

MIMI -manual och checklistor

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



MIMI-projektet

2014-01-31 senast reviderad 2017-10-30

Angelica Gustafsson

Stina Gustafsson



LANDSTINGET
SÖRMLAND

Innehållsförteckning

| | |
|--|---|
| Innehållsförteckning..... | 2 |
| Inledning..... | 3 |
| HPL 16 år | 4 |
| Ram för samtalet | 4 |
| Kartläggning utifrån ICF | 4 |
| Diagnoskunskap | 4 |
| Framtidsmål, vilka tankar och planer finns kring framtida: | 4 |
| Vi informerar om:..... | 4 |
| HPL17 år | 5 |
| Ram för samtalet | 5 |
| Kartläggning utifrån ICF | 5 |
| Diagnoskunskap | 5 |
| Framtidsmål, vilka tankar och planer finns kring framtida: | 5 |
| Planering angående | 5 |
| Planering inför avslut 18 år | 6 |
| Kartläggning utifrån ICF | 6 |
| Patienten som myndig person | 6 |
| Överrapportering/överföringar | 6 |
| Läkarintyg - för ansökningar..... | 6 |
| Genomgång av hjälpmedelslista..... | 6 |
| Checklista Överföring | 7 |
| Överföring kan ske på olika sätt, exempelvis: | 7 |
| MIN PÄRM..... | 7 |

Inledning

Det här materialet är framtaget för att hjälpa dig som medarbetare att göra en bra överföring från habiliteringsens barn- och ungdomsteam till kommande vård- och omsorgsgivare.

För en lyckad överföring behöver patienten och familjen:

- information i god tid,
- upprepad information,
- förberedelse för större egensansvar,
- vara delaktiga i planering och överföring.

Avslut och överföring är alltid en teaminsats!

När, hur, varför?

Överföring ska som regel ske vid 18 års ålder.

Under särskilda omständigheter kan insatser fortsätta ges av personal på barn- och ungdomsteam ytterligare en tid, exempelvis vid pågående omfattande intensiva insatser.

Från 16 års ålder ska planeringen för överföring och avslut ingå i individens habiliteringsplan.

Se checklistor på kommande sidor.

Målet är patienten ska få kontakt med alla vård- och omsorgsgivare som behövs utifrån de hälsoproblem som kvarstår. Det kan handla om samordning, individuella kontakter eller andra insatser som våra vård- och omsorgsgrannar ansvarar för.

SMO

I Sörmland finns fem vårdcentraler (VC) med särskilt uppdrag för medicinsk vård för vuxna personer med funktionsnedsättning inom SMO (Samordnat medicinskt omhändertagande).

Dessa VC har särskild kompetens och extra besökstid avsatt för patientgruppen. Det är viktigt att tidigt informera individen/familjen om möjligheten att lista sig på någon av dessa VC.

Många olika kontakter kräver samordning

Vuxna med funktionsnedsättning har ofta kontakt med många olika vård- och omsorgsaktörer med olika uppdrag. Det är viktigt att insatserna samordnas och information når alla berörda. Information bör i möjligaste mån ges vid en samordningsplan, då även ansvarsfördelning kan förtydligas. Samordningsplanen ger också förutsättning för att alla vård- och omsorgsaktörer får tillräcklig kännedom om varandras kompetenser och insatser för individen.

Slutanteckning

Vid avslut från barn- ungdomsteam skrivs en slutanteckning. Slutanteckningen ska säkerhetsställa att all information som kan vara av vikt för individen att förmedla till andra vård och omsorgsgivare finns nedskrivna samlat.

HPL 16 år

Ram för samtalet

Hur tänker patienten och familjen kring planering och mål inför framtiden?

Informera om hur vård- och omsorgskontakter förändras i samband med vuxenblivandet, se längst ner på sidan.

I planeringen av habiliteringsinsatser ska vi tänka på att de ska bidra till ökad självständighet och egenansvar för att förbereda inför vuxenblivandet.

Dokumentation

Dokumentationen görs i plananteckning.

Kartläggning utifrån ICF

Använd ordinarie planeringsmaterial som grund för planeringen.

Diagnoskunskap

Har patienten och/eller familjen tillräcklig information om diagnos och funktionsnedsättning eller behövs ytterligare aktiviteter? Diagnosgrupp, enskild information

Framtidsmål, vilka tankar och planer finns kring framtida:

- boende
- arbete/utbildning/praktik/sysselsättning/daglig verksamhet
- försörjning, god man
- hälsa och friskvård, hur ska träning bedrivas, egenvård?
- ansvar för vårdkontakter? Vill ungdomen ha sms-påminnelser till besök till egen mobil istället för till förälder?

Anhörigstöd

- Behov av stöd till föräldrarna för att kunna stötta i ungdomens vuxenblivande.

Vi informerar om:

- kommande vård- och omsorgsgivare som kan bli aktuella att överföras till inklusive SMO. Se [”hitta rätt som vuxen”](#)
- kommande kallelse till infoträff ”Information inför vuxenlivet” för samhällsinformation
- eventuella gruppaktiviteter som kan vara aktuella inför vuxenblivandet – erbjud vid behov

HPL17 år

Ram för samtalet

Planera inför vuxenblivandet -vilka kontakter med kommande vård- och omsorgsgivare kommer behövas? Planeringen ska grundas på vilka hälsoproblem som kvarstår och var patienten kan få hjälp med dessa.

I planeringen av habiliteringsinsatser ska vi tänka på att de ska bidra till ökad självständighet och egenansvar för att förbereda inför vuxenblivandet.

Dokumentation

Mål och åtgärder dokumenteras alltid i plananteckning. Kartläggningsdelen *kan* istället dokumenteras i slutanteckning -skriv då en hänvisning i plananteckningen.

Kartläggning utifrån ICF

Använd ordinarie planeringsmaterial som grund för planeringen.

Diagnoskunskap

Behov av insats?

Framtidsmål, vilka tankar och planer finns kring framtida:

- boende
- arbete/utbildning/praktik/sysselsättning/daglig verksamhet
- försörjning, god man
- hälsa och friskvård, planera hur eventuellt fortsatt träning ska bedrivas, egenvård?
- ansvar för vårdkontakter? Får ungdomen sms-påminnelser till besök till egen mobil istället för till förälder?

Planering angående

Vilka vård- och omsorgsgivare kommer bli aktuella vid övergång till vuxenverksamheter.

Vilka ska kontaktas? Se även [”hitta rätt som vuxen”](#). Kan vara till:

- Vårdcentral – läkare, arbetsterapeut, sjukgymnast, sjuksköterska Information om SMO inklusive blankett för anmälan lämnas ut
- Kommun - arbetsterapeut, sjukgymnast, sjuksköterska
- Habiliteringsmottagningens vuxenteam
- Specialistkliniker
- Kommunen – LSS handläggare

Stäm av

- Samhällsinformation ”Information inför vuxenlivet” -har man varit på information?
- Behöver intyg utfärdas, exempelvis om god man behövs, måste vara klart innan 18 år.
- Bedöma behovet av avslutningsmöte, samordningsmöte och behov av vidare samordning och vilka som ska bjudas in.

Planering inför avslut 18 år

Aktiviteterna som genomförts på barn-/ungdomsteamet ska avslutas och mål följas upp. Inga nya mål för insatser planeras, målsättningen i detta skede är att genomföra en bra överföring. *Förbered planeringen med patient/familj med att skriva/påbörja en slutanteckning.* Målet är att göra en konkret planering av vilka kontakter som ska ta och hur överföringen till andra vård- och omsorgsgivare ska gå till. Vid behov ska ett samordningsmöte planeras.

Dokumentation

Dokumentera i slutanteckningen. När planeringen görs tillsammans med patient/familj görs registeranteckningen ”Planering inför avslut” i anteckningstyp Plan. I övrigt hänvisas till slutanteckning. Hälsoproblem som kvarstår, aktiviteter och åtgärdsplan ska specificeras. Använd patienten/familjen som resurs vid dokumentation i slutanteckningen. [Länk manual](#)

Kartläggning utifrån ICF

Genomgång av status utifrån ICF, identifiera hälsoproblem som kvarstår och vilka vård- omsorgsgivare som behöver involveras för dessa.

Patienten som myndig person

Kontrollera att den unga har sms-påminnelse till egen telefon. Annars krävs från 18 år att det går till god man alternativt att fullmakt finns för annan person.

Överrapportering/överföringar

Vid behov av stöd vid överföring av ärenden kan kontakt tas med SMO-samordnare. Se även [”hitta rätt som vuxen”](#) Överrapportering kan vara aktuell till:

- Vårdcentral – läkare, arbetsterapeut, sjukgymnast, sjuksköterska. Information om SMO inklusive blankett för anmälan lämnas ut om det inte redan är klart.
- Kommun - arbetsterapeut, sjukgymnast, sjuksköterska
- Habiliteringsmottagningens vuxenteam
- Specialistkliniker
- Kommunen – LSS handläggare

Läkarintyg - för ansökningar

Det är lämpligt om intyg som behövs inom kort är skrivna av habilitering/barnklinik som känner patienten, exempelvis:

- God man (ansökan görs hos Tingsrätten)
- Socialförsäkringsförmåner (FK till exempel aktivitetsersättning, handikappersättning, bilstöd)
- Insatser hos kommunen till exempel för ansökan om LSS-insatser

Genomgång av hjälpmedelslista

Regler för förskrivning och egenavgifter för vuxen jämfört med ungdom kan skilja. Informera om det är förändringar aktuella för patienten. (se info HMC's hemsida)
Hjälpmedel som inte får behållas eller inte används ska återlämnas.

Överföringen planeras inom en snar framtid!

Checklista Överföring

Överföring kan ske på olika sätt, exempelvis:

- Samordningsplan ([SIP](#))
- Gemensamt patientbesök
- Skriftligt
- Telefonöverföring

Dokumentation

Slutanteckningen ska alltid användas som underlag vid alla typer av överföringar för att säkerställa att kommande vård- och omsorgsgivare får en helhetsbild. Nya uppgifter om planering och ansvarig som framkommer vid överföringen skrivs också in i slutanteckningen under "hälsoproblem som kvarstår", "planerade aktiviteter" och "aktivitetsansvarig". Kontaktlista under "skriva brev" i NCS fylls i med relevant information.

MIN PÄRM

["Min pärm"](#) överlämnas till patienten i anslutning till avslut.

Pärmen ska innehålla:

- Journalkopia på slutanteckning
- kontaktlista över kommande vård & omsorgsgivare, (heter "kontaktlista" och ligger under skriva brev i NCS Cross)
- ["att hitta rätt som vuxen"](#)
- Vid behov och önskemål kan även andra väsentliga journalkopior exempelvis intyg, psykologutlåtande eller adl-bedömning sättas i pärmen
- Aktuella träningsprogram, hjälpmedelsinstruktioner eller liknande sätts också i pärmen vid behov