

FORMULÄR FÖR FÖRDJUPAD BEDÖMNING

Klientkod

Rådgivare: Datum:/...../..... Plats: ABO EBO HVB

Kulturtolk:

Problem/symptom på psykisk ohälsa (med asylsökandens egna ord) + **Bakgrund** (När startade problemen/symptomen? Hur ofta/hur länge har de varat? Traumatiska livshändelser? Vad har den asylsökande försökt göra åt situationen? Påverkan i vardagen?)

Gör en bedömning av de symptomfrågor i screeningverktyget RHS-15 (13-frågeversionen) där den asylsökande fick höga poäng med svar 3 = "quite a bit" [stämmer ganska väl] och 4 = "extremely" [stämmer mycket väl].

.....

.....

.....

Livshändelser

Om den asylsökande **spontant nämner någon av följande händelser**, fyll i dessa nedan. Ställ inga proaktiva frågor. Ange om det hände i ursprungsland [UL] eller under flykten [F]

<input type="checkbox"/> Sexuellt våld av konfliktaktör	<input type="checkbox"/> Mottagit hot	<input type="checkbox"/> Livshotande händelse, nära att dö	<input type="checkbox"/> Familjemedlem avliden
<input type="checkbox"/> Sexuellt våld av civila	<input type="checkbox"/> Torterad	<input type="checkbox"/> Tvångsarbete	<input type="checkbox"/> Naturkatastrof
<input type="checkbox"/> Fysiskt våld av konfliktaktör	<input type="checkbox"/> Inspärrad/Kidnappad/ Gisslan	<input type="checkbox"/> Prostitution	<input type="checkbox"/> Bombning/ beskjutning
<input type="checkbox"/> Fysiskt våld av civila	<input type="checkbox"/> Vittne till våld/dödande	<input type="checkbox"/> Våld i nära relation	<input type="checkbox"/> Olyckshändelse
<input type="checkbox"/> Strids-/militär erfarenhet	<input type="checkbox"/> Sett döda kroppar/liik	<input type="checkbox"/> Barnmisshandel	<input type="checkbox"/> Behandlats illa av smugglare
<input type="checkbox"/> Fysiskt våld av stat/myndighet (polis/militär)	<input type="checkbox"/> Familjemedlem dödad/saknas	<input type="checkbox"/> Svår fysisk sjukdom/handikapp	<input type="checkbox"/> Ingen större händelse
<input type="checkbox"/> Fysiskt våld av samhället	<input type="checkbox"/> Egendom förstörd eller förlorad	<input type="checkbox"/> Ekonomiska orsaker	<input type="checkbox"/> Annat
<input type="checkbox"/> Tvingats fly/ Internflykting	<input type="checkbox"/> Diskriminering/Rasism/ Exkludering	<input type="checkbox"/> Behandlats illa av myndighet	

Notera de 3 mest centrala livshändelser som klienten genomlevt. Börja med den viktigaste/svåraste:

1..... 2..... 3.....

Postmigrationssvårigheter (mottagarlandet)

<input type="checkbox"/> Fördröjning i asylprocessen	<input type="checkbox"/> Rädsla för avvisning	<input type="checkbox"/> Brist på dagliga aktiviteter	<input type="checkbox"/> Svårigheter relaterade till anpassning	<input type="checkbox"/> Avslag på asylansökan
<input type="checkbox"/> Konflikt med Migrationsverket	<input type="checkbox"/> Rädsla för framtiden	<input type="checkbox"/> Ensamhet och tristess	<input type="checkbox"/> Känsla av att inte ha kontroll över situationen	<input type="checkbox"/> Känsla av orättvisa
<input type="checkbox"/> Konflikt med personal/andra på boendet	<input type="checkbox"/> Känsla av försummelse	<input type="checkbox"/> Nyheter om dödsfall bland familj/vänner	<input type="checkbox"/> Oro för familjen kvar i hemlandet	<input type="checkbox"/> Maktmissbruk

Notera de 3 mest centrala svårigheter som klienten genomlevt. Börja med den viktigaste/svåraste:

1..... 2..... 3.....

Huvudsakliga symptom

Checklista av symptom (Fråga inte efter alla; fyll i de symptom som nämns som del av problemen):

1. Icke-specifika symptom	2. Symptom på ångest	3. Symptom på post-traumatisk stress (PTSD)	4. Symptom på depression	5. Symptom på psykos
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sömnproblem <input type="checkbox"/> Koncentrationssvårigheter <input type="checkbox"/> Minskad aptit <input type="checkbox"/> Minskad energi <input type="checkbox"/> Lättretlig/arg <input type="checkbox"/> Sängvätning (barn) <input type="checkbox"/> Psykosomatiska besvär 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Konstant oro/ångest <input type="checkbox"/> Rastlöshet <input type="checkbox"/> Rädsla <input type="checkbox"/> Hjärtklappning <input type="checkbox"/> Tryck över bröstet <input type="checkbox"/> Andningssvårigheter <input type="checkbox"/> Skakningar <input type="checkbox"/> Alltid frukta det värsta Panikattack <input type="checkbox"/> Fobier 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Återupplever traumatiska händelser <input type="checkbox"/> Flashbacks <input type="checkbox"/> Mardrömmar <input type="checkbox"/> Fysisk reaktion vid påminnelse om traumatisk händelse <input type="checkbox"/> Undviker sådant som påminner om traumatiska händelser <input type="checkbox"/> Överväldigande rädsla vid påminnelse <input type="checkbox"/> På sin vakt <input type="checkbox"/> Lättskrämd <input type="checkbox"/> Repetitiv lek som kretsar kring traumatisk händelse (barn) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nedstämdhet <input type="checkbox"/> Minskad energi <input type="checkbox"/> Känslor av hopplöshet <input type="checkbox"/> Inga framtidsplaner <input type="checkbox"/> Skuld känslor <input type="checkbox"/> Benägenhet att gråta <input type="checkbox"/> Självmordstankar <input type="checkbox"/> Isolerar sig från andra <input type="checkbox"/> Minskat självförtroende <input type="checkbox"/> Självmordsförsök 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Vanföreställningar <input type="checkbox"/> Hallucinationer <input type="checkbox"/> Oorganiserade tankemönster <input type="checkbox"/> Oorganiserat tal
				7. Beteendestörning
6. Akuta reaktioner/ Anpassningsproblem <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nyss upplevd stressande eller traumatisk händelse <input type="checkbox"/> Överväldigad, oförmögen att hantera sin vardag <input type="checkbox"/> Somatiska (eller fysiska?) symptom <input type="checkbox"/> Ångest, oro <input type="checkbox"/> Nedstämd, ledsen 				<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Drogmisbruk <input type="checkbox"/> Aggressiv <input type="checkbox"/> Försumligt beteende/Utåtagerande <input type="checkbox"/> Hyperaktivitet <input type="checkbox"/> Skygghet <input type="checkbox"/> Regressiv utveckling (barn)

När började symptomen?

Fanns det en utlösande händelse? Vilken?

Svårighetsgrad av problem: (Fråga: Hur svår känns denna situation/detta problem för dig, 1=Lätt – 5=Jag kan inte alls hantera det) ------------

Nedsättning av funktion: (Fråga: hur fungerar det att hantera dagliga aktiviteter, 1=Inga problem - 5= Jag kan inte utföra några av dem) ------------

Beskriv inom vilka områden din vardag påverkas:

.....

Hänvisning

Hänvisad till: Primärvård Stödgrupp Psykoedukation Individuellt stödsamtal Socialtjänsten Elevhälsan Medicinskt mobilt team Psykiatriskt mobilt team BUP Vuxenpsykiatrisk öppenvård Akutmottagning (medicinsk) Akutmottagning (psykiatrisk) Organisation från civilsamhället Ingen hänvisning

Resultat

Inget behov av fortsatt uppföljning Avböjt uppföljning Flyttat till annan ort Avbrutit kontakt Hänvisad

Om hänvisad till primärvård/specialistvård: (Resultat/utfall)