

CLINICAL OUTCOMES in ROUTINE EVALUATION

SKJEMA 2 AVSLUTNING AV TERAPI

Sted ID	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Antall timer planlagt	<input type="text"/>
	Bokstaver Tall		
Pasient ID	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/>
Koder	Terapeut ID nummer SC5 nummer	Antall timer møtt	<input type="text"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Dato start	D D M M Å Å Å Å	Antall timer uteblitt	<input type="text"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Dato avslutning av behandling	D D M M Å Å Å Å		<input type="text"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

Hvilken type behandling fikk pasienten? (Kryss av i så mange bokser som det er adekvat)

Psykodynamisk	<input type="checkbox"/>	Personsentrert	<input type="checkbox"/>
Psykoanalytisk	<input type="checkbox"/>	Integrativ	<input type="checkbox"/>
Kognitiv	<input type="checkbox"/>	Systemisk	<input type="checkbox"/>
Adferdsterapi	<input type="checkbox"/>	Støttebehandling	<input type="checkbox"/>
Kognitiv adferdsterapi	<input type="checkbox"/>	Kunstterapi	<input type="checkbox"/>
Korttidsterapi	<input type="checkbox"/>	Annet (spesifiser under)	<input type="checkbox"/>

Hvilken type behandling ble gjennomført? (Kryss av i så mange bokser som det er adekvat)

Individuell	<input type="checkbox"/>	Gruppe	<input type="checkbox"/>
Familie	<input type="checkbox"/>	Parterapi	<input type="checkbox"/>

Behandlingshyppighet

Mer enn 1 gang i uken	<input type="checkbox"/>	Sjeldnere enn 1 gang i uken	<input type="checkbox"/>
Ukentlig	<input type="checkbox"/>	Ingen faste intervaller	<input type="checkbox"/>

Hvilket alternativ beskriver best avslutningen av behandlingen?

Ikke planlagt

På grunn av krise	<input type="checkbox"/>
Pasienten uteble	<input type="checkbox"/>
Pasienten ville ikke fortsette	<input type="checkbox"/>
Andre ikke planlagte grunner (spesifiser under)	<input type="checkbox"/>

Planlagt

Planlagt fra start	<input type="checkbox"/>
Enighet i løpet av behandlingen	<input type="checkbox"/>
Enighet framkommet ved slutten av b.	<input type="checkbox"/>
Annen planlagt avslutning (spesifiser under)	<input type="checkbox"/>

Oversikt over problemer/plager

Grad 1 - 4		Tema i behandlingen	Grad 1 - 4		Tema i behandlingen
<input type="checkbox"/>	Depresjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traumer/mishandling	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Angst/stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tapsopplevelser	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Psykose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Selvfølelse	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Personlighetsproblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relasjonsproblemer	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Kognitive/læringsmessig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bolig/velferd	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Spiseforstyrrelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arbeid/skole	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Fysiske problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Annet (<i>spesifiser under</i>)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Avhengighet	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		

Fare for skade

	Ingen	Mild	Middels	Mye
Selv mord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selvskading	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fare for andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kriminalitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kontekstuelle faktorer

	Lite	Middels	Bra
Motivasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allianse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykologisk orientert person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Oppnådde resultater

	Forbedret			Forbedret		
	Ja	Nei	ikke fokusert	Ja	Nei	Ikke fokusert
Personlig innsikt/forståelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utrykke følelser/problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utforske følelser/problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mestringsstrategier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilgang på praktisk hjelp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre resultater	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*(Kryss av i boksen og spesifiser under)*Har kontakten med enheten resultert i forandring av medikasjon? Ja Nei Passer ikke Hvis ja, vil forandringen sannsynligvis bli til det bedre for pasienten? Ja Nei Type forandringer: Påbegynt Avsluttet Økt Minsket Endret

Har pasienten fått en time for etterkontroll?

Ja Nei

Antall måneder til timen: