

Rehabilitering för patienter med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar

Gäller för: Region Kronoberg

1 Inledning

Personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar ska erbjudas diagnosutredning och insatser i rimlig tid i enlighet med Socialstyrelsens kriterier om God Vård och Region Kronobergs Mål och värderingar. Detta innebär jämlik vård med patienten i fokus utifrån gemensamma riktlinjer som grundar sig på vetenskap och beprövad erfarenhet. Syftet är även att implementera innehållet i de nationella vägledningsskildningarna vilket innebär att hänvisningar till bedömning/kartläggning, utredning och insatser utgår från innehållet i dessa dokument.

Målgrupp

Riktlinjerna avser att möta behov hos personer över 18 år i Kronobergs län med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och utan utvecklingsstörning. Med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar avses svårigheter som täcks av diagnoserna ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), AST (Autismspektrumtillstånd) och Tourettes syndrom. Cirka 4 % av den vuxna befolkningen har ADHD och 1 % har AST. Samförekomsten mellan ADHD och AST är hög. Litteraturen anger att hälften av dem som har AST också har ADHD. Prevalensen av Tourettes syndrom är osäker, men komorbiditeten med ADHD och AST är ca 85 %. Detta innebär att sammanlagt cirka 7000 personer över 18 år bosatta i Kronobergs län beräknas ha neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.

Förutsättningar utifrån aktuell patientgrupp

Personer med enbart autismspektrumtillståndsd diagnos har definitionsmässigt svårigheter med social ömsesidighet och kommunikation samt har begränsningar i beteenderepertoaren. De personer som enbart har ADHD diagnos har definitionsmässigt svårigheter inom uppmärksamhetsområdet och hyperaktivitet/impulsivitet. Det finns flera gemensamma problemområden som i stor utsträckning påverkar personens sätt att fungera. Dessa områden är bland annat: reglering av kognitiva, affektiva och biologiska processer; processhastighet (långsam hastighet i det man gör samt även i tänkandet); annorlunda perception; begränsad/annorlunda förmåga till uppmärksamhet samt somatisk och psykisk ohälsa. Det är vanligt med nedsatt kroppskännetid i form av avvikande motorik och svårigheter att tolka kroppens signaler. Detta kan visa sig som svårigheter att koordinera rörelser, stelt stereotypiskt rörelsemönster, spänd eller slapp muskulatur samt återhållen andning. Ofta förekommer spänningsutlöst värk, sömnproblem och allmänt nedsatt kondition och styrka. Forskning pekar på att 75 % av de personer som får en neuropsykiatrisk diagnos i övre tonåren eller

senare har en psykiatrisk samsjuklighet. För att möta de komplexa behoven hos vuxna med neuropsykiatriska diagnoser behövs både basala insatser och insatser på specialistnivå.

Resurser, kompetens

Personal inom primärvården behöver ha grundläggande kompetens om neuropsykiatriska funktionsnedsättningar för att identifiera behov av diagnosutredning och för att kunna ge basala insatser. Kunskap om bemötande är viktigt. Primärvårdens rehabteam ger en bredd av insatser. Teamet bör bestå av arbetsterapeut, kurator, läkare, psykosocial resurs, sjukgymnast. Inom specialistenhet krävs en fördjupad kompetens om neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Utredning och insatser organiseras i tvärprofessionella team bestående av exempelvis arbetsterapeut, kurator, logoped, läkare, psykolog, sjukgymnast och sjuksköterska.

Definitioner

ADHD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Diagnosen innebär svårigheter med uppmärksamhet och hyperaktivitet/impulsivitet.

AST: Autismspektrumtillstånd. Detta begrepp inkluderar diagnoserna Autism, Asperger syndrom och atypisk autism. Diagnoserna innebär svårigheter att på ett ömsesidigt och flexibelt sätt samspela, kommunicera, anpassa och variera beteenden samt intressen.

Tourettes syndrom: Diagnosen innebär vokala och motoriska tics.

Vägledningsdokumentet ADHD hos vuxna samt Autismspektrumtillstånd hos vuxna: Dokumenten är utarbetade av arbetsgruppen för Nationell psykiatrisamordning (2003) projekt ”ADHD och autismspektrumtillstånd hos vuxna”. Innehållet i dokumenten rör frågor som arbetsformer, samverkan, samordning, resurser, personal och kompetens inom vård, social omsorg och rehabilitering av personer med funktionshinder. Vägledningsdokumenten utgår från praktisk erfarenhet och hållbara forskningsrön.

LSS: Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Detta är en rättighetslag som ger specifika rättigheter bland annat till personer med Autismspektrumtillstånd. Råd och stöd enligt LSS § 9.1 ges av landstinget. Habiliteringen ansvarar för handläggning och beslut. Personen själv ansöker om insatser enligt LSS. Övriga insatser enligt LSS § 9.2–10 ges av kommunerna.

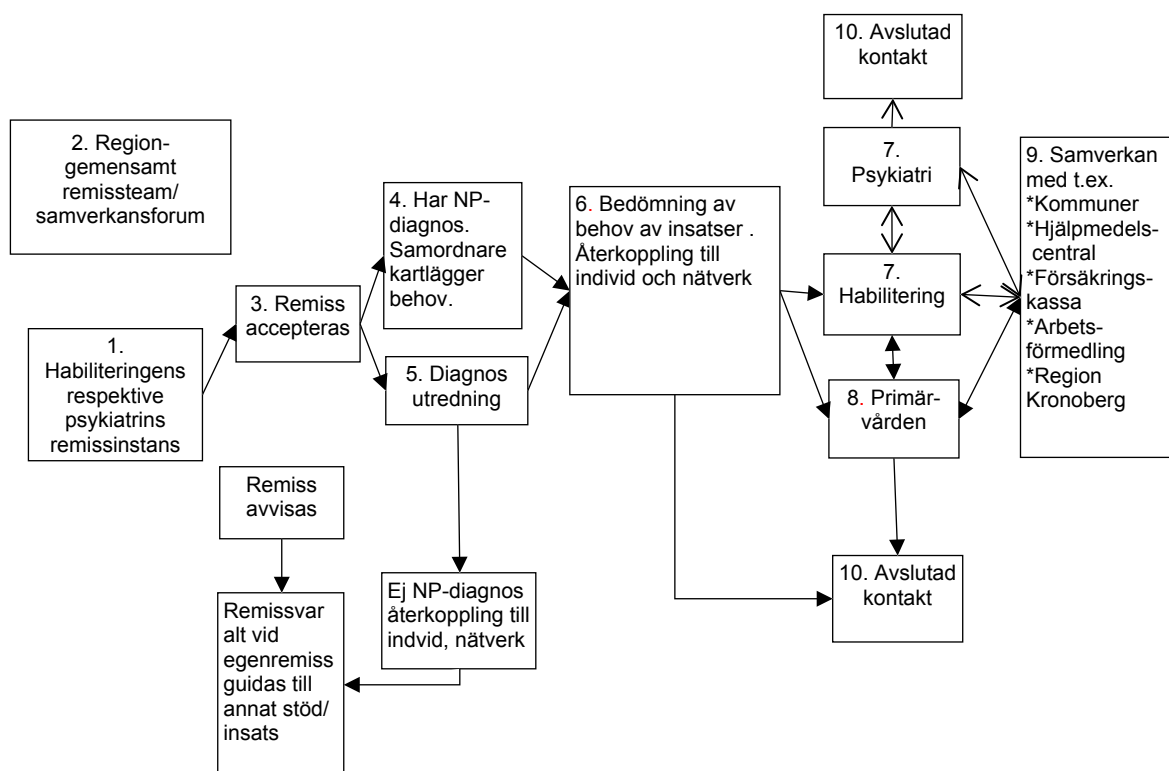
SIP: Samordnad individuell plan. Används när en person behöver stöd, hjälp och insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Planen ska ge en sammanhängande bild av den enskilde och vara ett underlag för samordning av insatser.

FYSS: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling

FaR: Fysisk aktivitet på recept som bygger på rekommendationer i FYSS 2008.

BUSA: Är ett nationellt kvalitetsregister för behandlingsuppföljning av säkerställd ADHD. Även patienter som inte behandlas med läkemedel kan registreras och följas upp. Den långsiktiga målsättningen är att dokumentera all ADHD vård i Sverige.

2 Flöde/process



3 Rehabilitering

Utredning/bedömning

Remissteam som hanterar inkommande remisser med neuropsykiatriska frågeställningar finns inom både vuxenhabiliteringen och inom vuxenpsykiatri. Vid behov av en gemensam bedömning tar ett landstingsgemensamt remissteam med representanter från habiliteringen, vuxenpsykiatri och primärvården ställning till remissen.

Frågeställning för diagnosutredning:

När remissen har accepterats utses en samordnare/fast vårdkontakt med neuropsykiatrisk kompetens som gör ett första samtal där en fördjupad bedömning av problematiken och patientens utredningsbarhet sker. Samtidigt

inhämtas patientens samtycke till att göra en anhöriganamnes och till att rekvirera och ta del av journalmaterial. Neuropsykiatrisk problematik utreds i första hand inom rehabiliteringens neuropsykiatriska utredningsenhet, men vid komplicerad psykiatrisk samsjuklighet kan utredningen genomföras inom vuxenpsykiatrin med stöd av rehabiliteringens utredningsenhet. Stöd kan till exempel ges i form av regelbunden handledning och konsultation.

Utredningen är tvärprofessionell och följer de nationella vägledningsdokumenten. Utredningsteamet kan bestå av arbetsterapeut, rehabiliteringsläkare, kurator, psykiater och psykolog. I vissa utredningar är inte insatser från samtliga professioner nödvändiga men utredningen bör bestå av psykologisk och arbetsterapeutisk funktionsbedömning samt genomgång av somatiska och psykiatriska journaler. Utredning som utmynnar i diagnos innehåller alltid förutom diagnosen en funktionsbeskrivning. Utredningen dokumenteras i en utredningsrapport som beskriver vilka symtom som lett fram till diagnos samt beskriver relevanta nedsättningar i funktion. Även patientens resurser och starka sidor bör betonas. Rekommendationer för fortsatt arbete med patienten skrivs utifrån den samlade kunskapen om resurser, svårigheter och livssituation. Utredning av personer med pågående missbruk kräver särskilt beaktande och det är av stor vikt att samverkan sker mellan utredande enhet, beroendeenhet och övriga samhällsaktörer.

Frågeställning som avser insatser till redan diagnosticerade personer:

En samordnare/fast vårdkontakt med neuropsykiatrisk kompetens utses inom aktuell enhet som via bedömningssamtal kartlägger behov av insatser. I kartläggningen används den befintliga diagnosutredningen. Ibland behöver den kompletteras med fördjupad funktionsutredning och ibland även med ställningstagande till annan/kompletterande diagnos.

Den aktuella enheten tar efter diagnosutredning respektive efter bedömningssamtal ställning till behov av insatser samt var fortsatta insatser ska ges. Vid oklarheter om vilken enhet som bör ansvara för fortsatta insatser tas ärendet tillbaka till det landstingsgemensamma remissteamet som också fungerar som samverkansforum. Det är av största vikt att de enheter inom landstinget som ger insatser har en aktiv samverkan.

Indikationer för insatser

När den neuropsykiatriska funktionsnedsättningen resulterar i ett funktionshinder som kan lindras eller kompenseras av basala insatser inom primärvården eller av specialist insatser av vuxenhabiliteringen eller vuxenpsykiatrin.

Insatser/Behandling

Insatserna syftar till att tillsammans med individen och dennes närstående skapa förutsättningar för god livskvalité och delaktighet i samhället. I detta ingår att öka individens självkänsla och kontroll över sitt eget liv. Insatserna syftar till att förbättra, behålla och kompensera för bristande förmågor. För att nå dessa mål krävs multimodala teaminsatser och samverkan med närstående, myndigheter och andra vårdgivare. Att mobilisera och samordna nätverket är en viktig insats. Vid

behov dokumenteras gemensam planering i en SIP, en samordnad individuell plan.

Det som skiljer specialistinsatser från basala insatser är grad av komplexitet i problematik hos personen. Avgörande för vilken enhet som ger specialistinsatser är hur allvarlig eventuell psykiatrisk samsjuklighet bedöms vara. Personer med omfattande funktionshinder erbjuds insatser inom Vuxenhabiliteringen. Personer som har en komplicerad psykiatrisk samsjuklighet får insatser inom Vuxenpsykiatrien.

Inom primärvården identifieras problematiken och vid behov remitteras till specialistenhet för utredning, habiliterande och psykiatriska insatser. Basala insatser inom primärvården kan exempelvis innefatta att få information tillsammans med att få praktiskt stöd för att få tillgång till insatser av kommunen, myndigheter och andra vårdgivare. Det kan även vara att hitta strategier för att skapa vardagsstruktur och att få tillgång till hjälpmedel. En rehabplan upprättas tillsammans med patienten. Det är viktigt med god tillgänglighet för att kunna bistå patienten med problemlösning i vardagen. Insatserna präglas av ett psykopedagogiskt förhållningssätt snarare än ett behandlande perspektiv.

Specialistinsatser innefattar bedömning, utredning, diagnosticering, insatser och uppföljning av ett tvärprofessionellt team. Individuell plan enligt HSL upprättas och en samordnare/fast vårdkontakt utses som har överblick och ansvar för kontinuiteten. Personens individuella behov styr val av insatser. Insatser kan exempelvis ges i form av psykosociala insatser individuellt eller i grupp, kognitivt stöd inklusive hjälpmedel och strategier, kommunikationsutredning och behandling, information tillsammans med praktiskt stöd för att ge tillgång till samhällets stöd, utbildning om funktionsnedsättningen och dess konsekvenser, behandling och träning för att ge ökad kroppskänedom. På nätverksnivå kan psykosociala insatser ges i form av anhörigstöd, individuellt eller i grupp. Till det professionella nätverket kan handledning, konsultation och utbildning ges. När patienten har insatser från flera enheter upprättas vid behov en samordnad individuell plan.

Egenvård

I FYSS saknas rekommendationer för fysisk aktivitet vid neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, men erfarenheten är att egenvård i form av FaR, fysisk aktivitet på recept till denna patientgrupp är bra. Många behöver individuellt anpassad fysisk aktivitet i en anpassad miljö, vilket är svårt att få tillgång till på egen hand. Det behövs dessutom ofta ågon form av stödinsats, kommunal ledsagare eller boendestöd för att patienten ska klara av att genomföra träning.

Uppföljning/avslut

I samband med uppföljning och utvärdering av rehabplan/individuell plan/samordnad individuell plan tas ställning till när målen med insatserna har nåtts och om insatser kan avslutas. Vid avslutad kontakt ges information om vart personen kan vända sig vid behov av nya insatser.

Delaktighet, information och undervisning till patient och närstående

Individens delaktighet är avgörande för resultatet. Därför upprättas en rehabplan/individuell plan/samordnad individuell plan tillsammans med patient

och nätverk. Denna utvärderas och uppdateras kontinuerligt. Utbildning och information ges individuellt eller i grupp. Efter diagnosutredning upprättas en utredningsrapport som innehåller en funktionsbeskrivning med rekommendationer baserade på resurser, svårigheter och livssituation. Utredningsrapporten återkopplas muntligt och skriftligt till patient och nätverk. Alla aktuella enheter ger information om samhällets stöd och insatser.

Patientsäkerhet, riskanalys

En studie som heter ”Alltjämt olikt” från 2010 visar att personer med funktionsnedsättning har det sämre än genomsnittet inom de flesta livsområden. Hos personer med neuropsykiatrisk problematik finns stor risk för ohälsa. Sjukdomstillstånd som hos dem är särskilt svårbehandlade är sådana som kräver omläggning av rutiner och att man behöver följa en plan, som att ta mediciner regelbundet. Till exempel gäller det vid diabetes och vid övervikt. Att ha kognitiva funktionsnedsättningar ökar dessutom risken för att personen själv inte söker och får insatser.

Mål och mätetal

Utredning och kartläggning ska för individen utmynna i en funktionsbeskrivning som används som underlag för individualiserade insatser. Utredning och insatser syftar till att personen ska få kunskap om sina funktionsnedsättningar, nå ökad livskvalitet, ökad självständighet och delaktighet utifrån sina förutsättningar, det vill säga kunna leva ett gott liv med det stöd som behövs. Individuella mål sätts i den individuella planen. Måluppfyllelse utvärderas kontinuerligt.

Dokumentation

Journalföring sker i Cosmic. Utredningsrapport ska alltid bifogas i journal.

4 Samordning: Rehabplan och informationsöverföring

När insatser planeras upprättas antingen en rehabplan eller en individuell plan enligt HSL tillsammans med patienten. Patienten får sin plan och den bifogas journalen. Efter en diagnosutredning får patienten sin utredningsrapport som även bifogas i journal. I utredningsrapporten ingår en funktionsbeskrivning samt rekommendationer för fortsatta insatser inom landsting, kommun och för andra samhällsaktörer. Informationsöverföring kan om patienten lämnar sitt samtycke ske skriftligt, via journaldokumentation eller vid nätverksmöten. När nätverket runt patienten består av flera huvudmän upprättas vid behov en samordnad individuell plan. Individuell plan/rehabplan/SIP och utredningsrapport skall vara tillgänglig för patienten själv och för de personer som ger insatserna. Detta för att den dokumentation som finns skall vara till konkret nytta för patienten i dennes vardag.

5 Sjukskrivningsprocessen

Personer med neuropsykiatriska diagnoser bör få de intyg som de behöver från den enhet där övriga insatser ges. Intygsskrivande läkare behöver grundläggande kunskap om neuropsykiatriska funktionsnedsättningar samt tillgång till ett tvärprofessionellt team med samma kompetens.

6 Patientorganisationer

Region Kronoberg samarbetar med länsorganisationer och några regionala föreningar som har medlemmar i länet. Det går att hitta kontaktpersoner och mera information om föreningens verksamhet och målsättning i en pärm i väntrummen på de olika mottagningar. Pärmerna är märkt "Patientinformation".

7 Kvalitetsindikatorer

100 % av patienter som får en diagnosutredning har fått en tvärprofessionell utredning som resulterar i en funktionsbeskrivning och rekommendationer för fortsatta insatser. 100 % av patienter som får specialistinsatser har en samordnare/fast vårdkontakt som följer patienten under processen. 100 % av patienter med koncentrationshöjande medicinering ska erbjudas att delta i BUSA.

8 Referenser

- Barkley, R. (ed) (2006). Attention- Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment, 3rd edition. New York: Guilford.
- Volkmar, F.R., Paul, R., Klin, A., & Cohen, D. (eds) (2005). Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders, 3rd edition. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Kadesjö, B., Bejerot, S., Carlshamre, U., Nylander, L., Råstam, M., Saletti, E., Scharin, M., Söderholm, A., & Beckman, V. (2007). Så här kan man göra. Vägledningsdokument ADHD hos vuxna. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Kadesjö, B., Bejerot, S., Carlshamre, U., Nylander, L., Råstam, M., Saletti, E., Scharin, M., Söderholm, A., & Beckman, V. (2007). Så här kan man göra. Vägledningsdokument Autismspektrumtillstånd hos vuxna. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Klaradokumentet. (2009). Om nivådifferentierad neuropsykiatrisk utredning. Vägledningsdokument inom Vuxenpsykiatri och Beroendecentrum Stockholm – Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO). Stockholm: Stockholms läns landsting.
- Axén, M., Brar, A., Nordin, V., Nylander, L., & Walch, M. Regionalt vårdprogram (2010). ADHD, lindrig utvecklingsstörning och autismspektrumtillstånd hos barn, ungdomar och vuxna. Stockholm: Stockholms läns landsting.

9 Länkar

Vägledningsdokument för vuxna med ADHD och för vuxna med Autismspektrumtillstånd, Socialstyrelsen

[Ändring i föreskrifterna och allmänna råden \(SOSFS 2007:10\) om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering. \(SOSFS 2008:20\)](#)

[Föreningen Sveriges Habiliteringschefer \(2009\). Vad finns för vetenskapligt stöd för val av insatser vid autismspektrumtillstånd \(AST\) hos vuxna?](#)

[Vuxenhabiliteringen, Landstinget Kronoberg \(2009\). Habiliteringsprogram för vuxnapersoner med autismspektrumtillstånd](#)

[Socialstyrelsens rapportserie \(2010\). Alltjämt ojämnt! Levnadsförhållanden för vissapersoner med funktionsnedsättning](#)

Giltig fr.o.m: 2013-11-26

Giltig t.o.m: 2017-11-27

Identifierare: 33726

Rehabilitering för patienter med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar



[Autism- och Aspergerförbundet](#)

[Riksförbundet Attention](#)

[Myndighet för delaktighet](#)

[Medicinska riktlinjer för levnadsvanor](#)

10 Bilagor

[Prioriterade åtgärder vid neuropsykiatriska funktionsnedsättningar](#)

[Specialistinsatser kontra basala insatser i primärvård](#)