

◆ **Registreringsdatum:** _____

◆ **När avslutades ätstörningsbehandlingen? Ange datum** _____

◆ **Av vilket/vilka skäl avslutades behandlingen?**

- Patienten var färdigbehandlad (dvs. de behandlingsinsatser som var planerade hade genomförts och behandlingen avslutades enligt plan)
- Administrativ orsak (patienten kunde inte fortsätta behandling på grund av administrativa gränser kring ålder, upptagningsområde eller dyl., eller för att betalningsförbindelse saknades)
- Behandlingen avslutades i förtid på patientens initiativ (dvs. patienten ville/kunde ej fortsätta behandlingen, men en avslutande kontakt kom till stånd)
- Behandlingen avslutades i förtid på behandlarens/enhetens initiativ (t.ex. patienten bröt mot behandlingskontrakt eller hänvisades vidare)
- Patienten uteblev (patienten avbröt behandlingen utan någon form av avslutande kontakt)
- Patienten har avlidit

◆ **Har patienten remitterats eller hänvisats till annan behandlingsenhet?**

- Nej
- Ja, till annan ätstörningsbehandling kan också innebära att patienten uppmanats att på egen hand söka fortsatt ätstörningsbehandling.
- Ja, till annan behandling än ätstörningsbehandling betyder att ätstörningen är färdigbehandlad och att patienten remitterats vidare för annan psykiatrisk eller psykosocial problematik eller uppmanats att på egen hand söka fortsatt kontakt för sådan problematik.
- Uppgift saknas

◆ **Ange aktuell vikt:** _____ kg

Vikt saknas.

◆ **Ange aktuell längd:** _____ cm

Längd saknas

◆ **Om längd eller vikt saknas, Enligt din bedömning är patienten**

- Underviktig Normalviktig Överviktig Kan ej bedömas/uppgift saknas

◆ **Har vägningen och mätningen skett på enheten/mottagningen?**

- Ja, både vikt och längd Ja, bara vikt Ja, bara längd Nej

◆ **Har patienten sedan föregående registrering vid något tillfälle haft en signifikant låg vikt?**

För vuxen BMI ≤ 17.5 , För barn och ungdom gäller vikt- och längdkurva.

- Ja Nej Uppgift saknas

Var god vänd

◆ Vilken är patientens aktuella ätstörningsdiagnos?

	<u>Svårighetsgrad</u>	
<input type="checkbox"/> Anorexia nervosa med självsvält <input type="checkbox"/> Anorexia nervosa med hetsätning/ självrensning	Fylls ej i för Barn & ungdom För vuxna: <input type="checkbox"/> Lindrig, BMI ≥ 17 <input type="checkbox"/> Medelsvår, BMI 16 - 16.99 <input type="checkbox"/> Svår, BMI 15 - 15.99 <input type="checkbox"/> Mycket svår, BMI < 15	<input type="checkbox"/> I partiell remission: Samtliga kriterier för anorexia nervosa har tidigare varit uppfyllda. Under en sammanhängande tidsperiod (3-6 mån) har kriterium A (låg kroppsvikt) inte längre varit uppfyllt. Däremot är antingen kriterium B (intensiv rädsla för att gå upp i vikt eller bli tjock, eller ett beteende som förhindrar viktökning) eller kriterium C (störd kroppsupplevelse med avseende på vikt eller form) fortfarande uppfyllt. <input type="checkbox"/> I fullständig remission: Samtliga kriterier för anorexia nervosa har tidigare varit uppfyllda. Under en sammanhängande tidsperiod (3-6 mån) har inga kriterier längre varit uppfyllda.
<input type="checkbox"/> Atypisk anorexia nervosa		<input type="checkbox"/> I remission: Under en sammanhängande period (3-6 mån) har inga kriterier varit uppfyllda.
<input type="checkbox"/> Bulimia nervosa → ange svårighetsgrad	Ange antal episoder med olämpliga kompensatoriska beteenden/vecka <input type="checkbox"/> Lindrig, i snitt 1-3 st <input type="checkbox"/> Medelsvår, i snitt 4-7 st <input type="checkbox"/> Svår, i snitt 8-13 st <input type="checkbox"/> Mycket svår, i snitt 14 eller fler	<input type="checkbox"/> I partiell remission: samtliga kriterier för bulimia nervosa har tidigare varit uppfyllda. Några, dock inte alla kriterier har under en sammanhängande tidsperiod (3-6 mån) fortfarande varit uppfyllda. <input type="checkbox"/> I fullständig remission: samtliga kriterier för bulimia nervosa har tidigare varit uppfyllda. Under en sammanhängande tidsperiod (3-6 mån) har inga kriterier längre varit uppfyllda
<input type="checkbox"/> Bulimia nervosa med låg frekvens och/eller begränsad varaktighet		<input type="checkbox"/> I remission: Under en sammanhängande period (3-6 mån) har inga kriterier varit uppfyllda.
<input type="checkbox"/> Hetsättningsstörning → ange svårighetsgrad	Ange antal hetsätningsepisoder per vecka <input type="checkbox"/> Lindrig, 1-3 st <input type="checkbox"/> Medelsvår, 4-7 st <input type="checkbox"/> Svår, 8-13 st <input type="checkbox"/> Mycket svår, 14 eller fler	<input type="checkbox"/> I partiell remission: samtliga kriterier för hetsättningsstörning har tidigare varit uppfyllda. Under en sammanhängande tidsperiod (3-6 mån) har emellertid hetsätningsepisoder förekommit i genomsnitt mer sällan än en gång i veckan. <input type="checkbox"/> I fullständig remission: samtliga kriterier för hetsättningsstörning har tidigare varit uppfyllda. Under en sammanhängande tidsperiod (3-6 mån) har inga kriterier längre varit uppfyllda
<input type="checkbox"/> Hetsättningsstörning med låg frekvens och/eller begränsad varaktighet		<input type="checkbox"/> I remission: Under en sammanhängande period (3-6 mån) har inga kriterier varit uppfyllda.
<input type="checkbox"/> Undvikande/restriktiv ätstörning (ARFID)		<input type="checkbox"/> I remission: Kriterierna för undvikande/ restriktiv ätstörning har tidigare varit uppfyllda. Under en sammanhängande tidsperiod (3-6 mån) har inga kriterier längre varit uppfyllda.
<input type="checkbox"/> Idisslande		<input type="checkbox"/> I remission: Kriterierna för Idisslande har tidigare varit uppfyllda. Under en sammanhängande tidsperiod (3-6 mån) har inga kriterier längre varit uppfyllda.
<input type="checkbox"/> Pica		<input type="checkbox"/> I remission: Kriterierna för Pica har tidigare varit uppfyllda. Under en sammanhängande tidsperiod (3-6 mån) har inga kriterier längre varit uppfyllda.
<input type="checkbox"/> Nattligt ätande		<input type="checkbox"/> I remission: Under en sammanhängande period (3-6 mån) har inga kriterier varit uppfyllda.
<input type="checkbox"/> Självrensning		<input type="checkbox"/> I remission: Under en sammanhängande period (3-6 mån) har inga kriterier varit uppfyllda.
<input type="checkbox"/> Ospecificerad ätstörning		<input type="checkbox"/> I remission: Under en sammanhängande period (3-6 mån) har inga kriterier varit uppfyllda.

◆ Har patienten besvarat EDE-Q?

Nej

<input type="checkbox"/> Ja →	Totalpoäng: _____
Återhållsamhet: _____	Figurbekymmer: _____
Ätbekymmer: _____	Viktbekymmer: _____

◆ Har patienten besvarat CIA?

Ja, → skriv in totalpoängen: _____

Nej

◆ Vilken är patientens huvudsakliga sysselsättning:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Arbete på den reguljära arbetsmarknaden ¹ | <input type="checkbox"/> Arbetssökande med arbetsmarknadsåtgärder |
| <input type="checkbox"/> Arbete inom skyddad sysselsättning | <input type="checkbox"/> Sjukskriven med arbetslivsrehabiliterande åtgärd ³ |
| <input type="checkbox"/> Saknar arbete på reguljära arbetsmarknaden | <input type="checkbox"/> Är ålderspensionär |
| <input type="checkbox"/> Studier med särskilt stöd eller anpassad studiegång ² | <input type="checkbox"/> Studier utan särskilt stöd eller anpassad studiegång ² |
| <input type="checkbox"/> Studier på grundskola, gymnasieskola eller sörvux ² | <input type="checkbox"/> Annan sysselsättning |
| <input type="checkbox"/> Arbetssökande utan arbetsmarknadsåtgärder | <input type="checkbox"/> Saknar regelbunden sysselsättning utanför hemmet |
| | <input type="checkbox"/> Uppgift saknas |

1) Avser även patienter som är sjukskrivna från ett arbete på den reguljära arbetsmarknaden, eventuellt med arbetsrehabiliterande åtgärder, och patienter som har lönebidrag samt patienter med egna företag.

2) Avser studier inom grundskola, gymnasium, högskola och universitet eller motsvarande, oavsett om patienten har särskilt stöd eller anpassad studiegång. Avser även patienter som är sjukskrivna från studier.

3) Är sjukskriven med arbetslivsrehabiliterande åtgärder utan att ha arbete på den reguljära arbetsmarknaden: Avser bland annat långtidssjukskrivna.

◆ Hur mycket arbetar eller studerar patienten:

Arbetar 50% eller mer

Studerar 50% eller mer

Arbetar mindre än 50%

Studerar mindre än 50%

◆ Är patienten för närvarande sjukskriven? Ange närmaste värde

Ja, 25%

Ja, 50%

Ja, 75%

Ja, 100%

Nej

◆ Vilken har varit patientens huvudsakliga inkomstkälla under de senaste 12 månaderna?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Inkomst av lönearbete eller från arbete i eget företag | <input type="checkbox"/> Ersättning för att delta i arbetsmarknadspolitiskt program |
| <input type="checkbox"/> Ålderspension eller garantipension | <input type="checkbox"/> Arbetslöshetsersättning |
| <input type="checkbox"/> Studiestöd | <input type="checkbox"/> Föräldrapenning |
| <input type="checkbox"/> Sjukpenning | <input type="checkbox"/> Sjukersättning |
| <input type="checkbox"/> Aktivitetsersättning | <input type="checkbox"/> Försörjningsstöd |
| <input type="checkbox"/> Försörjning från närstående | <input type="checkbox"/> Egna tillgångar |
| <input type="checkbox"/> Annan inkomstkälla | <input type="checkbox"/> Uppgift saknas |

◆ Finns det **nyttillkommen psykiatrisk samsjuklighet sedan initialregistreringen**: Ja (ange nedan) Nej Uppgift saknas.

<p>Alkohol-, drog- eller läkemedelsmissbruk (F10-F19) Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> alkohol (F10) <input type="checkbox"/> opiater (F11) <input type="checkbox"/> cannabis (F12) <input type="checkbox"/> sedativa och hypnotika (F13) <input type="checkbox"/> kokain (F14) <input type="checkbox"/> andra stimulantia, däribland koffein (F15) <input type="checkbox"/> hallucinogener (F16) <input type="checkbox"/> tobak (F17) <input type="checkbox"/> flyktiga lösningsmedel (F18) <input type="checkbox"/> flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser (F19) 	<p>Depressionstillstånd (F30-F39)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Manisk episod (F30) <input type="checkbox"/> Bipolär sjukdom (F31) <input type="checkbox"/> Depressiv episod (F32) <input type="checkbox"/> Recidiverande depressioner (F33) <input type="checkbox"/> Kroniska förstämningssyndrom (F34) <input type="checkbox"/> Andra förstämningssyndrom (F38) <input type="checkbox"/> Ospecificerade förstämningssyndrom (F39) 	<p>Ångestsyndrom (F40-F43, F93)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Specifik Fobi (F40.2) <input type="checkbox"/> Social ångest (F40.1) <input type="checkbox"/> Paniksyndrom (F41.0) <input type="checkbox"/> Agorafobi (F40.0) <input type="checkbox"/> Tvångssyndrom (F42) <input type="checkbox"/> Generaliserat ångestsyndrom (F41.1) <input type="checkbox"/> Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress tex PTSD (F43) <input type="checkbox"/> Emotionella störningar med debut särskilt under barndomen (F93)
	<p>Utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser (F84.0, F90, F98.8)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Autism (F84.0) <input type="checkbox"/> ADHD (F90) <input type="checkbox"/> Andra specificerade beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid (F98.8) 	
<p>Personlighetssyndrom (F60)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Paranoid, personlighetssyndrom (F60.0) <input type="checkbox"/> Schizoid, personlighetssyndrom (F60.1) <input type="checkbox"/> Schizotyp, personlighetssyndrom (F21) <input type="checkbox"/> Antisocial, personlighetssyndrom (F60.2) <input type="checkbox"/> Emotionellt instabil, personlighetssyndrom (F60.3) <input type="checkbox"/> Histrionisk, personlighetssyndrom (F60.4) <input type="checkbox"/> Narcissistisk, personlighetssyndrom (F60.8) <input type="checkbox"/> Tvångsmässig, personlighetssyndrom (F60.5) <input type="checkbox"/> Ängslig, personlighetssyndrom (F60.6) <input type="checkbox"/> Osjälvständig, personlighetssyndrom (F60.7) <input type="checkbox"/> Andra specificerade pers.syndrom (F60.8) <input type="checkbox"/> Personlighetssyndrom, ospecificerad (F60.9) 		

◆ Finns annat nyttillkommet psykiatriskt tillstånd, om Ja, vad? _____

- Frågor om behandling och vårdkonsumtion -

Nedan följer ett antal frågor gällande patientens behandling och vårdkonsumtion. Ange de insatser som ingått i patientens behandling. För alla insatser utom stödjande samtal och ätträning registreras om insatsen givits, oavsett om patienten vid tillfället behandlades inom

- Poliklinisk öppenvård
- dagsjukvård
- heldygnsvård

Registrera insatser givna under hela behandlingsperioden sedan initialregistrering och som skett i samråd med den behandlande enheten, även om de utförts på en annan enhet.

♦ Har det förekommit systematisk psykologisk behandling?

- Ja, ange nedan Nej Uppgift saknas

Systematisk psykologisk behandling = Regelbunden psykologisk samtalsbehandling. Obs! Gäller ej Internetbehandling – den frågan kommer senare!

		Antal behandlingstillfällen	Ange Huvudsakligt format
KBT	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Antal: _____	<input type="checkbox"/> Individuellt <input type="checkbox"/> I grupp <input type="checkbox"/> Tillsammans med familjemedlem(mar)
PDT	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Antal: _____	<input type="checkbox"/> Individuellt <input type="checkbox"/> I grupp <input type="checkbox"/> Tillsammans med familjemedlem(mar)
IPT	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Antal: _____	<input type="checkbox"/> Individuellt <input type="checkbox"/> I grupp <input type="checkbox"/> Tillsammans med familjemedlem(mar)
Familjebaserad/ systemisk	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Antal: _____	<input type="checkbox"/> Individuellt <input type="checkbox"/> I grupp <input type="checkbox"/> Tillsammans med familjemedlem(mar)
Multifamiljeterapi	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Antal: _____	<input type="checkbox"/> Individuellt <input type="checkbox"/> I grupp <input type="checkbox"/> Tillsammans med familjemedlem(mar)
DBT	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Antal: _____	<input type="checkbox"/> Individuellt <input type="checkbox"/> I grupp <input type="checkbox"/> Tillsammans med familjemedlem(mar)
MI	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Antal: _____	<input type="checkbox"/> Individuellt <input type="checkbox"/> I grupp <input type="checkbox"/> Tillsammans med familjemedlem(mar)
Problemorienterad psykosocial behandling:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Antal: _____	<input type="checkbox"/> Individuellt <input type="checkbox"/> I grupp <input type="checkbox"/> Tillsammans med familjemedlem(mar)
Annan	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Antal: _____	<input type="checkbox"/> Individuellt <input type="checkbox"/> I grupp <input type="checkbox"/> Tillsammans med familjemedlem(mar)

♦ Har det förekommit ätträning i öppenvård?

Behandlarledd träning, individuell eller i grupp, avseende beredning och/eller intagande av måltid, syftande till ett normaliserat förhållande till mat och ätande.

Totalt antal ätträningstillfällen (individuellt, i grupp, med familj):

- Ja Nej Uppgift saknas
- 1-5 31-50
 6-15 51-100
 16-30 fler än 100 Uppgift saknas

◆ Har det förekommit stödjande samtal gällande ätstörningen?

Totalt antal stödjande samtal (individuellt, i grupp, med familj):

- | | | | |
|---|---|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ja | → | <input type="checkbox"/> 1-5 | <input type="checkbox"/> 31-50 |
| <input type="checkbox"/> Nej | | <input type="checkbox"/> 6-15 | <input type="checkbox"/> 51-100 |
| <input type="checkbox"/> Uppgift saknas | | <input type="checkbox"/> 16-30 | <input type="checkbox"/> fler än 100 |
| | | | <input type="checkbox"/> Uppgift saknas |

◆ Har det förekommit fysioterapeutiska åtgärder?

Totalt antal fysioterapeutiska åtgärder (individuellt, i grupp, med familj):

- | | | | |
|---|---|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ja | → | <input type="checkbox"/> 1-5 | <input type="checkbox"/> 31-50 |
| <input type="checkbox"/> Nej | | <input type="checkbox"/> 6-15 | <input type="checkbox"/> 51-100 |
| <input type="checkbox"/> Uppgift saknas | | <input type="checkbox"/> 16-30 | <input type="checkbox"/> fler än 100 |
| | | | <input type="checkbox"/> Uppgift saknas |

◆ Har det förekommit patient- och närståendebildning?

Utbildningsinsatser som följer ett i förväg definierat utbildningsprogram omfattande ett antal utbildningstillfällen där innehållet syftar till att ge ökade kunskaper om sjukdom och behandling, strategier för att hantera symptom i vardagen och möjlighet till erfarenhetsutbyte.

Totalt antal patient- och närståendebildningstillfällen som patienten och/eller familjen varit delaktig i:

- | | | | |
|---|---|--------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | → | <input type="checkbox"/> 1-5 | <input type="checkbox"/> 31-50 |
| <input type="checkbox"/> Nej | | <input type="checkbox"/> 6-15 | <input type="checkbox"/> fler än 50 |
| <input type="checkbox"/> Erbjudits men tackat nej | | <input type="checkbox"/> 16-30 | |
| <input type="checkbox"/> Uppgift saknas | | | |

◆ Har det förekommit internetbehandling?

- Nej
- Ja, programmet NÄRA
- Ja, annat internetbehandlingsprogram → vilket annat? _____
- Erbjudits men tackat nej
- Ja, Mandometer på distans
- Ja, annat internetstöd
- Uppgift saknas

- ◆ Har någon av följande behandlingsinsatser förekommit (kostrådgivning av dietist, arbetsterapeutiska interventioner som inte täcks in av något av ovanstående alternativ)?

Ja Nej

Antal tillfällen med kostrådgivning	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-5	<input type="checkbox"/> 6-15 <input type="checkbox"/> 16-30	<input type="checkbox"/> 31-50 <input type="checkbox"/> fler än 50	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
Antal tillfällen med arbetsterapeutiska interventioner	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-5	<input type="checkbox"/> 6-15 <input type="checkbox"/> 16-30	<input type="checkbox"/> 31-50 <input type="checkbox"/> fler än 50	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas

- ◆ Har patienten med anledning av ätstörningen träffat läkare för ställningstagande till mediciner, utsättande av mediciner eller uppföljning av mediciner:

Ja Nej Uppgift saknas

- ◆ Har somatisk undersökning genomförts?

Avser undersökning av sjuksköterska eller läkare. Avser inte endast viktkontroll.

Ja, 1-3 gånger Ja, fler än 3 gånger Nej Uppgift saknas

- ◆ Har patienten vid något tillfälle varit ordinerad näringsdryck eller annat kosttillskott med anledning av sin ätstörning, eller symptom relaterade till ätstörningen?

Nej Näringsdryck/tillskott Sondning och Näringsdryck/tillskott
 Sondning Uppgift saknas

- ◆ Har patienten deltagit i dagsjukvård?

Öppenvård som innebär mer omfattande och/eller resurskrävande insatser än vad ett besök normalt kräver.

Ja → 1-7 dgr 8-30 dgr 31-90 dgr 91-180 dgr fler än 180 dgr
 Nej Uppgift saknas

Var god vänd

◆ **Har patienten behandlats i heldygnsvård med anledning av ätstörningen?**

Avser somatisk som psykiatrisk heldygnsvård som bedöms direkt relaterad till patientens ätstörning, men inte heldygnsvård som inte primärt är relaterad till ätstörningen.

- Ja Nej (→ slut på avslutsregistrering)

Om Ja Ange antal dagar vid aktuell typ av heldygnsvård

Ätstörningsspecialiserad heldygnsvård?

- Ja → 1-7 dgr 8-30 dgr 31-90 dgr 91-180 dgr fler än 180 dgr
 Nej Uppgift saknas

Om ja: Har någon av dessa dagar varit **självald inläggning?**

- 1-7 dgr 8-30 dgr 31-90 dgr 91-180 dgr fler än 180 dgr
 Nej Uppgift saknas

Somatisk heldygnsvård?

- Ja → 1-7 dgr 8-30 dgr 31-90 dgr 91-180 dgr fler än 180 dgr
 Nej Uppgift saknas

Annan psykiatrisk heldygnsvård?

- Ja → 1-7 dgr 8-30 dgr 31-90 dgr 91-180 dgr fler än 180 dgr

Om ja, vilken? _____

- Nej Uppgift saknas

◆ **Har någon del av heldygnsvården varit enligt någon psykiatrisk tvångslagstiftning?**

Med psykiatrisk tvångslagstiftning avses Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård (LPT) eller Lagen om Vård av Unga (LVU).

- Ja → 1-7 dgr 8-30 dgr 31-90 dgr 91-180 dgr fler än 180 dgr
 Nej Uppgift saknas

- Slut Avslutsregistrering -