



Capiro Psykiatri



Capiro Vårdcentral

## Överenskommelse om samverkan mellan Region Skåne och sydöstra Skånes kommuner gällande personer med psykisk funktionsnedsättning samt barn och ungdom som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa

### Inledning

Denna överenskommelse bygger på "Ramöverenskommelse om samverkan mellan Region Skåne och Skånes kommuner gällande personer med psykisk funktionsnedsättning samt barn och ungdom som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa" (2013-06-10).

Det som inte regleras i denna lokala överenskommelse, hänvisas till Ramöverenskommelsen.

Denna lokala överenskommelse slår fast parternas gemensamma avsikt att bedriva och utveckla samverkan/samarbete mellan sydöstra Skånes kommuner och Region Skånes verksamheter, som vänder sig till målgruppen, boende inom regiondelen.

### Överenskommelsens utgångspunkter

#### Barnperspektivet

Barnperspektivet tillgodoses genom en integration av den vuxnes kunskap om barns behov och dennes behov av att lyssna på barn, samt barnets egna erfarenheter, önskemål och värderingar (SOU 2007:82).

#### Samverkan

Samverkan och samarbete är att det är parterna, som har ansvaret att skapa nödvändiga arbetsprocesser och strukturer/rutiner där insatser och stöd samordnas och kompletteras varandra utifrån barnets/ungdomens/familjens/den enskildes behov och delaktighet.

Barnets/ungdomens och/eller familjens/ den enskildes och närståendes önskemål, erfarenheter och synpunkter ska tillvaratas i den praktiska tillämpningen av detta avtal och ett återhämtningsinriktat arbets- och förhållningssätt ska tillämpas och utvecklas bland medarbetarna.

Samverkan ska leda till

- att skapa optimal effekt av insatser samt tydliggöra respektive parts ansvar, främja hälsa och förebygga ohälsa.
- att tidigt upptäcka avvikelser från förväntad utveckling hos barnet/ungdomen.

Parterna ska ha en ömsesidig respekt för varandras kompetenser och ansvarsområde.

## 1. Parter

### Parter i denna överenskommelse

För Simrishamn, Sjöbo, Skurup, Tomelilla och Ystads kommuner:

- Socialförvaltning/motsvarande
- Barn- och Utbildningsförvaltning/motsvarande

För Region Skåne och andra hälso-och sjukvårdsverksamheter etablerade och verksamma inom de kommuner som omfattas av denna överenskommelse:

- Barn och Ungdomspsykiatri (BUP)
- Barn- och Ungdomshabiliteringen (BoU)
- Barnhälsovård/BVC inkl. Kunskapscentrum för barnhälsovård
- Hälsovalsenheter, Region Skåne
- Psykiatrisk slutenvård, Region Skåne
- Rättspsykiatri, Region Skåne
- Capio Psykiatri
- Capio Vårdcentral
- Novakliniken

## 2. Mål och syfte

Syftet med detta lokala avtal är att samverka mellan huvudmännen ska leda till att det för den enskilde ska sakna betydelse om det är en eller flera huvudmän som ansvarar för stöd och insatser/vården. Överenskommelsen ska skapa en sådan tydlighet i ansvarsfördelning och samverkansformer så att den enskildes behov bäst tillgodoses.

## 3. Målgrupper

Överenskommelsens målgrupper är:

- Barn och ungdom under 18 år som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa eller psykisk funktionsnedsättning som är i behov av stöd/insatser från båda huvudmännen.
- Personer med psykisk funktionsnedsättning och som är i behov av stöd/insatser från båda huvudmännen.

## 4. Ansvar

Den gemensamma ambitionen och respektive parts ansvar är att så långt som möjligt verka för att undvika placeringar av den enskilde utanför dennes hem genom att samordna och koordinera sina insatser med övriga aktörer.

Respektive part ansvarar för att vara förberedd och ha inventerat vilka insatser den egna verksamheten kan erbjuda för att tillgodose den enskildes behov.

## 5. Samverkan/samarbete

All samverkan och samarbete ska präglas av ömsesidig respekt för varandras profession, kompetens och erfarenhet. Varje huvudman ska respektera andra huvudmäns interna angelägenheter.

### 5.1 Ledning och organisation

#### Ledningsgrupp/Styrgrupp

- Parterna förbinder sig att tillsätta en gemensam Ledningsgrupp/Styrgrupp, som ytterst ansvarar för denna överenskommelse.
- Respektive huvudman/verksamhet utser representant(er) med fullt beslutsmandat till Ledningsgrupp/Styrgrupp.
- Ledningsgrupp/Styrgrupp ansvarar för att skapa nödvändiga förutsättningar för samverkan genom gemensam planering, genomförande och uppföljning. I ansvaret ingår information/kommunikation till/från politisk ledning
- Ledningsgrupp/Styrgrupp ansvarar för att tillsätta samrådsgrupper och meddela deras uppdrag samt lämna nödvändigt mandat till dessa att utföra sitt uppdrag.
- Samrådsgrupper ska finnas för målgrupperna barn/unga samt vuxna med psykisk funktionsnedsättning inklusive samsjuklighet
- Ledningsgrupp/Styrgrupp ska utöver egna möten hålla möte med respektive Samrådsgrupp 1 gång per år.

#### Samrådsgrupp

- Samrådsgrupp ska hålla möte minst 4 gång per år **varav** minst 1 gång gemensamt med Ledningsgrupp/Styrgrupp
- På uppdrag av Ledningsgrupp/Styrgrupp svara för implementering av innehållet i den regionala och lokala samverkansöverenskommelsen
- Initiera och genomföra gemensam strategisk planering (inkl. kompetenssatsningar) för utveckling av verksamhetsområden av gemensamt intresse
- Hantering av avvikelser och brister i samverkan enligt gällande överenskommelse
- Uppföljning av gemensam strategisk planering inkl. kompetensutveckling

#### (Bilaga, uppdragsbeskrivning för samverkansgrupp)

### 5.2 Samordnad individuell plan (SIP)

Syftet med att skriva en samordnad individuell plan är att allt stöd och alla insatser samordnas på ett sådant sätt så att ett helhetsperspektiv hålls och att den det berör får sina behov av stöd och insatser tillgodosedda.

När någon part identifierat behovet och den enskilde/vårdnadshavaren samtycker till planen ska målet vara att en Samordnad Individuell Plan (SIP) upprättas utan dröjsmål senast 15 dagar efter att berörda verksamheter blivit kontaktade.

Den individuella planen ska dokumenteras skriftligt i den blankett som övereskommit av parterna i denna överenskommelse.

Risk- och skyddsfaktorer ska beaktas i planering av insatser och stöd

**Rutin**

Planen ska göras tillsammans och i samförstånd med den enskilde/närstående som berörs. I arbetet med planen ska även den enskildes resurser och kunskap tas tillvara i syfte att tillgodose behoven.

- Den representant för part/huvudman som först uppmärksammar att enskild har ett behov som behöver tillgodoses i samverkan har initiativansvaret till att föreslå en samordnad Individuell Plan (SIP)
- Representanten ska överenskomma med den enskilde/närstående om vad som behöver tillgodoses och kalla till SIP.
- Representant för part/huvudman gör upp tillsammans med den enskilde/närstående vem som ska kallas
- Medgivande från den enskilde skall inhämtas för att bryta sekretess inför SIP.
- Kallelsen ska innehålla en frågeställning, konkret och kortfattat och ett SIP-möte ska hållas skyndsamt.
- En SIP ska finnas dokumenterad inom 15 dagar från det att kallelse nåtts av berörda.
- I SIP (blankett finns för barn/unga resp. vuxna) ska det tydligt framgå;
  - vilka insatser som ska göras och vad målet med dessa insatser är
  - vilken verksamhet och vem där, som ansvarar för att respektive insats görs
  - när stöd/insats ska påbörjas och när uppföljning av respektive insats ska göras
  - vem som har det övergripande och samordnade ansvaret av hela den samordnade individuella planen
- Uppföljningsmöte av beslutade/överenskomna stöd och insatser ska bokas och vilka som ska närvara

**5.3 Samordnad vårdplanering (SVPL)**

Vårdplanering i samband med att personen är utskrivningsklar från psykiatrisk slutenvård regleras i dokument *"Samordnad vårdplanering – Rutiner vid samordnad vårdplanering i samverkan mellan Kommunförbundet Skåne och Region Skåne"* gällande från 1 mars, 2007.

Följande lokala rutiner kompletterar och förtydligar ovanstående rutiner:

- Vid samordnad vårdplanering ska alltid representant(-er) från den slutna och den öppna psykiatriska vården samt representant(-er) från kommunen vara närvarande. De närvarande ska ha mandat från sin organisation att genomföra vårdplanering och fatta beslut.
- Eventuella behov av insatser från primärvården initieras genom remiss från psykiatrin.

## **6. Samverkan med brukarorganisationer, anhöriga/närstående**

### **Brukarorganisationer**

Samverkan, inflytande och delaktighet på ett SÖSK-övergripande plan ska ske i enlighet med Reglementet för Brukar- och anhörigrådet i SÖSK.

### **Patienter/brukare och anhöriga**

Lokalt inom respektive organisation/verksamhet ska utvecklas anpassade former för brukares och anhörigas möjligheter till inflytande och delaktighet och bidrag till utveckling av den lokala verksamheten.

## **7. Ekonomisk ersättning**

Ingen av parterna ska debitera någon av parterna för deltagande i samverkan/samarbete. Allt deltagande i arbetet ska ske kostnadsfritt. Detta gäller även gemensamma utbildningsdagar.

## **8. Uppföljning och utvärdering**

Ledningsgrupp/Styrgrupp ansvarar för att denna ramöverenskommelse årligen följs upp genom samrådsgrupperna. Brukarorganisationerna ska inbjudas att medverka i uppföljningen.

Samrådsgrupperna ska årligen fastställa områden för uppföljning och utvärdering.

## **9. Grupper med särskilt behov av samverkan**

### **Barn i behov av tidig upptäckt på grund av riskproblematik**

Utvecklingsuppdrag för alla samrådsgrupper att utveckla rutiner inom de verksamheter som möter målgruppen. Se även punkt 14 i denna överenskommelse.

### **Barn placerade i boende utanför föräldrahemmet**

Utvecklingsuppdrag för samrådsgrupp barn/unga "Övergripande konsultteam" (ÖKT)  
Särskilt beaktande av placerade barns utbildning, hälsa inkl. tandhälsa  
BBIC – Avtal läkarundersökning inför placering

### **Unga vuxna**

Ledningsgrupp/Styrgrupp för denna överenskommelse ska följa den regionala utvecklingen inom området och initiera uppdrag.

### **Personer med psykisk störning och samtidigt missbruk**

Ansvarsfördelning finns i "Vägledning för Missbruks- och beroendevården i Skåne"  
Utvecklingsområde för Samrådsgrupp "missbruk/beroende"

### **Äldre med psykiska funktionsnedsättningar.**

Utvecklingsområde för samrådsgrupp "vuxna med psykisk funktionsnedsättning" att på uppdrag av styrgrupp/ledningsgrupp verka för att samverkan sker mellan äldreomsorg, socialpsykiatri, öppen psykiatri och primärvård.

### **Personer med psykiska funktionsnedsättningar som riskerar förkortad livslängd.**

Utvecklingsområde för samrådsgrupp "vuxna med psykisk funktionsnedsättning" att "Riktlinjer för att handlägga och förebygga Metabolt syndrom" inkl. rutin implementeras. Se även punkt 16 i denna överenskommelse

## **10. Ansvarsförbindelse vid placering i andra boendeformer än ordinärt boende**

All samverkan även i fall där en insats kan vara en placering i andra boendeformer än ordinärt boende ska föregås av att en Samordnad Individuell Plan (SIP) upprättas. Se även punkt 5.2 i denna överenskommelse.

Vid placering i andra boendeformer än ordinärt boende ska kostnaderna delas utifrån de olika huvudmännens ansvarsområde. När fördelning ska göras utifrån en gemensam bedömning om vad och hur stor del som utgör Region Skånes respektive kommunens.

Utifrån bedömningen görs en överenskommelse som dokumenteras i en ansvarsförbindelse mellan Region Skåne och kommunen där kostnadsfördelningen preciseras i det enskilda fallet.

## **11. Ansvar för boende, sociala insatser och hälso- och sjukvård i andra boendeformer än ordinärt boende**

Personer med psykiska funktionsnedsättningar kan ibland behöva stödinsatser i form av annat boende än det egna (ordinärt boende) för stadigvarande boende eller för en längre eller kortare vistelse kombinerat med hälso- och sjukvårdsinsatser.

Vilket ansvar som kommunen respektive Region Skåne har är beroende av i vilken form av boende som insatsen sker. Ansvarsfördelningen gäller oavsett om boendet finns på hemorten eller i annan kommun inom eller utom länet.

## **12. Ansvar för rehabilitering och arbete/sysselsättning**

Rehabilitering ska bidra till att den enskilde, utifrån sina behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet.

I Samordnad Individuell Plan (SIP) ska framgå vilken den enskildes målsättning är, dennes färdigheter och/eller resurser som behöver utvecklas samt vem som ansvarar för olika delar av rehabiliteringsprocessen.

### **13. Ansvar för öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård samt under permission från sluten psykiatrisk tvångsvård och sluten rättspsykiatrisk vård**

Rutin för samverkan med Rättspsykiatrisk verksamhet ska följa SIP och SVPL, Vilket beskrivs under punkt 5.2 och 5.3

### **14. Ansvar för stöd till barn till personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning**

Vid all kontakt med vuxna med psykiska funktionshinder och/eller missbruksproblematik ska familjeförhållanden kartläggas i syfte att upptäcka om det finns hemmavarande barn under 18 år.

Barnets/barnens behov av information och stöd ska uppmärksammas av respektive huvudman. I samband med att en SIP (se punkt 5.2) tas fram ska dessa behov tillgodoses tillsammans med föräldrarnas behov av stöd i sin föräldraroll.

Respektive huvudman ska försäkra sig om att alla medarbetare har kännedom om lokala riktlinjer/rutiner som gäller för hur man ska agera när barn far illa eller riskerar att fara illa.

### **15. Stöd till anhöriga/närstående**

Anhörigas/närståendes behov av information och stöd ska uppmärksammas och deras erfarenheter tillvaratas av respektive huvudman.

Informations-/utbildningsinsatser ska erbjudas anhöriga/närstående och dessa insatser bör samordnas/samplaneras av huvudmännen.

### **16. Fysisk hälsa inklusive tandhälsa**

Den fysiska hälsan inklusive tandhälsan ska uppmärksammas hos alla målgrupper som denna överenskommelse omfattar

Inom respektive part ska finnas rutiner som handlägger och förebygger risker för att utveckla fysisk ohälsa inklusive tandhälsa. Dessa ska tillämpas i samband med att en SIP upprättas.

För vuxna, som behandlas med antipsykotika ska riktlinjer för att handlägga och förebygga Metabolt syndrom tillämpas.

(Bilaga; "Lokal rutin för att förebygga och handlägga metabolt syndrom")

## **17. Case Management**

Varje brukare/patient som är 18 år och äldre med omfattande behov av stöd och insatser från flera aktörer kan erbjudas en Case Manager (CM).

Syftet är att se till brukarens/patientens totala livssituation och väga samman funktioner och roller som är viktiga i personens liv. Här ingår psykisk-, fysisk- och tandhälsa, sociala sammanhang (inkl barn, familjesituation och övrigt socialt nätverk), boende och sysselsättning/arbete.

I förekommande fall när samtidiga insatser/stöd lämnas från psykiatrin och från kommunen utses en CM hos bägge huvudmännen.

Arbetet ska bedrivas enligt metoden "Case Management Strength model"

## **18. Implementering och kunskapspridning om Ramöverenskommelse och loka överenskommelse om samverkan**

Respektive part ansvarar för att ramöverenskommelsen och den lokala överenskommelsen om samverkan implementeras inom den egna organisationen.

## **19. Tvister**

Tvister regleras i Ramöverenskommelsen

## **20. Avvikelser och kvalitetsuppföljning**

Samrådsgrupp ansvarar för att till Ledningsgrupp/Styrgrupp;

- rapportera avvikelser från lokal överenskommelse

- hur avvikelser har hanterats.

Inkomna avvikelser och åtgärder sammanställs årligen av Ledningsgrupp/Styrgrupp inför uppföljning och utvärdering av denna överenskommelse.

Inventering av målgruppers behov och om dessa är tillgodosedda är ska genomföras vart 3:e år räknat från 2013

## **21. Omförhandling och tidsperiod för den lokala samverkansöverenskommelsen**

Part äger när som helst under överenskommelsestiden påkalla förhandlingar om villkoren förändras eller om oförutsedd händelse inträffar som enligt partens uppfattning ändrar förutsättningarna för överenskommelsen.

Begäran om omförhandling ska ske så snart det åberopade förhållandet blivit känt för den part som begär omförhandlingen och befriar inte parten från att fullgöra sina överenskommelsesenliga förpliktelser.



Överenskommelsen gäller fr.o.m. nedanstående datum och tills vidare med möjlighet för part att skriftligt säga upp överenskommelsen med tolv månaders varsel.

Denna överenskommelse har upprättats i två likalydande exemplar av vilka parterna tagit vars ett.

**För Skurups kommun:**

Individ- och omsorgsförvaltningen och Skol- och utbildningsförvaltningen

.....  
Namnförtydligande/tjänstetitel

Niklas Sjöberg

.....  
Namnförtydligande/tjänstetitel

Marcus Willman

**För Ystads kommun:**

Social Omsorg och Kultur och utbildningsförvaltningen

.....  
Namnförtydligande/tjänstetitel

Ann Kellösson

.....  
Namnförtydligande/tjänstetitel

CHRISTEN OLOFSSON

**För Simrishamns kommun:**

Socialförvaltningen och Barn och utbildningsförvaltningen

.....  
Namnförtydligande/tjänstetitel

SOCIALCHEF

.....  
Namnförtydligande/tjänstetitel

So KRISTOFFERSSON -  
Barn- och utbildningschef

**För Sjöbo kommun:**

Vård- och omsorgsförvaltningen och Familjeförvaltningen

.....  
Namnförtydligande/tjänstetitel

Kjell-Åke Nilsson

.....  
Namnförtydligande/tjänstetitel

Roger Larsson

**För Tomelilla kommun:**

Stöd och lärande förvaltningen och Barn och utbildningsförvaltningen

.....  
Namnförtydligande/tjänstetitel

ELISABET ANDERSSON, SOCIALCHEF

.....  
Namnförtydligande/tjänstetitel

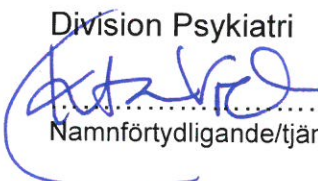
JONAS ÅKESSON, SKOLCHEF

**För Region Skåne:**

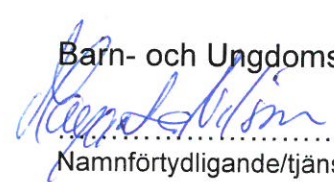
Division Psykiatri

och

Barn- och Ungdomshabiliteringen

  
Namnförtydligande/tjänstetitel

Katarina Vickte

  
Namnförtydligande/tjänstetitel

Margareta Nilsson  
Verksamhetschef

Habilitering, vuxna

och

Primärvård, Kryh

  
Namnförtydligande/tjänstetitel

Ingrid Forsström  
Verksamhetschef


  
Namnförtydligande/tjänstetitel

KAREN MOLLAN  
Drivningschef  
Skånska Kryh

**För Capio Psykiatri:**

och

Capio vårdcentral, primärvård  
och BVC


  
Namnförtydligande/tjänstetitel

Maria Hansson  
Verksamhetschef

  
Namnförtydligande/tjänstetitel

Bert Rundqvist  
Verksamhetschef  
Capio Vårdcentral  
272 81 Simrishamn

**För Novakliniken, primärvård och BVC:**

  
Namnförtydligande/tjänstetitel

PÅL SUIENSON  
VERKSAMHETSCHIEF

## **Bilagor till överenskommelse om samverkan;**

- Arbetsordning för Samverkansgrupp, vuxna med psykisk funktionsnedsättning
- Arbetsordning för Samverkansgrupp, Övergripande konsultteam (ÖKT)
- Lokal rutin för att förebygga och handlägga Metabolt syndrom



Cario Psykiatri



Cario Vårdcentral

# Arbetsordning för Samverkansgrupp

## – Vuxna med psykisk funktionsnedsättning

### Syfte

Samrådsgrupp – Vuxna med psykisk funktionsnedsättning är ett gemensamt forum i Sydöstra Skåne med syfte att verka för samordning, samarbete, koordinering, utveckling och uppföljning av huvudmännens resurser till målgruppen.

Målgruppen ska uppleva en helhet kring det samlade stödet/insatserna.

### Målgrupp

Vuxna med psykisk funktionsnedsättning

### Uppdrag

- På uppdrag av Ledningsgrupp/Styrgrupp svara för implementering av innehållet i den regionala och lokala samverkansöverenskommelsen
- Initiera och genomföra gemensam strategisk planering (inkl. kompetenssatsningar) för utveckling av verksamhetsområden av gemensamt intresse
- Uppföljning av gemensam strategisk planering inkl. kompetensutveckling
- Hantering av avvikelser och brister i samverkan enligt gällande överenskommelse

### Representation/deltagande

En förteckning över representanter/deltagare med kontaktuppgifter ska finnas.

Organisationer/funktioner, som ska representeras i samrådsgruppen med ordinarie deltagare och ersättare.

- Socialpsykiatri för kommunerna Simrishamn, Sjöbo, Skurup, Tomelilla och Ystad
- Cario Psykiatri
- Cario vårdcentral
- Novakliniken
- Primärvård Region Skåne

### Representant i samrådsgruppen

Respektive huvudman avgör sin representants mandat.

### Möten, ledning och dokumentation

- Samrådsgruppen ska hålla möte minst 4 gånger per år **varav** 1 gång gemensamt med Ledningsgrupp/Styrgrupp
- Mötena planeras och leds av psykiatrisamordnaren för sydöstra Skåne
- Mötena dokumenteras genom minnesanteckningar



## Arbetsordning för Samverkansgrupp – Övergripande konsultteam (ÖKT)

### Syfte

ÖKT är ett gemensamt forum i Sydöstra Skåne med uppdrag att verka för att det sker en samordning och koordinering av huvudmännens resurser till målgruppen. Målsättningen är att barnet och familjen ska uppleva en helhet kring de samlade insatserna/stödet.

### Målgrupp

Barn, ungdomar upp till 18 år med psykiatrisk/neuropsykiatrisk problematik och deras familjer.

### Uppdrag

- Utveckla samverkan och samarbete mellan verksamheter/funktioner, som möter målgruppen, identifiera, analysera och rätta till systemfel
- Förvalta och följa upp beslutade strukturer och rutiner för samarbete och samverkan
- Beskriva, implementera och utvärdera syfte och uppdrag med ÄKT (Ärendekonsultteam)
- Inventera, initiera och följa upp gemensamma utbildnings- och kompetensutvecklingsinsatser

### Representation/deltagande

Organisationer/funktioner, som ska representeras i ÖKT med ordinarie deltagare och ersättare.

- BUP – Barn och Ungdomspsykiatriska Familjemottagningen
- BoU – Barn och Ungdomshabiliteringen
- Barnhälsovården
- Socialtjänst
- Förskola/Skola
- Barn och Elevhälsa
- LSS – Avdelning/enhet inom kommun för stöd till vissa funktionshindrade enligt LSS<sup>1</sup>

### Representant i ÖKT

Respektive huvudman avgör sin representants mandat.

Representant i ÖKT kan ha ett olika brett representationsuppdrag.

1. En verksamhet (t ex BUP) – Representerar man den egna verksamheten har man ansvar att föra information/synpunkter i bägge riktningarna mellan ÖKT och den ena verksamheten
2. En funktion (t ex LSS) – Representerar man en funktion i SÖSK har man ansvar att föra information/synpunkter i bägge riktningarna mellan ÖKT och kollegorna i SÖSK
3. Både en verksamhet och en funktion – Representeras både verksamhet och funktion, betyder detta att representanten har ansvar för att informera och diskutera sakfrågor och förslag både lokalt inom den egna organisationen men även samla kollegor inom funktionen i SÖSK.

<sup>1</sup> LSS: Lag om Stöd och Service till vissa funktionshindrade (1993:387)

### **Möten, ledning och dokumentation**

- ÖKT möts 2 gånger per termin
- Mötena planeras och leds av 2 st. utsedda "Parsamordnare (1 från kommun och 1 från hälso- och sjukvården)
- Mötens dokumenteras genom minnesanteckningar
- Förteckning över representanter/deltagare med kontaktuppgifter ska finnas.



Capiro Psykiatri



Capiro Vårdcentral

## Lokal rutin för att förebygga och handlägga Metabolt syndrom

### Primär prevention för metabol risk

Med primär prevention avses aktiviteter för att **förebygga** metabol störning. Ett vanligt första symptom på metabol påverkan är viktuppgång, vilken är en riskfaktor för försämrade blodfetter, utveckling av typ 2 diabetes eller hypertoni.

Alla patienter som påbörjar behandling med antipsykotisk medicinering ska informeras biverkningar och risken för viktökning, dess konsekvens och hur viktökning kan förebyggas. Informera med patientens samtycke gärna även närstående och eventuella boendestödjare.

- Informationsbroschyr
- Schema, systematisk kontroll

Alla patienter som medicinerar med antipsykotisk medicinering bör erbjudas en hälsoprofil/hälsosamtal där huvudfokus ligger på en dialog om levnadsvanor.

- Hälsoprofil - formulär

Uppföljning bör ske minst åtminstone årligen. För många patienter krävs sannolikt tätare kontakter än så om påverkan på livsstilsfaktorer ska kunna ske. Ett pedagogiskt formulär som patienten fyllt i hemma och tar med vid besöket kan underlätta registrering och samtal om levnadsvanor.

- Mina levnadsvanor – formulär
- Rökavvänjning
- FAR

### Sekundärprevention genom screening för metabol risk

Med sekundär prevention avses åtgärder för att **tidigt identifiera en metabol störning** i syfte att förhindra eller försena en fortsatt sjukdomsprocess och därmed undvika signifikant viktökning eller utveckling av diabetes. Enligt tillgänglig kunskap kan även små förbättringar av riskfaktorer minska risken för framtida hjärt-kärlsjukdom.

Ett vanligt första symptom på metabol påverkan är viktuppgång, vilken är en riskfaktor för försämrade blodfetter, utveckling av typ 2 diabetes eller hypertoni.

Om metabol påverkan av antipsykotisk medicinering sker visar det sig ofta relativt snart efter ett medicinbyte varför kontroll av metabola parametrar bör vara som mest intensiv de första veckorna/månaderna efter insättning av en ny antipsykotisk medicinering.

Risken att utveckla diabetes och hjärtkärlsjukdom är ökad för patienter med psykossjukdom eller bipolärt syndrom. Dessa personer är ibland mindre observanta på tidiga symtom på hjärtkärlsjukdom och söker därför inte sjukvård i tid.

Patientansvarig psykiater bör årligen fråga patienter över 50 års ålder efter symtom på kärlekskramp och vid behov remittera till primärvårdsläkare för vidare utredning.

Samarbete med primärvårdsläkare, internmedicinare eller barnläkare rekommenderas. I förekommande fall där kommunalt boendestöd finns, bör detta involveras.

Patientansvarig psykiater ansvarar för att upptäcka och initiera åtgärder mot metabol störning hos denna patientgrupp.

Underlag:

- Schema, systematisk kontroll
- Hälsoprofil - formulär
- Mina levnadsvanor – formulär
- Rökavvänjning
- FAR



## Systematisk kontroll av somatisk hälsa, huvudsakligt fokus på metabol risk

	Kvartal alla patienter	Var 6:e månad för unga patienter	Ärligen alla patienter	Utgångsvärde	Tillfälligt tätare kontroll vid nyinsättning/byte av antipsykotika			
					Var 4:e vecka	Var 8:e vecka	Var 12:e vecka	
Anamnes och somatisk status; <ul style="list-style-type: none"> <li>● Hereditet för eller känd hjärt-kärlsjukdom, diabetes</li> <li>● Efterfråga symptom på diabetes, hjärt-kärlsjukdom ev. även symptom på thyreoidearubbning, KOL, proklaminrubbning</li> <li>● Status inkl. tandstatus</li> <li>● Kartlägg rökning, kosthållning, fysisk aktivitet och upplevd hälsa</li> </ul>			X	X	X	X		
Vikt och längd	X			X	X	X	X	
Midjemått			X	X				
Blodtryck			X	X	X	X	X	
fB-glukos, ev. HbA1c		X	X	X	X	X	X	
Lipidstatus (total kolesterol, HDL, LDL, triglycerider)		X	X	X	X	X	X	
Överväg rutinmässig screening även av t ex thyreoideastatus, lever- njurprover, elektrolyter, prolaktin, blodstatus och EKG			X					