

Lokalt program för samordnad vård och omsorg - för personer med kognitiv sjukdom samt stöd till deras anhöriga

Upprättad av:

Sundbybergs stad

Hallonbergens Vårdcentral

Kry Vårdcentral

Rissne

Vårdcentral

Ursviks vårdcentral

Solna Sundbyberg Rehab

Sundbybergs kliniken

Kognitiv mottagning Jakobsbergs sjukhus



Titel: Lokalt program för samordnad vård och omsorg - för personer med kognitiv sjukdom samt stöd till deras anhöriga

Författare: Upprättad av:

Sundbybergs stad

Hallonbergens Vårdcentral

Kry Vårdcentral

Rissne Vårdcentral

Ursviks vårdcentral

Solna Sundbyberg Rehab

Sundbybergs kliniken

Kognitiv mottagning Jakobsbergs sjukhus

Omslagsbild: Lars Lisasson

Grafisk form: ETC Kommunikation AB

Tryckeri: Modin

ISBN: [Klicka här och skriv]

© Sundbybergs stad

Östra Madenvägen 4 · 172 92 Sundbyberg

08-706 80 00 · info@sundbyberg.se · www.sundbyberg.se

Förord

För att underlätta arbetet med samverkan kring personer med kognitiv sjukdom/demenssjukdom (hädanefter kallad ”kognitiv sjukdom”) i Stockholms län har Storstockholm tillsammans med Region Stockholm (hädanefter kallad ”Regionen”) under 2012 arbetat fram en överenskommelse som gäller samtliga kommuner och Regionen.

År 2021 ändrade Sundbybergs stads demensteam namn till äldreteam och minnesmottagningen Jakobsberg ändrade namn till Kognitiv mottagning Jakobsberg.

Utgångspunkten har varit att skapa samverkan utifrån befintliga resurser, kompetens och uppdrag.

I Sundbyberg har det sedan 2013 funnits ett lokalt samverkansavtal mellan Sundbybergs stad, primärvården och primärvårdsrehab i Sundbyberg samt kognitiv mottagning på Jakobsbergsgeriatriken.

Till grund för samverkansöverenskommelsen ligger Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid kognitiv sjukdom. Därtill utgör hälso- och sjukvårdslagen, Region Stockholms kunskapsstöd för vårdgivare vid kognitiv sjukdom samt lokala rutiner i verksamheterna.

Innehåll

1	Inledning	7
2	Kognitiv sjukdom	8
3	Samtycke och fullmakter	9
3.1	Samtycke	9
3.2	God man / Förvaltare	9
3.3	Framtidsfullmakt	9
4	Samverkan i fyra faser från utredning till uppföljning	10
4.1	Tidig upptäckt	10
4.2	Utredning/diagnos - basal - utvidgad	10
4.3	Behandling/omvårdnad	10
4.4	Uppföljning	11
5	Ansvar Sundbybergs stad och Region Stockholm	12
5.1	Ansvarsområden för Region Stockholm	12
5.2	Vårdcentralerna/primärvården	12
5.3	Kognitiv mottagning	13
5.4	Primärvårdens rehabilitering	13
5.5	Ansvarsområden för Sundbybergs stad	13
5.6	Biståndsbedömning av insatser	14
5.7	Äldreteamet	14
5.8	Anhörigstöd	14
6	Gemensamt ansvar – Sundbybergs stad och Region Stockholm	16
6.1	Samordnad individuell plan (SIP)	16
6.2	Våld	16
6.3	Fortbildning av medarbetare	16
6.4	Gemensam samverkan Sundbybergs stad och Region Stockholm	16
7	Kontaktuppgifter	17
7.1	Region Stockholm	17
7.2	Sundbybergs stad	17
7.3	Privata aktörer	17
8	Länkar och källhänvisningar	18

1 Inledning

Samverkan mellan Sundbybergs stad och Region Stockholm är en förutsättning för att lyckas att ge stöd, vård och omsorg vid rätt tid, på rätt sätt och i rätt omfattning utifrån individuella behov.

Syftet med detta samverkansavtal är att tydliggöra arbetsformer och ansvarsfördelningen mellan berörda aktörer. Samverkan ska också bidra till att säkerställa en god kvalitet i vård- och omsorg kring personer med kognitiv sjukdom och ge stöd till deras anhöriga. Samverkan ökar möjligheterna till en gemensam helhetssyn på personens situation genom att ta till vara allas kunskap, kompetens och erfarenheter.

2 Kognitiv sjukdom

I Region Stockholm finns ett regionalt vårdprogram för kognitiv sjukdom. Kognitiv sjukdom ses som en beskrivning av funktionsnivån snarare än en specifik sjukdom. Symtom kan bero på flera bakomliggande orsaker och definieras som en försämring jämfört med tidigare funktionsnivå. Försämringen kan vara minnesproblem eller nedsättningar inom andra kognitiva områden, var för sig eller i kombination.

Enligt uppgifter från nationella riktlinjer för "Vård och omsorg vid demenssjukdom" (2017) så beräknas ca 150 000 personer i Sverige ha en kognitiv sjukdom. Förekomsten av kognitiv sjukdom stiger med ökande ålder.

Kognitiv sjukdom är en form av kognitiv störning som beror på specifika sjukdomsförändringar i hjärnan. För att den kognitiva störningen ska uppfylla kriterierna för kognitiv sjukdom ska den kognitiva störningen vara så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas och den kognitiva funktionen ska vara sänkt jämfört med tidigare nivå. Att vara uppmärksam på tecken som kan vara en begynnande kognitiv sjukdom är viktigt.

Kognitiva sjukdomar hör till gruppen folksjukdomar och är vanliga i de högre åldrarna, men förekommer även hos yngre personer. I det kognitiva sjukdomsbegreppet ingår att störningen skall ha uppkommit i vuxen ålder och att den innebär en långdragen och omfattande nedgång i intellektuell, känslomässig och praktisk kapacitet jämfört med hur personen varit tidigare. Allt eftersom sjukdomen fortskrider får den enskilde svårare att klara de dagliga aktiviteterna och behöver stöd med olika insatser.

Personcentrerad vård är en förutsättning för god vård och omsorg vid kognitiv sjukdom. Där syftet är att skapa en personlig vårdmiljö utifrån varje enskild person. Det innebär att man fokuserar på den enskilde utifrån dennes behov, resurser, erfarenhet, värderingar och önskemål, inte enbart sjukdomen.

Då kognitiv sjukdom inte går att bota syftar insatser inom vård och omsorg till att lindra symtom, funktionsbevara, underlätta vardagen samt upprätthålla livskvalitet i sjukdomens olika skeden.

3 Samtycke och fullmakter

3.1 Samtycke

Samtycke finns för att underlätta informationsöverföring och kommunikation mellan aktörer i vårdkedjan. Alla insatser från Regionen och/eller kommunen, sker utifrån samtycke från den enskilde. Det betyder att hälso- och sjukvården eller socialtjänsten inte kan tvinga någon till vård- eller omsorgsinsatser. Det kan inte heller anhöriga, gode män eller förvaltare.

Samtycke kan ske på olika sätt:

Uttryckligt samtycke – där den enskilde ger ett aktivt samtycke genom att uttrycka ett ja.

Konkluderat samtycke – där den enskilde agerar på ett sätt som underlättar åtgärden.

Presumtivt samtycke – där den enskilde finner sig i åtgärden utan att ge uttryck för motvilja.

3.2 God man / Förvaltare

Vid kognitiv sjukdom finns det risk att den enskilde tappar sin beslutsförmåga och inte längre klara av att ta hand om ekonomiska och/eller personliga angelägenheter. Vid samtycke från den enskilde kan biståndshandläggare utreda behov av god man eller förvaltare, vilket sedan skickas vidare till tingsrätten som fattar beslut. En god man får inte gå emot den enskildes vilja och den enskilde kan säga upp godmanskapet. Om personens tillstånd är sådant att det är uppenbart att den enskilde inte förstår vad saken gäller kan förvaltarskap anordnas för en person utan dennas samtycke.

3.3 Framtidsfullmakt

När en person har kvar beslutsförmåga kan den välja att teckna en framtidsfullmakt, vilket den enskilde ger till en person, oftast en anhörig, som ska representera den enskilde längre fram i livet. Det är personen som får framtidsfullmakten som avgör när framtidsfullmakten ska börja gälla. Framtidsfullmakten ska vara skriftlig och bevittnas av två personer. Vittnena ska intyga den enskilde är frisk och förstår att den upprättar en framtidsfullmakt och vad det betyder.

4 Samverkan i fyra faser från utredning till uppföljning

Samverkan mellan olika verksamheter inom Sundbybergs stad och Regionen är nödvändig i de fyra faserna:

- upptäckt
- utredning/diagnos
- förebyggande insatser/behandling/omvårdnad
- regelbundna uppföljningar

För att kunna erbjuda rätt insatser är det viktigt att de olika aktörerna i vårdkedjan har en helhetsbild kring situationen, därför samverkar dessa aktörer med varandra. För att kunna samverka och utbyta information krävs det ett samtycke från den enskilde. Samsyn kring personen möjliggör en personcentrerad vård och omsorg med olika insatser från vårdcentral, primärvårdsrehab, kognitiv mottagning och kommunal socialtjänst/äldreomsorg.

4.1 Tidig upptäckt

Att vara uppmärksam och reagera på tecken som kan vara en begynnande kognitiv sjukdom är av stor betydelse. Det som tolkas som tidiga tecken kan bero på andra orsaker än en kognitiv sjukdom och det är därför viktigt att en person får kontakt med hälso- och sjukvården för att kunna utredas för sina symtom. Vid misstanke om kognitiv sjukdom ska de olika aktörerna verka för att en utredning kan initieras inom primärvården.

4.2 Utredning/diagnos - basal - utvidgad

I första hand ska en basal kognitiv utredning göras av vårdcentralen och primärvårdsrehab. Om den basala utredningen inte räcker för att fastställa om en person har en kognitiv sjukdom, behöver en utvidgad kognitiv utredning göras för att fastställa diagnos. I Regionen är det kognitiva mottagningar som gör den utvidgade utredningen, efter remiss från till exempel personens husläkare.

Primärvård och/eller kognitiv mottagning bör i förekommande fall erbjuda symtomlindrande läkemedelsbehandling mot kognitiva symtom till personer med vissa kognitiva sjukdomar såsom Alzheimers sjukdom och Lewykroppsdemens som regelbundet följs upp.

4.3 Behandling/omvårdnad

Vård- och omsorg bör vara personcentrerad, det vill säga att det är personen som ska vara i centrum och inte sjukdomen. Allt arbete bör ske multiprofessionellt i team.

Det är vårdcentralen/hemsjukvården samt primärvårdsrehab som ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatserna för personer med kognitiv sjukdom som bor hemma.

Sundbybergs stad ansvarar för omsorgsinsatser i form av hemtjänst, avlösning i hemmet, dagverksamhet och särskilda boendeformer i form av korttidsboende och äldreboende.

När insatser erhålls i tidigt skede kan personer med kognitiv sjukdom och dess anhöriga få bättre livsvillkor, det ökar även möjlighet att bo kvar i hemmet längre.

Hemtjänst kan upptäcka symtom på kognitiv försämring hos den enskilde och meddela detta till biståndshandläggare.

I de fall där den enskilde har behov av tillsyn från anhöriga kan avlösning i hemmet vara värdefull då detta ger anhöriga möjlighet att komma i väg några timmar.

På dagverksamhet får den enskilde gemenskap, meningsfulla aktiviteter och rutiner vilket kan mildra symtom samt ge anhöriga möjlighet till avlastning.

På korttidsboende kan den enskilde vistas tillfälligt när anhöriga har behov av avlastning, insatsen ger även möjlighet att utreda behov av omsorg för personer som är okända hos Sundbybergs stad.

Personer med kognitiv sjukdom som har ett omfattande omsorgsbehov har möjlighet att komma till äldreboende med demensinriktning. Äldreboendet ansvarar för att följa upp beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) regelbundet, minst en gång per år. Både Sundbybergs stad och Regionen ansvarar för stödinsatser till anhöriga.

4.4 Uppföljning

Minst en gång per år ska Sundbybergs stad och Regionen göra uppföljningar. Uppföljningarna bör gälla läkemedelsbehandling, kognition, funktionsförmåga, allmäntillstånd, eventuella beteendeförändringar och beviljade biståndsinsatser. Syftet är att utvärdera effekten av insatta åtgärder, lindra symtomen och i möjligaste mån kompensera för den funktionsnedsättning som kognitiv sjukdom medför.

5 Ansvar Sundbybergs stad och Region Stockholm

Sundbybergs stad och Regionens vård- och omsorg ska inriktas på att kommunens invånare med kognitiv sjukdom får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Här nedan följer en beskrivning av de olika aktörernas ansvarsområden för invånare i Sundbybergs stad.

5.1 Ansvarsområden för Region Stockholm

Personer med en kognitiv funktionsnedsättning har ökad risk att drabbas av ohälsa. Regionen har i uppdrag att svara för förebyggande hälso- och sjukvård och följa upp dessa insatser.

5.2 Vårdcentralerna/primärvården

Kontakt med vårdcentral i syfte att få en medicinsk bedömning kan tas av den enskilde, anhöriga, äldreteam, biståndshandläggare, utförare av hemtjänst eller rehabiliteringen.

Vårdcentralerna ansvarar för den basala utredningen enligt Vård i Storstockholm (Viss). Vårdcentralerna har kurator och/eller psykolog för stöd till anhöriga.

Utredningen ska innefatta sjukhistoria, anhörigintervju, bedömning av fysisk och psykiskt tillstånd, kognitiva test, aktivitets- och funktionsbedömning, datortomografi och blodprover. Vid behov konsulteras kognitiv mottagning för utvidgad kognitiv utredning. Person som genomgått kognitiv utredning följs upp i primärvården efter remissvar från kognitiv mottagning.

Efter avslutad kognitiv utredning skickas diagnosintyg som beskriver de kognitiva svårigheterna och diagnos till Sundbybergs stads biståndshandläggare med kopia till äldreteamet, om samtycke finns.

- Om personen är 65 år eller äldre skickas diagnosintyget till äldreomsorgens myndighetsenhet och äldreteamet på sektor för välfärd och omsorg.
- Om personen är yngre än 65 år skickas diagnosintyget till mottagningsenheten för funktionsnedsättning och äldreteamet på sektor för välfärd och omsorg.

Intyget ska innehålla uppgifter om personen önskar kontakt med Sundbybergs stads biståndshandläggare och/eller äldreteamet. Vid behov så skickas läkarintyg för färdtjänst.

Gör Regionens aktörer bedömningen av att det finns behov av insatser enligt Socialtjänstlagen (SoL) eller Lagen om Stöd och Service till vissa funktionshindrade (LSS) vid pågående utredning eller vid uppföljning. Om samtycke finns görs en anmälan till Sundbybergs stads

biståndshandläggare som kontaktar den enskilde för eventuell ansökan om insatser.

5.3 Kognitiv mottagning

Kognitiv mottagning Solna ansvarar för personer under 65 år och kognitiv mottagning Jakobsberg för personer över 65 år. I uppdraget ingår att utföra utvidgad kognitiv utredning enligt Vård i Storstockholm Viss efter remiss från husläkare. Kognitiv mottagning ansvarar för uppföljning inklusive läkemedelsbehandling av personer med diagnos Levy Body Demens och Frontotemporal demens. Kognitiva mottagningarna har också ett konsultativt uppdrag mot primärvården, vilket innebär stöd och handledning till primärvården.

Efter avslutad kognitiv utredning skickas diagnosintyg till Sundbybergs stads biståndshandläggare med kopia till äldreteamet, om samtycke finns. Vid behov skickas även läkarintyg för färdtjänst. Diagnosintyget beskriver de kognitiva svårigheterna, ~~diagnos~~, information om personen önskar kontakt med Sundbybergs stads biståndshandläggare och/eller äldreteamet.

- Om personen är 65 år eller äldre skickas diagnosintyget till äldreomsorgens myndighetsenhet och äldreteamet på sektor för välfärd och omsorg.
- Om personen är yngre än 65 år skickas diagnosintyget till mottagningsenheten för funktionsnedsättning och äldreteamet på sektor för välfärd och omsorg.

5.4 Primärvårdens rehabilitering

Inom primärvården arbetar arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut, dietist och kiropraktor. Primärvårdsrehabiliteringen ansvarar för rehabiliteringsinsatser för personer i eget boende. Insatserna sker på mottagning eller i hemmet, beroende på bedömning. Det finns inga remisskrav.

Arbetsterapeuter och fysioterapeuter inom hemrehabiliteringen utför aktivitetsbedömning i samband med kognitiv utredning och kan förskriva hjälpmedel, se över boendemiljön samt vara behjälpliga med intyg vid behov av bostadsanpassning. De arbetar förebyggande kring fall genom bedömning och träning. Dietisten kan också göra hembesök vid behov.

Primärvårdsrehabiliteringen finns med i vårdkedjan från basal utredning tills dess den enskilde eventuellt flyttar till särskilt boende.

5.5 Ansvarsområden för Sundbybergs stad

Varje kommun ansvarar för socialtjänsten inom sitt område och har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp de behöver.

5.6 Biståndsbedömning av insatser

Biståndshandläggare utreder den enskildes behov av och rätt till hjälp och stöd från staden. Det kan handla om olika insatser ex. hemtjänst, dagverksamhet eller särskilt boende. Biståndshandläggare följer upp hur insatsen fungerar minst en gång per år. Uppföljningen sker genom kontakt med den enskilde/anhörig. Om den enskildes behov förändrats beslutas vilka förändringar som ska göras i insatsen.

Inom Sundbybergs stads ansvarsområde ingår även färdtjänst/riksfärdtjänsthandläggning och bostadsanpassning.

Kontakt mellan biståndshandläggare och äldreteam ska tas när diagnosintyg inkommer. Därefter kontaktas personen med kognitiv sjukdom och dennes anhörig om så önskas.

5.7 Äldreteamet

Sundbybergs demensspecialister i äldreteamet samordnar insatserna kring personer med lindrig kognitiv störning/kognitiv sjukdom.

Demenssjuksköterskan i äldreteamet är sammankallande till samverkansmöten samt initiativtagare till revidering av samverkansavtalet. Därutöver har berörda enheter kontakt med varandra när behov uppstår.

Äldreteamet samarbetar med stadens anhörigstrateg och privata vårdgivare samt med Regionen, olika intresseorganisationer och myndigheter.

5.8 Anhörigstöd

Äldreteamet ger möjlighet till stödsamtal kring bemötande och kognitiv sjukdom individuellt eller i grupp. På anhörigcirkeln bjuds olika gäster in till träffarna för att informera om vilka insatser och stöd som finns att tillgå för personer med lindrig kognitiv störning/kognitiv sjukdom samt vilket stöd anhöriga kan erhålla.

Sundbybergs stad ska erbjuda stöd för att underlätta för anhöriga som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk, äldre eller har en funktionsnedsättning. Stödet kan innebära träffpunkter, dagverksamhet, utbildning och psykosocialt stöd som ska vara anpassat utifrån behov och ålder. Även avlösning och växelvård finns.

Begreppen *anhörig* och *närstående* definieras enligt Socialstyrelsens bestämmelser. Med anhöriga menas personer som vårdar eller stödjer närstående. Närstående är den som tar emot omsorg, vård och stöd.

Anhörigstöd kan minska depression och stress samt förebygga ohälsa och öka livskvaliteten hos anhöriga och närstående. De positiva effekterna av stödet tycks kunna förstärkas om det erbjuds tidigt i sjukdomsförloppet.

Lokalt program för samordnad vård och omsorg - för personer med kognitiv sjukdom samt stöd till deras anhöriga

Anhöriga erbjuds stöd både från Sundbybergs stad och Regionen.

6 Gemensamt ansvar – Sundbybergs stad och Region Stockholm

6.1 Samordnad individuell plan (SIP)

SIP är ett verktyg inom socialtjänst och hälso- och sjukvård för att samordnande insatser ska kunna ske på ett effektivt och sammanhållet sätt. När en person har behov av insatser både från socialtjänst och hälso- och sjukvård ska parterna tillsammans med den enskilde upprätta en individuell plan om inte den enskilde motsätter sig detta.

Den person som uppmärksammar eller får kännedom om att den enskilde har behov av en SIP ska ta initiativ till att en sådan upprättas.

6.2 Våld

Oavsett ålder kan personer som vård och omsorg möter vara utsatta för våld av närstående/anhörig. Kognitiv sjukdom innebär påfrestningar där det lätt kan uppstå olika former av våld från båda parter. Det kan exempelvis vara fysiskt, psykiskt, sexuellt, materiellt, ekonomiskt, försummelse, och/eller latent våld.

För att detta ska kunna upptäckas så tidigt som möjligt behöver personer som arbetar med människor först och främst få kunskaper om hur man känner igen tecken på våld. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd ställer krav både på socialtjänst och hälso- och sjukvård att kunna erbjuda våldsutsatta personer stöd och hjälp.

6.3 Fortbildning av medarbetare

För att kunna erbjuda en god och personcentrerad vård och omsorg för personer med kognitiv sjukdom är det viktigt att både Sundbybergs stad och Regionen arbetar för att höja medarbetarnas kompetens inom området. Därtill upptäcka tidiga tecken på kognitiv sjukdom.

6.4 Gemensam samverkan Sundbybergs stad och Region Stockholm

Sundbybergs stad och Regionen har olika former av samverkan och ett gemensamt ansvar att skicka representanter för att delta på dessa möten. Lokalt program för samordnad vård och omsorg kring personer med kognitiv sjukdom uppdateras regelbundet.

7 Kontaktuppgifter

7.1 Region Stockholm

Förstärkt utskrivning tfn 08- 123 477 69

Hallonbergen vårdcentral tfn 08- 123 373 00

Kognitiv mottagning Jakobsberg tfn 08- 123 387 20

Kognitiv mottagning Solna tfn 08- 123 713 66

Rissne Vårdcentral tfn 08- 123 36 900

Solna Sundbybergs Rehab tfn 08- 123 456 40

Vårdguiden tfn 1177

7.2 Sundbybergs stad

Anhörigstrateg tfn 08-706 68 67

Biståndshandläggare tfn växel 08- 706 80 00

Dagverksamhet tfn 08- 706 89 30

Hemtjänst Sundbybergs stad tfn 08- 706 83 19

MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) tfn 08-706 82 72

MAR (medicinskt ansvarig rehab) tfn 08-706 84 08

Äldreteam Sundbybergs stad tfn 08- 706 88 28 eller 08- 706 81 29

Socialjour Nordväst tfn 010-444 05 00

måndag-torsdag 17:00–02:00

fredag 15:00–02:00

lördag-söndag 16:00–02:00

7.3 Privata aktörer

Kry vårdcentral tfn 08- 555 509 50

Sundbybergs kliniken tfn 08- 764 50 98

Ursviks vårdcentral tfn 08- 562 766 67

8 Länkar och källhänvisningar

Akademiskt primärvårdscentrum – Arbetsterapeut
[CeFA - 001 Layout och tryck av folder A4.indd \(akademisktprimarvardscentrum.se\)](#)

Anhörigstöd
<https://www.sundbyberg.se/stod-omsorg/anhorig.html>

Bostadsanpassning
<https://www.sundbyberg.se/stod-omsorg/funktionsnedsattning/bostadsanpassning.html>

Beteendemässiga och psykiska symptom vid demenssjukdom (BPSD)
<http://www.bpsd.se>

Framtidsfullmakt
[Framtidsfullmakt \(demensforbundet.se\)](#)

God man / förvaltare
[Du som är god man eller förvaltare - Sundbybergs stad](#)

Hälso- och sjukvårdslagen
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--ochsjukvardslag_sfs-2017-30

Kognitiv sjukdom
[Kognitiv sjukdom - Viss.nu](#)

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1993387-om-stod-och-service-till-vissa_sfs-1993-387

Lokal samverkan Sundbyberg stad och region kring kognitiv sjukdom
[Lokalt program för samordnad vård och omsorg kring personer med demens/kognitiv nedsättning samt stöd till deras anhöriga \(sundbyberg.se\)](#)

Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2017-12-2.pdf>

Region Stockholm kunskapsstöd för vårdgivare Kognitiv sjukdom
[Kognitiv sjukdom - Kunskapsstöd för vårdgivare \(kunskapsstodforvardgivare.se\)](#)

Samordnad individuell plan SIP
[Samordnad individuell plan - SIP | Vårdgivarguiden \(vardgivarguiden.se\)](#)

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer (HSLF-FS 2022:39)

[HSLF-FS 2022:39 \(socialstyrelsen.se\)](https://socialstyrelsen.se)

Socialtjänstlagen (SoL)

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453

Standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-6-22.pdf>

StorSTHLM Kommuner om samverkan

[Regionala samverkans- & stödstrukturer \(RSS\) | Storsthlm](#)

Våld i nära relation

<https://www.sundbyberg.se/stod-omsorg/vald-i-nara-relationer/for-dig-som-ar-utsatt-for-vald.html>

<https://www.sundbyberg.se/stod-omsorg/vald-i-nara-relationer/for-dig-som-kanner-nagon-som-utsatts-for-vald.html>

Äldreteamet

<https://www.sundbyberg.se/stod-omsorg/halso--och-sjukvard/demens/demenseamet.html>

Överenskommelse mellan Region Stockholm och kommuner i Stockholms län

[Överenskommelse mellan landstinget och kommunerna i Stockholms län om vård och omsorg för personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt och stöd till deras närstående \(storsthlm.se\)](#)