

Bakgrund (1 av 2)

B1 Nuvarande bostadsort
1 – Stor stad (över 100 000)
2 – Mellanstor (10–100 000)
3 – Landsort (under 10 000)

B2 Kommun (Ange kommunkod.)

B3 Hur bor du?
1 – Egen bostad.
2 – Bostad med andrahandskontrakt.
3 – Bor stadigvarande i föräldrarnas eller någon annans bostad.
4 – Bostad i enskilt hem som tillhandahålls av socialtjänsten.
5 – Boende med heldygnsvistelse (bostad med särskild service, boende med stöd (stödboende), familjehem, HVB-hem, skyddat boende, särskilt boende för äldre).
6 – Hotell
7 – Bostadslös
8 – Annat

Specificera

B4 Hur länge har du bott på detta sätt?
ÅÅ MM

B5 Är du nöjd med din boendesituation?
0 – Nej 1 – Ja

Specificera

Bakgrund (2 av 2)

B6 Medborgarskap (Ange landskod.)

B7 Födelseland (Ange landskod.)

a Klient

b Förälder 1

c Förälder 2

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, beroendevård
3 – Ja, somatisk vård
4 – Ja, psykiatrisk vård
5 – Ja, enbart abstinensbehandling (avgiftning)
6 – Ja, annat

Specificera

B8a Om JA, hur många dagar?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fysisk hälsa (1 av 2)

C1 Har du några långvariga fysiska skador eller sjukdomar?
0 – Nej 1 – Ja

Specificera

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

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

C4 Har du eller har du haft hepatit B eller C?
0 – Nej 1 – Ja

a Hepatit B

b Hepatit C

C5 Har du HIV-testats?
0 – Nej 1 – Ja

C5a Om JA, för hur många månader sedan?

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

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

Specificera

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

C8 Har du sjuk- eller aktivitetsersättning på grund av någon fysisk skada eller sjukdom? (Uteslut psykiska besvär.)
0 – Nej 1 – Ja

C9 Får du just nu någon hjälp med problem som rör din fysiska hälsa?
0 – Nej 1 – Ja

Specificera

Fysisk hälsa (2 av 2)

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

Klientskattning

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

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

Intervjuarskattning

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Arbete och försörjning (1 av 3)

| | |
|--|--|
| <p>D1 Vilken är din högsta utbildning? <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>1 – Ej avslutad grundskola 2 – Grundskola 3 – Gymnasium 4 – Högskola eller universitet 5 – Annat</p> <p>Specificera</p> | <p>D4a Har du tillgång till bil? <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> (Notera 0 om giltigt körkort saknas.) 0 – Nej 1 – Ja</p> |
| <p>D2 Hur många år har du gått i skola? <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> | <p>D5 Hur länge varade din längsta sammanhängande period av arbete? <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> ÅÅ MM</p> |
| <p>D3 Har du ett yrke? <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 0 – Nej 1 – Ja</p> <p>Specificera</p> | <p>D6 Hur länge varade din längsta period av arbetslöshet? <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> ÅÅ MM</p> |
| <p>D4 Har du körkort? <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 0 – Nej 1 – Ja</p> | <p>D7 Vad har du huvudsakligen arbetat med? (Ange yrkeskod 1–0.) <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>Specificera</p> |

Arbete och försörjning (2 av 3)

| | |
|---|---|
| <p>D8 Vilken har din vanligaste sysselsättning eller försörjning varit de senaste tre åren? <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>1 – Heltid (minst 35 timmar/vecka) 2 – Deltid (regelbundet deltidsarbete) 3 – Deltid (oregelbundet deltidsarbete) 4 – Studier 5 – Värnplikt 6 – Sjuk- eller aktivitetsersättning 7 – Ålderspension 8 – Arbetslös (inklusive hemarbete) 9 – Intagen eller inlagd på institution</p> | <p>Har du under de senaste 30 dagarna fått pengar genom/av: <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 0 – Nej 1 – Ja</p> |
| <p>D9 Hur många av de senaste 30 dagarna har du arbetat eller studerat? <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> | <p>D12 arbetslöshetsersättning? <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> |
| <p>D10 Hur många av de senaste 30 dagarna har du varit sjukskriven? <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> | <p>D13 ekonomiskt bistånd från Socialtjänsten? <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> |
| <p>D11 Hur mycket fick du i lön för arbete under de senaste 30 dagarna? (Efter skatt i kronor.) <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> | <p>D14 ersättning från Försäkringskassan, Migrationsverket eller Pensionsmyndigheten? <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>Specificera</p> |
| | <p>D15 bidrag eller lån för studier? <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> |
| | <p>D16 partner, familj eller vänner? <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> |
| | <p>D17 olaglig verksamhet? <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> |
| | <p>D18 ersättning för sexuella tjänster? <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> |
| | <p>D19 spel? <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> |
| | <p>D20 andra källor? <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> |

Arbete och försörjning (3 av 3)

D21 Vilken är din främsta försörjningskälla just nu? (Numrera enligt D11-20.)

D22 Vilken har varit din främsta 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 just nu någon hjälp med problem som rör arbete eller försörjning?
0 – Nej 1 – Ja

Specificera

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 uppskattning av klientens behov av hjälp med arbets- eller arbetslöshetsproblem. (Utöver pågående hjälp.)

Alkohol- och narkotikaanvändning (1 av 7)

Alkohol användning

Formuleringen "till berusning" betyder i följande frågor fyra standardglas vid samma tillfälle. (Ett standardglas = 4 cl starksprit.)

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

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

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

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

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?

Narkotikaanvändning

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

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

- 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 ordinationen?
- f Vilket var det vanligaste intagnings sättet? Om flera intagnings sätt förekommer, koda det allvarligaste.
1 - Oralt
2 - Nasalt
3 - Rökning
4 - Icke intravenös injektion/annat intagnings sätt
5 - Intravenös injektion

| | a Provat | 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. | Ord. Följt 0-Nej 1-Ja | 0-Nej 1-Ja | Ålder | Följt ord. Antal år | | Se alt. ovan |
| E10 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"/> |
| E11 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"/> |
| E12 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"/> |
| E13 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"/> |
| E14 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"/> |
| E15 Kokain, crack | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E16 Amfetamin, andra stimulantia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E17 Cannabinoider | <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"/> |
| E18 Hallucinogener | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E19 Ecstasy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E20 Lösningsmedel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E21 Annat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E22 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)

| <p>E23 Har du någonsin injicerat? 0 – Nej 1 – Ja <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>E23a Om JA, hur gammal var du första gången? <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>E23b Hur många år av ditt liv har du injicerat? <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>E23c Hur många av de senaste sex månaderna har du injicerat? <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>E23d Hur många av de senaste 30 dagarna har du injicerat? <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>E23e Om du injicerat de senaste sex månaderna, hur ofta har du delat spruta? 1 – Aldrig 2 – Några gånger 3 – Ofta <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p><u>E24</u> Hur många gånger har du:</p> <p style="padding-left: 20px;">a fått delirium av alkohol? <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p style="padding-left: 20px;">b överdoserat narkotika? <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> | <p>E25 Röker du tobak eller snusar du dagligen? <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 0 – Nej 1 – Ja</p> <p><u>E26</u> Hur många gånger har du deltagit i en insats eller behandling för problem med alkohol eller narkotika?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 20%; text-align: center; font-size: small;">Alk.</th> <th style="width: 20%; text-align: center; font-size: small;">Nark.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a i öppenvård?</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>b i slutenvård?</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> <p><u>E27</u> Hur många av dessa var:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 60%;">a enbart abstinensbehandling?</td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>b enbart tvångsvård?</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>E28 Hur gammal var du när du påbörjade din första insats/behandling? <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> | | Alk. | Nark. | a i öppenvård? | <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | b i slutenvård? | <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | a enbart abstinensbehandling? | <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | b enbart tvångsvård? | <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
|---|---|--|------|-------|----------------|--|--|-----------------|--|--|-------------------------------|--|--|----------------------|--|--|
| | Alk. | Nark. | | | | | | | | | | | | | | |
| a i öppenvård? | <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| b i slutenvård? | <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| a enbart abstinensbehandling? | <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| b enbart tvångsvård? | <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |

Alkohol- och narkotikaanvändning (5 av 7)

| | | | | | |
|---|---|------------|--|--------------|--|
| <p>E29 Hur många månader har du som längst varit nykter/drogri efter en insats/behandling för:</p> <p style="padding-left: 20px;">a alkoholproblem? <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p style="padding-left: 20px;">b narkotikaproblem? <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>E30 Vilket eller vilka medel är det största problemet? (Intervjuaren avgör.) 1 – Alkohol <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p style="padding-left: 20px;">10–21– Ett preparat, koda enligt tabellen på sidan sex.</p> <p style="padding-left: 20px;">22 – Alkohol och något eller några preparat</p> <p style="padding-left: 20px;">23 – Fler än ett preparat</p> <p style="padding-left: 20px;">0 – Inget</p> | <p><u>E31</u> Hur många månader avstod du senast utan hjälp från detta eller dessa medel? <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p><u>E32</u> För hur många månader sedan upphörde den nyktra/drogfria perioden? (0 – Avstår fortfarande.) <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>E33 Hur mycket pengar har du betalat för egen användning under de senaste 30 dagarna för:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 60%;">a alkohol?</td> <td style="width: 40%; text-align: center;"><input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>b narkotika?</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> | a alkohol? | <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | b narkotika? | <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| a alkohol? | <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | | | | |
| b narkotika? | <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | | | | |

Rättsliga problem (1 av 2)

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

Rättsliga problem (2 av 2)

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

.....

.....

.....

.....

.....

Familj och umgänge (1 av 4)

- | | |
|--|---|
| <p>H1 Vilket civilstånd har du? <input style="float: right;" type="text"/></p> <p>1 - Gift</p> <p>2 - Sammanboende</p> <p>3 - Ensamstående, tidigare gift eller sammanboende</p> <p>4 - Ensamstående, aldrig gift eller sammanboende</p> | <p>H2 Vem bor du med? <input style="float: right;" type="text"/></p> <p>1 - Med partner och barn</p> <p>2 - Endast med partner</p> <p>3 - Endast med barn</p> <p>4 - Med föräldrar</p> <p>5 - Med släktingar</p> <p>6 - Med vänner</p> <p>7 - Ensam</p> <p>8 - På institution eller motsvarande</p> <p>9 - Inga stabila levnadsförhållanden</p> |
| <p>H1a Hur länge har du haft detta civilstånd? (Från 18 års ålder.) ÅÅ MM <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/></p> | <p>H2a Hur länge har du haft det så? (Från 18 års ålder.) ÅÅ MM <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/></p> |
| <p>H1b Är du nöjd med denna situation? <input style="float: right;" type="text"/></p> <p>0 - Nej</p> <p>1 - Ja</p> <p>2 - Både och</p> | <p>H2b Är du nöjd med dessa levnadsförhållanden? <input style="float: right;" type="text"/></p> <p>0 - Nej</p> <p>1 - Ja</p> <p>2 - Både och</p> |

Familj och umgänge (2 av 4)

- | <p>H3 Har du egna barn? <input style="float: right;" type="text"/></p> <p>0 - Nej 1 - Ja</p> | <p>Lever du tillsammans med någon som: <input style="float: right;" type="text"/></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--------|---|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|---|--|
| <p>H3a Om JA, hur många? <input style="float: right;" type="text"/></p> | <p>H6 dricker för mycket alkohol eller är beroende av alkohol? <input style="float: right;" type="text"/></p> <p>0 - Nej 1 - Ja</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>H3a1 Hur många barn är under 18? <input style="float: right;" type="text"/></p> | <p>H7 använder narkotiska preparat som inte är utskrivna av läkare? <input style="float: right;" type="text"/></p> <p>0 - Nej 1 - Ja</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>H3b Om JA, ange ålder, kön och boende:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Ålder</th> <th style="width: 15%;">Kön</th> <th style="width: 15%;">Boende</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 <input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td>1-Med båda föräldrar <input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>2 <input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td>2-Med mamma <input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>3 <input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td>3-Med pappa <input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>4 <input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td>4-Med släktingar <input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>5-I familjehem <input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>6-På institution <input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>7-Eget boende <input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>8-Annat <input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> | Ålder | Kön | Boende | 1 <input style="width: 40px;" type="text"/> | <input style="width: 40px;" type="text"/> | 1-Med båda föräldrar <input style="width: 40px;" type="text"/> | 2 <input style="width: 40px;" type="text"/> | <input style="width: 40px;" type="text"/> | 2-Med mamma <input style="width: 40px;" type="text"/> | 3 <input style="width: 40px;" type="text"/> | <input style="width: 40px;" type="text"/> | 3-Med pappa <input style="width: 40px;" type="text"/> | 4 <input style="width: 40px;" type="text"/> | <input style="width: 40px;" type="text"/> | 4-Med släktingar <input style="width: 40px;" type="text"/> | | | 5-I familjehem <input style="width: 40px;" type="text"/> | | | 6-På institution <input style="width: 40px;" type="text"/> | | | 7-Eget boende <input style="width: 40px;" type="text"/> | | | 8-Annat <input style="width: 40px;" type="text"/> | <p>H8 Vem umgås du med mest på din fritid? <input style="float: right;" type="text"/></p> <p>1 - Familj eller anhöriga utan aktuella alkohol- eller narkotikaproblem</p> <p>2 - Familj eller anhöriga med aktuella alkohol- eller narkotikaproblem</p> <p>3 - Vänner utan aktuella alkohol- eller narkotikaproblem</p> <p>4 - Vänner med aktuella alkohol- eller narkotikaproblem</p> <p>5 - Ensam</p> |
| Ålder | Kön | Boende | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 <input style="width: 40px;" type="text"/> | <input style="width: 40px;" type="text"/> | 1-Med båda föräldrar <input style="width: 40px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 <input style="width: 40px;" type="text"/> | <input style="width: 40px;" type="text"/> | 2-Med mamma <input style="width: 40px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 <input style="width: 40px;" type="text"/> | <input style="width: 40px;" type="text"/> | 3-Med pappa <input style="width: 40px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 <input style="width: 40px;" type="text"/> | <input style="width: 40px;" type="text"/> | 4-Med släktingar <input style="width: 40px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 5-I familjehem <input style="width: 40px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 6-På institution <input style="width: 40px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 7-Eget boende <input style="width: 40px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 8-Annat <input style="width: 40px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>H4 Lever du tillsammans med barn under 18 år som inte är dina egna? <input style="float: right;" type="text"/></p> <p>0 - Nej 1 - Ja</p> | <p>H8a Är du nöjd med detta? <input style="float: right;" type="text"/></p> <p>0 - Nej</p> <p>1 - Ja</p> <p>2 - Både och</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>H4a Om JA, hur många? <input style="float: right;" type="text"/></p> | <p>H9 Hur många nära vänner har du? <input style="width: 40px;" type="text"/></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>H5 Väntar du barn? <input style="float: right;" type="text"/></p> <p>0 - Nej 1 - Ja</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Familj och umgänge (3 av 4)

Har du haft goda personliga relationer med några av följande personer?
0 – Nej 1 – Ja

| | Senaste 30 dgr. | Tidigare i livet |
|------------------|--------------------------|--------------------------|
| H10 Mamma/mammor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H11 Pappa/Pappor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H12 Syskon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H13 Partner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H14 Egna barn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H15 Vänner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Har du upplevt perioder då du haft stora svårigheter att komma överens med några av följande personer?
0 – Nej 1 – Ja

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

Familj och umgänge (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 just nu någon hjälp med problem som rör familj och umgänge?
0 – Nej 1 – Ja

Specificera

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 umgänge 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 umgänge. (Utöver pågående hjälp.)

.....

.....

.....

.....

Psykisk hälsa (1 av 2)

- I1** Hur många gånger har du haft kontakt med hälso- och sjukvården för neuropsykiatriska, psykiska eller känslomässiga problem:
- a i slutenvård?
- b i öppenvård?
- c Har du fått någon diagnos?
0 - Nej 1 - Ja
- Om JA, vilken?
- I2** Har du sjuk- eller aktivitetsersättning på grund av neuropsykiatriska eller psykiska besvär?
0 - Nej 1 - Ja
- I3** Har du ordinerats läkemedel för något neuropsykiatriskt, psykiskt eller känslomässigt problem?
0 - Nej 1 - Ja
- | | Senaste
30 dgr. | Tidigare
i livet |
|--|--|--|
| <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> |

Fråga I4-I8 och I11 besvaras med
0 - Nej
1 - Ja
2 - Ja, enbart alkohol- eller narkotikapåverkad eller abstinent

- | | Senaste
30 dgr. | Tidigare
i livet |
|---|--|--|
| I4 varit allvarligt deprimerad? | <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| I5 upplevt allvarlig ångest eller allvarliga spänningstillstånd? | <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| I6 upplevt svårigheter att förstå, minnas eller koncentrera dig? | <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| I7 upplevt hallucinationer? | <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| I8 upplevt svårigheter att kontrollera våldsamt beteende? | <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> |

Psykisk hälsa (2 av 2)

- | | Senaste
30 dgr. | Tidigare
i livet |
|--|--|--|
| I9 haft allvarligt menade självmordstankar? | <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| I10 gjort självmordsförsök? | <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| I10a Hur många gånger har du gjort självmordsförsök? | <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| I11 Har du upplevt andra neuropsykiatriska, psykiska eller känslomässiga problem än de vi talat om? (T. ex. ätstörningar, manier självskadebeteende etc.) | <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| I12 Får du just nu någon hjälp med problem som rör din psykiska hälsa? 0 - Nej 1 - Ja | <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
- Specificera**
-
-
-

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

Klientskattning

- I14** Hur oroad eller besvärad har du varit under de senaste 30 dagarna för problem med din psykiska hälsa?
- I15** Hur viktigt är det för dig att få hjälp med din psykiska hälsa? (Utöver pågående hjälp.)

Intervjuarskattning

- I16** Gör en uppskattning av klientens behov av hjälp eller behandling för psykiska besvär. (Utöver pågående hjälp.)

