

# SiS - DOK

Inskrivningsintervju

# SiS - DOK

## Inskrivningsintervju

Formulärversion: In 2014:1

DOK – Dokumentationssystem inom missbruksvården – består av strukturerade intervjuer vid främst inskrivning och utskrivning. Systemet utvecklades av Håkan Jenner (Institutet för kunskapsutveckling inom missbrukarvården vid dåvarande Växjö universitet) och Vera Segraeus (dåvarande forskningschef på Statens institutionsstyrelse, SiS). DOK finns i två versioner, en för de enheter som tillhör Statens institutionsstyrelse (SiS-DOK) och en för behandlingseenheter med andra huvudmän (IKM-DOK). DOK rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård.

Inskrivningsformuläret består av frågor med fasta svarsalternativ och öppna frågor inom åtta livsområden: alkohol och andra droger, hälsa, kriminalitet, uppväxt, relationer, boende, utbildning och försörjning samt sysselsättning och fritid. SiS förvaltar SiS-DOK och ansvarar för utveckling och revidering av intervjufrågor och innehållet i formuläret. Det finns en manual med närmare beskrivning av DOK, anvisningar för intervjusituationen och för de enskilda frågorna.

*En förutsättning för att få använda SiS-DOK är att den som använder formulären är väl förtrogen med formulär och manual och har gått en särskild utbildning och blivit godkänd.*

## Instruktioner

- Informera om intervjuens syfte och innehåll.
- Lämna inga tomma svarsrutor. När så behövs, använd:  
X = Klienten vill inte svara  
V = Vet inte
- Frågor som ingår i den korta versionen av inskrivningsformuläret är skuggade. Frågorna i den korta versionen ska fyllas i för samtliga klienter.
- Frågor där svar ska anges i antal (antal år, månader, dagar, kronor, ålder etc.) ska besvaras med heltal.

### **Skattningsskala**

- 5 = Mycket bra
- 4 = Bra
- 3 = Varken bra eller dålig/t
- 2 = Dålig/t
- 1 = Mycket dålig/t

|  |   |
|--|---|
| <p><b>A1 Personnummer</b></p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px;"></div> <p><b>A2 Ärendenummer enligt KIA/KAJ:</b></p> <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 20px;"></div> <p><b>A3 Placeringsnummer/Vårdperiodnummer enligt KIA/KAJ:</b></p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px;"></div> <p><b>A4 Hemkommun:</b>.....</p> <p><b>A5 Datum för inskrivning vid SiS:</b></p> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <p style="text-align: center;">ÅÅÅÅ      MM      DD</p> <p><b>A6 Lagrum vid inskrivning detta ärende:</b></p> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-left: 40px;"></div> <p>1 = 13 § LVM<br/>2 = 4 § LVM<br/>3 = SoL<br/>4 = Fängelselagen<br/>5 = Annat lagrum</p> <p><b>A7 Är detta ett nytt vårdtillfälle eller en överflyttning?</b></p> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-left: 40px;"></div> <p>1 = Nytt vårdtillfälle (detta vårdtillfälle påbörjas på denna institution)<br/>2 = Överflyttning (detta vårdtillfälle har påbörjats vid annan LVM-institution)</p> <p><b>A8 Datum för ankomst till SiS:</b></p> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <p style="text-align: center;">ÅÅÅÅ      MM      DD</p> <p><b>A9 Vem är den främsta initiativtagaren/ anmälaren till kontakten (Välj ett alternativ)?</b></p> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-left: 40px;"></div> <p><i>För klienter intagna enligt LVM ifylls alltid alternativ 6=Socialtjänst.</i></p> <p>1 = Eget initiativ<br/>2 = Familj/vänner<br/>3 = Annan behandlingsenhet för missbruksvård<br/>4 = Primärvårdsläkare, privatläkare<br/>5 = Sjukhus, annan medicinsk/psykiatrisk slutenvård<br/>6 = Socialtjänst<br/>7 = Domstol, kriminalvård, polis<br/>8 = Arbetsgivare, företagshälsovård<br/>9 = Skola/utbildningsinstitution<br/>10 = Annan initiativtagare</p> | <p><b>A10 Kön:</b></p> <p>1 = Man<br/>2 = Kvinna</p> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-left: 100px;"></div> <p><b>A11 Ålder:</b></p> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin-left: 100px;"></div> <p><b>A12 Datum för lång intervju:</b></p> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <p style="text-align: center;">ÅÅÅÅ      MM      DD</p> <p><b>A13 Datum för ifyllande av kort version:</b></p> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <p style="text-align: center;">ÅÅÅÅ      MM      DD</p> <p><b>A14a Formuläret besvarat genom:</b></p> <p>1 = Personlig intervju<br/>2 = Telefonintervju<br/>3 = Aktmaterial</p> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-left: 100px;"></div> <p><b>A14b Om aktmaterial, varför gjordes ingen intervju?</b></p> <p>1 = Klienten ville inte bli intervjuad<br/>2 = Klientens hälsotillstånd var för dåligt<br/>3 = Klienten hade inte tillräcklig språkförståelse<br/>4 = Annat skäl</p> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-left: 100px;"></div> <p><b>A14c Om annat skäl, vilket?</b></p> <div style="border: 1px solid black; width: 250px; height: 20px; margin-left: 100px;"></div> <p>.....</p> <p><b>A15 Intervjuare/ uppgiftslämnare:</b></p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin-left: 100px;"></div> <p style="text-align: center;">(III+3 siffror)</p> |
|--|---|

Kortformulärfrågor

Generella svarskoder: X = Klienten vill inte svara V = Vet inte  
Skattningskala: 5 = Mycket bra, 4 = Bra, 3 = Varken bra eller dåligt/t, 2 = Dåligt/t, 1 = Mycket dåligt/t

|  |                                 |                                    |   |
|--|---------------------------------|------------------------------------|---|
| <p><b>B1</b> Har du varit placerad på vår institution tidigare?<br/>0 = Nej 1 = Ja</p> <p><input type="checkbox"/></p>   |                                 |                                    |   |
| <p><b>B2</b> Har du tidigare någon gång vårdats för din användning av...</p> <p>0 = Nej 1 = Ja</p> <p>1. ... alkohol? <input type="checkbox"/></p> <p>2. ... narkotika? <input type="checkbox"/></p> <p>3. ... läkemedel? <input type="checkbox"/></p> |                                 |                                    |   |
| <p><b>B3</b> Om du tidigare vårdats för användning av alkohol/narkotika/läkemedel, var det...</p>  | <p>a.<br/>0 = Nej 1 = Ja</p>    | <p>b.<br/>Ålder i:a tillfället</p> | <p>c.<br/>Vård senaste 6 månaderna<br/>0 = Nej 1 = Ja</p> |
| <p>1. ... enbart abstinensbehandling (avgiftning)?</p>   | <p><input type="checkbox"/></p> | <p><input type="checkbox"/></p>    | <p><input type="checkbox"/></p>                           |
| <p>2. ... inom öppenvård?</p>  | <p><input type="checkbox"/></p> | <p><input type="checkbox"/></p>    | <p><input type="checkbox"/></p>                           |
| <p>3. ... inom dygnsvård (inte tvångsvård)?</p>  | <p><input type="checkbox"/></p> | <p><input type="checkbox"/></p>    | <p><input type="checkbox"/></p>                           |
| <p><b>B4</b> Har du någon gång själv sökt hjälp för problem med alkohol, narkotika eller läkemedel?<br/>0 = Nej 1 = Ja</p> <p><input type="checkbox"/></p>   |                                 |                                    |   |
| <p><b>B5</b> Har du någon gång vårdats inom psykiatin?</p>   | <p>a.<br/>0 = Nej 1 = Ja</p>    | <p>b.<br/>Ålder i:a tillfället</p> | <p>c.<br/>Vård senaste 6 månaderna<br/>0 = Nej 1 = Ja</p> |
| <p>1. Frivillig psykiatrisk öppenvård/dagvård</p>  | <p><input type="checkbox"/></p> | <p><input type="checkbox"/></p>    | <p><input type="checkbox"/></p>                           |
| <p>2. Frivillig psykiatrisk dygnsvård</p>  | <p><input type="checkbox"/></p> | <p><input type="checkbox"/></p>    | <p><input type="checkbox"/></p>                           |
| <p><b>B6</b> Har du tidigare vårdats enligt...</p>   | <p>a.<br/>0 = Nej 1 = Ja</p>    | <p>b.<br/>Ålder i:a tillfället</p> | <p>c.<br/>Vård senaste 6 månaderna<br/>0 = Nej 1 = Ja</p> |
| <p>1. ... LVU?</p>   | <p><input type="checkbox"/></p> | <p><input type="checkbox"/></p>    | <p><input type="checkbox"/></p>                           |
| <p>2. ... LVM?</p>   | <p><input type="checkbox"/></p> | <p><input type="checkbox"/></p>    | <p><input type="checkbox"/></p>                           |
| <p>3. ... LPT/LSPV?</p>  | <p><input type="checkbox"/></p> | <p><input type="checkbox"/></p>    | <p><input type="checkbox"/></p>                           |

Kortformulärfrågor

Generella svars-koder: X = Klienten vill inte svara V = Vet inte  
Skattningsskala: 5 = Mycket bra, 4 = Bra, 3 = Varken bra eller dålig/t, 2 = Dålig/t, 1 = Mycket dålig/t

## C1 Användning av alkohol och narkotika:

Fyll i a för samtliga preparat. Om klienten inte använt ett preparat behöver frågorna b-e inte ställas för just det preparatet. Om klienten använt ett preparat måste alla frågorna ställas för det preparatet.

|   | a. Använt någon gång<br>0 = Nej 1 = Ja | b. Debutålder            | c. Frekvens senaste 6 månaderna<br>(Se kodruta) | d. Frekvens senaste 30 dagarna<br>(Se kodruta) | e. Regelbunden användning<br>(Totalt antal år) |
|---|--|--------------------------|---|--|--|
| 1. Alkohol  | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                       |
| 2. Heroin   | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                       |
| 3. Andra opiater                                  | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                       |
| 4. Kokain   | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                       |
| 5. Crack  | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                       |
| 6. Annat kokain                                   | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                       |
| 7. Amfetaminer                                    | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                       |
| 8. Metamfetamin                                   | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                       |
| 9. Syntetiska katinoner                           | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                       |
| 10. MDMA/ecstasy och andra derivat av stimulantia | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                       |
| 11. LSD   | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                       |
| 12. Ketamin                                       | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                       |
| 13. Andra hallucinogener                          | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                       |
| 14. Hasch   | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                       |
| 15. Marijuana                                     | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                       |
| 16. Lösningemedel                                 | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                       |
| 17. GHB, GBL                                      | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                       |
| 18. Anabola steroider                             | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                       |
| 19. Annat medel, ange vad:<br>.....               | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                       |
| 20. Annat medel, ange vad<br>.....                | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                       |

### Användningsfrekvens

0 = Inte använt

1 = Enstaka tillfälle

2 = 1 dag/vecka eller mindre

3 = 2-3 dagar/vecka

4 = 4-6 dagar/vecka

5 = Dagligen

| C2 Användning av läkemedel:<br>(Ej ordinerade läkemedel) | a. Använt någon gång<br>0 = Nej 1 = Ja | b. Debutålder            | c. Frekvens senaste 6 månaderna<br>(Se kodruta) | d. Frekvens senaste 30 dagarna<br>(Se kodruta) | e. Regelbunden användning<br>(Totalt antal år) |
|--|--|--------------------------|---|--|--|
|  | 21. Metadon                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                       |
| 22. Buprenorfin<br>(subutex/subuxone)                    | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                       |
| 23. Barbiturater   | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                       |
| 24. Bensodiazepiner                                      | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                       |
| 25. Andra dämpande läkemedel                             | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                       |
| 26. Fentanyl   | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                       |
| 27. Andra smärtstillande läkemedel                       | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                       |
| 28. Annat läkemedel, ange vad:<br>.....                  | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                       |
| 29. Annat läkemedel, ange vad<br>.....                   | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                       |

**C3 Primär drog och andra droger under de senaste 30 dagarna:**  
 Primär drog = den drog som orsakar individen mest problem/utgör anledning till intagning på SiS.  
 OBS! Vid kortformulär besvaras hela fråga C3. Vid intervju (långformulär) besvaras endast fråga C3.1 (Primär drog). Koda drogerna enligt numrering i fråga C1 – C2.

|                | a. Drog                  | b. Vanligaste intagningsätt<br>(Se kodruta) | c. Frekvens senaste 30 dagarna<br>(Se kodruta) | d. Debutålder denna drog |
|----------------|--------------------------|---|--|--------------------------|
| 1. Primär drog | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> |
| 2. Annan drog  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>                       |                          |
| 3. Annan drog  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>                       |                          |
| 4. Annan drog  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>                       |                          |
| 5. Annan drog  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>                       |                          |

**Intagningsätt**  
 1 = Oralt  
 2 = Nasalt  
 3 = Rökning  
 4 = Injicering  
 5 = Annat

**Användningsfrekvens**  
 0 = Inte använt  
 1 = Enstaka tillfälle  
 2 = 1 dag/vecka eller mindre  
 3 = 2-3 dagar/vecka  
 4 = 4-6 dagar/vecka  
 5 = Dagligen

|   |  |
|---|--|
| <p><b>C4</b> Har du de senaste 30 dagarna använt flera olika medel (alkohol, narkotika, läkemedel) under samma dag? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = Nej 1 = Ja</p>  | <p><b>C10a</b> När var din senaste missbruksfria period? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = Har aldrig haft någon missbruksfri period<br/>                 1 = Mindre än 6 månader sedan<br/>                 2 = Mellan 6 månader och 1 år sedan<br/>                 3 = 2 till 5 år sedan<br/>                 4 = Mer än 5 år sedan</p>   |
| <p><b>C5a</b> Har du injicerat? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = Aldrig<br/>                 1 = Någon gång i livet men inte det senaste året<br/>                 2 = Någon gång under det senaste året men inte under de senaste 30 dagarna<br/>                 3 = Injicerar för närvarande (under senaste 30 dagarna)</p> | <p><b>C10b</b> Hur länge varade den senaste missbruksfria perioden? <input type="checkbox"/></p> <p>1 = Kortare än 30 dagar<br/>                 2 = 1 till 6 månader<br/>                 3 = 6 månader till 1 år<br/>                 4 = Längre än 1 år</p>   |
| <p><b>C5b</b> Om du injicerat, hur gammal var du första gången? <input type="text"/></p>  | <p><b>C10c</b> Om du tänker på din senaste missbruksfria period, vad var den främsta anledningen till att du kunde hålla dig missbruksfri då? <input type="checkbox"/></p> <p>1 = Egen motivation<br/>                 2 = Var i vård, behandling eller intagen på institution (öppen/sluten)<br/>                 3 = Väntade/fick barn<br/>                 4 = Stöd från partner/familj/vänner<br/>                 5 = Stöd från självhjälpsgrupp, frivillig organisation, kyrka eller liknande<br/>                 6 = Flyttade bort från missbruksmiljön<br/>                 7 = Fick jobb eller bostad<br/>                 8 = Annat</p> |
| <p><b>C6</b> Har du deltagit i ett sprutbytesprogram? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = Nej 1 = Ja</p>  | <p><b>C10d</b> Om annat, vad? .....</p>  |
| <p><b>C7</b> Har du delat injektionsverktyg med andra? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = Nej, aldrig<br/>                 1 = Delat men inte det senaste året<br/>                 2 = Delat det senaste året men inte under de senaste 30 dagarna<br/>                 3 = Delat de senaste 30 dagarna</p>                     | <p><b>C11</b> Hur upplever du din användning av alkohol och andra droger? <input type="checkbox"/></p> <p>(Se skattningsskalan 5-1)</p>  |
| <p><b>C8a</b> Har du fått substitutionsbehandling för opiatmissbruk? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = Nej<br/>                 1 = Ja, men inte för närvarande<br/>                 2 = Ja, har en pågående behandling</p>   | <p><b>C12a</b> Är det något du skulle vilja förändra när det gäller din användning av alkohol, narkotika eller läkemedel? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = Nej 1 = Ja</p>   |
| <p><b>C8b</b> Om du fått substitutionsbehandling, hur gammal var du första gången? <input type="text"/></p>   | <p>1. Alkohol <input type="checkbox"/></p> <p>2. Narkotika <input type="checkbox"/></p> <p>3. Läkemedel <input type="checkbox"/></p>   |
| <p><b>C8c</b> Om pågående behandling, vilket substitutionsmedel? <input type="checkbox"/></p> <p>1 = Metadon<br/>                 2 = Subutex, subuxone (buprenorfin, buprenorfin+naloxon)<br/>                 3 = Annat</p>   | <p><b>C12b</b> Om ja, vad är det viktigaste att förändra? .....</p> <p>.....</p>   |
| <p><b>C8d</b> Om annat, vad? .....</p>  | <p><b>C12c</b> Behöver du stöd eller hjälp med det? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = Nej 1 = Ja</p>   |
| <p><b>C9a</b> Har du fått läkemedelsbehandling för alkoholberoende? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = Nej<br/>                 1 = Ja, men inte för närvarande<br/>                 2 = Ja, har en pågående behandling</p>  | <p><b>C13a</b> Har du haft kontakt med någon självhjälps-/frivilligorganisation? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = Nej 1 = Ja</p>  |
| <p><b>C9b</b> Om pågående behandling, vilket preparat? <input type="checkbox"/></p> <p>1 = Antabus (disulfiram)<br/>                 2 = Revia, Naltrexon Vitaflo (naltrexon)<br/>                 3 = Campral (akamprosat)<br/>                 4 = Annat</p>  | <p><b>C13b</b> Om ja, vilken/vilka? .....</p>  |
| <p><b>C9c</b> Om annat, vad? .....</p>  |  |

Kortformulärfrågor

Generella svarskoder: X = Klienten vill inte svara V = Vet inte  
 Skattningsskala: 5 = Mycket bra, 4 = Bra, 3 = Varken bra eller dålig/t, 2 = Dålig/t, 1 = Mycket dålig/t

|   |   |
|---|---|
| <p><b>D1 Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?</b> <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>(Se skattningsskalan 5-1)</p> <p><b>D2a Röker du dagligen?</b> <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>0 = Nej 1 = Ja</p> <p><b>D2b Snusar du dagligen?</b> <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>0 = Nej 1 = Ja</p> <p><b>D3 Hur gammal var du första gången du använde nikotin?</b> <input style="float: right;" type="text"/></p> <p>0 = Aldrig använt nikotin</p> <p><b>D4 Har du blivit testad för HIV?</b> <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>0 = Aldrig<br/>1 = Ja, men inte det senaste året<br/>2 = Ja, under det senaste året</p> <p><b>D5 Har du blivit testad för hepatit C?</b> <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>0 = Aldrig<br/>1 = Ja, men inte det senaste året<br/>2 = Ja, under det senaste året</p> | <p><b>D6 Har du...</b><br/>0 = Nej 1 = Ja</p> <p>a ... hepatit B? <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>b ... hepatit C? <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>c ... annan hepatit? <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>d ... HIV/Aids? <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p><b>D7a Är du gravid?</b> <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p><i>Frågan besvaras endast av kvinnor</i><br/>0 = Nej 1 = Ja</p> <p><b>D7b Om ja, vilken graviditetsvecka?</b> <input style="float: right;" type="text"/></p> |
|---|---|

| <p><b>D8a Har du haft något/några av följande hälsoproblem?</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 20%; text-align: center; border: 1px dashed black;">a. Någonsin<br/>0 = Nej 1 = Ja</th> <th style="width: 20%; text-align: center; border: 1px dashed black;">b. Senaste<br/>6 månaderna<br/>0 = Nej 1 = Ja</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. Sömnstörningar</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2. Svårigheter att förstå, minnas eller koncentrera dig</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3. Huvudvärk, migrän</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>4. Värk/smärta i andra delar av kroppen</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>5. Allvarlig depression</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>6. Allvarlig ångest eller allvarliga spänningstillstånd</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>7. Hämmande rädsla för vissa sociala situationer (t.ex. vistas på vissa platser, torgskräck)</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>8. Tvångstankar (återkommande, ihållande och påträngande tankar som ger ångest)</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>9. Hallucinationer</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>10. Hjärt- eller blodtrycksproblem</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table> |                               | a. Någonsin<br>0 = Nej 1 = Ja               | b. Senaste<br>6 månaderna<br>0 = Nej 1 = Ja | 1. Sömnstörningar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Svårigheter att förstå, minnas eller koncentrera dig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Huvudvärk, migrän | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Värk/smärta i andra delar av kroppen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Allvarlig depression | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Allvarlig ångest eller allvarliga spänningstillstånd | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Hämmande rädsla för vissa sociala situationer (t.ex. vistas på vissa platser, torgskräck) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Tvångstankar (återkommande, ihållande och påträngande tankar som ger ångest) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. Hallucinationer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. Hjärt- eller blodtrycksproblem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 20%; text-align: center; border: 1px dashed black;">a. Någonsin<br/>0 = Nej 1 = Ja</th> <th style="width: 20%; text-align: center; border: 1px dashed black;">b. Senaste<br/>6 månaderna<br/>0 = Nej 1 = Ja</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>11. Problem med rörlighet/balans</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>12. Problem med syn/hörsel</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>13. Problem med tänderna</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>14. Allergi/astma</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>15. Mag-/tarmbesvär</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>16. Underlivsbesvär</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>17. Problem med andra inre organ</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>18. Diabetes</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>19. Epilepsi</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>20. Andra besvär</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table> <p><b>D8b Om andra besvär, vad?</b></p> <p>.....</p> |  | a. Någonsin<br>0 = Nej 1 = Ja | b. Senaste<br>6 månaderna<br>0 = Nej 1 = Ja | 11. Problem med rörlighet/balans | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. Problem med syn/hörsel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. Problem med tänderna | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14. Allergi/astma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. Mag-/tarmbesvär | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. Underlivsbesvär | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17. Problem med andra inre organ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18. Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19. Epilepsi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 20. Andra besvär | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|-------------------------------|---|---|-------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--|-------------------------------|---|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | a. Någonsin<br>0 = Nej 1 = Ja | b. Senaste<br>6 månaderna<br>0 = Nej 1 = Ja |   |                   |                          |                          |   |                          |                          |                      |                          |                          |   |                          |                          |                         |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |                    |                          |                          |                                    |                          |                          |  |  |                               |   |                                  |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                     |                          |                          |                     |                          |                          |                                  |                          |                          |              |                          |                          |              |                          |                          |                  |                          |                          |
| 1. Sömnstörningar  | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                    |   |                   |                          |                          |   |                          |                          |                      |                          |                          |   |                          |                          |                         |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |                    |                          |                          |                                    |                          |                          |  |  |                               |   |                                  |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                     |                          |                          |                     |                          |                          |                                  |                          |                          |              |                          |                          |              |                          |                          |                  |                          |                          |
| 2. Svårigheter att förstå, minnas eller koncentrera dig  | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                    |   |                   |                          |                          |   |                          |                          |                      |                          |                          |   |                          |                          |                         |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |                    |                          |                          |                                    |                          |                          |  |  |                               |   |                                  |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                     |                          |                          |                     |                          |                          |                                  |                          |                          |              |                          |                          |              |                          |                          |                  |                          |                          |
| 3. Huvudvärk, migrän   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                    |   |                   |                          |                          |   |                          |                          |                      |                          |                          |   |                          |                          |                         |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |                    |                          |                          |                                    |                          |                          |  |  |                               |   |                                  |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                     |                          |                          |                     |                          |                          |                                  |                          |                          |              |                          |                          |              |                          |                          |                  |                          |                          |
| 4. Värk/smärta i andra delar av kroppen  | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                    |   |                   |                          |                          |   |                          |                          |                      |                          |                          |   |                          |                          |                         |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |                    |                          |                          |                                    |                          |                          |  |  |                               |   |                                  |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                     |                          |                          |                     |                          |                          |                                  |                          |                          |              |                          |                          |              |                          |                          |                  |                          |                          |
| 5. Allvarlig depression  | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                    |   |                   |                          |                          |   |                          |                          |                      |                          |                          |   |                          |                          |                         |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |                    |                          |                          |                                    |                          |                          |  |  |                               |   |                                  |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                     |                          |                          |                     |                          |                          |                                  |                          |                          |              |                          |                          |              |                          |                          |                  |                          |                          |
| 6. Allvarlig ångest eller allvarliga spänningstillstånd  | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                    |   |                   |                          |                          |   |                          |                          |                      |                          |                          |   |                          |                          |                         |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |                    |                          |                          |                                    |                          |                          |  |  |                               |   |                                  |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                     |                          |                          |                     |                          |                          |                                  |                          |                          |              |                          |                          |              |                          |                          |                  |                          |                          |
| 7. Hämmande rädsla för vissa sociala situationer (t.ex. vistas på vissa platser, torgskräck)   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                    |   |                   |                          |                          |   |                          |                          |                      |                          |                          |   |                          |                          |                         |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |                    |                          |                          |                                    |                          |                          |  |  |                               |   |                                  |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                     |                          |                          |                     |                          |                          |                                  |                          |                          |              |                          |                          |              |                          |                          |                  |                          |                          |
| 8. Tvångstankar (återkommande, ihållande och påträngande tankar som ger ångest)  | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                    |   |                   |                          |                          |   |                          |                          |                      |                          |                          |   |                          |                          |                         |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |                    |                          |                          |                                    |                          |                          |  |  |                               |   |                                  |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                     |                          |                          |                     |                          |                          |                                  |                          |                          |              |                          |                          |              |                          |                          |                  |                          |                          |
| 9. Hallucinationer   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                    |   |                   |                          |                          |   |                          |                          |                      |                          |                          |   |                          |                          |                         |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |                    |                          |                          |                                    |                          |                          |  |  |                               |   |                                  |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                     |                          |                          |                     |                          |                          |                                  |                          |                          |              |                          |                          |              |                          |                          |                  |                          |                          |
| 10. Hjärt- eller blodtrycksproblem   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                    |   |                   |                          |                          |   |                          |                          |                      |                          |                          |   |                          |                          |                         |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |                    |                          |                          |                                    |                          |                          |  |  |                               |   |                                  |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                     |                          |                          |                     |                          |                          |                                  |                          |                          |              |                          |                          |              |                          |                          |                  |                          |                          |
|  | a. Någonsin<br>0 = Nej 1 = Ja | b. Senaste<br>6 månaderna<br>0 = Nej 1 = Ja |   |                   |                          |                          |   |                          |                          |                      |                          |                          |   |                          |                          |                         |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |                    |                          |                          |                                    |                          |                          |  |  |                               |   |                                  |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                     |                          |                          |                     |                          |                          |                                  |                          |                          |              |                          |                          |              |                          |                          |                  |                          |                          |
| 11. Problem med rörlighet/balans   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                    |   |                   |                          |                          |   |                          |                          |                      |                          |                          |   |                          |                          |                         |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |                    |                          |                          |                                    |                          |                          |  |  |                               |   |                                  |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                     |                          |                          |                     |                          |                          |                                  |                          |                          |              |                          |                          |              |                          |                          |                  |                          |                          |
| 12. Problem med syn/hörsel   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                    |   |                   |                          |                          |   |                          |                          |                      |                          |                          |   |                          |                          |                         |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |                    |                          |                          |                                    |                          |                          |  |  |                               |   |                                  |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                     |                          |                          |                     |                          |                          |                                  |                          |                          |              |                          |                          |              |                          |                          |                  |                          |                          |
| 13. Problem med tänderna   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                    |   |                   |                          |                          |   |                          |                          |                      |                          |                          |   |                          |                          |                         |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |                    |                          |                          |                                    |                          |                          |  |  |                               |   |                                  |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                     |                          |                          |                     |                          |                          |                                  |                          |                          |              |                          |                          |              |                          |                          |                  |                          |                          |
| 14. Allergi/astma  | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                    |   |                   |                          |                          |   |                          |                          |                      |                          |                          |   |                          |                          |                         |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |                    |                          |                          |                                    |                          |                          |  |  |                               |   |                                  |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                     |                          |                          |                     |                          |                          |                                  |                          |                          |              |                          |                          |              |                          |                          |                  |                          |                          |
| 15. Mag-/tarmbesvär  | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                    |   |                   |                          |                          |   |                          |                          |                      |                          |                          |   |                          |                          |                         |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |                    |                          |                          |                                    |                          |                          |  |  |                               |   |                                  |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                     |                          |                          |                     |                          |                          |                                  |                          |                          |              |                          |                          |              |                          |                          |                  |                          |                          |
| 16. Underlivsbesvär  | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                    |   |                   |                          |                          |   |                          |                          |                      |                          |                          |   |                          |                          |                         |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |                    |                          |                          |                                    |                          |                          |  |  |                               |   |                                  |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                     |                          |                          |                     |                          |                          |                                  |                          |                          |              |                          |                          |              |                          |                          |                  |                          |                          |
| 17. Problem med andra inre organ   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                    |   |                   |                          |                          |   |                          |                          |                      |                          |                          |   |                          |                          |                         |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |                    |                          |                          |                                    |                          |                          |  |  |                               |   |                                  |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                     |                          |                          |                     |                          |                          |                                  |                          |                          |              |                          |                          |              |                          |                          |                  |                          |                          |
| 18. Diabetes   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                    |   |                   |                          |                          |   |                          |                          |                      |                          |                          |   |                          |                          |                         |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |                    |                          |                          |                                    |                          |                          |  |  |                               |   |                                  |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                     |                          |                          |                     |                          |                          |                                  |                          |                          |              |                          |                          |              |                          |                          |                  |                          |                          |
| 19. Epilepsi   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                    |   |                   |                          |                          |   |                          |                          |                      |                          |                          |   |                          |                          |                         |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |                    |                          |                          |                                    |                          |                          |  |  |                               |   |                                  |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                     |                          |                          |                     |                          |                          |                                  |                          |                          |              |                          |                          |              |                          |                          |                  |                          |                          |
| 20. Andra besvär   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                    |   |                   |                          |                          |   |                          |                          |                      |                          |                          |   |                          |                          |                         |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |                    |                          |                          |                                    |                          |                          |  |  |                               |   |                                  |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                     |                          |                          |                     |                          |                          |                                  |                          |                          |              |                          |                          |              |                          |                          |                  |                          |                          |

Kortformulärfrågor

Generella svars-koder: X = Klienten vill inte svara V = Vet inte  
Skattningsskala: 5 = Mycket bra, 4 = Bra, 3 = Varken bra eller dålig/t, 2 = Dålig/t, 1 = Mycket dålig/t



| <p><b>D9a</b> Av de hälsoproblem du har angett, är det något/några du hade även som barn (före 15 års ålder)? <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>0 = Nej 1 = Ja</p> <p><b>D9b</b> Om ja, vilket/vilka?</p> <p>.....</p> <p><b>D10a</b> Av de hälsoproblem du har angett, är det något/några av dem du framför <i>allt</i> har upplevt när du varit påverkad av alkohol/droger? <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>0 = Nej 1 = Ja</p> <p><b>D10b</b> Om ja, vilket/vilka?</p> <p>.....</p> | <p><b>D11a</b> Har du utretts för eller fått någon av följande diagnoser?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">a. Utretts<br/>0 = Nej 1 = Ja</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">b. Fått diagnos<br/>0 = Nej 1 = Ja</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ADHD/ADD</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Aspergers syndrom</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Autism</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. Tourettes syndrom</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p><b>D11b</b> Om du fått någon av nämnda diagnoser, har du ordinerats läkemedel eller hjälpmedel för detta?</p> <p>0 = Nej 1 = Ja</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 80%;">1. Läkemedel</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Hjälpmedel</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> |                                   | a. Utretts<br>0 = Nej 1 = Ja | b. Fått diagnos<br>0 = Nej 1 = Ja | 1. ADHD/ADD | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Aspergers syndrom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Autism | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Tourettes syndrom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Läkemedel | <input type="checkbox"/> | 2. Hjälpmedel | <input type="checkbox"/> |
|---|--|-----------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|-------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
|   | a. Utretts<br>0 = Nej 1 = Ja   | b. Fått diagnos<br>0 = Nej 1 = Ja |                              |                                   |             |                          |                          |                      |                          |                          |           |                          |                          |                      |                          |                          |              |                          |               |                          |
| 1. ADHD/ADD   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>          |                              |                                   |             |                          |                          |                      |                          |                          |           |                          |                          |                      |                          |                          |              |                          |               |                          |
| 2. Aspergers syndrom  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>          |                              |                                   |             |                          |                          |                      |                          |                          |           |                          |                          |                      |                          |                          |              |                          |               |                          |
| 3. Autism   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>          |                              |                                   |             |                          |                          |                      |                          |                          |           |                          |                          |                      |                          |                          |              |                          |               |                          |
| 4. Tourettes syndrom  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>          |                              |                                   |             |                          |                          |                      |                          |                          |           |                          |                          |                      |                          |                          |              |                          |               |                          |
| 1. Läkemedel  | <input type="checkbox"/>   |                                   |                              |                                   |             |                          |                          |                      |                          |                          |           |                          |                          |                      |                          |                          |              |                          |               |                          |
| 2. Hjälpmedel   | <input type="checkbox"/>   |                                   |                              |                                   |             |                          |                          |                      |                          |                          |           |                          |                          |                      |                          |                          |              |                          |               |                          |

Nu har vi pratat om hälsoproblem och diagnoser. De frågor jag kommer att ställa nu handlar om olika typer av känslor och handlingar.

| <p><b>D12</b> Har du...</p> <p>.....</p> <p>1. ... känt behov av att satsa mer och mer pengar på spel?</p> <p>.....</p> <p>2. ... känt att mat, vikt eller träning kontrollerar ditt liv?</p> <p>.....</p> <p>3. ... kräcks för att bli av med mat du just ätit?</p> <p>.....</p> <p>4. ... haft fler sexualpartners än du egentligen hade velat?</p> <p>.....</p> <p>5. ... utsatt dig för risken att bli smittad av könssjukdomar?</p> <p>.....</p> <p>6. ... tappat kontrollen över din ilska och blivit våldsam?</p> <p>.....</p> <p>7. ... känt att du måste göra vissa saker på ett visst sätt eller upprepade gånger för att dämpa oro eller ångest?</p> <p>.....</p> <p>8. ... avsiktligt försökt skada dig själv?</p> <p>.....</p> <p>9. ... känt att du skulle vilja ta ditt eget liv?</p> <p>.....</p> <p>10. ... försökt ta ditt eget liv?</p> <p>.....</p> <p><b>D13</b> Om du försökt ta ditt eget liv, hur många gånger har du försökt göra det?</p> <p style="text-align: right;"><input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/></p> <p style="text-align: right;">Antal gånger</p> | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 35%; text-align: center;">a. Någonsin<br/>0 = Nej 1 = Ja</th> <th style="width: 35%; text-align: center;">b. Senaste 6 månaderna<br/>0 = Nej 1 = Ja</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ... känt behov av att satsa mer och mer pengar på spel?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. ... känt att mat, vikt eller träning kontrollerar ditt liv?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. ... kräcks för att bli av med mat du just ätit?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. ... haft fler sexualpartners än du egentligen hade velat?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5. ... utsatt dig för risken att bli smittad av könssjukdomar?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6. ... tappat kontrollen över din ilska och blivit våldsam?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>7. ... känt att du måste göra vissa saker på ett visst sätt eller upprepade gånger för att dämpa oro eller ångest?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>8. ... avsiktligt försökt skada dig själv?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>9. ... känt att du skulle vilja ta ditt eget liv?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>10. ... försökt ta ditt eget liv?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> |  | a. Någonsin<br>0 = Nej 1 = Ja | b. Senaste 6 månaderna<br>0 = Nej 1 = Ja | 1. ... känt behov av att satsa mer och mer pengar på spel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. ... känt att mat, vikt eller träning kontrollerar ditt liv? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. ... kräcks för att bli av med mat du just ätit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. ... haft fler sexualpartners än du egentligen hade velat? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. ... utsatt dig för risken att bli smittad av könssjukdomar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. ... tappat kontrollen över din ilska och blivit våldsam? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. ... känt att du måste göra vissa saker på ett visst sätt eller upprepade gånger för att dämpa oro eller ångest? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. ... avsiktligt försökt skada dig själv? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. ... känt att du skulle vilja ta ditt eget liv? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. ... försökt ta ditt eget liv? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|---|--|-------------------------------|--|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | a. Någonsin<br>0 = Nej 1 = Ja   | b. Senaste 6 månaderna<br>0 = Nej 1 = Ja |                               |  |  |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |                                   |                          |                          |
| 1. ... känt behov av att satsa mer och mer pengar på spel?   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                 |                               |  |  |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |                                   |                          |                          |
| 2. ... känt att mat, vikt eller träning kontrollerar ditt liv?   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                 |                               |  |  |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |                                   |                          |                          |
| 3. ... kräcks för att bli av med mat du just ätit?   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                 |                               |  |  |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |                                   |                          |                          |
| 4. ... haft fler sexualpartners än du egentligen hade velat?   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                 |                               |  |  |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |                                   |                          |                          |
| 5. ... utsatt dig för risken att bli smittad av könssjukdomar?   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                 |                               |  |  |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |                                   |                          |                          |
| 6. ... tappat kontrollen över din ilska och blivit våldsam?  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                 |                               |  |  |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |                                   |                          |                          |
| 7. ... känt att du måste göra vissa saker på ett visst sätt eller upprepade gånger för att dämpa oro eller ångest?   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                 |                               |  |  |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |                                   |                          |                          |
| 8. ... avsiktligt försökt skada dig själv?   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                 |                               |  |  |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |                                   |                          |                          |
| 9. ... känt att du skulle vilja ta ditt eget liv?  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                 |                               |  |  |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |                                   |                          |                          |
| 10. ... försökt ta ditt eget liv?  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                 |                               |  |  |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |                                   |                          |                          |

Du har nu fått besvara en rad olika frågor som handlar om din hälsa. Nu skulle jag vilja ställa några mer övergripande frågor om din hälsa och vilka eventuella hjälpbehov du har.

**D14** Upplever du att din användning av alkohol och droger har påverkat din fysiska hälsa?   
0 = Nej 1 = Ja

**D15** Upplever du att din användning av alkohol och droger har påverkat din psykiska hälsa?   
0 = Nej 1 = Ja

**D16a** Är det något du skulle vilja förändra när det gäller din fysiska eller psykiska hälsa?   
0 = Nej 1 = Ja

**D16b** Om ja, vad är det viktigaste att förändra?  
.....  
.....

**D16c** Behöver du stöd eller hjälp med det?   
0 = Nej 1 = Ja

**D17a** Behöver du några hjälpmedel (inte läkemedel) på grund av eventuella hälsoproblem (t.ex. krycka, hörapparat, griptång)?   
0 = Nej 1 = Ja

**D17b** Om ja, vilket/vilka hjälpmedel?  
.....  
.....

**D18** Har du med anledning av din hälsa kontakt med någon av följande?   
0 = Nej 1 = Ja

1. Vårdcentral/primärvård
2. Psykiatrisk mottagning
3. Specialistläkare
4. Tandläkare
5. Annan vårdgivare

E Kriminalitet

| E1 | Har du varit med om att någon/några...                            | a. Någonsin              | b. Din ålder l:a gången  | c. Senaste 6 månaderna   |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|    |   | 0 = Nej 1 = Ja           |                          | 0 = Nej 1 = Ja           |
|    | 1. ... slagit, sparkat eller utsatt dig för annat fysiskt våld?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|    | 2. ... ofredat, tvingat eller angripit dig sexuellt?              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|    | 3. ... hotat dig på ett sådant sätt att du blivit rädd?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E2 | Har du...   | a. Någonsin              | b. Din ålder l:a gången  | c. Senaste 6 månaderna   |
|    |   | 0 = Nej 1 = Ja           |                          | 0 = Nej 1 = Ja           |
|    | 1. ... slagit, sparkat eller utsatt någon för annat fysiskt våld? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|    | 2. ... ofredat, tvingat eller angripit någon sexuellt?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|    | 3. ... hotat någon för att göra henne/honom rädd?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kortformulärfrågor

Generella svarskoder: X = Klienten vill inte svara V = Vet inte  
Skattningskala: 5 = Mycket bra, 4 = Bra, 3 = Varken bra eller dålig/t, 2 = Dålig/t, 1 = Mycket dålig/t

| <p><b>E3 Har du under de senaste 6 månaderna bevitnat att personer i din närhet utsatts för fysiskt våld, övergrepp eller hot?</b> <input type="checkbox"/></p> <p>0 = Nej<br/>1 = Ja, vid enstaka tillfälle<br/>2 = Ja, vid flera tillfällen</p>   |                                     |                                     |  |  |   |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |  |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|--|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <p><b>E4a Har du blivit dömd för något/några brott?</b> <input type="checkbox"/></p> <p>0 = Nej 1 = Ja</p>  |                                     |                                     |  |  |   |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |  |
| <p><b>E4b Om ja, för vilken typ av brott?</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">a. Någonsin dömd?<br/>0 = Nej 1 = Ja</th> <th style="width: 25%; text-align: center;">b. Din ålder l:a gången dömd</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">c. Senaste 6 månaderna<br/>0 = Nej 1 = Ja</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Våldsbrott/rån (rån, mord, dråp, misshandel, sexualbrott, hot)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Egendomsbrott (inbrott, snatteri, stöld, tillgrepp av fortskaffningsmedel, häleri, bedrägeri, förfalskning, förskingring)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Rattfylleri (rattfylleri, rattonykterhet)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. Narkotikabrott (brott mot narkotikalagstiftningen)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5. Övriga brott (skadegörelse, mened, brott mot vapenlagstiftning, brott mot allmän verksamhet)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> |                                     | a. Någonsin dömd?<br>0 = Nej 1 = Ja | b. Din ålder l:a gången dömd             | c. Senaste 6 månaderna<br>0 = Nej 1 = Ja | 1. Våldsbrott/rån (rån, mord, dråp, misshandel, sexualbrott, hot) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Egendomsbrott (inbrott, snatteri, stöld, tillgrepp av fortskaffningsmedel, häleri, bedrägeri, förfalskning, förskingring) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Rattfylleri (rattfylleri, rattonykterhet) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Narkotikabrott (brott mot narkotikalagstiftningen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Övriga brott (skadegörelse, mened, brott mot vapenlagstiftning, brott mot allmän verksamhet) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
|   | a. Någonsin dömd?<br>0 = Nej 1 = Ja | b. Din ålder l:a gången dömd        | c. Senaste 6 månaderna<br>0 = Nej 1 = Ja |  |   |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |  |
| 1. Våldsbrott/rån (rån, mord, dråp, misshandel, sexualbrott, hot)   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |   |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |  |
| 2. Egendomsbrott (inbrott, snatteri, stöld, tillgrepp av fortskaffningsmedel, häleri, bedrägeri, förfalskning, förskingring)  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |   |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |  |
| 3. Rattfylleri (rattfylleri, rattonykterhet)  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |   |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |  |
| 4. Narkotikabrott (brott mot narkotikalagstiftningen)   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |   |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |  |
| 5. Övriga brott (skadegörelse, mened, brott mot vapenlagstiftning, brott mot allmän verksamhet)   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |  |   |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |  |
| <p><b>E4c Om övriga brott, vad?</b> .....</p>   |                                     |                                     |  |  |   |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |  |

|   |   |
|---|---|
| <p><b>E4d Har du begått något av dessa brott utan att bli dömd?</b> <input type="checkbox"/></p> <p>0 = Nej 1 = Ja</p>                  | <p><b>E9a Är det något du skulle vilja förändra när det gäller din kriminalitet?</b> <input type="checkbox"/></p> <p>0 = Nej 1 = Ja</p> |
| <p><b>E5 Har du blivit dömd till fängelse?</b> <input type="checkbox"/></p> <p>0 = Nej 1 = Ja</p>                                       | <p><b>E9b Om ja, vad är det viktigaste att förändra?</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p>  |
| <p><b>E6 Har du blivit dömd till rättspsykiatrisk vård?</b> <input type="checkbox"/></p> <p>0 = Nej 1 = Ja</p>                          | <p><b>E9c Behöver du stöd eller hjälp med det?</b> <input type="checkbox"/></p> <p>0 = Nej 1 = Ja</p>                                   |
| <p><b>E7 Väntar du på åtal, rättegång, dom eller straffverkställighet för brott?</b> <input type="checkbox"/></p> <p>0 = Nej 1 = Ja</p> |   |
| <p><b>E8 Är du villkorligt frigiven eller har du frivårdspåföljd?</b> <input type="checkbox"/></p> <p>0 = Nej 1 = Ja</p>                |   |

Kortformulärfrågor

Generella svars-koder: X = Klienten vill inte svara V = Vet inte  
Skattningsskala: 5 = Mycket bra, 4 = Bra, 3 = Varken bra eller dålig/t, 2 = Dålig/t, 1 = Mycket dålig/t

|  |   |
|--|---|
| <p><b>F1</b> I vilket land är du och dina föräldrar (de föräldrar du vuxit upp med) födda?</p> <p>1. Klient: .....</p> <p>2. Mor: .....</p> <p>3. Far: .....</p> <p><b>F2</b> Om du inte är född i Sverige, hur gammal var du när du kom till Sverige? <input type="text"/></p> <p><b>F3a</b> Är du adopterad? <input type="text"/><br/>0 = Nej 1 = Ja</p> <p><b>F3b</b> Om ja, hur gammal var du vid adoptionen? <input type="text"/></p> <p><b>F4a</b> Med vem/vilka bodde du främst när du var...</p> <p>1. ... 0-2 år? <input type="text"/></p> <p>2. ... 3-6 år? <input type="text"/></p> <p>3. ... 7-12 år? <input type="text"/></p> <p>4. ... 13-15 år? <input type="text"/></p> <p>5. ... 16-18 år? <input type="text"/></p> <p>1 = Båda föräldrarna/adoptivföräldrarna<br/>2 = Mor<br/>3 = Far<br/>4 = Mor med sambo<br/>5 = Far med sambo<br/>6 = Syskon – enbart<br/>7 = Mor- eller farföräldrar<br/>8 = Andra släktingar<br/>9 = Familjehem (fosterfamilj)<br/>10 = Bott på institution/beh.hem/internat/barnhem<br/>11 = Levt ensam<br/>12 = Partner<br/>13 = Vänner<br/>14 = Växelvis boende<br/>15 = Annat</p> <p><b>F4b</b> Om annat, vad? .....</p> | <p><b>F5a</b> Har du någon gång varit placerad i familjehem (jourhem, fosterfamilj)? <input type="text"/><br/>0 = Nej 1 = Ja</p> <p><b>F5b</b> Om ja, hur många gånger? <input type="text"/></p> <p><b>F5c</b> Om ja, hur gammal var du första gången? <input type="text"/></p> <p><b>F6</b> Förekom något av följande i din uppväxtmiljö?<br/>0 = Nej 1 = Ja</p> <p>1. Missbruk? <input type="text"/></p> <p>2. Psykiska problem? <input type="text"/></p> <p>3. Misshandel/våld? <input type="text"/></p> <p><b>F7a</b> Förekom det andra allvarliga problem/händelser i din uppväxtmiljö? <input type="text"/><br/><i>Problem/händelser som du upplever har påverkat dig mycket (t.ex. en närstående som dött, haft svår sjukdom, vräkningar, mobbning)</i><br/>0 = Nej 1 = Ja</p> <p><b>F7b</b> Om ja, vad?<br/>.....<br/>.....<br/>.....<br/>.....</p> |
|--|---|

Kortformulärfrågor

Generella svars-koder: X = Klienten vill inte svara V = Vet inte  
Skattningsskala: 5 = Mycket bra, 4 = Bra, 3 = Varken bra eller dålig/t, 2 = Dålig/t, 1 = Mycket dålig/t

|   |   |
|---|---|
| <p><b>G1a Hur har du huvudsakligen levt?</b></p> <p>1. Senaste 6 månaderna? <input type="text"/></p> <p>2. Senaste 30 dagarna? <input type="text"/></p> <p>1 = Ensam<br/>                 2 = Tillsammans med barn/styvbarn<br/>                 3 = Tillsammans med partner och barn/styvbarn<br/>                 4 = Tillsammans med partner utan barn/styvbarn<br/>                 5 = Tillsammans med föräldrar/släkting<br/>                 6 = Tillsammans med vänner<br/>                 7 = Annat levnadssätt</p> | <p><b>G2 Hur många egna barn under 18 år har du?</b> <input type="text"/></p> <p><b>G3 Hur många egna barn över 18 år har du?</b> <input type="text"/></p> <p><b>G4 Hur många av dina egna barn har du kontakt med?</b> <input type="text"/></p> <p><b>G5 Om du har egna barn under 18 år:</b></p> <p>1. Hur många med egen/gemensam vårdnad? <input type="text"/></p> <p>2. Hur många egna barn lever du tillsammans med? <input type="text"/></p> <p><b>G6 Väntar du barn?</b> <input type="text"/></p> <p>0 = Nej 1 = Ja</p> |
| <p><b>G1b Om annat levnadssätt senaste 6 månaderna, vilket?</b></p> <p>.....</p>  |   |
| <p><b>G1c Om annat levnadssätt senaste 30 dagarna, vilket?</b></p> <p>.....</p>   |   |

Nu kommer jag att ställa några frågor om dina relationer. Först skulle jag vilja veta hur det ser ut nu och sedan kommer jag att ställa några frågor om hur det sett ut tidigare i ditt liv.

| G7 Nuvarande relationer (senaste 6 månaderna) | a. Hur många är ett stöd för dig? | b. Hur många har du allvarliga konflikter med? | c. Hur många har missbruksproblem? |
|---|-----------------------------------|--|------------------------------------|
|   | Antal                             | Antal  | Antal                              |
| 1. Mor/styvmor                                | <input type="text"/>              | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>               |
| 2. Far/styvför                                | <input type="text"/>              | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>               |
| 3. Syskon                                     | <input type="text"/>              | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>               |
| 4. Partner/f.d. partner                       | <input type="text"/>              | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>               |
| 5. Barn/styvbarn                              | <input type="text"/>              | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>               |
| 6. Annan släkting/nära vän                    | <input type="text"/>              | <input type="text"/>                           | <input type="text"/>               |

**G8a Finns det någon/några som du är ett stöd för eller som är beroende av dig?**

0 = Nej 1 = Ja

**G8b Om ja, vem/vilka?** .....

| <b>G9</b> Har det tidigare funnits någon/några som... | a.<br>0 = Nej 1 = Ja     | b.<br>Vem/vilka? |
|---|--------------------------|------------------|
| 1. ...varit ett stöd för dig?                         | <input type="checkbox"/> | .....            |
| 2. ....du haft allvarliga konflikter med?             | <input type="checkbox"/> | .....            |
| 3. ....haft missbruksproblem?                         | <input type="checkbox"/> | .....            |

*Ibland förekommer det hot, våld och övergrepp i relationer. Jag kommer nu att ställa några frågor om det.*

|  |   |
|--|---|
| <p><b>G10</b> Har du utfört någon sexuell handling (t.ex. visat dig naken för någon, onanerat åt någon, haft samlag med någon) för att få t.ex. pengar, droger, boende, uppskattning?<br/>0 = Nej 1 = Ja</p> <p>1. Någonsin? <input type="checkbox"/></p> <p>2. Under de senaste 6 månaderna? <input type="checkbox"/></p> | <p><b>G14a</b> Är det något du skulle vilja förändra när det gäller dina relationer (till t.ex. barn, partner, syskon, föräldrar)? <input type="checkbox"/><br/>0 = Nej 1 = Ja</p>  |
| <p><b>G11</b> Har någon närstående utsatt dig för våld, hot eller övergrepp?<br/>0 = Nej 1 = Ja</p> <p>1. Någonsin? <input type="checkbox"/></p> <p>2. Under de senaste 6 månaderna? <input type="checkbox"/></p>  | <p><b>G14b</b> Om ja, vad är det viktigaste att förändra?<br/>.....<br/>.....</p>   |
| <p><b>G12</b> Har du utsatt någon närstående för våld, hot eller övergrepp?<br/>0 = Nej 1 = Ja</p> <p>1. Någonsin? <input type="checkbox"/></p> <p>2. Under de senaste 6 månaderna? <input type="checkbox"/></p>   | <p><b>G14c</b> Behöver du stöd eller hjälp med det? <input type="checkbox"/><br/>0 = Nej 1 = Ja</p>   |
| <p><b>G13</b> Hur upplever du dina relationer?<br/>(Se skattningsskalan 5-1) <input type="checkbox"/></p>  | <p><b>G15</b> Har du med anledning av problem med dina relationer haft kontakt med någon av följande?<br/>0 = Nej 1 = Ja</p> <p>1. Kvinno-/mansjour <input type="checkbox"/></p> <p>2. Socialtjänsten <input type="checkbox"/></p> <p>3. Vuxenpsykiatri <input type="checkbox"/></p> <p>4. Kriminalvården/polis <input type="checkbox"/></p> <p>5. Skola/BVC/BUP <input type="checkbox"/></p> <p>6. Frivilligorganisation/religiöst samfund <input type="checkbox"/></p> <p>7. Annan <input type="checkbox"/></p> |

|  |   |
|--|---|
| <p><b>H1 Har du ägt en bostad eller haft ett förstahandskontrakt?</b> <input type="checkbox"/></p> <p>0 = Nej 1 = Ja</p>   | <p><b>H5a Är det något du skulle vilja förändra när det gäller din boendesituation?</b> <input type="checkbox"/></p> <p>0 = Nej 1 = Ja</p>  |
| <p><b>H2a Hur har du huvudsakligen bott?</b></p> <p>1. Senaste 6 månaderna? <input type="checkbox"/></p> <p>2. Senaste 30 dagarna? <input type="checkbox"/></p> <p>1 = Egen bostad (ägande/förstahandskontrakt)<br/> 2 = Andrahand/inneboende/<br/> boendekollektiv/studentbostad<br/> 3 = Försöks-/träningsslägenhet<br/> 4 = Institution/inackorderingshem/kategorihus<br/> 5 = Familjehem<br/> 6 = Fängelse/häkte<br/> 7 = Hos föräldrar/släktingar<br/> 8 = Bostadslös<br/> 9 = Annat boende</p> | <p><b>H5b Om ja, vad är det viktigaste att förändra?</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p>  |
| <p><b>H2b Om annat boende senaste 6 månaderna, vilket?</b></p> <p>.....</p>  | <p><b>H5c Behöver du stöd eller hjälp med det?</b> <input type="checkbox"/></p> <p>0 = Nej 1 = Ja</p>   |
| <p><b>H2c Om annat boende senaste 30 dagarna, vilket?</b></p> <p>.....</p>   | <p><b>H6 Har du med anledning av din boendesituation haft kontakt med någon av följande?</b></p> <p>0 = Nej 1 = Ja</p> <p>1. Kronofogden <input type="checkbox"/></p> <p>2. Bostadsförmedling/bostadsbolag/hyresvärd <input type="checkbox"/></p> <p>3. Socialtjänsten <input type="checkbox"/></p> <p>4. Frivilligorganisation/religiöst samfund <input type="checkbox"/></p> <p>5. Annan <input type="checkbox"/></p> |
| <p><b>H3 Har du blivit vräkt någon gång?</b> <input type="checkbox"/></p> <p>0 = Nej 1 = Ja</p>  |   |
| <p><b>H4 Vad tycker du om din boendesituation?</b> <input type="checkbox"/></p> <p>(Se skattningsskalan 5-1)</p>   |   |

|  |  |
|--|--|
| <p><b>I1 Vilken är din högsta utbildning?</b><br/>                 1 = Inte fullföljd folkskola, grundskola eller motsvarande<br/>                 2 = Folkskola, grundskola eller motsvarande<br/>                 3 = Gymnasium, fackskola eller motsvarande<br/>                 4 = Eftergymnasial utbildning/högskola</p> <p><input type="checkbox"/></p> | <p><b>I5a Hur har du huvudsakligen försörjt dig?</b></p> <p>1. Senaste 6 månaderna? <input type="checkbox"/></p> <p>2. Senaste 30 dagarna? <input type="checkbox"/></p> <p>1 = Lön från regelbundet arbete<br/>                 2 = Lön från ströjobb<br/>                 3 = Pension<br/>                 4 = Ekonomiskt bistånd från socialtjänsten<br/>                 5 = Arbetslöshetsersättning<br/>                 6 = Bidrag eller lån för studier<br/>                 7 = Medel från partner, familj eller vänner<br/>                 8 = Ersättning från Försäkringskassan<br/>                 9 = Kriminalitet<br/>                 10 = Ersättning för sexuella tjänster<br/>                 11 = Annan försörjning</p> |
| <p><b>I2 Har du genomgått någon annan utbildning (t.ex. körkortsutbildning, värnpliktsutbildning, jägarexamen, första hjälpen-utbildning)?</b><br/>                 0 = Nej 1 = Ja</p> <p><input type="checkbox"/></p>   | <p><b>I5b Om annan försörjning senaste 6 månaderna, vilken?</b></p> <p>.....</p>   |
| <p><b>I3 Har du läs- eller skrivsvårigheter?</b><br/>                 0 = Nej 1 = Ja</p> <p><input type="checkbox"/></p>   | <p><b>I5c Om annan försörjning senaste 30 dagarna, vilken?</b></p> <p>.....</p>  |
| <p><b>I4a Är det något du skulle vilja förändra när det gäller din utbildning?</b><br/>                 0 = Nej 1 = Ja</p> <p><input type="checkbox"/></p>   | <p><b>I6a Hur många år av ditt liv har du sammanlagt arbetat regelbundet?</b> <input type="checkbox"/></p> <p>0 = 0-1 år<br/>                 1 = 1-2 år<br/>                 2 = 3-5 år<br/>                 3 = 6-10 år<br/>                 4 = Mer än 10 år</p>  |
| <p><b>I4b Om ja, vad är det viktigaste att förändra?</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p>   | <p><b>I6b Hur länge varade din längsta sammanhängande period av regelbundet arbete?</b> <input type="checkbox"/></p> <p>0 = 0-1 år<br/>                 1 = 1-2 år<br/>                 2 = 3-5 år<br/>                 3 = 6-10 år<br/>                 4 = Mer än 10 år</p>  |
| <p><b>I4c Behöver du stöd eller hjälp med det?</b><br/>                 0 = Nej 1 = Ja</p> <p><input type="checkbox"/></p>   | <p><b>I6c När hade du senast ett regelbundet arbete?</b> <input type="checkbox"/></p> <p>0 = Har aldrig arbetat regelbundet<br/>                 1 = Under det senaste året<br/>                 2 = 1-2 år sedan<br/>                 3 = 3-5 år sedan<br/>                 4 = 6-10 år sedan<br/>                 5 = Mer än 10 år sedan</p>   |

Kortformulärfrågor

Generella svarskoder: X = Klienten vill inte svara V = Vet inte  
 Skattningskala: 5 = Mycket bra, 4 = Bra, 3 = Varken bra eller dålig/t, 2 = Dålig/t, 1 = Mycket dålig/t



|  |  |
|--|--|
| <p><b>I7</b> Har du under de senaste 6 månaderna haft inkomst av/fått ersättning för...<br/>0 = Nej 1 = Ja</p> <p>1. ... kriminalitet? <input type="checkbox"/></p> <p>2. ... sexuella tjänster? <input type="checkbox"/></p> <p><b>I8a</b> Hur stora är dina skulder? .....<br/>(Kronor)</p> <p><b>I8b</b> Om du har skulder, vilken typ av skuld har du?<br/>0 = Nej 1 = Ja</p> <p>1. Hyresskuld <input type="checkbox"/></p> <p>2. Drogskuld <input type="checkbox"/></p> <p>3. Lån/krediter <input type="checkbox"/></p> <p>4. Spelskuld <input type="checkbox"/></p> <p>5. Underhållsbidrag <input type="checkbox"/></p> <p>6. Skadestånd <input type="checkbox"/></p> <p>7. Annan skuld <input type="checkbox"/></p> <p><b>I8c</b> Om annan skuld, vad?<br/>.....</p> <p><b>I9a</b> Är det något du skulle vilja förändra när det gäller det sätt du försörjer dig på?<br/>0 = Nej 1 = Ja <input type="checkbox"/></p> | <p><b>I9b</b> Om ja, vad är det viktigaste att förändra?<br/>.....<br/>.....</p> <p><b>I9c</b> Behöver du stöd eller hjälp med det?<br/>0 = Nej 1 = Ja <input type="checkbox"/></p> <p><b>I10</b> Har du med anledning av din utbildning eller försörjning haft kontakt med någon av följande?<br/>0 = Nej 1 = Ja</p> <p>1. Försäkringskassan <input type="checkbox"/></p> <p>2. Socialtjänsten <input type="checkbox"/></p> <p>3. Arbetsförmedlingen <input type="checkbox"/></p> <p>4. A-kassa <input type="checkbox"/></p> <p>5. Kronofogden <input type="checkbox"/></p> <p>6. Frivilligorganisation/religiöst samfund <input type="checkbox"/></p> <p>7. Annan <input type="checkbox"/></p> |
|--|--|

|   |  |
|---|--|
| <p><b>J1a</b> Vad har du huvudsakligen sysselsatt dig med?</p> <p>1. Senaste 6 månaderna? <input type="checkbox"/></p> <p>2. Senaste 30 dagarna? <input type="checkbox"/></p> <p>1 = Arbetat<br/>2 = Studerat<br/>3 = Varit i vård eller behandling<br/>4 = Sökt arbete<br/>5 = Missbruk/kriminalitet<br/>6 = Annat</p> | <p><b>J4a</b> Vilken/vilka fritidsintressen har du eller har du haft?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>J4b</b> Är det någon fritidsaktivitet du skulle vilja återuppta/börja med?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>   |
| <p><b>J1b</b> Om annan sysselsättning senaste 6 månaderna, vilken?</p> <p>.....</p>   | <p><b>J5</b> Har du med anledning av din sysselsättning eller fritid haft kontakt med någon av följande?</p> <p>0 = Nej 1 = Ja</p> <p>1. Arbetsförmedlingen <input type="checkbox"/></p> <p>2. Socialtjänsten <input type="checkbox"/></p> <p>3. Frivilligorganisation/religiöst samfund <input type="checkbox"/></p> <p>4. Annan <input type="checkbox"/></p> |
| <p><b>J1c</b> Om annan sysselsättning senaste 30 dagarna, vilken?</p> <p>.....</p>  |  |
| <p><b>J2</b> Hur upplever du det sätt du sysselsätter dig på?<br/>(Se skattningsskalan 5-1) <input type="checkbox"/></p>  |  |
| <p><b>J3a</b> Är det något du skulle vilja förändra vad gäller det sätt du sysselsätter dig på?<br/>0 = Nej 1 = Ja <input type="checkbox"/></p>   |  |
| <p><b>J3b</b> Om ja, vad är det viktigaste att förändra?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>  |  |
| <p><b>J3c</b> Behöver du stöd eller hjälp med det?<br/>0 = Nej 1 = Ja <input type="checkbox"/></p>  |  |

Kortformulärfrågor

Generella svarskoder: X = Klienten vill inte svara V = Vet inte  
Skattningsskala: 5 = Mycket bra, 4 = Bra, 3 = Varken bra eller dålig/t, 2 = Dålig/t, 1 = Mycket dålig/t

|  |  |
|--|--|
| <p><b>K1</b> Vad tycker du är positivt med din användning av alkohol och andra droger?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>K2</b> Vad tycker du är negativt med din användning av alkohol och andra droger?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>K3</b> Vad tror du är främsta anledningen till att du började använda alkohol och andra droger?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | <p><b>K4</b> Vad har du för förväntningar på den här kontakten/vistelsen?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>K5</b> Vad är ditt eget mål när det gäller din användning av...</p> <p>1. ... alkohol? <input style="float: right;" type="text"/></p> <p>2. ... narkotika? <input style="float: right;" type="text"/></p> <p>3. ... läkemedel? <input style="float: right;" type="text"/></p> <p>0 = Inget mål/har inget problem<br/>                 1 = Total nykterhet/drogfrihet<br/>                 2 = Kontrollerad/sporadisk användning</p> <p><b>K6</b> Är det något annat du vill kommentera eller lägga till?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
|--|--|

Det händer ibland att vi gör egna s.k. uppföljningsstudier. Då tar vi kontakt med personer som varit placerade hos oss en tid efter utskrivning för att ställa frågor om hur deras situation ser ut då.

**K8** Godkänner du att vi tar kontakt med dig för en uppföljningsintervju?

0 = Nej 1 = Ja

|   |   |
|---|---|
| <p><b>L1</b>    <b>Upplever du som intervjuare att svaren är tillförlitliga?</b>    <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/></p> <p>0 = Nej    1 = Ja</p> <p><b>L2</b>    <b>Om inte alla svar är tillförlitliga, inom vilket/vilka områden är de inte det?</b></p> <p>.....</p> <p><b>L3</b>    <b>Upplever du som intervjuare att du haft god kontakt med klienten under intervjun?</b>    <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/></p> <p>0 = Nej    1 = Ja</p> <p><b>L4</b>    <b>Hur var klientens språkförståelse?</b>    <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/></p> <p>1 = God språkförståelse<br/>2 = Viss språkförståelse<br/>3 = Använt tolk/teckentolk vid intervjun</p> <p><b>L5</b>    <b>Intervjuarens relation till klienten:</b>    <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/></p> <p>1 = Kontaktperson till klienten<br/>2 = Arbetar på <i>avdelningen</i> där klienten är placerad<br/>3 = Arbetar på <i>institutionen</i> där klienten är placerad</p> | <p><b>L6a</b>    <b>Genomfördes hela intervjun vid ett och samma tillfälle?</b>    <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/></p> <p>0 = Nej    1 = Ja</p> <p><b>L6b</b>    <b>Om nej, hur många tillfällen behövdes för att genomföra intervjun?</b>    <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p style="text-align: right;">Antal</p> <p><b>L7</b>    <b>Intervjun pågick under <i>sammanlagt</i> antal minuter:</b>    <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p style="text-align: right;">Antal</p> <p><b>L8</b>    <b>Övrig viktig information som inte framkommer i formuläret och som har betydelse för behandlingen:</b><br/>(T.ex. bakgrund, speciella förhållanden)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
|---|---|

Kortformulärfrågor

Generella svars-koder: X = Klienten vill inte svara V = Vet inte  
Skattningsskala: 5 = Mycket bra, 4 = Bra, 3 = Varken bra eller dålig/t, 2 = Dålig/t, 1 = Mycket dålig/t



