

Ärendeansvarig\* \_\_\_\_\_

Patientens personnr\* \_\_\_\_\_

Patientens namn\* \_\_\_\_\_

Informationsdatum\* \_\_\_\_\_ (ÅÅÅÅ-MM-DD)

*Vid det datum som anges ska övriga uppgifter som registreras varit gällande (aktuella)*

\* = Obligatorisk fråga

---

## Inskrivningsdatum på denna enhet\*

Datum, ÅÅÅÅ-MM-DD

## Är det en planerad inläggning?\*

**Ett svarsalternativ kan anges**

- Ja     Nej     Uppgift saknas

## Primär intagningsorsak\*

*"Dosjustering av läkemedel" inkluderar även insättning och utsättning av befintliga läkemedel/substanser.*

**Ett svarsalternativ kan anges**

- Intoxikation (akut påverkan av alkohol eller narkotika)  
 Abstinensstillstånd  
 Dosjustering av läkemedel  
 Läkemedelsassisterad behandling för opiodberoende  
 Annan akut psykiatrisk indikation  
 Akut somatisk indikation  
 Graviditet  
 Annan. Ange vilken \_\_\_\_\_  
 Uppgift saknas

## Huvudsaklig initiativtagare till denna vårdkontakt.\*

*"Annan behandlingsenhet för beroendevård" innefattar även slutenvård inom beroendevård.*

**Ett svarsalternativ kan anges**

- Eget initiativ  
 Familj, vänner  
 Annan behandlingsenhet för beroendevård  
 Primärvård  
 Psykiatrisk hälso- och sjukvård (ej beroendevård)  
 Somatic slutenvård eller akutmottagning  
 Socialtjänst  
 HVB-hem  
 Domstol  
 Kriminalvård  
 Polis  
 Arbetsgivare, Företagshälsovård  
 Hälsovård inom skola/utbildning  
 Brukarorganisation

- Sprututbytesprogram
- Annan initiativtagare
- Uppgift saknas

## Ingår patienten i ett LARO-program?\*

**Ett svarsalternativ kan anges**

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

## SOCIODEMOGRAFISKA FAKTORER

### Hur bor patienten?\*

Avser de senaste 30 dagarna.

Om patienten vistats tillfälligt på annan plats (t.ex. på kriminalvårdsanstalt eller sjukhus) under de senaste 30 dagarna avser frågan de senaste 30 dagarna före vistelsen.

"I egen bostad" avser bostad 1) med eget kontrakt, 2) med andrahandskontrakt, 3) i bostadsrättslägenhet eller eget hus, 4) i kollektiv eller 5) hos föräldrar eller andra släktingar.

"Är inneboende" avser person som hyr eller på annat sätt får använda en del av någon annans bostad under en längre tid utan att ha gemensamt hushåll med värden.

"Är hemlös" avser person som saknar bostad, och som inte stadigvarande bor inneboende eller i andra hand, och som är hänvisad till tillfälliga platser att bo på eller är uteliggare.

**Ett svarsalternativ kan anges**

- I egen bostad
- Är inneboende
- Är hemlös
- Uppgift saknas

### Har patienten huvudsakligen vistats tillfälligt på annan plats under de senaste 30 dagarna?\*

**Ett svarsalternativ kan anges**

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

#### Om ja, ange var.\*

Med HVB (hem för vård eller boende) avses boende som tillhandahåller platser för heldygnsvistelse tillsammans med insatser i form av vård eller behandling, t.ex. LVM-hem och särskilt ungdomshem.

"På korttidsboende" avser vistelse utanför det egna boendet under en kortare tid för bl. a. avlösning, växelvård eller eftervård.

Med stödboende avses boende som tillhandahåller platser för heldygnsvistelse avsedda för personer som behöver insatser i form av tillsyn och stöd men inte vård eller behandling, t.ex. träningslägenhet, försökslägenhet, bostad med socialt kontrakt e.d.

**Flera svarsalternativ kan anges**

- I familjehem som har uppdrag enligt SoL
- På HVB
- På sjukhus
- På korttidsboende
- På stödboende
- I häkte eller fängelse
- På annan plats. Ange vilken \_\_\_\_\_
- Uppgift saknas

## Finns berörda minderåriga barn?\*

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja     Nej     Uppgift saknas

## Ange patientens huvudsakliga sysselsättning under de senaste 12 månaderna.\*

Uppgiften avser huvudsaklig situation det senaste året. Om någon av patientens sysselsättningar överstiger 75 procent anges bara ett alternativ. Om ingen av patientens sysselsättningar överstiger 75 procent får två (2) alternativ anges.

Flera svarsalternativ kan anges (högst 2)

- 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

## DIAGNOSER

### Aktuella diagnostiserade beroendediagnoser. Ange ICD 10-koder (F100-F199, F63) inklusive fjärdeposition t.ex. F102.\*

Kombination (F19) tillämpas när det är känt att två eller flera psykoaktiva substanser använts men när det är omöjligt att avgöra vilken som bidragit mest till störningen. Kategorin ska användas även när en eller flera av substanserna är okända eller inte med säkerhet kunnat identifieras.

Flera svarsalternativ kan anges

_____	_____	_____
_____	_____	_____

### Finns annan aktuell diagnostiserad psykiatrisk sjuklighet?\*

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja     Nej     Uppgift saknas

Om ja, ange andra aktuella ICD 10-koder (F000-F999 förutom F100-F199), inklusive fjärdeposition t.ex. F312.

Flera svarsalternativ kan anges

_____	_____	_____
_____	_____	_____

### Har strukturerat (eller semistrukturerat) diagnostiskt instrument använts som stöd i diagnostiken?\*

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja     Nej     Uppgift saknas

**Om ja, ange vilket/vilka?\***

*Flera svarsalternativ kan anges*

- SCID
- M.I.N.I.
- ADDIS
- Annat. Ange vilket \_\_\_\_\_
- Uppgift saknas

## SUBSTANSBRUK

**Har patienten intagit några substanser under de senaste 30 dagarna?\***

*Frågan avser 1) substanser som inte är ordinerade och 2) ordinerade substanser som intagits utanför ordination, d.v.s. i högre dos eller oftare än ordinerat. För preparat köpta t.ex. via internet används klassen av preparat som riktlinje.*

**Ett svarsalternativ kan anges**

- Ja     Nej     Uppgift saknas

**Om ja, ange vilken/vilka substanser, intagningsätt och hur många av de senaste 30 dagarna patienten har intagit substansen/substanserna.\***

*Flera svarsalternativ kan anges*

Substans*	Intagningsätt*	Antal dagar (Heltal, 0-30)
	1 Oralt 2 Rökning/inhalation 3 Nasalt 4 Intravenöst/intramuskulärt/subkutant 5 Annat intagningsätt 6 Uppgift saknas	
<input type="radio"/> Alkohol		
<input type="radio"/> Heroin	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	
<input type="radio"/> Metadon	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	
<input type="radio"/> Mono-buprenorfin (t.ex. subutex)	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	
<input type="radio"/> Buprenorfin-naloxon (suboxone)	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	
<input type="radio"/> Andra opioider (t.ex. tramadol, oxikodon, fentanyl)	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	
<input type="radio"/> Kokain	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	
<input type="radio"/> Amfetaminer	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	
<input type="radio"/> Stimulantia med hallucinogen effekt (t.ex. MDMA)	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	
<input type="radio"/> Andra narkotikaklassade stimulantia	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	
<input type="radio"/> Bensodiazepiner	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	
<input type="radio"/> Zolpidem/zopiklon/zaleplon	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	
<input type="radio"/> Andra narkotikaklassade dämpande substanser (t.ex. pregabalin)	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	
<input type="radio"/> Hallucinogener (inklusive LSD)	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	
<input type="radio"/> Cannabis	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	

Substans*	Intagningsätt*	Antal dagar (Heltal, 0-30)
	1 Oralt 2 Rökning/inhalation 3 Nasalt 4 Intravenöst/intramuskulärt/subkutant 5 Annat intagningsätt 6 Uppgift saknas	
<input type="radio"/> Syntetiska cannabinoider (t.ex. Spice)	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	
<input type="radio"/> Lösningssmedel	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	
<input type="radio"/> GHB	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	
<input type="radio"/> Anabola androgena steroider (inklusive testosteron)	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	
<input type="radio"/> Andra prestationshöjande substanser	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	
<input type="radio"/> Annan substans. Ange vilken substans	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	

**Om patienten har intagit substanser de senaste 30 dagarna, hur många av de senaste 30 dagarna har patienten varit kraftigt substanspåverkad?\***

*Med kraftig substanspåverkan avses att patienten på grund av substansintag varit ur stånd att ta vård om sig själv. Vid läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende utgör kraftig substanspåverkan indikation för att avstå utdelning av läkemedel.*

**Ett svarsalternativ kan anges**

- 0 dagar
- 1 - 3 dagar
- 4 - 6 dagar
- Fler än 6 dagar

**Har patienten injicerat droger?\***

**Ett svarsalternativ kan anges**

- Nej, aldrig injicerat
- Ja, injicerat någon gång i livet, men inte under de senaste 12 månaderna
- Ja, injicerat någon gång de senaste 12 månaderna, men inte under de senaste 30 dagarna
- Ja, injicerar för närvarande (under de senaste 30 dagarna)
- Uppgift saknas

**Hur många substansfria månader har patienten haft under de senaste 12 månaderna (exkl. nikotin)?**

(heltal)

**Hur många månader har patienten haft ett riskbruk av alkohol under de senaste 12 månaderna?**

(heltal)

## SOMATIK

### Har patienten provtagits för HIV, hepatit B och hepatit C?\*

*Ett svarsalternativ kan anges*

- Ja    Nej    Uppgift saknas

Om ja, ange år, månad och dag för senaste provtagning.

Datum, ÅÅÅÅ-MM-DD

### Föreligger somatisk samsjuklighet?\*

*Ett svarsalternativ kan anges*

- Ja    Nej    Uppgift saknas

Om ja, ange vad?\*

*Flera svarsalternativ kan anges*

- Diagnostiserat långvarigt smärttillstånd
- Skrumplever (cirros)
- Fettlever (steatos)
- Kronisk lungsjukdom (exkl. infektioner)
- Diabetessjukdom
- Hjärt- och kärlsjukdom (exkl. stroke)
- Stroke
- Njursjukdom
- HIV
- Hepatit B
- Hepatit C
- Obesitaskirurgi (t.ex. Gastric Bypass)
- Aktivitetsbegränsande kroppsligt trauma
- Annat tillstånd. Ange vad \_\_\_\_\_

### Röker patienten tobak?\*

*Ett svarsalternativ kan anges*

- Ja    Nej    Uppgift saknas

### Är patienten gravid?\*

(Frågan besvaras om patienten är en kvinna.)

*Ett svarsalternativ kan anges*

- Ja    Nej    Uppgift saknas

### Ammar patienten?\*

(Frågan besvaras om patienten är en kvinna.)

*Ett svarsalternativ kan anges*

- Ja    Nej    Uppgift saknas

## BEHANDLING

### Genomförd behandling på denna enhet.\*

#### *Flera svarsalternativ kan anges*

- Observation/Utredning
- Abstinensbehandling för alkoholabstinens
- Förebyggande behandling mot Wernicke-Korsakoff
- Behandling för utvecklad delirium tremens (DT)
- Återfallsförebyggande läkemedel för alkoholberoende
- Läkemedelsassisterad behandling för opioidberoende
- Abstinensbehandling för opioidabstinens
- Abstinensbehandling för andra substanser
- Strukturerad nedtrappning av beroendeframkallande läkemedel
- Läkemedel för ADHD
- Läkemedel för andra psykiatriska tillstånd (ej beroende)
- KBT (kognitiv beteendeterapi exkl. återfallsprevention)
- Återfallsprevention (manualbaserad)
- PDT (psykodynamisk psykoterapi, manualbaserad)
- Interaktionell terapi (manualbaserad)
- Parterapi
- Nätverksterapi
- MI (motiverande samtal)
- MET (motivationshöjande behandling)
- CRA (Community Reinforcement Approach)
- 12-stepsbehandling
- SBNT (Social network behaviour therapy)
- MATRIX-programmet
- Färdighetsträning (manualbaserad)
- Annan psykologisk behandling (utan manual)
- Annan behandling
- Uppgift saknas

### Om abstinensbehandling för alkoholabstinens, vilket/vilka läkemedel mot abstinens används?\*

#### *Flera svarsalternativ kan anges*

- Bensodiazepin (t.ex. Sobril, Stesolid)
- Klometiazol (t.ex. Heminevrin)
- Karbamazepin (t.ex. Tegretol)
- Annat läkemedel
- Uppgift saknas

### Om återfallsförebyggande läkemedel för alkoholberoende, vilket/vilka återfallsförebyggande läkemedel för alkoholberoende används?\*

#### *Flera svarsalternativ kan anges*

- Akamprosot (t.ex. Campral)
- Disulfiram (t.ex. Antabus)
- Nalmefen (t.ex. Selincro)
- Naltrexon

- Annat läkemedel. Ange vilket \_\_\_\_\_
- Uppgift saknas

**Om abstinensbehandling för opioidabstinens, vilket/vilka läkemedel mot abstinens används?\***  
**Flera svarsalternativ kan anges**

- Symptomatisk behandling (Katapressan)
- Buprenorfin
- Metadon
- Annat läkemedel
- Uppgift saknas

**Om läkemedelsassisterad behandling för opioidberoende, precisera angående läkemedelsassisterad behandling för opioidberoende.\***

**Ett svarsalternativ kan anges**

- Fortgående läkemedelsbehandling
- Insättning av läkemedel
- Utsättning av läkemedel
- Dosjustering
- Uppgift saknas

**Om läkemedel för ADHD, precisera angående läkemedel för ADHD.\***

**Ett svarsalternativ kan anges**

- Fortgående läkemedelsbehandling
- Insättning av läkemedel
- Utsättning av läkemedel
- Dosjustering
- Uppgift saknas

**Om läkemedel för andra psykiatriska tillstånd, precisera angående läkemedel för andra psykiatriska tillstånd.\***

**Ett svarsalternativ kan anges**

- Fortgående läkemedelsbehandling
- Insättning av läkemedel
- Utsättning av läkemedel
- Dosjustering
- Uppgift saknas

## AVSLUTNING

**Utskrivningsdatum på denna enhet\***

Datum, ÅÅÅÅ-MM-DD

**Har patienten någon gång under vårddagen vårdats enligt LPT/LRV?\***

**Ett svarsalternativ kan anges**

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas



## Har patienten utvecklat abstinenskramper (generaliserat krampanfall) under vårdtiden?\*

*Ett svarsalternativ kan anges*

- Ja    Nej    Uppgift saknas

## Har patienten utvecklat delirium tremens (DT) under vårdtiden?\*

*Ett svarsalternativ kan anges*

- Ja    Nej    Uppgift saknas

## Hur avslutades behandlingen vid enheten?\*

*Planerat avslut = avslut enligt vårdplan. Avbruten av patienten = patienten (eller anhörig) avbryter kontakten.*

*Ett svarsalternativ kan anges*

- Planerat avslut  
 Överföring till annan psykiatrisk slutenvårdsenhet  
 Överföring till somatisk vårdenhet  
 Avslut i förtid på vårdgivarens initiativ  
 Avbruten av patienten  
 Patienten har avlidit  
 På annat sätt. Ange vilket \_\_\_\_\_  
 Uppgift saknas

## Har kontakt tagits med öppenvårdsenhet?\*

*Ett svarsalternativ kan anges*

- Ja    Nej    Uppgift saknas

**Om ja, ange vilken/vilka.**

*Flera svarsalternativ kan anges*

- Beroendevårdsenhet inom hälso- och sjukvården  
 Allmänpsykiatrisk enhet inom hälso- och sjukvården  
 Socialtjänsten  
 Annan enhet. Ange vilken \_\_\_\_\_

## SKATTNINGAR

### Har en screening med AUDIT genomförts?\*

*Genomförd i anslutning till registrering*

*Ett svarsalternativ kan anges*

- Ja    Nej    Uppgift saknas

**Om ja, ange totalpoäng.**

(heltal, 0-40)

### Har en screening med DUDIT genomförts?\*

*Genomförd i anslutning till registrering*

*Ett svarsalternativ kan anges*

- Ja    Nej    Uppgift saknas

Om ja, ange totalpoäng.

(heltal, 0-44)

## **CGI-S (Clinical Global Impression – Severity, övergripande kliniskt intryck av sjukdomens svårighetsgrad)**

**Mot bakgrund av din samlade kliniska erfarenhet av just denna patientpopulation, hur svårt psykiskt sjuk är patienten för närvarande?\***

*Ett svarsalternativ kan anges*

- Ej bedömt
- Normal, inte alls sjuk
- Gränsfall för psykisk sjukdom
- Lindrigt sjuk
- Måttligt sjuk
- Påtagligt sjuk
- Allvarligt sjuk
- Bland de mest extremt sjuka patienterna

## **Ange värde på GAF Funktion vid inkomst**

**GAF: delskala funktion:**

Aktuellt resultat av skattning på GAF-skalans delskala för **social och yrkesmässig funktionsförmåga**.

(GAF = Global Assessment of Functioning)

GAF-skalen är en global funktionsskattningsskala för skattning av psykologisk, social och yrkesmässig funktionsförmåga.

*Instruktion: Observera att värdet 0 (otillräcklig information) alltid ska anges när man bedömer att det inte går att få underlag för en kliniskt relevant skattning på delskalan. Detta kan vara fallet då symptombilden gör bedömningen av funktionsnivån alltför osäker eller då bedömningen görs under omständigheter som inte är representativa eller adekvata som underlag för en funktionsskattning, t.ex. då patienten befinner sig i slutenvård.*

(heltal, 0-100)

## **Ange värde på GAF Symptom vid inkomst**

**GAF: delskala symptom:**

Aktuellt resultat av skattning på GAF-skalans delskala för **psykiska symptom**.

(GAF = Global Assessment of Functioning)

GAF-skalen är en global funktionsskattningsskala för skattning av psykologisk, social och yrkesmässig funktionsförmåga.

*Instruktion: Observera att värdet 0 (otillräcklig information) alltid ska anges när man bedömer att det inte går att få underlag för en kliniskt relevant skattning på delskalan. Detta kan t.ex. vara fallet när det är så svårt att kommunicera med patienten att symptombilden inte kan klarläggas.*

(heltal, 0-100)

## Har patienten besvarat EQ-5D Hälsoenkät?\*

*Ett svarsalternativ kan anges*

- Ja     Nej

Om *ja*, fyll i de svar patienten markerat i hälsoenkäten:

### Rörlighet

*Ett svarsalternativ kan anges*

- Jag går utan svårigheter  
 Jag kan gå men med viss svårighet  
 Jag är sängliggande

### Hygien

*Ett svarsalternativ kan anges*

- Jag behöver ingen hjälp med min dagliga hygien, mat eller påklädning  
 Jag har vissa problem att tvätta eller klä mig själv  
 Jag kan inte tvätta eller klä mig själv

**Huvudsakliga aktiviteter** (t.ex. arbete, studier, hushållssysslor, familje- och fritidsaktiviteter)

*Ett svarsalternativ kan anges*

- Jag klarar av mina huvudsakliga aktiviteter  
 Jag har vissa problem att klara av mina huvudsakliga aktiviteter  
 Jag klarar inte av mina huvudsakliga aktiviteter

### Smärtor/besvär

*Ett svarsalternativ kan anges*

- Jag har varken smärtor eller besvär  
 Jag har måttliga smärtor eller besvär  
 Jag har svåra smärtor eller besvär

### Oro/nedstämdhet

*Ett svarsalternativ kan anges*

- Jag är inte orolig eller nedstämd  
 Jag är orolig eller nedstämd i viss utstäckning  
 Jag är i högsta grad orolig eller nedstämd

### Ditt nuvarande hälsotillstånd (0-100)

Mata in det värde patienten angivit.

(heltal, 0-100)