Version 1: 2026-11-09

Manual och checklista för samordningsrond/uppföljningsrond

- I konceptet med multidisciplinärt organisationsöverskridande demensteam, MOD, sker en samordningsrond. I samordningsronden föredras, i strukturerad form, de individer som erhållit en demensdiagnos och som givit samtycke till att ingå i MOD/samverkan mellan region och kommun.

- Plexip är ett säkert digitalt mötesrum som ska användas för ändamålet. Det är regionens samordnare som ansöker om detta. Rutin för inloggningar skapas av respektive MOD- team och alla tar eget ansvar för hur inloggning sker. Inloggningsuppgifter får ej spridas vidare.

Förberedelser
- Inför samordningsronden kallar demenssamordnare regional/privat/kommunal primärvård till mötet.
- Tider för samordningsronden fördelas utifrån förväntat antal ärenden. Man håller den tid som avsätts per ärende.
- Skriv gärna ut checklistan att ha som underlag för dina anteckningar.

Genomförande
1. Demenssamordnare regional/privat/kommunal primärvård är den som styr mötet och lyfter den enskildes ärende i stora drag (se checklista för samordningsrond).
2. Har någon annan profession varit inkopplad delger de vad var resultatet blev av deras utredning.
3. Sedan följer en ”fri diskussion” - ex. har biståndet varit inkopplat tidigare och vad blev resultatet av den kontakten.
4. Uppdelning av ansvar för uppföljning - vem gör vad?
5. Demenssamordnare sammanfattar vad man kommit överens om i mötet så att alla vet vad som gäller.
6. Beslut och annan viktig information skrivs in i respektive journal av respektive profession. Skapa gärna frastexter på sådan som skrivs ofta, exempelvis ”xx” tas upp på samordningsrond, etc.
7. Gå vidare till nästa ärende.

Återapportering efter uppföljning i hemmet sker via:
- Funktionsbrevlådor
- Akut återkoppling sker alltid via telefon
- Komplexa ärenden tas med fördel upp i uppföljningsronden (insats K) - se checklista MOD

Uppföljningsrond
- I slutet av samordningsronden kan tid med fördel avsättas för komplexa ärenden där man kan behöva diskutera vad hembesöket utmynnade i.
- Uppdelning av ansvar för uppföljning - vem gör vad?
- Demenssamordnare sammanfattar vad man kommit överens om i mötet så att alla vet vad som gäller.

Checklista samordningsrond

Namn: _____

Personnummer: _____

Den enskilde har samtyckt till informationsdelning. ☐ Ja ☐ Nej

Närvarande	
Utredningsansvarig läkare	

	Specificerad/ospecificerad	**Datum för diagnos**
Diagnos		
Anamnes / tidigare sjukdomar		

Undersökning

Anhörigintervju + skattningsformulär	☐ Genomförd, resultat:	☐ Saknas, ange anledning:
CT/MR hjärna	☐ Genomförd, resultat:	☐ Saknas, ange anledning:
MMSE/RUDAS – NR3	☐ Genomförd, resultat *(ange även ev. missade delar):*	☐ Saknas, ange anledning:
Funktions- och aktivitetsbedömning	☐ Genomförd, resultat:	☐ Saknas, ange anledning:
Klocktest	☐ Godkänd ☐ Ej godkänd	☐ Saknas, ange anledning:

Läkemedelsbehandling

☐ Nyinsatt på kolinestrashämmare eller vaskulärt skyddande medel

☐ Nyinsatt på annat läkemedel, ange TYP: _____

☐ Hjälpmedel för läkemedel, ange vad: _____

Körkort

☐ Läkarbedömning – OK med fortsatt körkortsinnehav

☐ Läkarbedömning – Får ej fortsätta köra

☐ Transportstyrelsen kontaktad

Anhöriginformation och kontaktuppgifter

Exempel relation: gift, sambo, särbo, barn (över 18 år), annan släkting, nära vän etc.

Relation	Namn	Telefon eller e-post

	Antal	Ålder (samtliga)
Information om barn		

Boende

☐ Villa ☐ *Trappor förekommer*

☐ Lägenhet ☐ *Trappor förekommer* *Eventuell portkod:* _____

☐ Växelboende

Hemtjänstinsatser

☐ Har hemtjänst – får stöd med:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

☐ Ingen hemtjänst – önskar stöd med:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

☐ Ingen hemtjänst – önskas ej.

Kognitiva / andra typer av hjälpmedel

☐ Har följande kognitiva hjälpmedel:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

☐ Saknas - har behov av:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

☐ Inget behov av kognitiva hjälpmedel.

Intyg

Sjukdoms/demensintyg	☐ Finns	☐ Behöver	☐ Inget behov
Färdtjänstintyg	☐ Finns	☐ Behöver	☐ Inget behov
Tandvårdsintyg	☐ Finns	☐ Behöver	☐ Inget behov
Annat: _____	☐ Finns	☐ Behöver	
Annat: _____	☐ Finns	☐ Behöver	

Uppföljningsplan

Hembesök sker av:

☐ Demenssköterska ☐ Biståndshandläggare ☐ Arbetsterapeut

☐ Annan: _____

Eventuellt annan uppföljning, ange vad och vem:

Övrigt

Annat som är bra att känna till: