

## A Administrativa uppgifter

Individkod: (ÅÄDDII) \_\_\_\_\_

Löpnummer: \_\_\_\_\_

Behandlingsperiod: \_\_\_\_\_

**A1a** Betalande:

- |                      |              |
|----------------------|--------------|
| 1 = Kommun/stadsdel  | 5 = Sjukvård |
| 2 = Arbetsgivare     | 6 = Ip själv |
| 3 = Försäkringskassa |              |
| 4 = Kriminalvård     |              |

**A1b** Ip:s hemkommun, vilken? \_\_\_\_\_

**A1c** Om stadsdel, vilken? \_\_\_\_\_

**\*A2** Datum för inskrivning/  
påbörjad behandling: \_\_\_\_\_

År Månad Dag

**A3** Datum för ifyllande av formulär:

a Datum för ifyllande  
av kort version: \_\_\_\_\_

År Månad Dag

b Datum för ifyllande  
av lång version: \_\_\_\_\_

År Månad Dag

**A4a** Formuläret besvarat genom:

- |                        |                 |
|------------------------|-----------------|
| 1 = Personlig intervju | 3 = Aktmaterial |
| 2 = Telefonintervju    |                 |

**A4b** Om ej intervju, ange orsak:

- |                                      |
|--------------------------------------|
| 1 = Vägran                           |
| 2 = Fysisk/psykiskt dåligt tillstånd |
| 3 = För kort kontakt                 |
| 4 = Ej fysiskt närvarande            |
| 5 = DOK-intervju finns redan         |

**A5** Intervjuare/uppgiftslämnare: \_\_\_\_\_

(II+3 siffror)

## B Sociodemografisk information

**\*B1** Kön:

- 1 = Man 2 = Kvinna

**\*B2** Ålder: (år) \_\_\_\_\_

**\*B3a** Medborgarskap:

- |                           |                           |
|---------------------------|---------------------------|
| 1 = Svenskt medborgarskap | 4 = Dubbelt medborgarskap |
| 2 = Från annat EU-land    | 5 = Statslös              |
| 3 = Annan nationalitet    |                           |

**\*B3b** Om annat medborgarskap än svenskt, vilket? \_\_\_\_\_

**B4** Födelseled:

a Intervjuperson: \_\_\_\_\_

b Moder: \_\_\_\_\_

c Fader: \_\_\_\_\_

## C Behandlingskontakt

\*C1 Är detta ett nytt vårdtillfälle/behandlingsperiod? \_\_\_\_\_  
 1 = Nytt vårdtillfälle (detta vårdtillfälle påbörjas vid denna enhet)  
 2 = Planmässig överflyttning/remittering (detta vårdtillfälle har påbörjats vid annan enhet)

C2 Har du tidigare haft kontakt med enheten? \_\_\_\_\_  
 0 = Nej 1 = Ja

C3a Har du varit inskriven på någon institution de senaste 30 dagarna? \_\_\_\_\_  
 0 = Nej 4 = Psykiatrisk vård  
 1 = Kriminalvård 5 = Enbart avgiftning  
 2 = Missbrukarvård 6 = Annan vård  
 3 = Somatisk vård

C3b Om ja, hur många dagar av de senaste 30? \_\_\_\_\_

C4 Hur många dagar av de senaste 30 har du gått i öppenvård för...  
 a Missbruksproblem? \_\_\_\_\_  
 b Din psykiska hälsa? \_\_\_\_\_  
 c Din fysiska hälsa? \_\_\_\_\_

C5a Enligt vilket lagrum är du inskriven? \_\_\_\_\_  
 1 = Kap 4 § 1 8 = LOB  
 2 = Kap 11 § 1 9 = Kontraktsvård  
 3 = LVU 10 = KvL §34  
 4 = LVM §7 11 = LPT  
 5 = LVM §27 12 = Skyddstillsyn med föreskrift  
 6 = LRV 13 = Utan myndighetsprövning  
 7 = LSS 14 = Annat lagrum

C5b Om annat lagrum, vilket? \_\_\_\_\_

\*C6a Vem är den främsta initiativtagaren/anmälaren till kontakten? \_\_\_\_\_  
 1 = Eget initiativ  
 2 = Familj/vänner  
 3 = Annan behandlingsenhet för missbruksvård  
 4 = Primärvårds-/privatläkare somatisk vård (öppenvård)  
 5 = Primärvårds-/privatläkare psykiatrisk vård (öppenvård)  
 6 = MVC/BVC  
 7 = Enbart avgiftning  
 8 = Somatisk sjukhusvård  
 9 = Psykiatrisk sjukhusvård  
 10 = Socialtjänst  
 11 = Domstol/Frivård/Polis/Kriminalvård/Länsstyrelsen  
 12 = Arbetsförmedlingen/AMI  
 13 = Frivillig organisation  
 14 = Egna enheten  
 15 = Annan initiativtagare

C6b Om annan initiativtagare, vilken? \_\_\_\_\_

## D Boende- och levnadsform

\*D1a Vilken har din huvudsakliga boendeform varit? \_\_\_\_\_  
 1 Senaste 6 månaderna: \_\_\_\_\_  
 2 Senaste 30 dagarna: \_\_\_\_\_  
 1 = Egen bostad 7 = Hotell  
 2 = Andra hand/inneboende/boendekollektiv/studentbostad 8 = Hos föräldrar  
 3 = Försöks-/träninglägenhet 9 = Hos släktingar  
 4 = Institution 10 = Bostadslös  
 5 = Familjevård 11 = Annan boendeform  
 6 = Fängelse/häkte

D1b Om annan boendeform senaste 30 dagarna, vilken? \_\_\_\_\_

D2 Hur oroad har du varit av din boendeform under de senaste 30 dagarna? \_\_\_\_\_  
 (Skattningsskala 1-5)

D3a Är det något i din boendeform du skulle vilja förändra? 0 = Nej 1 = Ja \_\_\_\_\_

D3b Om ja, vad är det viktigaste att förändra i så fall? \_\_\_\_\_

D3c (Om ja fråga D3a) Kan du förändra din boendeform själv? 0 = Nej 1 = Ja \_\_\_\_\_

D3d (Om ja fråga D3a) Behöver du vår hjälp med det? 0 = Nej 1 = Ja \_\_\_\_\_

\*D4a Vilken har din huvudsakliga levnadsform varit? \_\_\_\_\_  
 1 Senaste 6 månaderna: \_\_\_\_\_  
 2 Senaste 30 dagarna: \_\_\_\_\_  
 1 = Ensamlevande  
 2 = Ensamstående med barn  
 3 = Samlevande med partner men ej med barn  
 4 = Samlevande med partner och barn  
 5 = Samlevande med föräldrar/ släkting  
 6 = Samlevande med vänner  
 7 = Annan levnadsform

D4b Om annan levnadsform senaste 30 dagarna, vilken? \_\_\_\_\_

D5 Har din samlevande missbruksproblem? \_\_\_\_\_  
 0 = Nej 1 = Ja

D6 Hur oroad har du varit av din levnadsform under de senaste 30 dagarna? (Skattningsskala 1-5) \_\_\_\_\_

D7a Är det något i din levnadsform du skulle vilja förändra? 0 = Nej 1 = Ja \_\_\_\_\_

D7b Om ja, vad är det viktigaste att förändra i så fall? \_\_\_\_\_

D7c (Om ja fråga D7a) Kan du förändra din levnadsform själv? 0 = Nej 1 = Ja \_\_\_\_\_

D7d (Om ja fråga D7a) Behöver du vår hjälp med det? 0 = Nej 1 = Ja \_\_\_\_\_

## E Familj och umgänge 1

E1a Hur många egna barn har du? \_\_\_\_\_  
(0 = Inga barn)

E1b Antal egna barn under 18 år: \_\_\_\_\_

E2 Om du har egna barn under 18 år:

a Antal barn med egen/gemensam vårdnad: \_\_\_\_\_

b Varav antal barn omhändertagna och placerade utanför hemmet \_\_\_\_\_

c Antal barn utan egen/gemensam vårdnad: \_\_\_\_\_

## E Familj och umgänge 2

E3	Vilka personer...	1 Är ett stöd för dig? 0=Nej 1=Ja		2 Har du haft allvarliga konflikter med totalt i livet? 0=Nej 1=Ja		3 Har du haft allvarliga konflikter med senaste 30 dgr? 0=Nej 1=Ja		4 Har/har haft missbruksproblem? 0=Nej 1=Ja	
		_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	a Mor	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	b Far	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	c Syskon	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	d Make/maka/partner	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	e Fd. make/maka/partner	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	f Egna barn	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	g Styvbarn	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	h Annan nära släkting	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	i Arbetskamrater	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	j Nära vänner	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	k Grannar	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

## E Familj och umgänge 3

E4 Hur ofta har du kontakt med...

a Ej hemmavarande egna barn? \_\_\_\_\_

b Föräldrar? \_\_\_\_\_

c Övrig släkt? \_\_\_\_\_

d Nära vänner? \_\_\_\_\_

Frekvenskod

0 = Aldrig

1 = Enstaka tillfälle

2 = 1 dag/vecka

3 = 2-3 dagar/vecka

4 = 4-6 dagar/vecka

5 = Dagligen

E5 Hur oroad har du varit av dina relationer under de senaste 30 dagarna? (Skattningsskala 1-5) \_\_\_\_\_

E6a Är det något i dina relationer du skulle vilja förändra? \_\_\_\_\_

0 = Nej 1 = Ja

E6b Om ja, vad är det viktigaste att förändra i så fall? \_\_\_\_\_

E6c (Om ja fråga E6a) Kan du förändra dina relationer själv? \_\_\_\_\_

0 = Nej 1 = Ja

E6d (Om ja fråga E6a) Behöver du vår hjälp med det? \_\_\_\_\_

0 = Nej 1 = Ja

## F Uppväxtmiljö

F1 Hos vem har du vuxit upp till och med 18 års ålder?

- a 0-2 år
- b 3-6 år
- c 7-12 år
- d 13-15 år
- e 16-18 år

1 = Biologisk mor och far  
2 = Biologisk mor  
3 = Biologisk far  
4 = Biologisk förälder och partner (stuvfamilj)  
5 = Adoptivfamilj  
6 = Fosterfamilj  
7 = Mor- och farföräldrar  
8 = Annan vårdnadshavare  
9 = Eget boende  
10 = Institution  
11 = Bostadslös

F2 Hur många tillfällen har du varit placerad i fosterfamilj? (0=Aldrig placerad)

F3 Förekom det missbruk i din uppväxtmiljö?   
0 = Nej 1 = Ja

F4 Förekom det psykiska problem i din uppväxtmiljö?   
0 = Nej 1 = Ja

## G Utbildning och försörjning

\*G1 Vilken är din högsta fullföljda utbildningsnivå?

- 1 = Ej fullföljd folkskola, grundskola eller motsvarande  
2 = Fullföljd folkskola, grundskola eller motsvarande  
3 = Fullföljt gymnasium, fackskola eller motsvarande  
4 = Fullföljt eftergymnasial utbildning/högskola

G2 Har du läs-och skrivsvårigheter?

0 = Nej 1 = Ja

G3a Är det något med din utbildningsnivå du skulle vilja förändra?

0 = Nej 1 = Ja

G3b Om ja, vad är det viktigaste att förändra i så fall? \_\_\_\_\_

G3c (Om ja fråga G3a) Kan du förändra din utbildning själv?

0 = Nej 1 = Ja

G3d (Om ja fråga G3a) Behöver du vår hjälp med det?

0 = Nej 1 = Ja

\*G4a Vilken är din huvudsakliga försörjning?

- 1 Senaste 6 månaderna:
- 2 Senaste 30 dagarna:
- 1 = Lön/ inkomst av eget arbete  
2 = AMS-bidrag  
3 = Arbetslöshetsersättning  
4 = Sjukpenning  
5 = Sjukbidrag  
6 = Ålderspension  
7 = Förtidspension  
8 = Socialbidrag  
9 = Studiebidrag/studiemedel  
10 = Föräldrapenning  
11 = Försörd av förälder/ anhörig  
12 = Kriminalitet  
13 = Annat försörjningssätt

G4b Om annat försörjningssätt senaste 30 dagarna, vad? \_\_\_\_\_

G5 Har du haft inkomster av...    
0=Nej 1=Ja Senaste 2  
6 mån Senaste 30 dgr

a Kriminalitet?

b Prostitution?

G6 Hur stora är dina skulder? (Inkludera inte inteckning-/pantbrev för bostad och studieskulder)

a Skulder till enskild person:

b Övriga skulder – bank/kredit/ obetalda underhållsbidrag etc:

c Hyresskulder:

1 = Inga skulder  
2 = Upp till 9 999 kr  
3 = 10 000 - 49 999 kr  
4 = 50 000 –200 000 kr  
5 = Över 200 000 kr

G7 Hur oroad har du varit av din försörjning under de senaste 30 dagarna? (Skattningsskala 1-5)

G8a Är det något med din försörjning du skulle vilja förändra?

0 = Nej 1 = Ja

G8b Om ja, vad är det viktigaste att förändra i så fall? \_\_\_\_\_

G8c (Om ja fråga G8a) Kan du förändra din försörjning själv?

0 = Nej 1 = Ja

G8d (Om ja fråga G8a) Behöver du vår hjälp med det?

0 = Nej 1 = Ja

## H Sysselsättning och fritid

### \*H1a Vilken har varit din huvudsakliga sysselsättning?

- 1 Senaste 6 månaderna \_\_\_\_\_
- 2 Senaste 30 dagarna \_\_\_\_\_
- 1 = Arbete  
2 = Studier  
3 = Pensionär  
4 = Föräldraledig  
5 = Arbetslös
- 6 = Kriminalitet  
7 = Prostitution  
8 = Annat

### H1b Om annan sysselsättning senaste 30 dagarna, vad? \_\_\_\_\_

H2 Yrke: \_\_\_\_\_

### H3 Arbetslivserfarenhet:

- a Hur länge varade din längsta sammanhängande period av regelbundet arbete? \_\_\_\_\_
- 0 = Aldrig arbetat regelbundet  
1 = 1-6 mån  
2 = 7-11 mån  
3 = 1-3 år
- 4 = 4-6 år  
5 = 7-10 år  
6 = Mer än 10 år

- b Hur många år av ditt liv har du arbetat regelbundet? (Antal år) \_\_\_\_\_

H4 Hur oroad har du varit av din sysselsättning de senaste 30 dagarna? (Skattningsskala 1-5) \_\_\_\_\_

H5a Är det något med din sysselsättning du skulle vilja förändra? 0=Nej 1=Ja \_\_\_\_\_

H5b Om ja, vad är det viktigaste att förändra i så fall? \_\_\_\_\_

H5c (Om ja fråga H5a) Kan du förändra din sysselsättning själv? 0=Nej 1=Ja \_\_\_\_\_

H5d (Om ja fråga H5a) Behöver du vår hjälp med det? 0=Nej 1=Ja \_\_\_\_\_

H6a Har du någon regelbunden fritidssysselsättning, dvs en återkommande aktivitet minst en gång/månad? 0=Nej 1=Ja \_\_\_\_\_

H6b Om ja, vad? \_\_\_\_\_

H7a Är det något med din fritid du skulle vilja förändra? 0=Nej 1=Ja \_\_\_\_\_

H7b Om ja, vad är det viktigaste att förändra i så fall? \_\_\_\_\_

H7c (Om ja fråga H7a) Kan du förändra din fritid själv? 0 = Nej 1 = Ja \_\_\_\_\_

H7d (Om ja fråga H7a) Behöver du vår hjälp med det? 0 = Nej 1 = Ja \_\_\_\_\_

## i Drogrelaterad information I

### \*I1 Primär drog och andra droger under de senaste 30 dagarna:

Primär drog = den drog som orsakar individen mest problem/utgör anledning till behandling  
Koda drogerna enligt numrering i fråga i5 (Alkohol=11).

	1 Droger	2 Vanligaste intagningsätt (Se intagningsätt)	3 Frekvens senaste 30 dgr. (Se frekvenskod)	4 Debutålder
a Primär drog	_____	_____	_____	_____
b Annan drog	_____	_____	_____	_____
c Annan drog	_____	_____	_____	_____
d Annan drog	_____	_____	_____	_____
e Annan drog	_____	_____	_____	_____

### \*I2 Injektionsmissbruk - någonsin i livet/för närvarande: \_\_\_\_\_

1 = Injicerat någon gång i livet men inte för närvarande (under senaste 30 dagarna)  
2 = Injicerar för närvarande (under senaste 30 dagarna)  
3 = Aldrig injicerat

### i3 Bruk av alkohol (11):

- a Frekvens senaste 30 dgr: (Se frekvenskod) \_\_\_\_\_
- b Frekvens senaste 6 mån: (Se frekvenskod) \_\_\_\_\_
- c Regelbunden användning totalt i livet: (Antal år) \_\_\_\_\_
- d Ålder första gången berusad: \_\_\_\_\_

Frekvenskod	Intagningsätt:
0 = Ej bruk	1 = Oralt
1 = Enstaka tillfälle	2 = Nasalt
2 = 1 dag/ vecka eller mindre	3 = Rökning
3 = 2-3 dagar/ vecka	4 = Icke intravenös injektion
4 = 4-6 dagar/ vecka	5 = Intravenös injicering
5 = Dagligen	

i4 Missbrukar du alkohol i perioder? 0= Nej 1=Ja \_\_\_\_\_

## i Drogrelaterad information 2

### i5a Bruk av narkotika:

(Fyll i a för samtliga preparat. Om ip ej använt ett preparat behöver ingen markering göras i de övriga svarsfälten för just det preparatet.) Om ip använt ett preparat måste alla fält fyllas i.

#### Frekvenskod:

0 = Ej bruk  
1 = Enstaka tillfälle  
2 = 1 dag/ vecka eller mindre  
3 = 2-3 dagar/ vecka  
4 = 4-6 dagar/ vecka  
5 = Dagligen

#### Intagningssätt:

1 = Oralt  
2 = Nasalt  
3 = Rökning  
4 = Icke intravenös injektion  
5 = Intravenös injicering

	a Bruk någon gång i livet 0=Nej 1=Ja	b Debut-ålder	c Regelb. användning totalt i livet (Antal år)	d Frekvens senaste 6 mån. (Se frekv.kod)	e Frekvens senaste 30 dagarna (Se frekv.kod)	f Intagningssätt
21 Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Metadon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Andra opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41 Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42 MDMA/Ecstasy och andra derivat av stimulantia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61 LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62 Andra hallucinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## i Drogrelaterad information 3

### i5a Forts

	a Bruk någon gång i livet 0=Nej 1=Ja	b Debut-ålder	c Regelb. användning totalt i livet (Antal år)	d Frekvens senaste 6 månaderna (Se frekv.kod)	e Frekvens senaste 30 dagarna (Se frekv.kod)	f Intagningssätt
71 Hasch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72 Marijuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81 Lösningssmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91 GHB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
92 Anabola steroider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
93 Andra medel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### i5b Om annat medel, vad? \_\_\_\_\_

### i6 Bruk av narkotikaklassade läkemedel:

51 Barbiturater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52 Benzodiazepiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53 Andra dämpande mediciner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54 Smärtstillande preparat av opiattyp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Skuggad text = Kortformulärfrågor

\* KIM-Frågor

Generella svars-koder: N = Ej relevant X = Klienten vill ej svara V = Vet ej  
Skattningskala: 1 = Inte alls 2 = Lite 3 = Ganska 4 = Mycket 5 = Våldigt mycket

## i Drogrelaterad information 4

- i7a** Har du under de senaste 30 dagarna använt flera medel per dag? 0 = Nej 1 = Ja
- i7b** Om ja, ange vilken kombination:   
 1 = Alkohol + narkotika  
 2 = Alkohol + läkemedel  
 3 = Narkotika + läkemedel  
 4 = Alkohol + narkotika + läkemedel  
 5 = Olika narkotiska preparat  
 6 = Annan kombination
- i7c** Om annan kombination, vilken? \_\_\_\_\_
- i8** Hur oroad har du varit under de senaste 30 dagarna av problem med... (Skattningsskala 1-5)
- a Alkohol?
- b Narkotika?
- c Narkotikaklassade läkemedel?
- i9a** Är det något som rör ditt drogbruk du skulle vilja förändra? 0 = Nej 1 = Ja
- i9b** Om ja, vad är det viktigaste att förändra i så fall? \_\_\_\_\_
- i9c** (Om ja fråga i9a) Kan du förändra ditt drogbruk själv? 0 = Nej 1 = Ja
- i9d** (Om ja fråga i9a) Behöver du vår hjälp med det? 0 = Nej 1 = Ja
- i10** Vad är ditt eget mål vad gäller ditt...  
 0 = Inget mål  
 1 = Total nykterhet/drogfrihet  
 2 = Kontrollerad/sporadisk användning
- a Alkoholbruk?
- b Narkotikabruk?
- c Läkemedelsbruk?

## J Behandlingshistoria I

- J1** Hur gammal var du vid din första myndighetskontakt på grund av egna missbruksrelaterade problem (polis, socialtjänst etc.)? Ålder: \_\_\_\_\_  
 (0=Har ej haft myndighetskontakt)

- \***J2** Har du tidigare vårdats för...  
 0 = Nej 1 = Ja

- 1 Narkotikaproblem?
- 2 Alkoholproblem?
- 3 Läkemedelsmissbruk?

- J3** Om tidigare missbruksvård: 1 0=Nej 1=Ja 2 Ålder 3 Ålder 4 Vård 5 Om vård  
 1:a tillfället senaste senaste senaste senaste senaste  
 tillfället tillfället 6mån. 6mån.  
 0=Nej 1=Ja (Antal tillfällen/ggr)
- a Enbart avgiftning      tillfällen
- b Inom öppenvård      ggr
- c Inom slutenvård/dygnsvård      ggr

- J4** Har du tidigare tvångsvårdats? 1 0=Nej 1=Ja 2 Ålder 3 Ålder 4 Vård  
 1:a tillfället senaste senaste senaste senaste  
 tillfället tillfället 6mån. 6mån.  
 0=Nej 1=Ja
- a Vård enligt LVU?
- b Vård enligt LVM?

## J Behandlingshistoria 2

\*J5 Får du redan substitutionsbehandling?

- a Metadon 0 = Nej 1 = Ja
- b Subutex 0 = Nej 1 = Ja
- c Annat 0 = Nej 1 = Ja
- d Om annat, vad? \_\_\_\_\_

J6 Har du genomgått metadonbehandling tidigare/blivit remitterad?

- 0 = Nej  
1 = Ja, tidigare behandling, men avslutad  
2 = Ja, men avstängd  
3 = Erhållit remiss för behandling  
4 = Erhållit remiss för utredning

J7a Har du under de senaste 6 månaderna haft kontakt med någon självhjälps-/frivilligorganisation?

0 = Nej 1 = Ja 2 = Frekvens senaste 6 mån (Se frekvenskod).

- a AA
- b NA
- c Länkarna
- d Annan

Frekvenskod

- 0 = Ingen kontakt  
1 = 1 gång/ månad  
2 = 1 gång/ varannan vecka  
3 = 1 gång/ vecka  
4 = Flera ggr/ vecka

J7b Om annan, vilken? \_\_\_\_\_

## K Fysisk hälsa

K1a Har du något/några allvarliga problem med din fysiska hälsa? 0 = Nej 1 = Ja

K1b Om ja, hur ofta under de senaste 30 dagarna har du haft dessa problem med din fysiska hälsa?

- 0 = Inga problem 3 = 2-3 dagar/vecka  
1 = Enstaka tillfälle 4 = 4-6 dagar/vecka  
2 = 1 dag/vecka eller mindre 5 = Dagligen

K2a Har du ordinerats läkemedel de senaste 30 dagarna för starka smärtor? 0 = Nej 1 = Ja

K2b Om ja, vad? \_\_\_\_\_

K3 Hur mycket har ditt drogbruk påverkat din fysiska hälsa? (Skattningsskala 1-5)

K4a Om kvinna: Är du gravid?

0 = Nej 1 = Ja

K4b Om ja, antal graviditetsmånader: \_\_\_\_\_

K5a Är du HIV-testad? 0 = Nej 1 = Ja

K5b Senaste testdatum (ÅÅÅÅMM): \_\_\_\_\_

K5c Om ja, det senaste resultatet?

- 1 = Testad-positiv  
2 = Testad-negativ  
3 = Testad-resultat okänt

K6 Har du Hepatit? 0=Nej 1= Ja

- a Hepatit B
- b Hepatit C

K7 Har du varit utsatt för allvarligt våld/misshandel/övergrepp före och efter missbruksdebuten?

0 = Nej 1 = Ja

1 Före missbruksdebuten 2 Efter missbruksdebuten

- a Av fysisk karaktär
- b Av psykisk karaktär
- c Av sexuell karaktär

K8 Hur oroad har du varit av din fysiska hälsa under de senaste 30 dagarna?

(Skattningsskala 1-5)

K9a Är det något som rör din fysiska hälsa du skulle vilja förändra? 0 = Nej 1 = Ja

K9b Om ja, vad är det viktigaste att förändra i så fall? \_\_\_\_\_

K9c (Om ja fråga K9a) Kan du förändra din fysiska hälsa själv? 0 = Nej 1 = Ja

K9d (Om ja fråga K9a) Behöver du vår hjälp med det? 0 = Nej 1 = Ja



## L Psykisk hälsa 1

**L0** Har du något/några problem med din psykiska hälsa? 0 = Nej 1 = Ja

L1	Har du haft någon längre period då du...	1 Totalt i livet 0=Nej/1=Ja	2 Om ja, debutålder	3 Senaste 30 dagarna 0=Nej/1=Ja	4 Även utan drogbruk? 0=Nej/1=Ja
a	Haft sömnstörningar?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b	Haft fobier?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c	Varit allvarligt deprimerad?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d	Upplevt allvarlig ångest eller allvarliga spänningstillstånd?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e	Upplevt svårigheter att förstå, minnas eller koncentrera dig?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
f	Haft hallucinationer?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
g	Haft ätstörningar?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
h	Haft svårigheter att kontrollera våldsamt beteende?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
i	Haft allvarligt menade självmordstankar?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
L2	Har du gjort några självmordsförsök?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> Antal ggr

## L Psykisk hälsa 2

**L3** Hur ofta under de senaste 30 dagarna har du haft allvarliga psykiska problem?   
 0 = Inga problem 3 = 2-3 dagar/vecka  
 1 = Enstaka tillfälle 4 = 4-6 dagar/vecka  
 2 = 1 dag/vecka eller mindre 5 = Dagligen

L4	Har du ordinerats läkemedel för psykiska problem?	1 Totalt i livet 0=Nej/1=Ja	2 De senaste 30 dagarna 0=Nej/1=Ja	3 Vilket/Vilka preparat?
a	Oro och sömnstörning:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b	Depression:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c	Annat psykiskt problem:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

L5	Har du tidigare vårdats inom psykiatrisk vård?	1 Totalt i livet 0=Nej 1=Ja	2 Ålder I:a tillfället	3 Ålder senaste tillfället	4 Vård senaste 6mån. 0=Nej/1=Ja	5 Om vård senaste 6mån. (Antal veckor)
a	Frivillig psykiatrisk öppenvård/dagvård:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b	Frivillig psykiatrisk dygnsvård:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c	Tvångsvård enligt LSPV/ LPT:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## L Psykisk hälsa 3

L6	Hur mycket har ditt drogbruk påverkat din psykiska hälsa? (Skattningsskala 1-5)	<input type="text"/>	L8b	Om ja, vad är det viktigaste att förändra i så fall?	<input type="text"/>
L7	Hur oroad har du varit av din psykiska hälsa under de senaste 30 dagarna? (Skattningsskala 1-5)	<input type="text"/>	L8c	(Om ja fråga L8a) Kan du förändra din psykiska hälsa själv? 0 = Nej 1 = Ja	<input type="text"/>
L8a	Är det något som rör din psykiska hälsa du skulle vilja förändra? 0 = Nej 1 = Ja	<input type="text"/>	L8d	(Om ja fråga L8a) Behöver du vår hjälp med det? 0 = Nej 1 = Ja	<input type="text"/>

Skuggad text = Kortformulärfrågor

\* KIM-Frågor

Generella svars-koder: N = Ej relevant X = Klienten vill ej svara V = Vet ej  
 Skattningsskala: 1 = Inte alls 2 = Lite 3 = Ganska 4 = Mycket 5 = Våldigt mycket

## M Kriminalitet 1

**M1a** Har du blivit dömd för något/några brott? \_\_\_\_\_

0 = Nej 1 = Ja

**M1b** Om ja, vilken typ av brott?

1 Någonsin dömd?

0 = Nej 1 = Ja

2 Ålder 1:a gången dömd

3 Dömd senaste

6 mån. 0 = Nej 1 = Ja

a Våldsbrott/rån \_\_\_\_\_

b Tillgreppsbrott \_\_\_\_\_

c Ekonomiska brott \_\_\_\_\_

d Rattonykterhet/-fylleri \_\_\_\_\_

e Narkotikabrott \_\_\_\_\_

f Övriga brott \_\_\_\_\_

**M1c** Om Övriga brott, vad? \_\_\_\_\_

## M Kriminalitet 2

**M2a** Har du blivit dömd till fängelse? \_\_\_\_\_

0 = Nej 1 = Ja

**M2b** Om ja, sammanlagd tid räknat i månader: \_\_\_\_\_

**M3a** Har du blivit dömd till rättspsykiatrisk vård? \_\_\_\_\_

0 = Nej 1 = Ja

**M3b** Om ja, sammanlagd tid räknat i månader: \_\_\_\_\_

**M4** Väntar du på åtal, rättegång, dom eller straffverkställighet för brott? \_\_\_\_\_

0 = Nej 1 = Ja

**M5** Hur oroad har du varit av din kriminalitet under de senaste 30 dagarna? \_\_\_\_\_

(Skattningsskala 1-5)

**M6a** Är det något som rör din kriminalitet du skulle vilja förändra? \_\_\_\_\_

0 = Nej 1 = Ja

**M6b** Om ja, vad är det viktigaste att förändra i så fall? \_\_\_\_\_

**M6c** (Om ja fråga M6a) Kan du förändra din kriminalitet själv? \_\_\_\_\_

0 = Nej 1 = Ja

**M6d** (Om ja fråga M6a) Behöver du vår hjälp med det? \_\_\_\_\_

0 = Nej 1 = Ja

## N Myndighets och vårdkontakter

**N1** Har Du under de senaste 6 månaderna före inskrivning haft kontakt med någon av följande myndigheter: (Besvara samtliga delfrågor)

0 = Nej 1 = Ja

a Försäkringskassa \_\_\_\_\_

b Kriminalvårdsmyndighet (häkte/anstalt/frivård) \_\_\_\_\_

c Arbetsförmedling \_\_\_\_\_

d Socialtjänst (ekonomiskt bistånd) \_\_\_\_\_

e Kronofogdemyndighet \_\_\_\_\_

f Sjukvård \_\_\_\_\_

g Annan myndighet \_\_\_\_\_

**N2** Har Du under de senaste 6 månaderna före inskrivning haft kontakt med/besökt någon av följande: (Besvara samtliga delfrågor)

0 = Nej 1 = Ja

a Behandlingsansvarig soc.sekr \_\_\_\_\_

b Öppenvårdsmottagning (alk/nark) \_\_\_\_\_

c Öppenvårdsprojekt \_\_\_\_\_

d Strukturerad dagverksamhet \_\_\_\_\_

e Psykoterapeut/psykiatrisk mottagning \_\_\_\_\_

f Nuvarande institution/behandlingsenhet \_\_\_\_\_

g Företagshälsovård \_\_\_\_\_

## O Öppna frågor

O1 Vad tycker du är positivt med ditt drogbruk?

---



---



---

O3 Vad har du för förväntningar på den här kontakten/vistelsen?

---



---



---

O2 Vad tycker du är negativt med ditt drogbruk?

---



---



---

## P Kommentarer till intervjusituationen I

P1 Upplever Du som intervjuare att svaren inom respektive frågeområde är tillförlitliga?

0=Nej 1=Ja

P2 Om nej, vilken/vilka frågor?

C Behandlingskontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D Boende och levnadsform	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E Familj och umgänge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F Uppväxtmiljö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G Utbildning, försörjning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H Sysselsättning och fritid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i Drogrelaterad info	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J Behandlingshistoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K Fysisk hälsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L Psykisk hälsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M Kriminalitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N Myndighets- och vårdkontakter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Kommentarer till intervjusituationen 2

P3 Upplever Du som intervjuare att Du haft god kontakt med ip under intervjusituationen?

0 = Nej 1 = Ja

P5 Viktig information, som inte framkommer i formuläret och som har betydelse för behandlingen i övrigt (bakgrund, spec förhållanden, osv):

P4 Talförståelse:

1 = Svenska som hemspråk

Om ej svenska som hemspråk;

2 = God talförståelse

3 = Viss talförståelse

4 = Ingen talförståelse



---



---



---