

Regional riktlinje för vårdsamverkan och övergång till vuxensjukvården för barn och ungdomar med varaktig funktionsnedsättning

Riktlinjer för utförare av hälso- och sjukvård i Region Skåne. Regionala riktlinjer har tagits fram i nära samverkan med berörda sakkunniggrupper. Riktlinjerna är fastställda av hälso- och sjukvårdsdirektören.

Fastställd 2023-05-19
Giltig till 2026-05-19
www.vardgivare.skane.se/vardriktlinjer



Innehållsförteckning

Förord.....	1
Sammanfattning	2
Vårdprogramsgrupp	2
Avgränsning och definitioner.....	2
Habiliteringens uppdrag	3
Vårdcentralernas uppdrag	3
BVC:s uppdrag	4
Barn- och ungdomsklinikernas uppdrag	4
Ungdomsmottagningarnas uppdrag	4
Psykiatrins uppdrag.....	4
Epidemiologi.....	5
Prevention – förebyggande insatser	5
Remissrutiner	6
Säker överlämning av ansvar vid övergång från barn till vuxen	7
Sjukskrivning och rehabilitering.....	8
Intyg	8
Körkort	8
Psykosocialt omhändertagande	9
Egenvård	9
Ansvarsfördelning, nivåstrukturering	10
Ekonomiska aspekter	11
Dokumentinformation	12
Bilaga 1 Kontaktkarta	13

Förord

Mellan Barn- och ungdomshabiliteringen och primärvården i Region Skåne har det funnits en utarbetad samverkansmodell för remittering av ungdomar från Barn- och ungdomshabiliteringen till primärvård och specialistsjukvård daterad 2005-02-22, som 2012 kompletterades med ”regionala riktlinjer för remittering av ungdomar med funktionshinder från Barn- och ungdomshabiliteringen till primärvård och specialiserad sjukvård för vuxna inom Region Skåne”.

Förändringar i organisation, uppdrag till respektive verksamhet och det personcentrerade förhållningssättet med patientmedverkan i medicinska beslut har föranlett behov av en större uppdatering. Detta dokument ersätter härmed ovan nämnda riktlinjer.

Att barnhälsovården och vårdcentralerna utgör basen i hälso- och sjukvården även för personer med funktionsnedsättning tydliggörs men även hur viktigt det är med tät samverkan för att vården i högre grad ska upplevas som sömlös för patienterna.

Fastställt Malmö 2023-05-19



Pia Lundbom

Hälso- och sjukvårdsdirektör

Sammanfattning

Alla barn, även barn med behov av habiliteringsinsatser, behöver tidigt i livet ha kontakt med BVC och vårdcentral i stället för att plötsligt stå utan fast vårdkontakt eller fast läkarkontakt vid 18 års ålder.

De medicinska behoven avgör vilken/vilka verksamhet/er som behöver bli involverade samtidigt som samverkan är den största utmaningen. Ofta är det habiliteringsmottagningarna för barn och unga som sköter planeringen tillsammans med familjen, där barnläkare tar på sig det medicinska ansvaret. Planering måste ske i samförstånd med patientens fasta läkarkontakt på vårdcentralen som har ett utpekat samordningsansvar enligt avtal oavsett patientens ålder och funktionsnivå.

Funktionsnedsättningen och medicinska behov varierar mycket mellan individer och för samma individ över tid, vilket medför att vården måste ha regelbundna avstämningar och gemensam planering runt barnet och familjens behov. Ansvarsfördelningen ska accepteras av alla berörda parter, helst genom SIP (samordnad individuell vårdplan) som är särskilt viktig när socialtjänsten är involverad. SIP dokumenteras i patientens journal och synkroniseras med familjens kontaktkarta.

Vårdprogramsgrupp

Tillfällig arbetsgrupp som består av:

- Jenny E Andersson, specialist Allmänmedicin och AKO-koordinator.
- Petra Bovide, verksamhetschef VO Habilitering.
- Cecilia Ervander, specialist Allmänmedicin och AKO-koordinator.
- Helena Magnusson, medicinsk rådgivare VO Habilitering.
- Petra Widerkrantz, medicinsk rådgivare Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning.

Avgränsning och definitioner

Denna riktlinje handlar endast om vårdsamverkan för barn och ungdomar som har eller har haft behov av insatser från habiliteringsmottagningar för barn och unga. För stöd gällande vuxna med varaktig funktionsnedsättning hänvisas till andra riktlinjer [Habilitering - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](https://www.skane.se/om-skane/habilitering).

Habiliteringens uppdrag

Habiliteringens uppdrag är att optimera förutsättningarna för en person som haft en varaktig funktionsnedsättning sedan födseln eller utvecklat en funktionsnedsättning under barndomen. Habilitering som verksamhet innebär insatser för barn, ungdomar och vuxna med varaktiga funktionsnedsättningar och/eller deras närstående, för att möjliggöra dagligt liv och arbetsliv. Det kan handla om åtgärder för att underlätta, förbättra eller kompensera till exempel kommunikation och förflyttning. Inom habiliteringen i Skåne har patienterna varaktiga funktionsnedsättningar såsom intellektuell funktionsnedsättning, autism och/eller rörelsenedsättning som beror på sjukdomar eller skador inom nerv-, muskel och/eller skelettsystemet. Funktionsnedsättningen ska vara medfödd eller förvärvad innan 17 års ålder.

Enligt Socialstyrelsen definieras habilitering som insatser som bidrar till att en person med medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning, utifrån sina behov och förutsättningar, utvecklar och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga, samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet.

Vårdcentralernas uppdrag

Vårdcentralens uppdrag är att erbjuda planerad och oplanerad hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå i form av rådgivning, utredning, diagnostik, behandling, rehabilitering och uppföljning till alla individer oavsett ålder. Verksamheten ska, enligt avtalet för år 2022, organiseras så att behov av hälso- och sjukvård hos äldre, personer med sammansatta vårdbehov, kroniskt sjuka samt personer med funktionsnedsättning särskilt tillgodoses. Individer med flerk Funktionsnedsättning eller intellektuell funktionsnedsättning ska erbjudas regelbundna hälsoundersökningar utifrån sina individuella behov.

Vårdcentralen ska också samordna patientens samlade vårdbehov och de vårdinsatser som patienten behöver på olika vårdnivåer och av olika huvudmän, samt medverka till en väl sammanhållen vårdkedja.

Delar av innehållet förändras mellan åren och varje års gällande förfrågningsunderlag för vårdcentraler finns här: [LOV - hälso- och vårdval - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](#).

BVC:s uppdrag

Barnhälsovård (BHV) är den verksamhet som bedrivs vid en barnavårdscentral (BVC). BVC ska följa och erbjuda barnhälsovårdens nationella program till alla familjer med barn 0–6 år (eller till barnets skolstart). Barnhälsovårdens mål är att bidra till alla barns bästa möjliga fysiska, psykiska och sociala hälsa. Detta sker genom att främja barns hälsa och utveckling, förebygga ohälsa hos barn, samt tidigt identifiera och initiera åtgärder vid problem med barns hälsa, utveckling och uppväxtmiljö. För att uppnå målen behöver barnhälsovården erbjuda insatser till alla barn och föräldrar med ytterligare förstärkta insatser vid behov (så kallad proportionell universalism), samt bidra till en jämlik och rättvis barnhälsovård för alla barn i Sverige. Delar av innehållet förändras mellan åren och varje års gällande förfrågningsunderlag för BVC finns här: [LOV - hälso- och vårdval - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](#).

Barn- och ungdomsklinikernas uppdrag

Barn- och ungdomsklinikerna i Region Skåne ansvarar för barn under 18 år i behov av utredning och behandling av tillstånd/ sjukdomar som kräver specialiserad vård.

Ungdomsmottagningarnas uppdrag

Ungdomar med funktionsnedsättning har samma behov av ungdomsmottagningarnas utbud som andra ungdomar. Krav på kompetens och fysiskt tillgänglig miljö för ungdomar med funktionsvariation beskrivs särskilt i uppdraget som beslutades i Hälso- och sjukvårdsnämnden 2019 [Uppdrag UM ny version.pdf \(skane.se\)](#). Krav på samverkan med habiliteringsverksamhet omnämns också specifikt.

Psykiatrins uppdrag

Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) bedömer, behandlar och förebygger psykisk ohälsa hos barn och ungdomar under 18 år. När till exempel elevhälsan eller ungdomsmottagningen inte räcker till ansvarar BUP för vägledning, stöd och vård.

Vuxenpsykiatri ansvarar för specialiserad psykiatrisk bedömning och behandling vid exempelvis svårare depression, kraftig ångest och oro, tvångstankar och problem med ätstörning. Mellan primärvården och

psykiatri finns en handläggningsöverenskommelse om lämplig vårdnivå [Psykiatri och psykisk ohälsa, vårdriktlinjer - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](https://www.skane.se/psykiatri-och-psykisk-ohalsa).

Epidemiologi

Patienterna som har kontakt med habiliteringsmottagningar för barn och unga i Skåne är 0–17 år och har varaktiga funktionsnedsättningar såsom intellektuell funktionsnedsättning, autism och/eller rörelsenedsättning. Funktionsnedsättningen beror på sjukdomar eller skador inom nerv-, muskel och/eller skelettsystemet och är medfödd eller förvärvad innan 17 års ålder.

År 2022 gav habiliteringsmottagningarna för barn och unga i Skåne insatser till omkring 10 000 patienter.

Prevention – förebyggande insatser

I denna riktlinje handlar prevention inte om att förebygga en funktionsnedsättning, utan om att förutse och förebygga en försämring av funktionsnivån. Vid all funktionsnedsättning finns risk för försämring inom många olika områden i livet: fysiskt, psykiskt och socialt. Det är viktigt att vara uppmärksam på att försämringar kan inträffa och att upptäcka dessa i ett så tidigt skede att de kan förhindras eller förebyggas. Med rätt insatser i rätt tid behöver inte en funktionsnedsättning vara ett hinder för att individen ska kunna leva ett självständigt liv utifrån sina egna val. Ett inkluderande förhållningssätt från vårdens sida, samt hjälp till möjligheter att delta i samhället, kan öka patientens känsla av meningsfullhet och minska risken för psykisk ohälsa.

Det är viktigt att se till varje persons individuella behov och att samverka med de enheter som har särskild expertis inom respektive område på samma sätt som för andra patienter med enklare diagnoser. Det kan till exempel röra sig om psykiatrisk samsjuklighet, obesitas, epilepsi, uppfödningssvårigheter och urinvägs- och tarmfunktionsstörningar.

Alla barn med funktionsnedsättning ska inkluderas i barnhälsovårdens program och tidigt ha kontakt med sin vårdcentral.

Ett stöd i att åskådliggöra vem som ansvarar för respektive besvär är att bygga en kontaktkarta, se exempel nedan. (Ytterligare information och tips ges i Bilaga 1 Kontaktkarta.)



Remissrutiner

Remiss ska användas när patienten har vårdbehov som inte kan omhändertas på den egna enheten, antingen på grund av att kompetens saknas eller för att insatserna som behövs inte ligger inom remittentens uppdrag.

Om patienten inte har något aktuellt konkret behov av fortsatta insatser/åtgärder från hälso- och sjukvården ska ingen remiss skickas. Vårdåtaganden i specialiserad vård kan i stället avslutas med journalkopia till vårdcentral och eventuella ytterligare involverade verksamheter för kännedom. För mer information om generella regionala remissanvisningar, se: [Remisshantering och praxis för väntande patienter](#).

Habiliteringsmottagningens påbörjade planering måste inkludera vem som förväntas ta över ansvaret för respektive hälsoproblem och vara gjord innan remiss skickas i samband med att habiliteringen avslutar sitt vårdåtagande. Vid behov av insatser från socialtjänsten efter utskrivning från slutenvård måste enligt lag en samordnad individuell plan (SIP) tas fram gemensamt med samtliga involverade parter. Samma verktyg (SIP) rekommenderas starkt att användas även vid större behov av samverkan mellan olika vårdinstanser för komplexa fall inom Region Skånes ansvarsområde som komplement till remiss.

Individuell plan och SIP kan ses som komplement till remittering och fungera som ett verktyg inför överlämning.

Säker överlämning av ansvar vid övergång från barn till vuxen

För de barn som har omfattande behov av medicinska insatser och där läkaren på habiliteringsmottagningen tagit på sig ett samordningsansvar, ska remiss med en sammanfattning av sjukhistorien skrivas till vårdcentral för övertagande av samordningsansvaret.

I de fall patienten har dietistkontakt på habiliteringsmottagningen skriver även dietisten en separat remiss till vårdcentralens dietist.

I mer komplicerade fall kallar habiliteringsmottagningen även till ett överlämningsmöte där familjen, personal från habiliteringsmottagningen för barn och unga, habiliteringsmottagningen för vuxna, barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri, primärvården och eventuellt ytterligare personer från andra specialiserade verksamheter deltar. Vid detta möte planerar man för fortsatt viktig samverkan utifrån patientens behov

I de fall läkaren på habiliteringsmottagningen behandlat patienten för neurologiska sjukdomstillstånd och identifierat behov av fortsatt bedömning och behandling inom specialistverksamheter i vuxensjukvården, skickar denna remisser dit.

Patienten kan ha samtidig kontakt med annan specialistsjukvård med inriktning barn, och det är då deras ansvar att remittera patienten till motsvarande specialist inom vuxensjukvården.

Alla vårdcentraler i Skåne ska erbjuda riktade hälsoundersökningar av personer med svårare funktionsnedsättningar oavsett ålder, vilket innebär att de ska erbjuda tid till årliga kontroller avseende somatisk hälsa samt ge råd om levnadsvanor anpassade till individens förutsättningar.

Det finns dessutom några vårdcentraler som har tilläggsuppdraget ”mottagning för vuxna med varaktig funktionsnedsättning”. Målgruppen för uppdraget är personer med varaktig funktionsnedsättning beroende på sjukdom eller skador inom nerv-, muskel- och/eller skelettsystem.

Sjukskrivning och rehabilitering

Sjukskrivning från skolan sker endast i yttersta undantagsfall och bedömning med tillhörande intyg utförs i så fall endast av läkare inom specialiserad vård.

Intyg

Beroende på ålder och funktionsnedsättning kan olika intyg vara aktuella. Huvudregeln är att intyg skrivs av den vårdenhet som har vårdansvar för det hälsoproblem som intyget berör. Om patienten inte har någon pågående kontakt är vårdcentralen första instans för bedömning. Vid behov kan ibland kompetens hos annan vårdenhet behöva konsulteras i samband med att intyg ska skrivas.

Exempel på intyg som kan vara aktuella är:

- Intyg som ger individen och närstående ersättning för kostnader (omvårdnadsersättning, merkostnadsersättning, tillfällig föräldrapenning).
- Intyg för miljö och färdmedel (bostadsanpassning och bilstöd).
- Intyg som ger rätt till visst stöd (assistansersättning, LSS-intyg, god man eller förvaltare, parkeringstillstånd, färdtjänst, sjukresor).
- Körkortstillstånd.
- Aktivitetsersättning.
- Intyg om läkemedel och sondmat vid resa utanför Schengen.
- Önskekostintyg, tandvårdsintyg.

Körkort

De personliga och medicinska krav som krävs för körkort finns i Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om medicinska krav för innehav av körkort med mera, läs mer på: [Regler som styr – Transportstyrelsen.se](#). Vid ADHD, autismspektrumtillstånd och likartade tillstånd samt annan psykisk funktionsnedsättning är det särskilt viktigt att beakta störningar av impuls kontroll, koncentrationsförmåga, uppmärksamhet och omdöme samt tvångsmässig fixering.

Måttlig till svår intellektuell funktionsnedsättning utgör alltid hinder för innehav. Vid lindrig intellektuell funktionsnedsättning gör Transport-

styrelsen en individuell helhetsbedömning av lämplighet. Vid funktionsnedsättning i rörelseorganen ska läkaren bedöma tillståndets inverkan på körförmågan, i förekommande fall med hänsyn till tekniskt hjälpmedel eller anpassning av fordonet.

Psykosocialt omhändertagande

Varje vårdnivå har ansvar för att tillgodose psykosociala behov kopplat till det aktuella hälsotillståndet. Barn med varaktig funktionsnedsättning är en högt prioriterad patientgrupp på grund av nedsatt autonomi och svårigheter att bevaka sina rättigheter. Därför behöver varje vårdnivå vara extra vaksam på patientens, familjens, och nätverkets psykosociala behov. Ofta behövs samverkan med skolhälsovård, förskola, skola, LSS och socialtjänst. Barn med funktionsnedsättning har en ökad risk att fara illa, mer information finns här: [Barn som riskerar att fara illa - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](#).

Egenvård

Egenvård är när patienten själv, eller med hjälp av någon annan, utför hälso- och sjukvårdsåtgärder utanför hälso- och sjukvården. I lagen om egenvård definieras egenvård som en hälso- och sjukvårdsåtgärd som behandlande hälso- och sjukvårdspersonal som har legitimation eller särskilt förordnande har bedömt att en patient kan utföra själv eller med hjälp av någon annan (egenvårdsbedömning).

När en patient själv eller med hjälp av någon annan utför egenvård är det alltså inte att betrakta som hälso- och sjukvård. En egenvårdsbedömning enligt lagen om egenvård är däremot hälso- och sjukvård och ska därför göras i enlighet med de lagar och regler som gäller för hälso- och sjukvården. Om patienten behöver praktiskt stöd för att utföra egenvården ska den som gör bedömningen samråda med:

- Närstående.
- Bistånds-/LSS-handläggare inom socialtjänsten.
- Ansvarig befattningshavare hos annan aktör, till exempel förskolan eller skolan.

Mer information inklusive om dokumentation och stöd i enskilda patientfall finns här: [Samverkan vid egenvård - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](#) och här: [Egenvård - Patientsäkerhet \(socialstyrelsen.se\)](#).

Ansvarsfördelning, nivåstrukturering

Vårdcentralen ska vara samordnare av sina listade patienters samlade vårdbehov och de vårdinsatser som patienten behöver på olika vårdnivåer och av olika huvudmän. Det medicinska behovet ska avgöra vårdnivå (primärvård/ specialiserad vård) och vem som ska utföra insatserna, inte vilka diagnoser patienten har, ekonomiska förhållanden eller historisk ansvarsfördelning. Behovsbedömningen kan utföras av legitimerad personal på alla vårdnivåer inom det egna kompetensområdet.

Ansvarsfördelningen är dessutom beroende av vilken kompetens som finns att tillgå runt varje patient i familjesammanhanget, i den Nära vården och i kommunen vid tidpunkten för behovets uppkomst, och måste vara flexibel utifrån de aktuella behoven. Ansvarsfördelningen ska vara känd av patient och närstående liksom samtliga övriga aktörer som är involverade i fördelningen för att vara giltig och kunna användas.

BVC ska erbjuda individanpassat barnhälsovårdsprogram till alla barn inklusive barn med funktionsnedsättning. BVC behöver därför återkommande information från habiliteringsmottagningen om dessa barns förväntade utvecklingsprocess som bör vara dokumenterad i PMO i patientens habiliteringsjournal (hämtas via ”blå huset”).

Även om huvudansvaret för att tillgodose de flesta sjukvårdsbehov ligger på Barn- och ungdomskliniken och Habiliteringen, är det viktigt att tidig kontakt etableras med den vårdcentral som ett barn med komplexa sjukvårdsbehov är listat vid. Specialistmottagningarna ska, vid sina kontakter med barn, ungdomar och deras vårdnadshavare, ta kontakt med vårdcentralen vid behov av samverkan, hålla primärvården informerad om pågående större förändringar av vårdbehovet samt lotsa familjen dit när den specialiserade vårdens insatser inte längre är nödvändiga, även om familjen i övrigt har kontakt med barn- och ungdomssjukvård och habilitering. Detta för att vardagliga hälso- och sjukvårdsbehov ska hanteras på rätt vårdnivå och för att patienterna ska uppleva en sammanhållen vårdkedja med säkra övergångar i vården.

Här kan särskilt betonas verksamhetschefernas ansvar att i enlighet med 6 kap. 2§ Patientlagen utse en fast namngiven vårdkontakt för patienterna i denna patientgrupp.

Ekonomiska aspekter

Aktuell information om samtliga ersättningsregler finns i senast beslutade förfrågningsunderlaget för vårdcentralerna [LOV - hälso- och vårdval - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](#).

Dokumentinformation

	Namn	Position	E-postadress
Huvudansvarig	LPO Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin		
Fastställt av	Pia Lundbom	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Pia.Lundbom@skane.se
Sakkunniggrupp	Tillfällig arbetsgrupp		
Kontaktperson Koncernkontoret	Redaktion för regionala medicinska riktlinjer		ksredaktion@skane.se
Administrativ kontaktperson	Elisabeth Daulin	Publicerare	Elisabeth.Daulin@skane.se

Bilaga 1 Kontaktkarta

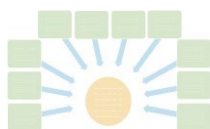
Att använda kontaktkarta

Bakgrund: Det har funnits önskemål om ett enkelt verktyg som kan visualisera viktiga kontakter för patienten. Denna mall för kontaktkarta har inspirerats av Riksförbundet Sällsynta diagnoser. Patientens kontaktnätverk kan till exempel bestå av vårdaktörer, övriga samhällsaktörer och närstående.

Syfte: Kontaktkartan syftar till att visualisera patienternas viktiga kontakter. Den ska hjälpa patienten att förstå vem som gör vad för patienten.

Så här fyller du i kontaktkartan:

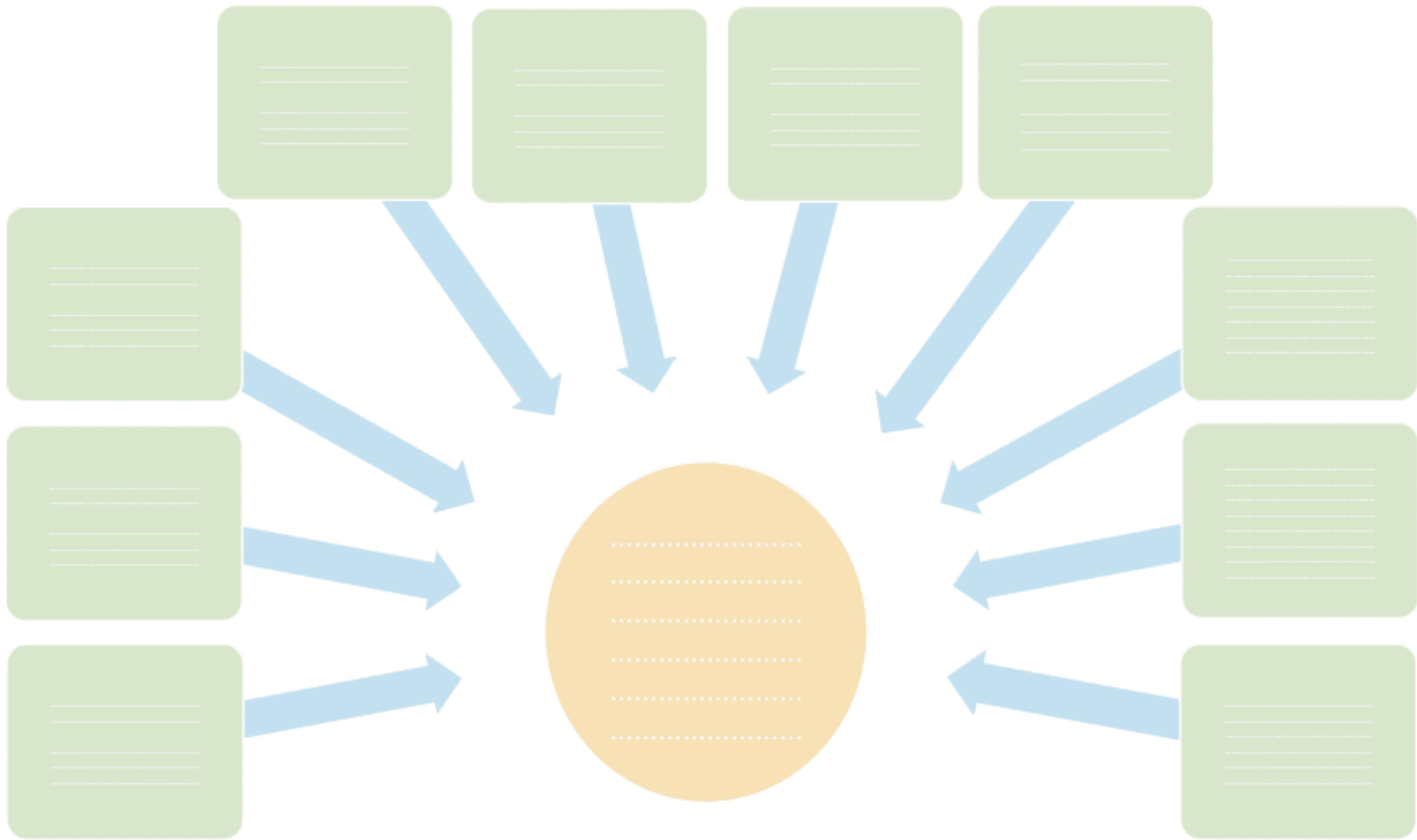
1. Välj hur många kontakter som ska finnas med. I följande tre bilder finns det mall för 10, 9 respektive 8 kontakter.
2. Kontaktkartan skrivs ut i A3 format. Skriv ut i färg och välj enkelsidig utskrift. Det räcker med att skriva ut den sida som är aktuell att använda.
3. Kontaktkartan fylls i för hand. För att skydda personuppgifterna för patient och personal ska kontaktkartan *inte* fyllas i digitalt.
 - I cirkeln i mitten är det tänkt att patientens namn ska fyllas i.
 - I de gröna fyrkanterna är det tänkt att olika aktörers/funktioners namn och kontaktuppgifter ska fyllas i. Här kan det också förklaras varför patienten träffar aktören.
 - Innehållet i kontaktkartan anpassas utifrån patientens behov.

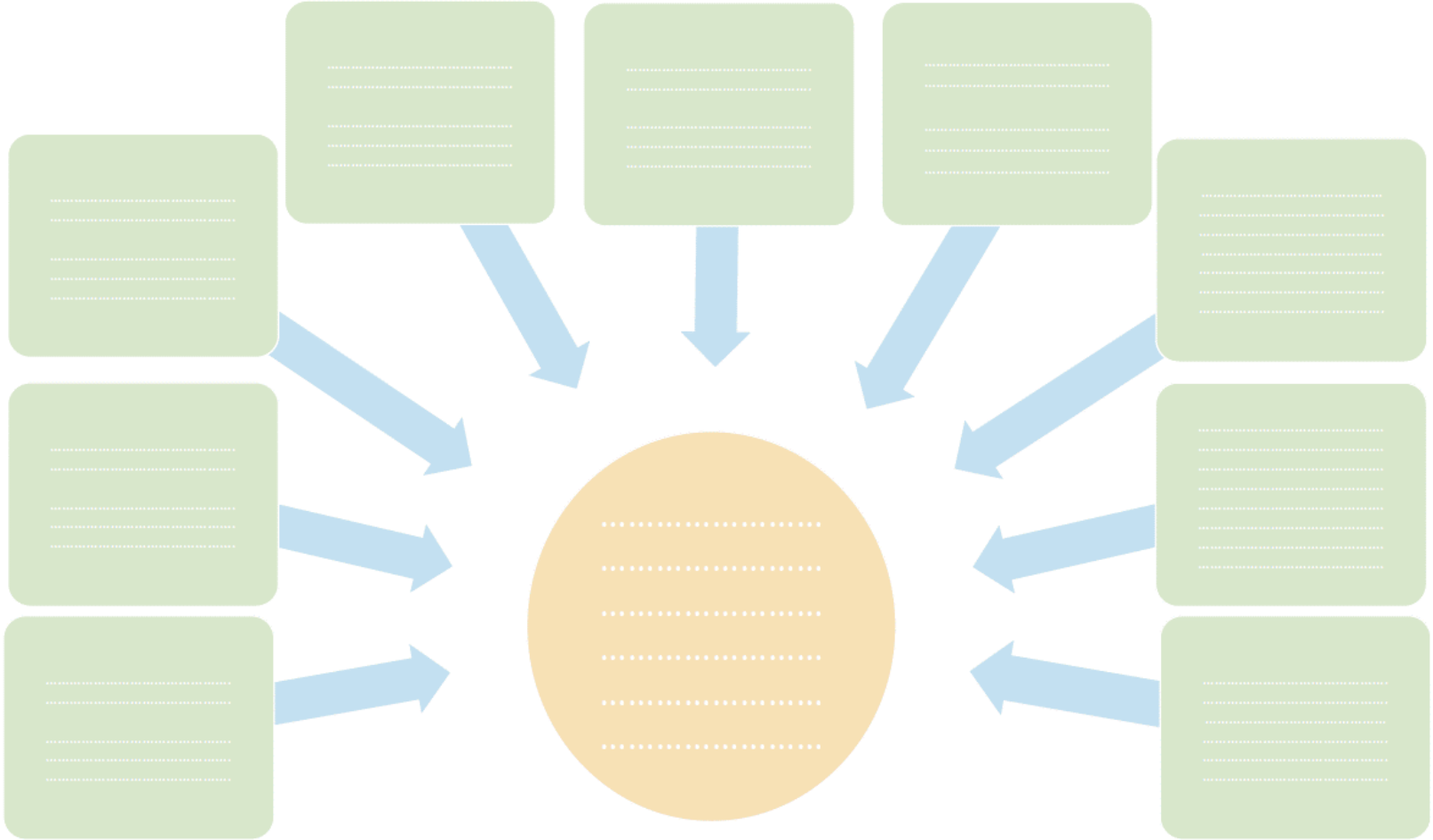


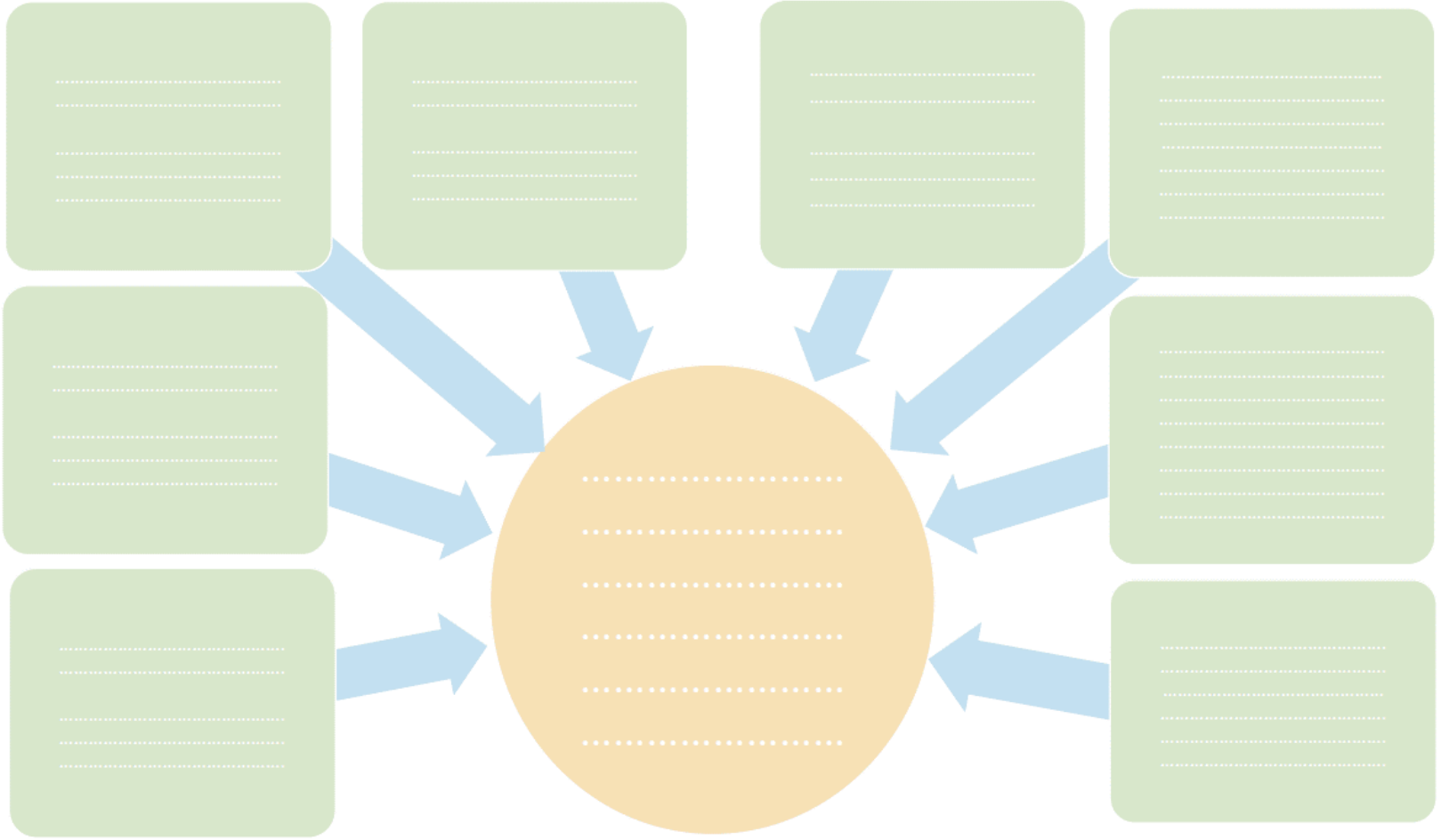
På sista sidan hittar du ett exempel på hur en kontaktkarta kan se ut. OBS! Detta är ett exempel som innehåller fingerade namn.

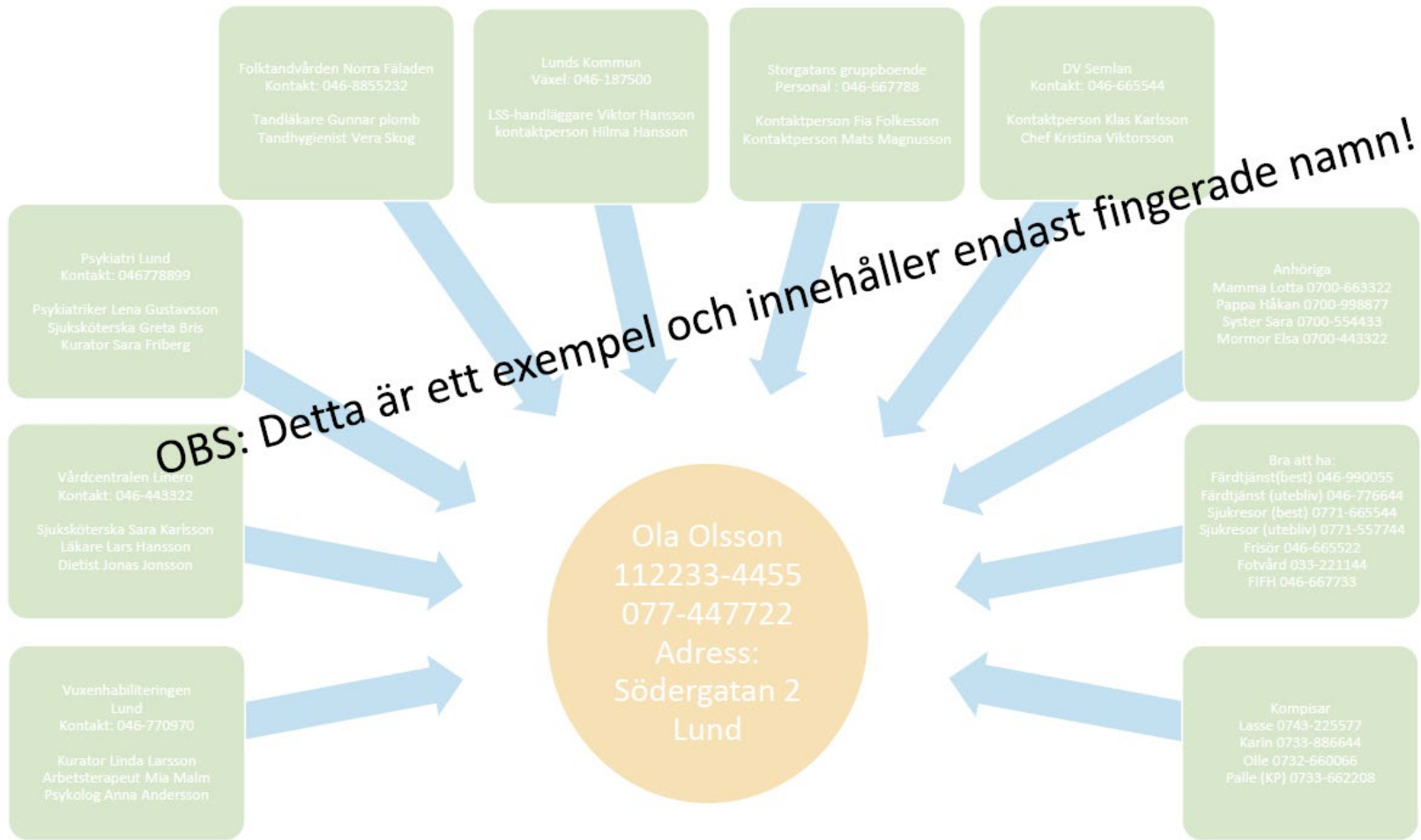
Alternativ: Det finns många alternativa sätt att arbeta med kontaktkartor. Ett exempel är att använda sig direkt av den kontaktkarta som är framtagen av Riksförbundet Sällsynta diagnoser [Sällsynta Diagnoser - \(sallsyntadiagnoser.se\)](https://sallsyntadiagnoser.se).

Du finner den på sida 17–21 här: [Sallsynt-overgang verktygen.pdf - \(sallsyntadiagnoser.se\)](https://sallsyntadiagnoser.se). Där kan du själv välja hur många kontakter som ska anges eftersom du själv ”klipper och klistrar i materialet.









OBS: Detta är ett exempel och innehåller endast fingerade namn!