Upprättare: Ulrika S Mjöhagen

Fastställare: Ulrika Mjöhagen

Autism och intellektuell funktionsnedsättning, förstärkt samverkan vid komplext vårdbehov, checklista

Identifiering av komplext vårdbehov

Patient med flera diagnoser, både neuropsykiatrisk diagnos och/eller intellektuell funktionsnedsättning i kombination med psykiatrisk diagnos som kräver flera kompetenser i bemötande och insatser. Utöver detta ska även ett eller flera försvårande omständigheter finnas enligt behandlares bedömning. Se exempel nedan.

Patient

- som lever i en psykosocialt utsatt livssituation
- som har en livssituation med våld i nära relation
- som har en livssituation med hemlöshet
- som lever i social isolering
- som befinner sig där det finns förekomst av hot/våld mot andra (i nätverket eller gentemot sjukvården/omvårdnad) eller annan svårbemött beteendeproblematik
- med bristande följsamhet till erbjudna och planerade insatser från någon del av sjukvården
- som pga. låg funktionsnivå ej kan föra sin egen talan
- i behov av extra habiliterings- eller psykiatrikompetens i bemötandet, t ex mer tid, kognitivt stöd /kommunikationsstöd
- med rättshaveristiskt beteende
- med självskadebeteende
- med hög suicidrisk
- med beroendeproblematik

Samverkansbehov enligt nivå 3[1]

Nivå 3: Psykiatri, habilitering och primärvård har gemensam vårdplanering med patienten. Vid behov skapas ett team runt patienten med aktörer från respektive verksamhet som ger gemensam insats till patient. Det kan innebära att verksamheter under begränsad tid går utanför sina ordinarie uppdrag.

[1] Se rutin Autism och intellektuell funktionsnedsättning - samverkan mellan PV, VUH och VUP, Hälso- och sjukvård Region Gävleborg

Förberedande möte/tjänstemannamöte

Bjud in till möte med de enheter som tidigare haft kontakt med patienten.
Respektive vårdenhetschef utser ansvariga för att delta i mötet.

- Utse mötesledare samt dokumentationsansvarig
- Presentera journalgenomgång
- Följande områden tas i beaktande vid planeringen
  - Kommunala insatser
  - Förvaltare och godeman
  - Somatisk hälsa
- Utse Fast vårdkontakt samt behandlande roller inom respektive verksamhet
- Aktualiserande enhet kallar efter samtycke från patient till SIP, beakta behov av samverkan med exempelvis – Försäkringskassan, LSS, Arbetsförmedlingen, Socialtjänsten etc.
- Diskutera förutsättningar och överenskommelser inför en Gemensam vårdplan

Den gemensamma vårdplanen

Vårdplanen är tvärprofessionell och prospektiv, vilket innebär att alla journalföringspliktiga yrkesgrupper tillför och ansvarar för sin del i den gemensamma vårdplanen som pekar framåt i tiden. Vad ska göras/vad är viktigt för patienten från och med nu och framåt. Den ska betraktas som ett samlingsdokument för patientsäker vård.

Vårdplan upprättas snarast möjligt för att involvera och engagera patienten i sin egen vård. Den ska innehålla problemområde, diagnoser, problem, risker och mål samt tydliggöra bedömningar och rekommenderat vårdinnehåll för att underlätta utvärdering av insatser.
Dokumentera enligt **SMARTA mål:**

- **Specifikt** - specifikt innebär att målet är exakt och väl definierat samt att man inte kan misstolka
- **Mätbart**- det ska vara lätt att veta när du uppfyllt målet.
- **Accepterat** - alla inblandade accepterar målet
- **Realistiskt** - realistiska ramar så att du känner att det hela är möjligt
- **Tidsatt** - sätt en bestämd tid när målet ska vara uppfyllt
- **Ansvarig** - den person som ansvarar för att planen följs upp

Teamarbete
Det är viktigt att det sker ett verksamhetsövergripande teamarbete runt patienten.
Teammedlemmar utses av respektive vårdenhetschef.
Hur teamarbetet ska se ut formuleras i den gemensamma vårdplanen.

- Vilka insatser kommer respektive verksamhet att ge
- Gemensam planering av struktur och tid, i vilken ordning ges olika insatser
- Vilka insatser ges gemensamt
- Tid avsätts för gemensam handledning vid behov, alternativt att tid avsätts för kollegial handledning

Hur initiera kontakt?

När ett komplext vårdbehov har identifierats hos en patient tas kontakt med respektive enhet enligt nedan. Kontakt sker inte enligt någon turordning utan behovet avgör vilken enhet som ska kontaktas.

<table>
<tr><td>Primärvård</td><td>• Telefon: kontakt tas med Hälsocentral via respektive Vårdenhetschef
• Clinic24: konsultation</td></tr>
<tr><td>Vuxenpsykiatri heldygnsvård</td><td>• Telefon: kontakt tas med respektive Vårdledare på Psykiatrisk vårdavdelning via växel 026-15 40 00</td></tr>
<tr><td>Vuxenpsykiatri öppenvård</td><td>• Remiss: aktualisera via remiss om patienten inte har någon pågående kontakt med den mottagning man vill samverka med

Kontakt kan med fördel tas innan remiss skickas via
• TeleQ: direktkontakt för vårdgivare via knappval Psykiatrisk mottagning
<table><tr><td>Söderhamn</td><td>(0270) 77530</td></tr><tr><td>Bollnäs</td><td>(0278) 38368</td></tr><tr><td>Hudiksvall</td><td>(0650-) 92472</td></tr><tr><td>Gävle</td><td>(026-) 664721</td></tr><tr><td>Sandviken</td><td>(026-)78053</td></tr></table>• Cinic24: konsultation

• Befintliga samverkansforum: ärenden lyfts om möjligt vid ordinarie samverkansforum mellan VUP och VUH</td></tr>
<tr><td>Vuxenhabilitering</td><td>• Remiss: aktualisera via remiss om patienten inte har någon pågående kontakt med den mottagning man vill samverka med

Kontakt kan med fördel tas innan remiss skickas via
• TeleQ: direktkontakt för vårdgivare via knappval Vuxenhabilitering
<table><tr><td>Gästrikland</td><td>(026-1) 5 50 36</td></tr><tr><td>Hälsingland</td><td>(0650) 290 05</td></tr></table>• Cinic24: konsultation

• Befintliga samverkansforum: ärenden lyfts om möjligt vid ordinarie samverkansforum mellan VUP och VUH</td></tr>
</table>