

Remissmall utredning intellektuell funktionsnedsättning/utvecklingsstörning

Angående remisser för utredning på Vuxenhabiliteringen avseende intellektuell funktionsnedsättning/utvecklingsstörning för personer över 18 år

För att en person ska komma i fråga för utredning av intellektuell funktionsnedsättning/ utvecklingsstörning krävs en remiss från patientansvarig läkare.

Innan remiss för utredning skickas är det viktigt att en somatisk och psykisk utredning är gjord. Detta för att beskriva/bedöma hur somatiska och psykiska/psykiatriska symptom som kan påverka den kognitiva funktionsnivån hos patienten.

Remissen bör skrivas på nedanstående blankett för att inget skall missas.

Den måste innehålla en utförlig beskrivning av patientens nuvarande svårigheter i vardagen och bör också innehålla en kort beskrivning av på vilket sätt dessa svårigheter funnits med sedan barndomen.

Om svårigheterna har uppkommit i vuxen ålder, som efter exempelvis skalltrauma eller sjukdom, är det inte aktuellt med utredning avseende intellektuell funktionsnedsättning/ utvecklingsstörning.

För att ovanstående diagnos ska kunna utredas är det viktigt att patienten inte har ett pågående missbruk.

Det är också viktigt att du som remittent förvissar dig om att patienten vill och har möjlighet att medverka i utredningen.

Fyll gärna i nedanstående remiss eller använd rubrikerna om du skriver i ett eget dokument. Dock måste alltid de två sista sidorna "Individens/patientens egen inställning" samt "Individens/patientens godkännande" skrivas ut och användas.

OBS! De delar som är märkta med (*) måste vara ifyllda, men fyll gärna i alla delar.

Ifylld blankett skickas beroende på var patienten bor till:

Region Gävleborg
Vuxenhabiliteringen
Jakobsbergsvägen 12
824 81 Hudiksvall

Region Gävleborg
Vuxenhabiliteringen
Folkparksvägen 5
806 33 Gävle

**Remissmall för utredning avseende intellektuell
funktionsnedsättning/utvecklingsstörning för personer över 18 år**

*Patientens namn	*Födelsedatum
*Adress	
*Postnummer och ort	
*Telefonnummer	
*Remissdatum	
*Hereditet – känd förekomst av utvecklingsstörning, neuropsykiatriska funktionshinder (ADHD, Aspergers syndrom, autism) eller psykisk sjukdom i släkten.	
Graviditet och partus – födelsevecka, apgar.	
Bakgrund – uppväxtförhållanden, uppväxtort/-er, tidig utveckling.	
Utbildning/-skolgång – vanlig skola eller särskola, militärtjänst, körkort etc.	
*Tidigare sjukdomar/funktionsnedsättningar – somatiska sjukdomar, synskada, hörselskada, rörelsehinder, CP-skada, skalltrauma, epilepsi, psykiska sjukdomar etc.	
*Tidigare relevanta utredningar – finns utredningsutlåtanden från specialpedagog, arbetsterapeut, logoped eller psykolog? Andra tester? Tidigare inskriven i omsorgen?	

*Aktuell somatisk status – Nuvarande somatisk status. Metabola utredningar och kromosomutredningar? Hörsel- och synundersökning? Pågående medicinsk behandling? Pågående utredningar? Differentialdiagnostiska hänsyn (somatiska tillstånd som kan tänkas påverka kognitiv funktionsnivå)?
*Aktuell psykisk status – Nuvarande psykisk/psykiatrisk status. Pågående behandling? Pågående utredningar? Differentialdiagnostiska hänsyn (psykiska/psykiatriska tillstånd som kan tänkas påverka kognitiv funktionsnivå)?
*Problembeskrivning, svårigheter i vardagen (nuvarande och bakåt i tiden) – Beskrivning av problem och fungerande hos patienten som ger misstanke om intellektuell funktionsnedsättning/utvecklingsstörning. Beskriv även kort hur problem/svårigheter har sett ut bakåt i tiden?
*Social situation – familjeförhållanden, barn, bostad, sociala kontakter, nätverk etc.
*Missbruk – alkohol, narkotika, läkemedel. OBS! Vid tidigare missbruk måste patienten ha varit <i>dokumenterat</i> drogfri i minst tre månader, helst mer.
Kriminalitet – omfattning, art
*Arbete/sysselsättning/försörjning – öppna marknaden, Samhall, Exellan,

lönebidrag, studiemedel, annan försörjning.

*** Sammanfattning av patientens huvudproblematik** – huvudsyftet med en utredning, vad i vardagen skulle framförallt bli bättre om personen fick en diagnos?

SPECIFIKA FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR UTREDNINGENS GENOMFÖRANDE

*** Fast vårdkontakt (vid en enhet som har läkare):** Vid behov, vem kan vuxenhabiliteringen samarbeta med i utredningen? (T.ex. kompletterande medicinsk, somatisk, neurologisk, psykiatrisk utredning osv.). Ange kontaktuppgifter.

*** Behov av stöd/ledsagning för patienten att ta sig till utredningen:** Säkerställ innan remiss att patienten kan ta sig till utredningen (ange, i förekommande fall, vem som kan följa med patienten).

*** Förutsättningar att utreda patientens fungerande under uppväxten:** Finns det en person och/eller annan källa som kan ge uppgifter om patientens fungerande innan 18 års ålder?

*** Andra särskilda behov i samband med besök:** T.ex. behov av tolk (ange språk).

*** Patientens egen inställning till utredning** (Använd frågeformulär i slutet av remissmallen) – det är viktigt att det framgår vad personen själv tror ska bli bättre i hans/hennes liv efter en utredning.

Dokumentnamn: Remissmall utredning intellektuell funktionsnedsättning/utvecklingsstörning

Dokument ID: 09-217768

Giltigt t.o.m.: 2027-05-23

Revisionsnr: 6

--

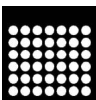
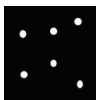
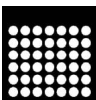
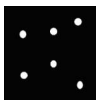
***Patientens godkännande** att Vuxenhabiliteringen får ta del av dokumentation från skola och sjukvård. Plats för godkännande med patientens underskrift finns i slutet av remissmallen.

*Remittent namn	*Titel	*Telefon
*Arbetsplats	*E-post	
*Underskrift		

*Individens/patientens egen inställning till utredning avseende

Intellektuell funktionsnedsättning/utvecklingsstörning

Här nedan finns fem påståenden med tre svarsalternativ till varje. Kryssa i det alternativ som passar bäst in på dig.

1. Jag har ofta svårt att klara min vardag	Stämmer mycket 	Stämmer lite 	Stämmer inte 
2. Jag vill bli bättre på att förstå mitt fungerande	Stämmer mycket 	Stämmer lite 	Stämmer inte 
3. Jag behöver ofta hjälp av andra för att få min vardag att fungera	Stämmer mycket 	Stämmer lite 	Stämmer inte 
4. Jag tror att en utredning kan göra så att jag får det bättre i min vardag	Stämmer mycket 	Stämmer lite 	Stämmer inte 
5. Jag tror att en utredning kan hjälpa mig att förstå mitt fungerande	Stämmer mycket 	Stämmer lite 	Stämmer inte 

***Individens/patientens godkännande att Vuxenhabiliteringen får ta del av information och dokumentation från skola och sjukvård**

För att kunna göra en utredning så behöver Vuxenhabiliteringen ta del av information och handlingar från skola, sjukvård och andra myndigheter.

Jag godkänner att Vuxenhabiliteringen får ta del av information, beställa och läsa handlingar om mig från skola, sjukvård och andra myndigheter.

JA ☐

Namn: _____

Personnummer: _____

Datum och underskrift

Skapare av dokumentet: Patrik Arvidsson