

ASI Grund med tillägsfrågor för Net-Plan Vers. 140124

ASI Grund är en standardintervju för kartläggning och bedömning av problem och resurser för personer med missbruks- och beroendeproblem. Intervjun innehåller huvudsakligen frågor om sju livsområden: fysisk hälsa, arbete och försörjning, alkohol- och narkotikaanvändning, rättsliga problem, familj och umgänge samt psykisk hälsa. I intervjun ställs frågor om både tidigare erfarenheter och den nuvarande situationen. Dessutom finns skattningsfrågor om problem och hjälpbehov. Efter varje ASI Grund bör den intervjuade ges tillfälle att ta del av och ge sin syn på vad som kommit fram. Återkopplingssamtalen är alltid viktiga när ASI Grund används som bedömningsmetod. För att stämma av och följa upp insatser används ASI Uppföljning.

Instruktioner till intervjuaren

1. Informera om intervjuens syfte och innehåll samt avtala tid för att ge återkoppling om intervjuresultatet till den intervjuade.
2. Informera om uppföljningsintervjun.
3. Alkohol- och narkotikaproblem bör om möjligt inte påverka skattningar inom övriga områden, påminn därför den intervjuade om detta.
4. Lämna inga tomma svarsrutor. När frågan är obesvarad (personen vet inte eller vill inte svara) koda **X**. När frågan inte är relevant koda **N**.
5. Frågenummer som är understruken är frågor av särskild vikt, så kallade kritiska frågor. Se manualen.
6. Efter varje frågeområde finns utrymme för kommentarer.

Klientens skattningsskalor

- 0 Inget problem eller behov av hjälp.
 1 Litet problem eller behov av hjälp.
 2 Måttligt problem eller behov av hjälp.
 3 Påtagligt problem eller behov av hjälp.
 4 Mycket stort problem eller behov av hjälp.

Intervjuarens skattningsskala

- 0 – 1 Inget problem. Hjälp krävs inte.
 2 – 3 Litet problem. Hjälp krävs troligen inte.
 4 – 5 Måttligt problem. Viss hjälp krävs.
 6 – 7 Påtagligt problem. Hjälp krävs.
 8 – 9 Mycket stort problem. Hjälp krävs absolut.

Allmän information (1 av 1)

A1 Namn

A2 Personnummer

--	--

A3 Ålder

--	--

A4 Kön

- 1 – Man
2 – Kvinna

--

A5 Initiativtagare till kontakten

- 1 – Klienten
2 – Familj eller vänner
3 – Myndighet
4 – Annan

--

Specificera

A6 Huvudman eller verksamhet

- 1 – Statens institutionsstyrelse
 2 – Kriminalvård
 3 – Landsting
 4 – Kommun
 5 – Privat
 6 – Annan

--

Specificera

A7 Inskrivningsdatum

ÅÅMMDD

--	--	--	--	--	--	--	--

A8 Datum för intervju

ÅÅMMDD

--	--	--	--	--	--	--	--

A9 Intervjuarkod

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A10 Enhetskod

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A11 Frivilliga koder

--	--	--	--

Bakgrund (1 av 2)

- B1 Nuvarande bostadsort
1 - Stor stad (över 100 000)
2 - Mellanstor (10-100 000)
3 - Landsort (under 10 000)
- B2 Kommun (Ange kommunkod.)
- B3 Hur bor du?
1 - Egen bostad
2 - Bostad med andrahandskontrakt
3 - Bor stadigvarande i föräldrarnas eller någon annans bostad.
4 - Ordinärt boende i enskilt hem som tillhandahålls av socialtjänsten
5 - Boende med särskild service (bostad med särskild service, stödbo-ende, HVB-hem, skyddat boende, heldygnsvistelse i särskilt boende)
6 - Hotell
7 - Bostadslös
8 - Annat
Specificera
- B4 Hur länge har du bott på detta sätt?
ÅÅ MM
- B5 Är du nöjd med din boendesituation?
0 - Nej 1 - Ja
Specificera

Bakgrund (2 av 2)

- B6 Medborgarskap (Ange landskod.)
- B7 Födelse-land (Ange landskod.)
a Klient
b Pappa
c Mamma
- B8 Har du varit intagen eller inlagd på någon institution de senaste 30 dagarna? (Vid flera alternativ ange den längsta vistelsen.)
0 - Nej
1 - Ja, kriminalvård
2 - Ja, missbruksvård
3 - Ja, somatisk vård
4 - Ja, psykiatrisk vård
5 - Ja, enbart abstinensbehandling (avgiftning)
6 - Ja, annat
Specificera
- B8a Om ja, hur många dagar?
- *B8b Om ja, för hur många dagar sedan lämnade du denna institution?
-
.....
.....
.....
.....

Fysisk hälsa (1 av 2)

C1 Har du några långvariga kroppsliga skador eller sjukdomar?
0 - Nej 1 - Ja

Specificera

***C1a** Vad är statusen på dessa långvariga kroppsliga skador eller sjukdomar?
1 - Stabil med hjälp av läkemedel
2 - Stabil utan hjälp av läkemedel
3 - Ostabilt och i behov av utvärdering
4 - Vet inte

C2 Hur många gånger har du varit inlagd på sjukhus för kroppsliga skador eller sjukdomar? (Ta med överdos och delirium, uteslut abstinensbehandling.)

C3 För hur länge sedan låg du på sjukhus för en kroppslig skada eller sjukdom?
ÅÅ MM

***C3a** Hur många dagar låg du på sjukhus under denna vistelse?

C4 Har du hepatit B eller C?
0 - Nej 1 - Ja
a Hepatit B

b Hepatit C

C5 Har du hiv-testats?
0 - Nej 1 - Ja

C5a Om ja, för hur många månader sedan?

C5b Om ja, vad var det senaste provresultatet?
0 - hiv-negativ 1 - hiv-positiv

C6 Har du fått läkarvård för någon kroppslig skada eller sjukdom de senaste sex månaderna?
0 - Nej 1 - Ja

C7 Är du ordinerad att regelbundet ta läkemedel för några kroppsliga skador eller sjukdomar?
0 - Nej 1 - Ja

***C7a** Specificera dessa läkemedel

***C7b** Tar du för närvarande dessa läkemedel enligt ordination?
0 - Nej 1 - Ja

***C7c** Ange information rörande det ordinerade läkemedlet, eller varför du inte tar det enligt rekommendation.

C8 Har du sjukersättning på grund av någon kroppslig skada eller sjukdom? (Uteslut psykiska besvär.)
0 - Nej 1 - Ja

***C8a** Namnge kroppslig skada eller sjukdom som du får sjukersättning för:

***C8b** Hur länge har du fått sjukersättning för denna kroppsliga skada eller sjukdom?
ÅÅ MM

C9 Får du för närvarande någon hjälp med problem som rör din fysiska hälsa?
0 - Nej 1 - Ja

Specificera

Fysisk hälsa (2 av 2)

C10 Hur många av de senaste 30 dagarna har du haft problem med din fysiska hälsa?

C12 Hur viktigt är det för dig att få hjälp med din fysiska hälsa? (Utöver pågående hjälp.)

*C10a Beskriv vilka problem du haft med din fysiska hälsa de senaste 30 dagarna:

.....
.....
.....

Intervjuarskattning

C13 Gör en uppskattning av klientens behov av vård för kroppsliga skador eller sjukdomar. (Utöver pågående hjälp.)

*C10b För hur många dagar sedan hade du senast dessa problem med din fysiska hälsa?
0-30

Klientskattning

C11 Hur oroad eller besvärad har du varit för din fysiska hälsa under de senaste 30 dagarna?

Arbete och försörjning (1 av 3)

D1 Vilken är din högsta utbildning?
1 – Ej avslutad grundskola
2 – Grundskola
3 – Gymnasium
4 – Högskola eller universitet

D4a Har du tillgång till bil? (Sätt 0 om du inte har körkort.)
0 – Nej 1 – Ja

D2 Hur många år har du gått i skola?

D5 Hur länge varade din längsta sammanhängande period av arbete?
ÅÅ MM

D3 Har du ett yrke?
0 – Nej 1 – Ja

D6 Hur länge varade din längsta period av arbetslöshet?
ÅÅ MM

Specificera

D4 Har du körkort?
0 – Nej 1 – Ja

D7 Vad har du huvudsakligen arbetat med? (Ange yrkeskod 1-6.)

Specificera

Arbete och försörjning (2 av 3)

<p>D8 Vilken har din vanligaste sysselsättning eller försörjning varit de senaste tre åren? <input type="checkbox"/></p> <p>1 – Heltid (minst 35 timmar/vecka) 2 – Deltid (regelbundet deltidsarbete) 3 – Deltid (oregelbundet deltidsarbete) 4 – Studier 5 – Värnplikt 6 – Sjuk- eller aktivitetsersättning 7 – Ålderspension 8 – Arbetslös (inklusive hemarbete) 9 – Intagen eller inlagd på institution</p>	<p>Har du under de senaste 30 dagarna fått pengar från: 0 – Nej 1 – Ja</p> <p>D12 arbetslöshetsersättning? <input type="checkbox"/></p> <p>D13 ekonomiskt bistånd från Socialtjänsten? <input type="checkbox"/></p> <p>D14 ersättning från Försäkringskassan? <input type="checkbox"/></p> <p>Specificera</p> <p>D15 bidrag eller lån för studier? <input type="checkbox"/></p> <p>D16 partner, familj eller vänner? <input type="checkbox"/></p> <p>D17 olaglig verksamhet? <input type="checkbox"/></p> <p>D18 prostitution? <input type="checkbox"/></p> <p>D19 spel? <input type="checkbox"/></p> <p>D20 andra källor? <input type="checkbox"/></p>
<p>D9 Hur många av de senaste 30 dagarna har du arbetat? <input type="checkbox"/></p>	
<p>*D9a Hur länge sedan var det du arbetade senast? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ÅÅ MM</p>	
<p>D10 Hur många av de senaste 30 dagarna har du varit sjukskriven? <input type="checkbox"/></p>	
<p>D11 Hur mycket fick du i lön för arbete under de senaste 30 dagarna? (Efter skatt i kronor.) <input type="checkbox"/></p>	

Arbete och försörjning (3 av 3)

<p>D21 Vilken är din nuvarande huvudsakliga försörjningskälla? (Numrera enligt D11–20.) <input type="checkbox"/></p>	<p>D26 Hur många av de senaste 30 dagarna har du haft problem i arbetet eller med arbetslöshet? <input type="checkbox"/></p>
<p>D22 Vilken har varit din huvudsakliga försörjningskälla de senaste sex månaderna? (Numrera enligt D11–20.) <input type="checkbox"/></p>	<p>Klientskattning</p> <p>D27 Hur oroad eller besvärad har du varit av problem med arbete eller arbetslöshet under de senaste 30 dagarna? <input type="checkbox"/></p>
<p>D23 Hur stora är dina skulder? (Ange i tusentals kronor.) <input type="checkbox"/></p>	<p>D28 Hur viktigt är det för dig att få hjälp för problem med arbete eller arbetslöshet? (Utöver pågående hjälp.) <input type="checkbox"/></p>
<p>D24 Hur många personer är beroende av dig för sitt uppehälle? (Mat, bostad etc.) <input type="checkbox"/></p>	<p>Intervjuarskattning</p> <p>D29 Gör en uppskattning av klientens behov av hjälp med arbets- eller arbetslöshetsproblem. (Utöver pågående hjälp.) <input type="checkbox"/></p>
<p>D25 Får du för närvarande någon hjälp med problem som rör arbete eller arbetslöshet? <input type="checkbox"/></p> <p>0 – Nej 1 – Ja</p> <p>Specificera</p>	

Alkohol- och narkotikaanvändning (1 av 7)

Alkoholanvändning

Formuleringen "till berusning" betyder i följande frågor fem standardglas för män och fyra standardglas för kvinnor. (Ett standardglas = 4 cl starksprit.)

E1 Har du druckit alkohol någon gång?
0 - Nej 1 - Ja

E2 Har du druckit alkohol till berusning?
0 - Nej 1 - Ja

E3 Hur gammal var du när du drack till berusning första gången?

E4 Hur många av de senaste 30 dagarna har du druckit alkohol?

*E4b För hur många dagar sedan drack du alkohol senast?
0-30

E5 Hur många av de senaste 30 dagarna har du druckit till berusning?

*E5b För hur många dagar sedan drack du alkohol till berusning senast?
0-30

E6 Hur gammal var du när du började dricka alkohol tre dagar i veckan eller fler, oavsett mängd?

E7 Hur många år har du druckit alkohol tre dagar i veckan eller fler, oavsett mängd?

*E7a För hur många månader sedan drack du senast alkohol tre dagar i veckan eller fler, oavsett mängd?

E8 Hur gammal var du när du började dricka alkohol till berusning tre dagar i veckan eller fler?

E9 Hur många år har du druckit alkohol till berusning tre dagar i veckan eller fler?

*E9a För hur många månader sedan drack du senast alkohol till berusning tre dagar i veckan eller fler?

Narkotikaanvändning

Följande frågor handlar om narkotika. Svaren kodas i tabellen nedan.

- a Har du någon gång prövat preparatet?
- b Hur gammal var du första gången du provade preparatet?
- c Hur många av de senaste 30 dagarna har du använt preparatet? Använde du det på ordination av läkare? Har du följt denna ordination?

	*g Om du använt preparatet de senaste 30 dagarna, För hur många dagar sedan använde du det senast?	*h För hur många månader sedan använde du senast preparatet 3 dagar i veckan eller fler?						
	d Hur gammal var du när du började använda preparatet regelbundet, tre dagar eller fler per vecka?	f Vilket var det vanligaste intagnings sättet? 1 - Oralt 2 - Nasalt 3 - Rökning 4 - Icke intravenös injektion 5 - Intravenös injektion						
	e Hur många år har du använt preparatet tre dagar eller fler per vecka? Hur många av dessa har du följt ordination?							
	a Prövat	b Första gången	c Användning senaste 30 dgr.	*g Dagar sedan anv.	d Regelbunden anv.	e År av ditt liv	*h Senast regelbund. anv.	f Int. sätt
	0-Nej 1-Ja	Ålder	Antal dgr. 0-Nej 1-Ja	0-30	Ålder	Följt ord. Antal år	Mån. sedan	Se alt. ovan
<u>E10</u> Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>E11</u> Metadon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>E12</u> Buprenorfin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>E13</u> Andra opiater/ opiatliknande/ opioider/smärt- stillande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>E14</u> Lugnande me- del/sömnmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Narkotikaanvändning

Följande frågor handlar om narkotika. Svaren kodas i tabellen nedan.

- a Har du någon gång prövat preparatet?
- b Hur gammal var du första gången du provade preparatet?
- c Hur många av de senaste 30 dagarna har du använt preparatet? Använde du det på ordination av läkare? Har du följt denna ordination?

	a Prövat 0-Nej 1-Ja	b Första gången Ålder	c Användning senaste 30 dgr. Ord. Följt Antal dgr. 0-Nej 1-3a 0-Nej 1-3a	*g Dagar sedan anv. 0-30	d Regelbunden anv. Ålder	e År av ditt liv Följt ord. Antal år	*h Senast regelbund. anv. Mån. sedan	f Int. sätt Se alt. ovan
E15 Kokain, crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E16 Amfetamin, andra stimulantia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E17 Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E18 Hallucinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E19 Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E20 Lösningsmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E21 Annat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E22 Flera preparat per dag (Inkl. E2.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*g Om du använt preparatet de senaste 30 dagarna, För hur många dagar sedan använde du det senast?

d Hur gammal var du när du började använda preparatet regelbundet, tre dagar eller fler per vecka?

e Hur många år har du använt preparatet tre dagar eller fler per vecka? Hur många av dessa har du följt ordination?

*h För hur många månader sedan använde du senast preparatet 3 dagar i veckan eller fler?

f Vilket var det vanligaste intagningsättet?
1 - Oralt
2 - Nasalt
3 - Rökning
4 - Icke intravenös injektion
5 - Intravenös injektion

E23 Har du någonsin injicerat?
0 - Nej 1 - Ja

E23a Om ja, hur gammal var du första gången?

E23b Hur många år av ditt liv har du injicerat?

E23c Hur många av de senaste sex månaderna har du injicerat?

E23d Hur många av de senaste 30 dagarna har du injicerat?

E23e Om du injicerat de senaste sex månaderna, hur ofta har du delat spruta?
1 - Aldrig
2 - Några gånger
3 - Ofta

E24 Hur många gånger har du:
a fått delirium av alkohol?

b överdoserat narkotika?

*E24c Har du någonsin haft abstinens efter att du har minskat eller slutat använda alkohol, eller något av de preparat du för närvarande använder?
0 - Nej 1 - Ja

*E24d Specificera symptom:

*E24e Upplever du för närvarande abstinens?
0 - Nej
1 - Ja
2 - Nej, men jag drack eller använde preparat de senaste 24-48 timmarna för att undvika abstinens

*E24f Specificera symptom:

E25 Röker du tobak eller snusar dagligen?
0 - Nej 1 - Ja

E26 Hur många gånger har du deltagit i behandling för ditt alkohol- eller narkotikamissbruk:

	Alk.	Nark.
a i öppenvård?	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*aa Uppskatta antal dagar sammanlagt:

*ab Antal månader sedan senaste gången:

b i slutenvård?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-----------------	----------------------	----------------------

*ba Uppskatta antal dagar sammanlagt:

*bb Antal månader sedan senaste gången:

E27 Hur många av dessa var:
a enbart abstinensbehandling?

b enbart tvångsvård?

E28 Hur gammal var du när du påbörjade din första behandling?

Alkohol- och narkotikaanvändning (5 av 7)

- E29 Hur många månader var du som längst missbruksfri efter behandling för:
- a alkoholproblem?
- b narkotikaproblem?
- E30 Vilket eller vilka medel är det största problemet? (Intervjuaren avgör.)
- 1 - Alkohol
- 10-21 - Ett preparat, koda enligt tabellen på sidan sex.
- 22 - Alkohol och något eller några preparat
- 23 - Fler än ett preparat
- 0 - Inget

E31 Hur många månader avstod du senast utan hjälp från detta eller dessa medel?

*E31a Vad var verktygen, strategierna och stöden som du använde för att kunna avstå detta eller dessa medel?

.....

E32 För hur många månader sedan upphörde den missbruksfria perioden? (0 - Avstår fortfarande.)

*E32a Är du medveten om några av de faktorer som bidrog till din fortsatta användning/ditt återfall?

.....

E33 Hur mycket pengar har du betalat under de senaste 30 dagarna för:

a alkohol?

b narkotika?

Alkohol- och narkotikaanvändning (6 av 7)

E34 Hur många av de senaste 30 dagarna har du fått behandling i öppenvård?

E36 Hur många av de senaste 30 dagarna har du deltagit i självhjälsgrupper? (AA, NA, m. fl.)

*E34b Hur många dagar har gått sedan du senast fick behandling i öppenvård? 0-30

*E36b Hur många dagar har gått sedan du senast deltagit i självhjälsgrupper? 0-30

E35 Hur många av de senaste 30 dagarna har du tagit medicin ordinerad för alkohol- eller narkotikaproblem?

E37 Får du för närvarande någon annan hjälp med problem som rör alkohol eller narkotika?

0 - Nej 1 - Ja

*E35b För hur många dagar sedan tog du senast denna medicin? 0-30

Specificera

.....

.....

.....

.....

Rättsliga problem (1 av 2)

F1 Är du villkorligt frigiven eller har du frivårdspåföljd?
0 - Nej 1 - Ja

Hur många gånger i ditt liv har du åtalats för följande? (F2-8.)

F2 Narkotikabrott

F3 Egendomsbrott (Stöld, snatteri, häleri, bedrägeri, etc.)

F4 Våldsbrott (Rån, misshandel, mord, dråp, etc.)

F5 Andra brott (Vandalism, olaga vapeninnehav, etc.)

F6 Hur många av åtalen i alternativen F2-5 ledde till fällande domar?

F7 Rattfylleri

F8 Andra allvarliga trafikbrott (Grov vårdslöshet, olovlig körning, etc.)

F9 Hur många gånger i ditt liv har du varit berusad på allmän plats och omhändertagits ("lobbad") eller åtalats för förargelseväckande beteende?

Rättsliga problem (2 av 2)

F10 Hur många månader har du varit frihetsberövad? (Häkte, kriminalvårdsanstalt, rättspsykiatrisk vård.)

F10a Hur många månader var du senast intagen?

F10b Vilket brott gällde det? (Utgå från F2-8. Använd siffrorna. Om flera brott, ange det grövsta.)

F11 Väntar du på åtal, rättegång eller straffpåföljd för brott?
0 - Nej 1 - Ja

F11a Om ja, för vilket brott? (Utgå från F2-8. Använd siffrorna. Om flera brott, ange det grövsta.)

F12 Hur många av de senaste 30 dagarna har du ägnat åt olaglig verksamhet med syfte att skaffa pengar?

F13 Får du för närvarande någon hjälp med rättsliga problem eller brottsligt beteende?
0 - Nej 1 - Ja

Specificera

F14 Hur många av de senaste 30 dagarna har du haft rättsliga problem eller problem med brottsligt beteende?

Klientskattning

F15 Hur oroad eller besvärad har du varit av rättsliga problem eller brottsligt beteende de senaste 30 dagarna?

F16 Hur viktigt är det för dig att få hjälp med rättsliga problem eller brottsligt beteende?
(Utöver pågående hjälp.)

Intervjuarskattning

F17 Gör en uppskattning av klientens behov av hjälp med rättsliga problem eller brottsligt beteende.
(Utöver pågående hjälp.)

Missbruk, psykiska problem och kriminalitet i släkten (1 & 2 av 2)

Har några av dina släktingar haft allvarliga problem med alkohol, narkotika, psykisk hälsa eller kriminalitet?

Koda enligt följande:

0 – Om klienten klart anger att personen inte har haft problem.

1 – Om klienten anger att personen har haft problem.

När det finns flera personer i en kategori koda den som har eller har haft problem.

Mammas sida

		Alk.	Nark.	Psyk.	Krim.
G1	a Mormor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b Morfar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c Mamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d Andra viktiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pappas sida

		Alk.	Nark.	Psyk.	Krim.
G2	a Farmor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b Farfar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c Pappa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d Andra viktiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Syskon

		Alk.	Nark.	Psyk.	Krim.
G3	a Bror 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b Bror 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c Syster 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d Syster 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Barn

		Alk.	Nark.	Psyk.	Krim.
G4	a Barn 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b Barn 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c Barn 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d Barn 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Familj och umgänge (1 av 4)

H1 Vilket civilstånd har du?

- 1 – Gift
- 2 – Sammanboende
- 3 – Ensamstående, tidigare gift eller sammanboende
- 4 – Ensamstående, aldrig gift eller sammanboende

H1a Hur länge har du haft detta civilstånd? (Från 18 års ålder.)
ÅÅ MM

H1b Är du nöjd med denna situation?

- 0 – Nej
- 1 – Ja
- 2 – Både och

H2 Med vem bor du?

- 1 – Med partner och barn
- 2 – Endast med partner
- 3 – Endast med barn
- 4 – Med föräldrar
- 5 – Med släktingar
- 6 – Med vänner
- 7 – Ensam
- 8 – På institution eller motsvarande
- 9 – Inga stabila levnadsförhållanden

H2a Hur länge har du haft det så? (Från 18 års ålder.)
ÅÅ MM

H2b Är du nöjd med dessa levnadsförhållanden?

- 0 – Nej
- 1 – Ja
- 2 – Både och

Familj och umgänge (2 av 4)

H3	Har du egna barn? 0 - Nej 1 - Ja	<input type="checkbox"/>	Lever du tillsammans med någon som för närvarande:																				
H3a	Om ja, hur många?	<input type="checkbox"/>	H6	missbrukar alkohol? 0 - Nej 1 - Ja <input type="checkbox"/>																			
H3a1	Hur många barn är under 18?	<input type="checkbox"/>	H7	använder ickeordinerade narkotiska preparat? 0 - Nej 1 - Ja <input type="checkbox"/>																			
H3b	Om ja, ange ålder, kön och boende:		*H7a	Lever du tillsammans med någon som för närvarande ägnar sig åt olaglig verksamhet? 0 - Nej 1 - Ja <input type="checkbox"/>																			
	<table border="0"> <thead> <tr> <th>Ålder</th> <th>Kön</th> <th></th> <th>Boende</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1-Pojke 2-Flicka</td> <td><input type="checkbox"/> 1-Med båda föräldrarna 2-Med mamma 3-Med pappa 4-Med släktingar 5-I familjehem 6-På institution 7-Eget boende 8-Annat</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Ålder	Kön		Boende	1	<input type="checkbox"/>	1-Pojke 2-Flicka	<input type="checkbox"/> 1-Med båda föräldrarna 2-Med mamma 3-Med pappa 4-Med släktingar 5-I familjehem 6-På institution 7-Eget boende 8-Annat	2	<input type="checkbox"/>			3	<input type="checkbox"/>			4	<input type="checkbox"/>			H8	Med vem tillbringar du den största delen av din fritid? 1 - Familj eller anhöriga utan aktuella alkohol- eller narkotikaproblem 2 - Familj eller anhöriga med aktuella alkohol- eller narkotikaproblem 3 - Vänner utan aktuella alkohol- eller narkotikaproblem 4 - Vänner med aktuella alkohol- eller narkotikaproblem 5 - Ensam <input type="checkbox"/>
Ålder	Kön		Boende																				
1	<input type="checkbox"/>	1-Pojke 2-Flicka	<input type="checkbox"/> 1-Med båda föräldrarna 2-Med mamma 3-Med pappa 4-Med släktingar 5-I familjehem 6-På institution 7-Eget boende 8-Annat																				
2	<input type="checkbox"/>																						
3	<input type="checkbox"/>																						
4	<input type="checkbox"/>																						
H4	Lever du tillsammans med barn under 18 år som inte är dina egna? 0 - Nej 1 - Ja	<input type="checkbox"/>	*H8b	Ägnar någon av dessa personer sig åt olaglig verksamhet 0 - Nej 1 - Ja <input type="checkbox"/>																			
H4a	Om ja, hur många?	<input type="checkbox"/>	H8a	Är du nöjd med detta? 0 - Nej 1 - Ja 2 - Både och <input type="checkbox"/>																			
H5	Väntar du barn? 0 - Nej 1 - Ja	<input type="checkbox"/>	H9	Hur många nära vänner har du? <input type="checkbox"/>																			
*H5a	I vilken graviditetsmånad är du? 0 - Vet inte 1-9 - Månad 1-9	<input type="checkbox"/>																					
*H5b	Får du mödravård? 0 - Nej 1 - Ja	<input type="checkbox"/>																					

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Psykisk hälsa (1 av 2)

I1 Hur många gånger har du fått behandling för psykiska eller känslomässiga problem:

a i slutenvård?

*a1 Vilka problem fick du behandling för i slutenvård?

*a1 För hur många månader sedan var du senast behandlad i slutenvård?

b i öppenvård?

*b1 Vilka problem fick du behandling för i öppenvård?

*b1 För hur många månader sedan var du senast behandlad i öppenvård?

I2 Har du sjukersättning på grund av psykiska besvär?
0 - Nej 1 - Ja

*I2a För vad har du fått sjukersättning?

*I2b Hur länge har du haft sjukersättning?
Antal månader

I3 Har du ordinerats läkemedel för något psykiskt eller känslomässigt problem?
0 - Nej 1 - Ja

Senaste 30 dgr.

Tidigare i livet

*I3a Specificera läkemedel för psykiska eller känslomässiga problem de senaste 30 dagarna:

*I3b Tar du för närvarande dessa läkemedel enligt ordination?
0 - Nej 1 - Ja

*I3c Specificera läkemedel för psykiska eller känslomässiga problem tidigare i livet

Fråga I4-I11 besvaras med

0 - Nej

1 - Ja

2 - Ja, enbart alkohol- eller narkotikapåverkad eller abstinent

Har du:

I4 varit allvarligt deprimerad?

Senaste 30 dgr.

Tidigare i livet

I5 upplevt allvarlig ångest eller allvarliga spänningstillstånd?

I6 upplevt svårigheter att förstå, minnas eller koncentrera dig?

I7 upplevt hallucinationer?

I8 upplevt svårigheter att kontrollera våldsamt beteende?

Har du: Senaste 30 dgr. Tidigare i livet
 I9 haft allvarligt menade självmordstankar?

*I9a För hur många dagar sedan hade du senast dessa tankar? 0-30

*I9b Om tidigare i livet, för hur många månader sedan hade du senast dessa tankar?

I10 gjort självmordsförsök? Senaste 30 dgr. Tidigare i livet

*I10a Hur många dagar har gått sedan du senast gjorde självmordsförsök? 0-30

*I10b Om tidigare i livet, hur många månader har gått sedan du senast gjorde självmordsförsök?

I10a Hur många gånger har du gjort självmordsförsök?

I11 Har du upplevt andra psykiska eller känslomässiga problem än de vi talat om? (T. ex. ätstörningar, manier etc.)

I12 Får du för närvarande någon hjälp med problem som rör din psykiska hälsa?
 0 – Nej 1 – Ja

Specificera

.....

.....

.....

.....

.....

.....

I13 Hur många av de senaste 30 dagarna har du upplevt psykiska eller känslomässiga problem?

Klientskattning

I14 Hur oroad eller besvärad har du varit under de senaste 30 dagarna för din psykiska hälsa?

I15 Hur viktigt är det för dig att få hjälp med din psykiska hälsa? (Utöver pågående hjälp.)

Intervjuarskattning

I16 Gör en uppskattning av klientens behov av psykisk vård. (Utöver pågående hjälp.)

