

**NORSPIS**Norsk kvalitetsregister for
behandling av spiseforstyrrelser**PASIENTERFARINGER I
SPESIALISTHELSETJENESTEN**

Hjemmeside: norspis.no

E-post: norspis@nlsh.no

Pasientdata

Navn _____

Fødselsnr.
(11 siffer)

Dette spørreskjemaet handler om hvilke erfaringer du hadde ved vår behandlingsenhet. Hvis du har mottatt flere behandlingstilbud, gjør en samlet vurdering av behandlingen du har fått.

Les hvert spørsmål og ta stilling til hvilket svaralternativ du synes stemmer best for deg.

Din besvarelse er fortrolig informasjon som går til kvalitetssikring på gruppenivå. Det vil si at din besvarelse ikke går tilbake til din behandler. Med behandlerne mener vi: De som har hatt hovedansvar for undersøkelser og behandling, for eksempel leger, psykologer eller annet helsepersonale.

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Ikke aktuelt
1. Snakket behandlerne til deg slik at du forstod dem?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Har du tillit til behandlernes faglige dyktighet?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Fikk du tilstrekkelig informasjon om din diagnose/dine plager?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Opplevde du at behandlingen var tilpasset din situasjon?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Var du involvert i avgjørelser som angikk din behandling?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Opplevde du at behandlingsenhetens arbeid var godt organisert?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Var hjelpen og behandlingen du fikk på behandlingsenheten, alt i alt, tilfredsstillende?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	Nei	Ja, men ikke lenge	Ja, ganske lenge	Ja, alt for lenge
8. Måtte du vente for å få tilbud ved behandlingsenheten?	☐	☐	☐	☐

	Ikke noe utbytte	Lite utbytte	En del utbytte	Stort utbytte	Svært stort utbytte	Ikke aktuelt
9. Hvilket utbytte har du hatt, alt i alt, av behandlingen på behandlingsenheten?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Ikke aktuelt
10. Mener du at du på noen måte ble feilbehandlet (etter det du selv kan bedømme)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

**NORSPIS**Norsk kvalitetsregister for
behandling av spiseforstyrrelser**PASIENTTILFREDSHET**

Hjemmeside: norspis.no

E-post: norspis@nlsh.no



I dette skjemaet blir du bedt om å gi din vurdering av behandlingen du har mottatt med tanke på spiseforstyrrelsen. I tillegg inneholder skjemaet spørsmål om involvering av andre, og om kontakt med brukerorganisasjoner.

Les gjennom spørsmålene og besvar dem så godt du kan.

Spørsmål 1

Ønsket du at andre i familien eller nær venn skulle bli involvert i din behandling?

☐

Nei

☐

Ja

Spørsmål 2

Ble familien eller nær venn involvert i behandlingen?

☐

Nei

☐

Ja

Spørsmål 3

Hvordan vurderer du utfallet av mottatt behandling? Sett ett kryss.

☐

Ikke noe
problem lenger

☐

Klar bedring

☐

Noe bedring

☐

Uendret

☐

Forverring

Spørsmål 4

Har du noen gang hatt kontakt med brukerorganisasjoner som for eksempel ROS og SPISFO?

☐

Nei

☐

Ja

Spørsmål 5

Har du fått informasjon om tilbudet fra brukerorganisasjoner som ROS og SPISFO i løpet av behandlingen?

☐

Nei

☐

Ja



Ved registreringstypen *start* for barn på 14-17 år fyller pasienten i tillegg ut følgende skjema:

[SDQ](#)¹

KIDSCREEN-27²

[EDE-Q 6.0](#)

[CIA 3.0](#)

¹ Følg linken, velg norsk språk og deretter skjemaet med som heter S11-17, men ikke *follow-up*-versjonen

² Enheter som ikke besitter KIDSCREEN-27 selv, kan få det tilsendt fra NorSpis (forespørsel til norispis@nlsh.no)





NORSPIS

Norsk kvalitetsregister for
behandling av spiseforstyrrelser

PERSONOPPLYSNINGER

Hjemmeside: norspis.no

E-post: norspis@nlsh.no

Pasientdata

Navn

Fødselsnr.
(11 siffer)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dato for innhenting av personopplysninger

Datoen da personopplysningene i dette skjemaet
ble hentet inn.

å	å	å	å	m	m	d	d

Nasjonalitet

Land

Norsktalende

Kan pasienten forstå og gjøre seg forstått på norsk?

☐

Ja

☐

Delvis

☐

Nei

☐

Ukjent

Adresse og kontaktinformasjon

Adresse

Postnummer

Poststed

Alternativ adresse

Mobilnummer

Alternativt

telefonnummer

Epostadresse



1. Dato

Skriv inn dato for hendelsen (utredning, behandlingsstart, behandlingslutt, avbrutt behandling). Ved utredning, skriv dato for første utredningskonsultasjon.

å	å	å	å	m	m	d	d

2. Registreringstype

Velg type registrering/hendelse som skal opprettes (dette avgjør hvilke skjema som skal besvares).

Type behandlingseenhet kan overstyre alder om enheten finner det mest hensiktsmessig. En slik overstyring vil i tilfelle bety at for pasienter under 18 år, som mottar behandling ved en enhet for voksne, kan man velge registreringstypen «voksen», og at for pasienter på 18 år eller eldre, som mottar behandling ved en enhet for barn og ungdom, kan man velge registreringstypen «ungdom/barn».

- ☐ Startregistrering voksen
- ☐ Startregistrering ungdom/barn
- ☐ Sluttregistrering voksen
- ☐ Sluttregistrering ungdom/barn

3. Henvisning mottatt dato (besvares kun ved utredning og startregistrering)

Skriv inn dato da henvisningen ble mottatt.

å	å	å	å	m	m	d	d

4. Henvisende instans (besvares kun ved utredning og startregistrering)

- | | |
|---|--|
| ☐ Pasienten selv | ☐ Sosialtjeneste/barnevern |
| ☐ Fastlege/Primærlege | ☐ Politi/fengsel/rettsvesen |
| ☐ Øvrige primærhelsetjeneste | ☐ Rehabiliteringsinstitusjon/sykehjem |
| ☐ Spesialisthelsetjeneste | ☐ Privatpraktiserende spesialister |
| ☐ Barnehage/skolesektor/PPT | ☐ Annet |

**Multiaksial klassifikasjon for barn og unge**

Registrer ut fra pasientens tilstand/forhold **ved behandlingsstart**, selv om man i NorSpis foretar registreringen ved slutten av behandlingen.

For nærmere instruks, se Retningslinjer for koding: Multiaksial klassifikasjon i psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Det er obligatorisk å registrere på alle aksene.

For **ingen påvist tilstand** skriv inn X000. Ved **mangelfull informasjon** skriv inn X999. X angir aksenummeret. Eksempel: 5000, ved ingen påvist tilstand på akse 5, og 2999 ved mangelfull informasjon på akse 2.

Akse 1 Klinisk psykiatrisk syndrom

Skriv inn en eller flere ICD-10-koder fra F-serien.

ICD-10-kode	Beskrivelse
F	
F	
F	
F	

Akse 2 Spesifikke utviklingsforstyrrelser

Skriv inn en eller flere ICD-10-koder fra **F-80-serien**.

ICD-10-kode	Beskrivelse
F	
F	
F	
F	

Akse 3 Psykisk utviklingshemming

Skriv inn én ICD-10-kode fra **F-70-serien**.

ICD-10-kode	Beskrivelse
F	

Akse 4 Somatiske tilstander

Skriv inn en eller flere ICD-10-koder. Alle koder i ICD-10 er gyldige, unntatt de som er benyttet på andre akser.

ICD-10 Kode	Beskrivelse

Akse 5 Avvikende psykososiale forhold

Skriv inn én eller flere gyldige koder.

Kode	Beskrivelse

Akse 6 Global vurdering av funksjonsnivå (CGAS)

Skriv inn ett av heltallene fra 1 til 100, i tråd med CGAS-instruksjonen.
Hvis barnet er under 4 år, skriv inn koden 6000.

**DSM-5 spiseforstyrrelsesdiagnose (valgfritt å registrere)**

Registrer ut fra pasientens tilstand ved behandlingsstart, selv om man i NorSpis foretar registreringen ved slutten av behandlingen.

Det er kun mulig å registrere én DSM-5-diagnose. Kryss av for den aktuelle diagnosen, og deretter subtype og alvorlighetsgrad.

☐ 307.52 Pica☐ 307.53 Drøvtygging☐ 307.59 Unnvikende/restriktiv matinntaksforstyrrelse☐ 307.1 Anorexia nervosa**Subtype**

- ☐ 1. Restriktiv form
☐ 2. Overspisings-/tømmningsform

Alvorlighetsgrad

- ☐ 1. Lett tilstand – BMI ≥ 17
☐ 2. Moderat tilstand – BMI: 16-16,99
☐ 3. Alvorlig tilstand – BMI: 15-15,99
☐ 4. Ekstrem tilstand – BMI < 15

☐ 307.51 Bulimia nervosa**Alvorlighetsgrad**

- ☐ 1. Lett tilstand – Kompenserende atferd: 1-3 episoder per uke
☐ 2. Moderat tilstand – Kompenserende atferd: 4-7 episoder per uke
☐ 3. Alvorlig tilstand – Kompenserende atferd: 8-13 episoder per uke
☐ 4. Ekstrem tilstand – Kompenserende atferd: > 13 episoder per uke

☐ 307.51 Overspisingsforstyrrelse**Alvorlighetsgrad**

- ☐ 1. Lett tilstand – Overspisingsepisoder: 1-3 per uke
☐ 2. Moderat tilstand – Overspisingsepisoder: 4-7 per uke
☐ 3. Alvorlig tilstand – Overspisingsepisoder: 8-13 per uke
☐ 4. Ekstrem tilstand – Overspisingsepisoder: > 13 per uke

☐ 307.59 Annen spesifisert ernærings- eller spiseforstyrrelse

- ☐ 1. Atypisk anorexia nervosa
☐ 2. Subterskel bulimia nervosa (lav hyppighet eller varighet)
☐ 3. Subterskel overspisingsforstyrrelse (lav hyppighet eller varighet)
☐ 4. Tømmningsforstyrrelse
☐ 5. Nattspisingssyndrom

☐ 307.50 Uspesifisert ernærings- eller spiseforstyrrelse

**NORSPIS**Norsk kvalitetsregister for
behandling av spiseforstyrrelser**MEDISINSKE
OPPLYSNINGER**

Hjemmeside: norspis.no

E-post: norspis@nlsh.no

Vekt

Vennligst oppgi pasientens vekt i kg, med én desimal.
Hvis måling ikke er foretatt eller kan foretas, anslå så godt som mulig.

 . kg**Høyde**

Vennligst oppgi pasientens høyde i meter (med to desimaler).
Hvis måling ikke er foretatt eller kan foretas, anslå så godt som mulig.

 . m**Er blodprøve utført siste måned?**☐ Nei ☐ Ja ☐ Ikke aktuelt**Er det utført beintetthetsmåling i løpet av det siste året?**☐ Nei ☐ Ja ☐ Vet ikke

Hvis ja, resultat av beintetthetsmåling:

☐ Normal ☐ Nedsatt**Psykofarmakologisk behandling?**☐ Nei ☐ Ja

Hvis ja, hvilke medikamenter?

Flere kryss er mulig.

- ☐ Antidepressiva
- ☐ Nevroleptika
- ☐ Benzodiazepiner
- ☐ Annen medikamentell behandling

**A: Gjelder alle****1) Hvilken behandling har pasienten mottatt.**

Kryss av alle behandlingsformene pasienten har mottatt i behandlingsperioden

☐

Kun utredning

☐

Poliklinikk

☐

Dagbehandling

☐

Døgntilrettelagt

2) Var pasienten underlagt tvunget psykisk helsevern?☐

Nei

☐

Ja, § 3-2

☐

Ja, § 3-3

3) Hvis ja, ble det fattet vedtak om tvungen ernæring (§ 4-4 b)?☐

Nei

☐

Ja

4) Ble behandlingen avbrutt ("dropout")?☐

Nei

☐

Ja

5) Hvis ja, hvorfor?☐

Pasientens valg

☐Pas/pårørendes
ønsker☐Behandlers
anbefaling☐

Felles beslutning

☐

Annet

6) Behandlers vurdering av utfall☐Ingen problem
lenger☐

Klar bedring

☐

Noe bedring

☐

Uendret

☐

Forverring

☐

Ikke aktuelt

B: Poliklinisk behandling**7) Valg av terapiform** Kryss av for alle aktuelle terapiformer☐

Individuell

☐

Gruppe

☐

Familieterapi

☐

Flerfamilie

8) Var terapiformen manualbasert? Kryss av for alle aktuelle terapiformer☐

Ja, individualterapien

☐

Ja, gruppeterapien

☐

Ja, familieterapien

☐

Ja, flerfamilieterapien

C: Oppfølging etter avsluttet behandling som denne registreringen gjelder**9) Ble pasienten henvist til videre behandling ved avslutning?**☐Ja, spesialisthelse-
tjenesten☐Ja, primærhelse-
tjenesten☐Nei, pasienten
ønsker ikke☐Nei, pasienten er
ferdigbehandlet