

Opplysninger som registreres i Ednor og overføres til det lokale kvalitets- og forskningsregisteret dersom pasienten samtykker

1. Innledning

Pasienten fyller ut standardiserte kartleggingsskjema som omhandler spiseforstyrrelsessymptomer og annen psykisk problematikk. I tillegg fyller pasienten ut personopplysninger og bakgrunnsopplysninger om seg selv, spiseforstyrrelsen og tidligere behandling.

Kontorpersonell og behandler fyller ut opplysninger om diagnose, funksjon, somatikk, henvisning, tiltak og en del personopplysninger.

2. Kartleggingsskjema om spiseforstyrrelsen og andre psykiske symptomer

I en basis utredning inngår kartleggingsskjema som omhandler spiseforstyrrelsen, forhold til egen kropp, trening, generelle psykiske symptomer, depresjon, traumeproblematikk, rusproblematikk og livskvalitet.

I en eventuell utvidet utredning kan flere skjema inngå.

3. Personopplysninger som registreres av pasienten selv

3.1 Mine opplysninger (fylles ut kun ved første oppstart)

Foreldre og søsken
Psykiske plager i familien
Om spiseforstyrrelsen - historikk
Tidligere behandling

3.2 Bakgrunnspakken (fylles ut ved oppstart av hvert behandlingsforløp og ved ettårsoppfølging)

Familieforhold
Nåværende behandling
Negative hendelser
Om spiseforstyrrelsen
Selvmondsforsøk
Selvskading
Skolegang og arbeidssituasjon
Øvrig problematikk

4. Opplysninger som registreres av kontorphersonell eller behandler

Personopplysninger	Fødselsdato. Alder. Kjønn. Kommune. Fylke. Nasjonalitet. Norsktalende. NPRID (ID i Norsk pasientregister). Pasient-ID i Ednor.
Henvisningsinformasjon	Henvisning datert dato. Henvisning mottatt dato. Ny pasient i psykisk helsevern? Ny pasient for Nordlandssykehuset Bodø? Ny pasient for Regionalt senter for spiseforstyrrelser? Historisk henvisning? Henvisende instans. Henvisers problembeskrivelse. Annen rapportert psykisk problematikk. Rapportert personlighetsforstyrrelse. Henvisers bestilling. Planlagt tilbud. Fastlege. Vurderingsansvarlig. Behandler. Frist eller forsvarlig ventedato. Planlagt startdato og faktisk startdato.
Tiltaksinformasjon (informasjon om behandling og behandlingstilbud)	Startdato. Sluttdato. Tiltakseier. Tiltakstype. Behandlingstilnærming. Manualbasert? Vedtaksparagraf. Begrunnelse for valgt tiltak. Behandler. Utfallsvurdering (behandlingsresultat) for spiseforstyrrelsen og annen psykisk problematikk: Videre behandling, i så fall hos hvilken instans.
Diagnoser	Spiseforstyrrelsesdiagnose i ICD-10-kodeverket. Andre diagnoser i ICD-10. Påvist personlighetsforstyrrelse? Relevante somatiske diagnoser. Spiseforstyrrelsesdiagnose i DSM-5-kodeverket.
Psychiatric Status Rating Scale for Eating Disorders – Revised	Spiseforstyrrelsesstatus.

Somatiske opplysninger	Medikamentbruk. Medisinske opplysninger, om blant annet menstruasjon hvis aktuelt, reernæringssymptom og blodprøver. Beintetthetsmåling. Vektmåling.
Ernæringsdata	Alder. Vekt og BMI. Vekt og BMI 3 måneder før utfylling. Vektendring. Energibehov. Energiinntak. Selvfremkalt tømning. Skår for sykdom. Kaloribehov. Skåre for ernæringsmessig risiko.
Structured Eating Disorder Interview (SEDI)	Strukturert intervju om spiseforstyrrelsessymptomer.
Health of the Nations Outcome Scales (HoNOS)	Skjema som omhandler funksjon på flere områder.