

# ASI Uppföljning

ASI Uppföljning är en standardintervju för uppföljning av personer i missbruks- och beroendevård. Den används för att stämma av personens situation och hjälpbehov samt för uppföljning av insatser. Intervjun innehåller frågor om samma sju livsområden som ASI Grund: fysisk hälsa, arbete och försörjning, alkohol- och narkotikaanvändning, rättsliga problem, familj och umgänge samt psykisk hälsa. I intervjun ställs frågor om personens aktuella situation. Som i grundintervjun finns skattningsfrågor om problem och hjälpbehov. Efter varje ASI Uppföljning bör den intervjuade ges tillfälle att ta del av och ge sin syn på vad som kommit fram. Återkopplingsamtalen är alltid viktiga när ASI Uppföljning används som bedömningsmetod.

## Instruktioner till intervjuaren

1. Informera om intervjuens syfte och innehåll samt avtala tid för att ge återkoppling om intervjuresultatet till den intervjuade.
2. Alkohol- och narkotikaproblem bör om möjligt inte påverka skattningar inom övriga områden, påminn därför den intervjuade om detta.
3. Lämna inga tomma svarsrutor. När frågan är obesvarad (personen vet inte eller vill inte svara) koda X. När frågan inte är relevant koda N.
4. Frågenummer som är understruken är frågor av särskild vikt, så kallade kritiska frågor. Se manualen.
5. 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	Intervjuform 1 – Personlig kontakt 2 – Telefonkontakt	<input type="text"/>
A6	Datum för första intervjun ÅÅMMDD	<input type="text"/>
A7	Datum för föregående intervju ÅÅMMDD	<input type="text"/>
A8	Uppföljning nr 1 – 9 Uppföljningsintervju	<input type="text"/>
A9	Datum för intervju ÅÅMMDD	<input type="text"/>
A10	Intervjuarkod	<input type="text"/>
A11	Enhetskod	<input type="text"/>
A12	Frivilliga koder	<input type="text"/> a <input type="text"/> b <input type="text"/> c

## Bakgrund (1 av 1)

- 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** .....
- B6 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** .....
- B6a Om ja, hur många dagar?

## Fysisk hälsa (1 av 1)

- 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 sedan föregående intervju? (Ta med överdos och delirium, utslut abstinensbehandling.)
- C3 Är du ordinerad att regelbundet ta läkemedel för några kroppsliga skador eller sjukdomar?   
0 – Nej 1 – Ja
- C4 Har du fått någon hjälp med problem som rör din fysiska hälsa sedan föregående intervju?   
0 – Nej 1 – Ja
- Specificera** .....
- C4a Pågår hjälpen för närvarande?   
0 – Nej 1 – Ja
- Specificera** .....
- C5 Hur många av de senaste 30 dagarna har du haft problem med din fysiska hälsa?
- Klientskattning**
- C6 Hur oroad eller besvärad har du varit för din fysiska hälsa under de senaste 30 dagarna?
- C7 Hur viktigt är det för dig att få hjälp med din fysiska hälsa? (Utöver pågående hjälp.)
- Intervjuarskattning**
- C8 Gör en uppskattning av klientens behov av vård för kroppsliga skador eller sjukdomar. (Utöver pågående hjälp.)





**Narkotikaanvändning**

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

- a Har du någon gång prövat preparatet sedan föregående intervju?  
0 – Nej 1 – Ja
- b Hur många av de senaste 30 dagarna har du använt preparatet? Använde du det på ordination av läkare? Har du följt denna ordination?

- c Hur många dagar har du använt preparatet de senaste sex månaderna? Använder du detta preparat på ordination av läkare? Har du följt denna ordination?
- d 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 Användning senaste 30 dgr.			c Användning senaste sex mån.			d Int. sätt
		0-Nej 1-Ja	Antal dgr.	Ord. Följt		Antal dgr.	Ord. Följt	
			0-Nej 1-Ja	0-Nej 1-Ja		0-Nej 1-Ja	0-Nej 1-Ja	Se alt. ovan
E7 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"/>
E8 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"/>
E9 Buprenofin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E10 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"/>
E11 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"/>
E12 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"/>
E13 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"/>
E14 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"/>
E15 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"/>
E16 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"/>
E17 Lösningssmedel	<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 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"/>
E19 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"/>

### Alkohol- och narkotikaanvändning (4 av 6)

E20a Hur många av de senaste sex månaderna har du injicerat?

E20b Hur många av de senaste 30 dagarna har du injicerat?

E20c Om du injicerat de senaste sex månaderna, hur ofta har du delat spruta?  
 1 – Aldrig  
 2 – Några gånger  
 3 – Ofta

E21 Hur många gånger sedan föregående intervju har du:

a fått delirium av alkohol?

b överdoserat narkotika?

E22 Röker du tobak eller snusar dagligen?  
 0 – Nej 1 – Ja

E23 Hur många gånger har du deltagit i behandling för ditt alkohol- eller narkotikamissbruk sedan föregående intervju:

	Alk.	Nark.
a i öppenvård?	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>

b i slutenvård?	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
-----------------	---	---

E24 Hur många av dessa var:

a enbart abstinensbehandling?	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
-------------------------------	---	---

b enbart tvångsvård?	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
----------------------	---	---

E25 Vilket eller vilka medel är det största problemet? (Intervjuaren avgör.)

- 1 – Alkohol
- 7–18 – Ett preparat, koda enligt tabellen på sidan fem.
- 22 – Alkohol och något preparat
- 23 – Fler än ett preparat
- 0 – Inget

### Alkohol- och narkotikaanvändning (5 av 6)

E26 Hur mycket pengar har du betalat under de senaste 30 dagarna för:

a alkohol?

b narkotika?

Senaste 30 dgr.      Senaste sex mån.

E27 Hur många dagar har du fått behandling i öppenvård?

E28 Hur många dagar har du tagit medicin ordinerad för alkohol- eller narkotikaproblem?

E29 Hur många dagar har du deltagit i självhjälpgrupper? (AA, NA, m fl.)

	Senaste 30 dgr.	Senaste sex mån.
	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>

E30 Har du fått någon annan hjälp med problem som rör alkohol eller narkotika sedan föregående intervju?  
 0 – Nej 1 – Ja

**Specificera** .....

E31 Pågår någon hjälp för närvarande?  
 0 – Nej 1 – Ja

**Specificera** .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....







## Familj och umgänge (1 av 4)

- |     |   |                          |     |  |                          |
|-----|---|--------------------------|-----|--|--------------------------|
| H1  | Vilket civilstånd har du?<br>1 – Gift<br>2 – Sammanboende<br>3 – Ensamstående, tidigare gift eller sammanboende<br>4 – Ensamstående, aldrig gift eller sammanboende | <input type="checkbox"/> | H2  | Med vem bor du?<br>1 – Med partner och barn<br>2 – Endast med partner<br>3 – Endast med barn<br>4 – Med föräldrar<br>5 – Med släktingar<br>6 – Med vänner<br>7 – Ensam<br>8 – På institution eller motsvarande<br>9 – Inga stabila levnadsförhållanden | <input type="checkbox"/> |
| H1a | Är du nöjd med denna situation?<br>0 – Nej<br>1 – Ja<br>2 – Både och  | <input type="checkbox"/> | H2a | Är du nöjd med dessa levnadsförhållanden?<br>0 – Nej<br>1 – Ja<br>2 – Både och   | <input type="checkbox"/> |

## Familj och umgänge (2 av 4)

- |  |  |                          |     |  |                          |
|--|--|--------------------------|-----|--|--------------------------|
| H3   | Lever du tillsammans med barn under 18 år?<br>0 – Nej 1 – Ja   | <input type="checkbox"/> | H7  | Med vem tillbringar du den största delen av din fritid?<br>1 – Familj eller anhöriga utan aktuella alkohol- eller narkotikaproblem<br>2 – Familj eller anhöriga med aktuella alkohol- eller narkotikaproblem<br>3 – Vänner utan aktuella alkohol- eller narkotikaproblem<br>4 – Vänner med aktuella alkohol- eller narkotikaproblem<br>5 – Ensam | <input type="checkbox"/> |
| H4   | Väntar du barn?<br>0 – Nej 1 – Ja                              | <input type="checkbox"/> | H7a | Är du nöjd med detta?<br>0 – Nej<br>1 – Ja<br>2 – Både och   | <input type="checkbox"/> |
| Lever du tillsammans med någon som för närvarande: |  |                          | H8  | Hur många nära vänner har du?  | <input type="checkbox"/> |
| H5   | missbrukar alkohol?<br>0 – Nej 1 – Ja                          | <input type="checkbox"/> |     |  |                          |
| H6   | använder ickeordinerade narkotiska preparat?<br>0 – Nej 1 – Ja | <input type="checkbox"/> |     |  |                          |
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

## Familj och umgänge (3 av 4)

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

0 – Nej 1 – Ja

	Senaste 30 dgr.	Föregående sex mån.
H9 Mamma/mammor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H10 Pappa/pappor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H11 Syskon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H12 Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H13 Egna barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H14 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.	Senaste sex mån.
H15 Mamma/mammor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H16 Pappa/pappor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H17 Syskon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H18 Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H19 Egna barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H20 Annan nära släkting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H21 Nära vänner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H22 Grannar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H23 Arbetskamrater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Familj och umgänge (4 av 4)

H24 Har du fått någon hjälp med problem som rör familj och umgänge sedan föregående intervju?

0 – Nej 1 – Ja

**Specificera** .....

H24a Pågår hjälpen för närvarande?

0 – Nej 1 – Ja

**Specificera** .....

H25 Hur många av de senaste 30 dagarna har du haft allvariga relationsproblem med:

a din familj eller anhöriga?

b andra personer?

c ensamhet?

### Klientskattning

H26 Hur oroad eller besvärad har du varit av problem med familj och umgänge de senaste 30 dagarna?

H27 Hur viktigt är det för dig att få hjälp med familj- och umgängesproblem? (Utöver pågående hjälp.)

### Intervjuarskattning

H28 Gör en uppskattning av klientens behov av hjälp för problem med familj och umgänge. (Utöver pågående hjälp.)

.....

.....

.....

.....

## Psykisk hälsa (1 av 2)

11 Hur många gånger har du fått behandling för psykiska eller känslomässiga problem sedan föregående intervju:

a i slutenvård?

b i öppenvård?

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

Senaste 30 dgr.	Föregående sex mån.
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fråga 13–110 besvaras med

0 – Nej

1 – Ja

2 – Ja, enbart alkohol- eller narkotika-påverkad eller abstinent

Har du:

13 varit allvarigt deprimerad?

Senaste 30 dgr.	Senaste sex mån.
<input type="text"/>	<input type="text"/>

14 upplevt allvarlig ångest eller allvarliga spänningstillstånd?



15 upplevt svårigheter att förstå, minnas eller koncentrera dig?



16 upplevt hallucinationer?



17 upplevt svårigheter att kontrollera våldsamt beteende?



## Psykisk hälsa (2 av 2)

Har du:

18 haft allvarligt menade självmordstankar?

Senaste 30 dgr.	Föregående sex mån.
<input type="text"/>	<input type="text"/>

19 gjort självmordsförsök?



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



111 Har du fått någon hjälp med problem som rör din psykiska hälsa sedan föregående intervju?  
0 – Nej 1 – Ja

**Specificera** .....

111a Pågår hjälpen för närvarande?  
0 – Nej 1 – Ja

**Specificera** .....

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

### Klientskattning

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

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

### Intervjuarskattning

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

