

Utredningsöversikt

Basutredning

Möte 1

Läkare och psykolog:

Information om utredningsgång. Anamnes och barndomsanamnes. Utdelning av skattningsformulär. ASRS, AQ, AUDIT och DUDIT. Patienten ges information om vem som kan hjälpa till att fylla i skattningarna om han/hon har svårigheter (CM, sjuksköterska, psykolog, läkare). Adress till anhörig som kan kontaktas för bakgrund och anhörigskattning.

WURS, 5-15 och ASRS-anhörig skickas ut. Journalkopior beställs.

Möte 2

Läkare:

Somatiskt status, psykiatriskt status. Noggrann missbruksanamnes samt övrig somatisk anamnes.

Provtagning hos sjuksköterska.

Möte 3

Psykolog:

Patienten ska vara alkohol och drogfri minst 6 veckor före testning.

Individualiserad neuropsykologisk testning.

Möte 4

Läkare och/eller psykolog: besök eller telefon –anhöriganamnes.

Observera att många anhöriga behöver hjälp med formulären.

Teamkonferans inför utlåtande om diagnostik och funktion.

Möte 5

Läkare och psykolog:

Information om diagnos och funktion till patient och ev nätverk. Upprättande av vårdplan.

Följande skattningar, skalor, tester och prover ingår alltid oavsett utredningsnivå:

- AUDIT; DUDIT, ASRS, Browns ADD Scales, AQ, Wenders barndomsskattning (WURS),
- WURS, ARSR-anhörig, 5-15
- Drogsscreening inkl CDT, blod, njur och leverstatus, tyroideastatus, ev HIV, hepatit
- Psykolog, specificeras senare. Innefattar indikation om allmänintellektuell funktionsnivå, uppmärksamhet, exekutiva funktioner, datoriserat vigilanstest (fn under översyn av psykologgruppen)

Utvidgad utredning

Kan helt eller delvis ske på NC.

Patient som remitterats till NC för utredning av misstänkt neuropsykiatriskt funktionshinder kallas till ett första möte. Påskrivna journalrekvisitioner skall bifogas remissen. Audit och Dudit bifogas liksom kopia på drogscreening och lab prover enligt vårdprogram.

Inför kallelse rekvideras journaler av NC.

Möte 1

Läkare och psykolog:

Information om utredningsgång. Anamnes och barndomsanamnes.

Utredningssekreterare:

Social utredning, ASI

Skattningsformulär delas ut. Tillstånd ifylles, adresslista och nätverkskarta.

Möte 2

Ev. kontakt med Case Manager för formulärhjälp.

Möte 3

Läkare:

Somatiskt status, utvidgat neurologiskt status, psykiatrisk status. Ev kompletterande missbruksanamnes samt övrig somatisk anamnes.

Vikt, puls och blodtryck hos sjuksköterska.

Möte 4

Psykolog:

Fullständig neuropsykologisk testning, vilken ofta indelas i flera besök.

Personlighetsbedömning.

Möte 5

Beteendevetare: bedömning av reaktions och beteendemönster.

Möte 6

Psykolog och läkare:

Anhöriganamnes.

Möte 7

Sociologisk utredning, ASI

Tillägg efter bedömning:

Arbeterapeutisk funktionsbedömning. Ev. specifika utredningsmoment såsom logoped, sjukgymnast, EEG, MR mm.

Teamkonferans inför utlåtande om diagnostik och funktion.

Möte 8

Läkare och psykolog:

Information om diagnos, funktion och upprättande av vårdplan.

Utvidgad utredning för patienter med grava komplexa vårdbehov.

Skär ofta inläggande. Som ovan men inför utredning *alltid* förberedande vårdplaneringsmöten med lokal mottagning, socialtjänst och ev andra aktörer.