Upprättare: Ulrika S Mjöhagen

Fastställare: Johan Kaarme

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. Flödesbeskrivning för utredning 2
3.1.2. 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 4
3.2.4. Flödesbeskrivning för behandling och stöd 4
3.3. Läkemedelsförskrivning 4
3.4. Intyg 5
3.5. Handledning till personal vid boenden 6
3.6. Långvariga och kontinuerliga enkla stödsamtal 6
3.7. Samverkan och planering för patientens bästa 6
3.7.1. Vårdplan eller åtgärdsplan 7
3.7.2. Samordnad individuell planering, SIP 7
3.7.3. Fast vårdkontakt 8
3.7.4. Vårdgivarmöte och konsultation 8
3.7.5. Kontaktuppgifter 8
4. Plan för kommunikation och implementering 9
5. Dokumentinformation 9
6. Referenser, stöddokument 10

Kopiets giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

1. Syfte och omfattning

Dokumentet beskriver samverkan mellan primärvård, vuxenpsykiatri och vuxenhabilitering 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 patientcentrerat 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 specialisvården men innan start av utredning är det en fördel om en somatisk undersökning är genomförd. Det betyder att patienten ska hänvisas till primärvården för att komplettera remissunderlaget. Det är av vikt att patienten får en förklaring till hänvisningen så inte upplevelsen blir att ” bollas runt”.

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 återskickas till remittenten utan direkt vidarebefordras till den nya mottagaren. Meddelande ska då skickas till remittenten om att detta har skett.

3.1.1. Flödesbeskrivning för utredning

Flöde. Utredning AST_IF vuxna 2017-1

3.1.2. 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).

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

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 (Platina)
Remiss_instruktion vuxenpsykiatri (Samverkanswebb)
Remiss_instruktion vuxenhabilitering (Samverkanswebb)

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

Vanligtvis ansvarar PV för behandling vid lätt och medelsvår psykisk ohälsa men vid autismstörning/IF i kombination med diagnoser såsom ex. tvång, depression eller ångest kan det vara svårt att få optimala behandlingsresultat inom primärvårdens ram. Komorbiditet av psykiatrisk diagnos och funktionsnedsättning med medelsvåra symtom talar för att patienten i större utsträckning behandlas inom specialistvården såsom VUP eller VUH än i 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.

Kopian är giltig vid utskriftstillfället. Gäller ej vid senare utskriftsdatumet

3.2.3. Insatser hos Vuxenhabiliteringen

Insatserna på VUH ges i grupp, enskilt, till individen själv och/eller i samverkan med individens nätverk (närstående och/eller personal). För stora delar av vuxenhabiliteringens målgrupper är evidensläget 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, framförallt kring individer med måttlig till svår kognitiv/intellektuell/kommunikativ nedsättning.

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 bedömningssamtal.

- Autismgrupp – utbildning med fokus på ökad kunskap om diagnos och dess konsekvenser
- Ha koll – gruppintervention för tidshantering och planeringsförmåga
- Vardagssamtal – gruppintervention med fokus på kommunikativa och sociala färdigheter i vardagen
- 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 specialistenheter

3.2.4. Flödesbeskrivning för behandling och stöd



Flöde. Behandling och stöd AST_IF vuxı

3.3. Läkemedelsförskrivning

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

Vid stabil sjukdomsbild med hjälp av medicinering så kan primärvården hantera de flesta för primärvården vanliga läkemedelsbehandlingarna efter överremittering. I den händelse att läkemedlet får anses vara ett

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

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 primärvården behöver stöd i frågor gällande exempelvis sviktande behandlingseffekt eller avslutande av medicineringen finns lättillgängligt konsultstöd av psykiatrin.

Vad gäller läkemedelsförskrivning vid ADHD se
ADHD - Vårdprogram Vuxenpsykiatri

Socialstyrelsens föreskrift HSLF-FS 2017:37 Ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården tydliggör det ansvar som åligger förskrivare av läkemedel, bland annat med avseende på dokumentation, lämplighetsbedömning, tidpunkt för uppföljning, utvärdering och behandlingstidens längd. Det åligger den som första gången ordinerar ett läkemedel att säkerställa att detta sker och att överremittering av läkemedelsansvar inte frånhändar ordinatören det ansvaret förrän mottagaren godkänt övertagandet.

3.4. Intyg

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

Mer omfattande utlåtande såsom t.ex. för ansökan om insatser enligt LSS bör kunna skrivas av den enhet som utrett patienten upp till 12 månader efter utredning (oavsett om patienten ej därefter varit aktuell på enheten). Ansvarig för utredningen/utlåtandeskrivning behöver då självfallet värdera huruvida de bedömningar som gjorts fortfarande kan anses aktuella eller om kompletterande utredning baserat på aktuell situation behövs för att skriva utlåtande.
Där behov av mer omfattande utlåtande aktualiseras och patienten ej har haft kontakt sedan över 1 år behöver ställningstagande göras från fall till fall avseende vilken enhet som är lämpligast för bedömning och utlåtandeskrivning. Fast vårdkontakt och samråd och konsultation används då med fördel för att tydliggöra detta. Syftet med utlåtandet behöver vägleda vad gäller hänvisning till ansvarig enhet och det är inte för alla syften nödvändigtvis hälso-och sjukvårdens uppgift att utfärda utlåtande.

Se Intyg - vårdgivardirektiv för utfärdande. Hälso-och sjukvårdsförvaltningen (Platina)
alternativt
Intyg och utlåtande (Samverkanswebb)

Kopians giltighet garanteras endast på utskriftsdatumet

3.5. Handledning till personal vid boenden

Utifrån ett identifierat problem i individens vardag, som kan relateras till kognitiv och/eller intellektuell funktionsnedsättning (VUH) respektive psykiatrisk diagnos (VUP) ges konsultativt stöd/handledning till personalgruppen runt den enskilda individen.
Det innebär inte generell handledning utan behöver utgå från ett individuellt behov.
Handledning/konsultation initieras genom egen vårdbegäran eller remiss och sker som en planerad insats utifrån vårdplan.

3.6. Långvariga och kontinuerliga enkla stödsamtal

Stödsamtal i hälso- och sjukvårdens regi ges utifrån patientens behov beskrivet i vårdplan, där innehållet i stödsamtalen behöver vara kopplat till respektive verksamhets uppdrag.
I de fall patienter uttrycker behov av stödsamtal, men där svårigheterna/problematiken inte bedöms ligga inom ramen för hälso- och sjukvårdens uppdrag, finns ett gemensamt ansvar att identifiera var och hur patienterna ska kunna få detta stöd tillgodosett. Detta till exempel genom att hjälpa patienten att upprätta kontakt med kommunens boendestöd eller kontaktperson via LSS.
Där oklarheter finns huruvida problematiken tillhör hälso- och sjukvården eller inte och i det fall där det inte framkommer tydligt var patienten kan få sitt stöd tillgodosett, behöver samverkan för patientens bästa ske, se nedan.

3.7. 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. Patient och närstående/stödpersoner ska också ges förutsättningar att vara delaktiga i vårdplaneringen men inte behöva ta rollen som samordnare.

Utredning är förhållandevis en liten del av patientresan och i den processen finns en relativt tydlig ansvarsfördelning, primärvården 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 det faktum 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.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

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 arbetssätt finnas med. Varje verksamhet kring patienten behöver ha lokala beskrivningar som konkretiserar och säkerställer att det fungerar.

3.7.1. Vårdplan eller åtgärdsplan

Oavsett om det är en eller flera vårdgivare som finns kring patienten så ansvarar varje verksamhet att det finns en vårdplan för patienten. Den ska upprättas i samråd med patient/närstående.
Vårdplanen ska upprättas från första kontakt och uppdateras under hela vårdprocessen.
Inom habiliteringsverksamhet kan habiliteringsplan motsvara vårdplan.

Ur vårdhandboken:
”Den aktuella vårdplanen innehåller de diagnoser (problem, risker) och mål som identifierats för och tillsammans med patienten, åtföljt av åtgärder och ordinationer. 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. En vårdplan ska upprättas snarast efter att en patient har ankommit till en vårdinrättning, till exempel inom timmar efter ankomst till en vårdavdelning inom akutsjukvården, inom ett dygn eller två efter ankomst till ett sjukhem, direkt i samråd med patienten vid hembesök eller annat polikliniskt besök som föranleder annat än en engångsinsats. 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 för patienten från och med nu och framåt.”

3.7.2. Samordnad individuell planering, SIP

Enligt patientlagen:
”För en enskild som har behov av både hälso- och sjukvård och insatser från socialtjänsten ska en individuell plan upprättas.”

Vid SIP kan fler medverka ex. arbetsförmedling, försäkringskassa och privata aktörer.
Dokument i Platina
Samordnad Individuell Plan samt hantering i Lifecare SIP - Hälso- och sjukvård Region Gävleborg samt länets kommuner

Samordnad individuell plan - Dokumentationsplan. Hälso- och sjukvård Region Gävleborg

Samordnad individuell plan - Kallelse. Hälso- och sjukvård Region Gävleborg

Samordnad individuell plan - Samtyckesformulär vuxna. Hälso- och sjukvård Region Gävleborg

Alternativt Samverkanswebben
SIP- information och mallar

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

3.7.3. Fast vårdkontakt

Enligt patientlagen ska:
”en fast vårdkontakt utses i vården för patienten om hen begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.
Det behöver inte vara en läkare. En fast vårdkontakt kan också vara någon annan i hälso- och sjukvårdspersonalen, till exempel en sjuksköterska eller psykolog. Men det kan också i vissa fall vara en mer administrativ funktion som koordinerar patientens vård. Detta är beroende på patientens medicinska och övriga behov.”

Endast en fast vårdkontakt per patient utses inom Region Gävleborg. Dock kan patienten ha flera behandlande roller, se den regionsövergripande 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.

Dokument i Platina

- Fast vårdkontakt och behandlande roller Hälso- och sjukvård Region Gävleborg
- Fast vårdkontakt – medicinskt ansvar - Region Gävleborg
- Fast vårdkontakt - exempel/vägledning - Region Gävleborg
- Patientinformation

Alternativt Samverkanswebben

3.7.4. Vårdgivarmöte och konsultation

Ju fler alternativ det finns för samverkan desto större möjlighet att lyckas med en sammanhållen vård, så det är viktigt att skapa fler samverkansmöjligheter än vid SIP.
Då patientgruppen inte är särskilt stor är det troligt att enbart fasta mötestider/mötesforum där primärvård, VUP och VUH gemensamt deltar inte är så effektiva. Det är svårt att förutse vid vilken tidpunkt det kommer att finnas behov av samverkan och vilka nyckelpersoner som är viktiga för just den enskilde patienten.

När behov av samverkan uppstår ska den som identifierar det initiera ett vårdgivarmöte alternativt konsultera den berörda vårdgrannen.

3.7.5. Kontaktuppgifter

1. Sök den fasta vårdkontakten om det finns utsett i verksamheten.
   Information om sökning av FVK i befolkningsregistret.
2. Sök den som patienten uppger sig ha kontakt med.
3. Sök via generella kontaktuppgifter.

Kontrollera giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Primärvård	Plexus, Interntelefonlista för konsultationer
Vuxenpsykiatri	Bakjour, även i icke akuta ärenden. Ring via sjukhusväxel alternativt sök nummer på Plexus via Telesök/Quickinfo, katalog GÄ Psyk eller HU Psyk
Vuxenhabilitering	Vårdenhetschef tel. (026-1)57613 TeleQ VUH Gästrikland 026-1550036 TeleQ VUH Hälsingland 0650-29005

4. Plan för kommunikation och implementering

- Styrgruppen för uppdraget ”Insatser vid autism och psykiatrisk samsjuklighet vid autismdiagnos för vuxna” ansvarar för kommunikation till berörda inom respektive verksamhet. APT-material finns.
- Dokumentet kommuniceras vid primärvårdens dialogmöten och i länets Handikappråd preliminärt i februari 2018.
- Berörda Kvalitetssamordnare sätts som extra uppföljare på dokumentet i Platina.
- Dokumentet publiceras på Samverkanswebben Region Gävleborg.
- Information publiceras på Plexus.
- Förslag på uppföljning finns i slutrapporten som överlämnas till styrgruppen.

5. Dokumentinformation

Arbetsgrupp och upprättare av dokumentet

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

Granskare av dokumentet är:
Anna Sundqvist, VC VUP
Kristina Lingman, VC VUH

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

6. Referenser, stöddokument

Dokumentnamn	Plats
Autismspektrumtillstånd, intellektuell funktionsnedsättning och ADHD, beslutsstöd vid remittering för utredning	Samverkanswebb och Platina Dokument ID: 09-294780
Remiss_instruktion vuxenpsykiatri	Samverkanswebb och Platina Dokument ID: 09-68189
Remiss_instruktion vuxenhabilitering	Samverkanswebb och Platina Dokument ID: 09-217768
Flöde. Behandling och stöd AST_IF vuxna	Samverkanswebb
Flöde. Utredning AST_IF vuxna	Samverkanswebb

Vårt gemensamma ansvar för vår gemensamma patient	Plexus
Överenskommelse om samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning	Samverkanswebb
Samverkan – Vuxenpsykiatri och primärvård	Samverkanswebb och Platina Dokument ID: 09-110960.

Vårdprogram för diagnostik och utredning VUP	Samverkanswebb och Platina Dokument ID: 09-68189
ADHD - Vårdprogram Vuxenpsykiatri	Samverkanswebb och Platina Dokument ID: 09-254759

Socialstyrelsens föreskrift HSLF-FS 2017:37 Ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården	Webb
Intyg - vårdgivardirektiv för utfärdande. Hälso-och sjukvårdsförvaltningen	Platina Dokument ID: 01-145919
SIP- information och mallar	Samverkanswebb
Fast vårdkontakt, Hälso- och sjukvård Region Gävleborg Fast vårdkontakt – medicinskt ansvar - Region Gävleborg Fast vårdkontakt - exempel/vägledning - Region Gävleborg Patientinformation	Samverkanswebb och Platina Dokument ID: 09-41590 Dokument-ID: 09-290302 Dokument-ID: 09-280663 Webb
Information om sökning av FVK i befolkningsregistret.	Samverkanswebb och Platina Dokument ID: 06-79535

Kopia är giltighet garanteras endast utskriftsdatumet