

## Mall informationssamtal inför utredning barn och unga, 0 – 17 år barn och unga, 0 – 17 år

Utifrån remissinformation och underlag som finns innan infosamtalet anpassas besökstiden.

**Kurator** ansvarar för informationssamtal. Besökets syfte är:

- att patienten/familjen ska vara informerad om vad en utredning innebär
- att grundläggande anamnesuppgifter inhämtas om de inte redan finns (se mall)
- en bedömning om lämplighet/vilja att påbörja en utredning görs
- att tillstånd att utföra utredning (för barn) samt att inhämta nödvändiga uppgifter inhämtas

**Inledning:** kort information om habiliteringsmottagningen:

- Har bland annat uppdrag att utreda för diagnos inom autism och utvecklingsstörning
- För dem som får diagnos och har behov erbjuds habiliteringsinsatser
- Alla hos oss har tystnadsplikt

### Information om utredningen

Utredningen kan bestå av:

- Inhämtande av uppgifter från exempelvis förskola/skola och andra vårdenheter du haft kontakt med
- Testningar av olika slag och frågeformulär
- Djupintervju med föräldrar/patient och med personal på förskola/skola/boende/arbetsplats
- Observation av barnet/ungdomen/den vuxne
- Andra kontakter, kompletterande undersökningar och åtgärder som kan behövas i det individuella fallet
- Återgivning av utredning sker till föräldrar/patient och därefter, vid önskemål, även till förskola/skola/boende/arbetsplats

För ytterligare information om diagnos, utredning, stöd och behandlingar hänvisas till sökning på respektive utvecklingsstörning, autism eller Aspergers syndrom på: <http://www.1177.se/> Informationen kan vid behov skrivas ut och lämnas till patienten/familjen.

### Beslut om utredning

Beslut om att starta utredning tas då personen själv/familjen önskar utredning, nödvändiga journalkopior inkommit till habiliteringsmottagningen och inga hinder att påbörja utredning framkommit. Beslutet kan dröja flera veckor beroende när journalkopior inkommer. Utgångspunkten är att utredning ska påbörjas. Om beslut att inte inleda utredning fattas tas en personlig kontakt med patienten/familjen.

### **Fritt vårdval – utredning via upphandlad aktör**

Utredningar ingår inte i vårdgarantin. Vår ambition är att erbjuda utredning så snart som möjligt (30 dagar för autism-frågeställning barn, 90 dagar övriga) men väntetiden kan vara lång. Observera att asylsökande/papperslösa inte får nyttja fritt vårdval.

När patient önskar att remiss skickas för extern utredning via annan aktör ska en avropsförfrågan skickas till avropssamordnare Mari Hallström. När det gäller neuropsykiatrisk utredning har vi Region Sörmland har upphandlat fem externa bolag som utför NP-utredning via avtal med oss. De är kvalitetssäkrade, vilket exempelvis betyder att man får en helhetsbedömning av både psykolog och läkare i utredningen och de har en tidsram att förhålla sig till. (se dokument ”Upphandlade aktörer för NP-utredning” på Insidan för komplett lista).

Patienten kan fritt önska en aktör. Vi rekommenderar i första hand de upphandlade bolagen men som patient har man rätt att välja vilket bolag man vill, om bolaget har avtal om att utföra NP-utredning med någon region i Sverige. Vi kan dock inte garantera utredningskvaliteten på utredningar gjorda av bolag som inte är upphandlade. Om patienten väljer en av de upphandlade aktörerna kollar vi upp om och när utredning kan ske (=gör avropsförfrågan) och avropssamordnare ansvarar för kommunikation med företaget. Om patienten väljer en av de ej upphandlade aktörerna sköts kommunikationen med företaget av patienten själv.

Informera även om möjligheten att återkomma med egen vårdbegäran/via remiss för habiliteringsinsats om diagnos sätts och behov finns, om man valt en icke upphandlad aktör. Om patienten väljer en extern aktör får vi ett remissvar och kallar till ett introduktionssamtal.

Handläggare

Maria Hallström

Administrativ enhet (3)

Rev 2023-06-26

Datum

2019-10-16

Dokumentnummer

19-5234

## PERSONUPPGIFTER

*Den som ska utredas:*

Namn .....

Personnr .....

Adress.....

Tfn .....

Vårdnadshavare/anhörig: Vårdnadshavare/anhörig:

.....

.....

Adress .....

Adress.....

.....

.....

Tfn ..... Tfn.....

Skola/förskola/arbetsplats

etc.....

Årskurs:.....

Lärare/kontaktperson:..... Tfn:.....

.....

Assistent/Resurs:

.....

Undervisningssituation (helklass, liten grupp etc.):

.....

.....

.....

Samtycke till att HABV tar kontakt med anhörig/skola/förskola/arbetsplats/ vid utredning:

**Ja** ☐ **Nej** ☐

God man/förvaltare namn:

.....

Tfn.....

Handläggare

Maria Hallström

Administrativ enhet (3)

Rev 2023-06-26

Datum

2019-10-16

Dokumentnummer

19-5234

### Inställning till utredning

1. Känner patient/föräldrar till varför man har fått remiss för utredning?

.....  
.....  
.....

2. Genomgång av remiss/egenanmälan innehåll och frågeställning

.....  
.....  
.....

3. Hur motiverad är patient/föräldrar till utredning?

.....  
.....  
.....

4. Varför vill man ha utredning och vad vill man ha ut av den. Förväntningar?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

5. Belysning av familjesituation:

Vårdnadshavare gemensam/enskild (för barn/ungdom)

.....  
.....

Barn (för vuxna):

.....

Syskon:

.....  
.....

Socialt

kontaktnät:

.....  
.....

Aktuell medicinering:

.....

Drogbruk, (eget nuvarande/tidigare, även moders drogbruk under graviditet):

.....  
.....

Handläggare

Maria Hallström

Administrativ enhet (3)

Rev 2023-06-26

Datum

2019-10-16

Dokumentnummer

19-5234

6. Tidigare eller pågående utredningar/behandlingsinsatser? Detta utgör även underlag för journalrekvirering. (När, var, vem träffades, kontaktorsak?)  
Förlossningsjournal (observera att den tillhör den biologiska mamman - godkännande för ev. rekvirering):

.....

BVC/Barnhälsovård:.....

.....

.....

Skolhälsovård/elevhälsa:.....

.....

.....

.....

.....

Barnmedicin/Habilitering:.....

.....

.....

.....

Psykiatri.....

.....

.....

Annan sjukvård:

.....

.....

.....

Annan kontakt: (exempelvis socialtjänst, kommun, LSS, arbetsförmedling)

.....

.....

Övrig information viktig för

utredning:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Handläggare

Maria Hallström

Administrativ enhet (3)

Rev 2023-06-26

Datum

2019-10-16

Dokumentnummer

19-5234

**BARN/UNGDOM 0 – 17 år**

## **TILLSTÅND ATT UTFÖRA UTREDNING SAMT INHÄMTA UPPGIFTER**

Jag godkänner härmed att Habiliteringsmottagningen får göra utredning samt inhämta uppgifter, t.ex. journalkopior och tidigare utredningar, från andra instanser samt ta de kontakter som bedöms vara nödvändiga för utredningen.

### **UTREDNING GÄLLANDE**

**Namn:** \_\_\_\_\_

**Personnummer:** \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Vårdnadshavares underskrift

\_\_\_\_\_  
Vårdnadshavares underskrift

Handläggare

Maria Hallström

Administrativ enhet (3)

Rev 2023-06-26

Datum

2019-10-16

Dokumentnummer

19-5234

**VUXEN**

## **TILLSTÅND ATT INHÄMTA UPPGIFTER**

Jag godkänner härmed att Habiliteringsmottagningen får inhämta uppgifter, t.ex. journalkopior och tidigare utredningar, från andra instanser samt ta de kontakter som bedöms vara nödvändiga för utredningen.

### **UTREDNING GÄLLANDE**

**Namn:** \_\_\_\_\_

**Personnummer:** \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Underskrift