

Gapanalys

Kunskapsstöd: Vägledning för övergång från barn- till vuxensjukvård
för unga med medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning

251212

Tjänsteställe: Utvecklingsenheten, Verksamhets- och ledningsstöd Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Metodstöd: Anna Ståhl, Verksamhetsutvecklare, Utvecklingsenheten, Verksamhets- och ledningsstöd, Hälso- och sjukvården

Genomförd: Hösten 2025

Beslut RMKS: 251211
RMKS fastställer gapanalysen gällande "Vägledning för övergång från barn- till vuxensjukvård för unga med medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning" och överlämnar till verksamhetscheferna inom Barn- och ungdomshabiliteringen och VO Barn- och ungdomsmedicin för fortsatt hantering.

Innehåll

Bakgrund kunskapsstöd	3
Kartläggning	4
Övergångsprocessen Region Örebro län	4
Involverade verksamheter	5
Patient- och anhörigsynpunkter gällande vuxensjukvård	7
Sammanfattning av gap.....	8
Gapanalys.....	9
Riktlinjer och rutiner.....	18
Patientinformation och närståendeinformation	19
Deltagare i arbetsgruppen.....	20
Grupeeringar/personer som haft möjlighet att inkomma med synpunkter	20
Konsekvensanalys från vägledningen	21

Bakgrund kunskapsstöd

Nedan finns en kort sammanfattning av den nationella vägledningen.

Länk till kunskapsstödet: [Vägledning för övergång från barn- till vuxensjukvård för unga med medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning](#)

Målgrupp

Vägledningen är formulerad utifrån en organisatorisk struktur; barn- och ungdomshabiliteringens målgrupp. **Den omfattar personer med omfattande och varaktiga, i regel medfödda eller tidigt förvärvade funktionsnedsättningar med betydande konsekvenser för självständighet, delaktighet, aktivitet och hälsa.** Dessa personer har behov av stöd och anpassningar inte bara i övergången till vuxensjukvård, utan i alla de vårdkontakter som följer under livet.

Syfte

Vägledningens syfte är att utgöra ett stöd och underlag till fortsatt regionalt arbete med övergången i vården för att minska variation och bidra till en mer jämlik vård. Målet är att förbättra samordningen av insatser vid övergång från barnsjukvård till vuxensjukvård för personer med omfattande och varaktig funktionsnedsättning, samt att stärka kunskapen kring målgruppen hos hälso- och sjukvårdspersonal utanför habiliteringsverksamheterna.

Mottagare

Vägledningen vänder sig framför allt till hälso- och sjukvårdsverksamheter som möter barn, ungdomar och vuxna med omfattande och varaktiga funktionsnedsättningar.

Ansvar

Ansaret för en god och säker övergång delas mellan barn- och vuxensjukvård. Barnsjukvården har ett stort ansvar för planering och förberedelser inför övergången. Regional primärvård är en tydlig mottagare tillsammans med annan specialiserad vård och kommunal hälso- och sjukvård.

Identifierade framgångsfaktorer för god och säker övergång till vuxensjukvård

- Tidig planering av övergången till vuxensjukvård
- Koordinator/samordnare som följer patienten under hela processen
- Patientkontrakt – Dokumenterad överenskommelse med vården gällande övergången och den framtida vuxensjukvården som inkluderar:
 - Individuell vårdplan
 - Fast vårdkontakt i relevanta vårdverksamheter
 - Fast läkarkontakt i primärvården och i relevant specialistverksamhet
 - SIP vid behov av samordning av regionala och kommunala insatser
- Skriftlig epikris/slutanteckning från barnsjukvården
- Skriftlig remiss till mottagande vårdverksamheter i vuxensjukvården
- Gemensamt möte/patientbesök för barn- och vuxensjukvård vid behov.

Strukturella faktorer som gynnar implementering av goda arbetssätt

- Rutiner för övergång från barnsjukvård till vuxensjukvård
- Nivåstrukturering i vården motsvarande målgruppens behov, med tillgång till specialiserad habiliteringsmedicinsk kompetens i vuxensjukvården
- Grundläggande och specialiserad kunskap och kompetens.

Kartläggning

Övergångsprocessen Region Örebro län

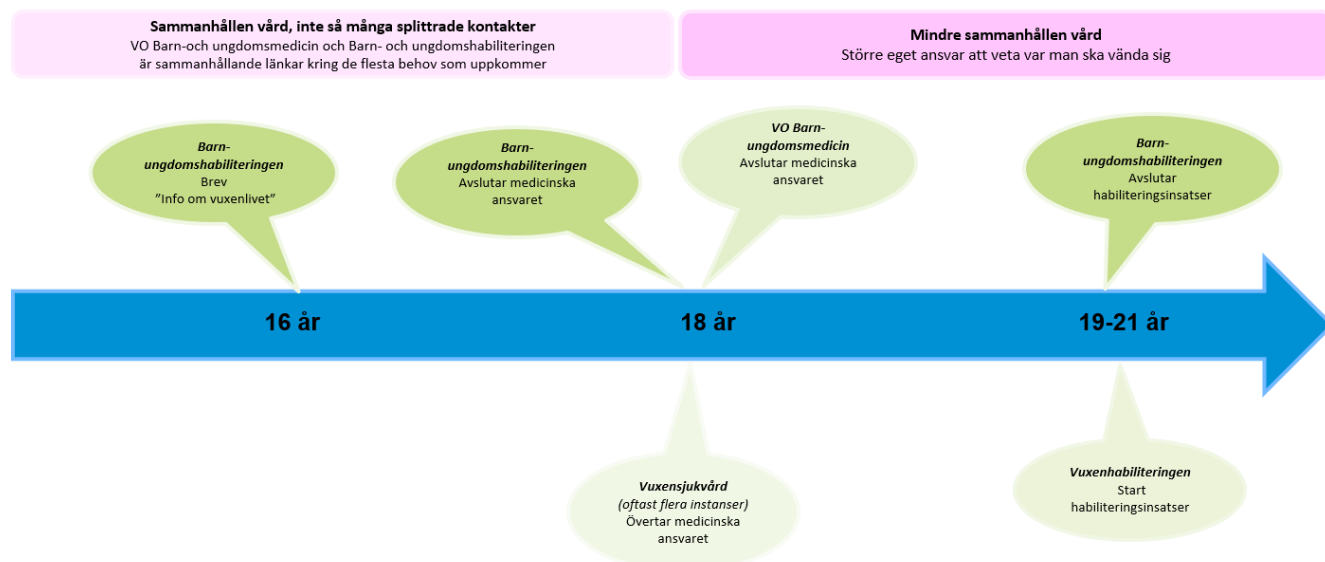


Bild 1. Beskrivning av övergångsprocessen från barnsjukvård till vuxensjukvård i Region Örebro län.

Upp till 18 års ålder är det Verksamhetsområde Barn- och ungdomsmedicin och Barn- och ungdomshabiliteringen som ansvarar för de medicinska och rehabiliterande insatser som behövs för målgruppen. Verksamheterna är sammanhållande länkar för de flesta behov inom olika områden som uppkommer kring patienterna, vilket innebär kontinuitet och ett stort stöd till patienter och deras familjer.

Vid 18 års ålder övergår det **medicinska ansvaret** till vuxensjukvården, vilket kan innebära kontakter med en rad olika verksamheter exempelvis regional primärvård, verksamheter inom specialiserad vård samt kommunal hälso- och sjukvård. Ansvariga läkare inom Verksamhetsområde Barn- och ungdomsmedicin och Barn- och ungdomshabiliteringen remitterar vid behov patienten vidare till aktuella verksamheter inom vuxensjukvården.

De **habiliterande åtgärderna** via Barn- och ungdomshabiliteringen avslutas när patienten slutar skolan vid 19–21 års ålder och vid behov startas ett vårdåtagande på Vuxenhabiliteringen. Detta sker via en remiss från Barn- och ungdomshabiliteringen om det finns ett direkt behov av kontakt, annars kan patienten via egen vårdbegäran kontakta Vuxenhabiliteringen senare när behov uppstår. Det finns även möjlighet för andra aktörer att remittera till Vuxenhabiliteringen.

Det finns en lokal riktlinje som beskriver övergångsprocessen från Barn- och ungdomshabiliteringen till Vuxenhabiliteringen, 403142.

Vuxensjukvården innebär en mindre sammanhållen vård än vad barnsjukvården varit. Detta innebär ett större ansvar för ungdomen och anhöriga att själva navigera och hitta rätt inom vuxensjukvården. Skillnaderna mellan barn- och vuxensjukvårdens vårdorganisationer kan innebära att man inte vet vart man ska vända sig och det finns inte längre någon som kan vägleda dem, vilket kan leda till fördröjning eller uteblivna vårdinsatser. Bild 2 illustrerar olika kontakter som kan vara aktuella och

den skillnad som finns gällande samordning inom barnsjukvården jämfört med vuxensjukvården.

I vägledningen tar man upp att det är angeläget att övergångsprocessen kommer i gång i god tid och sker stegvis efter ungdomens behov. Övergången behöver bli mer personcentrerad och hälso- och sjukvården behöver skapa förutsättningar för ungdomarna att vara medskapare snarare än mottagare i övergångsprocessen.

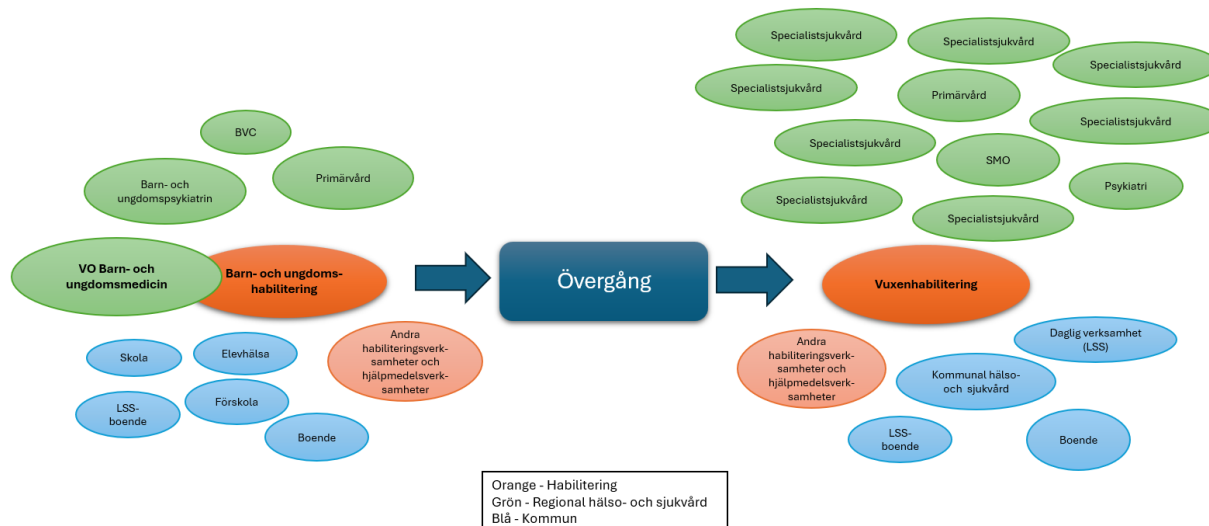


Bild 2. Olika kontakter som kan vara aktuella och den skillnad som finns gällande samordning inom barnsjukvården jämfört med vuxensjukvården.

Involverade verksamheter

Verksamhetsområde Barn- och ungdomsmedicin

VO Barn- och ungdomsmedicin har ett länsövergripande ansvar och bedriver en bred pediatrik verksamhet för barn och ungdom upp till 18 års ålder. Målgruppen för denna kartläggning har olika grad av kontakt med VO Barn- och ungdomsmedicin, beroende på funktionsnedsättning och diagnos.

Patienterna har en rad olika diagnoser som föranleder kontakt med verksamhetsområdet, exempelvis epilepsi, cerebral pares, gastroenterologiska diagnoser, reumatiska sjukdomar, nedsatt andningskapacitet, diabetes, hjärtsjukdomar.

Barn- och ungdomshabiliteringen

Barn- och ungdomshabiliteringen, BUH, erbjuder specialiserad rehabilitering i form av medicinska, pedagogiska, psykologiska, sociala och tekniska insatser till barn och ungdomar i åldern 0–21 år med funktionsnedsättning samt deras familjer.

Det är främst barn och ungdomar med bestående funktionsnedsättningsdiagnoser, till exempel autism, hörselnedsättning, grav synskada, rörelsehinder av olika slag, intellektuell funktionsnedsättning eller en kombination av flera funktionsnedsättningar som är aktuella för vårdåtagande på Barn- och ungdomshabiliteringen.

Totalt antal barn och ungdomar med vårdåtagande är ca 3500. Ungefärligt antal överlämningar av

ungdomar med omfattande och varaktiga, i regel medfödda eller tidigt förvärvade funktionsnedsättningar med betydande konsekvenser för självständighet, delaktighet, aktivitet och hälsa uppskattas till 5–10 per år. Man ser att denna siffra kommer att öka framöver i och med att andel för tidigt födda barn som överlever ökar.

Vuxenhabiliteringen

Vuxenhabiliteringen, VUH, har specialistkompetens kopplat till varaktiga funktionsnedsättningar. Vuxenhabiliteringen har inget medicinskt uppdrag.

De flesta patienter som har kontakt med Vuxenhabiliteringen har intellektuell funktionsnedsättning, autism, neurologisk sjukdom, förvärvad hjärnskada och/eller rörelsehinder.

Totalt har ca 2000 patienter per år ett vårduppdrag på Vuxenhabiliteringen.

Insatserna kan bestå av: Information om funktionsnedsättningen; behandlings- och stödsamtal kopplat till funktionsnedsättningen; hjälpmedel, anpassningar och träning för ett fungerande vardagsliv; utbildning och handledning till personal i patientens omgivning; närståendestöd; råd i hälsofrågor; hjälp vid kontakter med andra vårdgivare och myndigheter.

Samverkan runt patienterna kan ske med en rad olika verksamheter efter patienten behov, exempelvis Centrum för hjälpmedel, primärvård, verksamheter inom specialiserad vård, kommunal hälso- och sjukvård samt psykiatri.

Specialistkliniker

Både som barn och vuxen kan målgruppen ha kontakt med en rad olika specialistkliniker. Det kan till exempel vara verksamhetsområde Medicin, Neurocentrum, verksamhetsområde Hjärt- lungmedicin, verksamhetsområde Ortopedi- och handkirurg, område Psykiatri med flera.

Primärvården

Vårdcentralerna har ett tydligt basansvar för hela befolkningen, vilket självklart även omfattar personer med omfattande och varaktiga, i regel medfödda eller tidigt förvärvade funktionsnedsättningar.

Samordnat medicinskt omhändertagande

Samordnat medicinskt omhändertagande (SMO) innebär ett koncept för särskilt omhändertagande av vuxna, från 18 års ålder, med funktionsnedsättning inom primärvården. Konceptet har drivits som ett pilotprojekt sedan 2023 i Region Örebro län och är från och med 2026 permanentat. SMO har sina lokaler på Kumla vårdcentral.

Personer kan själva söka till SMO alternativt bli remitterade hit. Under pilotprojektets genomförande har patienterna varit listade på sin ordinarie vårdcentral. I nuläget har SMO ca 90 aktuella patienter.

Målgrupp för SMO är vuxna med omfattande och varaktiga funktionsnedsättningar som exempelvis medfödda eller förvärvade fysiska funktionsnedsättningar, kognitiv eller intellektuell funktionsnedsättning, sällsynta diagnoser, förvärvad hjärn- eller ryggmärgsskada.

SMO erbjuder bland annat fast läkarkontakt, längre besökstider, årlig hälsokontroll, hjälp med samordning av vårdkontakter via vårdlotsen, stöd till såväl patienter som närstående samt anpassad

Samverkan runt patienterna sker med en rad olika verksamheter efter patienten behov. Det kan exempelvis vara verksamheter inom specialiserad vård, psykiatri, LSS-handläggare, Arbetsförmedling, Försäkringskassan

Kommunal hälso- och sjukvård

Kommunal hälso- och sjukvård omfattar hemsjukvård för vuxna, rehabilitering samt hjälpmedel. Vården riktar sig till vuxna som bor på särskilt boende och boende med särskild service samt till barn som bor på boende med särskild service (BmSS). Även de som bor i eget boende kan ha rätt till kommunal hälso- och sjukvård.

Patient- och anhörigsynpunkter gällande vuxensjukvård

Inför uppstart av SMO genomfördes en rad intervjuer med bland annat patienter och anhöriga. Detta för att inhämta information kring vad de ser som viktigt för en fungerande vuxensjukvård för vuxna med omfattande och varaktiga funktionsnedsättningar. Följande kriterier framkom:

- *Tillgänglighet* - Jag vet var jag ska vända mig och det är lätt att ta kontakt.
- *Kontinuitet* - Det är samma personer som vårdar mig och som känner mig.
- *Tid* - Det finns mer tid avsatt för besöken.
- *Bemötande* - Vården bemöter mig utifrån mina individuella behov.
- *Samordning och ansvar* - Vården har koll på mitt system och hjälper mig att samordna mina kontakter.

Faktorer som man såg som viktigt under själva övergångsprocessen var bland annat:

- information om övergången från barnhabiliteringen till vuxenhabiliteringen, vem gör vad?
- tydlighet i bemötandet
- stöd i samordningen
- vara delaktig i planering och beslut vid samordning av vårdkontakter
- samordning av vårdkontakter mellan kommun och region
- behov av en samordnad vårdplan som involverar flera olika vårdgivare.

Sammanfattning av gap

Nedan följer en sammanfattning av de viktigaste gapen som har framkommit i kartläggningen.

1. Tidig planering	Information och aktiviteter inför övergången sker i dagsläget, men inte med den framförhållning som behövs för en så bra överföring som möjligt. En aktiv övergångsprocess behöver starta senast vid 17 års ålder, för att i god tid planera för och genomföra avslutandet av den medicinska processen samt förbereda avslut av habiliteringsåtgärderna. Redan i detta skede bör aktuella verksamheter inom vuxensjukvården involveras, så övergången blir så bra som möjligt, framför allt för patient och familj, men även för övertagande verksamheter.
2. Koordinator – samordnare för övergångsprocessen	Saknas i dagsläget. Koordinator/samordnare som har i uppgift att stödja patient och familj med att ta fram en plan för fortsatt vård, koppla in rätt aktörer, se till att remisser skrivs och viktig information förs över. Detta är en viktig funktion för att underlätta övergången mellan barnsjukvård och vuxensjukvård och bör därför finnas som stöd för denna målgrupp.
3. Samordnad individuell plan (SIP)	Genomförs vid enstaka tillfällen. Vi ser att SIP bör användas mer systematiskt vid övergången till vuxensjukvård för denna målgrupp. Bör genomföras redan vid 17 års ålder för att initiera den medicinska övergångsprocessen och planera för framtida habiliteringsbehov. Genom att ta fram kriterier som ska vara uppfyllda för att SIP ska genomföras, kan beslut om genomförande av SIP eller inte underlättas.
4. Epikris	Skrivs inte systematiskt när vårduppdrag avslutas. Epikris bör skrivas för att sammanfatta behandlingstiden. Den underlättar för den/de verksamheter som övertar medicinskt och habiliterande uppdrag.
5. Riktlinjer	Skriftliga riktlinjer för överföring av det medicinska ansvaret från VO Barn- och ungdomsmedicin till vuxensjukvård finns vid ett fåtal diagnoser, saknas för övriga. En skriftlig riktlinje för övergångsprocessen från Barn-och ungdomshabiliteringen till Vuxenhabiliteringen finns, men den saknar beskrivning av överföringen av det medicinska ansvaret. Riktlinjen saknar också beskrivning av övergångsprocessen till andra verksamheter än Vuxenhabiliteringen inom vuxensjukvården. Här ser vi en vinst med att hela övergångsprocessen och berörda verksamheter beskrivs i en och samma riktlinje, det vill säga en revidering av nuvarande riktlinje.
6. Ökad kompetens	Både generell och specifik kompetensökning behövs på alla nivåer inom regional och kommunal hälso- och sjukvård. Det handlar om att stärka kunskapen kring målgruppen genom grundläggande kunskaper om funktionsnedsättningar och funktionshinder, diagnosspecifik kunskap och kunskap i exempelvis bemötande och kommunikation. Det behövs också kunskap om själva övergångsprocessen och målgruppens fortsatta behov av hälso- och sjukvård.
7. Samordnat medicinskt omhändertagande (SMO)	SMO, särskilt omhändertagande av vuxna med funktionsnedsättning inom primärvården, finns nu på ett ställe i regionen och hit har personer från hela Örebro län möjlighet att söka. Med SMO får patienten möta en person med specifik kompetens för de utmaningar som dessa patienter har. Kontinuitet kan upprätthållas. Arbetsgruppen anser att det vore en fördel om fler SMO etableras på geografiskt utspridda ställen i regionen.

Gapanalys på kunskapsstödet:	Vägledning för övergång från barn- till vuxensjukvård för unga med medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning.
Genomförd:	Hösten 2025.
Berörda verksamheter:	Barn- och ungdomshabiliteringen (BUH), VO Barn – och ungdomsmedicin (VO Barn), Vuxenhabiliteringen (VUH), Primärvården, Samordnat medicinskt omhändertagande (SMO), specialistkliniker, kommunal hälso- och sjukvård.

Framgångsfaktorer	Nuläge	Gap	Gap – detta saknas
Tidig planering av övergången till vuxensjukvård Uppfyllt Delvis uppfyllt Något uppfyllt Görs ej			
Beskrivning av övergångsprocessen i Region Örebro län	Barn- och ungdomshabiliteringen 16 år Enligt aktuell riktlinjen ska ett brev skickas till alla patienter som har ett pågående vårdåtagande på BUH med information om vuxenlivet. Detta ska ske som ett massutskick under det år patienterna fyller 16 år. Fungerar inte i nuläget då det inte går att skicka denna typ av massutskick via Cosmic = inget brev. - Informationen finns på BUH hemsida, men det är inte självklart för patient att leta efter denna typ av information där. Du som har insatser från oss • regionorebrolan.se - Brevet och informationen på hemsidan saknar information om att det medicinska ansvaret upphör vid 18 års ålder och att patienten vid behov då remitteras till vuxensjukvården. Information om SMO saknas också. - Medarbetarna på BUH ska vid möten med patienten och anhöriga informera om övergången och avslutat vårduppdrag. - De patienter som inte har ett pågående vårdåtagande på BUH när det fyller 16 år och framåt kan hamna mellan		Barn- och ungdomshabiliteringen 16 år - I nuläget fungerar det inte att skicka brevet via journalsystemet, så därför skickas inga brev = utebliven information. - Brevet och informationen på hemsidan saknar information om att det medicinska ansvaret avslutas vid 18 års ålder. Saknar också information om SMO. - De patienter som inte har ett pågående vårdåtagande inom BUH får inget brev och nås inte av information om vuxenlivet om de inte själva hittar den på hemsidan. 18 - 21 år - En aktiv och planerad övergångsprocess som startar tidigt och involverar berörda verksamheter sker inte systematiskt. Bör starta vid 17 års ålder. - Parallella vårdåtagande mellan BUH och VUH sker inte i den utsträckning som skulle behövas.

	stolarna då de inte nås av denna information. Kan leda till otydligheter kring hur vuxensjukvården fungerar. • 18 år Det <i>medicinska ansvaret</i> avslutas. Övergår till vuxensjukvården. Läkare ansvarar för att remittera patienten vidare till aktuella verksamheter där behov föreligger. • 19–21 år <i>Habiliteringsansvaret</i> avslutas. Habiliteringspersonal avslutar och remitterar vidare vid behov, framför allt till Vuxenhabiliteringen. Gruppen är eniga om att en <i>aktiv övergångsprocess</i> behöver starta senast vid 17 års ålder, för att i god tid planera för och genomföra avslutandet av den medicinska processen samt förbereda avslutandet av habiliteringsåtgärderna. Redan i detta skede involvera aktuella verksamheter inom vuxensjukvården så övergången blir så bra som möjligt, framför allt för patient och familj, men även för övertagande verksamheter. Vuxenhabiliteringen skulle då i större utsträckning hinna med exempelvis skolbesök i god tid innan vårdåtagande startar. <i>Parallella vårdåtagande</i> mellan BUH och VUH förekommer i vissa fall, men sker inte i den utsträckning som skulle behövs. VO Barn – och ungdomsmedicin • Det medicinska ansvaret avslutas i de flesta fall vid 18 års ålder och övergår till vuxenvården. Läkare avslutar och remitterar vid behov patienten vidare. • Uppstart på gång inom vissa sjukdomsgrupper att skicka enkät inför övergång till vuxensjukvård.		
Koordinator/samordnare som följer patienten under hela processen			
	Barn- och ungdomshabiliteringen Saknas. VO Barn – och ungdomsmedicin		• Koordinator/samordnare som följer patienten under hela övergångsprocessen saknas.

	Kontaktsjuksköterskor finns för flera sjukdomsgrupper, men inte specifikt för denna målgrupp. SMO De patienter som tillhör SMO har tillgång till en vårdlots som samordnar kontakterna inom vuxensjukvård-övriga verksamheter. Hittills har vårdlotsen inte varit aktivt med i någon övergångsprocess, utan finns som hjälp när processen är klar. Gruppen ser att en koordinator/samordnare är en viktig funktion som kan underlätta och trygga övergången mellan barn- och vuxensjukvård. Kan ha i uppgift att stödja patient och familj med att ta fram en plan för fortsatt vård, koppla in rätt aktörer, se till att remisser skrivs och viktig information förs över. Finns kvar som stöd tills fungerande kontakter i vuxensjukvården finns.		
Patientkontrakt – Dokumenterad överenskommelse med vården gällande övergången och den framtida vuxensjukvården som inkluderar:			
Individuell vårdplan	Barn- och ungdomshabiliteringen Individuell vårdplan upprättas under habiliteringsåren. Inför övergången upprättas ibland en individuell plan. Görs gemensamt av teamet där ungdomen har sitt vårdåtagande. Vuxenhabiliteringen När ett nytt vårdåtagande påbörjas görs en individuell habiliteringsplan. Specialiserad vård Kan upprättas. SMO Individuell vårdplan upprättas när patienten tillhör SMO. Primärvård Upprättas sällan.		Individuell vårdplan kan upprättas i verksamheter när ett vårdåtagande behandling startas/övertas. Sker inte systematiskt i alla verksamheter.

	Kommunal hälso- och sjukvård Kan upprättas.		
Fast vårdkontakt i relevanta vårdverksamheter	Barn- och ungdomshabiliteringen Finns ibland. När behov uppstår och det är BUH som har mest kontakt. Man har tidigare mer systematiskt försökt med fast vårdkontakt med det föll ej väl ut. VO Barn – och ungdomsmedicin Barn med medicinsk diagnos som har en tydlig medicinsk problematik såsom epilepsi har en kontaktsjuksköterska som samordnar vård runt epilepsin, men inte övrig samordning av vårdens insatser. Om barnet har ett ospecifikt behov av medicinska insatser har barnet oftast inte en fast vårdkontakt. Vuxenhabiliteringen Förekommer inte. Specialiserad vård Kan förekomma inom specialiserad vård. SMO Patienterna har en fast läkarkontakt samt att det i teamet ingår en vårdlots som jobbar med samordningsfrågor för patienterna Primärvården Förekommer sällan inom primärvården. Kommunal hälso- och sjukvård De som är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård har en fast omvårdnadsansvarig sjuksköterska.		Kan förekomma i vissa fall i verksamheter, men inte med systematik.
Fast läkarkontakt i primärvården och i relevant specialistverksamhet	Barn- och ungdomshabiliteringen och VO Barn – och ungdomsmedicin Under uppväxtåren har barnet sin fasta läkarkontakt på BUH och/eller inom VO Barn- och ungdomsmedicin. Barnet kan ha flera fasta vårdkontakter beroende på behov. Vuxenhabiliteringen		Förekommer inom vissa verksamheter men saknas inom flera.

	Vuxenhabiliteringen har inget medicinskt ansvar, utan patienter som har ett vårdåtagande inom Vuxenhabiliteringen har sin/sina fasta vårdkontakter inom specialistverksamhet alternativt primärvård. Specialiserad vård Kan förekomma. SMO Patienterna har en fast läkarkontakt. Många patienter tillhör även flertalet specialitenheter inom regionen och har därför även en läkarkontakt där. Primärvård De flesta patienter har inte en fast läkarkontakt. Kommunal hälso- och sjukvård Kan förekomma.		
Gemensamt möte/patientbesök för barn- och vuxensjukvård vid behov. Se även text - SIP	VO Barn – och ungdomsmedicin Gemensamt möte/patientbesök kan ske vid vissa diagnoser där behov finns. Barn- och ungdomshabiliteringen Gemensamma möten med involverade verksamheter är sällsynta och sker inte systematiskt. Eftersom Barn- och ungdomshabiliteringen sällan bjuder in övriga verksamheter till överlämningsmöten vid övergången till vuxensjukvården har övriga verksamheter svarat att de sällan eller aldrig blir inbjudna till gemensamma möten. Vuxenhabiliteringen Ibland. Frågan är lyft som ett utvecklingsområde när det gäller patienter med flerfunktionsnedsättningar eftersom habiliteringspersonal ofta finns med och frågor riktas till oss. Det skulle vara bra att veta om den planering som är gjord så att våra olika roller blir tydliga och för att kunna ge korrekt		Gemensamt möte/patientbesök med barn- och vuxensjukvård sker sällan.

	information/service till patient och nätverk. Aktiva överlämningar skulle behöva ske något tidigare och oftare. Vuxenhabiliteringen borde även mer systematiskt inhämta information från skolan om fungerande i vardagslivet, hjälpmedel mm. Vi skulle också gärna se sammanfattningar från barnverksamheterna i journalen för patienter som avslutas för att kunna ta vid på ett bra sätt även för patienter som inte överlämnas.		
Samordnad individuell plan, SIP, vid behov av samordning av regionala och kommunala insatser	SIP är en mötesform som sällan används vid övergången från barn- till vuxensjukvård. Syftet med samordnad individuell plan är att samordna de regionala och kommunala insatser patienten behöver för att få det stöd som behövs. Planen ska tydliggöra vem som gör vad, när det ska göras och hur uppföljningen ska se ut. Alla möts vid ett tillfälle, alla hör samma sak.		Ett systematiskt arbetssätt kring SIP för patienter som har insatser från många olika aktörer som annan specialistvård, primärvård, habilitering och kommunen saknas.
Skriftlig epikris från barnsjukvården			
	Barn- och ungdomshabiliteringen Epikriser skrivs inte alltid. För de patienter som har ett pågående vårdåtagande skrivs ibland en epikris. För de som inte har kontakt med BUH då det är dags för övergång, skrivs ingen epikris. VO Barn – och ungdomsmedicin Skrivs ibland, är personberoende. Övriga verksamheter Verksamheter inom vuxensjukvården uppger att de saknar epikris från barnsjukvården. Underlättar att få en sammanfattning av patientens tidigare vård och behandling.		Epikris skrivs inte alltid. Bör skrivas för att sammanfatta patientens vård inom aktuell verksamhet. Underlättar även för mottagande verksamheter som lätt får en kortfattad sammanfattning av tidigare vård och behandling.
Skriftlig remiss till mottagande vårdverksamheter i vuxensjukvården			
	Barn- och ungdomshabiliteringen Medicinska ansvaret För de ungdomar som har ett aktivt vårdåtagande vid		Remisser skickas från barnsjukvården till vuxensjukvården för de patienter som har ett pågående vårdåtagande och som har behov av fortsatta kontakter.

	övergången skickar läkare skriftliga remisser för övertag av medicinska ansvaret. Skickas till berörda instanser inom primärvård, specialistvård och kommunal hälso- och sjukvård. För de som inte har ett aktivt vårdåtagande skickas inga remisser, de får själva ta kontakt med vuxensjukvården om/när behov uppstår. • Habiliterande åtgärder Utsedd teammedlem på BUH skickar remiss till Vuxenhabiliteringen för de patienter som har ett pågående behov av insatser. För de som inte har ett direkt behov av insatser från Vuxenhabiliteringen eller som inte har aktivt vårdåtagande på BUH skickas ingen remiss, de får själva ta kontakt med vuxensjukvården om/när behov uppstår. Andra aktörer kan också remittera till Vuxenhabiliteringen om behov uppmärksammas. De patienter som avslutar sitt vårdåtagande/kontakt med BUH innan övergången ska ske behöver få ett mottagande inom Vuxenvården utifrån behov, inte att BUH kontaktas för att göra något eftersom BUH "känner patienten". Vuxenvården behöver ju ändå fortsättningsvis möta patienten i framtiden. Vuxenvården behöver bli stärkta i att de kan skriva vissa intyg trots att de inte har träffat patienten tidigare. Ibland har BUH inte träffat patienten på många år vilken då kräver en nyorientering/ett s.k. nybesök även för BUH. VO Barn – och ungdomsmedicin Remisser skickas ibland, ser olika ut när det gäller olika diagnosgrupper. Skickas till berörda instanser inom primärvård, specialistvård och kommunal hälso- och sjukvård.		
Skriftliga rutiner för övergång från barnsjukvård till vuxensjukvård			
	Barn- och ungdomshabiliteringen Det finns en riktlinje för övergångsprocessen från Barn-och ungdomshabiliteringen till Vuxenhabiliteringen. Den beskriver		Barn- och ungdomshabiliteringen • Den riktlinje som finns gällande övergångsprocessen från BUH till VUH saknar beskrivning av det medicinska ansvaret samt

	övergångsprocessen för habiliteringsinsatserna, överföring av det medicinska ansvaret saknas i riktlinjen. Riktlinjen saknar också beskrivning av övergångsprocessen till andra verksamheter inom vuxensjukvården. Det finns delar som t e x tidigare överlämningar, strukturerade överlämningsmöten och dokumentation som kan utvecklas i denna riktlinje. VO Barn- och ungdomsmedicin Skriftlig riktlinje för överföring av det medicinska ansvaret från VO Barn- och ungdomsmedicin till vuxensjukvård finns vid ett fåtal diagnoser (hjärtmottagning, IBD), saknas för övriga.		beskrivning av övergångsprocessen till andra verksamheter inom vuxensjukvården. - Riktlinjen kan också utvecklas vad gäller vissa delar av processen. VO Barn- och ungdomsmedicin - Skriftliga riktlinjer för överföring av det medicinska ansvaret saknas för de flesta diagnoser.
Nivåstrukturerings i vården motsvarande målgruppens behov, med tillgång till specialiserad habiliteringsmedicinsk kompetens i vuxensjukvården			
	Primärvård Samordnat medicinskt omhändertagande, SMO, finns på en plats i regionen, i Kumla. Har möjlighet att ta emot patienter från hela regionen. Egenremiss eller remiss från annan vårdinstans. Vuxenhabiliteringen Möjlighet till vårdåtagande för de patienter som är i behov av detta finns.		För mer jämlik vård borde tillgång till SMO finnas på fler orter i regionen.
Grundläggande och specialiserad kunskap och kompetens om funktionsnedsättningar och associerade tillstånd hos medarbetare i vuxensjukvården			
Tillräcklig grundläggande kompetens gällande målgruppen	Barn- och ungdomshabilitering Personalen har både grundläggande- och specialiserad kunskap kring målgruppen, men kompetenspåfyllning behövs alltid. VO Barn – och ungdomsmedicin Finns kompetens men kanske inte tillräcklig gällande hur det blir i övergång och inom vuxenvården. Fortbildning endast på eget initiativ. Vuxenhabiliteringen Specialistkompetens kopplat till varaktiga funktionsnedsättningar finns i verksamheten.		- Både generell och specifik kompetensökning behövs på alla nivåer inom regional och kommunal hälso- och sjukvård. Det handlar om att stärka kunskapen kring målgruppen genom grundläggande kunskap om funktionsnedsättningar och funktionshinder, diagnosspecifik kunskap och kunskap i exempelvis bemötande och kommunikation. Dessutom behövs kunskap om övergångsprocessen och målgruppens fortsatta behov av hälso- och sjukvård. - Regionen saknar regelbunden kompetensutveckling inom detta område.

	SMO Grundläggande och specialiserad kunskap och kompetens finns hos personalen. Vi har en introduktionsplan med utbildningar som varje ny medarbetare går igenom inför sitt uppdrag i SMO. Behöver teamet sedan kompetenspåfyllnad kan vi exempelvis ta hjälp av Vuxenhabiliteringen som bistår med det. Påfyllnad kan behövs inom exempelvis bemötande och kommunikation samt diagnoskunskap. Övriga verksamheter Varierande grad av kunskap och kompetens. Utbildningar Inga utbildningar kring detta erbjuds med regelbundenhet i regionen.		
--	---	--	--

Riktlinjer och rutiner

Sammanställning av riktlinjer och rutiner som finns i verksamheterna gällande aktuellt område.

Dokument	Giltigt datum	Platina ID	Verksamhet	Ägare	Fastställare
Övergångsprocess från Barn- och ungdomshabiliteringen (BUH) till Vuxenhabiliteringen (VUH)	250829	403142 R4	Barn- och ungdomshabiliteringen, Vuxenhabiliteringen	Linda Westling	Madelene Johanson
Egen vårdbegäran, remiss och parallellt vårdåtagande vid övergång från BUH till VUH.	200505	655833 R1	Barn- och ungdomshabiliteringen, Vuxenhabiliteringen	Sandra Pedro	Elisabeth Wikström Ljunglöf
Remiss från Barn- och ungdomshabiliteringen	150415	293910 R1	Barn- och ungdomshabiliteringen	Kenneth Karlsson	Kenneth Karlsson
Överenskommelse om samverkan mellan Vuxenhabiliteringen, Region Örebro län och kommunerna i Örebro län	250120	577651 R3	Välfärd och folkhälsa	Ann-Louise Gustafsson	Ingmar Ångman
Överenskommelse om samverkan mellan Vuxenhabiliteringen och vårdcentraler inom Hälsoval Region Örebro län	230316	521104 R3	Vuxenhabiliteringen, Privata vårdcentraler, VC norra länsdelen, VC södra länsdelen, VC västra länsdelen, VC Örebro väster, VC Örebro öster, Staben Hälso- och sjukvård, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen	Helena Tholin	Lena Adolfsson
Överenskommelse om samverkan mellan neuro- och rehabmedicinska kliniken på USÖ och vuxenhabiliteringen	230214	369284 R7	Vuxenhabiliteringen, Neuro- och rehabmedicinska kliniken USÖ	Linda Westling	Mats Eriksson
Strukturerad övergång till vuxensjukvård från barnhjärtmottagningen	240915	900440	VO Barn- och ungdomsmedicin, VO hjärt-lungmedicin och klinisk fysiologi USÖ	Josefin Johansson	Shalan Fadl
IBD-överföring från VO Barn och ungdomsmedicin till vuxenvård	240422	903330	VO Barn- och ungdomsmedicin, VO Medicin USÖ	Josefin Johansson	Magnus Svensson

Patientinformation och närståendeinformation

Dokument	Giltigt datum	Platina ID	Gäller följande verksamheter	Ägare	Fastställare	Kommentar
Brev från Barn- och ungdomshabiliteringen till 16-åring						Tillgängligt via webb: Du som har insatser från oss • regionorebrolan.se
Informationsbroschyr vuxenhabilitering	2019					 Vuxenhabiliteringen - patientinformation.do

Deltagare i arbetsgruppen

Följande personer har deltagit i arbetet med gapanalysen:

Deltagare	Profession/funktion	Verksamhet/enhet
Elina Gullstrand	Arbetssterapeut	SMO, Kumla VC
Elisabeth Ljunglöf	Sektionschef	Vuxenhabiliteringen
Emma Hallén	Distriktsläkare	Kumla Vårdcentral
Johan Wirén	Tf verksamhetschef	Barn- och ungdomshabiliteringen
Mona Edberg	Praktikant	Utvecklingsenheten
Monica Hagvall	Sjuksköterska	VO Barn- och ungdomsmedicin
Simon Gepertz	Läkare	Barn- och ungdomshabiliteringen, VO Barn- och ungdomsmedicin
Anna Ståhl, metodstöd	Verksamhetsutvecklare	Utvecklingsenheten

Grupperingar/personer som haft möjlighet att inkomma med synpunkter

Följande grupperingar har inkommit med synpunkter på analysen:

Gruppering	Profession/funktion	Verksamhet/enhet
MAS/MAR-nätverket via enkät		
Funktionshindernätverket via enkät		
Åsa Tiderman	Utvecklingsledare	Regional utveckling, Välfärd och folkhälsa
Tina Hultkrantz	Tf verksamhetschef	Hemvård, Örebro kommun
Susanne Blom	Enhetschef	Hälso- och sjukvårdsenheten, Örebro kommun
Anna-Lena Johansson	Arbetssterapeut	Vuxenhabiliteringen/SMO

Konsekvensanalys från vägledningen

Konsekvenser för patient och närstående

Med en multidisciplinär, strukturerad och personcentrerad övergång från barnsjukvård till vuxensjukvård skapas bättre förutsättningar för god tillgänglighet, delaktighet och patientsäkerhet. Patienten får behövliga kontakter i vuxensjukvården i tidigare skede vilket förbättrar kontinuitet samt förutsättningar för hälsofrämjande och förebyggande insatser, tidig upptäckt av ohälsa och adekvat behandling och stöd. Patient och närstående vet vart de ska vända sig med olika hälsoproblem och möts av personal med bättre kunskap om patienten och dess behov. Detta ger på kort sikt ökad trygghet och minskad stress. Möjliga konsekvenser på längre sikt är förbättrad fysisk och psykisk hälsa, funktionsförmåga och livskvalitet hos både patient och närstående. [

Konsekvenser för hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården ges bättre förutsättningar att erbjuda en jämlik, säker och kostnadseffektiv vård för en patientgrupp som har särskilt stort behov av stöd och samordning av insatser. Långsiktiga konsekvenser för hälso- och sjukvården skulle möjligen kunna vara lägre antal vårdskador och minskade vårdkostnader för hälsoproblem som inte upptäckts och behandlats i tid. Ett mer tydligt och strukturerat omhändertagande, stärkt kompetens och tillgång till relevant kunskapsstöd underlättar vården och minskar etisk stress inför en patientgrupp som ofta väcker känslor av professionell otillräcklighet

Ekonomiska konsekvenser

Några faktiska beräkningar av ekonomiska konsekvenser har inte gjorts inom ramen för detta uppdrag. När det gäller implementering av ett personcentrerat och strukturerat arbetssätt i övergången från barn- till vuxensjukvård handlar det i huvudsak om ändrade arbetssätt och fortbildningsinsatser i varierande grad över landet. Avseende de övergripande strukturella faktorer samt behov av kunskapsstöd och kompetensutveckling som identifierats i denna vägledning behövs en hälsoekonomisk analys för att bedöma ekonomiska konsekvenser. En hypotes är att det handlar om investeringar för att nå långsiktig hållbarhet gällande hälso- och sjukvårdens förutsättningar att klara sitt uppdrag för en komplex patientgrupp. Med hänsyn till de konsekvenser gällande hälsa, vårdkostnader samt sociala faktorer för patienter och närstående som nuvarande brister i vården genererar bör denna omställning på sikt leda till en bättre och mer kostnadseffektiv vård.