 	Kognitiva hjälpmedel kan erhållas av arbetsterapeut. Jag kan också få stöd och rådgivning om hur jag kan underlätta vardagen genom att strukturera upp i mitt hem. ☐ Arbetsterapeut vidtalas och kommer att kontakta mig. ☐ Jag kan själv kontakta arbetsterapeut. Kontaktuppgifter finns på sidan 3.
Uppföljning av läkare 	Tid för återbesök/läkarbesök beräknas till ca _____månader. Jag kommer att kallas via: ☐ Telefon ☐ Brev ☐ Kivra ☐ Annat:_____
Det här är det viktigaste för mig i min vård 	Exempelvis sådant som jag vill att de personer jag träffar i vården ska känna till eller sådant som är av vikt att jag tänker på för min hälsa eller situation.
Samtycke för sammanhållen vårdkedja 	Jag ger mitt samtycke till att personalen samordnar alla kontakter, gällande min demenssjukdom, med kommunens personal så att jag ska få så bra vård och omsorg som möjligt. ☐ Ja ☐ Nej Datum:_____ Underskrift:

Vad jag kan göra själv 	Det är viktigt att: • Kontrollera blodtrycket. Högt blodtryck, högt blodsocker och höga blodfetter påverkar hjärtat men också hjärnan. • Äta regelbundet med bra näringsvärde, grönsaker, frukt, bär och fibrer enligt tallriksmodellen. Ta ett mellanmål på kvällen. • Röra på mig regelbundet – gärna 30 minuter 3-5 gånger i veckan och helst både med styrka och uthållighet. • Stimulera minnet med hjärngymnastik – lära nya saker, laga mat gärna med nytt recept, läsa, lösa korsord, spela spel, handarbeta, sjunga i kör. • Undvika rökning och vara måttlig med alkohol. • Vila hjärnan en stund på dagen. • Delta i sociala sammanhang – att umgås med vänner är viktigt för att motverka ofrivillig ensamhet. • Kontrollera syn, hörsel och tandstatus regelbundet, minst årligen. Mer information finns på www.1177.se och FINGERS Health Institute fbhi.se/sv
Kontaktuppgifter 	**Medicinska frågor och rådgivning**: *(Lokal lösning)* Funktion: Demenssamordnare Tel: _____ E-post: 1177 meddelandefunktion **Hjälpmedel**: Funktion: _____ Tel: _____ E-post: _____ **Rådgivning:** Funktion: _____ Tel: _____ E-post: _____ **Ansökan om ex. hemtjänst:** Funktion: _____ Tel: _____ E-post: _____ **Anhörigstöd:** Funktion: _____ Tel: _____ E-post: _____

Denna vårdplan är upprättad av

Hälso-/vårdcentral _____

Behandlande läkare _____

Signatur _____

Datum _____