



Skicka blanketten till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund

Vad är assistansersättning?

Assistansersättning är en statlig ersättning för att kunna anställa personliga assistenter. Både vuxna och barn kan få assistansersättning.

Assistansersättning kan ges till

- personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd
- personer med betydande och bestående begåvningsmässiga funktionsnedsättningar efter en hjärnskada i vuxen ålder som orsakats av yttre våld eller kroppslig sjukdom
- personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionsnedsättningar, som uppenbart inte beror på ett normalt åldrande.

För att få assistansersättning ska man behöva hjälp med sina grundläggande behov. De grundläggande behoven är hjälp med måltider, personlig hygien, att klä på och av sig, att kommunicera med andra och annan hjälp som kräver ingående kunskaper.

1. Uppgifter om patienten

Förnamn och efternamn Lars Philip Augusto Silvén		Personnummer (12 siffror) 20 020115-5439
Utdelningsadress Gustav III:s Boulevard 61		Postnummer och ort 169 73 Solna
Om du inte känner den sökande ska hen styrka sin identitet genom legitimation med foto (SOSFS 2005:29). Identiteten är styrkt genom: ☒ personlig kännedom ☐ identitetshandling		

2. Utlåtandet är baserat på

Du kan ange ett eller flera alternativ	datum (år, månad, dag)
☒ Min undersökning av patienten	2018-06-29
☒ Journaluppgifter från och med	2010-09-02
☒ Anhörigs eller annans beskrivning av patienten	2019-08-27
Ange anhörig eller annans relation till patienten besök med föräldrarna + telefonkontakt 19-09-25	
☒ Annat. Fyll i nedan.	
Annat underlag för utlåtandet:	information från Slp-möte+ ssk på mottagningen
Jag har känt patienten sedan den	2018-06-29

2.a Finns det andra medicinska utredningar eller underlag som är relevanta för fastställd diagnos?

☐ Nej ☐ Ja. Fyll i nedan.	
Ange utredning eller underlag	I datum (år, månad, dag) Bifogas ☐ Ja ☒ Nej. Fyll i nedan.
Om utredning/underlag inte bifogas, var kan Försäkringskassan hämta utredningen/underlaget?	
Ange ytterligare utredning eller underlag	I datum (år, månad, dag) Bifogas ☐ Ja ☐ Nej. Fyll i nedan.
Om utredning/underlag inte bifogas, var kan Försäkringskassan hämta utredningen/underlaget?	

3. Diagnos

Ange den diagnos som är primär orsak till patientens funktionsnedsättning först	Diagnoskod enligt ICD-10 SE
Svår psykisk utvecklingsstörning, betydande beteendestörningar som kräver vård eller b	F 7 2 1
Autism i barndomen	F 8 4 0

3.a Beskriv kortfattat historiken för diagnoserna ovan

18-årig ung man boende med föräldrar. Går i särskola, nyligen flyttat upp till grupp för äldre ungdomar. Går i VIP-skolan. Har tidigare varit i behov av akut vård på BUP-akutenheten vid flera tillfällen. Bodde under en period på korttidsboende. Bor nu hemma hos föräldrarna. Har avlastning med korttidsboende viss tid, assistenter i hemmet. Viss förbättring efter medicinjustering men fortsatta omfattande och allvarliga svårigheter.. Har också kontakt med Habiliteringen Sollentuna samt LSS i Solna kommun. Utredd och erhållit diagnoser enligt ovan.

4. Funktionsnedsättning

Utifrån diagnoserna ovan, beskriv eventuell funktionsnedsättning för respektive funktionsområde och om möjligt grad (lätt, måttlig, stor, total). Ange om funktionsnedsättning kan korrigeras med hjälpmedel.

Basera beskrivningen på vad som framkommit vid senaste undersökningstillfället och tidigare utredningar. Ange vilka status- och undersökningsfynd du baserar bedömningen på.

Psykiska funktioner

Beskriv eventuell intellektuell funktionsnedsättning.
Svår psykisk utvecklingsstörning med betydande beteendestörning Har också gjorts en uppföljande bedömning av det så kallade VUB-teamet 2018.
Beskriv eventuell nedsatt förmåga att kommunicera eller interagera med en eller flera personer.
Har autismdiagnos. Interagerar ej, pratar inte.
Beskriv eventuell nedsatt exekutiv funktion, förmåga till uppmärksamhet och koncentration.
Stora svårigheter, ADL-funktion som ett litet barn. Behov av ständig tillsyn.

Beskriv eventuell annan psykisk funktionsnedsättning.

Patienten har svårigheter med att hantera ilska, får utbrott, blir fysiskt utagerande och våldsam. Medicinerar med bla neuroleptika och antidepressiv- ångestlindrande medicin samt sömnmedicin. Patient således med autism och svår intellektuell funktionsnedsättning som mår sämre i perioder med beteendestörning. Kan bli fysiskt aggressiv. Behov av 2 assistenter för att klara pats utbrott.

Sinnesfunktioner och smärta

Beskriv eventuell nedsättning av syn eller hörsel.

Beskriv eventuell smärtpåverkan.

Neuromuskuloskeletal och rörelserelaterade funktioner

Beskriv eventuell nedsättning av balans, koordination och motorik, exempelvis muskelstyrka, viljemässig motorik, balansförmåga och bålstabilitet.

Övrig kroppslig funktion

Exempelvis nedsatt andningsfunktion, matsmältnings- och ämnesomsättningsfunktion, nedsatt blås- och tarmfunktion.

5. Aktivitetsbegränsningar

Ge konkreta exempel på aktiviteter i patientens vardag där svårigheter uppstår. Beskriv det som framkommit vid din undersökning eller vid utredning av psykolog, fysioterapeut eller arbetsterapeut.

Genomgripande svårigheter där är i behov av vuxens tillsyn i stort sett dygnet runt för att ej bli utagerande och våldsam, för att klara hygien och ADL samt skolgång och dagliga aktiviteter.

Ange om vissa aktiviteter medför risker för individen eller andra.

Patient som kan bli utagerande och våldsam

6. Pågående eller planerade medicinska behandlingar

Exempelvis ordinerade läkemedel, hjälpmedel eller träningsinsatser.

Remitterad till vuxenpsykiatrisk mottagning vid 18-årsdagen, har tid för nybesök på Kronan , Nordvästra vuxenpsykiatri Sundbyberg

Ange ansvarig vårdenheten och tidplan.

Vuxenpsykiatri, Habilitering , LSS

7. Hur förväntas patientens funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsningar utvecklas över tid?

Genomgripande allvarliga svårigheter med stor funktionsnedsättning. Kan antas bestå livslångt. Förnyad bedömning bör göras om ca 3 år.

8. Sjukvårdande insatser i hemmet

Assistansersättning kan inte lämnas för sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL (51 kap. 5 § socialförsäkringsbalken). Se Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:6) gällande egenvård för mer information.

Har patienten ett behov av omvårdnad som kräver sjukvårdande insatser?

☐ Nej ☒ Ja. Fyll i nedan.

Vilka insatser och i vilken omfattning?

Kontakt med vuxenpsykiatri och habilitering för uppföljning avseende mående och medicinering. Anpassad skolgång samt 2 assistenter även nattetid.

9. Övriga upplysningar

Bedöms att ett tydligt behov föreligger för fortsatt assistens av 2 personer dag och även nattetid. Se under Extra skrivutrymme nedan.

10. Kontakt med Försäkringskassan

☐ Jag önskar att Försäkringskassan kontakter mig.

11. Underskrift

Datum	Läkarens namnteckning		
2020-02-03			
Namnförtydligande			
Johanna Sörensen (Läk)			
Befattning	Eventuell specialistkompetens		
Överläkare	Specialist i Barn- och Ungdomspsykiatri		
Vårdenhetens namn, adress och telefon			
Barn- och ungdomspsykiatriBUP - Solna	Armégatan 40	171 71 Solna	08-514 525 50

Underskriften omfattar samtliga uppgifter i intyget.

Ansöker enligt uppgift om personlig assistans för patienten även nattetid. Patienten är i behov av detta. I det fall han flyttar till särskilt boende vilket föräldrarna ansökt om behov av 2 assistenter nattetid. I dagsläget har en assistent. Behov fortsatt assistens nattetid, beviljad nattetid, 22:30-06:00 men man behöver vara två. Patienten behöver handhas i det fall han vaknar under natten eller i det fall det tar tid för honom att somna. Svårt för en person att vara själv med honom. När han är vaken är han aktiv och det kan hända att han blir utagerande. Likt under dagtid är patienten då i behov av två assistenter vilket beskrivs lugna honom och även bidra till minskad stress och ökad säkerhet för personal som då även förmår bemöta patienten på ett mer anpassat och lågaffektivt sätt.