

Ny- och uppföljningsregistrering

Ärendansvarig _____
 Patientens personnr* _____
 Namn* _____
 Informationsdatum* _____ (ÅÅÅÅ-MM-DD)

Datum då nedanstående uppgifter har inhämtats. Vid det datum som anges ska övriga uppgifter som registrerats varit gällande (aktuella).

* = Bör alltid fyllas i, nationell resultatindikator

Psykiatriska diagnos-/er enligt ICD10

Ange patientens aktuella psykosdiagnos

Den psykosdiagnos som utgör registreringsorsak

Ett svarsalternativ kan anges

- F20.0 Paranoid schizofreni
- F20.1 Hebefren schizofreni
- F20.2 Kataton schizofreni
- F20.3 Odifferentierad schizofreni
- F20.5 Schizofrent resttillstånd
- F20.6 Schizofreni, simplexform
- F20.8 Annan specificerad schizofreni
- F20.9 Schizofreni, ospecificerad
- F21.9 Schizotyp störning
- F22.0 Vanföreställningssyndrom
- F22.8 Andra specificerade kroniska vanföreställnings syndrom
- F22.9 Kroniskt vanföreställningssyndrom, ospecificerat
- F23.0 Akut polymorf psykos utan egentlig schizofren sjukdomsbild
- F23.1 Akut polymorf psykos med schizofren sjukdomsbild
- F23.2 Akut schizofreniliknande psykos
- F23.3 Annat akut vanföreställningssyndrom
- F23.8 Andra specificerade akuta och övergående psykos
- F23.9 Akut och övergående psykos, ospecificerad
- F24.9 Inducerat vanföreställningssyndrom/utvidgad psykos
- F25.0 Schizoaffectivt syndrom, manisk typ
- F25.1 Schizoaffectivt syndrom, depressiv typ
- F25.2 Schizoaffectivt syndrom, blandad typ
- F25.8 Annat specificerat schizoaffectivt syndrom
- F25.9 Schizoaffectivt syndrom, ospecificerat
- F28.9 Andra icke organiska psykotiska störningar
- F29.9 Ospecificerad icke organisk psykos

Föreligger något/några andra aktuella psykiatriska diagnoser, utöver psykosdiagnos?

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, ange vika övriga aktuella psykiatriska diagnoser

Flera svarsalternativ kan anges

- Organiska psykosyndrom
- Övriga psykotiska syndrom
- Utvecklingsavvikelser
- Autismspektrumstörning
- Uppmärksamhetsstörning
- Depression
- Substansmissbruk/beroende
- Emotionellt instabil/borderline personlighetsstörning (F60.3)
- Antisocial personlighetsstörning (F60.2)
- Agorafobi (F40.0)
- Social fobi (F40.1)
- Paniksyndrom (F41.0)
- Generaliserat ångestsyndrom (F41.1)
- Tvångssyndrom (F42.0, F42.1, F42.2)
- Annat

Om substansmissbruk/beroende, ange vilket/vilka

Flera svarsalternativ kan anges

- Alkohol (F10.1/F10.2)
- Opiater (F11.1/F11.2)
- Cannabis (F12.1/F12.2)
- Sedativa (F13.1/F13.2)
- Kokain (F14.1/F14.2)
- Stimulantia inklusive koffein (F15.1/F15.2)
- Hallucinogener (F16.1/F16.2)
- Tobak (F17.1/F17.2)
- Lösningssmedel (F18.1/F18.2)
- Kombination (F19.1/F19.2)
- Uppgift saknas

Bakgrund

NYREGISTRERINGSFRÅGA om uppföljning → gå vidare till fråga ange form av boende s.4

Hur länge har patienten varit sjuk?

Ett svarsalternativ kan anges

0-5 år

6 år eller längre → **gå vidare till s.4**

Om 0-5 år, ange datum för första vårdkontakt för psykiska besvär.

(ÅÅÅÅ-MM-DD)

Uppgift saknas

Om 0-5 år, ange datum för första psykossymtom.

(ÅÅÅÅ-MM-DD)

Uppgift saknas

Om 0-5 år Ange när diagnos inom schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd för första gången dokumenterades i journal.

(ÅÅÅÅ-MM-DD)

Uppgift saknas

Om 0-5 år, vilka behandlingsinsatser har patienten tidigare erhållit?

Flera svarsalternativ kan anges

- Behandlingen ännu ej inledd
- Familjeinterventioner
- Psykologisk behandling
- Psykopedagogisk behandling
- Kognitiv träning
- Hjälpmedel/anpassning arbetsplats eller bostad
- Läkemedelsbehandling
- Annat
- Uppgift saknas

Om psykologisk behandling ange vilken

Flera svarsalternativ kan anges

- Kognitiv/Kognitiv beteendeterapi
- Psykodynamisk terapi
- Interpersonell terapi
- Dialektisk beteendeterapi
- Musikterapi
- Övrigt
- Uppgift saknas

Om psykopedagogisk behandling

Flera svarsalternativ kan anges

- Utbildning om psykossjukdom och dess behandling
- Utbildning om sjukdomshantering och återhämtning
- Social färdighetsträning
- Uppgift saknas

Om utbildning om psykosjukdom och dess behandling, genomgick patienten utbildningen tillsammans med anhörig/annan närstående?*

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Om utbildning om sjukdomshantering och återhämtning, genomgick patienten utbildningen tillsammans med anhörig/annan närstående?*

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Om 0-5 år har patientens kognitiva förmåga testats?*

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, ange årtal för senaste testning av patientens kognitiva förmåga.

(ÅÅÅÅ) Uppgift saknas

Om ja, har patienten kognitiv funktionsnedsättning?

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Ange form av boende*

Ett svarsalternativ kan anges

- Ordinärt boende *utan* stöd i hemmet (av socialtjänsten eller motsvarande)
- Ordinärt boende *med* stöd i hemmet (av socialtjänsten eller motsvarande)
- Permanent särskilt boende (enl SoL/LSS) med stöd av personal *del* av dygnet
- Permanent särskilt boende (enl SoL/LSS) med stöd av personal *hela* dygnet
- Familjehem
- Boende med socialt kontrakt
- Hemlös (enligt definition)
- Uppgift saknas

Ange hushållets sammansättning

Flera svarsalternativ kan anges

- Ensamboende
- Delar hushåll med make/maka/partner/sambo
- Delar hushåll med förälder/föräldrar
- Delar hushåll med andra vuxna (inklusive egna barn 18 år eller äldre)
- Delar hushåll med barn under 18 år
- Uppgift saknas

Har patienten barn under 18 år?

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, har *patienten* erbjudits någon form av föräldrastöd?* **Ett svarsalternativ kan anges**

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, har *patientens barn* erbjudits någon form av stöd?

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

UTBILDNINGSNIVÅ: Fråga besvaras för patienter som är 16 år eller äldre.

Vilken är patientens högsta uppnådda utbildningsnivå?

Ett svarsalternativ kan anges

- Ej fullgjord förgymnasial utbildning
 Fullgjord förgymnasial utbildning
 Fullgjord gymnasial utbildning
 Fullgjord eftergymnasial utbildning (minst 2 år)
 Fullgjord eftergymnasial utbildning (minst 3 år)
 Uppgift saknas

Ange patientens huvudsakliga sysselsättning under de senaste 12 månaderna*

Flera svarsalternativ kan anges

- Arbete/studier på öppna marknaden mer än 50 procent
 Arbete/studier på öppna marknaden 50 procent eller mindre
 Arbetslös/arbetsmarknadsåtgärd
 Skyddad verksamhet mer än 50 procent
 Skyddad verksamhet 50 procent eller mindre
 Anpassad studieform (mål vidare studier/arbete)
 Arbetsrehabilitering (inkl. under utredning för klargörande av funktionsnivå)
 Sysselsättning motsvarande SOL:s definition (dagcenter, brukarklubbar, etc)
 Ingen sysselsättning
 Uppgift saknas

Om arbetsrehabilitering (inkl. utredning för klargörande av funktionsnivå), ange typ av arbetsrehabilitering.

Ett svarsalternativ kan anges

- Arbetsrehabilitering på öppna arbetsmarknaden
 Arbetsrehabilitering i skyddad verksamhet
 Uppgift saknas

Om arbetsrehabilitering på öppna arbetsmarknaden, är arbetsrehabiliteringen enligt IPS-modellen?

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Ange patientens huvudsakliga försörjning under de senaste 12 månaderna

Flera svarsalternativ kan anges – högst två får väljas

- Egen försörjning
- A-kassa
- Föräldrapenning
- Sjukpenning, sjukersättning eller motsvarande
- Ekonomiskt bistånd enligt SOL eller motsvarande
- Försörd av anhörig
- Eget kapital
- Övrigt
- Uppgift saknas

Har patienten *utfört* en våldsam handling eller riktat ett allvarligt hot mot någon annan person under de senaste 12 månaderna?

Ett svarsalternativ kan anges

- Nej
- Ja, 1-2 gånger
- Ja, 3 gånger eller fler
- Uppgift saknas

Har patienten *blivit utsatt* för en våldsam handling eller ett allvarligt hot under de senaste 12 månaderna?

Ett svarsalternativ kan anges

- Nej
- Ja, 1-2 gånger
- Ja, 3 gånger eller fler
- Uppgift saknas

Har patienten *blivit dömd* till kriminalvård, rättspsykiatrisk vård, sluten ungdomsvård eller annan rättslig påföljd under de senaste 12 månaderna?

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

Om ja, ange vad patienten dömdes för

Flera svarsalternativ kan anges

- Våldsbrott
- Annat brott
- Uppgift saknas

Har patienten gjort något suicidförsök under de senaste 12 månaderna?

Ett svarsalternativ kan anges

- Nej
- Ja, 1-2 gånger
- Ja, 3 gånger eller fler
- Uppgift saknas/otillräcklig information

Hälsa

Föreligger något/några tillstånd som bedöms vara av betydelse vid planering och genomförande av behandlingsinsatser?

Ett svarsalternativ kan anges

Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, ange vilka nedan

Flera svarsalternativ kan anges

- Diabetessjukdom
- Hjärt- och kärlsjukdom
- Cancer
- Njursjukdom
- Thyroideasjukdom
- Graviditet
- Amning

Ange aktuellt systoliskt blodtryck

mm Hg (Heltal) Uppgift saknas

Ange aktuellt diastoliskt blodtryck

mm Hg (Heltal) Uppgift saknas

Ange aktuell vikt*

Vikt = kg, utan ytterplagg, kavaj och skor

Kg (Decimaltal med en decimal) Uppgift saknas

Ange aktuell längd*

Längd = cm, utan skor

Cm Uppgift saknas

Har patienten erhållit någon/några hälsofrämjande insatser under de senaste 12 månaderna?

Ett svarsalternativ kan anges

Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, ange vilket/vilka nedan

Flera svarsalternativ kan anges

- Rådgivning kring fysisk aktivitet (KVÅ-kod DV132)
- Kvalificerad rådgivning kring fysisk aktivitet (KVÅ-kod DV133)
- Kostrådgivning (KVÅ-kod DV142)
- Kvalificerad kostrådgivning (KVÅ-kod DV143)
- Rådgivande samtal om tobaksbruk (KVÅ-kod DV112)
- Kvalificerat rådgivande samtal om tobaksbruk (KVÅ-kod DV113)
- Rådgivande samtal om alkoholvanor (KVÅ-kod DV122)
- Kvalificerat rådgivande samtal om alkoholvanor (KVÅ-kod DV123)
- Kroppslig hälsoundersökning genomförd av läkare

Använder patienten nikotin så gott som dagligen?***Ett svarsalternativ kan anges**

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, ange i vilken form***Flera svarsalternativ kan anges**

- Röker
 Snusar
 Nikotinersättning

Har AUDIT C besvarats av patienten under de senaste 12 månaderna?***Ett svarsalternativ kan anges**

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, alt 1 ange totalpoäng AUDIT C: ***Om ja, alt 2 fyll i de svar patienten markerat i AUDIT C:*****Hur ofta dricker Du alkohol? *****Ett svarsalternativ kan anges**

- Aldrig (0)
 1 gång i månaden eller mer sällan (1)
 2-4 gånger i månaden (2)
 2-3 gånger i veckan (3)
 4 gånger per vecka eller mer (4)

Hur många "glas" (enligt exemplet i AUDIT-formuläret) dricker Du en typisk dag då Du dricker alkohol? ***Ett svarsalternativ kan anges**

- 1-2 (0)
 3-4 (1)
 5-6 (2)
 7-9 (3)
 10 eller fler (4)

Hur ofta dricker Du sex sådana "glas" eller mer vid samma tillfälle? ***Ett svarsalternativ kan anges**

- Aldrig (0)
 Mer sällan än en gång i månaden (1)
 Varje månad (2)
 Varje vecka (3)
 Dagligen eller nästan varje dag (4)

Har DUDIT besvarats av patienten under de senaste 12 månaderna?*

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, ange totalpoäng DUDIT:

CGI-S. Mot bakgrund av din samlade kliniska erfarenhet av just denna patientpopulation, hur svårt psykiskt sjuk är patienten för närvarande?

Ett svarsalternativ kan anges

- 0 - Ej bedömt
 1 - Normal, inte alls sjuk
 2 - Gränsfall för psykisk sjukdom
 3 - Lindrigt sjuk
 4 - Måttligt sjuk
 5 - Påtagligt sjuk
 6 - Allvarligt sjuk
 7 - Bland de mest extremt sjuka patienterna

Ange aktuellt värde på GAF Funktion

 (Heltal, 0-100)

Ange aktuellt värde på GAF Symptom

 (Heltal, 0-100)

Vård och behandling

Har patienten behandlats inom psykiatrisk slutenvård, under de senaste 12 månaderna?*

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, ange antal dagar

Om ja, ange antal slutenvårdtillfällen

Har psykosymtomens svårighetsgrad bedömts med hjälp av PANSS- eller RS-S-skattning minst en gång de senaste 12 månaderna?*

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, vilket skattningsinstrument har använts?*

Ett svarsalternativ kan anges

- PANSS
 RS-S

Om ja, är skattningen genomförd de senaste 2 månaderna?*

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, var patienten i remission vid skattningstillfället?*

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Har CAN-skattning gjorts under de senaste 12 månaderna?

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, vem/vilka som besvarade skattningen?

- Patient
 Anhörig
 Personal

UPPFÖLJNINGSPRÅGA, om nyregistrering → gå vidare till nästa huvudfråga: Har patienten behandlats med ECT

Har patientens kognitiva förmåga testats de senaste 12 månaderna?

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, har patienten kognitiv funktionsnedsättning?

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Har patienten behandlats med ECT under de senaste 12 månaderna?

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Finns det en aktuell, dokumenterad plan för insatser till patienten?

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja, en vårdplan inom hälso- och sjukvården
 Ja, en individuell samordnad plan mellan kommun och hälso- och sjukvård (SIP)
 Nej
 Uppgift saknas

Om ja, har patienten haft en aktiv roll i planering och kunnat påverka de beslut som fattats?

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, har planeringen genomförts?

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja, helt
 Ja, delvis
 Nej
 Planen är nyligen upprättad och ännu ej utvärderad
 Uppgift saknas

Har patienten erhållit familjeinterventioner de senaste 12 månaderna?

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Har patienten erhållit psykologisk behandling de senaste 12 månaderna?

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, ange typ av psykologisk behandling

Flera svarsalternativ kan anges

- Kognitiv/Kognitiv beteendeterapi
 Psykodynamisk terapi
 Interpersonell terapi
 Dialektisk beteendeterapi
 Musikterapi
 Övrigt
 Uppgift saknas

Har patienten erhållit psykopedagogisk behandling de senaste 12 månaderna?

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, ange typ av psykopedagogisk behandling

Flera svarsalternativ kan anges

- Utbildning om psykosjukdom och dess behandling
 Utbildning om sjukdomshantering och återhämtning
 Social färdighetsträning
 Uppgift saknas

Om utbildning om psykosjukdom och dess behandling, genomgick patienten utbildningen tillsammans med anhörig/annan närstående?

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Om utbildning om sjukdomshantering och återhämtning, genomgick patienten utbildningen tillsammans med anhörig/annan närstående?

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Har patienten erhållit kognitiv träning de senaste 12 månaderna?

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Har patienten erhållit hjälpmedel/anpassning av arbetsplats eller bostad de senaste 12 månaderna?

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Behandlas patienten med antipsykotiska läkemedel för närvarande?

Avser de läkemedel som är aktuella vid registreringstillfället.

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, ange aktuella antipsykotiska läkemedel nedan

Flera svarsalternativ kan anges

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Alimemazin | <input type="radio"/> Periciazin |
| <input type="radio"/> Amisulprid | <input type="radio"/> Pimozid |
| <input type="radio"/> Aripiprazol | <input type="radio"/> Pipamparone |
| <input type="radio"/> Asenapin | <input type="radio"/> Priadel |
| <input type="radio"/> Cyamemazin | <input type="radio"/> Proklorperazin |
| <input type="radio"/> Dixyrazin | <input type="radio"/> Quetiapin |
| <input type="radio"/> Flufenazin | <input type="radio"/> Risperidon |
| <input type="radio"/> Flupentixol | <input type="radio"/> Sertindol |
| <input type="radio"/> Fluspirilen | <input type="radio"/> Sulpirid |
| <input type="radio"/> Haloperidol | <input type="radio"/> Tiapirid |
| <input type="radio"/> Klorpromazin | <input type="radio"/> Tioridazin |
| <input type="radio"/> Kloprotixen | <input type="radio"/> Trifluoperazin |
| <input type="radio"/> Klozapin | <input type="radio"/> Ziprasidon |
| <input type="radio"/> Litium | <input type="radio"/> Zuklopentixol |
| <input type="radio"/> Levomepromazin | <input type="radio"/> Annat |
| <input type="radio"/> Melperon | |
| <input type="radio"/> Olanzapin | |
| <input type="radio"/> Paliperidon | |
| <input type="radio"/> Penfluridol | |
| <input type="radio"/> Perfenazin | |

Om antipsykotiska läkemedel, är preparatet i injektionsform?

Ett svarsalternativ kan anges

Ja

Nej

Preparat 1

Om ja, ange uppgifter nedan

Med uppgifterna nedan beräknas dygnsdos automatiskt

Mängd injektionsvätska ml (Decimaltal)

Koncentration mg/ml (Decimaltal)

Intervall dagar

Om nej, ange dygnsdos

Preparat 2

Om ja, ange uppgifter nedan

Med uppgifterna nedan beräknas dygnsdos automatiskt

Mängd injektionsvätska ml (Decimaltal)

Koncentration mg/ml (Decimaltal)

Intervall dagar

Om nej, ange dygnsdos

Preparat 3

Om ja, ange uppgifter nedan

Med uppgifterna nedan beräknas dygnsdos automatiskt

Mängd injektionsvätska ml (Decimaltal)

Koncentration mg/ml (Decimaltal)

Intervall dagar

Om nej, ange dygnsdos

Xeplion (paliperidon)

50mg = 0.5ml injektionsvätska

75mg = 0.75ml

100mg = 1ml

150mg = 1.5ml

Risperdal Consta

varje ampull innehåller 2ml injektionsvätska

Behandlas patienten med stämningstabiliserande läkemedel?

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Behandlas patienten med antidepressiva läkemedel?

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Behandlas patienten med läkemedel mot ADHD?

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Behandlas patienten med bensodiazepiner eller bensodiazepinliknande läkemedel?

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Har någon misstänkt läkemedelsbiverkan uppträtt under de senaste 12 månaderna?*

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, ange svårighetsgrad på de symtom som uppträtt och där samband med läkemedelsbehandling misstänks eller bekräftats.*

Ett svarsalternativ kan anges

- Lindrig Medelsvår Allvarlig Uppgift saknas

Behandlas patienten med något antikolinergt läkemedel för att lindra biverkningar av antipsykotiska läkemedel?

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Har patienten vid uppföljningstillfället tecken på tardiv dyskinesi?

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Har patienten gått upp i vikt de senaste 12 månaderna?

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Har patienten haft läkemedelsgenomgång tillsammans med läkare under de senaste 12 månaderna?

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas