

Vårdprogram Autism 0-17 år VO Habilitering- och Barnpsykiatri

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Innehåll

Vårdprogram Autism 0-17 år VO Habilitering- och Barnpsykiatri	1
1. Syfte och omfattning	3
2. Målgrupp	3
2.1. Prevalens	4
2.2. Orsaker	4
2.3. Samsjuklighet	5
3. Vårdbegäran och remittering	5
3.1. Vårdbegäran	6
3.2. Remittering	6
4. Bemötande	7
5. Första besök	7
6. Vårdplan/Habiliteringsplan	7
7. Samverkan och SIP	8
8. Utredning	8
8.1. Roller och ansvar	8
8.2. Utredningsgång	9
8.3. Återgivning av utredning	12
9. Intyg	12
10. Behandling och insatser	13
10.1. Egenvård	13
10.2. BUH	14
10.3. Nivå 1 - Öppna insatser	16
10.4. Nivå 2 - Gruppverksamhet	17
10.5. Nivå 3 - Individuella insatser	18
10.6. BUP	21
10.7. BUH och BUP i samverkan	22
10.8. Digital vård	23
10.8.1. Digital utbildning - Att bli vuxen	23
10.9. Behandling med läkemedel	24
11. Återbud och uteblivande	24
12. Kontaktavslut	24
13. Uppföljning och kvalitetssäkring	25
14. Dokumentationsinformation	25
15. Styrdokument och referenser	26

1. Syfte och omfattning

Syftet är att ge vägledning i hur vården ska utformas för barn och ungdomar med diagnos autism inom VO Habilitering- och Barnpsykiatri (VO HAB/BUP) Gävleborg. Detta vårdprogram gäller för all hälso- och sjukvårdspersonal inom Barn- och ungdomshabiliteringen (BUH) och Barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Riktlinjerna baseras på bästa tillgängliga kunskap och beprövad erfarenhet. Vårdprogrammet ska följas för den absoluta majoriteten av barnen och ungdomarna. Utifrån omsorgsfull bedömning kan undantag göras vid speciella fall. Detta ska då dokumenteras och motiveras i journalen. Vid utredning autism handhar BUH åldrarna 0-5 år och BUP åldrarna 6-17 år. För habiliterande insatser ligger ansvaret hos BUH för åldrarna 0 -17 år. Insatserna ska syfta till ett fungerande vardagsliv med god livskvalitet och delaktighet i samhället.

2. Målgrupp

Vårdprogrammet omfattar barn och ungdomar till och med 17 år som uppfyller kriterierna enligt American Psychiatric Associations manual Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (DSM-5) för autism 299.00. I dokumentet används begreppet barn för hela åldersspannet för att öka läsbarheten. Begreppet vårdnadshavare har valts framför föräldrar.

Autism, enligt DSM-5, översätts inom International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - Tenth Revision (ICD-10) till F84.0-gruppen. Den består exempelvis av; F840 Autism i barndomen, F841 Atypisk autism och F845 Aspergers syndrom. VO HAB/BUP dokumenterar och registrerar utifrån ICD-10-SE:s klassificerings-rekommendationer. För närmare beskrivning av hela gruppen F84.0 se [ICD-10-SE](#).

Autism kännetecknas av varaktiga brister i förmågan till social kommunikation och social interaktion. Det visar sig i ett flertal olika sammanhang.

Kännetecknande är också begränsade, repetitiva mönster i beteende, intressen eller aktiviteter som visar sig t ex. genom stereotypa eller repetitiva motoriska rörelser, oflexibel fixering vid rutiner, rigida tankemönster, starkt begränsade och fixerade intressen, hyper- eller hyporeaktiv vid sensorisk stimulering eller säreget intresse för sensoriska aspekter av omgivningen.

Det kan vara svårt för barn med autism att utveckla det som kallas theory of mind, det vill säga insikten om att andra har tankar, behov och känslor. Detta kan ställa till missförstånd och problem, särskilt i sociala sammanhang.

Något annat som också är vanligt vid autism är barnets tendens att lägga märke till detaljer framför helhet och sammanhang. I DSM-5 uppmärksammas även att över- och underkänslighet för sinnesintryck förekommer hos personer med autism.

Symtomen måste ha förelegat under den tidiga utvecklingsperioden och påverka nuvarande funktionsförmåga negativt. Om intellektuell funktionsnedsättning föreligger ska inte symtomen bättre kunna förklaras av detta eller av generell psykisk utvecklingsavvikelse. För mer detaljerad beskrivning av kriterierna se [Autism DSM-5](#).

2.1. Prevalens

Prevalensen är något osäker, men 1-2 % av befolkningen beräknas ha någon form av autism. En ökning har skett de senaste åren vilket kan förklaras med att autismbegreppet har breddats och att vården blivit bättre på att upptäcka och diagnostisera autism. Emellertid kan det inte uteslutas att autism också har blivit vanligare. Prevalensen hos pojkar är högre än hos flickor, 2:1 jämfört med 4:1. Det är främst flickor med försenad språkutveckling och intellektuell funktionsnedsättning som får diagnosen autism. Se [Kön och autism](#).

2.2. Orsaker

Autism beror på en mängd olika biologiskt grundade avvikelser i hjärnan. Dessa avvikelser påverkar hjärnans sätt att ta emot, processa och tolka information. Detta leder till svårigheter med de kognitiva funktionerna, begränsade och upprepade beteendemönster och påverkar förmågan till socialt samspel. Det finns många gånger en genetisk och ärftlig faktor vid autism, men även kända biologiska miljöfaktorer kan kopplas till en ökad risk för autism. Avvikelsen som orsakar autism kan uppstå vid olika tidpunkter i barnets liv. Den kan ha uppstått före födelsen (prenatalt), vid födelsen eller under den första levnadsveckan (perinatalt) eller under de första levnadsåren (postnatalt).

Prenatala orsaker kan vara genavvikelser, infektion under graviditeten eller medfödda sjukdomar i ämnesomsättningen. En perinatal orsak kan vara den skada det prematura barnet kan drabbas av på grund av hjärnans omogna blodcirkulation. Bland de postnatala orsakerna finns svåra infektioner i hjärnan som hjärninflammation.

2.3. Samsjuklighet

Samsjukligheten kan finnas med från början eller tillstöta under uppväxten. Den är hög med andra neurologiska utvecklingstillstånd samt psykiatriska och somatiska tillstånd som ADHD, tvångssyndrom (OCD), Tourettes syndrom, Angelmans syndrom, 22q11 - deletionssyndrom, CHARGE association, Cohens syndrom, Cornelia de Langes (CdL) syndrom, Downs syndrom, Ehlers-Danlos syndrom, Fragil X syndrom, Goldenhars syndrom, Landau-Kleffners syndrom, Möbius syndrom, Noonans syndrom osv.

Risken är större för personer med autism att utveckla epilepsi före 30 års ålder och för dem, som utöver autism, även har intellektuell funktionsnedsättning ökar risken ytterligare. Den ökade samsjukligheten kräver extra observans och speciell handläggning.

3. Vårdbegäran och remittering

Normala variationer i barns utveckling eller personlighetsdrag ska inte betraktas som funktionsnedsättning. Symtomen ska sättas i relation till graden av lidande, orsaka klinisk nedsättning av funktionsförmågan och inte förklaras bättre med intellektuell funktionsnedsättning. Ett omdömesgillt och systematiskt sätt att förhålla sig till diagnostik av psykisk ohälsa minskar risken för överdiagnostik. Otrygghet och/eller bristande stimulans efter traumatiserande händelser kan ibland vara tillräcklig orsak till att ett barn kommer efter i sin utveckling eller får svårigheter.

Basnivå och/eller första linjen ska ha kartlagt stressorer och genomfört anpassningar/åtgärdsprogram före remittering. Se samarbetsdokument mellan kommuner och regionen [Arbetsfördelning för barn och ungdomar vid psykisk ohälsa](#). Brister på en nivå vad gäller kompetens och resurser motiverar inte insatser på annan nivå. Se även [Överenskommelse om samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning](#)

För en liten grupp barn med tydlig autismproblematik är det avgörande för behandlingsresultatet med tidig och intensiv beteendemodifierande behandling före 4 års ålder. För att detta ska kunna ske är det viktigt med ett snabbspår, det vill säga att Barnhälsovården (BHV) utan dröjsmål identifierar barnets problematik och att somatisk differentialdiagnostik utesluts. Remiss ska därefter skickas direkt till BUH för snabb utredning, diagnostik och behandling.

3.1. Vårdbegäran

Vårdbegäran ska alltid göras av journalpliktig person i samförstånd med den vårdsökande och/eller vårdnadshavaren. Vid egen vårdbegäran utan psykologbedömning, pedagogisk kartläggning och medicinsk bedömning uppmanas vårdnadshavare att ta kontakt med rätt vårdnivå för god vårdprocess.

Medicinsk bedömning ska göras så tidigt i vårdprocessen som möjligt. Detta för att utesluta potentiellt behandlingsbara somatiska orsaker till problematiken (t.ex. endokrint, onkologiskt eller neurologiskt orsakade symtom).

Språklig bedömning ska göras vid behov med ett särskiljande mellan kommunikationssvårigheter och språkliga svårigheter.

När autism diagnostiserats vid tidigare vårdepisod och nya insatser efterfrågas räcker det med vårdnadshavares vårdbegäran. För att kunna göra en god bedömning behövs ett komplett remissunderlag. Detta för att säkerställa en korrekt medicinskt prioritering av barnet. I samverkan med Elevhälsan i Gävle pågår utarbetande och utvecklande av en remissmall.

I vårdbegäran med frågeställning autism bör barnets kognitiva, sociala och kommunikativa svårigheter och färdigheter beskrivas men även eventuella avvikande beteenden. Det är fördelaktigt om vårdbegäran innehåller resultat av ett screeninginstrument i vilket det finns utfallssvar som styrker misstanke om autism.

Vid vårdbegäran om utredning med frågeställning autism handhar BUH åldrarna 0-5 år och BUP 6-17 år.

3.2. Remittering

Inkommen remiss/vårdbegäran ska ankomstregistreras, se [Vårdkontakter- regler vid registrering](#). Bedömning om remissunderlaget är korrekt ska ske inom tre dagar. Om så är fallet ska vårdsökande kallas till ett första besök som registreras (F) i statistiksystemet Elvis enligt regionens rutin "Tillgänglighet i vården".

Besöket bör ske inom 30 dagar från remiss/vårdbegäran skrivits. För att tillgängligheten till vård ska vara så god som möjligt, ska vårdbegäran/remiss som bedöms ofullständig, eller ställd till fel vårdnivå, snarast skickas tillbaka med skriftlig motivering. För mer detaljerad information om regler vid remisshantering se [SOSFS 2004:11](#) och [Remisshantering](#).

4. Bemötande

Enligt [Patientlagen](#) (SFS 2014:821) ska bemötandet i vården stärka patientens ställning och främja patientens självbestämmande och delaktighet. När patienten är ett barn, är det viktigt att dennes inställning till den aktuella vården eller behandlingen så långt möjligt klarläggs och tillmäts betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad. Barn ska ges förutsättningar både hos BUP och BUH att delta i planering, målsättning och val av insatser. Lokalerna ska vara uppmärksatta och gå lätt att hitta i.

Synen på autism skiljer sig åt i olika kulturer. Bemötandet ska enligt [Hälsö- och sjukvårdslag \(2017:30\)](#) ske från ett transkulturellt perspektiv, se [Vårdhandboken](#). Enligt svensk lag har alla som är i behov av det rätt att få tillgång till tolk i alla myndighetskontakter [Förvaltningslag \(2017:900\)](#).

Inom vården rekommenderas användning av professionella, gärna auktoriserade, sjukvårdstolkar. VO HAB/BUP ska eftersträva skriftlig webbinformation på barnets modersmål.

5. Första besök

Vid det första besöket (F) ska handläggningen utgå från aktuell lagstiftning, bästa tillgängliga kunskap och beprövad erfarenhet. Under besöket ska bedömning göras om barnets problematik kräver vård på specialistnivå och om det finns behov av insatser eller fördjupad utredning. Utifrån bedömning av samsjuklighet och allvarlighetsgrad och tillsammans med differentialdiagnostiska överväganden ska relevant information vägas samman. Informationen ska användas som underlag för vårdplanering tillsammans med patient och vårdnadshavare. Se gällande rutin för Första besök BUH och BUP.

6. Vårdplan/Habiliteringsplan

Vårdplanen (KVÅ AU120) / habiliteringsplanen (KVÅ DV093) är i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen, HSL, en skriftlig överenskommelse mellan barn, vårdnadshavare och BUP/BUH. Den gäller all hälso- och sjukvårdspersonal med självständigt behandlingsansvar och samtliga insatser som erbjuds vid verksamheterna. Planeringen görs vid första besöket och förnyas kontinuerligt utifrån behov. Vårdplanen/habiliteringsplanen ska dokumenteras i avsedd mall i Melior. Barnet och vårdnadshavaren ska erbjudas en utskriven journalkopia på planen. Barn med samsjuklighet och insatser från både BUP och BUH ska erbjudas en samordnad vårdplan. Den samordnade vårdplanen (KVÅ AU120) ska sörja för ett gemensamt ansvarstagande och för att säkra kvaliteten i vården för barn och vårdnadshavare. Se Habiliteringsplan VO Rutin.

7. Samverkan och SIP

Förutom behov av hälso- och sjukvård och habilitering, har barn med autism ofta behov av insatser från andra serviceinrättningar eller myndigheter. En förutsättning för att insatserna från BUP och BUH ska vara verkningsfulla är att barnets omgivning är funktionell och att aktörerna runt barnet samverkar utifrån sina ansvarsområden. Enligt Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen ska, vid behov, en samordning ske mellan dessa aktörer för att integrera insatser, tydliggöra ansvarsfördelningen och sätta gemensamma mål för barnets hälsa. För initiering och genomförande av Samordnad individuell plan se [Regionens rutin för SIP](#).

8. Utredning

Alla vårdnadshavare och barnet med hänsyn till ålder och mognad, måste ha godkänt att en utredning inleds innan start. Neuropsykiatrisk utredning vid autism ska följa en speciell struktur och innehålla vissa moment. Utredningen påbörjas lämpligen utifrån det sammanvägda resultatet från första bedömningen. Kontrollera att misstanke om autism även stöds via t ex den allmänna screeningen. Komplettera anamnesen om något saknas då det är en viktig del i en autismutredning. Kartläggning av graviditet, förlossning, tidig utveckling, utvecklingssteg såsom motorik, språk och samspel, avvikelser i utveckling, medicinska tillstånd osv. ska finnas med och ligga till grund för utredningen, liksom beskrivning av aktuell situation. Vid utredning med frågeställning autism handhar BUH åldrarna 0-5 år och BUP åldrarna 6-17 år.

8.1. Roller och ansvar

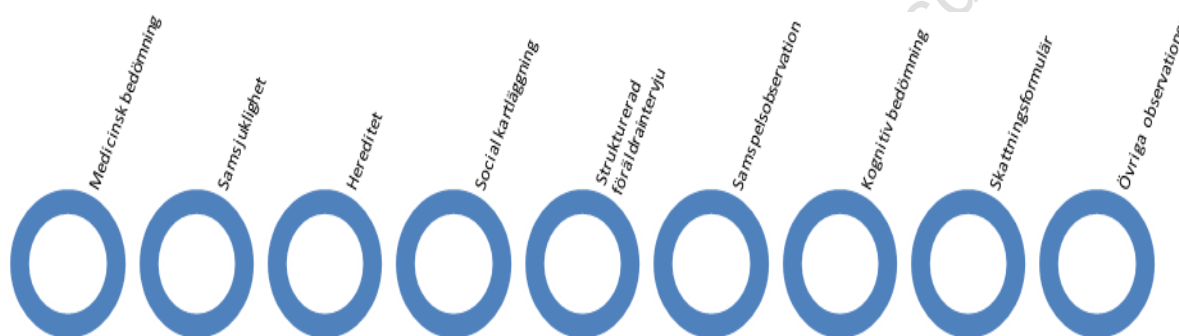
Psykolog är huvudansvarig för genomförandet av utredningen och bedömningen av begåvning/utveckling, adaptiva färdigheter, neuropsykologiska funktioner och screeningen för andra svårigheter. Psykolog ansvarar också för att göra bedömning av differentialdiagnostik gällande begåvning och till viss del psykiatri. Generellt sett görs även en samspelsobservation och en fördjupad intervju. Efter genomförd utredning ansvarar psykolog för sammanställning av utredningsresultatet.

Läkare är ansvarig för medicinsk anamnes och bedömning och avgör om eventuella kompletterande medicinska utredningar ska göras. Läkaren ansvarar för medicinsk och psykiatrisk differentialdiagnostik samt skriver intyg. För att ha en så god logistik som möjligt i utredningen, bör läkarens bedömning ske tidigt under utredningen, men kan i förekommande fall också ske när psykologutredningen är färdig. En medicinsk bedömning ska alltid ingå i autismutredningen.

Övriga yrkeskategorier inom respektive enhet deltar i utredningen när så anses behövt utifrån deras yrkesspecifika kompetens.

8.2. Utredningsgång

Nedanstående beskrivning av utredningsgången utgör de centrala delarna i en autismutredning, gemensamma för BUH och BUP. Utredning av autism ska innehålla följande punkter:



Figur 1. Autismutredningens delar

Medicinsk bedömning

En grundläggande medicinsk och neurologisk bedömning ska göras i samband med alla utredningar. För mer detaljerad vägledning var god se [Svensk neuropediatrik förenings, Snpfs, riktlinjer](#). Kontrollera att syn- och hörselundersökning har genomförts.

Samsjuklighet

Kartlägg somatisk samsjuklighet. Överväg epilepsi med frånvaroattacker, tyreoidesjukdom, postinfektiös hjärnpåverkan eller malignitet. Somatisk samsjuklighet är vanligt och ska hanteras utifrån behov (se ovan).

Kartlägg psykiatrisk samsjuklighet. Överväg om besvären bättre kan förstås som del av annan psykiatrisk problematik. Allmän ångslighet inom en generaliserad ångeststörning, en lågradig men ihållande nedstämdhet eller upprepade trauman, OCD bör kartläggas och bedömas. Använd olika formulär och strukturerade intervjuer för mer diagnosfördjupande screening.

Hereditet

Kartlägg ärftlighet. Autism har en ärftlig komponent. Förekomst av psykiatriska svårigheter hos förälder och nära släktingar kan vara viktig information. Fråga därför alltid efter detta.

Social kartläggning

Kartlägg förekomst av psykosociala stressorer. Den psykosociala miljön har stor betydelse för gestaltningen av autismsymtom.

Kartlägg förekomst av konflikter eller våld, pågående psykisk störning och missbruk i familjen, ekonomisk utsatthet och andra tecken på hög familjestress. Svåra missförhållanden kan förvärra symtom hos utsatta barn, men kan också i sig ge symtom som påminner om autism. Kartlägg även stödjande faktorer. Kan uteslutas om liknande kartläggning har gjorts i nära anslutning till utredning. Vid misstanke om att barn far illa, anmäl till socialtjänsten.

Strukturerad föräldraintervju

I varje autismutredning ska en intervju kring autismsymtom genomföras, i första hand en standardiserad föräldraintervju Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) eller Social Communication Questionnaire (SCQ). ADI-R är en halvstrukturerad intervju för bedömning av beteenden relaterade till autism och autismspektrumstörningar och baseras på DSM-IV- och ICD-10-kriterier SCQ är ett screeninginstrument för bedömning av kommunikationssätt och socialt fungerande hos barn med misstänkt autism eller autismspektrumstörning. I andra hand kan intervjun ske genom icke standardiserad intervju eller skattningsformulär.

Samspelsobservation

I varje autismutredning ska en observation av barnets samspel genomföras. Detta sker i första hand genom en halvstrukturerad och standardiserad samspelsobservation, Autism Diagnostic Observation Schedule Second Edition (ADOS-2), men kan i undantagsfall ske genom icke standardiserad observation. ADOS-2 är en halvstrukturerad, standardiserad observationsbedömning av kommunikation, social interaktion, lek och begränsade repetitiva beteenden.

Kognitiv utvecklingsbedömning

En kognitiv bedömning är viktig för differentialdiagnostik och eventuell tilläggsdiagnos, samt ger mycket viktig information om barnets fungerande och bör därför alltid göras vid en autismutredning. Detta kan uteslutas i undantagsfall, exempelvis om begåvningsbedömning nyligen har gjorts eller barnet inte anses kunna utvecklingsbedömas.

Om barnet misstänks ha en intellektuell funktionsnedsättning så ska alltid en begåvningsbedömning göras.

Vid autismutredning används exempelvis följande instrument för att utreda kognitiv nivå: Wechslerskalorna, SON-R, Leiter-III och Merrill-Palmer.

I samband med kognitiv bedömning ska även en bedömning av adaptiva färdigheter ske, genom Vineland Adaptive Behavior Scales – Second Edition (Vineland-II) eller Adaptive Behavior Assessment System – Second Edition (ABAS-II).

Skattningsformulär

Utforska kriterier för autism över livsloppet och i vilken grad dessa påverkar funktionsnivån. Undersök även i vilken utsträckning symtom påverkar förmågan att fungera åldersadekvat i vardagen, i lek och i nya situationer. För översatta formulär se [Autism Research Centre](#).

Övriga observationer

Utredning av mindre barn (0-5 år) bör innefatta en observation av barnet i sin naturliga miljö, men kan uteslutas om liknande observation har gjorts tidigare och det bedöms att den inte behöver göras igen. En observation av barnet i förskolemiljö (0-5 år) bör också ingå om barnet befinner sig i sådan miljö. Första hand bör observationen ske i en miljö där det finns jämnåriga barn, men om barnet inte går på förskola kan denna del uteslutas. Information från förskola/skola är en viktig del för att förstå ett barn med misstänkt autism. Varje utredning ska därför innefatta information från förskola/skola. Inhämtandet av denna information bör ske genom intervju med personal, men kan även ske genom att personal fyller i formulär eller genom skriftlig pedagogisk bedömning. Observation av skolbarn (6-17 år) sker i särskilda fall då bilden som getts från föräldrar och skolan inte är samstämd.

Vetenskap och beprövad erfarenhet

För att eftersträva likvärdig vård som baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet så ska standardiserade och vetenskapligt beprövade tester användas i vid autism utredningar. Endast i sådana fall där det saknas standardiserade tester så används tester med lägre evidensgrad och då med stor försiktighet. Kvalitativa bedömningar och observationer har en viktig del i utredningar, men alla utredningar ska ändå ha sin grund i standardiserade instrument och bedömningar. När inga instrument går att använda av olika orsaker går även att bedöma autismsymtom genom icke-standardiserade kvalitativa bedömningar. Det kräver lång klinisk erfarenhet för att nå god träffsäkerhet.

Statens beredning för medicinsk utvärdering sammanställde en översikt av det vetenskapliga underlaget för flera diagnostiska instrument och skattningsformulär under 2013. I denna [rapport](#) framgår att endast tre av de 14 diagnostiska instrumenten är utvärderade i mer än en studie.

Dessa är ADI-R, SCQ samt ADOS. Kombinationen SCQ/ADOS eller ADI-R/ADOS har också visat sig bättre än instrumenten var för sig.

8.3. Återgivning av utredning

När utredningen har avslutats ska återgivningen ges både till vårdnadshavare och barn på ett individanpassat sätt. Resultatet av utredningen ska läggas fram och innebörden av eventuella diagnoser ska förklaras på begripligt sätt. Så snart som möjligt efter utredning, ska vårdnadshavare få tillsänt sig ett skriftligt utlåtande där utredningsinnehåll och slutsatser beskrivs.

Vårdnadshavare

Varje utredning ska innefatta en muntlig återgivning av utredningen till vårdnadshavare. Psykolog eller läkare ska alltid delta vid detta möte och övriga deltagare beslutas av det utredande teamet självt.

Barn

Varje utredning ska innefatta en muntlig återgivning av utredningen till barnet. Psykolog ska alltid delta vid detta möte och övriga deltagare beslutas av det utredande teamet självt. Återgivningen bör ske utifrån barnets ålder och mognad så hen har möjlighet att ta till sig informationen på bästa sätt.

Förskola/skola

Skolåtergivning ska erbjudas med vårdnadshavares samtycke om det bedöms värdefullt i det enskilda fallet. Syftet är att förmedla testresultat och slutsatser kring fungerandet för att underlätta anpassningar och förståelse. Förskola/skola ansvarar själva för att adekvat kompetens tar emot informationen så att den kan användas på ett verkningsfullt sätt. I vissa fall kan det dock räcka om förskolan/skolan får ta del av det skriftliga utlåtandet. Återgivningen till förskola/skola kan även ske via telefon.

9. Intyg

Vårdpersonal har skyldighet att utfärda intyg på begäran av den som vårdats eller dess vårdnadshavare om någons vård. För regionens riktlinjer för utfärdandet av intyg se [Intyg-vårdgivardirektiv för utfärdande](#). Socialstyrelsen beskriver via föreskrifter om hur intyg ska upprättas/utformas. Se [SOSFS 2005:29](#).

Den medarbetare som utfärdar intyg ska ha tillräcklig kompetens för uppgiften och för smidig handläggning är det lämpligt att det är den som träffar barnet som skriver intyget. Begäran om intyg bör ske skriftligt via 1177 E-tjänster eller i samband med besök.

För vissa intyg ska avgifter tas ut. I [Avgiftshandboken](#) finns prislista för samtliga intyg. Intyg angående utredning och bedömning om funktionsnedsättning enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, är avgiftsfria.

10. Behandling och insatser

Vid planering av insatser för autism är det viktigt att utgå från aktuell symtombild, grad av funktionsnedsättning, förekomst av samsjuklighet samt risk- och skyddsfaktorer i familjen, skolan och i den sociala miljön. Någon botande behandling finns inte. Insatserna ska ha som mål att minska symtom, höja funktionsnivån samt förhindra påslagringar av funktionsnedsättningen.

10.1. Egenvård

Egenvård är de åtgärder som barnet och vårdnadshavaren själva kan vidta för att påverka måendet positivt. Individens förmåga till egenvård och självhjälp kan stärkas av kunskap och information. I [Vårdguiden](#) 1177 och på VO HAB/BUP:s hemsidor finns länkar och samordning av information om autism. Webbaserade utbildningar om autism för barn och vuxna erbjuds med tips om strategier som kan underlätta vardagen. Via intresseföreningar kan man också få information och kontakt med andra med erfarenhet av autism. Samarbete med förskola/skola är en annan bra grund för att utveckla goda strategier och få vardagsmiljön att fungera.

Egenvården kan stärkas av att barnet eller vårdnadshavaren tar del av det stöd eller de serviceinrättningar som samhället erbjuder utifrån individuell prövning vid diagnos autism t ex genom insatser via LSS eller anhörigstöd från kommunen enligt Socialtjänstlagen (SoL). Försäkringskassans vårdbidrag kan också ansökas som ekonomiskt stöd vid vård av barn med funktionsnedsättning. Se

[Försäkringskassans hemsida](#).

Det finns även tekniska hjälpmedel som faller under egenansvar, se [Hjälpmedel Gävleborg](#).

Under väntan på utredning ska barn och vårdnadshavare uppmuntras att ta del av den information som finns på verksamheternas WEBB-platser i form av poddar, filmer och allmän skriftlig kunskap.

De kan även erbjudas att delta i de informationsträffar och metodutbildningar verksamheterna erbjuder, se schematisk figur 3 sidan 15. Generellt sett ger informativa och kompetenshöjande insatser för vårdnadshavaren god effekt. Att oavsett diagnos titta på specifika situationer och fokusera på att lösa problem kan ge god symtomlindring.

Att få goda rutiner i vardagen vad gäller kost, sömn (se [Sömnhygien](#)) och motion är avgörande för måendet, fysiskt och psykiskt.

10.2. BUH

För barn med autism är habilitering en lagstadgad rättighet enligt Hälso- och sjukvårdslagen Kap 8:7 (se [HSL](#)). BUHs verksamhet syftar till att utveckla och bibehålla bästa möjliga funktionsförmåga, se [Habilitering i Sverige](#).

BUH ska arbeta utredande och behandlande genom insatser som:

- har sin utgångspunkt i funktionsnedsättningen med fokus på det friska
- ger verktyg, strategier och kompenserar för funktionsnedsättning
- leder till aktivitet och förutsättningar för delaktighet
- är framtidsinriktade

BUH ska arbeta hälsofrämjande och förebygga ohälsa genom att:

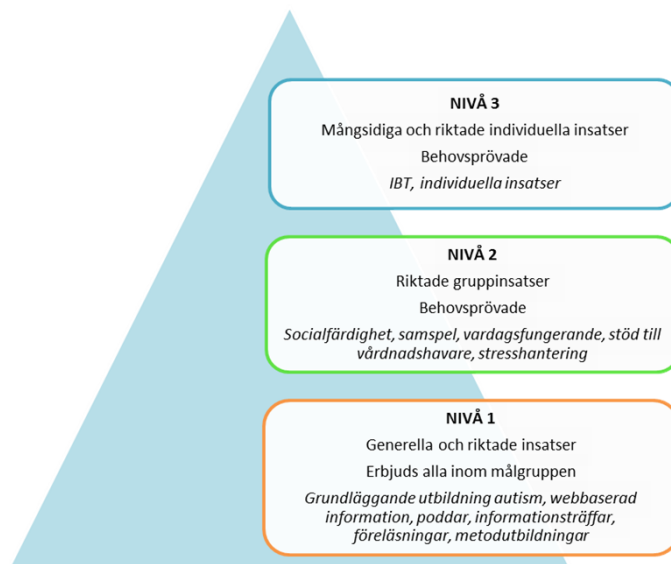
- stärka utvecklingen mot självständighet
- ge stöd i sökandet av samhällsstöd och rättigheter
- ge stöd till vårdnadshavare/anhöriga utifrån barnets funktionsnedsättning
- samverka och samarbeta med övriga aktörer och nätverk

Studier poängterar vikten av tidiga insatser vid autism. Barn 0-6 år ska därför utifrån behov och förutsättningar i nätverket tidigt erbjudas insatser. Insatserna kan vara mångsidig eller riktade. Intensiteten kan variera. Insatserna erbjuds i grupp och individuellt.

Habilitering till barn ska ske i nära samarbete med vårdnadshavare och nätverk. Kunskapsförmedling till barn, vårdnadshavare och nätverk ska vara en central del i verksamheten. Utbildningsinsatserna kan erbjudas i grupp eller individuellt och i olika format, webbaserat, skriftligt och muntligt, se figur 1.

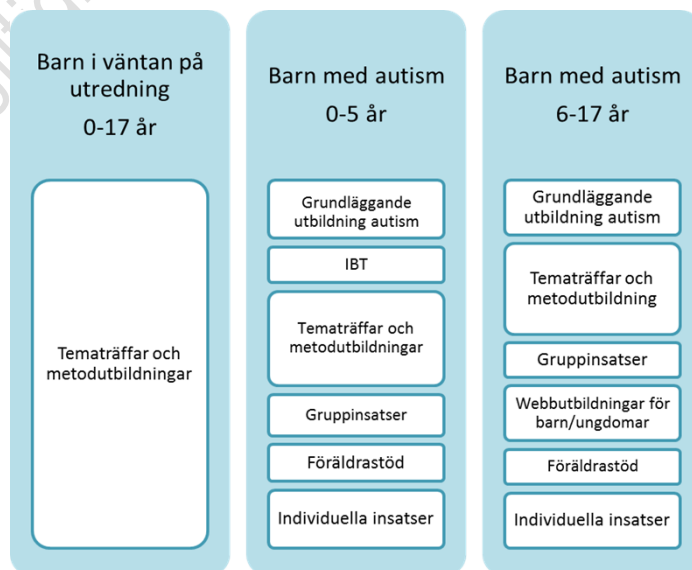
De insatser som erbjuds vid BUH bygger på en hierarkisk modell och kan illustreras med en pyramid, se figur 2. Generellt gäller att mindre resurskrävande insatser ska ges där detta är verksamt enligt LEON-principen (lägsta effektiva omhändertagande nivå).

Barn och vårdnadshavare ska erbjudas insatser på olika nivåer utifrån olika behov. Samtliga insatser inom verksamheten ska vara förankrade i evidens och beprövad erfarenhet.



Figur 2. Insatser som erbjuds inom verksamheten är planerade utifrån resursintensitet

Basen i pyramiden, nivå 1, utgörs i första hand av informativa och kunskapshöjande insatser. De är öppna för alla inom målgruppen. Det är viktigt att omgivningen tidigt får kunskap för att främja en god utveckling hos barnet. BUH erbjuder därför metodutbildningar och informativa insatser även för familjer där barnet väntar på en autismutredning. Se figur 3. Nivå 2 och 3 är fördjupade och behovsprövade insatser. Nivå 2 innefattar gruppinterventioner och nivå 3 individuella interventioner. Individuella insatser är periodbaserade. De är tidsbegränsade, har dokumenterad målsättning, tydlig tidsplan och de utvärderas.



Figur 3. Insatser ges både i väntan på utredning och efter diagnosticering

10.3. Nivå 1 - Öppna insatser

Nivå 1 består av informativa grundläggande insatser. Insatserna erbjuds alla inom målgruppen och ingår i *Föräldrastöd Bas*, [HabQ](#). Insatserna riktar sig till vårdnadshavare, syskon och anhöriga. Information om insatserna och anmälan finns på [Utbildningsportalen](#).

Tematräffar

Informationen i tematräffarna är aktuell för en stor del av målgruppen. Teori varvas med praktiska råd, förmedling av strategier och utbyte av erfarenheter.

Aktuella teman kan vara:

- *Inför vuxenlivet*
- *Kissa och bajs*
- *Kost och ätande (anpassning av måltid, aktivitet och miljö, struktur)*
- *Samhällsstöd och rättigheter*
- *Skola*
- *Sömn*

Metodkurser

Metoder, strategier och verktyg är aktuella för en stor del av målgruppen och erbjuds i första hand i gruppform.

Bildverkstad

Vårdnadshavare till barn med behov av kognitivt stöd erbjuds Bildverkstad. Insatsen ger kunskap om hur bilder kan användas som stöd i kommunikation, lek/samspel och för struktur i vardagen. Utbildningen består av inledande teori efterföljt av ett par tillfällen med praktiskt arbete kopplat till familjens vardag.

Ritprat, sociala berättelser och seriesamtal, [Ritprat](#)

Vårdnadshavare till barn som har svårt att förstå verbal kommunikation och som behöver nerskrivna strategier erbjuds Sociala berättelser och seriesamtal. Metoden hjälper omgivningen att förstå barnets perspektiv och att ge barnet information på ett begripligt sätt om vad som händer och varför det händer i en specifik situation.

Tecken som Alternativ och Kompletterande Kommunikation, [TAKK](#)

Vårdnadshavare till barn med nedsatt kommunikationsförmåga erbjudas TAKK. TAKK består av ett inledande teoritillfälle och därpå följande praktiska tillfällen med teman som *Rutiner i vardagen*, *Lek och samspel*, *Böcker, sång och ramsor* samt *Lärande i lek*. TAKK-café ett par gånger/termin ger möjlighet att träffa andra tecknande barn och vuxna under aktivitet och fika.

Taktil massage, [Taktil massage](#)

Vårdnadshavare till barn med svårigheter inom avspänning, sömn och kroppskännedom erbjuds kurs i Taktil massage. Vårdnadshavare utför massagen på barnet efter kurs.

Psykopedagogisk behandling PPB, riktad*Grundläggande utbildning autism*

En grundläggande utbildning om autism ligger tidigt i habiliteringsprocessen. Utbildningen riktar sig till vårdnadshavare och anhöriga till barn som fått diagnos autism. Syftet är en gemensam syn på funktionsnedsättningen. Utbildningen är tvärprofessionell och omfattar diagnos, kommunikation, socialt samspel, kognitivt fungerande, bemötande och förhållningssätt, selektivt ätande/ätovilja samt fysisk aktivitet och motorik. Information om föräldrastödjande insatser ges. Teori blandas med konkreta exempel och praktiska råd, strategier och verktyg. Utbildningarna ges på samtliga enheter och är öppna över länet. Utbildningar ges även med tolk.

10.4. Nivå 2 - Gruppverksamhet

Nivå 2 består av behovsprövade riktade gruppinterventioner. Insatserna erbjuds där insatser på nivå 1 varit otillräckliga. De insatser som riktar sig till vårdnadshavare, ingår i *Fördjupat Föräldrastöd* [HabQ](#).

AKK- tidig intervention, [AKKtiv](#)

Vårdnadshavare till barn 3-6 år med omfattande kommunikationsnedsättningar erbjuds AKKtiv. Kursen ger grundläggande kunskap om kommunikation och hur kommunikation och lek kan stimuleras. Information om AKK och tillverkning av egna kommunikationsmaterial ingår. Föreläsningar och diskussioner varvas med övningar och erfarenhetsutbyte. Hemuppgifter ges.

KOMmunikationsMETod – [Komet](#)

Vårdnadshavare till barn med avvikande och problemskapande beteenden erbjuds *Komet*, föräldrautbildning. Programmet bygger på inlärningspsykologi och tillämpad beteendeanalys, TBA. Insatsen syftar till att hjälpa vårdnadshavare att utveckla ett positivt samspel och en tydligare kommunikation med sina barn. Teori och praktiskt arbete utifrån situationer i familjernas vardag varvas. Insatsen erbjuds i matchade grupper utifrån ålder och problembild.

Socialfärdighetsträning i grupp – [Kontakt](#)

Barn 8-18 år med autism utan intellektuell funktionsnedsättning erbjuds Kontakt vid svårigheter i social kognition och samspel. Syftet är att utveckla förmågan till kommunikation, socialt samspel, empati och anpassning i gruppsituationer.

Ångest – [Cool Kids](#)

Insatsen riktar sig till barn och ungdomar med ångest, rädslor och nedstämdhet. Syftet är att uppnå ökad livskvalitet. Programmet finns autismanpassat.

Föräldrastress – [Navigator ACT](#)

Insatsen riktar sig till vårdnadshavare till barn med funktionsnedsättningar. Navigator ACT baseras på en behandlingsform som kallas Acceptance and Commitment Therapy, en form av kognitiv beteendeterapi (KBT). Syftet är att hitta förhållningssätt i vardagen som främjar välbefinnande. ACT har vetenskapligt stöd i behandling av depression, ångest och stress.

10.5. Nivå 3 - Individuella insatser

Individuella insatser på nivå 3 erbjuds där insatser på lägre nivå varit otillräckliga. Barn och vårdnadshavare med uttalade svårigheter att vistas eller inhämta kunskap i grupp ska erbjudas individuella insatser. Insatserna ska vara tidsbegränsade, ha dokumenterad målsättning, tidsplan och utvärderas. De insatser som riktar sig till vårdnadshavare, ingår i *Fördjupat Föräldrastöd* [HabQ](#).

Beteendearikade insatser

Intensiv beteendeterapi, IBT

Insatsen IBT riktar sig till barn 0-5 år och bör starta inom fyra månader efter diagnos. Insatsen kräver att vårdnadshavare och nätverk är informerade och beredda på den arbetsinsats som metoden innebär. I dess mest omfattande form uppgår intensiteten till minst 25 timmar per vecka. Den ska vara förankrad hos rektor för förskolan då en del av insatserna kommer att ske där. Personalen på förskolan kommer att ingå i nätverket och ansvara för en del av träningen. Insatsen erbjuds även i en mindre intensiv variant i de fall där förskolan inte kan delta. IBT löper under två år om barnet inte hinner börja i första klass innan. Arbetet sker i barnets vardagsmiljö, med handledning och uppföljning av personal på BUH.

Tillämpad beteendeanalys, TBA/Positivt Beteendestöd, PBS

Vårdnadshavare till barn med komplexa och problemskapande beteenden kan erbjudas beteendestödjande insatser enligt TBA eller PBS.

Genom en funktionell kartläggning som grund inriktar sig insatsen på en minskning av problembeteendet. Detta sker genom förändringar i miljö och inlärning av nya beteenden som kan fylla samma funktion som problembeteendet. En viktig del är organiserandet av konsekvenser som ökar sannolikheten för adaptiva beteenden och minskar sannolikheten för problembeteenden i framtiden. Aversiva behandlingsupplägg ska inte användas. Vårdnadshavare och nätverk ska informeras om och vara beredda på den arbetsinsats som krävs. De behöver ha förmåga att ta till sig, slutföra, implementera insatsen.

Kommunikation

I de fall barnet behöver riktade och anpassade övningar för sin kommunikation erbjuds bedömning, utprovning av lämpliga övningar och handledning till nätverket. Övningarna genomförs sedan i barnets närmiljö. Insatserna kan bestå av språklig träning, funktionell kommunikation, oralmotorisk träning och kompensatoriska kommunikationshjälpmedel. Ordination görs enligt Region Gävleborgs riktlinjer. Se rutin [Hjälpmedel Gävleborg](#).

Sociala färdigheter

Då barnet har uttalade svårigheter i socialt samspel och relationer kan insatser för ökad socialfärdighet erbjudas. Innehållet kan variera beroende på ålder, utvecklingsnivå och problemområde.

Insatser kan ges i form av handledning till vårdnadshavare gällande lekutveckling eller samtalsstöd till barnet för att förstå sin funktionsnedsättning och dess konsekvenser.

Adaptiva färdigheter

Barn med svårigheter inom adaptiva färdigheter t.ex. klä på sig och hålla sig ren kan erbjudas individuell insats för ökad självständighet och delaktighet.

Standardiserat material för bedömning av aktivitetsförmåga inom ADL, hushållsaktiviteter och personliga aktiviteter samt tidsuppfattning kan användas liksom metoder för att främja barnets delaktighet i bedömning och målsättning.

[Målinriktad träning](#) kan erbjudas då en aktivitet vill läras in eller förbättras.

Träningen utgår från ett mål som är meningsfullt för barnet och familjen.

Delaktigheten i processen är en förutsättning där barnet deltar aktivt i träningen och övar med stöd från personer i närmiljön.

Tekniska och kognitiva hjälpmedel som compensation kan förskrivas efter bedömning. Regionens rutin för förskrivning av hjälpmedel efterföljs,

[Hjälpmedel](#).

Regionen ansvarar inte för utrustning i skolmiljön men individuellt anpassade hjälpmedel kan i vissa fall förskrivas för användning i förskola/skola.

Perception

Barn med omfattande perceptuella problem kan erbjudas kartläggning av sensorisk och perceptuell funktion. Därefter kan förslag ges på anpassningar av miljö och aktivitet samt på strategier för hantering av olika situationer. Då det bedöms möjligt ges information om hur perception kan övas.

Motorik

Barn med motoriska avvikelser som assymmetrier, tonusförändringar, felbelastningar eller försenad motorisk utveckling av den grad att aktivitetsförmågan i vardagen är påverkad kan erbjudas motorisk bedömning. Information och rådgivning är en viktig del i insatserna. Målinriktad träning kan vara en annan åtgärd.

Fysisk aktivitet

Insatsen erbjuds barn med autism som utvecklat en livsstil med fysisk inaktivitet. Motiverande insatser som Fysisk aktivitet på recept (FaR®), [FaR](#), och Motiverande Samtal, MI, kan öka förutsättningarna för en beteendeförändring. Barn med autism kan ha problem att delta i skolans Idrott/Hälsa. Stöd av fysioterapeut på BUH kan erbjudas för dialog med lärare för ämnet Idrott/ Hälsa.

Smärta

För barn med autism och smärtproblematik kan insatser i vissa fall erbjudas av BUH. Det handlar om smärta relaterad till svårigheter som följd av autismdiagnosen, exempelvis överrörlighet, överbelastning till följd av stereotypa rörelser, muskelsvaghet, begränsad variation i aktivitet eller som en följd av fysisk inaktivitet. En tvärprofessionell kartläggning och bedömning är viktig då smärta även kan vara ett uttryck för psykisk ohälsa pga. trauma, övergrepp, omsorgssvikt, stress eller oro. Eventuella perceptuella svårigheter bör bedömas liksom barnets förmåga att förstå smärta som konsekvens av något som skett samt förmåga att ge uttryck för smärtan. Frågeformulär, smärtdagbok och skattningsskalor kan användas då det är möjligt. Acceptance and Commitment Therapy, ACT, kan erbjudas äldre barn med långvarig smärta för en ökad livskvalitet och aktivitetsnivå.

Sömn

Barn med sömnproblematik där vårdnadshavare har tagit del av PPB Sömn utan att givna råd har haft effekt kan erbjudas sömnkartläggning för bedömning av behov av ytterligare stöd.

Det kan därefter handla om insatser som sömnrutiner, kurs i taktil massage eller medicinering. Tyngdtäcke är en annan insats som kan rekommenderas.

Kost

Individuella insatser gällande nutrition kan erbjudas barn med dålig tillväxt. Selektivt ätande och malnutrition är vanliga tillstånd vid autism. Uppföljningar görs och berikning, kosttillskott, matschewan och anpassad kost kan ordinerar. Intyg kan skrivas. Barn med obesitas följer Barnkliniken program. Insatser av obesitasteamet kan ges i samverkan med BUH.

Uroterapi

Uroterapeutisk insats kan erbjudas barn med svårigheter att sluta med blöja och att börja bajs och kissa på toaletten. Efter kartläggning kan insatser som träningstips, behandling mot förstoppning och blöjföreskrivning vara aktuella.

Psykisk hälsa

Psykoterapeutiska insatser erbjuds barn med autism och samtidig lindrig till medelsvår psykisk ohälsa. Fokus för behandlingsinsatserna ligger på psykoedukation, bearbetning av känslor kring självbild och funktionshinder, samt anpassad psykoterapeutisk behandling utifrån psykisk ohälsa (exempelvis ångest/oro, panikkänslor och depression). För bedömning av huruvida insatsen är lämplig läggs stor vikt på barnets egen motivation att genomföra behandling. Behandlingen anpassas efter barnets ålder och förmåga att förstå och ta ett eget ansvar. Om barnet är litet eller inte kan tillgodogöra sig behandling sker den indirekt via handledning och utbildning av nätverket. När barnet blivit äldre sker arbetet mer direkt med barnet utifrån alltmer kognitiva metoder. Lekmaterial och andra icke-verbala metoder kan användas för att ge möjlighet till att uttrycka sig. Vid omfattande problematik och komplicerad samsjuklighet behövs specialiserad psykiatrisk vård, vilket utgör skäl för samverkan mellan BUH och BUP. Se kapitel 10.7.

Stöd för vårdnadshavare

Till vårdnadshavare i familjer med identifierade problem såsom hög föräldrastress och/eller beteendeproblem relaterat till barnets funktionsnedsättning, kan ett fördjupat individuellt stöd erbjudas. En fast vårdkontakt enligt rutinen [Fast vårdkontakt-VO Habilitering och barnpsykiatri Lokal rutin](#), kan också erbjudas.

10.6. BUP

Autism, ADHD, tvångssyndrom OCD, sociala beteendestörningar och ätstörningar är tillstånd som ofta går in i varandra.

Det gäller även övriga diagnoser inom samlingsbegreppet [ESSENCE](#) (Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations). Det kan ibland vara svårt, för att inte säga omöjligt, att dra gränsen för vad som tillhör funktionsnedsättningen och vad som är ett eget avgränsat psykiatriskt tillstånd.

BUPs insatsutbud följer den s.k. LEON-principen d v s insatser ges på lägsta effektiva omhändertagandenivå.

Vid behandling av samtida depression, ångest, självskadebeteende och suicidrisk ska regeln vara att ge insatser så långt möjligt i den behandlingsenhet där barnet befinner sig och i samråd göra en bedömning om vad som är den mesta effektiva vården för barnet på sikt.

Vid behandling av andra psykiatriska störningar och syndrom följs aktuella vårdprogram och rekommendationer för varje tillstånd. Var dock uppmärksam på att behandlingsupplägg och psykoterapidesign ska utgå från kunskap om de speciella svårigheterna vid autism, se kapitel 2 sidan 3. Det gäller framförallt att ta hänsyn till brister i theory of mind, central koherens, exekutiva funktioner och minnessvårigheter. Det är därför viktigt att underlätta för förståelse och kommunikation för barn med autism, t.ex. med lättförståelig kallelse, bildstöd, tydlighet, långsiktighet och konkreta upplägg, även när annan psykisk ohälsa är fokus för behandlingen.

10.7. BUH och BUP i samverkan

Samverkan och samordning ska ske utifrån barnets vårdbehov. Parallella insatser från BUH och BUP kan ibland vara nödvändiga och även det mest effektiva tillvägagångssättet och bästa användandet av vårdresurser. Barn med diagnos autism i kombination med en av nedan definierade tillstånd tillhör en behövande målgrupp med svår samsjuklighet:

- a) Svårbedömd eller hög suicidrisk, för kriterier se [Checklista suicidriskbedömning](#).
- b) Vid svår ätstörning som uppfyller kriterier enligt DSM-5 anorexia nervosa eller bulimia nervosa.
- c) Allvarliga ångestsymtom definierat med hjälp av skattningsformulär BAI ≥ 26 poäng, se länk [BAI](#) och [Rättningstöd Beck Anxiety Inventory.pdf](#)

- d) Svåra tvångssyndrom som uppfyller kriterier enligt Y-BOCS ≥ 33 poäng enligt [Y-BOCS](#)
- e) Svåra depressionssymtom enligt MADRS ≥ 34 poäng. Se [MADRS självskattnings formulär](#), [MADRS formulär](#) och [MADRS tolkningsguide](#)

Ett barn med diagnos autism, i kombination med minst en av ovan uppräknade tillstånd, ska inte "bollas mellan" verksamhetsområdets enheter utan behandlas med tillgänglig samordnad kompetens.

Dessa barn ska prioriteras, vårdkontakten för barnet ska kvarstå för aktuella enheter och ett gemensamt teamarbete ska upprättas.

Vårdplanen ska samordnas mellan ansvariga behandlare inom BUH/BUP/Länsät så att alla inblandade behandlare är överens om vem som gör vad. Planen ska omfatta prioritering, målsättning, insatser, ansvariga och uppföljning.

Vårdplanens mål ska förankras med barn och vårdnadshavare. Det uppstår på detta sätt ett situationsinriktat gemensamt team för insatser som anpassas efter barnet.

Detta innebär inte en inskränkning i enheternas ansvarsområden utan ska ses som en förstärkning av målgruppens rättigheter till god och säker vård.

10.8. Digital vård

VO HAB/BUP Gävleborg tillhandahåller digitalt stöd och behandling via vårdguidens e-tjänster. Via plattformen 1177 Stöd och behandling (SoB) ska manualbaserade och internetbaserade KBT- behandlingar administreras, avgränsat psykopedagogiskt material distribueras. Detta kan ske via bilder, poddar och filmer, men även chat med patienten kan genomföras. Momenten, som behandlingsdelarna kallas, kan alltså vara delar av eller hela behandlingen. Gällande vad som räknas som stöd respektive behandling så finns ingen tydligt uttalad gräns däremellan. Plattformen ska användas för att utforma olika typer av behandlingar, utbildningar, psykopedagogiska interventioner och för att skapa material för informationsinsamling och mätningar. Mer information finns på [Digital vård](#) och [Rutin internetbaserad vård och behandling](#).

10.8.1. Digital utbildning - Att bli vuxen

Digital vård distribueras också utanför 1177 via olika internetbaserade utbildningar t ex "Att bli vuxen". Insatsen riktar sig till barn 15-18 år med autism och innefattar kunskap om diagnosen och hur den kan påverka vardagen som vuxen.

10.9. Behandling med läkemedel

Någon farmakologisk behandling mot autism finns inte även om forskning pågår. Däremot kan medicinsk behandling vara indicerad vid andra samtidiga tillstånd vanliga vid autism som t.ex. ADHD, depression, sömnsvårigheter och oro.

Behandlingen följer då rutiner för dessa tillstånd men med särskild observans på att doser och upptrappning kan behöva justeras utifrån det individuella svaret hos varje barn. Perceptionsstörningar är mycket vanliga vid autism vilket kan öka risken för att biverkningar eller svängande koncentrationsnivåer av medicin upplevs som extra besvärande.

Långsam insättning och lägre slutdos kan vara en lösning men behov av högre slutdos kan också förekomma. Extra noggrann utvärdering och individuell utprovning är därför grunden för medicinsk behandling vid samtidigt förekommande autism.

11. Återbud och uteblivande

Det är viktigt att tidigt i kontakten ge information om arbetssätt och ramar för insatserna. Tider för besök ska i den mån det är möjligt för verksamheten, anpassas efter familjens behov och stöd för att komma ihåg bokad tid ska erbjudas. Om barnet eller vårdnadshavaren meddelar förhinder på grund av rimlig anledning före besöket räknas detta som ett återbud. I rutinen [Uteblivet patientbesök](#) tydliggörs processen runt kallelse, återbud och uteblivande. Viktigt är att observera om uteblivandet beror på ett försämrat mående. I sådana fall kan andra åtgärder krävas. Framkommer misstanke om att ett barn far illa har all personal skyldighet att anmäla detta till barnets hemkommun, se [Regionens rutin vid misstanke om att barn far illa](#).

På person under 20 år kassaregistreras uteblivet besök som avgiftstyp UB (uteblivet besök) i Elvis se [Registrering av uteblivna besök](#) och debiteras enligt taxa, se [Avgiftshandboken](#).

12. Kontaktavslut

Kontaktavslut sker av olika anledningar. Gemensamt är att det genomförs i överenskommelse med barn och vårdnadshavare. Efter detta avslutas vårdtillfället i Melior och registreras som avslut i Elvis. Efter avslutad kontakt kan en ny vårdbegäran göras om behov av insatser uppstår på nytt.

BUH - Vid 18 årsdagen

BUH ger insatser till barn med autism 0-17 år. Efter 18 årsdagen tar primärvården över ansvaret inom uppdrag Hälsoval Gävleborg för såväl det medicinska omhändertagandet som för hjälpmedel.

För rutin se [Överrapportering till primärvården](#). Viktiga aktiviteter inför 18-årsdagen är:

- Informationsöverföring från BUH till Vårdgivare inom Hälsovalet ett år i förväg
- Information till barnet och vårdnadshavarna i god tid om primärvårdens och vuxenhabiliteringens insatser och om hur ansökan om dessa går till.
- Barn med behov av samordnade insatser, skall i god tid innan erbjudas ett fysiskt överrapporteringsmöte med ansvariga från BUH, primärvård och vårdnadshavare.

13. Uppföljning och kvalitetssäkring

Kompetens

För implementering av vårdprogrammet bör kompetens säkerställas genom specifik utbildning, rekrytering och handledning.

Lägsta kompetens som behövs på enheterna för att kunna ge insatserna enligt ovan är:

- Kunskap om autism
- Utredningskompetens – autism
- Grundläggande kunskap i psykopedagogiskt förhållningssätt
- Grundläggande psykoterapeutisk kompetens motsvarande Steg I i KBT
- Kunskap om Tillämpad Beteendeanalys, TBA

Kvalitetsregister

Se allmän information om sjukvårdens kvalitetsregister [Registercentrum](#)

- HabQ se rutin [HabQ](#) och [HabQs hemsida](#)
- CPUP och [CPUPs hemsida](#)
- Q-bup se [Rutin Q-bup](#) och [Q-bups hemsida](#)

14. Dokumentationsinformation

Författare:

Anna L Persson Leg. Fysioterapeut

Kristina Wirén Leg. psykolog

Elisabeth Präntare Leg. Psykoterapeut/Vårdutvecklare

Alf Kågström Specialistläkare (kapitel 2, 8 och 10.9)

Medicinsk granskare MRL Maarit Wirkkala

Under framtagande av dokumentet har remissförfarande genomförts (2017-10-31) till all personal inom BUP och BUH Region Gävleborg samt ledningsgrupp inom Första linjen PV Region Gävleborg. Vi tackar speciellt Överläkare Najah Khalifa, ST-läkare Helena Edert Sävmarker, Leg. Psykolog Bob Persson, Leg. Psykolog Malin Westeråker och Leg. Psykolog och vårdutvecklare Jennifer Wellin Familjehälsan för kvalitetshöjande synpunkter.

Ytterligare personer som erhållit dokumentet för remissgranskning är handläggare och samordnare HR avdelningen Åsa Linder, Leg. Psykolog Marie Bandh Familjehälsan, Skolpsykolog Stina Enocksson Elevhälsan Gävle, Verksamhetschef Sofia Arwehed Barn- och ungdomssjukvård och Projektledare Maria Bood Hälsoval.

Remissförfarande har även genomförts (2018-04-03) en andra omgång och då till läkargrupp HAB/BUP, ledningsgrupp HAB/BUP och ledningsgrupp Familjehälsa PV Region Gävleborg.

Författarna tackar för alla värdefulla synpunkter och förbättringsförslag.

Upprättare: Elisabeth Präntare Vårdutvecklare VO HAB/BUP

Medicinsk granskare: Maarit Wirkkala MRL VO HAB/BUP

Slutgranskare: Marlène Huoman Kvalitetsamordnare VO HAB/BUP

Fastställare: Kristina Lingman Verksamhetschef VO HAB/BUP

15. Styrdokument och referenser

Styrdokument	Plats
Patientlag SFS 2014:821	WEBB
Hälso och sjukvårdslag SFS 2017:30	WEBB
Arbets- och ansvarsfördelning för barn och ungdomars psykiska hälsa inom/mellan kommuner och Region Gävleborg (Länsledning Välfärd)	WEBB
Barnkonventionen	WEBB

American Psychiatric Association, *MINI-D 5: Diagnostiska kriterier enligt DSM-5*, 2014. Stockholm: Pilgrim press

World Health Organization, *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Description and Diagnostic Guidelines*, 1992.

Rutiner

För verksamhetsområdets fastställda rutiner se:

[Dokument Habilitering- och barnpsykiatri](#)

EBH-rapporter

Rapporterna ges ut av Föreningen Sveriges Habiliteringschefer som ett led i arbetet med evidensbaserad habilitering, EBH.

De innehåller aktuell och systematiskt sammanställd kunskap utifrån erfarenhet och evidens inom habiliteringens arbetsområden.

Andersson, Anna Karin et al., EBH rapport, *Metoder för behandling av smärta hos barn/unga och vuxna med neurologiska funktionsnedsättningar* 2013.

http://habiliteringisverige.se/arkiv/ebh_report/metoder-for-behandling-av-smarta-hos-barn-unga-och-vuxna-med-neurologiska-funktionsnedsattningar-2013.

Hämtad 2018-03-14

Andersson, Annelie et al, EBH-rapport, *Behandlingsinsatser för personer med intellektuell funktionsnedsättning och problemskapande beteende* 2014.

http://habiliteringisverige.se/site/uploads/2017/05/behandlingsinsatser_problemskapande_beteende.pdf. Hämtad 2018-03-14

Arvidsson, Gunnel et al, EBH-rapport, *Metoder för kognitivt stöd* 2013.

http://habiliteringisverige.se/site/uploads/2017/05/Metoder_for_kognitivt_stod-inkl_ref.pdf. Hämtad 2018-03-14

Backman, Ellen et al., EBH-rapport, *Metoder för att stimulera språk och kommunikation hos barn, ungdomar och vuxna inom habiliteringen* 2015.

http://habiliteringisverige.se/arkiv/ebh_report/metoder-for-att-stimulera-sprak-och-kommunikation-hos-barn-ungdomar-och-vuxna-inom-habiliteringen-2015

Hämtad 2018-03-14

Bromark, G och Granat, T. EBH-rapport, *Mångsidiga intensiva insatser för barn med autism i förskoleåldern* 2012.

http://habiliteringisverige.se/site/uploads/2017/05/Mangsidiga_intensiva_insatser_for_barn_med_autism_i_forskolealdern_rev_2012.pdf. Hämtad 2018-03-14

Eberhart, Barbara et al., EBH-rapport, *Tidiga kommunikations-och språkinsatser till förskolebarn* 2017.

<http://habiliteringisverige.se/site/uploads/2017/05/Tidiga-kommunikations-och-sprakinsatser-till-forskolebarn.pdf>. Hämtad 2018-03-14

Hedberg, Elisabeth et al., EBH-rapport, *Föräldrastöd inom barn- och Ungdomshabiliteringen 2010*.

<http://habiliteringsverige.se/site/uploads/2017/05/Foraldrastod.pdf>. Hämtad 2018-03-14

Referenser

Rydberg, Gunilla et al., *Medicinsk utredning vid autism, Riktlinjer för utredning av tillstånd inom autismspektrum*, Barnneuropsykiatriska sektionen och Svensk Neuropediatrik Förening, 2006, <http://snpf.barnlakarforeningen.se/wp-content/uploads/sites/4/2014/10/autism-riktlinj.pdf> Hämtad 2018-03-14

Folkhälsomyndigheten, *Fysisk aktivitet på recept, FaR*.

<http://www.folkhalsomyndigheten.se/far/> Hämtad 2018-03-14

Socialstyrelsen. (2013). *Psykologutredning i skolan*. Artikelnummer 2013-6-39.

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19164/2013-6-39.pdf> Hämtad 2018-03-14

Socialstyrelsen, *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst Lägesrapport 2015*, artikelnummer 15-2-51,

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19747/2015-2-51.pdf> Hämtad 2018-03-15

Socialstyrelsen, *Folkhälsan i Sverige Årsrapport 2012*, artikelnummer 12-3-6,

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-3-6>. Hämtad 2018-03-15