

ASI Grund

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

Instruktioner till intervjuaren

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

Klientens skatningsskalor

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

Intervjuarens skatningsskala

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

A1 Namn

A2 Personnummer

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

A3 Ålder

| |
|--|
| |
|--|

A4 KÖN

- 1 – Man
- 2 – Kvinnan
- 3 – Annan

| |
|--|
| |
|--|

A5 Initiativtagare till kontakten

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

| |
|--|
| |
|--|

Specifickera

A6 Huvudman eller verksamhet

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

| |
|--|
| |
|--|

Specifickera

A7 Inskrivningsdatum
ÅÅMMDD

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

A8 Datum för intervju
ÅÅMMDD

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

A9 Intervjuarkod

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

A10 Enhetskod

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

A11 Frivilliga koder

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

ASI Grund "november 2013" är en uppdatering av den svenska översättningen (2007) av Addiction Severity Index, v.5 [1]. Bearbetningen har genomförts av Socialstyrelsen.

Bakgrund (1 av 2)

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

Bakgrund (2 av 2)

- | | | | |
|-----|--------------------------------|---|--|
| B6 | Medborgarskap (Ange landskod.) | <input type="text"/> <input type="text"/> | B8 Har du varit intagen eller inlagd på någon institution de senaste 30 dagarna? (Vid flera alternativ ange den längsta vistelsen.) 0 – Nej 1 – Ja, kriminalvård 2 – Ja, missbruksvård 3 – Ja, somatisk vård 4 – Ja, psykiatrisk vård 5 – Ja, enbart abstinensbehandling (avgiftning) 6 – Ja, annat Specificera |
| B7 | Födelseland (Ange landskod.) | <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| | a Klient | <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| | b Förälder 1 | <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| | c Förälder 2 | <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| B8a | Om ja, hur många dagar? | <input type="text"/> | |

Fysisk hälsa (1 av 2)

| | | | |
|---|---|--|--------------------------|
| C1 Har du några långvariga kroppsliga skador eller sjukdomar? 0 – Nej 1 – Ja | <input type="checkbox"/> | C5a Om ja, för hur många månader sedan? <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Specificera | | | |
| C2 Hur många gånger har du varit inlagd på sjukhus för kroppsliga skador eller sjukdomar? (Ta med överdos och delirium, uteslut abstinensbehandling.) | <input type="checkbox"/> | C6 Har du fått läkarvård för någon kroppslig skada eller sjukdom de senaste sex månaderna? 0 – Nej 1 – Ja | <input type="checkbox"/> |
| C3 För hur länge sedan låg du på sjukhus för en kroppslig skada eller sjukdom? ÅÅ MM | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | C7 Är du ordinerad att regelbundet ta läkemedel för några kroppsliga skador eller sjukdomar? 0 – Nej 1 – Ja | <input type="checkbox"/> |
| C4 Har du hepatitis B eller C? 0 – Nej 1 – Ja | <input type="checkbox"/> | C8 Har du sjukersättning på grund av någon kroppslig skada eller sjukdom? (Uteslut psykiska besvär.) 0 – Nej 1 – Ja | <input type="checkbox"/> |
| a Hepatitis B | <input type="checkbox"/> | C9 Får du för närvärande någon hjälp med problem som rör din fysiska hälsa? 0 – Nej 1 – Ja | <input type="checkbox"/> |
| b Hepatitis C | <input type="checkbox"/> | Specificera | |
| C5 Har du hiv-testats? 0 – Nej 1 – Ja | <input type="checkbox"/> | | |

Fysisk hälsa (2 av 2)

| | | | |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| C10 Hur många av de senaste 30 dagarna har du haft problem med din fysiska hälsa? | <input type="checkbox"/> | C12 Hur viktigt är det för dig att få hjälp med din fysiska hälsa? (Utöver pågående hjälp.) | <input type="checkbox"/> |
| Klientskattning | | Intervjuarskattning | |
| C11 Hur oroad eller besvärad har du varit för din fysiska hälsa under de senaste 30 dagarna? | <input type="checkbox"/> | C13 Gör en uppskattning av klientens behov av vård för kroppsliga skador eller sjukdomar. (Utöver pågående hjälp.) | <input type="checkbox"/> |

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

Arbete och försörjning (1 av 3)

| | | | |
|---|-------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <p><u>D1</u> Vilken är din högsta utbildning?</p> <p>1 – Ej avslutad grundskola 2 – Grundskola 3 – Gymnasium 4 – Högskola eller universitet</p> | <input type="checkbox"/> | <p><u>D4a</u> Har du tillgång till bil?</p> <p>(Sätt 0 om du inte har körkort.) 0 – Nej 1 – Ja</p> | <input type="checkbox"/> |
| <u>D2</u> Hur många år har du gått i skola? | <input type="checkbox"/> _ | <u>D5</u> Hur länge varade din längsta sammanhängande period att arbete? | <input type="checkbox"/> _ |
| <u>D3</u> Har du ett yrke? | <input type="checkbox"/> _ | <u>D6</u> Hur länge varade din längsta period av arbetslöshet? | <input type="checkbox"/> _ |
| <u>D4</u> Har du körkort? | <input type="checkbox"/> _ | <u>D7</u> Vad har du huvudsakligen arbetat med? (Ange yrkeskod 1-0.) | <input type="checkbox"/> |
| Specificera | | Specificera | |

Arbete och försörjning (2 av 3)

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

.....

.....

.....

.....

.....

Arbete och försörjning (3 av 3)

D21 Vilken är din nuvarande huvudsakliga försörjningskälla?
(Numrera enligt D11–20.)

D22 Vilken har varit din huvudsakliga försörjningskälla de senaste sex månaderna?
(Numrera enligt D11–20.)

D23 Hur stora är dina skulder?
(Ange i tusentals kronor.)

D24 Hur många personer är beroende av dig för sitt uppehälle?
(Mat, bostad etc.)

D25 Får du för närvarande någon hjälp med problem som rör arbete eller arbetslöshet?
0 – Nej 1 – Ja

Specifika

D26 Hur många av de senaste 30 dagarna har du haft problem i arbetet eller med arbetslöshet?

Klientskattning

D27 Hur oroad eller besvärad har du varit av problem med arbete eller arbetslöshet under de senaste 30 dagarna?

D28 Hur viktigt är det för dig att få hjälp för problem med arbete eller arbetslöshet?
(Utöver pågående hjälp.)

Intervjuarskattning

D29 Gör en uppskattningsvisning av klientens behov av hjälp med arbets- eller arbetslösretsproblem.
(Utöver pågående hjälp.)

Alkohol- och narkotikaanvändning (1 av 7)

Alkoholanvändning

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Alkohol- och narkotikaanvändning (2 och 3 av 7)

Narkotikaanvändning

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

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

- d Hur gammal var du när du började använda preparatet regelbundet, tre dagar eller fler per vecka?
- e Hur många år har du använt preparatet tre dagar eller fler per vecka? Hur många av dessa har du följt ordination?
- f Vilket var det vanligaste intagningssättet?
 1 – Oral
 2 – Nasalt
 3 – Rökning
 4 – Icke intravenös injektion /annat intagningssätt
 5 – Intravenös injektion

| | a Prövat | b Första gången | c Användning senaste 30 dgr. | | | d Regelbunden anv. | e År av ditt liv | | f Int. sätt |
|--|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 0–Nej 1–Ja | Ålder | Antal dgr. | 0–Nej 1–Ja | 0–Nej 1–Ja | Ålder | Antal år | Följt ord. | Se alt. ovan |
| <u>E10</u> Heroin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>E11</u> Metadon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>E12</u> Buprenorfin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>E13</u> Andra opioider/ smärtstillande | <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"/> |
| | | | | | | | | | |
| <u>E14</u> Lugnande medel/ sömnmedel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>E15</u> Kokain, crack | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>E16</u> Amfetamin, andra stimulantia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>E17</u> Cannabis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>E18</u> Hallucinogener | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>E19</u> Ecstasy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>E20</u> Lösningsmedel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>E21</u> Annat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>E22</u> Flera preparat per dag (Inklusive E2.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Alkohol- och narkotikaanvändning (4 av 7)

| | | | |
|--|--|---|---|
| E23 Har du någonsin injicerat? 0 – Nej 1 – Ja | <input type="checkbox"/> | E25 Röker du tobak eller snusar dagligen? 0 – Nej 1 – Ja | <input type="checkbox"/> |
| E23a Om ja, hur gammal var du första gången? | <input type="checkbox"/> 1 | E26 Hur många gånger har du deltagit i behandling för ditt alkohol- eller narkotikamissbruk: | |
| E23b Hur många år av ditt liv har du injicerat? | <input type="checkbox"/> 1 | Alk. Nark. | |
| E23c Hur många av de senaste sex månaderna har du injicerat? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 | |
| E23d Hur många av de senaste 30 dagarna har du injicerat? | <input type="checkbox"/> 1 | E27 Hur många av dessa var: | |
| E23e Om du injicerat de senaste sex månaderna, hur ofta har du delat spruta? 1 – Aldrig 2 – Några gånger 3 – Ofta | <input type="checkbox"/> | a enbart abstinens-behandling? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 | |
| E24 Hur många gånger har du: a fått delirium av alkohol? b överdoserat narkotika? | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 | b enbart tvångsvård? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 | |
| | | E28 Hur gammal var du när du påbörjade din första behandling? | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 |

Alkohol- och narkotikaanvändning (5 av 7)

| | | | |
|--|--|---|--|
| E29 Hur många månader var du som längst missbruksfri efter behandling för: a alkoholproblem? b narkotikaproblem? | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 | E31 Hur många månader avstod du senast utan hjälp från detta eller dessa medel? | <input type="checkbox"/> 1 |
| E30 Vilket eller vilka medel är det största problemet? (Intervjuaren avgör.) 1 – Alkohol 10–21 – Ett preparat, koda enligt tabellen på sidan sex. 22 – Alkohol och något eller några preparat 23 – Fler än ett preparat 0 – Inget | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 | E32 För hur många månader sedan upphörde den missbruksfria perioden? (0 – Avstår fortfarande.) | <input type="checkbox"/> 1 |
| | | E33 Hur mycket pengar har du betalat under de senaste 30 dagarna för: a alkohol? b narkotika? | <input type="checkbox"/> 1 1 <input type="checkbox"/> 1 1 |

Alkohol- och narkotikaanvändning (6 av 7)

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

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

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

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

0 – Nej 1 – Ja

Specificera

Alkohol- och narkotikaanvändning (7 av 7)

E38 Hur många av de senaste 30 dagarna har du upplevt:

- a alkoholproblem?
- b narkotikaproblem?

E40 Hur viktigt är det för dig att få behandling för: (Utöver pågående hjälp.)

- a alkoholproblem?

- b narkotikaproblem?

Klientskattning

E39 Hur oroad eller besvärad har du varit under de senaste 30 dagarna för problem med:

- a alkohol?
- b narkotika?

Intervjuarskattning

E41 Gör en uppskattning av klientens behov av hjälp för problem med: (Utöver pågående hjälp.)

- a alkohol?

- b narkotika?

Rättsliga problem (1 av 2)

| | | | | | |
|----|---|--------------------------|----|---|--------------------------|
| F1 | Är du villkorligt frigiven eller har du frivårdspåföld? | <input type="checkbox"/> | F6 | Hur många av åtaleni alternativen F2–5 ledde till fällande domar? | <input type="checkbox"/> |
| | 0 – Nej 1 – Ja | | | | |
| | Hur många gånger i ditt liv har du åtalats för följande? (F2–8.) | | | | |
| F2 | Narkotikabrott | <input type="checkbox"/> | F7 | Rattfylleri | <input type="checkbox"/> |
| F3 | Egendomsbrott (Stöld, snatteri, häleri, bedrägeri, etc.) | <input type="checkbox"/> | F8 | Andra allvarliga trafikbrott (Grov vårdslöshet, olovlig körning, etc.) | <input type="checkbox"/> |
| F4 | Våldsbrott (Rån, misshandel, mord, dråp, våld i nära relationer, sexualbrott etc. etc.) | <input type="checkbox"/> | F9 | Hur många gånger i ditt liv har du varit berusad på allmän plats och omhändertagits ("lobbad") eller åtalats för förargelseväckande beteende? | <input type="checkbox"/> |
| F5 | Andra brott (Vandalism, olaga vapeninnehav, etc.) | <input type="checkbox"/> | | | |

Rättsliga problem (2 av 2)

| | | | | | | |
|------|--|--------------------------|-----|---|---|--------------------------|
| F10 | Hur många månader har du varit frihetsberövad? (Häkte, kriminalvårdsanstalt, rättspsykiatrisk vård.) | <input type="checkbox"/> | F13 | Får du för närvarande någon hjälp med rättsliga problem eller brottsligt beteende? | <input type="checkbox"/> | |
| | 0 – Nej 1 – Ja | | | | | |
| F10a | Hur många månader var du senast intagen? | <input type="checkbox"/> | | Specificera | | |
| F10b | Vilket brott gällde det? (Utgå från F2–8. Använd siffrorna. Om flera brott, ange det grövsta.) | <input type="checkbox"/> | F14 | Hur många av de senaste 30 dagarna har du haft rättsliga problem eller problem med brottsligt beteende? | <input type="checkbox"/> | |
| F11 | Väntar du på åtal, rättegång eller straffpåföld för brott? | <input type="checkbox"/> | | Klientskattning | | |
| | 0 – Nej 1 – Ja | | | | | |
| F11a | Om ja, för vilket brott? (Utgå från F2–8. Använd siffrorna. Om flera brott, ange det grövsta.) | <input type="checkbox"/> | F15 | Hur oroad eller besvärad har du varit av rättsliga problem eller brottsligt beteende de senaste 30 dagarna? | <input type="checkbox"/> | |
| F12 | Hur många av de senaste 30 dagarna har du ägnat åt olaglig verksamhet med syfte att skaffa pengar? | <input type="checkbox"/> | F16 | Hur viktigt är det för dig att få hjälp med rättsliga problem eller brottsligt beteende? (Utöver pågående hjälp.) | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | Intervjuarskattning | | |
| | | | | F17 | Gör en uppskattning av klientens behov av hjälp med rättsliga problem eller brottsligt beteende. (Utöver pågående hjälp.) | <input type="checkbox"/> |

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

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

Koda enligt följande:

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

1 – Om klienten anger att personen har haft problem.

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

Mammas sida

| | G1 | a Mormor | Alk. | Nark. | Psyk. | Krim. |
|--|-----------------|----------|------|-------|-------|-------|
| | b Morfar | | | | | |
| | c Mamma | | | | | |
| | d Andra viktiga | | | | | |

Pappas sida

| | | Alk. | Nark. | Psyk. | Krim. |
|----|-----------------|------|-------|-------|-------|
| G2 | a Farmor | | | | |
| | b Farfar | | | | |
| | c Pappa | | | | |
| | d Andra viktiga | | | | |

Syskon

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

Barn

| | | Alk. | Nark. | Psyk. | Krim. |
|----|----------|------|-------|-------|-------|
| G4 | a Barn 1 | | | | |
| | b Barn 2 | | | | |
| | c Barn 3 | | | | |
| | d Barn 4 | | | | |

Familj och umgänge (1 av 4)

| | | | |
|--|---|--------------------------------------|--------------------------|
| H1 Vilket civilstånd har du? | <input type="checkbox"/> | H2 Med vem bor du? | <input type="checkbox"/> |
| 1 – Gift | | 1 – Med partner och barn | |
| 2 – Sammanboende | | 2 – Endast med partner | |
| 3 – Ensamstående, tidigare gift eller sammanboende | | 3 – Endast med barn | |
| 4 – Ensamstående, aldrig gift eller sammanboende | | 4 – Med föräldrar | |
| <u>H1a</u> Hur länge har du haft detta civilstånd? (Från 18 års ålder.) ÅÅ MM | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 5 – Med släktingar | |
| <u>H1b</u> Är du nöjd med denna situation? | <input type="checkbox"/> | 6 – Med vänner | |
| 0 – Nej | | 7 – Ensam | |
| 1 – Ja | | 8 – På institution eller motsvarande | |
| 2 – Både och | | 9 – Inga stabila levnadsförhållanden | |
| <u>H2a</u> Hur länge har du haft det så? (Från 18 års ålder.) ÅÅ MM | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| <u>H2b</u> Är du nöjd med dessa levnadsförhållanden? | <input type="checkbox"/> | | |
| 0 – Nej | | 0 – Nej | |
| 1 – Ja | | 1 – Ja | |
| 2 – Både och | | 2 – Både och | |

Familj och umgänge (2 av 4)

| | | | |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| H3 Har du egna barn? | <input type="checkbox"/> | Lever du tillsammans med någon som för närvarande: | <input type="checkbox"/> |
| 0 – Nej 1 – Ja | | | |
| <u>H3a</u> Om ja, hur många? | <input type="checkbox"/> | <u>H6</u> missbrukar alkohol? | |
| <u>H3a1</u> Hur många barn är under 18? | <input type="checkbox"/> | 0 – Nej 1 – Ja | |
| <u>H3b</u> Om ja, ange ålder, kön och boende: Ålder Kön Boende | | <u>H7</u> använder ickeordinerade narkotiska preparat? | |
| 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Pojke <input type="checkbox"/> 1-Med båda föräldrar | | 0 – Nej 1 – Ja | |
| 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2-Flicka <input type="checkbox"/> 2-Med mamma | | | |
| 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3-Annan <input type="checkbox"/> 3-Med pappa | | | |
| 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4-I familjehem <input type="checkbox"/> 4-Med släktingar | | | |
| | | 5 – I familjehem | |
| | | 6 – På institution | |
| | | 7 – Eget boende | |
| | | 8 – Annat | |
| <u>H4</u> Lever du tillsammans med barn under 18 år som inte är dina egna? | <input type="checkbox"/> | <u>H8</u> Med vem tillbringar du den största delen av din fritid? | |
| 0 – Nej 1 – Ja | | 1 – Familj eller anhöriga utan aktuella alkohol- eller narkotikaproblem | |
| <u>H4a</u> Om ja, hur många? | <input type="checkbox"/> | 2 – Familj eller anhöriga med aktuella alkohol- eller narkotikaproblem | |
| <u>H5</u> Väntar du barn? | <input type="checkbox"/> | 3 – Vänner utan aktuella alkohol- eller narkotikaproblem | |
| 0 – Nej 1 – Ja | | 4 – Vänner med aktuella alkohol- eller narkotikaproblem | |
| | | 5 – Ensam | |
| <u>H8a</u> Är du nöjd med detta? | <input type="checkbox"/> | | |
| 0 – Nej | | | |
| 1 – Ja | | | |
| 2 – Både och | | | |
| <u>H9</u> Hur många nära vänner har du? | <input type="checkbox"/> | | |

Familj och umgånge (3 av 4)

Har du haft goda personliga relationer med några av följande personer?

0 – Nej 1 – Ja

| | Senaste 30 dgr. | Tidigare i livet | | Senaste 30 dgr. | Tidigare i livet |
|------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| H10 Mamma/Mammor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>H16</u> Mamma/Mammor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H11 Pappa/Pappor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>H17</u> Pappa/Pappor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H12 Syskon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>H18</u> Syskon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H13 Partner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>H19</u> Partner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H14 Egna barn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>H20</u> Egna barn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H15 Vänner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>H21</u> Annan nära släktning | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <u>H22</u> Nära vänner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <u>H23</u> Grannar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <u>H24</u> Arbetskamrater | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Familj och umgånge (4 av 4)

Har någon av dessa personer (H16–H24) eller någon annan misshandlat dig?

0 – Nej 1 – Ja

| | Senaste 30 dgr. | Tidigare i livet |
|---|--------------------------|--------------------------|
| H25 Psykiskt eller känslomässigt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H26 Fysiskt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H27 Sexuellt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H28 Får du för närvarande någon hjälp med problem som rör familj och umgånge? | <input type="checkbox"/> | |

0 – Nej 1 – Ja

Specificka

H29 Hur många av de senaste 30 dagarna har du haft allvarliga relationsproblem med:

- a din familj eller anhöriga?
- b andra personer?
- c ensamhet?

Klientskattning

H30 Hur oroad eller besvärad har du varit av problem med familj och umgånge de senaste 30 dagarna?

H31 Hur viktigt är det för dig att få hjälp med familj- och umgängesproblem? (Utöver pågående hjälp.)

Intervjuarskattning

H32 Gör en uppskattning av klientens behov av hjälp för problem med familj och umgånge. (Utöver pågående hjälp.)

Psykisk hälsa (1 av 2)

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-----------------|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <p>I1 Hur många gånger har du fått behandling för psykiska eller känslomässiga problem:</p> <p>a i slutenvård? <input type="checkbox"/></p> <p>b i öppenvård? <input type="checkbox"/></p> <p>c Har du fått någon diagnos? <input type="checkbox"/></p> <p>Om ja, vilken?</p> | <p>Fråga I4–I11 besvaras med 0 – Nej 1 – Ja 2 – Ja, enbart alkohol- eller narkotika- påverkad eller abstinent</p> <p>Har du:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Senaste 30 dgr.</td> <td style="width: 50%;">Tidigare i livet</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | Senaste 30 dgr. | Tidigare i livet | <input type="checkbox"/> |
| Senaste 30 dgr. | Tidigare i livet | | | | | | | | | | | | |
| <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"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | |
| <p>I2 Har du sjukersättning på grund av psykiska besvär?</p> <p>0 – Nej 1 – Ja</p> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | |
| <p>I3 Har du ordinerats läkemedel för något psykiskt eller känslomässigt problem?</p> <p>0 – Nej 1 – Ja</p> | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Senaste 30 dgr.</td> <td style="width: 50%;">Tidigare i livet</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | Senaste 30 dgr. | Tidigare i livet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| Senaste 30 dgr. | Tidigare i livet | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | |

Psykisk hälsa (2 av 2)

| | |
|--|--|
| <p>Har du:</p> <p>I9 haft allvarligt menade självmordstankar? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>I10 gjort självmordsförsök? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>I10a Hur många gånger har du gjort självmordsförsök? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>I11 Har du upplevt andra psykiska eller känslomässiga problem än de vi talat om? (T. ex. ätstörningar, manier etc.) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>I12 Får du för närvanande någon hjälp med problem som rör din psykiska hälsa? 0 – Nej 1 – Ja</p> <p>Specificera</p> | <p>I13 Hur många av de senaste 30 dagarna har du upplevt psykiska eller känslomässiga problem? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Klientskattning</p> <p>I14 Hur oroad eller besvärad har du varit under de senaste 30 dagarna för din psykiska hälsa? <input type="checkbox"/></p> <p>I15 Hur viktigt är det för dig att få hjälp med din psykiska hälsa? (Utöver pågående hjälp.) <input type="checkbox"/></p> <p>Intervjuarskattning</p> <p>I16 Gör en uppskattning av klientens behov av psykisk vård. (Utöver pågående hjälp.) <input type="checkbox"/></p> |
|--|--|

Spel om pengar

S0 a Har du någonsin känt behov av att satsa mer och mer pengar på spel?

S0 b Har du någonsin varit tvungen att ljuga för dina närliggande om hur mycket du spelar?

Denna fråga handlar om spel om pengar.
Ange svar på frågorna för respektive speltyp.
a. Hur många av de senaste 30 dagarna har du spelat detta spel?

- b. Hur gammal var du första gången du upplevde problem med detta spel?
- c. Hur många år har du upplevt problem med detta spel?

| Speltyp | a. Spelade dagar av senaste 30 | Antal dgr | b. Debutålder spelproblem | Ålder | c. Antal år med problem | Antal år |
|---|-----------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| | | | | | | |
| <u>S1</u> Kasinospel – på internet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>S2</u> Spel på fysiskt kasino | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>S3</u> Hästar – på internet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>S4</u> Hästar – ej på internet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>S5</u> Sport och odds – livebetting | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>S6</u> Sport och odds – ej livebetting | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>S7</u> Nätpoker | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>S8</u> Poker – ej på internet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>S9</u> Spelautomater – ej på internet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>S10</u> Bingo – på internet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Speltyp | a. Spelade dagar av senaste 30 | Antal dgr | b. Debutålder spelproblem | Ålder | c. Antal år med problem | Antal år |
|---|-----------------------------------|--------------|---|---|----------------------------|----------|
| | | | | | | |
| S11 Bingo – på tv, i lokal, bilbingo | | | | | | |
| S12 Lotterier – skraplotter, internetlotter | | | | | | |
| S13 Nummerspel – Lotto, Keno, Joker | | | | | | |
| S14 Aktier, optioner och andra värdepapper | | | | | | |
| S15 Alla typer av spel | | | | | | |
| S16 Spel och alkohol- eller droganvändning samma dag | | | | | | |
| S17 Vilket eller vilka spel är det största problemet? | | | S18 | Är spel (något av S1 – S14) ditt dominerande problem? | | |
| 1 – 14 Ett spel, koda enligt tabellen på sidan ett och två. | | 1 | 0 – Nej | | | |
| 15 Fler än ett spel | | | 1 – Ja | | | |
| 0 Inget | | | 2 – Ja, men alkohol eller droger och spel i kombination | | | |

Spel om pengar

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| S19 Hur mycket pengar har du förlorat på spel de senaste 30 dagarna? | | | S23 Rättsliga problem: Hur många gånger i ditt liv har du åtalats för brott som varit en direkt följd av ditt spelbeteende? | |
| S20 Har du deltagit i behandling för ditt spelberoende? | | | | |
| a. Öppenvårdsbehandling eller behandlingshem, antal gånger (ett behandlingsprogram med flera sessioner räknas som en gång) | 1 | | | |
| b. Självhjälpsgrupp(er), ja eller nej | | | | |
| 0 – Nej 1 – Ja | | | | |
| S21 Får du för närvarande någon hjälp med problem som rör spel om pengar? | | | | |
| 0 – Nej 1 – Ja | | | | |
| S22 Hur många av de senaste 30 dagarna har du upplevt spelproblem? | 1 | | | |

Klientskattning

S24 Hur oroad eller besvärad har du varit för spelproblem de senaste 30 dagarna?

S25 Hur viktigt är det för dig att få hjälp för spelproblem? (Utöver pågående hjälp.)

Intervjuarskattning

S26 Gör en uppskattning av klientens behov av hjälp med spelproblem. (Utöver pågående hjälp.)

Oro/besvär Hjälpbehov

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | Problemområde | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | Fysisk hälsa | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | Arbete och försörjning | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | Alkoholanvändning | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | Narkotikaanvändning | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | Rättsliga problem | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | Familj och umgänge | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | Psykisk hälsa | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | Spel | | | | | | | | | | |

Profil över klientens skattningar

Profil över intervjuarens skattningar

Kommentarer

