

		Klinikknivå		Generelt dokument	
Epikrise - veiledning					Side 1 av 4
Dokumentplassering: II.KPH.2.6.3-5		Godkjent dato: 19.06.2019	Gyldig til: 19.06.2021	Sist endret: 20.06.2019	Revisjon: 6.00

Klinikknivå/Klinikk for psykisk helse - psykiatri og avhengighetsbehandling/Pasientforløp/Utskriving - overføring/Dokumentasjon - journalføring ved utskrivning, overføring
 ENDRINGER FRA FORRIGE VERSJON: []

Journal skriving – mal Epikrise/avsluttende samtale (poliklinikk og døgn).

Denne malen gir et oppsett for utforming av en epikrise (planlagt siste samtale med pasient). Malen omfatter epikriser i VOP, BUP og TSB. Overskriftene nedenfor er innsatt i malen i DIPS, mens kursivskriften under hver overskrift er ment som en veiledning i forhold til hvilke informasjon som er tenkt plassert under den enkelte overskrift.

Informasjon til samarbeidende helsepersonell/fastelege:

- Pasienten bør informeres om at det lages et slikt notat/epikrise, og få vite hvem det sendes til.
- En bør respektere dersom en pasient ikke ønsker opplysningene videresendt, unntak er der dette er nødvendig for å sikre forsvarlig helsehjelp til pasienten (jf. helsepersonelloven §21, 22 og 45).
- Pasienten bør gis anledning til å opplyse hvem epikrise skal sendes til (jf. journalforskriften §9).

Dersom annet ikke opplyses eller fremgår, sendes epikrise til henvisende instans og til pasientens fastlege.

Epikrise skal skrives:

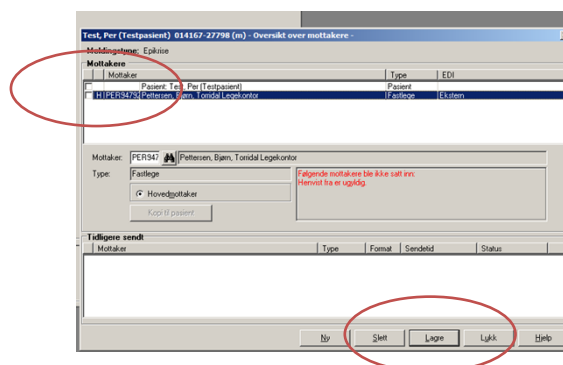
- Når pasientens behandling avsluttes i KPH (jf. journalforskriften § 9).
 - Ved utskrivning fra Klinikk for psykisk helse - psykiatri og avhengighetsbehandling skal epikrise (sammendrag av journalopplysninger) sendes det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten en forsvarlig oppfølging. Det samme gjelder ved poliklinisk behandling. **Gjennomgang av dette gjøres med pasient i utskrivningssamtale der utskrivningen er planlagt.**
- Når et pakkeforløp avsluttes
 - f.eks ved overgang mellom TSB og PHV, eller mellom PHV og PHBU.
- Når behandlingen avsluttes i psykiatrisk sykehusavdeling (PSA) og overføres til annen avdeling i KPH.

Ved alle andre overflyttinger internt i egen avdeling, mellom enheter, **kan** PS overflyttingsnotat benyttes. Dette erstatter proforma epikriser.

Epikrise malene er med edi. Mal med EDI innebærer at dokumentet automatisk sendes fastlegen, når notatet godkjennes. Dersom pasienten **ikke** ønsker at dokumentet sendes til fastlegen, må behandler velge bort mottakere i DIPS når notatet opprettes.

Se veiledning under:

Hvis notatet ikke skal sendes til noen, fjern kryss i boksene foran mottakere.



Trykk deretter på lagre, og notatet opprettes uten at det sendes når det godkjennes.

Utarbeidet av: Arb.gruppe Pasln	Fagansvarlig: Ledergruppe KPH	Verifisert av: []	Godkjent av: Ingeborg Sele Danielsen	Dok.nr: D23369
---	---	-----------------------------	--	--------------------------

 SØRLANDET SYKEHU		Epikrise - veiledning			Side: 2 Av: 4
Dokument-id: II.KPH.2.6.3-5	Utarbeidet av: Arb.gruppe Pasln	Fagansvarlig: Ledergroupe KPH	Godkjent dato: 19.06.2019	Godkjent av: Ingeborg Sele Danielsen	Revisjon: 6.00

Klinikknivå/Klinikk for psykisk helse - psykiatri og avhengighetsbehandling/Pasientforløp/Utskriving - overføring/Dokumentasjon - journalføring ved utskrivning, overføring

Egne krav for epikrisetider foreligger, blant annet krav til en dagsepikrise etter avsluttet behandling. Ved behov for mer omfattende skriftliggjøring av vurderinger/utredninger, skrives dette i egen rapport.

I malen er deler av teksten i kursiv. Tekst i kursiv skal **ikke** stå i den ferdige epikrisen. Den er ment som veiledning til utskrivningssamtalen for den som skriver, og strykes før epikrisen er ferdig. Alle understrekede punkter skal fylles ut. Sett «uaktuelt/vurdert som ikke aktuelt» o.l. dersom det aktuelle punktene ikke er aktuelt for pasienten. Det er viktig for mottaker for slik å vite at dette er vurdert.

Epikrise:

Autotekst: Pasientens navn, f.nr, adresse:

I behandling Fra: *autotekst* **Til:** *autotekst* **Antall timer :** *før inn et estimat av antall timer*

Diagnose: (ICD 10): *sikre at alle pasientens diagnoser blir ført opp*

CGAS (barn og ungdom)

GAF F: **GAF S:** (= ved avslutning)

Koordinator i spesialisthelsetjeneste: *dersom teksten ikke kommer opp, må behandler føre inn.*

Behandlingsansvarlig: *navn på ansvarlig behandler*

Individuell plan: *forespør og avklar om pasienten har behov for individuell plan. Ved behov kontakt koordinerende enhet i gjeldende kommune.*

Paragraf/ paragrafendring: *paragraf pasienten har vært underlagt, ev. endringer her*

Bakgrunn for henvisningen

Redegjør kort for følgende:

- *Relevant informasjon fra henvisningskriv (henvist fra hvor, når, årsak).*
- *Sykehistorikk psykiatri og somatikk der dette er relevant for epikrisen*
- **Kortfattet** *resyme av tidligere og aktuell sykehistorie.*

Diagnostisk vurdering

Diagnose med begrunnelse. Gjennomgås med pasient i siste samtale.

Hovedpunktene hentes primært fra diagnostisk vurdering.

Følgende bør fremkomme:

- *Bakgrunn, tester/utredningsverktøy benyttet som beslutningsstøtte*
- *Somatisk utredning som er aktuell må fremkomme (blodprøver, CT etc.).*
- *Differensialdiagnostiske vurderinger*
- *Konklusjon med vurdering*

Oppsummering av behandling

*Kan hentes direkte fra **PS Behandlingsplan evalueringspunkt.***

Beskriv behandlingsforløp som er ikke medikamentelt og vurderinger som er foretatt knyttet til behandlingen.

Erfaringer, effekt, vurderinger foretatt.

 SØRLANDET SYKEHU		Epikrise - veiledning			Side: 3
					Av: 4
Dokument-id: II.KPH.2.6.3-5	Utarbeidet av: Arb.gruppe Pasln	Fagansvarlig: Ledergroupe KPH	Godkjent dato: 19.06.2019	Godkjent av: Ingeborg Sele Danielsen	Revisjon: 6.00

Klinikknivå/Klinikk for psykisk helse - psykiatri og avhengighetsbehandling/Pasientforløp/Utskriving - overføring/Dokumentasjon - journalføring ved utskrivning, overføring

Opplevd nytte og effekt av pasient (og hvis aktuelt pårørendes opplevelse).

Medikamentell behandling

Medikamentell behandling hentes fra medikamentmodulen (følg veiledning i DIPS. Husk å slette den røde teksten).

*Evaluering og vurdering kan hentes fra **PS Behandlingsplan** evalueringspunkt.*

Redegjør for:

- *Medikamentendringer gjort av oss. Begrunnelse. Vurdering av effekt inklusiv bivirkninger*
- *Gjeldende medisiner ved avslutning. (inklusive somatiske medikamenter)*

Somatisk helse, undersøkelser og behandling

Der pasientens somatiske helse er fulgt opp, redegjør for dette.

Undersøkelser som er foretatt med utfall.

Behandling som er initiert, evt. redegjør for vurderinger foretatt i forløpet.

Livsstilsfaktorer, tiltak knyttet til somatiske problemstillinger.

Risikovurderinger (selvmordsrisikovurdering, voldsrisikovurdering, risiko for overdose) ev. tiltak (der dette er aktuelt):

*Redegjør og kort for de kartlegginger som er gjort, og ev. vurderinger gjort på indikasjon. Der det er behov for tiltak, noteres dette. **Oppdatert kartlegging gjøres i avsluttende samtale. Vurdering på indikasjon.***

Kriseplan/mestringsplan

Har pasienten kriseplan, redegjør kort for denne.

Vurdering av tilstand ved avslutning

Redegjør for pasientens status ved avslutning og ev. endringer i tilstand/symptomer siden henvisning.

Følgende bør fremkomme i vurderingen:

- *psyk.status ved utskrivningstidspunkt*
- *voldsrisikovurdering (er dette aktuelt/uaktuelt – noter i så tilfelle dette)*
- *selvmordsrisikovurdering (dokumenter om det er aktuelt eller uaktuelt, og vurderinger foretatt i forhold til dette)*
- *Overdoserisikovurdering (dersom det er aktuelt/rus).*
- *Effekt av behandling, evaluering og erfaring fra både pasient og terapeut (nytteverdi av terapien).*
- *Samlet vurdering på utskrivningstidspunkt, evt. om tilstanden er i remisjon.*

Videre tiltak og oppfølging, ev. råd (ansvarlig oppgis i parentes):

Redegjør for hvilke tiltak, ev. oppfølging og råd som er gitt. Er det sendt søknader til NAV o.l. noteres dette her? Redegjør for hvem som er ansvarlig.

Barnehage/skole/arbeid/sosial funksjon:

Dersom det er behov for oppfølging i forhold til skole, barnehage og jobb, noteres dette.

Plan for tilbakeføring til arbeid

Sosial fungering, behov for tiltak/oppfølging

Funksjonsnivå – hvordan fungerer vedkommende i hverdagslivet

 SØRLANDET SYKEHU		Epikrise - veiledning			Side: 4 Av: 4
Dokument-id: II.KPH.2.6.3-5	Utarbeidet av: Arb.gruppe Pasln	Fagansvarlig: Ledergruppe KPH	Godkjent dato: 19.06.2019	Godkjent av: Ingeborg Sele Danielsen	Revisjon: 6.00

Klinikknivå/Klinikk for psykisk helse - psykiatri og avhengighetsbehandling/Pasientforløp/Utskriving - overføring/Dokumentasjon - journalføring ved utskrivning, overføring

Tiltak fra andre instanser/tjenester:

Oppfølging fra fastlege, NAV, likemenn, brukerorganisasjon, hj.sykepleien, attføringstiltak/NAV m.fl. sykemelding, barneverntjenesten, familievern, møter med andre m.m.

Tips til fastlegen om videre oppfølging av pasienten eventuelt hva som bør tilsi ny henvisning

Behov for individuell plan?

*Behov for tiltak/ivaretagelse av barn som pårørende - Redegjør kort for kartlegginger og vurderinger som er gjort. **Dette gjennomgås med pasient i utskrivningssamtalen** der det er aktuelt.*

Ev. behov for tiltak, skal fremkomme her. Pasientens opplevelse og vurdering av dette, bør også fremkomme.

Informasjon til fastlege/Medikamentell oppfølging/tiltak/kontroll:

Oppfølging fra fastlegen

Eventuelt forslag til endring videre. Anbefalt behandlingsslengde.

Anbefalt kontrollopplegg for medisineringen / somatisk oppfølging.

Tidspunkt for kontroll, tydeliggjøre pasient/pårørendes ansvar for å få time.

Redegjøre for medikamentoppfølgingsplan for fastlege (når, innhold, osv).

Autotekst:

Med hilsen

Forfatternavn

dato

Kryssreferanser

[II.KPH.2.1.5-3](#)

[II.KPH.2.3.1-9](#)

[II.KPH.2.4.3-4](#)

[II.KPH.2.6.3-9](#)

[Voldelig atferd - vurdering av risiko](#)

[Overdoserisiko - kartlegging og vurdering](#)

[PPR evalueringspunkt - veiledning til dokumentasjon](#)

[Utskrivningssamtale - Avsluttende samtale](#)

Eksterne referanser