

Ohälsa med hållpunkter för svag teoretisk begåvning – utredning och insatser för vuxna

Fastställd av Hälso- och sjukvårdsdirektören (HSD-D § 6-2016) giltigt till december 2018

Utarbetad av koncernstab hälso- och sjukvård i samverkan med sektorsrådet i allmänmedicin

Syfte:

I uppdatering december 2016 har ett förtydligande i avsnittet vårdprocess-vårdnivå för utredning gjorts. Att underlätta identifiering och standardisera utredning av kognitiv funktion för patienter på primärvårdsnivå, då det finns hållpunkter för att svag teoretisk begåvning kan vara en bidragande orsak till de symtom eller sjukdomstillstånd för vilka patienten söker vård. Svag teoretisk begåvning kan medföra ökad sårbarhet för psykisk ohälsa, anpassnings- och sjukskrivningsproblematik men också svårighet att följa och tillgodogöra sig behandling. Identifiering av svag teoretisk begåvning kan öka möjligheten till rätt förståelse och bemötande samt underlätta möjligheten till adekvata stödinsatser.

Bakgrund

Den kognitiva förmågan som innebär att kunna tolka, bearbeta och lagra information är grunden för inläring. På samma sätt som andra egenskaper, varierar de kognitiva förutsättningarna inom befolkningen och påverkar vår inlärningsförmåga och inlärningsstil.

Dagens informations- och kunskapsamhälle ställer höga krav på inlärningsförmåga och intellektuell kapacitet. Utbildningskravet i samhället har höjts generellt och både kunskapsprocessen och målen i skolan har blivit alltmer teoretiska. Arbetslivet har genomgått samma utveckling med krav på snabb informationsbearbetning och på flexibilitet såväl i problemlösning som i socialt samspel.

När vi talar om intelligens eller begåvning i vårt samhälle är det framför allt i betydelsen av teoretisk begåvning. En god teoretisk förmåga gör det lättare att klara sig i vårt aktuella samhälle. En svag teoretisk förmåga innebär att man har svårt att bearbeta information bara i tankarna, svårt med teoretisk inläring och problemlösning, svårt att tänka i flera led och har en långsammare inlärningsstil. Behovet av konkret vägledning och stöd är större. Teoretisk begåvning är bara en typ av begåvning, men ofta den högst premierade i vårt samhälle, andra är emotionell, social, praktisk, musikalisk, konstnärlig, atletisk m.fl. typer av begåvning. Alla fördelar de sig olika i befolkningen.

Ett vedertaget sätt att kartlägga en persons kognitiva förmåga är med standardiserade psykometriska test. Resultatet kan uttryckas i en intelligenskvot (IK) som kan variera mellan 35 och 170 och är normalfördelad i befolkningen vilket innebär att de flesta hamnar på en IK mellan 85 och 115. Om den kognitiva funktionsnivån är under eller vid nedre gränsen av normalfördelningskurvan (IK 70) i kombination med nedsatt adaptiv förmåga klassificeras det som psykisk utvecklingsstörning. Vid psykisk utvecklingsstörning hör lagstiftade rättigheter till olika former av stödinsatser såsom anpassad studiegång och stöd enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Så är inte fallet för den större numerär i befolkningen som kan ha kognitiva begränsningar men inom normalvariationen. Cirka 14 procent av befolkningen fördelar sig med avseende på kognitiv funktion till den nedre delen av normalvariationen, IK 70-85, vilket innebär 1 till 2 standardavvikelse under genomsnittsvärdet 100. Intervallet ligger i den nedre delen av normalområdet och uppfyller inte kriterierna för någon sjukdomsdiagnos men motsvarar det som vanligen benämns svag teoretisk begåvning. I kliniska sammanhang presenteras och återkopplas testresultaten i form av prestationsprofiler och kvalitativa analyser och inte med en kvot.

Forskningen ger stöd för att begåvning och psykisk hälsa samvarierar. Svag teoretisk begåvning i barndomen är en riskfaktor för psykisk ohälsa i barndomen och i vuxenlivet. Sambandet går även åt motsatt håll i det att psykisk ohälsa kan leda till kognitiva försämringar. Förklaringsvariabler till sambandet svag begåvning och psykisk ohälsa som lyfts fram är bl. a att det kan finnas neuroanatomiska brister med ökad sårbarhet för psykisk sjukdom; att krav och stöd inte är anpassade till dessa personers svårigheter med misslyckanden som följd; att inläringssvårigheter och svårighet att förstå och uttrycka sig kan leda till dåligt självförtroende och svårigheter relationellt; att inläringssvårigheter ger ökad livsstress generellt och att samtliga i sin tur ökar risken för psykisk problematik.

Forskningen visar att vården bör vara medveten om sambandet mellan begåvning och psykisk hälsa och uppmärksamma och utreda den kognitiva komponenten vid ohälsa när det finns hållpunkter för att det eventuellt kan föreligga begränsningar. Det är många gånger patientens livshistoria med erfarenheter från skolgång och arbetsliv som aktualiserar frågeställningen om kognitiv och adaptiv förmåga. I anamnesen kan

det finnas upprepade misslyckanden under skoltiden och i arbetslivet, bristande kontaktnät, svårigheter att få vardagen att fungera tillfredsställande och ett långvarigt behov av stöd från det egna nätverket. Problem kan ha uppstått och visat sig speciellt i samband med ökade påfrestningar vid livsomställningar eller vid förändringar i arbetsliv och relationer. De flesta är förhoppningsvis uppmärksammade under skoltiden för stödinsatser men inte alla. Kunskapen om kognitiva begränsningar förs inte heller självklart med från skolan till vuxenlivet och arbetslivet varför behovet av stödinsatser på nytt kan behöva aktualiseras.

Utredning

Misstanke om svag teoretisk begåvning utgår från:

- Förekomst av aktuella svårigheter eller funktionsnedsättningar inom viktiga livsområden med exempelvis psykiska symtom, smärta eller oklara somatiska symtom, interpersonella svårigheter eller svårigheter att hitta och behålla ett arbete.
- Screening med ” 5 frågor ” (se bilaga).

Vid hållpunkter för begränsningar i kognitiv funktionsnivå görs en klinisk utredning och bedömning, enligt nedan. Utredningen kan initieras av vårdens medarbetare och genomförs teambaserat efter samråd med behandlande läkare. Utredningen görs med personens informerade samtycke utifrån ett aktuellt behov i syfte att förstå personens problem och rekommendera insatser. Utredningen innefattar:

- Somatisk och psykiatrisk differentialdiagnostik.
- Utvecklingsanamnes, kartläggning av tidigare utredningar, ev. kompletterad med intervju av närstående (se intervjustöd för utvecklingsanamnes).
http://www1.psykiatristod.se/Global/Psykiatristod/Bilagor/ADHD/checklista_utvecklingsanamnes_adhd.pdf
- Kartläggning av social situation, alkohol/droganamnes och eventuella stödinsatser.
- När hållpunkter för begränsad kognitiv funktion kvarstår erbjuds patienten bedömning av allmänintellektuell förmåga med WAIS-IV. Kognitiv utredning görs av leg. psykolog som också återför psykologutredningens resultat till personen
- Kompletterande bedömning av adaptivt beteende och exekutiv funktion kan göras med exempelvis frågeformulär BRIEF-A.
- Kompletterande arbetsterapeutisk funktionsbedömning i vardagsnära aktivitet kan ge värdefull information om personens fungerande i vardagen och vilka behov det finns av hjälpmedel och stöd i vardagen.
- För att bedöma personens funktionsnivå görs en sammanvägning av klinisk status, kognitiv funktionsbedömning och adaptiv funktionsnivå.
 - Vid neuropsykiatrisk frågeställning remitteras personen till psykiatri för vidare utredning, enligt regional medicinsk riktlinje.¹
 - Vid misstanke om specifika läs- och skrivsvårigheter bör patienten remitteras till logoped för fördjupad bedömning.²
 - Vid begåvningsnivå i nedre gränsen av normalområdet i kombination med avsevärt nedsatt adaptiv förmåga överväg remiss till habiliteringen.

Differentialdiagnostik

| | |
|---|---|
| Kognitivt: Utvecklingsstörning Dyslexi Dyskalkuli | Psykiatriskt: Psykos Autismspektrumstörning ADHD Ångest/Depression Missbruk |
| Somatiskt: Cerebrovaskulära orsaker Metabola störningar Läkemedelsbiverkan Sviktande organsystem | Socialt: Svår social utsatthet |

Tilläggs svårigheter kan försvåra symtombilden, exempelvis: läs- och skrivsvårigheter, matematiska

¹ RMR-Ansvarsfördelning och konsultation mellan primärvård och specialistpsykiatri

² RMR-Utredning och behandling vid misstänkt dyslexi hos vuxna

svårigheter, koncentrationsproblem, ADHD, autism.

Behandling och insatser

Anpassning av kravnivå och individuellt anpassat stöd i viktiga livsområden ska ge förutsättningar för patienten att fungera optimalt. Arbetsförmedlingen (AF) har exv. stödinsatser för personer med fastställda generella inlärningssvårigheter som kan aktualiseras via remiss till AF eller via samverkan genom Försäkringskassan (FK) i de fall patienten uppbär sjukersättning.

- Behandla eventuell somatisk och psykiatrisk sjukdom och samsjuklighet
- Hjälpmedelsinsatser
- I de fall socialtjänsten är aktuell för insatser och dessa behöver samordnas initierar hälso- och sjukvården tillsammans med patienten en samordnad individuell plan (SIP³), alternativt svarar upp när socialtjänsten begär detta. I de fall ytterligare instanser, såsom AF och FK, är aktuella ska dessa bjudas in vid planeringen av SIP.
- Remiss till AF-vid fastställd kognitiv funktionsnivå inom nedre normalvariationen för erhållande av AF:s speciella stödinsatser med arbetsplatsanpassning, lönebidrag m.m.
- För personer som är sjukskrivna eller uppbär aktivitetsersättning sker kontakten via den personliga handläggaren på FK. Samverkansinitiativ och begäran om gemensam kartläggning sker via FK och deras samverkansteam för fortsatta rehabiliteringsinsatser.
- Kommunikationsverktyget – ”Förstå mig rätt”⁴ – rekommenderas vid varje vårdkontakt.

Etiska aspekter

Integriteten måste beaktas genom att patienten är delaktig, väl informerad, förstår och ger samtycke till utredningsprocessen. Muntlig och skriftlig information såsom utlåtande, vårdplaner samt allmän kommunikation ska särskilt beakta enkelhet och begriplighet. Även mötesplanering bör ske med detta i åtanke. Vid samverkan med andra myndigheter ska gängse sekretessregler beaktas.

Uppföljning

Vid upprättande av SIP med insatser från flera olika instanser eller vid rehabiliteringsinsatser bör uppföljningsmöte planeras inom några veckor. Till mötet bjuds de representanter in som kommer att delta i de fortsatta planerade insatserna. Skriftlig överenskommelse upprättas där det framgår vilka beslut som tagits och vem som ansvarar för insatser och samordning.

Uppföljning av denna riktlinje

KVÅ-kod AA085 Undersökning med psykologiska och psykometriska instrument.
KVÅ-kod XU045 Upprättande av samordnad individuell plan (SIP).

Vårdprocess – vårdnivå

Kognitiv funktionsbedömning, vid hållpunkter för begränsning i kognitiv funktionsnivå som delorsak till ohälsa hos vuxna, görs på primärvårdsnivå, vilket ingår obligatoriskt på vårdcentral med tilläggsuppdrag. Utredningen kan även göras på övriga vårdcentraler. Vid psykiatriskt utredningsbehov eller vid samsjuklighet som kräver specialistpsykiatrins insatser remitteras personen dit.

Bilaga

”5 frågor” screeningformulär för utvecklingsrelaterade kognitiva funktionsnedsättningar.

³Riktlinjer för Samordnad individuell plan (SIP)

⁴[Förstå mig rätt](#)

Bilaga.

Screeningformulär ”5 frågor”

M Holmqvist & L Nylander

Formuläret kan ges till patienten vid besöket eller användas som checklista vid anamnesupptagningen. Den som administrerar formuläret ansvarar för att muntligt förtydliga och förklara de ord kan vara svåra att förstå.

JA-svar på någon eller flera av de första fyra frågorna, eller NEJ-svar på fråga 5, KAN innebära att personen har någon utvecklingsrelaterad kognitiv funktionsnedsättning. Omvänt innebär NEJ på de första fyra frågorna tillsammans med JA på fråga 5 att det inte är sannolikt att det föreligger någon utvecklingsrelaterad kognitiv funktionsnedsättning.

”5 frågor”

Screeningformulär för vuxna med psykisk ohälsa i primärvården/självskattning eller intervjuunderlag

Läs igenom varje fråga och ringa sedan in det svarsalternativ som stämmer på dig!

1. Hade du, före 12 års ålder, några psykiska problem som du själv eller din omgivning led av?
JA NEJ
2. Hade du, före 12 års ålder några anpassningsproblem som du själv eller din omgivning led av?
JA NEJ
3. Hade du problem med att lära dig läsa, skriva eller räkna under de första åren i skolan?
JA NEJ
4. Behövde du något extra stöd i skolarbetet?
JA NEJ
5. Har du slutbetyg från årskurs 9?
JA NEJ