

Gäller för: Verksamhet Neurologi och psykiatri barn  
Innehållsansvar: Sara Lundqvist, (sarlu3), Sektionschef  
Granskad av: Katarina Malmqvist, (katwe4), Regionutvecklare  
Godkänd av: Marie Carlsson, (marca33), Verksamhetschef

Giltig från: 2024-10-07

Giltig till: 2026-10-07

# Medicinska prioriteringar - Triagerings- och prioriteringsverktyg

## Förändringar sedan föregående version

Tillägg av mall för prioriteringsstöd vid psykologisk behandling/psykoterapi.  
Ändring av rubriksättning.

## Introduktion

Prioriteringar är nödvändiga då behoven är större än resurserna. Det är viktigt att prioriteringar uppfattas som rättvisa och bygger på en gemensam etisk plattform. Det finns tre etiska principer som ska styra prioriteringar inom hälso- och sjukvård och som ska fungera som ett stöd i konkreta prioriteringssituationer. Om inte etiska principer styr blir det i risk för att ”icke-principer” blir gällande som till exempel ”megafonprincipen”, den som skriker högst får den bästa vården, eller ”egenintresseprincipen”, den som lyckas hävda sitt eget intresse får den bästa vården.

## Bakgrund och syfte

### Etiska principer

De etiska principerna formulerades i [Prioriteringsutredningen "Vårdens svåra val" \(SOU 1995:5\)](#) och antogs av regeringens proposition [Prioriteringar inom hälso- och sjukvården \(prop 1996/97:60\)](#) (prop. 1996/97:60).

#### **De tre etiska principerna för prioriteringar är:**

Alla människor har samma rätt och lika värde

Alla patienter inom barnpsykiatrin behandlas enligt samma prioriteringsrutin.

Behovs- och solidaritetsprincipen

Patienter med svårare symtom, lägre funktionsnivå, lägre livskvalitet eller en social otrygg situation prioriteras högre

## Kostnadseffektivitetsprincipen

Patienten prioriteras utifrån ovanstående till rätt vårdnivå (sjuksköterska/underläkare/specialistläkare) och i rätt frekvens.

## Syfte

Dokumentet används som stöd till de som utför prioriteringar i vården. Ofta är detta arbetsledande och arbetsfördelnde chef samt medicinskt ansvarig läkare, men även representanter för andra professioner kan bistå som stöd.

## Prioriteringsstöd läkarbesök

Tabell 1: Prioriteringsstöd för läkarbesök

Läkarbesök	Symtom	Funktion
0 Omedelbar åtgärd	Hög suicidrisk, svåra plötsliga symtom till exempel psykos, mani, stupor, hänvisas till BUP akuten utan fördröjning. Bedömning av akuta somatiska symtom av mer brådskande karaktär hänvisas till vårdcentralen eller barnmedicin, till exempel akut tillkomna somatiska symtom, akut somatisk försämring eller akut svälttillstånd.	Oförmåga att fungera inom nästan alla områden C-GAS <30
1 Måldatum ligger inom 14 dagar, men så snabbt som möjligt	Svår depression, psykos, självskadebeteende, maniska symtom, ätstörning med samsjuklighet för bedömning inför eventuell läkemedelsinsättning, eller i behov av tät uppföljning.	Betyddligt nedsatt funktionsnivå C-GAS <40
2 Inom 30 dagar, kommentarsfält	Medelsvår depression hos patient med samsjuklighet tex med pågående annan behandling, frågeställning ADHD medicin eller sömnmedicin. Ta hänsyn till riskfaktorer som impulsivitet, självskadebeteende, skolfrånvaro, skolsvårigheter, bristfälligt socialt nätverk.	Måttlig störning av funktionsnivå C-GAS <50
3 Inom 60 dagar, kommentarsfält	ADHD inför läkemedelsinsättning eller behov av läkemedels-justering. Patienter som har ett stabilt mående och ett hållande socialt nätverk och/eller pågående behandling.	Varierande funktionsförmåga C-GAS >50
4	Läkemedelsuppföljning enligt PM.	

Måldatum sätts utifrån PM	Patient med exempelvis medicinering mot ADHD, depression, OCD; ångest, bipolär sjukdom, psykos eller sömnsvårigheter. Körkortsbedömning.	
---------------------------	--	--

## Prioriteringsstöd utredning

Tabell 2: Prioriteringsstöd utredning

Utredning	Symtom	Funktion
1	Barnets beteende/mående utgör en allvarlig fara för själv eller annan i nära omgivningen. Det kan handla om risk för suicid, våld mot annan person, allvarlig självskadebeteende, sexuellt utåtagerande beteende, polisanmälningsärenden. Det finns stor risk för allvarlig skada om inte barnet får rätt diagnos och insats snabbt. C-GAS $\leq 20$	Oförmågan att fungera inom nästan alla områden C-GAS $\leq 30$
2	Barnet har allvarligt lidande och funktionsnedsättning, fungerar inte alls hemma eller i skolan. Till exempel familjen är i kaos, föräldrarna får svårigheter att arbeta på grund av barnets svårigheter eller total skolvägran, barnet riskerar att utveckla pålagringssvårigheter så som depression om inte utredning och insats kommer till snabbt.	Betydande störning av funktionsnivå C-GAS $\leq 40$
3	Barnet har någorlunda en stabil situation men har svårigheter som behöver utredas, till exempel svårt med inläring i skolan, lyckas inte etablera fungerande kamratrelationer. Det krävs dagligen extra stöd från föräldrar och lärare för att barnet ska fungera. Barnet närmar sig 18-årsdagen och har haft långvarig kontakt med BUP. Utredning behövs inför remiss till vuxenpsykiatri.	Funktionsnivå C-GAS $> 40$
4	Uppföljande utredning planeras efter första utredning -När det finns kvarstående frågeställningar efter en utredning som behöver följas upp efter en viss tid -När det finns viss osäkerhet kring en diagnos efter utredning som planeras för uppföljning.	Funktionsnivå C-GAS $> 40$

Faktorer som kan leda till högre prioritering: ålder, bristfälligt socialt nätverk, SoL- eller LVU-placering.

## Prioriteringsstöd utredning utifrån komplexitet

Komplexitet	Förutsättningar för utredningen	Minimum-kvalifikation hos utredare
Liten – utredning endast hos läkare	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enkel utredning hos läkare.</li> <li>• Tydlig ADHD frågeställning utan misstanke om samsjuklighet, underlag från skolan finns och är samstämmig med vårdnadshavarens/patientens bild. Inga misstankar om inlärningssvårigheter finns.</li> </ul>	Underläkare/ST-läkare BUP/VUP/BUM*
Liten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nära komplett utredning finns från primärvårdsnivå som kompletteras med enstaka skattningsformulär/anamnes.</li> <li>• Utredningen kräver anamnes, WISC/WIPPSI samt skattningsformulär</li> </ul>	Psykologassistent* Underläkare/ ST läk BUP/VUP/BUM*
Mellan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utredningen kräver bedömning av autistiska symtom så väl som eventuellt andra psykologtester.</li> <li>• Utredningen kräver förmåga att differentialdiagnostisera autism/ADHD från</li> </ul>	PTP-psykolog* Leg. psykolog ST-läkare f. BUP/VUP *
Stor	<p>Utredningen ställer höga krav på förmåga att använda utredningsmaterial flexibelt och anpassa utredningen till komplicerande omständigheter som beskrivs nedan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Barnet har svårigheter som gör att det inte samarbetar i testsituationen</li> </ul>	ST läkare BUP STP-psykolog Specialistpsykolog Specialistläkare

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det finns brist på tillförlitliga informationskällor</li> <li>• Utredningar där symtombilden är synnerligen komplex.</li> </ul>	
--	--	--

\* Kvalifikationen får alltid vara högre, men inte lägre än angivet.

Om utredningen genomförs av icke legitimerad psykolog eller icke specialistläkare krävs handledning/avstämning med legitimerad/erfaren psykolog och/eller specialistläkare inom BUP.

## Prioriteringsstöd nybesök utifrån komplexitet

Komplexitet	Förutsättningar för nybesöket	Minimum-kvalifikation hos bedömare och rekommendation
Liten	<p>Den diagnostiska bedömningen är nyligt gjord och frågeställningen i remissen handlar om övertag av behandling ej om omprövning av diagnostik. Tex:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient som nyligen genomgått NP utredning hos extern utredare och kommer för behandling med läkemedel eller föräldra-utbildning</li> <li>• Patient som kommer på remiss från annan BUP-enhet med frågeställning om övertag av behandling</li> <li>• Remissen är skriven av hälso- och sjukvårdspersonal med god kännedom om patienten samt med en god förmåga att beskriva psykiatriska symptom och funktionsnivå</li> </ul>	
Mellan	<p>Bedömningen ställer höga krav på diagnostik, förmåga att tolka bedömningsinstrument samt att särskilja primär från sekundär problematik samt vårdnivå men goda omständigheter finns för bedömningen:</p>	<p>Leg. psykolog ST-läkare f. BUP/VUP *</p> <p>Med fördel kan PTP eller underläkare/nya medarbetare bistå mer</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Barn och föräldrar bedöms kunna samarbeta väl vid bedömningen</li> <li>• Remiss skriven av hälso- och sjukvårdspersonal med god kännedom om patienten samt med en god förmåga att beskriva psykiatriska symptom och funktionsnivå</li> </ul>	erfaren medarbetare vid nybesöket.
Stor	<p>Bedömningen ställer höga krav på diagnostik, förmåga att tolka bedömningsinstrument samt att särskilja primär från sekundär problematik samt vårdnivå och anpassa bedömningen till komplicerande omständigheter som beskrivs nedan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Barnet och eller föräldrar har svårigheter som gör att de har svårt att samarbeta under besöket.</li> <li>• Det finns brist på tillförlitliga informationskällor</li> <li>• Bedömningar där symtombilden är synnerligen komplex med uttalad samsjuklighet.</li> </ul>	<p>ST läkare BUP STP-psykolog Specialistpsykolog Specialistläkare</p> <p>Med fördel kan PTP eller underläkare/nya medarbetare</p>

\* Kvalifikationen får alltid vara högre, men inte lägre än angivet. Om bedömning genomförs av icke legitimerad psykolog eller icke specialistläkare krävs handledning/avstämning med.

## Prioriteringsstöd psykologisk behandling/psykoterapi

Prioritering till psykologisk behandling är komplext. Verktöget erbjuder ett stöd för kliniska överväganden och är uppbyggt i 4 steg. Det första steget är att bedöma svårighetsgraden, detta görs genom sammanvägning av tre psykiatriskt relevanta faktorer; symptom, funktionsnedsättning, risk. Det andra steget är att bedöma effekt av åtgärden. Det tredje steget är patientnyttan, det vill säga den nytta individen skulle ha av tänkta åtgärder. Det fjärde steget är tillgång till erforderliga resurser. Genom att lägga samman hur man bedömt dessa fyra steg kan vid resursbegränsning, prioriteringsgraden användas för

att välja vilken patient som bör få tid snabbare eller fler resurser och vilken som får avslutas, vänta eller få mindre resurser än optimalt.

1. Bedöm sammanvägd svårighetsgrad med utgångspunkt i symtom, funktion, och risk för framtida ohälsa och död.

<b>1. Svårighetsgrad</b>	<b>Stor</b>	<b>Måttlig</b>	<b>Liten</b>
Symptom			
Funktionsnedsättning (CGAS)	0-40	40-60	60-100
Risk för framtida ohälsa och död. (t.ex. försämring, riskbeteende, slutenhet/isolering, suicidalitet, risk-/sårbarhetsfaktorer)			
<i>Bedömd sammanvägd svårighetsgrad</i>			

2. Bedöm sammanvägd effekt av den föreslagna åtgärden utifrån evidens/beprövad erfarenhet, individens förutsättningar (Beakta i den mån det är medicinskt relevant följande sårbarhets- eller skyddsfaktorer: nätverk och relationer, beroende, kognitiv förmåga och social och ekonomisk situation) och hur stor effekten bedöms bli i förhållande till insatsen.

<b>2. Effekt av föreslagen åtgärd</b>	<b>Stor</b>	<b>Måttlig</b>	<b>Liten</b>
Åtgärdens effekt utifrån evidens och/eller beprövad erfarenhet			
Åtgärdens effekt utifrån individens förutsättningar			
Åtgärdens effekt i förhållande till insats (t.ex. om det finns flera metoder (t.ex. EMDR, TF-KBT) som ger samma effekt men som är olika avseende resursanvändning)			
<i>Bedömd sammanvägd effekt av åtgärd</i>			

3. Bedöm patientnytta, dvs effekten i förhållande till svårighetsgraden (väg samman punkt 1 och 2).

<b>3. Patientnytta</b>	<b>Stor</b>	<b>Måttlig</b>	<b>Liten</b>
------------------------	-------------	----------------	--------------

Bedömd patientnytta			
---------------------	--	--	--

4. Bedöm i vilken omfattning det finns tillgängliga resurser för åtgärden. I vissa fall bör även resurser hos vårdgrannar vägas in för att undvika ett alltför snävt perspektiv.

<b>4. Resurser</b>	<b>Stor</b>	<b>Måttlig</b>	<b>Liten</b>
Bedöm tillgängliga resurser (tider, personal)			

Sammanvägd bedömning. Bedöm prioriteringsgrad utifrån patientnytta och tillgängliga resurser.

<b>Prioriteringsgrad (1=akut, 2=medel, 3=låg)</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Sammanvägd bedömning			

Svårighetsgraden tillmäts stor betydelse för prioriteringsgraden. Låg sammanvägd svårighetsgrad talar för en lägre prioriteringsgrad trots effektiv åtgärd. Åtgärd med stor patientnytta i förhållande till insats talar för en högre prioriteringsgrad medan åtgärder med mindre patientnytta i förhållande till insats talar för en lägre prioriteringsgrad. Om svårighetsgraden är stor så kan även åtgärder med lägre patientnytta i förhållande till insats ges en högre prioritet. Man kan även behöva ta hänsyn till konsekvens av att inte erbjuda åtgärden.

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Verksamhet Neurologi och psykiatri barn

**Innehållsansvar:** Sara Lundqvist, (sarlu3), Sektionschef

**Granskad av:** Katarina Malmqvist, (katwe4), Regionutvecklare

**Godkänd av:** Marie Carlsson, (marca33), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SU9806-1988473940-407

**Version:** 2.0

**Giltig från:** 2024-10-07

**Giltig till:** 2026-10-07