

Riktlinjer för demensutredning inom primärvården i Kalmar län

**Tidig upptäckt, utredning, behandling och
uppföljning av personer med demenssjukdom**



**Ett samarbete mellan
Landstinget Kalmar län och länets kommuner**

Innehåll

Bakgrund, syfte och arbetssätt	3
Begreppet demens	4
När påbörjar man en demensutredning?	5
Riktlinjer – vem gör vad?	6
Checklista för basal och kompletterande utredning	8
Bilaga 1 Social livshistoria	9
Bilaga 2 Anamnes – anhörigintervju	11
Bilaga 3 MMSE	17
Bilaga 4–5 Klocktest och ortostatiskt prov	20
Bilaga 6 Utvidgad utredning	22
Bilaga 7 Specialremiss, när?	23
Bilaga 8 Vårdplanering	24
Bilaga 9 Uppföljning av behandling	25
Bilaga 10 Anhörigstöd, patientföreningar	27
Bilaga 11-12 Läkarintyg om godmanskap och förvaltarskap	29
Bilaga 13 Körkort och läkarens anmälan	33
Bilaga 14 Vapenlagen	35
Arbetsgrupp	36

RIKTLINJER – Demensutredning i Kalmar län

Bakgrund

Demensstillstånd är ett starkt ökande problem inom vården. Åldersstrukturen i Kalmar län gör det speciellt viktigt att hitta ett effektivt angreppssätt för att klara det framtida vårdbehovet. Våren 2003 utarbetades ett gemensamt vårdprogram för länet omfattande hela hälso- och sjukvårdssektorn inklusive kommunernas sociala omsorg. Vårdprogrammet har varit föremål för en översyn av en förvaltningsövergripande arbetsgrupp, med representanter från primärvården/närsjukvården, sjukhusvården och kommunal socialtjänst. Den reviderade versionen presenteras här i form av Riktlinjer för demensutredning i primärvården.

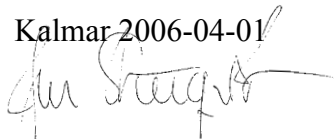
Syfte

Målet har varit att fastställa riktlinjer för utredning och handläggning när det gäller demensstillstånd samt arbetsmetoder för stöd och hjälp till anhöriga. Utgångspunkten för arbetet har varit att möta patienten så tidigt som möjligt i sjukdomsprocessen för att kunna erbjuda hjälp och stöd i dennes närmiljö, det egna hemmet.

Arbetsätt

Grundidén är att all utredning i normalfallet ska utgå från primärvården/närsjukvården. Arbetet sker i team med demenssjuksköterskan som processägare och där distriktsläkaren/familjeläkaren tillsammans med handläggaren i kommunen är några andra viktiga nyckelpersoner. Behovet av att koppla in övriga kompetenser i teamet måste dock hela tiden hållas levande för att kunna skapa ett effektivt arbetsätt. Riktlinjerna lyfter också vikten av ett fungerande anhörigstöd – en oerhört viktig del av en framgångsrik demensvård. Vi hoppas att dessa riktlinjer ska kunna fungera som ett stöd i det fortsatta arbetet med demenssjuka i Kalmar län.

Kalmar 2006-04-01



Jan Strömqvist

vårdutvecklare

Begreppet demens

Med demens menas en i vuxen ålder förvärvad, långdragen och omfattande försämring av hjärnfunktioner. Den diagnostik som används i svensk sjukvård är hämtad från WHO: s diagnostiska system ICD-10. Enligt ICD-10 skall följande kriterier vara uppfyllda:

- Ett syndrom som beror på hjärnsjukdom, kronisk eller progredierande.
- Störning av flera högre kortikala funktioner som minne, tankeförmåga, orientering, förståelse, räkneförmåga, inlärningskapacitet, språk och omdöme.
- Medvetandet ska inte vara grumlat.
- Försämring av emotionell kontroll, socialt beteende eller motivation, är ofta en följd av (och ibland föregånget av) försämringen av de kognitiva funktionerna.
- Svårighetsgraden ska vara sådan att demenssymptomen påverkar personens arbete och/eller sociala liv och innebär en klar sänkning från tidigare prestationsnivå.
- Symptomduration ska ha varat minst 6 månader.

När påbörjar man en demensutredning?

Det är av största vikt att inte vänta för länge med att påbörja en demensutredning, ju tidigare desto bättre i flera avseenden. Det finns idag medicinska behandlingsmöjligheter som har effekt på vissa demenssjukdomar. Anhörigstödet och anhörigutbildningen, har en avsevärt större effekt om den kommer igång i ett tidigt skede. Det blir också lättare att motivera till dagverksamhet, hemtjänst eller annat som förbättrar situationen för den demenssjuke och dennes närstående.

När bör man misstänka demenssjukdom?

- Minnesstörning (närminnet), till exempel glömmer var de lägger saker, upprepar sig och har svårt med veckodagar.
- Rumslig desorientering, till exempel svårigheter att hitta i tidigare kända miljöer, hittar inte till sommarstugan, hittar inte längre till dotter/son.
- Språkstörning, till exempel svårare att uttrycka sig, svårare att förstå ord och skrift.
- Praktisk oförmåga, till exempel kan inte längre hantera video, mobiltelefon, betala räkningar, köra bil och laga mat.
- Förvirring
- Initiativlöshet
- Isoleringstendens, till exempel vill helst vara hemma, persienner neddragna, ingen radio påslagen.
- Personlighetsförändring, till exempel omdömeslös, känslomässigt avflackad, insiktslös, aggressiv, blödig.
- Psykiska symtom, till exempel depression, upprymdhet, misstänksamhet, svartsjuka, vanföreställningar (nattliga besök, blir bestulen), synhallucinationer.

Riktlinjer – vem gör vad?

Demensansvarig
sjuksköterska

Distriktsläkare

Kommunens
handläggare

Initiativ till demensutredning kan komma från läkare, distriktsköterska, undersköterska, handläggare, vårdbiträde eller anhörig.

VEM GÖR VAD?

SE BILAGA

Demensansvarig
sjuksköterska

Demensansvarig sjuksköterska ansvarar för demensutredningen.

Demensansvarig
sjuksköterska

Hembesök av demensansvarig sjuksköterska för bedömning.

DistriktsLäkare

Bedömningen lämnas till den ansvariga distriktsläkaren och beslut tas om demensutredning eller annan åtgärd. Patienten och anhöriga informeras att kommunens handläggare är angelägna om att så tidigt som möjligt få information om ärendet.

Checklista

DistriktsLäkare

Distriktsläkaren beslutar vilka åtgärder som ska vidtas enligt särskild checklista. Sjuksköterskan ansvarar för uppföljning av listan.

Demensansvarig
sjuksköterska

Demensansvarig
sjuksköterska

Demensansvarig sjuksköterska intervjuar patienten och anhöriga samt dokumenterar i journalen patientens medicinska anamnes och sociala bakgrund. Om kommunens handläggare är inkopplad påbörjas en social utredning, och behov av bistånd bedöms enligt socialtjänstlagen.

BILAGA 1

BILAGA 2

Kommunens
handläggare

Demensansvarig
sjuksköterska

MMSE (MMSE) och klocktest (vid behov andra tester) görs av demensansvarig sjuksköterska. Kontroll av ortostatisk blodtrycksserie om patienten visar symtom på exempelvis yrsel, falltendens eller tar blodtryckssänkande mediciner.

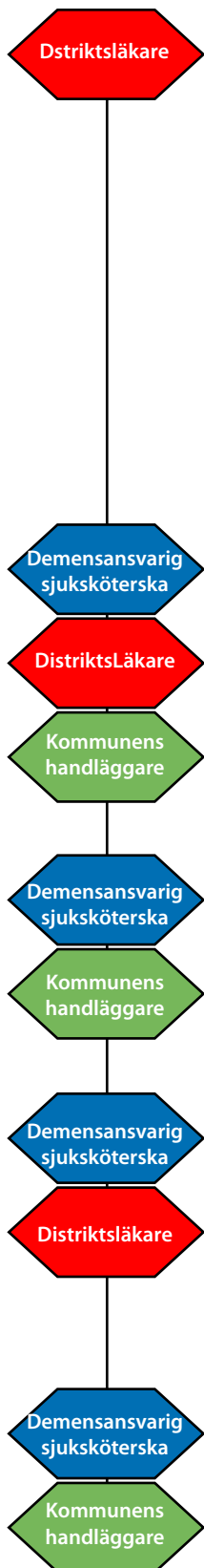
BILAGA 3

BILAGA 4

BILAGA 5



Vem gör vad?



Läkarbesök

Besök 1. Undersökning, nödvändiga remisser för utredning.

Besök 2. Information till patient och anhöriga om utredning, diagnos och läkemedel. Ställningstagande till god man, körkort och vapeninnehav.

Gärna med demenssjuksköterskan närvarande.

Remiss till specialistutredning om diagnos ej kunnat fastställas.

Behandling, se Läkemedelskommitténs rekommenderade läkemedel vid demenssjukdomar, ”**Rekommenderade läkemedel Kalmar län 2006**”

Vårdplanering ska ske snarast efter läkarbesöket. Demenssjuksköterskan är sammankallande. Distriktsläkare, demenssjuksköterska och kommunens handläggare har var för sig dokumentationsansvar inom sitt område. Demenssjuksköterskan ansvarar för den sammanfattande dokumentationen och kommunens handläggare beviljar sociala insatser vid behov och efter ansökan från den enskilde.

Uppföljning och individuella vårdplaner. Eventuellt förnyade vårdplaneringar.

Uppföljning av behandling vid demenssjukdom bör ske efter 6 och 12 månader samt vid behov av distriktsläkare i samråd med demensansvarig sjuksköterska. Där ska ingå MMSE, klocktest och P O Sandmans formulär för uppföljning.

Utbildning och informationsträffar för anhöriga ansvarar primärvårdens demensansvariga sjuksköterska för. Sjuksköterskan är sammankallande till de tre första träffarna. Kommunen ansvarar för fortsatt anhörigstöd i form av närståendegrupper.

BILAGA 6

BILAGA 7

BILAGA 8

BILAGA 9

BILAGA 10

CHECKLISTA

Basal utredning

(Individuell hantering)

- Patienten informerad om att utredning påbörjas
- Anhöriga informerade om att utredning påbörjas
- Medicinsk anamnes (demensansvarig sjuksköterska)
- S-TSH
- Elektrolytstatus inkl kalcium
- Blodstatus
- Blodglukos
- P-Homocystein
- MMSE
- Klocktest
- Ortostatisk blodtrycksserie
- Läkareundersökning inkl neurologstatus
- EKG
- CT-hjärna
- God man-intyg
- Körkortsbedomning
- Innehav av skjutvapen
- Vårdplanering
- Patienten informerad om resultatet av utredningen
- Anhöriga informerade om resultatet av utredningen

Kompletterande utredning vid behov

- Kolesterol
- Leverstatus
- Liquoranalys
- CBF
- EEG
- Neuropsykologisk testning
- AMPS
- Körkortstest



SOCIAL LIVSHISTORIA

Datum

Personnummer	Namn	
Postadress	Postnummer	Ort
Telefonnummer	Civilstånd	

Intervjuare
Intervjuad (namn, relation)

FAMILJEFÖRHÅLLANDEN

Födelseort	
Far	Mor
Syskon	
Nuvarande bostad, läge och storlek	Sedan när
Sommarbostad -	Övriga boendeorter
Make/maka, tidigare giftermål/samboförhållande	
Barn, egna/gemensamma	
Barnbarn	
Vänner/umgänge	
Husdjur -	

UTBILDNING/YRKE

Skola	Yrke/arbetsplatser
-------	--------------------

PERSONLIGT

Viktiga händelser i livet, från barndom eller senare
--

Intressen	Föreningsliv
Religion	Militärtjänstgöring
Körkort	Bil

bILAGA 1, forts

PERSONLIGA VANOR

Sömn och dygnsrytm	Matvanor
Röker/snusar	Alkohol

VANOR/HYGIEN

Dusch/bad	Fotvård
Toalett	Rakning
ADL	

HJÄLP I HEMMET

Beviljade insatser enligt SoL	Hjälp av anhörig eller annan
-------------------------------	------------------------------

EKONOMI

Vem sköter ekonomin

RÖRELSEFÖRMÅGA

Färdtjänst, förflyttningshjälpmedel
Övriga hjälpmedel; tandprotes, hörapparat, glasögon etc.

ÖVRIGT AV INTRESSE

Sammanfattning

Anamnes – anhörigintervju

Patient

.....
namn, personnummer, adress och telefon

Intervjuad

.....
anhörig/närstående, namn och telefon

.....
relation till patienten

Intervjuare

.....
namn, titel, arbetsplats, telefon

Datum för intervjun

.....
ÅÅÅÅ-mm-dd

Anhörigintervjun – demensutredningens bas

I ett mycket tidigt skede av en demenssjukdom eller vid lindriga kognitiva störningar av annan orsak kan den utredande läkaren få utförliga anamnestiska uppgifter direkt av patienten.

Tidig utredning är alltid önskvärd. Ofta initieras dock en demensutredning först vid en tidpunkt då en nedsättning av kognitiva funktioner har lett till problem. Patienten kan ha svårt att minnas, tidsbestämma, uttrycka eller inse vikten av data som är vitala för en korrekt bedömning av hur tillståndet har utvecklats.

Med respekt för integritet och hänsyn till förmågan att ta emot information får man då på lämpligt sätt göra patienten införstådd med att de anhörigas uppgifter till läkaren är nödvändiga.

Läkaren kan naturligtvis själv hämta information från patientens närstående. Ett alternativ som kan vara både tidsbesparande och värdefullt är att delegera till en demenskunnig vårdcentralsköterska eller distriktssköterska att träffa anhörig (a) för en strukturerad intervju.

Med denna som grund inför läkarbesök kan anamnesen fördjupas och vidare utredning planeras med god målinriktning.

För att uppgifterna i intervjun ska vara tillförlitliga krävs att uppgiftslämnaren känner patienten väl och sedan en lång tid har inblick i hennes/hans vardag.

Den etablerade kontakten mellan en sjuksköterska och patientens familj kan ha en viktig psykosocial funktion, inte minst genom ökad möjlighet för anhöriga att finna stöd i sin ofta utsatta situation. Patienten kan också behöva särskild information inför en utredning på grund av oro eller bristande motivation.

I samråd med patientens läkare kan sjuksköterskan dessutom vid behov engagera andra viktiga personer, med fördel i form av teaminriktat samarbete.

- Distriktsterapeut (för funktionsbedömning samt råd om anpassade aktiviteter och hjälpmedel).
- Handläggare från kommunen för lämpliga biståndsinsatser såsom hemtjänst, dagverksamhet eller alternativt boende.
- Kurator för samtal med anhörig eller patient i kris.
- Demenssjuksköterska för stöd och handledning vid särskild problematik.
- Rådfråga det lokala psykiatriska specialistteamet om utredningen inte leder till säker diagnos eller om det råder tveksamhet om lämplig behandling.

Markera vilka angivna exempel som stämmer i det aktuella fallet. Komplettera och exemplifiera med egna noteringar.

Minnesstörning

Amnesi – oftast nedsättning av närminne/episodiskt fjärrminne

Svårare än tidigare att komma ihåg aktuella händelser – både massmediala och privata?

Tillkomna svårigheter att minnas tidpunkter, överenskommelser eller innehållet i förda samtal?

Försämrad tidsuppfattning? Ökat behov av minneshjälpmiddel (lappar, anteckningsbok etc)?

.....

.....

Visuospatial oförmåga

Agnosi (visuell) – avtagande formsinne och rumsuppfattning

Svårare än tidigare att hitta i nya miljöer eller välkända omgivningar? Tillkomna svårigheter att känna igen föremål, bilder, symboler eller ansikten? Försämrad avståndsbedömning?

.....

.....

Språkstörning

Afasi

Ordglömska? Benämningssvårigheter? Stakningar eller omkastningar av ord/stavelser? Upprepning av ord eller uttryck? Avtagande intresse för eller förmåga till samtal, läsning, radiolyssnande, tv-tittande eller brevskrivning? Svårare att fylla i blanketter, betala räkningar eller växla pengar?

.....

.....

Praktisk oförmåga

Apraxi

Tillkommen osäkerhet (felaktiga rörelser eller handgrepp) vid utförande av vardagliga praktiska sysslor? Exempel: Klä sig. Handskas med köks- eller hobbyredskap. Sköta reglage på hushållsapparater eller i bilen.

.....

.....

Notera även om motoriska störningar i egentlig mening observerats

Förlamningssymptom? Muskelkramper eller muskelstelhet? Allmänt trögare kroppsrörelser?
Förändring av gångmönster eller kroppshållning? Balansrubbnig? Darrhänthet? Otydligt tal?

.....

.....

Förändring av personlighetsdrag

Avtagande engagemang och handlingskraft? Mental förlångsamning (trögare tänkande)? Förändring av temperament eller sinne för humor? Emotionell avflackning (avtrubbade/mindre spontana känslreaktioner)? Nedsatt omdöme eller insikt? Ändrat sätt i umgänget med andra? Tillkomst av störande, generande eller på annat sätt problematiskt beteende?

.....

.....

Aktuella psykiska symptom

Nedstämdhet? Omotiverad upprymdhet? Labilt humör? Aggressivitet? Ängslan? Ängest? Rastlöshet? Sömnsvårigheter? Tvångstankar eller tvångshandlingar? Syn- eller hörselvillor? Vanföreställningar (till exempel obefogad misstänksamhet)?

.....

.....

För hur länge sedan och i vilken situation märkte anhöriga att patientens minne eller annan intellektuell funktion sviktade?

.....

.....

Har anhöriga idéer om eventuella utlösande faktorer?

Skallskada? Stroke eller annan sjukdom med påverkan på nervsystemet? Förgiftning? Medicinbiverkningar? Psykisk sjukdom? Traumatisk livshändelse? Misstänkt ärftlig belastning.

.....

.....

Med vilket förlopp anger anhöriga att symptomen utvecklats?

Gradvis/smygande? Stegvis/etappvis? Plötsligt? Periodvis/episodiskt?

.....
.....

Har patienten för de anhöriga nämnt att hon/han upplevt något symptom eller något i sin situation som särskilt svårt?

.....
.....

Uppfattar anhöriga några alarmerande varningssignaler?

Uttryckta suicidtankar? Trafikincidenter? Farlig vapenhantering? Ovarsamhet med eld? Svårigheter att sköta medicinering? Missbruksproblem? Inkontinens? Störd omgivning? Hotad ekonomi? Risk att utnyttjas?

.....
.....

Upplever anhöriga särskilda påfrestningar?

.....
.....

Mini Mental Test/MMT

(Efter Folstein MF et al. J Psychiatr Res 1975;12:189-198)

Testning skall ske utan tidspress eller distraherande moment och med värnande om patientens självkänsla. Vid nedsatt allmäntillstånd, sänkt vakenhetsgrad, grav hörselnedsättning, språksvårigheter eller andra faktorer som kan ge orättvisade resultat bör testningen uppskjutas eller ifrågasättas. Testresultatet ger en objektiv värdering av patientens kognitiva funktioner och kan ge vägledning vid utredning av demens eller demensliknande tillstånd. Vid screeningundersökningar har man använt gränsvärden runt 24 poäng för identifiering av kognitiva störningar. Man har ofta god hjälp av upprepad testning för att följa ett förlopp. Observera att demenssjukdom kan föreligga trots gott resultat vid MMT och att avsevärt poängavdrag vid MMT kan avspegla en depression eller konfusion med reversibel kognitiv svikt. CSK -98.

Uppgifterna i denna MMT-version är huvudsakligen formulerade enligt Svensk Förening för Kognitiva Sjukdomar (SFK). Stockholm feb 2000.

PATIENTDATA/PATIENTBRICKA DATUM /

Patient: _____

Datum: _____ Testansvarig: _____

Orientering

Fråga patienten vad det är för: år ____ årstid ____ datum ____ veckodag ____ månad ____ Poäng (maxp.)
= ____ (5)

Fråga patienten var han/hon är:

land ____ län ____ kommun(stad) ____ sjukhus ____ våningsplan ____ Poäng (maxp.)
(vårdcentral/bostadsområde) = ____ (5)

Registrering

Nämna tre föremål (ex nyckel, tandborste, lampa). Be patienten repetera dem. Den första repetitionen avgör antalet poäng, men fortsätt repetera orden till patienten lärt sig dem (upp till 6 ggr).

nyckel ____ tandborste ____ lampa ____ (antal försök: ____) Poäng (maxp.)
= ____ (3)

Uppmärksamhet och beräkning

Be patienten börja vid 100 och dra ifrån 7, och sedan fortsätta dra ifrån 7 tills Du säger stopp (93 -86-79-72-65). Ett poäng för varje rätt svar. Om patienten inte kan eller vill medverka ges 0 poäng.

93 ____ 86 ____ 79 ____ 72 ____ 65 ____ Poäng (maxp.)
= ____ (5)

Be patienten bokstavera ordet "KONST" baklänges. Om patienten gör fel men sedan fortsätter rätt, räkna antalet rätt (ex tsnok 5p, tsonk 3p). OBS! vid förnyad testning av samma patient skall det alternativ som användes första gången användas.

("KONST"baklänges): T ____ S ____ N ____ O ____ K ____ Poäng (maxp.)
= ____ (5)

Minne

Be patienten återge de tre orden du tidigare bad honom/henne lägga på minnet.

nyckel ____ tandborste ____ lampa ____ Poäng (maxp.)
= ____ (3)

Språk

Pröva benämningsförmågan genom att peka på en klocka och fråga patienten vad det är. Gör samma sak med en penna.

klocka ____ penna ____ Poäng (maxp.)
= ____ (2)

Be patienten upprepa: "Inga om, men eller varför". Instruera/tala tydligt! Tillåt bara ett försök. Poäng (maxp.)
= ____ (1)

Utför 3-stegsuppmaning: Ge patienten ett blankt papper, och säg tydligt: "Tag det här papperet i din högra hand, vik det på mitten och lägg det i knät". Ge ett poäng för varje riktigt utförd uppgift. Poäng (maxp.)
= ____ (3)

Visa patienten "Blunda". Be sedan patienten läsa texten och göra som det står. Ge bara poäng om patienten verkligen blundar. Poäng (maxp.)
= ____ (1)

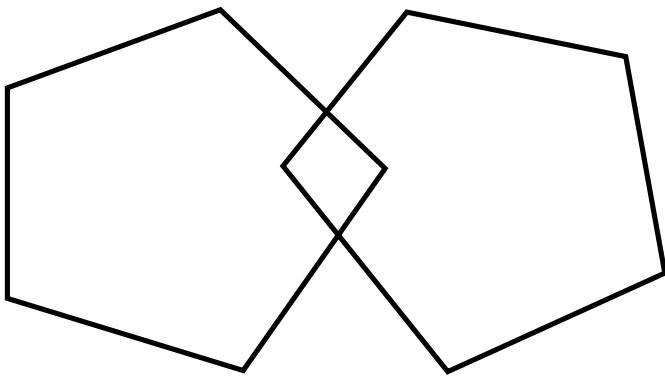
Vänd denna sida och be patienten skriva en mening till dig. Diktera inte. Meningen måste innehålla subjekt och verb och vara förstälig. Poäng (maxp.)
= ____ (1)

Spatial förmågakopiering

Be patienten rita av figuren på blankettens baksida. Alla 10 vinklarna skall finnas och överlappningen skall forma en fyrhörning. Tremor och rotation ignoreras. Poäng (maxp.)
= ____ (1)

Total poängsumma = ____ (30)

BLUNDA



MMT. Instruktioner.

Efter Folstein et al. J Psychiat Res 1975;12:189-198

Instruktion: Innan du börjar utföra MMT, be patienten att sätta sig ner framför dig. Bedöm patientens förmåga att lyssna och se. Om patienten använder hörapparat eller visuella hjälpmedel, se till att de används under testet.

Rätt svar = 1 -5 poäng Felaktiga svar = 0 poäng

Orientering (fråga 1 och 2)

En upprepning tillåts för varje fråga. Fråga först om vilket år det är. Ställ sedan resten av frågorna om tidsorientering. *Ge ett poäng för varje rätt svar (0- 5 poäng)*

Fråga sedan i följande ordning:

"Kan du berätta för mig namnet på detta land."

Ställ sedan resten av frågorna om rumsorientering.

Ge ett poäng för varje rätt svar. (0- 5 poäng)

Registrering (fråga 3)

Fråga patienten om lov för att få testa hans/hennes minne. Namnge sedan tydligt och långsamt tre olika föremål för patienten. Efter att du har namngett alla tre föremålen, be patienten upprepa namnen. Ge ett poäng för varje korrekt upprepning efter det första försöket.

Om patienten inte kunde namnge alla tre föremålen, repetera orden tills patienten kan alla dessa tre (upp till fem försök). Be nu patienten komma ihåg namnen på de tre föremålen.

(0-3 poäng)

För upprepande: nyckel - tandborste - lampa

Uppmärksamhet och räkneförmåga (fråga 4)

Be patienten börja vid 100 och dra ifrån 7, och sedan fortsätta dra ifrån 7 tills Du säger stopp (93-86-79-72-65). *Ett poäng för varje rätt svar.* Om patienten inte kan eller inte vill medverka ges 0 poäng.

Be patienten bokstavera ordet "konst" baklänges. Om patienten gör fel men sedan fortsätter rätt, räkna antalet rån (ex tsnok 5p, tsonk 3p). OBS! Vid förnyad testning av samma patient ska det alternativ som användes första gången användas.

Minne (fråga 5)

Be patienten säga de tre orden som du bad honom/henne komma ihåg. *(0-3 poäng)*

Språk (fråga 6-8)

Benämning: Peka på ett armbandsur/klocka och be patienten benämna den. Gör sedan likadant med en penna. *(0-2 poäng)*

Upprepning: Be patienten lyssna noggrant och upprepa efter dig, "Inga om, men eller varför". Tillåt endast ett försök. Ge ett poäng för rätt upprepning. *(0-1 poäng)*

Tredelad instruktion: Lägg ett blankt A4-papper på bordet, be patienten en gång att ta papperet i högra handen, och vika papperet på mitten en gång och sedan lägga papperet i knät. Patienten får inte börja förrän hela instruktionen har givits. *Ge ett poäng för varje rätt moment. (0-3 poäng)*

Läsande (fråga 9)

Visa patienten baksidan av blanketten med texten "Blunda". Be sedan patienten läsa (tyst) och utföra den instruktion som står på pappret. *(0-1 poäng)*

Skrivning (fråga 10)

Be patienten skriva en mening till dig på baksidan av frågeformuläret. Dikttera inte meningen, den ska vara spontan. Meningen måste ha ett subjekt, ett verb och vara förståelig.

Du får hjälpa patienten med att säga: "Var god skriv något meningsfullt som du kan tänka på" eller "skriv något om vädret eller hur du mår". Ignorera stavfel. *(0-1 poäng)*

Kopiering (fråga 11)

Visa patienten figuren av pentagonerna. Be henne/honom rita bilden precis som den ser ut. Patienten får hålla på med detta (och göra misstag) till han/hon säger sig vara färdig. Varje pentagon måste ha 5 vinklar och måste korsa varann så att det finns 4 hörn. Ignorera darrhänthet och rotation. *(0-1 poäng)*

Tolkning

MMT är en grov skattning av olika kognitiva hjärnfunktioner. Därför är det viktigare att värdera vilka funktioner som verkar nedsatta och vad dessa funktionsnedsättningar kan bero på, än att sätta en distinkt poänggräns för friskt eller sjukt. Således kan man prestera 27 poäng där man missar något på orientering och på räkneförmågan och vara fullt frisk. Men man kan också ha 27 poäng där poängförlusten beror på visuospatial oförmåga (kan ej kopiera figur), minnesstörning (missar två föremål på närminnestestet), där man starkare måste misstänka underliggande sjukdom i hjärnan och utreda vidare. Man måste dessutom beakta att MMT kan vara normalt i tidiga fall av demenssjukdom där patienten eller anhöriga är övertygade om att något är fel. Sådana fall bör remitteras till specialist inom demenssjukdomar.

KLOCKTEST

PATIENTDATA/PATIENTBRICKA DATUM

Datum: _____

Testansvarig _____

INSTRUKTIONER

På ytan nedan, var snäll och rita en urtavla och placera siffrorna på det korrekta stället.
Rita sedan in visarna på tio minuter över elva.

Ortostatiskt prov

PATIENTDATA/PATIENTBRICKA _____ DATUM _____

Namn.....US-datum.....

PersonnummerKlockan.....

Utfört av

LIGGANDE	STÅENDE				
Efter 10-15 min vila	Omedelbart efter uppresning	Efter 1 min	Efter 3 min	Efter 5 min	Efter 10 min
Blodtryck					
Pulsfrekv.					

Vila 10-15 min. Notera eventuella subjektiva symtom.

Vid flera degenerativa sjukdomar i CNS får man en autonom dysfunktion med brister i blodtrycksregleringen. Detta är mest framträdande vid Lewybodydemens och Parkinsons sjukdom. Vid demenssjukdom generellt brukar blodtrycket sjunka även hos de som haft hypertoni.

Påvisad ortostatism och hypotoni har betydelse för diagnostik och läkemedelsanvändning.

Utvidgad utredning

En utvidgad utredning kan ske om diagnosen är oklar efter den basala utredningen. Även distriktsläkare kan skicka remiss för CBF (fys lab), EEG (fys lab) och geropsykologbedömning (psykiatrisk klinik) om man har erfarenhet att tolka utlåtanden. Lumbalpunktion görs oftast på specialistklinik men kan i princip även utföras på vårdcentral.

Cerebral blodflödesmätning (CBF el SPECT)

Mäter blodflödet till hjärnan och är i vissa avseenden mer känslig än CT och MRT. Med CBF kan man oftast differentialdiagnostisera mellan frontallobsdemens och Alzheimers sjukdom. Likaså ger CBF viktig information i tidiga fall; bakre hypoperfusion stärker AD-misstanke. Subcortical demens kan i regel påvisas.

EEG

Används allt mindre, ger grov information huruvida hjärnskada föreligger eller ej (lågfrekvent aktivitet vid hjärnskada). Ger i regel ingen information om typ av demens och ger ingen vägledning i tidiga fall. Epilepsi kan påvisas.

Geropsykolog eller neuropsykologbedömning

I en bedömning ingår mer omfattande kognitiv testning samt rådgivning och stöd. Psykometri är främst indicerat i tidiga fall (MMSE >25). Ger information huruvida det finns tecken på organisk hjärnskada eller pseudodemens eller depression kan påvisas. Har ofta svårt att differentialdiagnostisera mellan demenstyper.

Lumbalpunktion

Har kommit att inta en allt större plats i diagnostiken på specialistkliniker, särskilt i diagnostiken av Alzheimers sjukdom. De prover som brukar tas är **elfores** som kan påvisa barriärskada – talande för vaskulär demens.

Det finns numera tre markörer för Alzheimers sjukdom i likvor: **tau-protein, fosfo-tau och betaamyloid**, varav fosfo-tau är helt specifikt för Alzheimers sjukdom. Totaltau och fosfo-tau är förhöjt vid AD medan betaamyloid är sänkt.

Ett fjärde protein NFP (neurofilamentprotein) kan tas vid misstanke om frontallobsdemens. Detta är då ofta kraftigt förhöjt. NFP kan vara lätt förhöjt vid subkortikal vitsubstanssjukdom. Enligt preliminära data är Alzheimermarkörerna patologiska mycket tidigt i sjukdomsförloppet, kanske även innan sjukdomen givit kliniska symtom.

AMPS och körkortstest

Bedömningar som kan göras av distriktsarbetsterapeut (remiss krävs). AMPS mäter motorik- och processfärdigheter.

Specialistremiss – när?

Både i Västervik och Kalmar finns specialister i demenssjukdomar vid geriatriska klinikerna. Remiss kan alltid skickas när basal utredning är gjord, vid tveksamhet angående diagnos och i följande fall:

- Atypiska fall eller osäker diagnos
- Misstänkt frontallobdemens
- Misstänkt Lewybodydemens
- Yngre patient (yngre än 65) eller misstänkt MCI – Mild kognitiv störning och BPSD – Beteendemässiga och psykiatriska symtom vid demenssjukdom
- Svår BPSD-problematik (ropbeteenden, agitation med mera)
- Terapisvikt
- Önskemål om second opinion – bedömning av annan läkare för att få diagnosen bekräftad
- Frågeställning om nyintroducerade läkemedel
- Önskemål om lumbalpunktion för analys av liquormarkörer (det ska framgå av remissen om bara lumbalpunktion önskas)

Vad bör ingå i en vårdplanering?

Medicinsk genomgång

- Demensdiagnos
- Funktionsbedömning
- Medicinsk behandling
- Intyg om nödvändig tandvård

Övrigt

- Körkort
- Vapen
- God man

Social genomgång

- Insatser enligt socialtjänstlagen, exempelvis dagverksamhet, hemtjänst och korttidsboende

Anhörigas synpunkter

- Förväntningar och önskemål

Planering

Åtgärder och uppföljning

Namn på skattarePatientens namn och ålder.....

Uppföljning av behandling vid demenssjukdom

Instruktion: Formuläret omfattar 21 frågeområden. Din bedömning av effekt av behandling bygger på en intervju av anhörig/vårdare och grundas på hur anhörig/vårdare upplevt patienten under den senaste veckan. På baksidan finns varje frågeområde närmare definierat. Dessa frågor ställer du till patientens anhöriga eller vårdare. Skattningen bygger på observerade förmågor. Bedömningen avser en jämförelse med det tidigare undersökningstillfället.

Datum för bedömning Aktuell MMSE poäng

Datum behandlingsstart Uppgifter lämnade av:

Preparat (mg/dygn) (.....) Vårdare (namn, titel)Preparat (mg/dygn) (.....) Nästående (namn, rel.)

Demensdiagnos Uppföljning nr:

Boendeform 1 2 3 4 5
 6 7 8 9 10

Mycket sämre	Sämre	Oförändrat	Bättre	Mycket bättre	Mycket sämre	Sämre	Oförändrat	Bättre	Mycket bättre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	-	0	+	++	--	-	0	+	++
1. Orienteringsförmåga till person					12. Nedstämdhet				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	-	0	+	++	--	-	0	+	++
2. Rumslig orienteringsförmåga					13. Oro				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	-	0	+	++	--	-	0	+	++
3. Orientering i tid					14. Aggressivitet				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	-	0	+	++	--	-	0	+	++
4. Tempo					15. ADL				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	-	0	+	++	--	-	0	+	++
5. Närvaro					16. Rörelseförmåga				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	-	0	+	++	--	-	0	+	++
6. Minne					17. Fattningsförmåga				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	-	0	+	++	--	-	0	+	++
7. Initiativ					18. Tal (kommunikationsförmåga)				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	-	0	+	++	--	-	0	+	++
8. Intresse					19. Välbefinnande				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	-	0	+	++	--	-	0	+	++
9. Stresstålighet					20. Vårdtyngd				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	-	0	+	++	--	-	0	+	++
10. Omtanke					21. Sammanfattande bedömning				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	-	0	+	++	--	-	0	+	++
11. Humör									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
--	-	0	+	++					

1. Orienteringsförmåga till person

Patientens förmåga att till exempel veta vem han/hon själv är, känna igen närstående (make/maka, barn, barnbarn), vänner, grannar eller annan för patienten betydelsefull person.

2. Rumslig orienteringsförmåga

Patientens förmåga att till exempel hitta i den egna bostaden/boendet (toaletten, köket, sovrummet), hitta i den närmaste omgivningen utomhus.

3. Orientering i tid

Patientens förmåga att till exempel skilja på årstider, dag och natt, veta vilket år det är, dag, datum, tidpunkt på dygnet.

4. Tempo

Upplevelse av den takt, hastighet patienten genomför olika aktiviteter i det dagliga livet, till exempel av- och påklädning, ätande, förflyttning.

5. Närvaro

Upplevelsen av i vilken grad patienten känslomässigt är närvarande vid tilltal eller i aktivitet, grad av vakenhet, kontakt.

6. Minne

Förmåga att komma ihåg aktuella saker i vardagslivet.

7. Initiativ

Upplevelse av patientens spontana initiativ till aktivitet. Mer eller mindre alert. Kan till exempel vara att ta initiativ till att se på tv, att hämta tidningen, bre sig en smörgås, att inleda samtal.

8. Intresse

Patientens intresse för sig själv, till exempel eget utseende, kläder, håret eller intresse för vilken mat som serveras. Frågar efter saker eller personer.

9. Stresstålighet

Patientens förmåga att klara stressfyllda situationer.

10. Ömtanke

Patientens intresse för andra, förmåga att bry sig om andra.

11. Humör

En sammanfattande bedömning av patientens sinnesstämning.

12. Nedstämdhet

En sammanfattande bedömning av i ord eller beteende uttryck för ledsenhet, gråt eller förtvivan.

13. Oro

En sammanfattande bedömning av förekomst av uttryck för oro och ångest i ord eller beteende.

14. Aggressivitet

En sammanfattande bedömning av förekomst av aggressivt beteende i ord eller handling.

15. ADL

Patientens förmåga att klara att klä sig, sin hygien, sitt ätande samt tarmens och blåsans funktion. Klarar mer eller mindre själv, medverkar mera, mindre motstånd.

16. Rörelseförmåga

Förmåga att förflytta sig, balans.

17. Fattningsförmåga

Patientens förmåga att förstå andra. Förstår situationen, vad som pågår.

18. Tal (kommunikationsförmåga)

Patientens förmåga att göra sig förstådd.

19. Välbefinnande

En sammanfattande bedömning av hur den skattade personen mår. Uttryck för lugn och ro, fridfullhet, att vara tillfreds.

20. Vårdtyngd

En global uppskattning av vårdarens eller anhörigas upplevelse av belastning. Avser både fysisk och psykisk belastning.

21. Sammanfattande bedömning

En sammanfattande bedömning av om patienten förbättrats, försämrats eller är oförändrad i jämförelse med föregående undersökningstillfälle.

Anhörigutbildning – anhörigstöd

Anhörigutbildning bör omfatta tre utbildningstillfällen. Dessa arrangeras av primärvårdens demenssjuksköterska.

1:a träffen

Medicinsk information.

Information om sjukdomen och behandlingsformer ges av läkare, vårdutvecklare och/eller sjuksköterska.

2:a träffen

Information om hjälp i hemmet och om olika boendeformer av kommunens representanter. Eventuell information från överförmyndarnämnden.

3:e träffen

Bemötande, råd och tips i olika situationer.

Efter dessa tre träffar ansvarar kommunen för sammankallande av anhörigrupper, förslagsvis en gång/månad.

Innehållet i dessa träffar kan variera efter det behov som gruppen har.

Förslagsvis bjuda in föreläsare från Demensförbundet, annan medicinsk expertis eller person med lång erfarenhet att vårda en demenssjuk anhörig, ekonomisk rådgivning.

Samarbetet mellan kommun och primärvård kvarstår och resurser samordnas, till exempel när det gäller lokaler och föreläsare.

Patientföreningar

ALZHEIMERFÖRENINGEN I SVERIGE

Box 4109, 227 22 Lund

Telefon: 046-14 73 18, Fax: 046-18 89 76

Jourtelefon 020-73 76 10 (må-fr 08.30-16.30)

E-post: info@alzheimerforeningen.nu

www.alzheimerforeningen.nu

DEMENSFÖRBUNDET

Drakenbergsgatan 13, nb, 117 41 Stockholm

Telefon: 08-658 52 22, Fax: 08-658 60 68

E-post: rdr@demensforbundet.se

www.demensforbundet.se

Kontakta Demensförbundet om lokala demensföreningar.

Utvärdering av anhörig/närståendeutbildning

Hur tycker du innehållet i träffarna som helhet har varit? (Ringa in lämpligt alternativ)

- A Mycket bra
- B Bra
- C Mindre bra
- D Dåligt

Kommentar: _____

Hur tycker du innehållet motsvarande dina förväntningar?

- A Mycket bra
- B Bra
- C Mindre bra
- D Dåligt

Var det något som du saknade? _____

Var det något du anser det skulle vara mer eller mindre av? _____

Hur tycker du innehållet motsvarande dina förväntningar?

- A Mycket bra
- B Bra
- C Mindre bra
- D Dåligt

Var det något som du saknade? _____

Var det något du anser det skulle **vara mer** eller **mindre** av? _____

Hur tycker du innehållet motsvarande dina förväntningar?

- A Mycket bra
- B Bra
- C Mindre bra
- D Dåligt

Var det något som du saknade? _____

Var det något du anser det skulle vara **mer** eller **mindre** av? _____

LÄKARINTYG

för utredning i ärende om anordnande av **godmanskap** enligt 11 kap. 4 § föräldrabalken (FB)¹:

”Om någon på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller liknande förhållande behöver hjälp med att bevaka sin rätt, förvalta sin egendom eller sörja för sin person, skall rätten, om det behövs, besluta att anordna godmanskap för honom eller henne. Ett sådant beslut får inte meddelas utan samtycke av den för vilken godmanskap skall anordnas, om inte den enskildes tillstånd hindrar att hans eller hennes mening inhämtas.

När rätten meddelar ett beslut enligt första stycket, skall rätten samtidigt förordna en god man att utföra uppdraget. Om en god man i något annat fall skall förordnas på grund av ett beslut enligt första stycket, skall förordnandet meddelas av överförmyndaren.”

Personuppgifter för den som intyget avser

Efternamn och förnamn		Personnummer	
Utdelningsadress	Postnummer	Postort	
Yrke/titel		Telefon (inkl. riktnr)	
Folkbokföringsort		Identiteten styrkt genom	

Underlag för bedömningen

Nuvarande hälsotillstånd

¹ Kompletterande bestämmelser finns i 11 kap. 17 § FB: ”Innan rätten anordnar förvaltarskap skall den inhämta läkarintyg eller annan likvärdig utredning om den enskildes hälsotillstånd. Detta gäller även i ärenden om anordnande av godmanskap enligt 4 §, när den enskilde inte har lämnat sitt samtycke.”

Efternamn och förnamn	Personnummer
-----------------------	--------------

Underlag för bedömningen (forts.)

Omständigheter som talar för att den enskilde behöver hjälp med att bevaka sin rätt, förvalta sin egendom eller sörja för sin person

Inför handläggningen i tingsrätten

Har den enskilde lämnat sitt skriftliga samtycke till anordnande av godmanskap? Om "ja" skall det skriftliga samtycket från den enskilde bifogas ansökan.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Kan den enskilde höras muntligen utan att detta medför skada för honom eller henne?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Är den enskildes tillstånd sådant att han/hon uppenbarligen inte förstår vad saken gäller?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Utlåtande

Jag intygar att jag efter utredning som innefattar personlig undersökning och med stöd av inhämtade uppgifter har funnit att

(Den enskildes namn)

behöver hjälp med att	<input type="checkbox"/> bevaka sin rätt	på grund av	<input type="checkbox"/> sjukdom
	<input type="checkbox"/> förvalta sin egendom		<input type="checkbox"/> psykisk störning
	<input type="checkbox"/> sörja för sin person		<input type="checkbox"/> försvagat hälsotillstånd
			<input type="checkbox"/> liknande förhållande

Underskrift

Ort och datum		Den legitimerade läkarens namnteckning	
Den legitimerade läkarens efternamn och förnamn		Befattning	
Tjänsteställe			
Utdelningsadress		Postnummer	Postort
Telefon (inkl. riktnr)	Faxnr	E-post	

LÄKARINTYG

för utredning i ärende om anordnande av **förvaltarskap** enligt 11 kap. 7 § föräldrabalken (FB)¹:

”Om någon som befinner sig i en sådan situation som anges i 4 § är ur stånd att vårda sig eller sin egendom, får rätten besluta att anordna förvaltarskap för honom eller henne. Förvaltarskap får dock inte anordnas, om det är tillräckligt att godmanskap anordnas eller att den enskilde på något annat, mindre ingripande sätt får hjälp.

Förvaltaruppdraget skall anpassas till den enskildes behov i varje särskilt fall och får begränsas till att avse viss egendom eller angelägenhet eller egendom överstigande ett visst värde.

Rätten får överlåta åt överförmyndaren att närmare bestämma uppdragets omfattning.

När rätten meddelar ett beslut enligt första stycket, skall rätten samtidigt förordna en förvaltare att utföra uppdraget. Om en förvaltare i något annat fall skall förordnas på grund av ett beslut enligt första stycket, skall förordnandet meddelas av överförmyndaren.”

Personuppgifter för den som intyget avser

Efternamn och förnamn		Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer	Postort
Yrke/titel	Telefon (inkl. riktnr)	
Folkbokföringsort	Identiteten styrkt genom	

Underlag för bedömningen

Nuvarande hälsotillstånd

¹ Kompletterande bestämmelser finns i 11 kap. 17 § FB: "Innan rätten anordnar förvaltarskap skall den inhämta läkarintyg eller annan likvärdig utredning om den enskildes hälsotillstånd. Detta gäller även i ärenden om anordnande av godmanskap enligt 4 §, när den enskilde inte har lämnat sitt samtycke."

Efternamn och förnamn	Personnummer
-----------------------	--------------

Underlag för bedömningen (forts.)

Omständigheter som medför att den enskilde är ur stånd att vårda sig eller sin egendom

Inför handläggningen i tingsrätten

Kan den enskilde höras muntligen utan att detta medför skada för honom eller henne?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Är den enskildes tillstånd sådant att han/hon uppenbarligen inte förstår vad saken gäller?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Utlåtande

Jag intygar att jag efter utredning som innefattar personlig undersökning och med stöd av inhämtade uppgifter har funnit att

(Den enskildes namn)

är ur stånd att vårda	<input type="checkbox"/> sig	på grund av	<input type="checkbox"/> sjukdom
	<input type="checkbox"/> sin egendom		<input type="checkbox"/> psykisk störning
			<input type="checkbox"/> försvagat hälsotillstånd
			<input type="checkbox"/> liknande förhållande

Underskrift

Ort och datum		Den legitimerade läkarens namnteckning	
Den legitimerade läkarens efternamn och förnamn		Befattning	
Tjänsteställe			
Utdelningsadress		Postnummer	Postort
Telefon (inkl. riktnr)	Faxnr	E-post	

Läkares anmälan

(enligt körkortslagen 10 kap 2 § och yrkestrafiklagen 3 kap 5 §)

om medicinsk olämplighet att inneha körkort, körkortstillstånd, traktorkort eller taxiförarlegitimation

(sänds till länsstyrelsen)

<p>A. Innehar</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> Grupp I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> BE <input type="checkbox"/> Traktor </td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> Grupp II <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> CE </td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> Grupp III <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> DE <input type="checkbox"/> Taxi </td> </tr> </table> <p>Anmälan avser</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> Grupp I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> BE <input type="checkbox"/> Traktor </td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> Grupp II <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> CE </td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> Grupp III <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> DE <input type="checkbox"/> Taxi </td> </tr> </table> <p style="font-size: small;">A=tung motorcykel, A1=lätt motorcykel, B=personbil, C=tung lastbil, D=buss, E=tungt släp, Traktor=traktorkort, Taxi=taxiförarlegitimation</p>	Grupp I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> BE <input type="checkbox"/> Traktor	Grupp II <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> CE	Grupp III <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> DE <input type="checkbox"/> Taxi	Grupp I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> BE <input type="checkbox"/> Traktor	Grupp II <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> CE	Grupp III <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> DE <input type="checkbox"/> Taxi	<p>B. Personuppgifter</p> <p>Personnr: _____</p> <p>Namn: _____</p> <p>Adress: _____</p> <p>Telefon: _____</p> <p>Identiteten styrkt genom: _____</p> <p>Personlig kändedom <input type="checkbox"/> ID-kort <input type="checkbox"/> Körkort <input type="checkbox"/></p>
Grupp I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> BE <input type="checkbox"/> Traktor	Grupp II <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> CE	Grupp III <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> DE <input type="checkbox"/> Taxi					
Grupp I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> BE <input type="checkbox"/> Traktor	Grupp II <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> CE	Grupp III <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> DE <input type="checkbox"/> Taxi					

C. Medicinska förhållanden som bedöms innebära en trafiksäkerhetsrisk och som ligger till grund för anmälan

Ange gärna kapitel och paragraf i VVFS 1996:200 (ändrade genom VVFS 1998:89) på vilken anmälan grundas:

VVFS 1996:200 (ändrade genom VVFS 1998:89) _____ kap, _____ §.

Bedöms olämpligheten bestå? Ja Nej Kan ej bedömas

Undersökningsdatum: _____

Patienten uppfyller kraven enligt VVFS 1996:200 (ändrade genom VVFS 1998:89) för:

Grupp I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> BE <input type="checkbox"/> Traktor	Grupp II <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> CE	Grupp III <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> DE <input type="checkbox"/> Taxi
---	--	---

Kan ej ta ställning

.....
Ort och datum

.....
Läkarens underskrift

.....
Adress och telefon

.....
Namnförtydligande, specialitet

Information om länsstyrelsens beslut önskas

Observera att körkortshavaren skall underrättas innan anmälan sker!

Riktlinjer - Demens i Kalmar län

Utdrag ur Körkortslagen (SFS 1998:488)

10 kap 2 § Om en läkare vid undersökning av en körkortshavare finner att körkortshavaren av medicinska skäl är uppenbart olämplig att ha körkort, skall läkaren anmäla det till länsstyrelsen. Innan anmälan görs skall läkaren underrätta körkortshavaren. Anmälan behöver inte göras om det finns anledning att anta att körkortshavaren kommer att följa läkarens tillsägelse att avstå från att föra körkortspliktigt fordon.

Utdrag ur Yrkestrafiklagen (SFS 1998:490)

3 kap 5 § Om en läkare vid undersökning av en innehavare av taxiförarlegitimation finner att denne av medicinska skäl är uppenbart olämplig att inneha sådan legitimation, skall läkaren anmäla det till prövningsmyndigheten (länsstyrelsen). Innan någon anmälan görs skall läkaren underrätta innehavaren. Anmälan behöver inte göras om det finns anledning att anta att innehavaren kommer att följa läkarens tillsägelse att avstå från att föra ett fordon i sådan trafik som avses i 1 § yrkestrafiklagen.

Utdrag ur Vägverkets föreskrifter om medicinska krav för innehav av körkort m m (VVFS 1996:200, ändrade genom VVFS 1998:89)

19 kap 1 § Frågan om en körkortshavare, innehavare av körkortstillstånd, traktorkort eller taxiförarlegitimation av medicinska skäl är uppenbart olämplig att inneha körkort eller taxiförarlegitimation, skall bedömas med utgångspunkt från de medicinska krav som föreskrivs i VVFS 1996:200 (ändrad genom VVFS 1998:89) 1-14 kap.

19 kap 2 § En anmälan skall vara skriftlig och innehålla de uppgifter om körkortshavarens, traktorkortshavarens eller innehavarens av taxiförarlegitimation hälsotillstånd som framkommit vid undersökningen och som har betydelse för frågan om fortsatt körkortsinnehav.

Vapenlagen

”Läkare är skyldig att anmäla till polisen om någon som är intagen för psykisk störning och innehar, eller kan tänkas inneha, vapen samtidigt som det kan antas att den intagne inte bör inneha vapen”.

Enligt SoS meddelande 13/2000 har anmälningsskyldigheten i praxis utvidgats till att även gälla öppenvård.

SOCIALSTYRELSENS MEDDELANDEBLAD NR 13/2000 OKTOBER 2000

Ändringar i vapenlagen (1996:67)

Den 1 juli 2000 trädde vissa ändringar i vapenlagen i kraft. Ändringarna syftar till att ytterligare motverka att skjutvapen används vid våldsbrott eller missbrukas på annat sätt. Skjutvapen bör inte innehas av personer som vårdas för psykisk störning och är olämpliga att inneha sådana vapen.

Den ansvarige läkarens skyldighet att omedelbart anmäla detta förhållande till berörd polismyndighet har därför utvidgats till att även omfatta patienter inom den öppna psykiatriska vården.

Socialstyrelsen har upphävt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 1993:7) Anmälan till polismyndighet om hinder för innehav av skjutvapen. Den ansvarige läkaren behöver följaktligen inte längre göra en anmälan till polismyndigheten på den av Socialstyrelsen tidigare fastställda blanketten. En anmälan får därför göras på annat lämpligt sätt.

I vår praxis innebär det att kriterierna för innehav av vapen överstämmer i stort med de krav som gäller för körkortsinnehav.

Arbetsgrupp

Arbetsgruppen som reviderat och sammanställt
vårdprogrammet har träffats under hösten 2005.

Medverkande i gruppen:

Anders Haglund
överläkare

Ingrid Fägert Johansson
distriktsläkare

Vivianne Alenius
överläkare

Ingela Carstenbach
distriktsläkare

Åsa Johansson-Rehn
demenssjuksköterska

Marie Arvidsson
distriktsköterska

Marie Gustafsson
demenssjuksköterska

Monica Jeansson
demenshandläggare

Mona Wiman
distriktsköterska

Monica Svannäs
demenssjuksköterska

Helen Holmström
distriktsköterska

Sonja Karlsson
handläggare

Jan Strömquist
demenssamordnare
0480-842 91
0702-15 08 74

Britt Gustavsson
handläggare

