

**Pasientdata**

Navn _____

Fødselsnr.
(11 siffer)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------



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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Har du tillit til behandlernes faglige dyktighet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fikk du tilstrekkelig informasjon om din diagnose/dine plager?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Opplevde du at behandlingen var tilpasset din situasjon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Var du involvert i avgjørelser som angikk din behandling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Opplevde du at behandlingsenhetens arbeid var godt organisert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Var hjelpen og behandlingen du fikk på behandlingsenheten, alt i alt, tilfredsstillende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nei	Ja, men ikke lenge	Ja, ganske lenge	Ja, alt for lenge
8. Måtte du vente for å få tilbud ved behandlingsenheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	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)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



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 *slutt* for voksne fyller pasienten i tillegg ut følgende skjema:

SCL-90-R

[EDE-Q 6.0](#)

[CIA 3.0](#)





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



Pasientdata

Navn _____

Fødselsnr.
(11 siffer)

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

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)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pasienten selv | <input type="checkbox"/> Sosialtjeneste/barnevern |
| <input type="checkbox"/> Fastlege/Primærlege | <input type="checkbox"/> Politi/fengsel/rettsvesen |
| <input type="checkbox"/> Øvrige primærhelsetjeneste | <input type="checkbox"/> Rehabiliteringsinstitusjon/sykehjem |
| <input type="checkbox"/> Spesialisthelsetjeneste | <input type="checkbox"/> Privatpraktiserende spesialister |
| <input type="checkbox"/> Barnehage/skolesektor/PPT | <input type="checkbox"/> Annet |



Diagnoser (ICD-10)

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

Spiseforstyrrelsesdiagnose i ICD-10 (ved behandlingsstart)

Skriv inn en gyldig spiseforstyrrelsesdiagnose.

Ved manglende eller ufullstendig informasjon kan en Z-diagnose være et alternativ.

ICD-10-kode	Beskrivelse
F <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>

Andre F-diagnoser i ICD-10 (ved behandlingsstart)

Foreligger det andre psykiske lidelser eller atferdsforstyrrelser, skal disse fylles inn her.

ICD-10-kode	Beskrivelse
F <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
F <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
F <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
F <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
F <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>

Relevante somatiske diagnoser

Nei

Ja

Malabsorpsjonstilstander

Diabetes

Alternativer:
Ingen, ett eller to kryss.

**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-/tømningsform

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. Tømningsforstyrrelse
- 5. Nattpisingssyndrom

 307.50 Uspesifisert ernærings- eller spiseforstyrrelse

**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

Døgnbehandling

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