

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 umgänge samt psykisk hälsa. I intervjun ställs frågor om både tidigare erfarenheter och den nuvarande situationen. Dessutom finns skattningsfrågor om problem och hjälpbehov.

Efter varje ASI Grund bör den intervjuade ges tillfälle att ta del av och ge sin syn på vad som kommit fram. Återkopplingssamtalen är alltid viktiga när ASI Grund används som bedömningsmetod. För att stämma av och följa upp insatser används ASI Uppföljning.

Instruktioner till intervjuaren

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

Klientens skattningsskalor

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

Intervjuarens skattningsskala

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

Allmän information (1 av 1)

A1	Namn	
A2	Personnummer	<input type="text"/>
A3	Ålder	<input type="text"/>
A4	Kön 1 – Man 2 – Kvinna 3 – Annan	<input type="text"/>
A5	Initiativtagare till kontakten 1 – Klienten 2 – Familj eller vänner 3 – Myndighet 4 – Annan	<input type="text"/>
	Specificera	
A6	Huvudman eller verksamhet 1 – Statens institutionsstyrelse 2 – Kriminalvård 3 – Landsting 4 – Kommun 5 – Privat 6 – Annan	<input type="text"/>
A7	Inskrivningsdatum ÅÅMMDD	<input type="text"/>
A8	Datum för intervju ÅÅMMDD	<input type="text"/>
A9	Intervjuarkod	<input type="text"/>
A10	Enhetskod	<input type="text"/>
		a b c
A11	Frivilliga koder	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Bakgrund (1 av 2)

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

B2 Kommun (Ange kommunkod.)

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

Specificera

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

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

Specificera

Bakgrund (2 av 2)

B6 Medborgarskap (Ange landskod.)

B7 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, missbruksvård
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 kroppsliga skador eller sjukdomar?
0 – Nej 1 – Ja

Specificera

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

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

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

a Hepatit B

b Hepatit C

C5 Har du hiv-testats?
0 – Nej 1 – Ja

C5a Om ja, för hur många månader sedan?

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

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

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

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

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

Specificera

Fysisk hälsa (2 av 2)

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

Klientskattning

C11 Hur oroad eller besvärad har du varit för 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 kroppsliga 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;" type="text"/></p> <p>1 – Ej avslutad grundskola
2 – Grundskola
3 – Gymnasium
4 – Högskola eller universitet</p> <p>D2 Hur många år har du gått i skola? <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>D3 Har du ett yrke? <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>0 – Nej 1 – Ja</p> <p>Specificera</p> <p>D4 Har du körkort? <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>0 – Nej 1 – Ja</p> | <p>D4a Har du tillgång till bil? <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>(Sätt 0 om du inte har körkort.)
0 – Nej 1 – Ja</p> <p>D5 Hur länge varade din längsta sammanhängande period av arbete? <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>ÅÅ MM</p> <p>D6 Hur länge varade din längsta period av arbetslöshet? <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>ÅÅ MM</p> <p>D7 Vad har du huvudsakligen arbetat med? (Ange yrkeskod 1–6.) <input style="width: 30px; height: 20px;" 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;" 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>D9 Hur många av de senaste 30 dagarna har du arbetat? <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>D10 Hur många av de senaste 30 dagarna har du varit sjukskriven? <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>D11 Hur mycket fick du i lön för arbete under de senaste 30 dagarna? <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>(Efter skatt i kronor.)</p> | <p>Har du under de senaste 30 dagarna fått pengar från: <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>0 – Nej 1 – Ja</p> <p>D12 arbetslöshetsersättning? <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>D13 ekonomiskt bistånd från Socialtjänsten? <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>D14 ersättning från Försäkringskassan eller pensionsmyndigheten?? <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>Specificera</p> <p>D15 bidrag eller lån för studier? <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>D16 partner, familj eller vänner? <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>D17 olaglig verksamhet? <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>D18 ersättning för sexuella tjänster? <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>D19 spel? <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>D20 andra källor? <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> |
|--|--|

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

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 fem standardglas för män och fyra standardglas för kvinnor. (Ett standardglas = 4 cl starksprit.)

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

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

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

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

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 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 intagnings sättet?
 1 – Oralt
 2 – Nasalt
 3 – Rökning
 4 – Icke intravenös injektion /annat intagnings sätt
 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	Följt ord.		Se alt. ovan
E10 Heroin	<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"/>
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 Cannabis	<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"/>
E19 Ecstasy	<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"/>
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"/>

Alkohol- och narkotikaanvändning (4 av 7)

- E23 Har du någonsin injicerat?
0 – Nej 1 – Ja
- E23a Om ja, hur gammal var du första gången?
- E23b Hur många år av ditt liv har du injicerat?
- E23c Hur många av de senaste sex månaderna har du injicerat?
- E23d Hur många av de senaste 30 dagarna har du injicerat?
- E23e Om du injicerat de senaste sex månaderna, hur ofta har du delat spruta?
1 – Aldrig
2 – Några gånger
3 – Ofta
- E24 Hur många gånger har du:
a fått delirium av alkohol?
b överdoserat narkotika?
- E25 Röker du tobak eller snusar dagligen?
0 – Nej 1 – Ja
- E26 Hur många gånger har du deltagit i behandling för ditt alkohol- eller narkotikamissbruk:
a i öppenvård?

--

 Alk.

--

 Nark.
b i slutenvård?

--

--
- E27 Hur många av dessa var:
a enbart abstinensbehandling?

--

--

b enbart tvångsvård?

--

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

--

--

Alkohol- och narkotikaanvändning (5 av 7)

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

--	--	--	--	--

b narkotika?

--	--	--	--	--

Rättsliga problem (1 av 2)

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

Rättsliga problem (2 av 2)

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

.....

.....

.....

.....

.....

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

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

Pappas sida

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

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

Syskon

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

Barn

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

Familj och umgänge (1 av 4)

- | | |
|--|---|
| <p>H1 Vilket civilstånd har du? <input style="float: right;" type="checkbox"/></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 Med vem bor du? <input style="float: right;" type="checkbox"/></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.) <input style="margin-right: 20px;" type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ÅÅ MM</p> | <p>H2a Hur länge har du haft det så? (Från 18 års ålder.) <input style="margin-right: 20px;" type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ÅÅ MM</p> |
| <p>H1b Är du nöjd med denna situation? <input style="float: right;" type="checkbox"/></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="checkbox"/></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="checkbox"/></p> <p>0 – Nej 1 – Ja</p> | <p>Lever du tillsammans med någon som för närvarande: <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--------|---|---|--|--|--|---|---|---|---|--|---|--|---|---|--|--|---|--|---|---|---|--|---|---|---|
| <p>H3a Om ja, hur många? <input style="float: right;" type="text"/></p> | <p>H6 missbrukar alkohol? <input style="float: right;" type="checkbox"/></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 ickeordinerade narkotiska preparat? <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>0 – Nej 1 – Ja</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>H3b Om ja, ange ålder, kön och boende:</p> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Ålder</th> <th style="text-align: left;">Kön</th> <th style="text-align: left;">Boende</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 <input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px;" type="checkbox"/> 1–Pojke</td> <td><input style="width: 40px;" type="checkbox"/> 1–Med båda föräldrar</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input style="width: 20px;" type="checkbox"/> 2–Flicka</td> <td><input style="width: 40px;" type="checkbox"/> 2–Med mamma</td> </tr> <tr> <td>2 <input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px;" type="checkbox"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="checkbox"/> 3–Med pappa</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input style="width: 20px;" type="checkbox"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="checkbox"/> 4–Med släktingar</td> </tr> <tr> <td>3 <input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px;" type="checkbox"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="checkbox"/> 5–I familjehem</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input style="width: 20px;" type="checkbox"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="checkbox"/> 6–På institution</td> </tr> <tr> <td>4 <input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px;" type="checkbox"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="checkbox"/> 7–Eget boende</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input style="width: 20px;" type="checkbox"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="checkbox"/> 8–Annat</td> </tr> </tbody> </table> | Ålder | Kön | Boende | 1 <input style="width: 40px;" type="text"/> | <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> 1–Pojke | <input style="width: 40px;" type="checkbox"/> 1–Med båda föräldrar | | <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> 2–Flicka | <input style="width: 40px;" type="checkbox"/> 2–Med mamma | 2 <input style="width: 40px;" type="text"/> | <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> | <input style="width: 40px;" type="checkbox"/> 3–Med pappa | | <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> | <input style="width: 40px;" type="checkbox"/> 4–Med släktingar | 3 <input style="width: 40px;" type="text"/> | <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> | <input style="width: 40px;" type="checkbox"/> 5–I familjehem | | <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> | <input style="width: 40px;" type="checkbox"/> 6–På institution | 4 <input style="width: 40px;" type="text"/> | <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> | <input style="width: 40px;" type="checkbox"/> 7–Eget boende | | <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> | <input style="width: 40px;" type="checkbox"/> 8–Annat | <p>H8 Med vem tillbringar du den största delen av din fritid? <input style="float: right;" type="checkbox"/></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: 20px;" type="checkbox"/> 1–Pojke | <input style="width: 40px;" type="checkbox"/> 1–Med båda föräldrar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> 2–Flicka | <input style="width: 40px;" type="checkbox"/> 2–Med mamma | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 <input style="width: 40px;" type="text"/> | <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> | <input style="width: 40px;" type="checkbox"/> 3–Med pappa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> | <input style="width: 40px;" type="checkbox"/> 4–Med släktingar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 <input style="width: 40px;" type="text"/> | <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> | <input style="width: 40px;" type="checkbox"/> 5–I familjehem | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> | <input style="width: 40px;" type="checkbox"/> 6–På institution | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 <input style="width: 40px;" type="text"/> | <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> | <input style="width: 40px;" type="checkbox"/> 7–Eget boende | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> | <input style="width: 40px;" type="checkbox"/> 8–Annat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>H4 Lever du tillsammans med barn under 18 år som inte är dina egna? <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>0 – Nej 1 – Ja</p> | <p>H8a Är du nöjd med detta? <input style="float: right;" type="checkbox"/></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="float: right;" type="text"/></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>H5 Väntar du barn? <input style="float: right;" type="checkbox"/></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 för närvarande någon hjälp med problem som rör familj och umgänge?		<input type="checkbox"/>

Specificera

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

a relationerna med din familj eller anhöriga?

b relationerna med 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 fått behandling för psykiska eller känslomässiga problem:

a i slutenvård?

b i öppenvård?

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

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

Senaste 30 dgr.

Tidigare i livet

Fråga I4–I11 besvaras med
0 – Nej
1 – Ja
2 – Ja, enbart alkohol- eller narkotikapåverkad eller abstinert

Har du:

Senaste 30 dgr.

Tidigare i livet

I4 varit allvarigt deprimerad?

I5 upplevt allvarlig ångest eller allvarliga spänningstillstånd?

I6 upplevt svårigheter att förstå, minnas eller koncentrera dig?

I7 upplevt hallucinationer?

I8 upplevt svårigheter att kontrollera våldsamt beteende?

Psykisk hälsa (2 av 2)

Har du:

Senaste 30 dgr.

Tidigare i livet

I9 haft allvarligt menade självmordstankar?

I10 gjort självmordsförsök?

I10a Hur många gånger har du gjort självmordsförsök?

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

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

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

Klientskattning

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

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

Intervjuarskattning

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

Specificera

.....

.....

.....

.....

