

Dokumenttyp Rutin	Ansvarig verksamhet Habilitering, syn och hjälpmedel	Organisation Region Värmland	Version 7
Dokumentägare Marianne Fleron Verksamhetschef	Fastställare Henrik Svensson Bitr hälso-och sjukvårdsdirektör	Giltig fr.o.m. 2026-03-27	Giltig t.o.m. 2028-03-26

# Övergång från barn- och ungdomshabiliteringen till vuxensjukvården

**Gäller för:** Habilitering, syn och hjälpmedel, Kommunal vård och omsorg, Medicinkliniken Centralsjukhuset Karlstad, Neurologi- och rehabiliteringskliniken, Vårdcentralsområde norra Karlstad, Vårdcentralsområde norra Värmland, Vårdcentralsområde södra Karlstad, Vårdcentralsområde västra Värmland, Vårdcentralsområde östra Värmland Barn- och ungdomshabiliteringen, Vuxenhabiliteringen

## Innehåll

<b>Syfte</b> .....	<b>2</b>
<b>Transition och övergång till vuxenlivet</b> .....	<b>2</b>
Skriftlig information till patient inför 18 år .....	2
<b>Inför avslut på barn-och ungdomshabiliteringen</b> .....	<b>3</b>
Identifiera behov .....	3
Kontaktkort .....	3
Kvalitetsregister .....	3
Informationsträff på VH .....	4
<b>Remiss till vuxenhabilitering</b> .....	<b>4</b>
<b>Vårdbegäran till kommun</b> .....	<b>4</b>
<b>När patient har hjälpmedel</b> .....	<b>5</b>
Remiss till hjälpmedelsservice .....	5
Genomgång av hjälpmedelslista .....	5
Överrapportering av ägaransvar hjälpmedel .....	5
Överföring av ägaransvar hjälpmedel .....	5
<b>Ej aktuellt med fortsatta habiliteringsinsatser</b> .....	<b>5</b>
Hjälpmedelshantering vid ej fortsatta habiliteringsinsatser .....	6
<b>Medicinskt omhändertagande vid övergång</b> .....	<b>6</b>
Avslutande läkarbesök .....	6
Patienter som haft insatser från medicinska teamet på BUH.....	6
Patienter som <i>inte</i> haft insatser från medicinska teamet på BUH .....	6
Intyg.....	6
Läkarremiss .....	6
Neurolog och rehabiliteringskliniken (NR-kliniken).....	7
Ortopedklinik .....	7
Allmänmedicin .....	7
Vuxenpsykiatri .....	7

Lungmottagningen.....	7
Endoskopimottagningen.....	7
Dietistremiss.....	7
<b>Genomförande av övergång.....</b>	<b>8</b>
<b>Remissövergång.....</b>	<b>8</b>
<b>Basövergång.....</b>	<b>8</b>
Överlämningsmöte.....	8
<b>Samordnad integrerad övergång.....</b>	<b>9</b>
Samordnad individuell planering (SIP).....	9
Gemensamma insatser.....	9
Övergång till NR-kliniken.....	9
Övergång till allmänmedicin.....	10
Intyg efter avslut på BUH.....	10
<b>Avslut på barn- och ungdomshabiliteringen.....</b>	<b>10</b>
Behandlare.....	10
Vårdadministratör.....	11
Bevakning av patient.....	11
Avslut av vårdåtagande.....	11

## Syfte

Säkerställa en individanpassad och väl samordnad övergång mellan barn- och ungdomshabiliteringen (BUH) till vuxenhabiliteringen (VH), vuxensjukvården och kommunal hälso- och sjukvård.

Rutinen baserar sig på [Nationellt habiliteringsprogram för att understödja övergången från barn till vuxna](#) (Föreningen Sveriges Habiliteringschefer) och "Vägledning vid övergång från barn- till vuxensjukvård för unga med medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning" och ett nära samverkan med samtliga verksamheter som berörs av rutinen.

## Transition och övergång till vuxenlivet

För att trygga patienten i övergången från barnlivet till vuxenlivet där övergång från barn- och ungdomshabiliteringen till vuxensjukvård och andra vuxenverksamheter ingår behöver transitionsprocessen påbörjas minst två år innan 18 års ålder.

### Skriftlig information till patient inför 18 år

Information om samhällsstöd och vuxenhabiliteringen skickas eller lämnas till patient och vårdnadshavare när patienten är 17–17,5 år.

Alla patienter som fyller 18 får följande information:

- Information inför 18 år - vårdnadshavare (*INF-25618*)
- Information inför 18 år - ungdom (*INF-25617*)
- Information inför 18 år bildstöd (*INF-25611*) (endast till patienter med behov av bildstöd)
- Vuxenhabiliteringen i Värmland (*INF-18636*)

Samordnaren på BUH identifierar vilka patienter som ska få skriftlig information inför 18 år och ansvarar för att utskick görs. Detta sker i samband med rehabiliteringsteamets planeringsdag: **Planeringsdagar barn-och ungdomshabiliteringen (CHE-32864)**

## Inför avslut på barn-och ungdomshabiliteringen

### Identifiera behov

Samordnare på BUH har ett övergripande ansvar för att identifiera behov av fortsatta rehabiliterande insatser samt för planering och genomförande av övergången från BUH till VH och kommunal hälso- och sjukvård om patienten har förskrivna hjälpmedel.

Samordnare på BUH ansvarar för att uppmärksamma behov av överlämningsmöte eller SIP. Olika behandlare i rehabiliteringsteamet kan hålla i olika delar av processen och teamet har gemensamt ansvar för övergången till vuxenverksamheter.

Kontakt med patient och vårdnadshavare angående fortsatta behov av rehabiliterande insatser kan ske via telefon eller bokad besök.

- Ta reda på om det finns behov av remiss/vårdbegäran till vuxenhabiliteringen/kommunen för fortsatta insatser (om det inte redan är beslutat) samt vilken den aktuella frågeställningen är till VH och respektive kommunen.
- De patienter som har behov av insatser från kommunen informeras om att vårdbegäran kommer skickas. Inhämta muntligt samtycke för informationsöverlämning till kommun. Dokumentera det i journal
- Ta reda på vilka verksamheter och yrkesfunktioner som har pågående kontakt med patienten och som kan komma att bli aktuella (till exempel LSS-handläggare, allmänläkare).
- Ta reda på om det finns behov av individuell informationsträff på VH innan övergång (se Informationsträff på VH)
- Välj i samråd med patient och vårdnadshavare vilken process för övergång som är lämplig; **remissövergång, basövergång** eller **samordnad integrerad övergång**.
  - **Remissövergång** väljs när information i remiss bedöms räcka utifrån aktuellt behov, patienten inte har något behov av kontakt med kommun vid övergång eller när patienten/vårdnadshavare avböjer annan form av övergång.
  - **Basövergång** väljs när remiss behöver kompletteras **med överlämningsmöte** mellan patient/vårdnadshavare, BUH och VH och vid behov kommunens hälso-och sjukvård och allmänmedicin med fokus på informationsöverföring. Kommunens hälso-och sjukvård ska bjudas in till överlämningsmöte när patienten har hjälpmedel som kommunen ansvarar för.
  - **Samordnad Integrerad övergång** väljs när patienten har ett stort behov av samverkan och samordning av rehabiliterande insatser i samband med övergång samt SIP. Övergången väljs också när det finns behov av ett integrerat arbetssätt en period innan och efter övergång, det vill säga att besök genomförs tillsammans med flera olika aktörer.
- Dokumentera överenskommen typ av övergång och identifierade behov som finns innan avslut och övergång

### Kontaktkort

- Upprätta kontaktlista/kontaktkort (*Är under utveckling*)

### Kvalitetsregister

- Samtycke ska inhämtas från patient för överflytt av registerinformation till mottagande vårdgivare. Meddela vårdadministratör på BUH de patienter som ska skrivas ut från BUH och fortsätta i kvalitetsregistret via VH via funktionsbrevlådan

- De patienter som tillhör kvalitetsregister CPUP och ska gå över till VH ska meddelas till vårdadministratör på BUH via funktionsbrevlåda. Informera vårdadministratör om patienten ska skrivas ut eller fortsätta i kvalitetsregistret via VH samt om samtycke till överföring av registerinformation finns.

## Informationsträff på VH

Om patienten har behov av att besöka VH för ytterligare information inför kommande övergång tar behandlare på BUH kontakt med enhetschef på vuxenhabiliteringen.

## Remiss till vuxenhabilitering

Remisser skickas **tre månader** innan patientens 18-årsdag till vuxenhabiliteringen och vid behov till kommunen.

Remiss till vuxenhabiliteringen skrivs i Cosmic i remissmall "Överlämning från Barn- och ungdomshabiliteringen" utifrån instruktion **Förenklad remiss vid övergång från Barn- och ungdomshabiliteringen (INS-13594)**.

Remissen ska innehålla:

- En tydlig frågeställning vad som är aktuellt för vuxenhabiliteringen att ta över och fortsätta arbeta med.
- Underlag som bekräftar diagnos måste framgå i remissen, hänvisa till Cosmic eller skicka kopia. Viktigt att stämna av att det står rätt diagnoskoder i patientjournal.
- Namn på behandlare på BUH som VH kan kontakta för att komma överens om tid för överlämningsmöte samt få information om vilka som ska kallas.
- Om patienten har en fast vårdkontakt och en ny behöver utses på VH
- Bifoga eller hänvisa vid behov till adekvat information i journalen. Ange i remissen om det har skickats eller kommer att skickas remisser till vuxensjukvården och i så fall till vilka.

Vuxenhabiliteringens remissgrupp bedömer och tar beslut om mottagande. Aktuellt team utser lämpliga teammedlemmar utifrån underlaget. Strävan är att de representanter som deltar i mötet (överlämning eller SIP) kommer att ingå i det individuella teamet runt patienten. En ansvarig för övergången utses i teamet.

## Vårdbegäran till kommun

Blanketten för vårdbegäran till kommunen skickas när behandlare på BUH tillsammans med patient och vårdnadshavare bedömt att kommunen behöver involveras vid övergången eller efter avslut på BUH. Den skickas **tre månader** innan patientens 18-årsdag.

Vårdbegäran ska **alltid** skickas till kommunen när patienten har ett eller flera av följande hjälpmedel förskrivna: **PEP-mask, tippbräda, lyftsele, någon skyddsåtgärd** och eller **ett specialanpassat hjälpmedel**. Det är viktigt med tydlig frågeställning.

Blanketten för vårdbegäran finns i Cosmic blankettbibliotek; "Överrapportering till hemkommun för fortsatt omhändertagande efter utskrivning från barn- och ungdomshabiliteringen".

- Blanketten skickas per post till aktuell kommun se kontaktuppgifter under **Kontaktpersoner Värmlands kommuner** på vårdgivarwebben under samverkan ([Samverkan hjälpmedelsservice](#)).

- Det är viktigt att skriva kommunverksamheten överst och namnet på person under.
- Om behandlare på BUH redan har kontakt med behandlare på kommunrehabiliteringen kring patienten adresseras överrapporteringsblanketten till denne.
- Kommun tar emot vårdbegäran som fördelas till aktuell behandlare. Vid behov av ytterligare information tar kommunen kontakt med inremitterande på BUH. Om överlämningsmöte eller SIP planeras på vuxenhabiliteringen anges det i formuläret till kommunen.
- VH kallar till överlämningsmöte och kommunen återkopplar till vuxenhabiliteringen om sitt deltagande. Kallelse till SIP sker via Cosmic Link.

## När patient har hjälpmedel

Avancerade kommunikationshjälpmedel (datorer) samt elrullstolar ansvarar hjälpmedelsservice (HMS) för. Kognitiva hjälpmedel ansvarar VH för. Resterande hjälpmedel ska till hemkommun eller primärvården, se **Förskrivansvar hjälpmedel (GRB-22693)**.

## Remiss till hjälpmedelsservice

Om patienten har elrullstol och eller formgjuten sits ska en remiss skrivas i Cosmic till hjälpmedelsservice. Patienten blir kallad till besök på hjälpmedelsservice för information kring fortsatt förskrivning.

I de fall patienten har ett avancerat styrsätt utan kommunikationshjälpmedel ska remiss skrivas till HMS.

## Genomgång av hjälpmedelslista

Arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut och logoped på BUH går igenom hjälpmedelslistan och säkerställer att hjälpmedlen är aktuella.

När hjälpmedelslistan är inventerad gör förskrivaren en förskrivning av artikel 49756 för att markera att listan är kontrollerad och korrekt. **OBS!** Detta görs först när eventuella inaktuella hjälpmedel är återlämnade. Se checklista **Hjälpmedelshantering vid avslut på BUH (CHE-13631)**

## Överrapportering av ägaransvar hjälpmedel

Ansvariga förskrivare överrapporterar kvarstående hjälpmedel till mottagande verksamhet. För översikt gällande ägaransvar se **Ägaransvar hjälpmedel 18 år översikt (GRB-28576-v.1.0)**

## Överföring av ägaransvar hjälpmedel

När väl patienten fyller 18 skickas ett meddelande via Messenger till hjälpmedelskonsulenter barn att patienten är färdig från BUH, om patienten ska till VH samt vilken kommun patienten är skriven i. Hjälpmedelskonsulent barn skickar då information till kommunens hjälpmedelsansvarig om vilka hjälpmedel patienten har och att ägaransvaret går över. Information skickas även till elrullstolskonsulent vid hjälpmedelsservice när patienten har elrullstol och eller formgjuten sits.

## Ej aktuellt med fortsatta habiliteringsinsatser

Om behov inte finns av fortsatta habiliterande åtgärder eller patienten själv väljer att avstå fortsatta insatser.

- Patient och vårdnadshavare informeras om att remiss till vuxenhabiliteringen kan ske i ett senare skede om/när behov uppstår. Remiss initieras då från vårdgivare i vuxenverksamhet eller som egen vårdbegäran av patient direkt till VH via 1177.
- Skriv en slutanteckning i journal i avsedd mall. Slutanteckning ska alltid skrivas.
- Vårdadministratör samt hjälpmedelsservice meddelas alltid om avslutet.

### Hjälpmedelshantering vid ej fortsatta habiliteringsinsatser

- Arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut och logoped ser över aktuella hjälpmedel. Inventerad hjälpmedelslista lämnas till barnhjälpmedelskonsulent.
- Om en patient endast har ett kognitivt hjälpmedel och inte önskar eller bedöms vara aktuell för insatser på VH informeras denne muntligt och skriftligt om att vända sig till primärvården vid behov.

### Medicinskt omhändertagande vid övergång

Vid habiliteringsteamets planeringsdag identifieras vilka patienter som fyller 16 år enligt rutin **Planeringsdagar barn-och ungdomshabiliteringen (CHE-32864)**. En lista delges sjuksköterska i medicinska teamet på de patienter som saknar ett underlag för avslutande läkarbesök och eller där det finns behov av intyg vid 18-årsdagen. Medicinska teamet går igenom underlagen.

#### Avslutande läkarbesök

Alla patienter som blir 18 år ska erbjudas ett avslutande läkarbesök, fysiskt eller distansbesök. Avslutande läkarbesök bokas in cirka sex månader innan patientens 18-årsdag. Vårdadministratör bokar och kallar till läkarbesök.

#### Patienter som haft insatser från medicinska teamet på BUH

De patienter som följs av medicinska teamet ska bokas in för ett *längre* avslutande läkarbesök. Vid läkarbesök görs en bedömning och planering av patientens fortsatta behov av medicinskt omhändertagande inom vuxensjukvården.

#### Patienter som *inte* haft insatser från medicinska teamet på BUH

De patienter som inte haft kontinuerliga insatser från medicinska teamet eller har läkarkontakt på BUM bokas ett kortare avslutande läkarbesök, fysiskt eller distansbesök. Ett längre avslutande läkarbesök kan bokas in även för patienter som inte haft insatser från medicinska teamet, detta när patient och eller vårdnadshavare uttryckt behov av det eller behov uppmärksammats av behandlare. Det kan till exempel vara vid önskemål om intyg för god man och körkort.

#### Intyg

Vid avslutande läkarbesöket skrivs de intyg patienten har behov av till exempel för godman och lämplighet för körkort. Efter övergång till vuxensjukvården ansvarar respektive verksamhet för att skriva intyg vid behov.

#### Läkarremiss

I anslutning till avslutande läkarbesöket på BUH skriver läkare remisser till aktuella vårdinstanser för fortsatt medicinskt omhändertagande.

En formell remiss ska alltid skickas och innehålla följande punkter;

- Medicinsk och psykosocial slutanteckning i Cosmic
- Hänvisning till individuell vårdplan med habiliterande insatser (finns under vårdplansåtagande i Cosmic)

- Information om patienten har behov av:
  - en fast vårdkontakt på mottagande vårdinstans.
  - har behov av ett överlämningsmöte och vilken profession som bör delta.
  - har behov av uppföljning; när och gällande vad.
- Bör innehåll uppgifter om relevanta vårdprogram och andra kunskapsstöd. Enstaka länk kan infogas.
- Rekommendation om fortsatt läkemedelsbehandling.

### **Neurolog och rehabiliteringskliniken (NR-kliniken)**

Vid avslut på BUH skickar läkare remiss till NR-kliniken på de patienter som har behov av fortsatt medicinsk omhändertagande eller uppföljning på NR-kliniken. Vid behov av snabb uppföljning och läkarkontakt i närtid skrivs detta i remissen.

- Patienter som behandlas med Baklofenpump för spasticitet, patienter där ställningstagande till Baklofenpump kan vara aktuellt samt patienter med svårinställd peroral behandling för spasticitet remitteras till NR-kliniken
- Patienter med epilepsibehandling remitteras till NR-kliniken för uppföljning och fortsatt ställningstagande till justering eller utsättning.
- Patienter med neuromuskulär sjukdom remitteras till NR-kliniken.

Dietist på BUH remitterar dietistfrågor till dietist på neurologen.

### **Ortopedklinik**

Patienter som behandlas med botulinumtoxin för spasticitet eller har andra ortopediska uppföljningsbehov remitteras av ansvarig ortopedläkare för barn till ortopedläkare i vuxensjukvården.

### **Allmänmedicin**

Vid avslut på BUH skickas remiss till allmänmedicin på de medicinska behov som inte tillgodoses av övrig vuxensjukvård.

Dietist på BUH remitterar dietistfrågor till primärvårdsdietist.

### **Vuxenpsykiatri**

Remiss skickas till vuxenpsykiatri om patienten har adhd-läkemedel eller komplex psykofarmakologisk behandling utanför primärvården uppdrag.

### **Lungmottagningen**

Remiss skickas av andningsteamet på barn- och ungdomsmedicin (BUM). Remiss skickas på patienter som har avancerad andningshjälpmedel som till exempel hostmaskin, CPAP, BiPAP.

### **Endoskopimottagningen**

Remiss till endoskopimottagningen skrivs av BUM för patienter med gastrostomi.

### **Dietistremiss**

Dietist på BUH remitterar dietistfrågor direkt till dietist inom aktuellt område i samband med övergång.

## Genomförande av övergång

För att möta patientens individuella behov och nivå på insatser och samordning vid övergång från barn- och ungdomshabiliteringen till vuxenhabiliteringen, annan vuxensjukvård och kommunal hälso- och sjukvård finns tre grundprocesser; **remissövergång, basövergång** samt **samordnad integrerad övergång**.

Individuella anpassningar och förändringar görs om behov uppstår under den planerade övergången.

Om patienten har haft fast vårdkontakt på BUH ska en fast vårdkontakt även utses på VH om behov finns. Fast vårdkontakt är **inte** samma som samordnare. Patienter som har ett utökat behov av samordning kan erbjudas en fast vårdkontakt. Fast vårdkontakt utses alltid när patienten själva önskar det, se **Fast vårdkontakt (RUT-15650)**.

## Remissövergång

Remissövergång till vuxenhabiliteringen väljs när informationen i remissen bedöms räckta utifrån aktuellt behov eller när patienten/vårdnadshavare avböjer annan form av övergång.

Vid behov av insatser från kommun tas den kontakten efter övergång till vuxenhabiliteringen.

## Basövergång

Basövergång väljs när remissen behöver kompletteras med ett överlämningsmöte.

Överlämningsmöte kan ske mellan BUH, VH, patient/närstående och vid behov kommunen samt med allmänmedicin när behov finns, se *rubrik övergång till allmänmedicin*.

Gemensamma insatser från BUH och VH kan förekomma i begränsad utsträckning även för ärenden enligt basövergång.

## Överlämningsmöte

Syftet med överlämningsmötet är informationsöverföring, ansvarsfördelning och planering. Eventuellt kan ett förmöte med enbart ansvariga verksamhetsrepresentanter behövas innan överlämningsmöte.

Instruktion för genomförande av överlämningsmöte se **Instruktion överlämningsmöte vid övergång (INS-33049)**

- Överlämningsmöte sker på VH om inte patienten önskar något annat.
- VH ansvarar för att kontakta BUH för tidbokning av mötet samt kalla patient och berörda till mötet.
- Om patienten har haft fast vårdkontakt på BUH ska vid behov en ny fast vårdkontakt utses på VH i samband med överlämningsmötet. Om patientens insatser till största del kommer erbjudas från annan vårdgivare kan den fasta vårdkontakten ersättas med annan i ett senare skede. Fast vårdkontakt ska finnas i den verksamhet där patienten har sin huvudsakliga vård.
- Habiliteringsplan upprättas efter överlämningsmöte.
- Kommunen beslutar om deltagande och vem eller vilka som ska delta på överlämningsmötet. Meddelar sammankallande på VH.

- Kommunen ger information om sin verksamhet och vilka insatser som kan erbjudas utifrån aktuell situation. Insatser påbörjas sedan utifrån överenskommelse.
- Utifrån remiss beslutar hjälpmedelskonsulent från hjälpmedelsservice (HMS) om deltagande på överlämningsmötet. Meddelar sammankallande på VH.
- Överlämningsmöte på VH kan kompletteras med överlämningsmöte på NR-kliniken eller på vårdcentralen utifrån patientens behov. Se nedan (övergång till NR-kliniken respektive allmänmedicin).

## Samordnad integrerad övergång

Samordnad integrerad övergång väljs när patienten har en komplex problematik och har stora behov av samverkan och samordning av habiliterande insatser i samband med övergång. Samordnad övergång väljs när kommunen och eller annan vårdgivare måste vara involverad i patientens fortsatta medicinska vård och habiliterande insatser (ej bara informationsöverföring då det är en basövergång med överlämningsmöte) se **Samordnad individuell planering (SIP)(RIK-17644)**

## Samordnad individuell planering (SIP)

Vid samordnad integrerad övergång sker överlämningen via en Samordnad individuell plan. Efter cirka sex månader kallar VH till en uppföljande SIP.

## Gemensamma insatser

Vid samordnad integrerad övergång kan patienten ha behov av att behandlare från både BUH och VH deltar vid gemensamma besök en tid innan övergången och en tid efter övergång för att underlätta för patienten.

De integrerade insatserna kan påbörjas tidigast tre månader innan 18 års ålder och fortgå som längst tre månader efter, eller på annat sätt utifrån bedömt behov. Önskemål om gemensamma insatser kan initieras av patient, vårdnadshavare, medarbetare på BUH eller VH. Bedömning av gemensamma insatser sker vid första mötet mellan verksamheterna.

Vid behov kan även behandlare från kommunrehabiliteringen delta vid gemensamt besök innan övergång.

Gemensamma besök kan också ske på hjälpmedelsservice (HMS) vid behov.

## Övergång till NR-kliniken

Överrapporteringsmöten sker kontinuerligt mellan BUH och Neurologkliniken kring patienter med komplexa problemställningar. Vid mötet beslutas om det behövs ett överlämningsmöte tillsammans med patient och närstående innan övergång. Detta kan ske enskilt mellan berörda läkare och patient och närstående alternativt deltagande på SIP möte på vuxenhabiliteringen.

Om överlämningsmöte sker enskilt är det viktigt att tydliggöra vem som för informationen vidare till vuxenhabiliteringen.

Utifrån patientens behov och planering från läkarbesök på BUH kan övergången för medicinskt omhändertagande från BUH till NR-kliniken se olika ut, se nedan.

- Patienter som läkare på BUH bedömt ha stabil medicinering (ex epilepsimedicinering) och inte behöver direkt kontakt med NR-kliniken sätts upp på väntelista till första besök på NR kliniken. BUH har ett fortsatt ansvar för patienten tills första besök på NR-kliniken är genomfört.

Utifrån behov kan väntetiden till första besök på NR-kliniken variera. Vilken läkare som kommer ansvara för patienten beslutas först efter första besöket på NR.

**Om** något oplanerat tillstöter efter avslut på BUH, innan patienten haft sitt första besök på NR-kliniken, kan patienten ta kontakt med sjuksköterska på BUH för rådgivning. Sjuksköterska diskuterar vid behov frågeställningen med läkare på BUH som då ansvarar för vidare beslut om hantering. Läkare tar en kontakt med NR-kliniken för resonemang om lämplig åtgärd och vem som ansvarar för den.

- Patienter med komplex problematik som förväntas ha behov av läkarkontakt i närtid efter avslut på BUH bokas in och kallas till nybesök med prioritet.
- Enstaka patienter håller läkare på BUH kvar en kortare tid efter 18-årsdagen för att slutföra pågående utredning eller behandlingsjustering.

## Övergång till allmänmedicin

Vårdcentralen utser en fast vårdkontakt när remiss kommer från BUH på patient som fyller 18 år och kommer att avslutas på barn- och ungdomshabiliteringen.

Patientens fasta vårdkontakt på vårdcentral ser till att patienten bokas till ett första besök utifrån vad som rekommenderats i remissen.

I de fall där det framgår av remissen att det finns ett behov av överlämningsmöte med patient, vårdnadshavare, medicinsk personal från BUH och VH sammankallar den fasta vårdkontakten till mötet. VH kan också vara sammankallande, se under rubrik Överlämningsmöte.

Överlämningsmöte kan ske digitalt eller fysiskt. Fysiskt möte där personal från vårdcentralen deltar är lämpligt att lägga på vårdcentralen.

Om vårdcentralen är sammankallande till överlämningsmöte skickas meddelande i Cosmic till funktionsbrevlåda Barn- och ungdomshabiliteringen, Karlstad.

Om mötet är ett SIP-möte hanteras det enligt gällande rutiner för SIP: **Samordnad individuell planering (SIP)(RIK-17644)**

### Intyg efter avslut på BUH

Innan patienten fyller 18 år skriver BUH de intyg som är möjliga. Vid behov av intyg i ett senare skede kan slutanteckningen från BUH användas som underlag. Vid behov kan vuxenhabiliteringen hjälpa till med underlag till intyg för de patienter som är eller har varit aktuella för insatser på vuxenhabiliteringen. I dessa fall skickas konsultationsremiss till VH i Cosmic. Se **Samverkan mellan habilitering och allmänmedicinska mottagningar gällande läkarutlåtande och intyg (VÅR-06903)**.

## Avslut på barn- och ungdomshabiliteringen

### Behandlare

Ansvarig behandlare på BUH skriver en slutanteckning i patientens journal.

Samordnaren skickar ett meddelande till funktionsbrevlådan om att vårdåtagande ska avslutas. Vårdadministratör ska **alltid** meddelas inför avsluta av en patient på BUH och i Cosmic.

- I meddelandet ska det framgå om patienten remitteras till annan instans vid 18 år eller flyttar till annan region och remitteras dit.
- Behandlare ska i meddelandet också ange vilka kliniker patienten har remitterats till för att vårdadministratör ska kunna bevaka att remiss accepteras och patient tas emot.

Barnhjälpmedelscentralen informeras **alltid** om att vårdåtagandet avslutas på BUH, detta görs av samordnare alternativt av annan teammedlem på uppdrag av samordnare.

## Vårdadministratör

### Bevakning av patient

För att kunna bevaka vårdåtagandet ändras bokningsinformationen på underlaget PATIENTREGISTER till "BEVAKNING inför avslut remitterad till .\_. ". Här antecknas också var remiss/remisser skickats för att kunna kolla.

Vårdtjänsten 9. Patientregister förblir oförändrat och dessa underlag kommer alltså fortsatt att synas när man söker ut på sitt samordningsfilter.

Via filter i Planerade vårdåtgärder kontrolleras *en gång i månaden* om aktuella patienter har tagits emot på respektive vårdinstans.

### Avslut av vårdåtagande

Först när patienten är mottagen och haft ett första besök (fysiskt eller digitalt) i aktuella verksamheter avslutas vårdåtagandet på barn- och ungdomshabiliteringen. Om det gäller flera vårdinstanser listas alla med datum och mottagningens namn.

Anteckning görs av vårdadministratör i enhetschefens namn när det är bekräftat från den/de aktuella verksamhet(-erna). Därefter tas underlaget bort och remissen och vårdåtagandet avslutas.

Anteckningen länkas i ett Messenger som skickas till tidigare samordnare för kännedom.

**Utarbetad av:** Carina Branhammar, medarbetare BUH, Åsa Lif, medarbetare VH, Marianne Fleron, Eric Le Brasseur, Lars Block, Ingela Angarsson, Jerry Lidberg, Maria Hellberg, Ulrika Nilsson, kommunrepresentanter Anette Ljungberg, Annika Gyllström, Carina Wiberg, Sofia Starkhammar