

Psykiatrisk anamnes

Hereditet: Förekomst av psykisk sjukdom eller psykiska besvär? Är någon i släkten vårdad på psykiatriskt sjukhus? Öppenvårdskontakt? Suicid? Narkomani, alkoholism, intellektuella handikapp?

Barndom och uppväxt: Född inom äktenskapet? Nr x/y syskon, åldersintervall till närmaste äldre och yngre syskon. Kort beskrivning av den emotionella miljön inom familjen och patientens relation till föräldrar och syskon. Separationer? Kamratrelationer? Ekonomi och bostadsförhållanden. VPL slutförd?

Skol- och yrkesutbildning, ev värnplikt samt arbeten: Fullföljd grundskola? Gymnasieutbildning? Yrkesutbildning? Eventuell akademisk utbildning? Skolresultat? Intresseområden? Förhållande till kamrater och lärare? Tidigare arbeten? Nuvarande arbete?

Sexualitet, närrelationer, ev äktenskap: Attityd till sexualitet i uppväxtmiljön? Sexuell debut? Enbart tillfälliga sexuella förbindelser? Homosexuella kontakter? Osäker könsidentitet? Samboende, ev äktenskap och skilsmässor? Barn, graviditeter, aborter?

Aktuella hemförhållanden och fritidsintressen: Relationer inom familjen? Förhållandet till släkt och vänner? Bostad och ekonomi? Intressen: ex familjen, litteratur, sport, politik, föreningsaktiviteter?

Tidigare och aktuell personlighet: Lätt att knyta kontakter? Förmåga att klara av ensamhet? Starkt beroende till en enda person? Inbunden, blyg, öppen, frimodig? Lätt uttröttbar? Oro för nya situationer? Noggrann, slarvig? Impulsiv? Livlig fantasi? Lätt att bli retlig, aggressiv, blödig? Tidpunkt och aktuell situation vid eventuella personlighetsförändringar?

Tidigare psykiska besvär: Psykiska besvär som barn? Under tonåren? Tidpunkt, typ och förlopp av tidigare psykiska besvär. Tidigare utredning och eventuell behandling? Om tidigare sjukhusvård, när och var?

Aktuellt: Nuvarande besvärens debut och utveckling relaterad till patientens aktuella livssituation. Detaljerad redogörelse för olika symtom, med citat av patientens egna ord. Läkarbesök, sjukhusvård, ev andra utredningar och ev, ordinationer. Har patienten någon etablerad terapikontakt?

Alkoholanamnes: Alkoholdebut? Regelbunden helgberusning? Subjektivt upplevt beroende? Alkoholvanor (kvantitet, frekvens och sort)? Tecken på beroende? Komplikationer (mer-behov, kontrollförlust, black-out, återställare, Ep, DT)?

Psykofarmaka: Tidigare användning av psykofarmaka? Dosökning?
Överkonsumtion? Sörnmedelsmissbruk? Nervlugnande? Preparat?
Förskrivande läkare? Dos? Eventuellt missbruk av cannabis, centralstimulantia,
opiater eller hallucinogener? Sniffning?

Somatisk anamnes: Vanlig medicinsk anamnes med tyngdpunkt på sjukdomar
med CNS symtom. Eventuellt skalltrauma? "Psykosomatiska sjukdomar"?
Endokrina sjukdomar? Alkoholrelaterade sjukdomar? Gynekologiska besvär?

Psykiskt status: Se särskild bilaga.

Bedömning/Åtgärd: Ett resonemang kring tänkbara diagnoser och väsentliga
etiologiska faktorer.

Behandlingsplan: Vilka undersökningar som skall göras och vilken behandling
som skall ges. Kort- och långsiktiga mål med behandlingen och angivande av
preliminär vårdtid.

*Enligt Socialstyrelsens bestämmelser skall varje journal som minimum
innehålla:*

Datum för samtal.

Uteblivanden med kommentar.

Kort relaterande av aktuellt samtal.

Psykiskt status.

Förändringar i sjukdomstillståndet.

Recept, sjukskrivning.

Anteckning från behandlingskonferens: Datum, ansvarig läkare. Beslut
angående fortsatt handläggning. Beslut angående avskrivning/avslutande av
behandling.