

Remiss till En väg in – psykisk hälsa barn och unga Kalmar län (EVI)

Remittent: Socialtjänsten

Remissmallen gäller för alla remisser rörande psykisk ohälsa oavsett behov av vårdnivå (Barn- och ungdomshälsan och Barn- och ungdomspsykiatri).

Vänligen fyll i remissen på digitalt, skriv ej för hand.

Observera att remissen behöver innehålla pedagogiska, psykologiska och medicinska fakta så att mottagaren av remissen kan bedöma rätt vårdnivå. Bifoga gärna aktuella dokument som är relevanta för något/några avsnitt i remissen som redan är inhämtade av socialtjänsten.

A. Remissen gäller

Har barnet skyddad identitet

Ja ☐

Nej ☐

(Om Ja, ange uppgifter till remittent och endast barnets fullständiga namn och personnummer, Om Nej, fyll i fullständig blankett)

Namn:
Personnummer:
Adress:
Mobilnummer (barn över 12 år):
Godkänner barnet att få sms-aviseringar till sitt mobilnummer
E-postadress:
Tolkbehov: Om ja, vilket språk?

Är barnet placerat enligt SOL/LVU?

Ja ☐

Nej ☐

Är barnet informerat om kontakt med EVI?

Ja ☐

Nej ☐

Hur är barnets egen inställning till kontakt med hälso- och sjukvården? Om barnet inte är informerat, motivera gärna varför.

--

B. Frågeställning/orsak till remiss

Orsak till remiss. Förklara barnets situation

Beskriv observerade svårigheter, orsak till oro, beskrivning av barnpsykiatriska symtom, beteendeavvikelse, trauma, missbruk, självdestruktivitet, sömn- och kostvanor, tecken på annan ohälsa samt hur länge problemen har funnits.

C. Tidigare kännedom

Familjens situation

Familjeförhållande gällande barnet, familjens resurser, familjemedlemmars somatiska och psykiska hälsoproblem, äftlighet. Boendesituation. Er kännedom om barnets relation till föräldrarna, andra barn och vuxna? Finns uppgifter om att barnet varit utsatt för våld, övergrepp och/eller utnyttjande? Finns det tidigare händelser av betydelse i familjen som är av vikt att känna till?

Föräldraförmåga

Kan föräldrarna anpassa sin föräldraförmåga utifrån barnets behovsområden? Omsorg och vardagsrutiner? Stimulans och engagemang? Vägledning och föräldrastrategier? Hur ser det känslomässiga stödet ut? Kan föräldrarna skydda barnet?

Barnets utveckling och somatiska hälsa

Exempel: Barnets tillgång till hälso- och sjukvård? Er kännedom om barnets tillväxt, anknytning, utveckling, beteende, känslor och temperament, attityder och värderingar? Medicinering? Hörselnedsättning? Har barnet följt ordinarie hälsobesöksprogram inom barnhälsovård och elevhälsa?

Utbildning/Skolsituation

Trivsel, Kamratrelationer? Relationer till vuxna? Mobbing? Sociala relationer och kontakter på nätet? Närvaro? Anpassningar/särskilt stöd? Måluppfyllelse/skolresultat? Inlärnings svårigheter?

Problem och svårigheter i vardagen

Har barnet svårigheter att fungera i vardagen (exempelvis i familjelivet, i skolan, på fritiden och gällande kamratrelationerna)? Bedöm vilken grad av generell funktionsnedsättning du bedömer att barnet har.

Använd skalan 1–5 där 1 betyder ingen påverkan och 5 betyder betydande funktionsnedsättning.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Hur länge har problemen funnits?

D. Åtgärder och utvärdering av insatser

Genomförda och aktuella insatser/åtgärder av socialtjänsten

Beskriv vilka insatser och åtgärder som erbjudits, vilka som pågår och vilka som är genomförda av socialtjänsten. Beskriv effekten och hur insatserna/åtgärderna fungerat?

Planerade insatser

Beskriv planerade insatser och åtgärder från socialtjänsten. Hur ser planeringen ut för barnet och familjen från socialtjänsten framöver?

Andra pågående insatser

Exempelvis pedagogiska, psykologiska, psykosociala och medicinska insatser från skola och/eller hälso- och sjukvård.

E. Vårdnadshavare

Förälder 1 – Vårdnadshavare?

Ja ☐ Nej ☐

Namn:
Personnummer:
Adress:
Mobilnummer:
Godkänner föräldern att få sms-aviseringar till sitt mobilnummer
Ja ☐ Nej ☐
E-postadress:
Tolkbehov: Om ja, vilket språk?

Har vårdnadshavare godkänt remissen?

Ja ☐ Nej ☐

Förälder 2 – Vårdnadshavare?

Ja ☐ Nej ☐

Namn:
Personnummer:
Adress:
Mobilnummer:
Godkänner föräldern att få sms-aviseringar till sitt mobilnummer
Ja ☐ Nej ☐
Mejladress:
Tolkbehov: Om ja, vilket språk?

Har vårdnadshavare godkänt remissen?

Ja ☐ Nej ☐

Annan förälder/viktig vuxen

Namn:
Personnummer:
Adress:
Mobilnummer:
Godkänner föräldern (god man) att få sms-aviseringar till sitt mobilnummer
Ja ☐ Nej ☐
E-postadress:
Tolkbehov: Om ja, vilket språk?

F. Kontaktuppgifter till remittent

Namn:
Titel/Yrke:
Verksamhet:
Mobilnummer:
E-postadress:

G. Kontaktuppgifter till förskola/skola

Det är viktigt att du fyller i kontaktuppgifter till barnets skola/förskola och anger en kontaktperson. Kontaktpersonen ska vara den på skolan/förskolan som känner barnet bäst och därmed kan svara på frågor om barnet.

Namn på förskola/skola:
Årskurs:
Kontaktperson:
Mobilnummer:
E-postadress:

Har vårdnadshavare godkänt kontakt med skola/förskola?

Ja ☐ Nej ☐

H. Underskrift

Vänligen fyll i, skriv ut och skriv under. Skicka därefter in remissen till

*En väg in – psykisk hälsa barn och unga Kalmar län
Länssjukhuset i Kalmar
391 85 Kalmar*

Ort och datum

Underskrift inremitterande

Namnförtydligande

Hänvisa för mer mer information

Berätta gärna om 1177 för barnet och familjen. Där finns fakta, självhjälp och råd kring psykisk hälsa.