

**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
<b>1.</b> 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"/>
<b>2.</b> 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"/>
<b>3.</b> 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"/>
<b>4.</b> 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"/>
<b>5.</b> 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"/>
<b>6.</b> 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"/>
<b>7.</b> 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
<b>8.</b> 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
<b>9.</b> 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
<b>10.</b> 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](#)

I tillegg fyller pasienten ut følgende skjema hvis behandlingsenheten  
har valgt skjemaet for alle sine pasienter:

[RAND-36](#)







Hjemmeside: [norspis.no](http://norspis.no)

E-post: [norspis@nlsh.no](mailto: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».

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Utredning voksen              | <input type="checkbox"/> Sluttregistrering voksen      |
| <input type="checkbox"/> Utredning ungdom/barn         | <input type="checkbox"/> Sluttregistrering ungdom/barn |
| <input type="checkbox"/> Startregistrering voksen      |  |
| <input type="checkbox"/> Startregistrering 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"/>

### 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"/>
F <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"/>
F <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"/>

### 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  $\geq 17$
- 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





Stjerne (\*) indikerer obligatoriske spørsmål.

### Gjennomført behandling\*: Er behandlingen gjennomført som planlagt? Sett ett kryss.

Nei

Ja

Er behandlingen gjennomført ut fra oppsatt plan?

Hvis nei, angi avbruddsgrunn\*

Pasientinitiert  
avbrudd

Behandlerinitiert  
avbrudd

Annen  
grunn

Hvis annen grunn, skriv inn avbruddsgrunn – helst med et beskrivende ord (maks. 120 tegn)

Avbruddsgrunn

### Samlet vurdering av utfall \*: Hvordan vurderer du utfallet av behandlingen? Sett ett kryss.

Ikke noe  
problem lenger

Klar bedring

Noe bedring

Uendret

Forverring

### Videre behandling annen instans? \*

Nei

Ja

Hvis ja, hvilken instans? (Du kan angi flere.)\*

Fastlege/  
primærlege

Øvrig primær-  
helsetjeneste

Privatpraktiserende  
spesialister

Spesialisthelse-  
tjenesten

Annen instans

### Oppfølgingstilbud \* Ble pasienten tilbudt oppfølging ved deres enhet etter endt/avbrutt behandling?

Nei

Ja

Ja, men pasienten avstår

### Dødsfall under behandling \* Døde pasienten i behandlingsperioden?

Nei

Ja

Ukjent

Hvis ja, dato for dødsfall \*

å	å	å	å	m	m	d	d

### Tvungent psykisk helsevern \* Ble det brukt tvungent psykisk helsevern under behandlingsperioden?

Nei

Ja

Hvis ja, kryss av for den eller de paragrafene som ble benyttet under behandlingsperioden.

§ 3-2 jf. § 3-5 1. ledd Tvungen observasjon m/døgnopphold

§ 3-2 jf. § 3-5 3. ledd Tvungen observasjon u/døgnopphold

§ 3-3 jf. § 3-5 1. ledd Tvungent psykisk helsevern m/døgnopphold

§ 4-4 a Behandlet med legemidler uten eget samtykke

§ 4-4 b Ernæring uten eget samtykke

Alternativer:  
Ingen, ett eller to kryss.

§ 3-3 jf. § 3-5 3. ledd Tvungent psykisk helsevern u/døgnopphold

§ 4-4 a Behandlet med legemidler uten eget samtykke

§ 4-4 b Ernæring uten eget samtykke

Alternativer:  
Ingen, ett eller to kryss.



**1. Tiltak \*** Velg ett. Dersom pasienten har hatt flere tiltak, registrer det som egne tiltak under.

Utredning

Poliklinisk behandling  
Færre enn to ganger per uke.

Intensiv poliklinisk behandling  
Minst to ganger per uke i minst én måned

Dagbehandling

Døgnbehandling

**2. Type \*** Velg én eller flere typer. Mulighetene avhenger av hva du svarer i spm. 1.

Individ  Gruppe  Familie  Flerfamilie

**3. Hovedtilnærming \***  
Velg én per valgt type i spm. 2.  
Ved "annen", spesifiser hvilken.  
Bytter man hovedtilnærming i løpet av tiltaket, må man registrere det som et eget tiltak under.

Kognitiv  Kognitiv  Kognitiv  Kognitiv

Psykodynamisk  Psykodynamisk  Psykodynamisk  Psykodynamisk

Annen: \_\_\_\_\_  Annen: \_\_\_\_\_  Annen: \_\_\_\_\_  Annen: \_\_\_\_\_

**4. Manualbasert? \***

Nei  Nei  Nei  Nei

Ja  Ja  Ja  Ja

**5. Vurdering av utfall \***  
Hvordan vurderer du utfallet av behandlingstiltaket?  
Sett ett kryss.

Ikke noe problem lenger

Klar bedring

Noe bedring

Uendret

Forverring

Ikke aktuelt

**6. Start tiltak (dato)**

å    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

å    |    |    |    |    |    |    |    |    |

**7. Tiltak slutt (dato)**

å    |    |    |    |    |    |    |    |    |

å    |    |    |    |    |    |    |    |    |

**1. Tiltak \*** Velg ett. Dersom pasienten har hatt flere tiltak, registrer det som egne tiltak under.

Utredning

Poliklinisk behandling  
Færre enn to ganger per uke.

Intensiv poliklinisk behandling  
Minst to ganger per uke i minst én måned

Dagbehandling

Døgnbehandling

**2. Type \*** Velg én eller flere typer. Mulighetene avhenger av hva du svarer i spm. 1.

Individ  Gruppe  Familie  Flerfamilie

**3. Hovedtilnærming \***  
Velg én per valgt type i spm. 2.  
Ved "annen", spesifiser hvilken.  
Bytter man hovedtilnærming i løpet av tiltaket, må man registrere det som et eget tiltak under.

Kognitiv  Kognitiv  Kognitiv  Kognitiv

Psykodynamisk  Psykodynamisk  Psykodynamisk  Psykodynamisk

Annen: \_\_\_\_\_  Annen: \_\_\_\_\_  Annen: \_\_\_\_\_  Annen: \_\_\_\_\_

**4. Manualbasert? \***

Nei  Nei  Nei  Nei

Ja  Ja  Ja  Ja

**5. Vurdering av utfall \***  
Hvordan vurderer du utfallet av behandlingstiltaket?  
Sett ett kryss.

Ikke noe problem lenger

Klar bedring

Noe bedring

Uendret

Forverring

Ikke aktuelt

**6. Start tiltak (dato)**

å    |    |    |    |    |    |    |    |    |

å    |    |    |    |    |    |    |    |    |

**7. Tiltak slutt (dato)**

å    |    |    |    |    |    |    |    |    |

å    |    |    |    |    |    |    |    |    |



Tiltak 3

1. Tiltak \* Velg ett. Dersom pasienten har hatt flere tiltak, registrer det som egne tiltak under.

- Utredning
Poliklinisk behandling
Intensiv poliklinisk behandling
Dagbehandling
Døgnbehandling

2. Type \* Velg én eller flere typer. Mulighetene avhenger av hva du svarte i spm. 1.

- Individ
Gruppe
Familie
Flerfamilie

3. Hovedtilnærming \*

Velg én per valgt type i spm. 2. Ved "annen", spesifiser hvilken.

Bytter man hovedtilnærming i løpet av tiltaket, må man registrere det som et eget tiltak under.

4. Manualbasert? \*

Form with checkboxes for Kognitiv, Psykodynamisk, Annen: and Yes/No options for manual-based treatment.

5. Vurdering av utfall \*

Hvordan vurderer du utfallet av behandlingstiltaket? Sett ett kryss.

- Ikke noe problem lenger
Klar bedring
Noe bedring
Uendret
Forverring
Ikke aktuelt

6. Start tiltak (dato)

Date input field for start of treatment.

7. Tiltak slutt (dato)

Date input field for end of treatment.

Tiltak 4

1. Tiltak \* Velg ett. Dersom pasienten har hatt flere tiltak, registrer det som egne tiltak under.

- Utredning
Poliklinisk behandling
Intensiv poliklinisk behandling
Dagbehandling
Døgnbehandling

2. Type \* Velg én eller flere typer. Mulighetene avhenger av hva du svarte i spm. 1.

- Individ
Gruppe
Familie
Flerfamilie

3. Hovedtilnærming \*

Velg én per valgt type i spm. 2. Ved "annen", spesifiser hvilken.

Bytter man hovedtilnærming i løpet av tiltaket, må man registrere det som et eget tiltak under.

4. Manualbasert? \*

Form with checkboxes for Kognitiv, Psykodynamisk, Annen: and Yes/No options for manual-based treatment.

5. Vurdering av utfall \*

Hvordan vurderer du utfallet av behandlingstiltaket? Sett ett kryss.

- Ikke noe problem lenger
Klar bedring
Noe bedring
Uendret
Forverring
Ikke aktuelt

6. Start tiltak (dato)

Date input field for start of treatment.

7. Tiltak slutt (dato)

Date input field for end of treatment.



Tiltak 5

**1. Tiltak \*** Velg ett. Dersom pasienten har hatt flere tiltak, registrer det som egne tiltak under.

Utredning

Poliklinisk behandling   
Færre enn to ganger per uke.

Intensiv poliklinisk behandling   
Minst to ganger per uke i minst én måned

Dagbehandling

Døgnbehandling

2. Type \* Velg én eller flere typer. Mulighetene avhenger av hva du svarte i spm. 1.

Individ

Gruppe

Familie

Flerfamilie

3. Hovedtilnærming \*

Velg én per valgt type i spm. 2. Ved "annen", spesifiser hvilken. Bytter man hovedtilnærming i løpet av tiltaket, må man registrere det som et eget tiltak under.

Kognitiv  Kognitiv  Kognitiv  Kognitiv

Psykodynamisk  Psykodynamisk  Psykodynamisk  Psykodynamisk

Annen: \_\_\_\_\_  Annen: \_\_\_\_\_  Annen: \_\_\_\_\_  Annen: \_\_\_\_\_

Nei  Nei  Nei  Nei

Ja  Ja  Ja  Ja

4. Manualbasert? \*

Nei  Nei

Ja  Ja

5. Vurdering av utfall \*

Hvordan vurderer du utfallet av behandlingstiltaket? Sett ett kryss.

Ikke noe problem lenger

Klar bedring

Noe bedring

Uendret

Forverring

Ikke aktuelt

6. Start tiltak (dato)

å å å å å å m m d d

7. Tiltak slutt (dato)

å å å å å å m m d d

Tiltak 6

**1. Tiltak \*** Velg ett. Dersom pasienten har hatt flere tiltak, registrer det som egne tiltak under.

Utredning

Poliklinisk behandling   
Færre enn to ganger per uke.

Intensiv poliklinisk behandling   
Minst to ganger per uke i minst én måned

Dagbehandling

Døgnbehandling

2. Type \* Velg én eller flere typer. Mulighetene avhenger av hva du svarte i spm. 1.

Individ

Gruppe

Familie

Flerfamilie

3. Hovedtilnærming \*

Velg én per valgt type i spm. 2. Ved "annen", spesifiser hvilken. Bytter man hovedtilnærming i løpet av tiltaket, må man registrere det som et eget tiltak under.

Kognitiv  Kognitiv  Kognitiv  Kognitiv

Psykodynamisk  Psykodynamisk  Psykodynamisk  Psykodynamisk

Annen: \_\_\_\_\_  Annen: \_\_\_\_\_  Annen: \_\_\_\_\_  Annen: \_\_\_\_\_

Nei  Nei  Nei  Nei

Ja  Ja  Ja  Ja

4. Manualbasert? \*

Nei  Nei

Ja  Ja

5. Vurdering av utfall \*

Hvordan vurderer du utfallet av behandlingstiltaket? Sett ett kryss.

Ikke noe problem lenger

Klar bedring

Noe bedring

Uendret

Forverring

Ikke aktuelt

6. Start tiltak (dato)

å å å å å å m m d d

7. Tiltak slutt (dato)

å å å å å å m m d d

---

Ved registreringstypen *slutt* for voksne fyller behandler i tillegg ut følgende skjema  
hvis behandlingseenheten har valgt skjemaet for alle sine pasienter:

[HoNOS](#)

---