

Bipolär- och psykosregistret

ÅRSKONTROLL Bipolär sjukdom

Datum för besök _____ ÅÅÅÅ-MM-DD

Läkare _____ Sjuksköterska/CM _____

| |
|-------------------------|
| Patientens personnummer |
| Patientens namn |

Om detta är patientens första årsbesök, ge information om Bipolär- och psykosregistret.

Är det något särskilt du vill diskutera under dagens besök?

(återkom till detta vid relevant avsnitt eller vid slutet av besöket)

LÄKARDELEN

R Diagnos enligt ICD-10-SE

- Bipolär sjukdom typ 1 (F31.0-F31.7)
- Bipolär sjukdom typ 2 (F31.8A-F)
- F31.9 Bipolär sjukdom, ospecificerad
- F31.8W Annan specificerad bipolär sjukdom (exv. substansutlöst)
- F34.0 Cyklotymi

R Andra aktuella psykiatriska diagnoser

Här avses relevanta samsjuklighetsdiagnoser, inte delfenomen i patientens huvuddiagnos

Ingen psykiatrisk samsjuklighetsdiagnos

Neuropsykiatriska tillstånd

- Uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet, i kombination (F90.0B)
- Uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet, huvudsakligen bristande uppmärksamhet (F90.0C)
- Uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet, huvudsakligen hyperaktivitet-impulsivitet (F90.1)
- Uppmärksamhet/hyperaktivitet UNS (F90.0X)
- Autism (i barndomen F84.0, atypisk F84.1)
- Aspergers syndrom (F84.5)
- Intellectuellt funktionshinder (F70.X-F72.X)

Substansbrukssyndrom

- Alkohol (F10.1/F10.2)
- Substansrelaterade syndrom (F11.1/F11.2-F19.1/F19.2)

Ångestsyndrom

- Agorafobi (F40.0)
- Social fobi (F40.1)
- Paniksyndrom (F41.0)
- Generaliserat ångestsyndrom (F41.1)
- Tvångssyndrom (F42.0, F42.1, F42.2)

Annan relevant samsjuklighet

- Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) (F43.1)
- Emotionellt instabil/borderline personlighetsstörning (F60.3)
- Antisocial personlighetsstörning (F60.2)
- Annan relevant psykiatrisk diagnos (F00-F99)

Utredning

Följande avsnitt avser eventuella utredningsinsatser som genomförts under det senaste året.

R Har strukturerade eller semistrukturerade diagnostiska instrument använts som stöd i diagnostiken av bipolär sjukdom under det gångna året?

Ja Nej

R Har patienten under det gångna året genomgått neuropsykiatrisk utredning?

Ja Nej

R Har patienten under det gångna året genomgått kognitiv utredning av psykolog?

Ja Nej

R Har patienten under det gångna året genomgått funktionsbedömning av arbetsterapeut?

Ja Nej

Sjukdomsförlopp

Affektiva skov under de 12 senaste månaderna (klinikerns bedömning)

R Depression Nej Ja Antal skov _____

R Hypomani Nej Ja Antal skov _____

R Mani Nej Ja Antal skov _____

R Blandskov Nej Ja Antal skov _____

R Totala antalet veckor i affektivt skov de senaste 12 månaderna (uppskattning) _____

R Har patienten de senaste 12 månaderna haft minst en två månader lång period utan affektivt skov?

- Ja, med fullständig remission mellan skoven
- Ja, utan fullständig remission mellan skoven.
- Nej

R Inneliggande vårdtillfällen senaste året? Nej Ja, antal _____

R Vård med stöd av LPT vid något tillfälle under året? Nej Ja

R Vårdats med stöd av ÖPT någon del av året? Nej Ja

Suicid och självskada

R Har patienten under de senaste 12 månaderna gjort något suicidförsök? Nej Ja
Självskadande handling utan suicidavsikt det senaste året? Nej Ja

R Strukturerad suicidriskbedömning AU118

Efter samtal, klinisk bedömning, värdering av statistiska riskfaktorer, skyddande faktorer, akut utlösande faktorer görs bedömningen att suicidrisken är:

låg måttlig förhöjd

Somatisk sjukdom (fokus på nytillkomna sjukdomstillstånd, utredningar och behandling)

Hur har din kroppsliga hälsa varit under det gångna året?

Lab status

Har du lämnat blodprover för somatisk hälsokontroll inom psykiatri eller primärvård senaste året? Om inte, varför?

Ja Avböjt Inte erbjudits

R Senaste värde på HbA1c (max 12 månader gammalt) _____ mmol/mol

Avvikande värden, kommentar _____

Läkemedel

R Litium, pågående behandling

- Ja
- Nej

Om ja (värden ej äldre än 12 månader)

R Senaste värde på S-Litium _____ mmol/L (två decimaler)

R Senaste njurfunktionsvärde

Kreatininvärde _____ $\mu\text{mol/L}$

eGFR värde _____ mL/min/1,73m²

Målkoncentration S-Litium _____

R Antipsykotisk läkemedelsbehandling, pågående

- Ja
- Nej

R Om ja på antipsykotisk läkemedelsbehandling, huvudsaklig behandling med vilken typ av läkemedel?

- Första generationens antipsykotikum
- Andra generationens antipsykotikum
- Klozapin
- Behandling (i antipsykotisk dosering) med flera antipsykotiska läkemedel i kombination

R Om ja på antipsykotisk läkemedelsbehandling, vilken beredningsform?

- Peroral behandling
- Långverkande injektion (ensamt eller i kombination med peroral behandling)

R Senaste värde på S-Prolaktin (vid behandling med antipsykotiska läkemedel, max 12 månader gammalt) _____ mU/L

R Pågående behandling med andra psykofarmaka

- Stämningstabiliserande läkemedel
 - Antidepressiva läkemedel
 - Läkemedel mot ADHD
 - Bensodiazepiner eller bensodiazepinliknande preparat
-

För kvinnor i fertil ålder - behandling med valproat?

Nej Ja

- **Om JA, fyll i årlig RISKHANTERINGSBLANKETT**

Pågående behandling med andra (somatiska) läkemedel? Naturmedel?

Har patienten under de senaste 12 månaderna fått någon läkemedelsbiverkan som föranlett utsättning eller preparatbyte?

Nej Ja, preparat _____ Biverkan _____

R Hur har följsamheten till läkemedelsbehandling sett ut det senaste året?

God Partiell Dålig Ej tillämpligt

Som underlag till denna bedömning ingår en sammanvägning av patientens inställning till läkemedel, eventuella andra källor såsom labresultat, samt klinikerns bedömning. Som stöd kan användas skattningsskalor, se bipsy.registercentrum.se för förslag.

Om ej god, överväg åtgärd för att förbättra följsamhet.

Läkemedelsgenomgång xv015

Enkel läkemedelsgenomgång: Kartlägg hur patienten använder läkemedel. Bedöm om läkemedelsbehandlingen är ändamålsenlig (effektiv, tolerabel) och säker (avseende ålder, interaktioner mm). Uppdatera alla ordinationshandlingar.

R Enkel läkemedelsgenomgång genomförd under besöket (eller under året) Ja Nej

Vid behov av fördjupad läkemedelsgenomgång bokas tid för detta.

Socialt liv (Vård-och stödsamordnare/CM)

Sysselsättning

Vad gör du på dagarna? Fungerar det bra?

R Har patienten det senaste året haft inkomst från förvärvsarbete eller studiemedel på minst 50%? Ja Nej Ej tillämpligt (<18 eller >65 års ålder)

R Sjukskrivning, aktivitetsersättning eller permanent sjukersättning för närvarande:

- 0 procent
 - 25 procent
 - 50 procent
 - 75 procent
 - 100 procent
 - Ej tillämpligt (<18 eller >65 års ålder)
-

R Har patienten under det gångna året erbjudits stöd med syfte att återgå i studier/arbete, till exempel IPS (individual placement and support), SEd (supported education), eller arbetsmarknadsåtgärder? Ja Nej Ej tillämpligt

Bedöms patienten ha behov av ytterligare stöd avseende sysselsättning eller försörjning? Ja Nej

Pågående hjälpinsatser (t.ex. boendestöd, hemsjukvård, kontaktperson)

Har du några stödinsatser utanför sjukvården? Tycker du att det är tillräckligt?

Berörda minderåriga barn Ja Nej

Födelseår/kön _____

Gemensam vårdnad/enskild vårdnad/ingen vårdnad _____

Kartlägg vid behov barnens situation, tidigare och pågående insatser, önskade kontakter och insatser.

Bedöms det finnas behov av ytterligare insatser rörande patientens barn? Ja Nej

Våld i nära relationer

Har du erfarenhet av våld i nära relationer under det senaste året?

Ja Nej

Om ja, kartlägg närmare. Exempelvis: *Vad var det som hände? Hur påverkar det dig idag? Har du fått stöd? Behöver du ytterligare stöd?*

R Boendeform

| | |
|--|--------------------------|
| Självständigt boende utan stödinsatser | <input type="checkbox"/> |
| Självständigt boende med stödinsatser | <input type="checkbox"/> |
| Boende med stöd och service | <input type="checkbox"/> |
| Bor hos anhöriga (ej make/a, sambo) | <input type="checkbox"/> |
| Hemlös | <input type="checkbox"/> |

Bedöms patienten ha behov av ytterligare stöd avseende samverkan? Ja Nej

Hälsosamtal (Vård- och stödsamordnare/CM)

DV030

R Ditt nuvarande hälsotillstånd (0-100) _____

Kontroller

R Vikt _____ kg

R Längd _____ cm

R Blodtryck _____ / _____ mmHg

Munhälsa

Går du regelbundet till tandläkaren? Hur brukar det se ut?

Behov av tandvårdsstöd? Nej Ja Motivera behovet _____

Har tandvårdsstöd giltigt till och med _____

Screeningprogram

Har du gått på X-undersökning när du kallats? Har det sett bra ut?

- Gynekologisk cellprovtagning (kvinnor 23-64(70) år, vart 5:e-7:e år) []
 - Mammografi (kvinnor 40-74 år, vartannat år) []
 - Coloncancer (båda könen 60-74 år, vartannat år) []
 - Ultraljud av aorta (män > 65 år, engångsundersökning) []
-

Fysisk aktivitet

Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt fysisk träning (till exempel löpning, gympa, bollsport)?

Träning: _____ minuter/vecka

Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt vardagsmotion (till exempel promenad, cykling, trädgårdsarbete)?

Vardagsmotion: _____ minuter/vecka

Matvanor

Hur är din aptit? Äter du regelbundet lagad mat? Hur ofta äter du godis, fikabröd eller snacks?

Sömn

Sover du bra?

Nej Ja

Hur många timmar per natt?

_____ På dagen? _____

Om nej:

Svårighet att somna?

Nej Ja, orsak _____

Nattliga uppvaknanden?

Nej Ja (antal) _____

Andra problem med sömnen (tidigt morgonuppvaknande, mardrömmar etc.)? _____

Koffeinbruk

Använder du några koffeinhaltiga drycker? Vilka och hur ofta? På kvällen?

Kaffe Nej Ja Antal koppar per dag? _____

Coca cola/Energidryck Nej Ja Antal drycker per dag/vecka? _____

Te Nej Ja Antal koppar per dag? _____

Tobaksbruk

Använder du någon tobak? Något annat nikotin?

R Rökning Nej Ja

Hur många cigaretter per dag? _____

Hur länge har du rökt? _____

Snus Nej Ja

Hur många dosor per dag? _____

Hur länge har du snusat? _____

Annat nikotin Nej Ja

Vilken form? _____

Sedan hur länge? _____

Vill du ha hjälp att dra ner på eller sluta med X? Ja/Nej

Alkoholbruk senaste året

R AUDIT-C, poäng _____ (0-12)

(riskbruk ≥ 4 poäng kvinna, ≥ 5 poäng man) Med ett "glas" menas: folköl 50 cl, starköl 33 cl, vin 15 cl, starkvin 8 cl, sprit 4 cl.

Hur ofta dricker du alkohol?

- 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 dricker du en typisk dag då du dricker alkohol?

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

Hur ofta dricker du (kvinna) 4 eller (man) 5 glas eller mer vid samma tillfälle?

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

Om riskbruk enligt AUDIT-C, fyll i AUDIT **eller** kartlägg vidare under samtal.

AUDIT, poäng _____ (0-40)

Om skadligt bruk av alkohol: vill du ha stöd i att minska på ditt alkoholintag?

Substansbruk senaste året

R Har du använt några droger under det senaste året? Nej Ja

Om ja **fill i DUDIT**, poäng _____ (0-44) **Eller** kartlägg under samtal vilka substanser, frekvens, mängd, konsekvenser av substansbruk.

Om skadligt bruk av narkotika: behöver du stöd för att avstå från droger framöver?

Fertila kvinnor <50 år

| | | |
|-------------------------------------|-----|----|
| Pågående graviditet | Nej | Ja |
| Pågående amning | Nej | Ja |
| Planerad graviditet | Nej | Ja |
| Använder P-piller | Nej | Ja |
| Övrigt preventivmedel, vilket _____ | | |

Om graviditet planeras – boka tid för plan för medicinering och uppföljning under graviditet.

Om pågående graviditet – vårdplan för gravida ska vara upprättad.

Vid behov hänvisa till barnmorskemottagning eller gynekolog för rådgivning om preventivmedel.

Bedöms patienten sammanfattningsvis vara i behov av ytterligare insatser rörande hälsa?

Nej **Ja, vad?**

GEMENSAM DEL

Har du några särskilda önskemål för det kommande året?

Insatser under det gångna året

R Har patienten det senaste året genomfört patientutbildning om bipolär sjukdom?

Ja Nej

R Har patienten under det senaste året fått systematisk psykologisk behandling?

Ja Nej

Vårdplan och krisplan

R Utvärdera och uppdatera vårdplanen tillsammans med patienten.

R Krisplan upprättad eller uppdaterad dagens datum

Patientuppgifter

Uppdatera i journal kontaktuppgifter (patient, närstående, samverkansaktörer),

barn, samtycke, körkort, vapen.

Samtycke till kontakt med närstående vid försämrat mående

Ja Nej

Planering

Planering sjuksköterska

Planering läkare

Planering annan behandlare

Åtgärder – checklista för vanliga åtgärder efter årsbesök

- Läkemedel: Recept – årsrecept för stående läkemedel. Apodos – förlängning
- Licensmotivering (notera även i vårdplan)
- Årlig riskbekräftelseblankett för fertila kvinnor som behandlas med valproat
- Intyg för tandvårdsstöd
- Intyg till försäkringskassan
- Uppföljande provtagning
- Remiss till annan vårdgivare

KVÅ-koder

Enkel läkemedelsgenomgång **XV015**

Strukturerad suicidriskbedömning **AU118**

Hälsosamtal **DV030** (ytterligare KVÅ-koder vid specifika interventioner relaterade till hälsovanor)

Upprättande av krisplan **AU123**

Upprättande av vårdplan **AW013**

Registrering i kvalitetsregister **GD009**

R Patientenkät (avser senaste året)

Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling så mycket som du önskade?

- Ja, helt och hållet
 - Delvis
 - Nej
-

Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?

- Ja, helt och hållet
 - Delvis
 - Nej
-

Fick du tillräcklig information om ditt tillstånd?

- Ja, helt och hållet
 - Delvis
 - Nej
 - Jag behövde ingen information
-

Hur har du upplevt möjligheten att få hjälp vid behov?

- Mycket god
 - God
 - Ganska god
 - Mindre god
 - Dålig
-

Hur bedömer du på det hela taget din sömnkvalitet?

- Mycket bra
 - Ganska bra
 - Varken bra eller dålig
 - Ganska dålig
 - Mycket dålig
-

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

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