

## Hur går utredningen till?



En utredning på Dart börjar med ett remissmöte där vi bestämmer om vi ska arbeta med handledning eller gemensam problemlösning. På remissmötet kan du ställa frågor och få förslag på vad ni kan göra på hemmaplan.



**Handledning** innebär att de som arbetar med personen kommer till Dart och får stöd. Antal handledningsträffar varierar beroende på problem och behov.



**Gemensam problemlösning** innebär att personer som är viktiga för patienten, och patienten själv, deltar i arbetet på Dart. Först hålls ett planeringsmöte där vi diskuterar de aktuella problemen och sätter upp mål för det fortsatta arbetet. Ibland är ett planeringsmöte tillräckligt för att hemteamet ska komma vidare men ofta behöver Dart stödja med ytterligare insatser. Det kan vara utprovning eller introduktion och utbildning kring system, anpassningar, programvara och metodik. Darts insatser rör nästan alltid både låg- och högteknologisk kommunikation.



Dart dokumenterar alla insatser i rapporter.

## Att tänka på innan du skickar remiss till Dart



En utredning på Dart kräver tid. Det är viktigt att personal från habilitering, rehabilitering eller annan verksamhet är delaktiga i arbetet och att det finns resurser på hemmaplan för att arbeta vidare med det vi tillsammans kommer fram till.



Det är bra om hjälpmedelskonsulent är delaktig i de ärenden som handlar om hjälpmedel. Den som skickar remiss till Dart ansvarar också för att ta kontakt med ansvarig hjälpmedelskonsulent.



Anmälningsdatum:

Inkom till Dart:



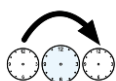
## Egenremiss för utredning och utprovning av kommunikationsstöd



För att en utredning på DART ska utföras krävs att det finns en mottagande vårdinstans för de insatser utredningen kan resultera i. Innan man skriver en egenremiss måste man därför komma överens med ansvarig vårdinstans, exempelvis habilitering.



Skicka ifylld blankett med vanlig post till *Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Dart, Kruthusgatan 17, 411 04 Göteborg*. Skicka **inte** remissen med e-post.



Vi återkommer med tid för remissmöte.

### Anmälan gäller:



Namn:

1 2 3

Personnummer:



Adress:

1234-  
5678

Telefon:



Frågeställning:

### Vi tror att vi behöver Dart-insats i form av:

Handledning



Gemensam problemlösning



Vet ej

**Kontaktuppgifter till dig som skickar remissen:**

Namn:

Relation till den remissen gäller:

Postadress:

Telefon/fax:

E-post:

Övrigt:

**Mottagande vårdinstans:**

Verksamhet:

Postadress:

Telefon/fax:

E-post:

Eventuell kontaktperson:

Övrigt:



## Kostnad

En kommunikationsstödsutredning på DART - handledning eller gemensam problemlösning - är kostnadsfri för barn och ungdomar i Västra Götalandsregionen. För vuxna patienter måste betalningsansvarig anges. Andra regioner, landsting och verksamheter betalar för patienters utredning. Vi gör en uppskattning av tidsåtgången i varje enskilt ärende och utfärdar offert. Observera att man som patient inte får betala för egen utredning på DART.

### Betalningsansvarig för Dart-utredningen:

Verksamhet:

Postadress:

Telefon och fax:

E-post:

Eventuell kontaktperson:

Övrigt:



### Uteblivet besök och sent återbud

Uteblivet besök eller återbud senare än 24 timmar före avtalad tid debiterad enligt gällande taxa.



**Diagnos/er:**



**Tal, språk och kommunikation:**



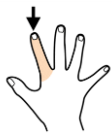
**Språk som talas i hemmet:**



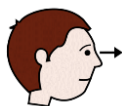
**Finns behov av tolk:**



**Sittställning och förflyttning:**



**Motorik, främst finmotorik och pekförmåga:**



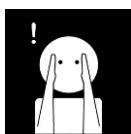
**Syn och visuell perception:**



**Hörsel och auditiv perception:**



**Läs- och skrivförmåga (språklig och motorisk):**



**Minne, koncentration, intellektuell förmåga:**



**Vilka hjälpmedel används och vilka har provats?**



**Skolform/arbete/daglig verksamhet:**



**Boende:**

**Övrigt:**



**Vilka av följande är informerade om förfrågan till Dart?**

Familj

Arbete

Boende

Habilitering

Hjälpmedelscentral

Rehabilitering eller annan sjukvårdsansvarig

Skola

Annan:

**Följande uppgifter är också viktiga:****Anhörig/god man****Kontaktperson för ev. boende**

Namn:

Namn:

Adress:

Adress:

Telefon/Fax/E-post:

Telefon/Fax/E-post:

**Arbetsterapeut****Logoped**

Namn:

Namn:

Adress:

Adress:

Telefon/Fax/E-post:

Telefon/Fax/E-post:

**Kontaktperson på hjälpmedelscentral**

Namn:

Adress:

Telefon/Fax/E-post:

**Kontaktperson på syncentral**

Namn:

Adress:

Telefon/Fax/E-post:

**Kontaktperson skola/arbete/sysselsättning**

Namn:

Adress:

Telefon/Fax/E-post:

**Kontaktperson annan (ex assistent, läkare)**

Namn:

Adress:

Telefon/Fax/E-post: