

		Klinikk for psykisk helse - psykiatri og avhengighetsbehandling/Pasientforløp		Generelt dokument
Anamnese KPH - Veiledning				Side 1 av 5
Dokument ID: II.KPH.2.4.1-1	Tilknyttet:	Godkjent dato: 21.03.2025	Revisjon 6.01	

Hensikt

Sikre enhetlig dokumentasjon og riktig anvendelse av dokumenttyper i EPJ.

Målgruppe

Alle behandlere i KPH som utreder pasienter.

Fremgangsmåte

Dokumenttype «Anamnese» opprettes i pasientens behandlerjournal. Følgende dokumenttyper benyttes:

- BUP Anamnese
- PS Anamnese (VOP og TSB)

Bakgrunn

Denne malen gir et forslag til utforming av et mer omfattende anamneseopptak enn det som er omfattet av inkomstsamtalen. En mer omfattende anamnese inngår i basis utredning innen psykisk helsevern for barn og unge, og psykisk helsevern for voksne, ved Klinikk for psykisk helse, psykiatri og avhengighetsbehandling.

Notatet Anamnese vil kunne stå åpent (som et arbeidsnotat) så lenge anamneseopptaket varer, men er forutsatt godkjent så snart opptaket er avsluttet. Normalt vil dette kunne skje i løpet av 1- 3 konsultasjoner/samtaler. Disse konsultasjoner/samtaler dokumenteres fortløpende i kontinuerlig journal hvor også endringer i pasientens aktuelle tilstand/behandling dokumenteres. Dersom det senere er aktuelt å ajourføre anamnese-notatet, ved en ny behandlingskontakt eller endret problemstilling, kan det opprettes et nytt anamnesenotat hvor det settes inn link til tidligere anamneseopptak og det ajourføres/føres inn nye og aktuelle opplysninger for anamneseopptaket (Jmf. [Link mellom dokumenter i DIPS](#)).

Utredning av psykiske lidelser forutsetter kunnskap om pasientens utviklingshistorikk og normalutvikling. Der pasienten er i stand til å svare opp et anamneseopptak, foretas dette som et ledd i utredningen. Anamnese inngår som et ledd i den diagnostiske prosessen.

Hvor omfattende anamneseopptaket til den enkelte pasienter blir, avhenger av informanten og kunnskap pasienten har om egen utviklingshistorie, samt hvor relevant et fullt anamneseopptak vil være som ledd i den diagnostiske prosessen. Anamnesen er ment å være veiledende.

I tillegg til å få informasjon om pasientens kronologiske livshistorie, som er relevant med tanke på den diagnostiske prosessen, skal man også danne et bilde av hvordan personligheten er formet gjennom erfaringer og omstendigheter pasienten har møtt på. Det er ønskelig med informasjon som kan bidra til å formulere den relative innflytelsen av biologiske, sosiale og psykologiske forhold på pasientens aktuelle psykiske lidelse.

De nummererte overskriftene er innsatt i malen i DIPS, mens kulepunktene under hver overskrift er ment som en veiledning i forhold til hvilke informasjon som er tenkt plassert under den enkelte overskrift.

Utarbeidet av: Helge Skard Dokka/Gro M. Eilertsen	Fagansvarlig: Fagråd KPH/Ledergruppen KPH	Godkjent av: Ingeborg Sele Danielsen	
--	---	---	--



Dokument-id: II.KPH.2.4.1-1	Utarbeidet av: Helge Skard Dokka/Gro M. Eilertsen	Fagansvarlig: Fagråd KPH/Ledergruppen KPH	Godkjent dato: 21.03.2025	Godkjent av: Ingeborg Sele Danielsen	Revisjon: 6.01
--------------------------------	--	---	------------------------------	--	-------------------

Utskrevet: 21.03.2025

Anamnese

1) Opplysninger gitt av:

Der det ikke er pasienten som oppgir anamnesen, skriv inn hvem som gir informasjonen.

2) Svangerskap:

Forespør om svangerskap. Kartlegg følgende:

- Rus og/eller medikamenter benyttet i svangerskapet
- Komplikasjoner både under svangerskapet

3) **Fødsel:** til termin evt. prematur. Komplikasjoner ved fødsel, forløp, evt. apgarskår.

4) **Fødselsvekt:** ca vekt ved fødsel – evt. normalt, ingen avvik dokumenteres.

5) **Lengde:** ca lengde ved fødsel – evt. normalt, ingen avvik, dokumenteres.

6) **Barsel:** Komplikasjoner, evt. mors fysiske og/eller psykiske helse. Tilknyningspersoner og relasjon til mor, far, søsken evt. andre nære relasjoner.

- Amming/ernæring, vansker med vektøkning etc. som spedbarn
- Søvn og reguleringsvansker

7) **Utviklingsmessige milepæler og nåværende fungering**

Dersom det ikke er relevant informasjon på punktene under, eller aktuelt med tanke på utredning av pasienten, kan de evt. slettes.

Motorisk utvikling

Hvilke kjennskap man har til egen motorisk utvikling vil variere. Det vil være tilstrekkelig å notere evt. forsinkelser eller om det er bemerket at pasienten har vært tidlig motorisk, når det gjelder voksenpasienter.

Nåværende motorisk fungering

Har pasienten vansker med finmotorikk og/eller grovmotorikk. Vansker med motorisk fungering generelt?

Språklig utvikling

Når barnet sa første ord, satte to ord sammen, snakket rent, evne til språklig forståelse.

Nåværende språklig fungering

Evne til å artikulere, forståelse av ord og begreper, samt evne til å kunne gjøre seg forstått og uttrykke seg.

Renslighet (blære/tarmfunksjon)

Vansker med renslighet under oppveksten? Enurese og/eller enkoprese. Evt. nåværende utfordringer.

Sosial og emosjonell fungering

Pasientens opplevelse av vennskap/utenforskap, evnen til å etablere nære relasjoner, empatiske evner, evne til humor og ironi, følge og forstå regler og normer, turtaking, evne til å ta initiativ og kontakt ovenfor andre personer.



Dokument-id: II.KPH.2.4.1-1	Utarbeidet av: Helge Skard Dokka/Gro M. Eilertsen	Fagansvarlig: Fagråd KPH/Ledergruppen KPH	Godkjent dato: 21.03.2025	Godkjent av: Ingeborg Sele Danielsen	Revisjon: 6.01
--------------------------------	--	---	------------------------------	--	-------------------

Utskrevet: 21.03.2025

Dette punktet i anamnesen er ment å identifisere pasientens sosiale fungering både som barn, ungdom og som voksen.

8) Slekt og familieanamnese

I en utredning er det viktig å identifisere slektens belastninger både når det gjelder psykisk og somatisk sykdom. Under punktet kan det også inngå flyttinger, kriser i familien (suicider), voldsproblematikk, rus i slekt/familie o.l.

9) Barndom

Under dette punktet skal det fremkomme:

- Opplevelse av barndommen,
- Opplevde endringer i barndommen
- Beskrivelse av seg selv som barn, deriblant impuls kontroll, konsentrasjonsvansker, utadvendt, sjenert, usikker, innadvendt, tvangspreget, impulsiv etc.
- Sosiale oppvekstvilkår (økonomi, boforhold, bostedsmiljø).
- Omsorgssvikt (forsømmelse, brutalitet, mishandling, rusmisbruk, seksuelt misbruk).
- Førskolealder, med beskrivelse av sosial fungering, sterke sider og problemområder.

10) Barnehage/skole/utdanning/arbeid

Herunder skal følgende fremkomme:

- Faglig fungering, ved barne- og ungdomskole
- Sosial fungering (venner, konflikter, tilhørighet) ved barne- og ungdomsskole
- Behov for tilrettelegging i skole/arbeid
- Problemer av spesiell art: Dysleksi, mobbing, konsentrasjonsvansker, skulk.
- Mobbeproblematikk
- Høyere utdanning. Motivasjon, årsak til å ikke begynne eller til avbrudd. Fulgt eget ambisjonsnivå eller ble presset (foreldre, konkurranseforhold til søsken).
- Arbeidsliv
- Militærtjeneste o.l.

Både sterke sider og evt. problemområder bør belyses også på dette punktet.

11) Familie/nettverk/relasjoner/venner

- forhold til ektefelle, samboer, barn - hvor gamle, hjemmeværende?
- forhold til det annet kjønn generelt
- økonomi, livssyn, særlige kulturelle forhold

12) Personlighet

- utadvendt/innadvendt
- følsom/nærtstående/sårbar
- usikker/lav selvfølelse
- tvangspreget
- impulsivitet
- konsentrasjonsproblemer
- andre personlighetsvariabler



Dokument-id: II.KPH.2.4.1-1	Utarbeidet av: Helge Skard Dokka/Gro M. Eilertsen	Fagansvarlig: Fagråd KPH/Ledergruppen KPH	Godkjent dato: 21.03.2025	Godkjent av: Ingeborg Sele Danielsen	Revisjon: 6.01
--------------------------------	--	---	------------------------------	--	-------------------

Utskrevet: 21.03.2025

13) Somatisk helse

Generell somatisk helse, med fokus på:

- syn,
- hørsel,
- levevaner,
- fysisk aktivitet,
- søvn,
- hodeskader, ulykker med skader, operasjoner, sykehusinnleggelse,
- behandling i somatikken,
- seksuelliv.

I tillegg:

- kroniske sykdommer, diffuse tilstander
- akutte alvorlige sykdommer
- medisiner
- allergier
- naturlige funksjoner
 - søvn, matlyst, fordøyelse, menstruasjon mm
- tannhelse:
 - overkjeve, underkjeve, hull, infeksjoner, hygiene

14) Tidligere psykiske helseplager

Omfatter:

- nåværende og tidligere oppfølging fra psykisk helsevern,
- medikamentell behandling,
- fastlege oppfølging
- kommunal oppfølging

15) Rushistorie

Omfatter både illegal og legal rusbruk.

Kartlegg følgende:

- når begynte rusingen
- hvilke stoff
- behandlingstiltak m/ resultater
- stimulantia
 - røykevaner/nikotin/snus
 - alkoholforbruk

16) Voldshistorie/overgrep

- vold mot voksne (partnere og andre)
- vold mot barn
- erfaring av alternativer til vold – voldsmestring
- utsatt for seksuelle overgrep
- utøvd seksuelle overgrep

Ved kriminalitet:



Anamnese KPH - Veiledning

Side: 5
Av: 5

Dokument-id: II.KPH.2.4.1-1	Utarbeidet av: Helge Skard Dokka/Gro M. Eilertsen	Fagansvarlig: Fagråd KPH/Ledergruppen KPH	Godkjent dato: 21.03.2025	Godkjent av: Ingeborg Sele Danielsen	Revisjon: 6.01
--------------------------------	--	---	------------------------------	--	-------------------

Utskrevet: 21.03.2025

- dommer; betinget, ubetinget
- saker som kommer, tidfestes

Kryssreferanser

[I.3.15-6](#) Kartlegging av barn 0-18 år når foreldre mottar helsehjelp

[I.3.15-7](#) Kartlegging av barn 0-18 år når søsken mottar helsehjelp

[II.KPH.2.3.1-2](#) Behandlingsansvar - roller i pasientforløpet

[II.KPH.2.3.8-7](#) Selvmordsrisiko og -vurdering – Dokumentasjon

[II.KPH.2.4.2-23](#) [Utredning - Standard utredning voksne KPH](#)

[II.KPH.2.4.2-24](#) [Standard utredning KPH - Retningslinje](#)

Eksterne referanser