

		Klinikknivå			Generelt dokument
<b>Innkomstnotat døgntilrettelagt KPH - veiledning</b>					Side 1 av 5
Dokumentplassering: <b>II.KPH.2.3.8-3</b>		Godkjent dato: <b>03.01.2024</b>	Gyldig til: <b>03.01.2026</b>	Sist endret: <b>04.06.2024</b>	Revisjon: <b>7.01</b>

Klinikknivå/Klinikk for psykisk helse - psykiatri og avhengighetsbehandling/Pasientforløp/Mottak - innleggelse/Dokumentasjon - journalføring ved mottak  
 ENDRINGER FRA FORRIGE VERSJON: []

## Journalisering – mal innkomstnotat døgntilrettelagt (VOP, TSB og ABUP).

Dokumentasjon av innkomst ved døgntilrettelagt gjøres i henholdsvis:

- Innkomstjournal behandler (VOP og TSB)
- BUP Innkomstnotat

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. ***I journalmalen skal all kursiv tekst slettes.*** Innkomstnotat i døgntilrettelagt er forutsatt godkjent fortløpende, dvs. normalt i løpet av første ordinære arbeidsdag etter at samtalen fant sted.

Ved en mer omfattende diagnostisk utredning, dokumenteres dette i et eget notat:

- BUP Klinisk/diagnostisk vurdering (ABUP).
- Diagnostisk vurdering ... (TSB og VOP)

Det vises til veiledningen for notatene «*BUP Klinisk/diagnostisk vurdering/ Diagnostisk vurdering...*».

Anamneseopptak inngår som en del av standard utredning. Hvor omfattende anamneseopptak avhenger av:

- henvisningsgrunn,
- problemstilling (for eksempel førstegangs psykose, ADHD og annen mer gjennomgripende eller sammensatt psykisk lidelse).
- om innleggelse er akutt eller elektiv,
- lengde på innleggelsen.

Der det foretas en ***basis utredning***, skal det opprettes et eget anamnesedokument, med en mal som er mer egnet for dokumentasjon av en omfattende anamnese. Dette er henholdsvis:

- BUP Anamnese og PS Anamnese (VOP/TSB). Det vises til veiledningen for notatene BUP Anamnese og PS Anamnese (VOP/TSB).

### Formalia:

<b>Innlagt dato:</b>	
<b>Innleggende lege/Instans:</b>	
<b>Henvisningsparagraf:</b>	
<b>Innlagt:</b>	
<b>Fastlege:</b>	
<b>Ansvarlig behandler:</b>	
<b>Koordinator i HF:</b>	
<b>Samarbeidspartnere i kommunen:</b>	

Flere av variablene ovenfor er autogenerert. Fyll ut med rollene som angis i tabellen over der det mangler, og kommenter her om nødvendig. [Behandlingsansvar - roller i pasientforløpet](#)

Utarbeidet av: <b>Gro M. Eilertsen/Helge Skar Dokka</b>	Fagansvarlig: <b>Fagråd KPH/Ledergruppen KPH</b>	Verifisert av: <b>[]</b>	Godkjent av: <b>Ingeborg Sele Danielsen</b>	Dok.nr: <b>D23371</b>
--	---	-----------------------------	--	--------------------------

 SØRLANDET SYKEHU		<b>Innkomstnotat døgnsbehandling KPH - veiledning</b>			<b>Side: 2</b> <b>Av: 5</b>
Dokument-id: II.KPH.2.3.8-3	Utarbeidet av: Gro M. Eilertsen/Helge Skar Dokka	Fagansvarlig: Fagråd KPH/Ledergruppen KPH	Godkjent dato: 03.01.2024	Godkjent av: Ingeborg Sele Danielsen	Revisjon: 7.01

Klinikknivå/Klinikk for psykisk helse - psykiatri og avhengighetsbehandling/Pasientforløp/Mottak - innleggelse/Dokumentasjon - journalføring ved mottak

## Aktuell innleggelse og problemstilling

*Årsak til innleggelsen, foranledning til innleggelsen.*

*Type innleggelse (akutt eller elektiv, tvang eller frivillig).*

*Målsetting/bakgrunn for innleggelse.*

*Behandlingsansvarlig under oppholdet.*

*Poliklinisk behandler.*

*Aktuelle plager, problemer, symptomer, arvelighet/relevant anamnestic informasjon*

*Når og hvordan oppstod det.*

*Utviklingsløp. Evt. pårørendes vurdering av utviklingsforløpet, når dette er aktuelt.*

*Evt. supplerende undersøkelser og/eller rapporter innhentet før samtalen, relevant bakgrunnsinformasjon.*

## Pasientens problemforståelse og motivasjon for innleggelse

*Hvilke motivasjon har pasienten for behandling?*

*Hvilke behov eller forventninger har pasienten?*

*Egne forsøk på å mestre problemene.*

*Egne tanker om årsakene til problemene.*

*Når og hvordan oppstod det.*

## Tidligere behandling i psykisk helse og/eller rusbehandling og/eller somatikk

*Tidligere somatisk behandling*

*Kortfattet psykiatrisk sykehistorie som omfatter blant annet tidligere behandling(er), diagnoser, innleggelser, poliklinisk eller dagbehandling, medisiner og effekt av behandling.*

*Kommunale behandlingstiltak inkluderes.*

*Tidligere medisiner*

*Hjemmesykepleie/hjemmehjelp m./navn, biveileder, støttekontakt, likemann, verge etc*

### **Psykisk og somatiske sykdommer i familien**

*Redegjør for arvelige forhold som ev. forekommer.*

## Psykososiale forhold

*Problemer i forhold til andre mennesker*

*Aktuelle økonomiske og sosiale problemer*

*Kort om:*

- *nåværende familiesituasjon/samlivssituasjon,*
- *omsorgsansvar for barn, mindreårige søsken*
- *bolig, arbeid, skole, økonomi.*

*Omsorgsansvar/barn – benytt kartleggingsskjema.*

## Avklaring om pasientens barn og søsken

*Pasientens relasjon til barna? Er barna informert om behandling/hendelse/død? Har barna forsvarlig tilsyn ved behandling/innleggelse? Avklar/vurder barnas behov for informasjon og oppfølging?*

## Somatisk helse og levevaner

*Kroniske sykdommer, akutte alvorlige sykdommer, evt. tannhelse,*

*Naturlige funksjoner: søvn, appetitt, vekt, menstruasjon, avføring, vannlatning*

		<b>Innkomstnotat døgntilrettelagt KPH - veiledning</b>			<b>Side: 3</b> <b>Av: 5</b>
Dokument-id: II.KPH.2.3.8-3	Utarbeidet av: Gro M. Eilertsen/Helge Skar Dokka	Fagansvarlig: Fagråd KPH/Ledergruppen KPH	Godkjent dato: 03.01.2024	Godkjent av: Ingeborg Sele Danielsen	Revisjon: 7.01

Klinikknivå/Klinikk for psykisk helse - psykiatri og avhengighetsbehandling/Pasientforløp/Mottak - innleggelse/Dokumentasjon - journalføring ved mottak

*Allergier: Hvilke, nevne hvilke type reaksjon*  
*Ernæringstilstand, ev. vektendringer*  
*Livsstilsfaktorer, kosthold, fysisk aktivitet, røyking o.l.*  
*Tenner og munnhule,*

## Rusmidler og/eller avhengighet

*Forekommer det rus? Omfatter misbruk av både illegitime og legitime stoffer.*  
*Når begynte rusingen? Intoksikasjoner? Hva slags bruk? (injiserer, røyke, spise o.l.)*  
*Alvorlighetsgrad?*

*Hvilke narkotiske stoffer?*

- *Alkohol, rødsprit,*
- *Narkotiske stoffer (hasj, amfetamin, kokain, crack, ecstasy, LSD, PCP, GHB, heroin, sopp, sniffing, lim, anabole steroider),*
- *A-preparater (Dolcontin, Morfin, Subutex, Temgesic, Aporex, Fortralin, Ketogan, Petidin, Nobligan, Tramadol, Ketorax, Metadon, Ritalin, Dexamin, Rohypnol, Flunipam, Somadril),*
- *B-preparater (Vival, Stesolid, Valium, Alopam, Sobril, Xanor, Apodorm, Mogadon, Imovane, Stinocet, Heminevrin, Pinex forte, Paralgin forte, Paralgin major, Codalgin forte )*
- *Nikotin*

*Behandlingstiltak m/ resultater*

*Stimulantia: røykevaner/nikotin/snus/alkoholforbruk*

## Aktuell medisinerings

*Aktuelle medikamenter: Både somatiske medikamenter og psykofarmaka: Dose, hvor lenge brukt, bivirkninger*  
*Nylig seponert behandling*

*Pasientens erfaring av eventuell nåværende og tidligere legemiddelbruk.*  
*Vurdering av eventuell nåværende legemiddelbehandling mot indikasjon, effekt, bivirkninger.*

**Cave:** *Kraftige allergiske reaksjoner på medisiner, hvilke type reaksjon*

*Aktuelle medikamenter, nylig seponert behandling. Oppdater medikasjonsmodulen. Sett deretter tabell fra medikasjonsmodulen inn i innkomstnotatet. Dette gjøres ved å velge «**Sett inn**» og deretter «**Pasientens medikasjoner**» fra menylinjen øverst i skjermbildet når du skriver innkomstnotatet.*

## Status presens

- *pasientens fremtoning (utseende, motorikk, mimikk, kontakt og holdning, innstilling, psykomotorisk tempo).*
- *kognitive funksjoner (bevissthetsnivå, orientert for tid og sted, intellektuell fungering, språk, verbaliseringsevne, hukommelse, hallusinasjoner, selvoppfatning, vrangforestillinger, tankeprosesser, sykdomsinnsikt, sykdomsfølelse, realitetsorientering o.l.)*
- *affektive funksjoner (stemningsleie, affekter og somatiske plager, latens)*
- *karaktertrekk (personlighetstrekk og forsvarsstrategier, passiv, aggressiv, mistenksom, usikker, labil m.fl.)*

*MADRS nevnes dersom dette er aktuelt. Se egen retningslinje for [MADRS](#).*

## Somatisk undersøkelse

*(der dette er aktuelt) Ev. redegjør for undersøkelser foretatt av fastlege/legevaktlege. Ev. risikofaktorer som høyt blodsukker, høyt blodtrykk, høyt kolesterol, økt livvidde.*  
*Somatisk undersøkelse og blodprøver.*

		<b>Innkomstnotat døgntil behandling KPH - veiledning</b>			<b>Side: 4</b> <b>Av: 5</b>
Dokument-id: II.KPH.2.3.8-3	Utarbeidet av: Gro M. Eilertsen/Helge Skar Dokka	Fagansvarlig: Fagråd KPH/Ledergruppen KPH	Godkjent dato: 03.01.2024	Godkjent av: Ingeborg Sele Danielsen	Revisjon: 7.01

Klinikknivå/Klinikk for psykisk helse - psykiatri og avhengighetsbehandling/Pasientforløp/Mottak - innleggelse/Dokumentasjon - journalføring ved mottak

## Selvmoordskartlegging

Selvmoordsrisiko **skal** kartlegges hos alle pasienter i innkomst. Kartlegging innebærer å spørre om følgende:

- *selvmordstanker*
- *selvmordsplaner*
- *tidligere forsøk,*
  - *avskjedsbrev*

Dersom pasienten svarer bekreftende på et av punktene over og det fremkommer informasjon som tilsier behov for vurdering, **skal** det foretas en omfattende selvmordsrisikovurdering jmf. retningslinje Selvmordsrisikovurdering i KPH – kartlegging og vurdering (<http://kvalitet2.sshf.no/docs/pub/dok20230.pdf>).

### Følgende skal innhentes og vurderes:

- *Risikofaktorer*, (psykisk lidelse, tidligere forsøk, nylig relasjonsbrudd, rusmisbruk o.l. det er viktig å avklare med pasienten hva som oppleves som belastende)
- *Beskyttende faktorer*
- *Komparentopplysninger*

*Vurdering med konklusjon: dette er klinikerens vurdering av fremkommet informasjon. Ikke pasientens opplevelse eller påstand om risikobildet. Her skal klinikerene mene noe om informasjonen som har fremkommet relatert til selvmordstanker og planer. Drøfting av risiko med konklusjon og tiltak og tiltak skal dokumenteres i innkomstnotatet.*

## Voldsrisikokartlegging

*Aktuelle tanker, planer, hevnfantasier og tidligere utøvelse av vold.*

*Dersom det fremkommer informasjon som tilsier det på et av de overnevnte punktene skal det gjøres vurdering av risiko for voldelig atferd jmf. retningslinje «Vurdering av risiko for voldelig atferd»*

*Drøfting av risiko med konklusjon og tiltak skal dokumenteres i innkomstnotatet.*

**CGAS (ABUP):**

### Vurdering av tilstand (tentativ diagnoser)

*Undersøkerens vurdering av innsamlet informasjon. Dominerende symptomtild. Drøft diagnostiske hypoteser og diagnostisk tvil. Tentativ diagnose bør fremkomme. Plan for videre utredning og behandling. Behov for oppfølging av ev. selvmordsrisiko eller voldsrisiko skal vurderes.*

*CGAS hvis barn.*

*Vurdering av førerkort.*

*Videre kartlegging.*

## Tiltak

*Hva gjøres av tiltak under innleggelsen?*

- *Medikamentelt*
- *Terapeutisk*
- *Miljøterapeutisk*
- *Somatisk*
- *Førerkortvurdering?*

*Ansvarlig for tiltak dokumenteres.*

 SØRLANDET SYKEHU		<b>Innkostnotat døgntil behandling KPH - veiledning</b>			<b>Side: 5</b> <b>Av: 5</b>
Dokument-id: II.KPH.2.3.8-3	Utarbeidet av: Gro M. Eilertsen/Helge Skar Dokka	Fagansvarlig: Fagråd KPH/Ledergruppen KPH	Godkjent dato: 03.01.2024	Godkjent av: Ingeborg Sele Danielsen	Revisjon: 7.01

Klinikknivå/Klinikk for psykisk helse - psykiatri og avhengighetsbehandling/Pasientforløp/Mottak - innleggelse/Dokumentasjon - journalføring ved mottak

*Både medikamentell behandling, samtalerterapi og miljøterapi bør fremkomme.*

*Utforming av utrednings-/behandlingsplan (egen mal i DIPS).*

*Krise og mestringsplan (hvis aktuelt).*

## Observasjonspunkter

*Ønskede observasjoner under innleggelse (f.eks tegn på psykose, suicidalitet, ruspåvirkning, depresjon, atferd)*

## Tilsyn (hvis aktuelt)

- Dag(hyppighet, intervall, kontinuerlig, tryggingstilsyn)
- Natt(hyppighet, intervall, kontinuerlig, tryggingstilsyn)

## Utgang

Utgang med/uten følge.

## Autotekst: Journalskriver

### Dato

## Kryssreferanser

[I.6.2.8-1](#)

[Barn som pårørende-arbeidet - overordnet prosedyre - SSHF](#)

[I.6.2.8-9](#)

[Barn som pårørende - arbeidet - fremgangsmåte](#)

[II.KPH.2.3.1-2](#)

[Behandlingsansvar - roller i pasientforløpet](#)

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

[Overdoserisiko - kartlegging og vurdering](#)

[II.KPH.2.3.8-7](#)

[Selvmordsrisiko og -vurdering - Dokumentasjon](#)

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

[Anamnese KPH - Veiledning](#)

[II.KPH.2.4.1-20](#)

[MADRS](#)

[II.KPH.2.4.2-20](#)

[MADRS - Bruk av \(depresjonsgradering\)](#)

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

[Kriseplan for pasienter i KPH](#)

[II.KPH.4.1-24](#)

[Voldsrisikoutredning ved alvorlig psykisk lidelse- Vurdering av voldelig atferd](#)

[II.KPH.FEL.2.6-1](#)

[Pakkeforløp for utredning og behandling i psykiske helsevern, voksne \(HDir\)](#)

[II.KPH.FEL.2.6-2](#)

[Pakkeforløp for utredning og behandling i psykiske helsevern, barn og unge](#)

[\(HDir\)](#)

[II.KPH.FEL.2.6-3](#)

[Pakkeforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling \(HDir\)](#)

[II.KPH.FEL.2.6-4](#)

[Ivaretagelse av somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller](#)

[rusproblemer \(HDir\)](#)

## Eksterne referanser