

# Autism och intellektuell funktionsnedsättning - samverkan mellan PV, VUH och VUP, Hälso- och sjukvård Region Gävleborg

## Innehåll

1.	Syfte och omfattning .....	1
2.	Allmänt .....	1
3.	Beskrivning .....	2
3.1.	Utredning .....	2
3.1.1.	Remittering till specialistvård för utredning .....	2
3.2.	Behandling och stöd .....	3
3.2.1.	Lätt och måttlig grad av problematik.....	3
3.2.2.	Svårare grad av problematik .....	3
3.2.3.	Insatser hos Vuxenhabiliteringen .....	3
3.3.	Läkemedelsförskrivning .....	4
3.4.	Intyg .....	5
3.5.	Konsultation till personal vid boenden .....	5
3.6.	Psykosocialt stöd .....	5
3.7.	Samverkan och planering för patientens bästa .....	6
3.7.1.	Vårdplan eller åtgärdsplan.....	6
3.7.2.	Samordnad individuell planering, SIP.....	6
3.7.3.	Fast vårdkontakt och behandlande roller .....	7
3.7.4.	Förberedande möte och konsultation .....	7
4.	Nivåer av samverkansbehov.....	7
4.1.	Förstärkt samverkan vid komplext vårdbehov, nivå 3.....	8
5.	Kontaktvägar .....	8
6.	Plan för kommunikation och implementering .....	8
7.	Dokumentinformation .....	8
8.	Referenser, stöddokument.....	9

## 1. Syfte och omfattning

Dokumentet beskriver samverkan mellan primärvård (PV), vuxenpsykiatri (VUP) och vuxenhabilitering (VUH) i Region Gävleborg för patientgrupperna vuxna med **autism (AST)** och/eller **intellektuell funktionsnedsättning (IF)** samt **psykiatrisk samsjuklighet\***.

## 2. Allmänt

\* Patientgrupperna: vuxna personer med

- autism, med eller utan intellektuell funktionsnedsättning
- autism och psykiatrisk samsjuklighet
- intellektuell funktionsnedsättning, autism och psykiatrisk samsjuklighet
- intellektuell funktionsnedsättning (utan autism) med eller utan psykiatrisk samsjuklighet

Samverkansdokumentet avser att eliminera organisatoriska mellanrum som innebär att patienter hänvisas mellan olika verksamheter.

I det enskilda patientfallet kan gränsdragningar i ansvarsområden ofta vara svåra att avgöra varför dessa fall behöver ett tydligt personcentrerat förhållningssätt där dialog och samverkan är grunden för en god vård.

### 3. Beskrivning

#### 3.1. Utredning

Vanligtvis sker aktualisering till utredning via primärvård till vuxenpsykiatri respektive vuxenhabilitering. Det finns alltid en möjlighet till egen vårdbegäran direkt till specialistvården men innan start av utredning är det viktigt att en somatisk bedömning är genomförd. Det betyder att patienten kan komma att hänvisas till primärvården för att komplettera remissunderlaget.

**Vuxenpsykiatri (VUP)** genomför utredning med frågeställning **AST** (och **ADHD**).

[Vårdprogram för diagnostik och utredning VUP ADHD - Vårdprogram Vuxenpsykiatri](#)

**Vuxenhabilitering (VUH)** genomför utredning med frågeställning **IF**.

Om en av dessa verksamheter tar emot en remiss och bedömer att den bör riktas till den andra verksamheten ska inte remissen skickas tillbaka till remittenten utan direkt vidarebefordras till den nya mottagaren. Meddelande ska då skickas till remittenten om att detta har skett.

##### 3.1.1. Remittering till specialistvård för utredning

Före remiss för utredning av misstänkt AST, IF (eller ADHD) ska det först klarläggas att:

1. Personen har tydliga svårigheter att fungera i vardagen inom flera olika livsområden t.ex. skola, fritid, i relationer, i kommunikation, praktiska sysslor, ADL, ekonomi, boende.
2. Personen hade tydliga svårigheter redan under uppväxten (svårigheterna debuterade innan 18 års ålder, före 12 års ålder när det gäller ADHD).
3. Symtomen/svårigheterna (nu och i barndomen) bedöms inte i huvudsak ha berott på akuta/tillfälliga somatiska, psykiatriska eller psykosociala orsaker.

Därefter fattas beslut om remiss för utredning som beroende på frågeställning skickas till vuxenpsykiatri eller till vuxenhabilitering.

[Autismspektrumtillstånd, intellektuell funktionsnedsättning och ADHD, beslutsstöd vid remittering för utredning](#)

[Remiss\\_instruktion vuxenpsykiatri](#)

[Remiss\\_instruktion vuxenhabilitering](#)

---

## 3.2. Behandling och stöd

Om patienten efter avslutad utredning har behov av behandling och stöd är principen lägsta omhändertagande nivå.

Vid osäkerhet om vilken vårdgivare som ska ansvara behövs [samråd och konsultation](#) mellan vårdgivarna.

Samsjuklighet vid AST/IF behandlas antingen inom PV eller inom VUP, i enlighet med [Samverkan – Vuxenpsykiatri och primärvård](#).

Det är svårt att definiera en absolut ansvarsgräns mellan PV och VUP, eftersom diagnoserna i sig inte alltid säger var patienten bör behandlas.

Personlighetsfaktorer, individuell sårbarhet och levnadsomständigheter kan göra att vissa patienter behöver psykiatrins resurser, medan andra mycket väl kan behandlas i primärvården trots samma diagnos. Patienten kan naturligtvis också växelvis vårdas inom psykiatrin respektive primärvården.

### 3.2.1. Lätt och måttlig grad av problematik

PV ansvarar för behandling vid mild till måttlig psykiatrisk problematik, men vid autism/IF i kombination med diagnoser såsom ex. tvång, depression eller ångest kan det vara svårt att få optimala behandlingsresultat inom primärvårdens ram.

Samsjuklighet av psykiatrisk diagnos med medelsvåra symtom och autism/IF talar för att patienten i större utsträckning behandlas inom specialistvården såsom VUP eller VUH än inom PV.

Det aktuella sammantagna individuella behovet avgör valet av vårdnivå och vårdgivare.

### 3.2.2. Svårare grad av problematik

VUP ger behandling vid svårare grad av ångest och depression. Insatser består oftast i läkemedelsbehandling eller psykoterapi (beroende på psykiatrisk diagnos) och vid samsjuklighet AST/IF finns ofta ett behov även av fast vårdkontakt och samordning, se nedan under dessa avsnitt.

Patienter med suicidal problematik eller psykotiska symtom behandlas för detta inom VUP liksom generellt patienter med bipolär sjukdom.

## 3.3. Insatser hos Vuxenhabiliteringen

Insatserna på VUH ges i grupp, individuellt och/eller i samverkan med individens nätverk (närstående och/eller personal). Evidensläget är starkast för psykoedukativa insatser och då framförallt gruppinterventioner till individer med lindrigare kognitiv/intellektuell/kommunikativ nedsättning. Evidensläget är också bra när det gäller insatser till individens nätverk.

Nedan följer exempel på några metoder som tillämpas inom VUH. Vilken insats som blir aktuell för respektive patient bedöms individuellt i samband med nybesöket eller vid efterföljande fördjupande bedömningsamtal.

- Autismutbildning– med fokus på ökad kunskap om diagnos och dess konsekvenser
- IF utbildning – med fokus på kunskap om diagnos och dess konsekvenser
- Gruppinterventioner för stöd inom tidshantering och planeringsförmåga
- Gruppintervention med fokus på kommunikativa och sociala färdigheter i vardagen
- Gruppintervention med fokus på att lära sig mer om olika livsområden samt utbyta erfarenheter med andra som har liknande svårigheter
- Psykologisk behandling – samtal med fokus på ökad vardagsfunktion och ökat välbefinnande utifrån den kognitiva/intellektuella funktionsnedsättningen
- Samtalsstöd – i syfte att få stöd i att hantera vardagen utifrån den kognitiva/intellektuella funktionsnedsättningen
- Samverkan för att främja individen och individens nätverk i kontakterna med myndigheter och övriga sjukvården, t.ex. arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, primärvård och psykiatri
- Bedömning av aktivitet, rörelseförmåga och kroppslig positionering i samverkan med primärvård, kommun och andra specialister
- Anhörigstöd i grupp – med fokus ökad förståelse för den som lever med person som har autism och/eller intellektuell funktionsnedsättning

---

### 3.4. Läkemedelsförskrivning

Vid AST/IF är läkemedelsbehandling oftast relaterad till associerade symtom av ångest eller depression. Om behov av läkemedelsbehandling framkommer under utredningstiden på VUP sker förskrivningen där. Om förskrivningen initierats via VUP bör recept alltid förskrivas för minst 3 månader efter överremittering till PV.

Vid stabil sjukdomsbild med hjälp av medicinering så kan de flesta för PV vanliga läkemedelsbehandlingarna hanteras efter överremittering. I den händelse att läkemedlet får anses vara ett specialistvårdspreparat (exempelvis Litium, Centralstimulantia eller Klozapin) bör förskrivningen fortsatt ske via VUP.

Ur patientens perspektiv är ett fåtal vårdgivare ofta att föredra, men patientsäkerhet måste alltid väga tyngst i alla aspekter som rör läkemedelsbehandling, se nedan. I de fall PV behöver stöd i frågor gällande exempelvis sviktande behandlingseffekt eller avslutande av medicinering finns möjlighet till konsultstöd från VUP.

Vad gäller läkemedelsförskrivning vid ADHD se [ADHD - Vårdprogram Vuxenpsykiatri](#)

### 3.5. Intyg

Intyg utfärdas i enlighet med gällande lagar och bestämmelser av den vårdinstans där patienten haft kontakt.

För patienter som erhåller diagnos intellektuell funktionsnedsättning eller autismspektrumtillstånd, oavsett om diagnos ställs inom vuxenpsykiatri eller vuxenhabilitering, ska alltid ett kort utlåtande/intyg utfärdas i samband med avslut av utredningen. Detta ska skickas hem till patienten. Vuxenpsykiatri utgår från följande [mall](#).

För utlåtande/intyg behöver generellt syftet med detta vägleda vad gäller hänvisning till ansvarig enhet och det är inte för alla syften nödvändigtvis hälso- och sjukvårdens uppgift att utfärda utlåtande.

[Intyg - vårdgivardirektiv för utfärdande. Hälso-och sjukvårdsförvaltningen](#)  
[Intyg och utlåtande](#)

---

### 3.6. Konsultation till personal vid boenden

Vid ett identifierat problem i individens vardag, som kan relateras till Autism, kognitiv och/eller intellektuell funktionsnedsättning (VUH) respektive psykiatrisk diagnos (VUP) ges konsultativt stöd till personalgruppen runt den enskilda individen.

Det innebär inte generell handledning utan personalkonsultationen syftar till att

- ge specialiserat och vetenskapligt baserat stöd till personalgrupper utifrån den enskildes behov
- öka personalgruppens kunskap om den enskildes funktionsnedsättning för att förbättra förutsättningarna att möta den enskildes behov

Konsultation till personal vid boende initieras genom egen vårdbegäran eller remiss och sker som en planerad insats utifrån [vårdplan](#).

---

### 3.7. Psykosocialt stöd

I de fall patienter uttrycker behov av stödsamtal, finns ett gemensamt ansvar att identifiera var och hur patienterna ska kunna få behovet tillgodosett.

Detta kan till exempel handla om att hjälpa patienten att upprätta kontakt med kommunens boendestöd eller kontaktperson via LSS. Det kan även vara att ge andra insatser så som gruppinterventioner eller strukturstödjande insatser.

Vid oklarheter om problematiken tillhör Hälso- och sjukvården eller inte och i det fall där det inte framkommer tydligt var patienten kan få sitt behov av stöd tillgodosett, behöver samverkan för patientens bästa ske, se nedan.

---

### 3.8. Samverkan och planering för patientens bästa

Patienter med kognitiv och/eller intellektuell funktionsnedsättning har ofta behov av insatser från flera verksamheter i Hälso- och sjukvården och från andra aktörer, det kan vara parallellt eller sekventiellt. Det ställer höga krav på samverkan mellan vårdgivarna. En Fast vårdkontakt har den samordnande rollen.

Utredning är förhållandevis en liten del av patientresan och i den processen finns en relativt tydlig ansvarsfördelning, PV gör en första bedömning/utredning och specialistvården ansvarar för fördjupad utredning.

[Se punkt 3.1.](#)

När patienten fått sin diagnos påbörjas den vårdprocess som kan vara livslång, med varierat behov av insatser. Utifrån att varje individ har sina unika behov och att det kan skifta över tid finns det ingen universallösning som tydligt visar vem eller vilka som har ansvar för att patienten får de insatser den har behov av. Varje verksamhet har sitt grunduppdrag men det uppstår inte sällan osäkerhet om vem som har kompetens och förutsättningar att svara upp mot patientens behov.

Utgångspunkten för att inte patienten ska falla mellan organisatoriska mellanrum är "Vårt gemensamma ansvar för vår gemensamma patient".

Till stöd i arbetet för en god vård ska också nedanstående verktyg och arbetsätt finnas med. Varje verksamhet kring patienten behöver ha lokala beskrivningar som konkretiserar och säkerställer att det fungerar.

---

#### 3.8.1. Vårdplan eller åtgärdsplan

Oavsett om det är en eller flera vårdgivare som finns kring patienten så ansvarar varje verksamhet att det finns en vårdplan. Den ska upprättas i samråd med patient/närstående.

Vårdplanen ska upprättas från första kontakt och uppdateras under hela vårdprocessen.

Inom habiliteringsverksamhet motsvarar habiliteringsplan en vårdplan.

I samverkan vid komplexa vårdbehov är en framgångsfaktor att gemensam vårdplan görs så snart som möjligt.

Syftet med vårdplanen är att alla personer som är involverade i patientens vård ska arbeta mot samma mål och gemensamt genomföra de åtgärder som beslutats - tillsammans eller på respektive vårdenhet.

---

#### 3.8.2. Samordnad individuell planering, SIP

Behövs insatser från två huvudmän (landsting och kommun) efter utskrivning från slutenvård ska en samordnad individuell plan genomföras även om den bara omfattar ett lagrum (Hälso- och sjukvårdslagen).

Vid SIP kan fler medverka ex. arbetsförmedling, försäkringskassa och privata aktörer.

[SIP- information och mallar](#)

### 3.8.3. Fast vårdkontakt och behandlande roller

Endast en fast vårdkontakt per patient utses inom Region Gävleborg. Dock kan flera behandlande roller ha ansvar för patienten, se den regionövergripande rutinen nedan. Den fasta vårdkontakten bör utses i den verksamhet där patienten för tillfället har sin huvudsakliga vård eller pågående utredning och som bedöms vara bäst lämpad för att ha ett huvudansvar för samordningen.

[Fast vårdkontakt och behandlande roller](#)

### 3.8.4. Förberedande möte och konsultation

Ju fler alternativ som nyttjas för samverkan desto större möjlighet att lyckas med en sammanhållen vård, så det är viktigt att skapa fler samverkansmöjligheter än vid SIP.

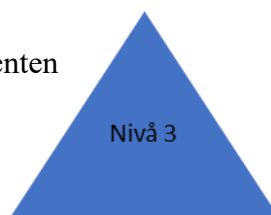
När behov av samverkan uppstår ska den som identifierar behovet initiera ett förberedande möte (ibland benämnt som tjänstemannamöte) alternativt konsultera den berörda vårdgrannen via Clinic24.

Med förberedande möte avses ett möte för att samordna Hälso- och sjukvårdens insatser det kan ex. vara samverkande insatser från enheterna eller en förberedelse inför SIP.

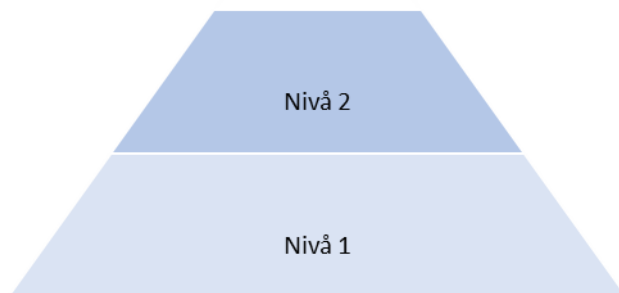
Vid förberedande möte/tjänstemannamöte med parter utanför Hälso- och sjukvården ska samtycke från patient alltid inhämtas.

## 4. Nivåer av samverkansbehov

**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 dvs. förstärkt samverkan. Se 4.1.



**Nivå 2** Psykiatri, habilitering, primärvård och andra aktörer samråder kring sina respektive insatser och mål. Samverkar för att jobba i samma riktning med gemensam vårdplanering. Gemensamma möten med patienten och/eller gemensamma konsultations- eller utbildningsinsatser vid behov.



**Nivå 1:** Patienten får den sjukvård den behöver där psykiatri, habilitering, primärvård och andra aktörer utför sina insatser parallellt.



### 4.1. Förstärkt samverkan vid komplext vårdbehov, nivå 3

Med komplext vårdbehov menas när det krävs mer omfattande kompetens och insatser. Samverkan behöver ske mellan flera verksamheter och mer flexibla lösningar krävs än i de flesta andra fall, ”när det vanliga inte fungerar”. Se [Autism och intellektuell funktionsnedsättning, förstärkt samverkan vid komplext vårdbehov, checklista](#)

## 5. Kontaktvägar

För att komma i kontakt med verksamhet eller specifik behandlare

1. Sök fast vårdkontakt i [Befolkningsregister](#).
2. Sök behandlande roll i [Befolkningsregister](#)
3. Skicka ett konsultationsärende i Min vård Gävleborg till registrerad behandlare alternativt konsultation till den yrkesprofession som passar för ärendet.

Primärvård	<a href="#">Plexus, Intertelefonlista för konsultationer</a>
Vuxenpsykiatri	Ring via sjukhusväxel alternativt sök nummer i jourportalen på Medinet
Vuxenhabilitering	Vårdenhetschef tel. (026-1)57613 TeleQ VUH Gästrikland 026-155036 TeleQ VUH Hälsingland 0650-29005

## 6. Plan för kommunikation och implementering

- Kommuneras vid gemensam utbildningsdag VUH och VUP i mars 2024.
- Kommuneras via LAG Primärvård.
- Förankras i ledningsgrupperna för VUP och VUH.
- Extra uppföljare i Platina: berörda Kvalitetssamordnare, HVK och MR Hälsoval.
- Dokumentet publiceras på Samverkanswebben Region Gävleborg.
- Uppföljning av arbetsgruppen nov 2024.

## 7. Dokumentinformation

### Rev 6 av arbetsgrupp

Vuxenhabilitering  
Alla Wahlström, psykolog  
Ann-Catrin Lindblom, psykolog  
Cecilia Vennberg, VEC  
Jessica Vannoorenberghe, kurator  
Maria Dahrén, kurator

Vuxenpsykiatri  
Emilie Börjesson, arbetsterapeut  
Josef Neib, VEC  
Linda Oscarsson, arbetsterapeut  
Linda Reit, fysioterapeut  
Svetlana Larsson, kurator



Marie Zetterberg, kurator

Granskad

LAG Primärvård samt Ulrika Mjöhagen,  
vårdutvecklare Vuxenpsykiatri

Processtödd

Marie Hed Engberg, verksamhetsutvecklare.

## Arbetsgrupp och upprättare av dokumentet (första version)

Vuxenhabilitering	Patrik Arvidsson, psykolog Malin Nilsson, VEC
Vuxenpsykiatri Primärvård	Ulrika Mjöhagen, psykolog Charlotte Agnevik Jonsson, psykoterapeut Peo Hermansson, läkare allmänmedicin
HOSGSR	Marie Hed Engberg, verksamhetsutvecklare.
Adjungerade	Mats Rosengren, läkare VUP Robert Hill, VC primärvård privat

## 8. Referenser, stöddokument

Dokumentnamn	Plats
<a href="#">Autismspektrumtillstånd, intellektuell funktionsnedsättning och ADHD, beslutsstöd vid remittering för utredning</a>	Samverkanswebb och Platina Dokument ID: 09-294780
<a href="#">Remiss_instruktion vuxenpsykiatri</a>	Samverkanswebb och Platina Dokument ID: 09-68189
<a href="#">Remiss_instruktion vuxenhabilitering</a>	Samverkanswebb och Platina Dokument ID: 09-217768
<a href="#">Överenskommelse om samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning - Regionen och kommunerna i Gävleborgs län</a>	Samverkanswebb
<a href="#">Samverkan – Vuxenpsykiatri och primärvård</a>	Samverkanswebb och Platina Dokument ID: 09-110960.
<a href="#">Vårdprogram för diagnostik och utredning VUP</a>	Samverkanswebb och Platina Dokument ID: 09-68189
<a href="#">ADHD - Vårdprogram Vuxenpsykiatri</a>	Samverkanswebb och Platina Dokument ID: 09-254759
<a href="#">Utlåtande/intyg vid diagnos Autismspektrumtillstånd/Intellektuell funktionsnedsättning, mall, Vuxenpsykiatri</a>	Platina Dokument ID:09-820101
<a href="#">Autism och intellektuell funktionsnedsättning, förstärkt samverkan vid komplext vårdbehov, checklista</a>	Platina Dokument ID: 09-839325
<a href="#">Socialstyrelsens föreskrift HSLF-FS 2017:37 Ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården</a>	Socialstyrelsen.se
<a href="#">Intyg - vårdgivar direktiv för utfärdande. Hälso-och sjukvårdsförvaltningen</a>	Platina Dokument ID: 01-145919
<a href="#">SIP- information och mallar</a>	Samverkanswebb
<a href="#">Fast vårdkontakt och behandlande roller</a>	Samverkanswebb

## Vårdprogram

Dokumentnamn: Autism och intellektuell funktionsnedsättning - samverkan mellan PV, VUH och VUP, Hälso- och sjukvård Region Gävleborg

10(10)

Dokument ID: 09-294770

Giltigt t.o.m.: 2025-09-30

Revisionsnr: 6

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet