

Nka – God och säker övergång till vuxensjukvård för unga med omfattande funktionsnedsättning



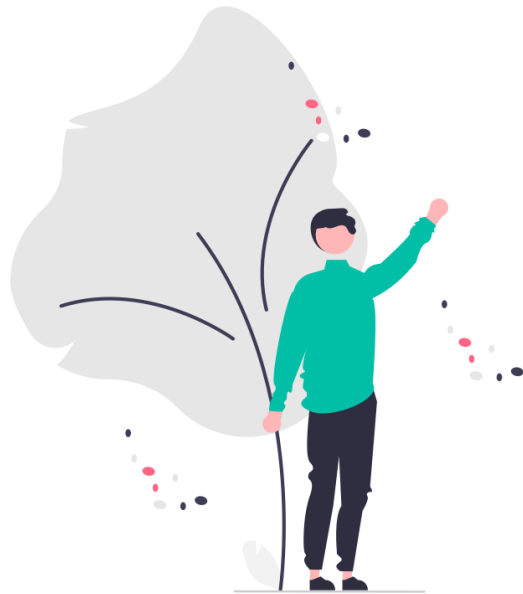
Webbseminarium 241016
Angelica Gustafsson Region Sörmland

**Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälsa- och sjukvård**

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Vägledning för övergång från barn- till vuxensjukvård för unga med född eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning

Framgångsfaktorer och förutsättningar för en god och säker övergång



Uppdrag till Nationell arbetsgrupp (NAG) våren 2022

Den nationella arbetsgruppen får i uppdrag att med utgångspunkt i föregående listade konstateranden inkomma med en rapport till NPO innefattande att:

- Kartlägga likheter och skillnader över landet gällande övergång från barn- till vuxensjukvård.
- Identifiera framgångsfaktorer för ett personcentrerat och strukturerat arbetssätt gällande gränssnitt och samordningen vid övergång till vuxensjukvård för barn- och ungdomshabiliteringens målgrupp, och som bortser från organisatoriska skillnader över landet.
- Om möjligt beskriva "best practice" för ett strukturerat arbetssätt gällande övergången till vuxensjukvården för barn- och ungdomshabiliteringens målgrupp.
- Identifiera behov av kunskapsstöd och kompetensutveckling för att skapa förutsättningar för ett strukturerat arbetssätt vid övergången till vuxensjukvården.

Representation i NAG Gränssnitt och samordning vid övergång till vuxensjukvård för barn- och ungdomshabiliteringens målgrupp

Habiliteringsverksamhet 15 pers

Barnsjukhus 2 pers

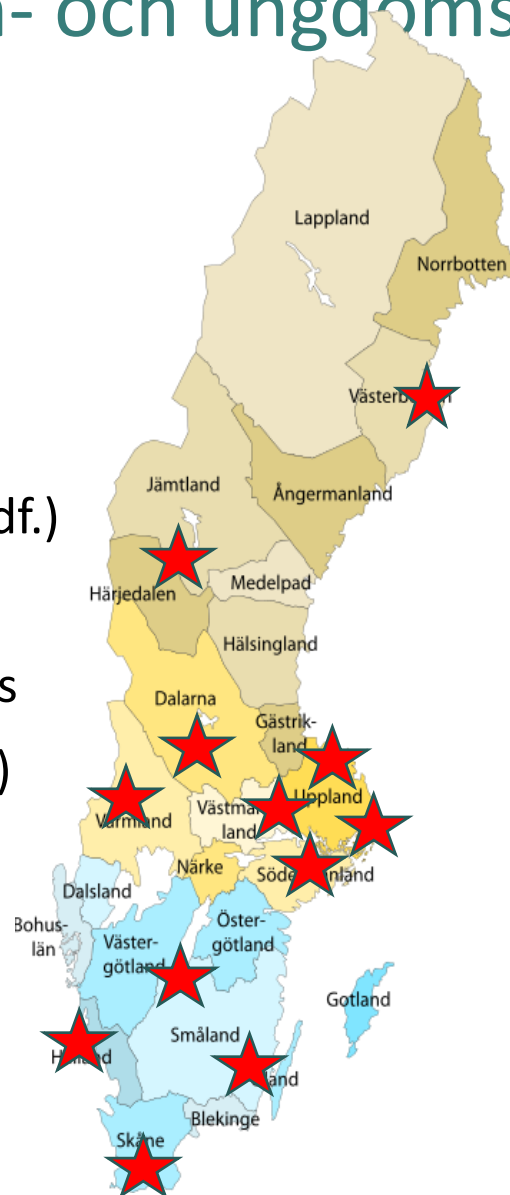
Vuxenneurologi 2 pers

Vuxenpsykiatri 2 pers

Primärvård 2 pers (proc.ledare, ordf.)

Kommun/FoU 2 pers

Patient- och närstående repr. 2 pers
(Funktionsrätt, Autism Sverige)



- Totalt 26 deltagare
- Ordf. Eva Nordin Olsson, allmänläkare Dalarna och Mora kommun
- Vice ordf. Annika Brar, habiliteringsläkare Stockholm
- Processledare Angelica Gustafsson, ssk/vårdlots Sörmland

*Att beakta – Rapport Myndigheten för vårdanalys 2019



Förutsättningar vid övergång från barn- till vuxensjukvård, kort sammanfattning:

- Övergångarna behöver bli mer personcentrerade
- Kontinuiteten är särskilt viktig
- Processen behöver startas tidigt och anpassas utifrån de ungas behov
- Vetenskapligt stöd för olika övergångsprogram saknas
- Förutsättningar för nationell uppföljning och utvärdering är bristfällig

*Att beakta – Utredningen Börja med barnen

[Börja med barnen! Sammanhållen god och nära vård för barn och unga - Regeringen.se](https://www.regeringen.se/om-regeringen/utredningar-och-utredningsrapporter/2018/07/borja-med-barnen/)

Flertal förslag och rekommendationer, bl.a:
Skapa en tryggare övergång från vård för barn till vård för vuxna



**Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälsa- och sjukvård**

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Sammanfattande slutsatser och rekommendationer

Baserat på vår kartläggning – tidigare rapporter, enkäter, forskning, europeiska rekommendationer, goda exempel och intresseföreningars erfarenheter:

1. Framgångsfaktorer för god och säker övergång.
2. Strukturella faktorer som gynnar implementering.
3. Behov av kunskapsstöd och kompetensutveckling



Bilaga: Checklista för ett personcentrerat och strukturerat arbetssätt

1. Framgångsfaktorer för god och säker övergång

- Tidig planering av övergång till vuxensjukvård.
- Koordinator/samordnare.
- Nätverksbaserat arbete
- Multidisciplinärt upplägg.
- Både regional och kommunal hälso-och sjukvård ska involveras då behov finns.
- Dokumenterad överenskommelse/ Patientkontrakt för övergången och den framtida vuxensjukvården
- Fast vårdkontakt.
- Fast läkare.
- Skriftlig epikris/slutanteckning från barnsjukvården.
- Skriftlig remiss till mottagande vårdverksamheter i vuxensjukvården.
- Gemensamt möte/patientbesök för barn- och vuxensjukvård vid behov..



Tidig planering av övergång till vuxensjukvård

För att ungdomen och familjen ska känna sig trygga i övergången och i vuxensjukvården behöver processen startas minst två år innan övergången ska ske. Den ska anpassas utifrån ungdomens individuella behov och utvecklingsnivå.

Koordinator/samordnare

Initierar och följer med under hela processen. Namngiven person ska finnas tillgänglig för ungdomen och familjen före, under och efter överföringen utifrån individuella behov. Koordinator/samordnare bör vara känd för både barn- och vuxensjukvård och ha god kunskap om hur hälso- och sjukvården fungerar. Uppdraget är inte slutfört förrän samordningsansvaret är överfört och patienten har en etablerad kontakt med vuxensjukvården.

Nätverksbaserat arbete

De professionella och närstående som behövs för att individen ska ha ett gott liv före, under och efter övergången bör involveras i ett teambaserat arbetssätt över organisationsgränserna.

Multidisciplinärt upplägg

Även om det finns en övergripande ansvarig koordinator/samordnare för övergången har varje enskild medarbetare i barnteamet ett ansvar för att information och fortsatta behov överförs och tas emot inom lämplig verksamhet inom vuxensjukvården.

Både regional och kommunal hälso-och sjukvård ska involveras då behov finns

Utifrån ungdomens individuella behov kan elevhälsans medicinska insatser (EMI) och/eller kommunal hälso-och sjukvård i LSS-verksamhet och i hemmet vara aktuell.

Dokumenterad överenskommelse - Patientkontrakt för övergången och den framtida vuxensjukvården

Ska vara anpassat och begripligt för patienten. Här ska finnas kontaktuppgifter till fortsatta fasta vårdkontakter, relevanta vårdgivares ansvarsområden samt en sammanhållen vårdplanering för uppföljning, behandling och icke planerade vårdbehov. Ev. behov av stöd för samtycke till vård ska anges, anhöriga involveras efter behov.

Fast vårdkontakt

Alla patienter med omfattande och varaktig funktionsnedsättning bör erbjudas en fast vårdkontakt i relevanta vårdverksamheter



Fast läkarkontakt

I primärvården och i relevant specialistverksamhet bör fast läkarkontakt erbjudas för att tillgodose målgruppens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet.

Skriftlig epikris/slutanteckning från barnsjukvården

Anteckningen ska innehålla medicinsk och psykosocial sammanfattning, behandlingseffekter och behov av fortsatta uppföljningar, hänvisning till relevanta vårdprogram och andra kunskapsstöd.

Om möjligt kopia med relevanta anpassningar (lättläst/bildstöd) till patient, närstående.

Skriftlig remiss till mottagande vårdverksamheter i vuxensjukvården

Remiss ska inkludera uppgifter om individuell vårdplan, medicinsk och psykosocial slutanteckning.

Gemensamt möte/patientbesök för barn- och vuxensjukvård

Genomförs i samband med övergången då behov finns.

Checklista för ett personcentrerat och strukturerat arbetssätt

13-17 år

- Information om funktionsnedsättningen och behov av vård och stöd till ungdomen*
- Information om hälsofrämjande levnadsvanor*
- Uppmuntra ungdomens delaktighet i behandlingen och egna vårdbesök*
- Nätverksbaserat arbete (professionella och närstående som behövs vara involverade)

**utifrån individuella förutsättningar*

16-17 år

Utse namngiven koordinator/samordnare som initierar övergångsprocessen, följer ungdomen under hela processen och ansvarar för:

- Information till ungdomen och vårdnadshavare (muntligen och skriftligen) om övergången, vård och stöd efter 18 års ålder.
- Kartläggning av aktuella vård- och omsorgskontakter
- Kartläggning av behov av vård- och omsorgskontakter efter 18 års ålder
- Individuell vårdplan/patientkontrakt för planerad vård före och efter 18 års ålder
- Muntlig och skriftlig information ska vara anpassad och begriplig för patienten.

17-18 år (eller äldre om senare övergång)

Koordinator/samordnare ansvarar tillsammans med ansvariga behandlare för:

- Information till ungdomen och vårdnadshavare om juridiska förändringar vid 18 års ålder (tystnadsplikt, samtycke, närståendes delaktighet, ev. god man/förvaltare etc)
- Aktualisering av vårdplan/patientkontrakt för uppföljning och vård efter 18 års ålder
- Intyg utifrån behov
- Berörda professioner sammanfattar given vård och behandling till slutanteckningen
- Slutanteckning/epikris skrivs (av läkare och/eller annan profession).
- Remiss** skickas till primärvård samt specialiserad vård vid behov
 - Fast vårdkontakt i berörda vårdverksamheter för vuxna bekräftas, förmedlas till patient
 - Fast läkarkontakt i primärvården bekräftas, förmedlas till patient
- Gemensamt möte/patientbesök för barn- och vuxensjukvård genomförs vid behov
- SIP genomförs vid behov av samordning av regionala och kommunala insatser
- Uppföljning av att vårdkontakter etablerats enligt remiss.

**Remiss till vuxensjukvård ska innehålla:

Slutanteckning/epikris (eller hänvisning till journal)

Aktuella läkemedel och hjälpmedel

Behov av uppföljning, fortsatt vård och behandling samt intyg

Hänvisning till relevanta vårdprogram/riktlinjer/uppföljningsprogram

Behov av namngiven fast vårdkontakt i mottagande verksamhet

Behov av namngiven fast läkarkontakt i primärvården

Behov av anpassningar i vården, kognitivt och kommunikativt stöd

Övriga skrivna remisser, behov av samverkan, ev. gemensamt möte/patientbesök

Exempel på stöd för patient och vårdgivare

Förutsättningar för delaktighet och förståelse för fortsatta sjukvårdskontakter



Region Halland

MIN PÄRM



VIKTIG INFORMATION

INFÖR VUXENLIVET

Habiliteringsverksamheten i Sörmland

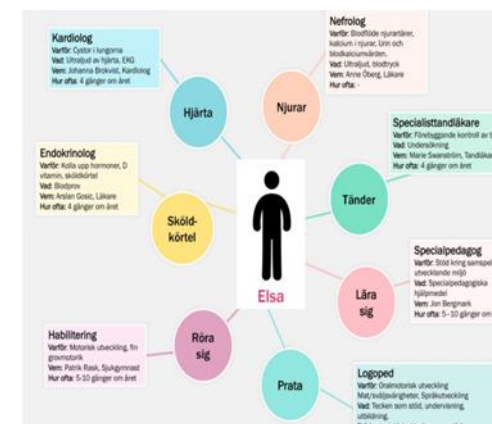
Region Sörmland

Manualer och informationsmaterial

för planering och genomförande av avslut på habiliteringsverksamhetens barn- och ungdomsteam



MMI-projektet
2014-01-31
Angelica Gustafsson
Susanne Wetterholm
Olina Gustafsson



Riksförbundet Sällsynta diagnoser

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälsa- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

3. Behov av kunskapsstöd och kompetensutveckling

Kartläggning bekräftar brister gällande kunskap och kompetens i vuxensjukvården samt följsamhet till befintliga kunskapsstöd.

Identifierade områden med behov av kunskapsstöd och kompetensutveckling:

- Kunskap om funktionsnedsättningar på alla nivåer i hälso- och sjukvården.
- Kunskap om associerade hälsoproblem.
- Kunskap om bakomliggande medicinska syndrom.
- Kunskap om bemötande, AKK, hjälpmedel och anpassningar för en tillgänglig och jämlik vård.
- Kunskap om försäkringsmedicin, lagstiftning och medicinsk juridik på funktionshinderområdet.
- Tillgänglig fortbildning.
- Tillgång till fördjupad/specialiserad kunskap inom vuxensjukvården, inkl. vuxenhabilitering.
- Kompetensutveckling via auskultation, praktiskt lärande inom specialiserad verksamhet.

Remissgång och fortsatt arbete

- Intern remissrunda i Kunskapsstyrningsstrukturen; via relevanta NPO – RPO
- Öppen remissrunda via Kunskapsstyrningen våren 2024
- Ca 55 remissvar från regioner, kommuner, professionsföreningar, patientföreningar samt myndigheter har beaktats
- Rapporten godkänd av NPO Rehabilitering Habilitering och Försäkringsmedicin och publicerad i juni 2024:
[Vägledning för övergång från barn- till vuxensjukvård för unga med medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning \(kunskapsstyrningvard.se\)](https://kunskapsstyrningvard.se)
- **Fortsatt regionalt arbete utifrån vägledningens slutsatser**



Tack för idag!

Webbinarium Kunskapsstyrningen 18/11 kl 13.00

Vår framgång räknas i liv och jämlik hälsa

Tillsammans gör vi
varandra framgångsrika!

**Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälsa- och sjukvård**

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Frågor och reflektioner

