

		Klinikknivå			Kliniske fagprosedyrer
Basis utredning for voksne psykisk helsevern (pakkeforløp)					Side 1 av 4
Dokumentplassering: II.KPH.2.4.2-29		Godkjent dato: 14.12.2018	Revideres innen: 14.12.2020	Sist endret: 17.12.2018	Revisjon: 2.00

Klinikknivå/Klinikk for psykisk helse - psykiatri og avhengighetsbehandling/Pasientforløp/Utredning - diagnostikk/Veiledning til utredning
 ENDRINGER FRA FORRIGE VERSJON: []

Hensikt

Sikre basis utredning av voksen pasienter i KPH. Pasienter med avklart tilstand som søkes inn i pakkeforløp for aktuell tilstand, følger pakkeforløp for tilstanden.

Utredningen omfatter det som anses som ”best practice”, og skal utgjøre grunnlaget for en diagnostisk vurdering. Basis utredning skal gjennomføres innen en tidsramme på 6 uker fra første fremmøte, jf. Psykisk lidelser – pakkeforløp for voksne (IS 2641).

Unntak for retningslinjen er pasienter som er henvist til «*øyeblikkelig hjelp*» **vurdering**. Pasienter innlagt eller under oppfølging som følge av «*øyeblikkelig hjelp*» følger retningslinje «[Utredning i akutfase - psykisk helsevern for barn/ungdom og voksen](#)». Dersom pasienten er henvist til psykisk helsevern som *øyeblikkelig hjelp*, skal pasienten tilbys pakkeforløp dersom det vurderes behov for videre utredning eller behandling.

Ansvar

Ansvar for at basis utredning gjennomføres, ligger hos ansvarlig behandler. Diagnoser skal settes i samarbeid med tverrfaglig team der det er spesialist representert, eller i/under veiledning med/hos spesialist.

Som hovedregel skal alle pasienter sees av spesialist i psykologi/psykiatri. Unntaket må være begrunnet ut fra tilstand og alvorlighetsgrad.

Basis utredning

Innkomststale/ Innledende samtale	Anamnese	MINI	Ruskartlegging
IOWA	Somatisk avklaring/utredning	GAF S/F	Supplerende utredningsverktøy

➤ [Diagnostisk vurdering og konklusjon](#)


Innkomststale/innledende samtale

Innledende samtale skal være kontaktetablerende, alliansebyggende og avklarende med tanke på henvisning og formål med utredning. Følgende må inngå avklares: pasientens behov, mål og ønsker for behandling og oppfølging. I tillegg skal selvmordskartlegging og voldsrisikokartlegging gjøres i første samtale. For veiledning til innkomst følg følgende link:

- [Innkomstnotat døgntilrettelagt KPH - veiledning](#)
- [Innkomstnotat poliklinikk KPH - veiledning](#)

Er det behov for tiltak, **skal** krise og mestringsplan utformes allerede her.

Utarbeidet av: Gro M. Eilertsen/Fagråd KPH	Fagansvarlig: Fagråd KPH/Ledergruppen KPH	Verifisert av: <input type="checkbox"/>	Godkjent av: Ingeborg Sele Danielsen	Dok.nr: D47593
--	---	--	--	--------------------------

		Basis utredning for voksne psykisk helsevern (pakkeforløp)			Side: 2 Av: 4
Dokument-id: II.KPH.2.4.2-29	Utarbeidet av: Gro M. Eilertsen/Fagråd KPH	Fagansvarlig: Fagråd KPH/Ledergruppen KPH	Godkjent dato: 14.12.2018	Godkjent av: Ingeborg Sele Danielsen	Revisjon: 2.00

Klinikknivå/Klinikk for psykisk helse - psykiatri og avhengighetsbehandling/Pasientforløp/Utredning - diagnostikk/Veiledning til utredning

Det er viktig å tydeliggjøre rammene for hva en basis utredning omfatter for å sikre forutsigbarhet og tydelige rammer for pasienten mtp. det videre pasientforløpet. Behandleren tar ansvar for å avstemme relasjonen ut fra rammene for kontakten.



Anamnese

Anamnesen omfatter

- aktuell anamnese,
- utviklingsanamnese og
- sykdomsanamnese, være seg både somatisk og psykiatrisk.

Dersom det er nødvendig med omfattende anamneseopptak enn det som fremkommer i innkomstnotatet, opprettes eget anamnesedokument jmf. mal i DIPS og egen [anamneseveileder](#).

«Behandler må bruke klinisk skjønn og vurdere hva som er aktuelt for den enkelte pasient».



MINI

MINI er et semistrukturert intervju for utredning av psykiske lidelser. Det er et hjelpemiddel for å understøtte det kliniske skjønn og vurderingen som gjøres. Det kan benyttes [MINI Screen](#) dersom man ønsker dette.

Dersom det fremstår lite klinisk nyttig å gjennomføre MINI (pasientens fremstår klart psykotisk eller under ruspåvirkning), dokumenteres vurderingen i pasientens journal. [Pasienter i TSB følger basis utredning for TSB](#).



IOWA


IOWA (IPDS) er et screeninginstrument for personlighetsforstyrrelse. Screeningen består av 11 ja/nei spørsmål. Dette er (som ved MINI) et hjelpemiddel som kan støtte opp om klinisk skjønn og vurderinger som gjøres. Det er ikke alene diagnostisk, men kan indikere behov for videre utredning. Vær oppmerksom på at utfall ved denne screeningen må sees i sammenheng med den resterende utredningen. IOWA er tilgjengelig på helsebiblioteket sine nettsider: [IOWA](#).



Ruskartlegging

Ruskartlegging *skal* gjennomføres i basis utredning/innkomstsamtalen.

Pasientens forhold til alkohol, narkotiske stoffer eller legemidler kan skal kartlegges. Dette kan gjøres ustrukturert gjennom samtalen, eller ved bruk av **AUDIT** og/eller **DUDIT**.

 SØRLANDET SYKEHU		Basis utredning for voksne psykisk helsevern (pakkeforløp)			Side: 3 Av: 4
Dokument-id: II.KPH.2.4.2-29	Utarbeidet av: Gro M. Eilertsen/Fagråd KPH	Fagansvarlig: Fagråd KPH/Ledergruppen KPH	Godkjent dato: 14.12.2018	Godkjent av: Ingeborg Sele Danielsen	Revisjon: 2.00

Klinikknivå/Klinikk for psykisk helse - psykiatri og avhengighetsbehandling/Pasientforløp/Utredning - diagnostikk/Veiledning til utredning

AUDIT er et selvrapporteringskjema som kan avdekke et problematisk forhold til alkohol. Skjemaet omfatter 10 spørsmål. DUDIT omfatter 11 spørsmål for å identifisere problemer med narkotiske stoffer og/eller legemidler. Kartleggingen og at dette er gjennomført, skal fremkomme i pasientens journal.



Somatisk status

Som hovedregel bør somatisk status avklares hos fastlege. Dersom dette ikke foreligger ved henvisning, skal behandler kontakte fastlege og avklare ansvarsforhold knyttet til pasientens somatiske helse og vurdering av status.

Det er behandler i poliklinikk som er ansvarlig for å avklare oppfølging av somatisk status med fastlege. Dersom pasienten er i døgntilrettelagt behandling, er ansvaret for somatisk status lagt til spesialisthelsetjenesten.

Oppfølging bør skje i et samarbeid mellom fastlege, kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Lege i spesialisthelsetjenesten må ta stilling til om det skal gjøres supplerende undersøkelser ut ifra henvisning, pasientens symptomer og hvilke undersøkelser som er gjort hos fastlegen. Det er ikke et krav om at lege skal møte alle som utredes. Tverrfaglig team er en måte å ivareta den medisinskfaglige vurderingen. På indikasjon bør lege delta i utredning.

Egen anbefaling for å sikre helhetlig ivaretagelse:

- [Ivaretagelse av somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer \(følg link\).](#)

Somatisk status *skal* være dokumentert i journal.




GAF F/ GAF S

[GAF F og GAF S](#) settes i henhold til interne og gjeldende retningslinjer. GAF F/GAF S kan benyttes for å vurdere behandlingseffekt over tid (GAF S), samt for tilrettelegging av oppfølging/behandling med bakgrunn i vurdert funksjonsnivå (GAF F)



Supplerende utredningsverktøy

Behandler kan etter eget ønske supplere med andre utredningsverktøy der dette gir hensiktsmessig beslutningsstøtte for den diagnostiske vurderingen. Anbefalinger og forslag til supplerende utredningsverktøy for enkelte psykiske lidelser bl.a. gitt i Nasjonale behandlingsveiledere og lokale behandlingslinjer i EkWEB.

 SØRLANDET SYKEHU		Basis utredning for voksne psykisk helsevern (pakkeforløp)			Side: 4 Av: 4
Dokument-id: II.KPH.2.4.2-29	Utarbeidet av: Gro M. Eilertsen/Fagråd KPH	Fagansvarlig: Fagråd KPH/Ledergruppen KPH	Godkjent dato: 14.12.2018	Godkjent av: Ingeborg Sele Danielsen	Revisjon: 2.00

Klinikknivå/Klinikk for psykisk helse - psykiatri og avhengighetsbehandling/Pasientforløp/Utredning - diagnostikk/Veiledning til utredning

Diagnostisk vurdering

Standard utredning skal føre til en diagnostisk vurdering med en konklusjon i form av ICD-10 diagnose(r). Diagnostisering skal settes i samarbeid med tverrfaglig team der det er spesialist representert, eller i/under veiledning med/hos spesialist. Vurderingen dokumenteres i DIPS. Dokumenteringen gjøres i mal; ”[Diagnostisk vurdering...](#)”. Bakgrunnen for den diagnostiske vurderingen skal fremkomme av notatet.

Der standard utredning ikke fører til en diagnostisk konklusjon men *tentativ diagnose*, er dette konklusjon i den diagnostiske vurderingen. Beslutningspunktet dokumenteres jf. [Beslutningspunkt](#) skjema og i journalnotat fra tverrfaglig samråd/team.

Utvidet utredning initieres. Denne **skal** ferdigstilles innen 6 uker og følger utredning skissert i aktuelt pasientforløp for den tentative diagnosen (aktuelt pakkeforløp, nasjonale retningslinjer og/eller pasientforløp KPH).

Det er god praksis å vise i epikrise/utskrivningsnotatet i journalen (f.eks. dato) hvor den diagnostiske vurderingen kan gjenfinnes.

Kryssreferanser

[II.KPH.2.3.8-3](#)

[II.KPH.2.3.8-4](#)

[II.KPH.2.4.1-1](#)

[II.KPH.2.4.2-1](#)

[II.KPH.2.4.2-25](#)

[II.KPH.2.4.2-26](#)

[II.KPH.2.4.2-27](#)

[II.KPH.2.4.5-15](#)

[II.KPH.2.6.3-4](#)

[Innkomsnotat døgntilrettelagt KPH - veiledning](#)

[Innkomsnotat poliklinikk KPH - Veiledning](#)

[Anamnese KPH - Veiledning](#)

[Diagnostisk vurdering KPH - Veiledning](#)

[Pasientforløp - basis utredning TSB](#)

[Basis utredning for barn og unge \(pakkeforløp\)](#)

[Utredning i akutfase - psykisk helsevern for barn/ungdom og voksen](#)

[Beslutningspunkt - pasientforløp - veiledning til dokumentasjon](#)

[Kriseplan for pasienter i KPH](#)

Eksterne referanser