

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 eller indikator som följer upp vårdförlopp schizofreni - förstagsångsinsjuknade

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 psykoser
- 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

Är det första gången någonsin som patienten får vård för psykossjukdom? *

- Ja Nej Uppgift saknas

Hur länge har patienten haft psykossymtom (enligt patienten själv eller närstående) ?
Ange antal månader (så noga som möjligt)

- 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

(Helta, 0-100)

Ange aktuellt värde på GAF Symptom

(Helta, 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 slutenvårdstillfällen

Har psykossymtomens 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 dagarOm 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 dagarOm 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 stämningsstabiliserande 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