

	Minste felles diagnostikk i Divisjon psykisk helsevern	
	Kategori: []	Gyldig fra: 07.05.2013
Organisatorisk plassering: HVRHF - Helse Bergen HF - Psykisk helsevern		Versjon: 5.00
		Prosedyre
Dok. eier: Instefjord, Hans Olav	Dok. ansvarlig: Arne Eriksen	

1. Forankring

[Lov om helsepersonell](#) § 4 Forsvarlighet

[Rundskriv I-20/2001 HOD](#); Lov om helsepersonell m./merknader

[Lov om spesialisthelsetjenesten](#) § 3-8 Sykehusenes oppgaver

2. Hensikt

Prosedyren skal sikre at enhver pasient over 18 år, som henvises til Divisjon psykisk helsevern, får en felles grunnleggende utredning. Avvik fra prosedyren skal grunngis i journalen.

3. Omfang og definisjoner

Denne prosedyren omhandler grunnleggende utredning av pasienter over 18 år. Ytterligere utredning vil ofte være nødvendig og må vurderes på bakgrunn av problemstilling og resultater fra den grunnleggende utredningen.

Ved øyeblikkelig hjelp må tiltak/behandling iverksettes på bakgrunn av en ø.hj. vurdering, og ofte uten at alt i den grunnleggende utredning er gjennomført. De resterende deler av den grunnleggende utredning gjennomføres når pasientens tilstand tillater det.

4. Ansvar

Klinikkdirektørene har ansvar for at denne prosedyren blir gjort kjent for og praktiseres av de ansatte.

Den enkelte arbeidstaker har ansvar for å følge prosedyren.

Overlege eller psykologspesialist med relevant spesialisering har ansvar for utredning og behandling og har således ansvar for at prosedyren blir utført på forsvarlig måte. Ansvar for somatisk utredning inkludert blodprøver, påligger lege.

Annet helsepersonell kan ivareta oppfølging av pasienter, jf. [§ 4 i Lov om helsepersonell med merknader](#).

Se også [Faglig ansvarlig i seksjon](#) og [Ansvar for medikamentell behandling i Divisjon psykisk helsevern](#).

5. Utførelse

Minste felles diagnostikk i Divisjon psykisk helsevern omfatter:

- a) Journalopptak - [mal](#)
- b) [Blodprøver](#) og [somatiske undersøkelser](#)
- c) Obligatorisk strukturert intervju: [M.I.N.I. \(Mini Internasjonalt Nevropsykiatrisk Intervju\)](#)
(se til høyre under ”Relaterte lenker”)

Ved gjentatt behandlingskontakt innen ett år er det vanligvis ikke nødvendig med ny M.I.N.I. med mindre sykdomsbildet har endret seg.

[Journalføring i DIPS](#): Oppfylte kriterier og en grunngitt total diagnostisk vurdering. Oppsummeringsskjemaet scannes inn.

[Tilbake](#)**JOURNALMAL** (jf. også [Mal for journalopptak i Psykiatrisk klinikk](#))

Det vil ofte ikke være mulig å innhente all informasjon ved første kontakt, spesielt ikke i akutt-situasjoner. Dette bør kommenteres i inntakstjournalen (eks.: ”**Voldshistorie – våpentilgang:** Ikke avklart”), da det synliggjør hvilke informasjon som må innhentes på et senere tidspunkt under innleggelsen/i konsultasjonsserien. I en akutt-situasjon vil hovedfokus være på ”**Aktuelt**” og ”**Psykisk status presens**”. Malen er ikke en kronologisk intervjuguide, og det vil ofte være naturlig først å samtale med pasienten om ”**Aktuelt**”.

A. ANAMNESE**Innledning**

- Kjønn/alder
- Opphold/behandlingsserie nummer
- Paragraf (innleggelsespapirer med legeerklæring og legeopplysninger finnes i orden /ikke i orden)
- Innleggende/henvisende lege
- Bakgrunn for henvisning/innleggelse
- Fastlege
- Ved elektiv behandling: Dato for mottatt henvisning
Resultat fra inntaksmøte om rettighetsvurdering

Familie**Oppvekst****Interesser/ressurser****Sosialt nettverk****Samlivsforhold****Barn under 18 år og deres situasjon****Bolig/økonomi****Skole/arbeid/militærtjeneste****Rusmiddelanamnese****Førerkort****Voldshistorie - våpentilgang****Somatisk sykehistorie og nåværende helse**

Medikamentanamnese og aktuelle medisiner: Se [Innskrivning og opptak av legemiddelanamnese](#)

Allergier**Naturlige funksjoner**

Appetitt - vektendring, søvn, ev. annet

Premorbid personlighet

Premorbid psyke, selvbilde, personlige vansker, atferdsproblemer, interpersonelle forhold

Psykiatrisk sykehistorie og tidligere behandling

Aktuelt**Individuell plan:** Ja/nei/ikke utredet**B. STATUS PRESENS****Psykisk status presens**

- Observasjon: atferd, emosjonell tilstand, tale, påkledning, hygiene og lignende
- Orientert for tid, sted, situasjon
- Hukommelse
- Evnenivå
- Stemningsleie og psykomotorikk
- Psykotiske symptomer: hallusinasjoner, vrangforestillinger, formelle tankeforstyrrelser
- [Selvmordsrisiko, -kartlegging og –vurdering](#)
- [Screening for voldsrisiko](#). Se også [Vurdering av voldsrisiko](#) og [Søknad om tjenester ved Klinikk sikkerhetspsykiatri](#)
- Sykdomsfølelse, sykdomsinnsikt, behandlingsmotivasjon

Somatisk status presens

For polikliniske pasienter:

- Allmenntilstand
- Blodtrykk/puls
- Pulmones/cor

Dersom det er fastlegen som har foretatt/foretar den nødvendige somatiske undersøkelse, må resultatene journalføres.

For inneliggende pasienter:

- Allmenntilstand
- Ev. promille
- Vekt/høyde
- Blodtrykk/puls
- Pulmones/cor
- Abdomen
- Orienterende nevrologisk undersøkelse

C. KARTLEGGINGSVERKTØY:

[M.I.N.I. \(Mini Internasjonalt Nevropsykiatrisk Intervju\)](#) er obligatorisk del av en utredning, men ikke alltid aktuell å gjennomføre ved første kontakt

[GAF-F og GAF-S \(Bakgrunn og skåringsveiledning\)](#)

**D. VURDERING MED TENTATIV DIAGNOSE (ICD-10)
/DIFFERENTIALDIAGNOSTISK VURDERING****E. TILTAK OG BEHANDLINGSPLAN****F. OPPSUMMERING**

[Tilbake](#)**BLODPRØVER**

Psykiatri Innkost Voksne Utvidet (v/1. gangs innleggelse/behandlingskontakt, samt x 1 pr. år ved reinnl./lengre opphold/beh.serier)	Psykiatri Innkost Voksne Enkel (ved reinnl./ny beh.serie innenfor samme år)	ECT	ECT ukentlig (v/risiko for el.lyttforstyr.)
LPK Hb TPK MCV Homocystein (Hcy) Kobalamin Natrium Kalium Kreatinin Calcium Albumin Glukose-fastende HbA1c CRP GT ALAT TSH Total-kolesterol TG LDL HDL	LPK Hb TPK Natrium Kalium Kreatinin Calcium Albumin Glukose-fastende CPR GT ALAT	LPK Hb Tpk Natrium Kalium Kreatinin Calcium Albumin Glukose-fastende CRP GT ALAT TSH	Natrium Kalium Calcium

[Tilbake](#)

SELMORDSFARE

Risikofaktorer

- Psykisk lidelse
- Rusmiddelavhengighet/rusmiddelmissbruk
- Tidligere selvmordsforsøk (antall og alvorlighetsgrad)
- Brudd i relasjon (inkludert utskrivelse fra døgnenhet)
- Selvmord i familien
- Tap av selvaktelse/ærekrenkelse (media)
- Manglende nettverk

Spesifikke spørsmål som bør stilles

- Har pasienten selvmordstanker?
- Er tankene til stede hele tiden/av og til?
- Har pasienten selvmordsplaner og hvor konkrete er disse?
- Hører pasienten stemmer som sier at han/hun skal ta livet av seg selv eller andre?
- Har pasienten uttalt håpløshet eller dødsønske?
- Har pasienten tilgang til våpen, farlige medisiner m.m. i hjemmet?

Det bør gjøres en vurdering av selvmordsrisiko som omfatter person, situasjon og tidsperiode. Aktuell psykisk status bør vurderes i relasjon til risikofaktorer og selvmordstanker eller planer.

Se også:

[IS-1511 Retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern](#)
[Vurdering av selvmordsrisiko](#)