

MIMI-modellen, transition i habiliteringen Region Sörmland



Angelica Gustafsson leg. Sjuksköterska
Vårdlots/SMO-samordnare
Angelica.gustafsson@regionsormland.se

Vuxenlivet

Boende



Vårdcentral



Familjen



Specialistkliniker



Försäkringskassan



Kommunal hälso-
och sjukvård

Habiliteringen



Daglig
verksamhet



Vänner



Arbetsgivare



Skola



Arbetsförmedlingen Kommunal Re/habilitering



Börja med barnen!
Sammanhållen god och
nära vård för barn och
unga - Regeringen.se

- Flertal förslag och rekommendationer, bl.a:
***Skapa en tryggare
övergång från vård för barn
till vård för vuxna***



Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälsa- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Identifierade brister



- Låg delaktighet
- Otillräcklig information före, under och efter övergången
- Otrygga överlämningar – osäkerhet vem som har ansvar för detta
- Ökad andel nya överlevare – ger vuxenvården nya och okända målgrupper - ny kompetens behövs.
- Skillnaden i organisationerna för barn och vuxenvården skapar osäkerhet

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN



REGION
SÖRMLAND

Vad behövs?



- Olika behov utifrån diagnos, komplexitet och kognitiv förmåga mm.
- Övergången behöver bli mer personcentrerad
- Ungdomarna behöver få förutsättningar att vara medskapare snarare än mottagare i övergångsprocessen.
- Välfungerande informationsöverföring
- Sammanhängande vårdplanering.
- Både hälso- och sjukvården för barn och hälso- och sjukvården för vuxna har ett gemensamt ansvar för att få till stånd en bättre övergång.

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN



REGION
SÖRMLAND

Region Sörmland – förutsättningar



SMO – Samordnat omhändertagande för personer med komplexa vårdbehov

- 9 vårdcentraler med team för habiliteringens målgrupp – vuxna

Vårdlotsfunktion

- Daglig telefonrådgivning för patienter, vårdgivare, anhöriga
- Med och planerar för övergången mellan barn och vuxensjukvård
- Finns som ett stöd efter övergången



Region Sörmland – MIMI – Modell för informationsöverföring mellan vårdgivare



MIN PÄRM



VIKTIG INFORMATION

INFÖR VUXENLIVET

HPL 16 år

Ram för samtalet

Vid denna tidpunkt är det dags att sammanfatta berättelsen och det dags att börja arbeta med framtidsplanering. Vårdgivaren i samtalet lämnar på en minsta information till brukaren och dennes familj om hur detta samtal, planer och mål för framtiden ser ut.

Samtalet ska även innehålla information till oss om hur stödet förändras i samband med vuxenlivet. Inom informationen till andra i teamet som arbetar med individen även de som arbetar i specialteam och på beredningen vid behov.

Samtalsartiklingning utifrån ICF domäner

Samtal, sammanfattning av berättelsen, genomgång av status utifrån ICFs domäner, identifiera behov av aktiviteter.

Viktigt att samtalet om:

Diagnoskunskap

- Har utgången och/eller familjen tillräcklig information om diagnosen och funktionsnedsättning? eller behövs ytterligare aktiviteter?
- diagnosgrupp, valdild information

Framtidsmål, övergripande målsättning, delmål

- Boende, vilka tankar och planer finns kring framtida boende
- Arbetsutbildning/yrkeshänsynsättning daglig verksamhet
- Förtäring
- Hälso- och friskvård. Hur ska fortsatt träning bedrivas?

Information om

- Eventuell kommande vård- och omsorgsplan som kan bli aktuella att överföra till
- Samtalsmål/funktionell information - informera om kommande kallelse till nästa införande "Information inför vuxenlivet"
- Eventuella grupper som kan bli aktuella inför vuxenlivet - erbjud
- Kvalitetssäkring av CPUP-vill man fortsätta med CPUP-namnet? I så fall planera utbildning tillsammans med sjukgymnast på habiliteringsverksamhetens vuxenavdelning från 16 års ålder, se CPUP-matser.

Manualer och informationsmaterial

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



- Kognitivt stöd
- Specialpedagogiskt stöd
- Psykosocialt stöd
- Stöd till anhöriga
- Rådgivning kring funktionsnedsättningen
- Läsa om autismspektrumtillstånd
- Psykologutredningar (begärutredningar och autismspektrumtillstånd)
- Tolkning
- Verksamheter
- Habiliteringsmottagningen i Eskilstuna
- Habiliteringsmottagningen i Nyköping
- Habiliteringsmottagningen i Katrineholm
- Synmottagningen
- Hörsel- och dövsmottagningen
- Tolkcentral

Att hitta rätt som vuxen!

Kommunen

Stöddienst

- Ledarservice
- Konstperson
- Aktivitetservice
- Korttidsvård
- Korttidsvård
- Daglig verksamhet
- Hemtjänst
- Personlig assistans

- Bostadshjälp
- Boende med särskild service
- Boendestöd
- Ekonomisk bistånd
- Färdtjänst
- Parkeringstillstånd
- Autistgrupp
- God mat/Föräldra

Hemsjukvård

- Sjukvård upp till sjukvårdens nivå
- Rehabilitering, träning, hjälpmedelsförskrivning som kan utföras i hemmet och där personen inte kan ta sig till vårdcentral

Lagstöd

- Hälso- & sjukvårdslagen
- Lagen om stöd och service till vissa funktionsnedsatta - LSS
- Socialtjänstlagen Söl
- Om du är myndig med insatserna kan du vända dig till enhetschef eller Patientnämnden
- LSS och Söl - beslut kan överklagas hos förvaltningsrätten

Försäkringskassan

- Arbetsförmedling
- Bostadstillägg



REGION
SÖRMLAND

Checklistor Habiliteringsplaner

Kartläggning ICF



Slutanteckning

HPL/MIMI 16

- Inhämta information
- Ge information
- Aktiviteter stödjande inför vuxenblivandet

HPL/MIMI 17

- Framtidstankar
- Planering
- Planering och kontakt med kommande vård- och omsorgsgivare

HPL/MIMI 18

- Konkret planering
-
- Överrapportering
 - Samordningsplan
 - Min Pärm
 - Avsluta

HPL 16 år

Ram för samtalet

Vid denna tidpunkt är det dags att sammanfatta barntiden och det dags att börja arbeta med frågeställningen vad som händer inför vuxenlivet. Tyngdpunkten i samtalet ligger på att inhämta information från brukaren och dennes familj om hur deras tankar, planering och mål inför framtiden ser ut.

Samtalet ska även innehålla information från oss om hur stödet förändras i samband med vuxenblivandet.

Inhämta information från andra i teamet som arbetar med individen även de som arbetar i specialteam och på barnkliniken vid behov.

Samtal/kartläggning utifrån ICF domäner

Samtal, sammanfattning av barntiden, genomgång av status utifrån ICFs domäner, identifiera behov av aktiviteter.

Viktigt att samtala om:

Diagnoskunskap

- Har ungdomen och/eller familjen tillräcklig information om diagnos och funktionsnedsättning? eller behövs ytterligare aktiviteter?
 - diagnosgrupp, enskild information

Framtidsmål, övergripande målsättning, delmål

- Boende, vilka tankar och planer finns kring framtida boende
- Arbete/utbildning/praktik/sysselsättning/daglig verksamhet
- Försörjning
- Hälsa och friskvård. Hur ska fortsatt träning bedrivas?

Information om

- Eventuell kommande vård- och omsorgsgivare som kan bli aktuella att överföras till
- Samhällstöd/Samhällsinformation -informera om kommande kallelse till allmän infoträff "Information inför vuxenlivet"
- Eventuella grupper som kan bli aktuella inför vuxenblivandet – erbjud
- Kvalitetsregister exv.CPUP- vill man fortsätta med CPUP-vuxen? I så fall planera mätning tillsammans med sjukgymnast på habiliteringsverksamhetens vuxenteam från 16 års ålder, [se CPUP-rutiner](#).

Planering inför avslut 18 år

Aktivitetserna 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

Publicerad 9 september 2025

Övergång till vuxensjukvård för unga med funktionsnedsättning

En vägledning för övergång från barn- till vuxensjukvård för barn och unga med medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning är framtagen.

↓

Vägledning övergång barn- till vuxensjukvård för unga med funktionsnedsättning (PDF)

Stödmaterial

 [Affisch om vägledning övergång barn- till vuxenvård \(PPTX\)](#)

Seminarium

Den 18 november 2024 hölls ett digitalt seminarium om vägledningen. Du kan se det i efterhand.



[Övergång till vuxensjukvård för unga med funktionsnedsättning | Kunskapsstyrning vård | SKR](#)

Programområden och samverkansgrupper	
Nationella programområden	—
Nationellt primärvårdsråd	+
NPO akut vård	+
NPO barns och ungdomars hälsa	+
NPO cancersjukdomar	
NPO endokrina sjukdomar	+
NPO hjärt- och kärlsjukdomar	+
NPO hud- och könssjukdomar	+
NPO infektionssjukdomar	+
NPO kirurgi och plastikkirurgi	+
NPO kvinnosjukdomar och förlossning	+
NPO levnadsvanor	+
NPO lung- och allergisjukdomar	+
NPO mag- och tarmsjukdomar	+

besök

Bättre övergång till vuxensjukvård för unga med funktionsnedsättning

*Vägledning för regionernas verksamhetsutveckling mot en
mer samordnad, kunskapsbaserad och jämlik vård*



Möter många vårdgivare

Personer med funktionsnedsättning har som grupp ökad risk för ohälsa. Ett flertal aktörer kan vara involverade i vården. Övergången från barn- till vuxensjukvård upplevs som särskilt svår.

Vägledningens innehåll

- kartläggning av hur övergången fungerar i Sverige
- forskning och internationella riktlinjer
- goda exempel på personcentrerat arbetssätt
- framgångsfaktorer för en god och säker övergång
- checklista för vårdgivare
- behov av kunskapsstöd och kompetensutveckling

Vägledningen har tagits fram av en nationell arbetsgrupp på uppdrag av Nationellt programområde (NPO) rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin.

Framgångsfaktorer

- Tidig planering av övergången till vuxensjukvård
- Kunskap hos ungdomen om funktionsnedsättningen och behov av vård och stöd
- Koordinator/samordnare som följer patienten under hela processen
- Dokumenterad överenskommelse gällande övergången och vuxensjukvården som inkluderar:
 - Individuell vårdplan
 - Fast vårdkontakt i relevanta vårdverksamheter
 - Fast läkarkontakt i primärvården och 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



Nka – Att bli vuxen

Nka Nationellt kompetenscentrum anhöriga
– för ett anhörigvänligt samhälle.

Lyssna Om oss Press Other languages

Vad letar du efter?

Områden Stöd & utbildning Metoder & verktyg Projekt Nka Play Publicerat Konferenser Frågor & svar

Startsida > Anhörigområden > Anhöriga till personer med flerfunktionsnedsättning > **Att bli vuxen**

Att bli vuxen

– med flerfunktionsnedsättning



att bli vuxen

Illustration: Mattias Gordon

Välkommen till den här platsen som vänder sig till den som är anhörig till en person med flerfunktionsnedsättning som är på väg att bli vuxen. Här har vi samlat kunskap, information och erfarenheter som vi tror kan underlätta och ge stöd vid övergången till vuxenlivet.

Bra att veta

- Allmän kunskap
- Bostad
- Direkt stöd till anhöriga
- Ekonomi
- Gemensam planering
- Hjälpsmedel
- Hälsa- och sjukvård
- Juridik
- Kommunikation
- Personligt stöd
- Relationer
- Resor
- Sysselsättning

Vara huvudperson i sitt eget liv

CHECKLISTA HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

För mer information om Hälsa- och sjukvård, skanna QR-koden till höger.



Att göra:	Planering:	Klart:	Inte aktuellt:
Prata med huvudansvarig läkare om hur planen för överföring från barn- till vuxensjukvård ser ut, och vid vilken ålder.			
Be om att få tydlig information om vilka vårdgivare som kommer att bli aktuella i vuxenlivet.			
Fråga om särskild epikris/sammanfattning kommer att skickas till mottagande vårdgivare.			
Be om intyg för god man, i god tid innan 18 års ålder.			
Finns behov av andra intyg?			
Kontakta apoteket för att ordna med fullmakt eller receptanlägg, i god tid innan 18 års ålder.			
Fråga efter fast vårdkontakt.			
Diskutera med vårdgivare om det finns behov av förnyade egenvårdsbedömningar.			
Diskutera med vårdgivare om kommunens hälso- och sjukvård kommer ha/ta en roll.			



CHECKLISTA GEMENSAM PLANERING

För mer information om Gemensam planering, skanna QR-koden till höger.



Att göra:	Planering:	Klart:	Inte aktuellt:
Vilken form av gemensam planering finns?			
Fungerar mötesformen väl?			
Medverkar rätt personer?			
Har ni hittat bra former för att ha Individen i centrum ?			
Finns behov av utveckling och/eller förändring?			

Att bli vuxen | Nationellt kompetenscentrum anhöriga