

EuroADAD

European Adolescent Assessment Dialogue *norsk testversjon*

Al S. Friedman, Arlene Terras & David Öberg 2001 © Versjon 1.0
Norsk oversettelse og tilrettelegging 2003 ved
Astrid Brandsberg-Dahl, Grethe Lauritzen & Heid Nøkleby



Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS)
Øvre Slottsgate 2b, 0157 Oslo

Revidert versjon 2007
ved Grethe Lauritzen (SIRUS) & Heid Nøkleby (Tyrili FOU)

Instruksjoner

- 1 Fyll ut alle svarruter. Om nødvendig, bruk: X=Vet ikke/husker ikke
- 2 Spørsmål med **fet og understreket** nummerering er kritiske spørsmål som skal brukes i alvorlighetsvurderingen.
- 3 Etter hver del vil det være eget felt for kommentarer.

Intervjuers alvorlighetsvurdering

- 0-1 Ikke problem/behov for hjelp
- 2-3 Lite problem/behov for hjelp
- 4-5 Moderat problem/behov for hjelp
- 6-7 Betydelig problem/behov for hjelp
- 8-9 Svært stort problem/behov for hjelp

Klientens vurderingsskala

- 0=Ikke problemer/behov for hjelp
- 1=Litt problemer/behov for hjelp
- 2=Ganske mye problemer/behov for hjelp
- 3=Veldig mye problemer/behov for hjelp

Intervjuers alvorlighetsprofil								
9								
8								
7								
6								
5								
4								
3								
2								
1								
0								
	Fysisk helse	Skole	Sosialt	Familie	Psykisk helse	Kriminalitet	Alkohol	Narkotika

Klientens problemskåre								
3								
2								
1								
0								
	Fysisk helse	Skole	Sosialt	Familie	Psykisk helse	Kriminalitet	Alkohol	Narkotika
3								
2								
1								
0								
Klientens behov for hjelp-skåre								

A IDENTIFIKASJON / ADMINISTRASJON

AA Klientens initialer

AB Fødselsdato (ddmmåå)

AC Kjønn 1=Gutt 2=Jente

AD Landskode

AE Tiltakskode

AF Intervjuers initialer

AG Intervjuform 1=Personlig tilstedeværelse 2=Telefon

AH Inntaksdato (ddmmåå)

AI Intervjudato (ddmmåå)

AJ Fra hvilken dato regnes siste 30 dager (bakover)
(ddmmåå)

Kommentarer

B GENERELL INFORMASJON

- B1 Alder
- B2 a Fødeland (*skriv navn på streken, se håndbok for kode*)
- b Mors fødeland
- c Fars fødeland

Spørsmål B3, B4 og B5 omhandler biologiske foreldre eller adoptivforeldre

- B3 a Lever moren din? 0=Nei 1=Ja
- b Hvis nei, hvor gammel var du da hun døde?
- B4 a Lever faren din? 0=Nei 1=Ja
- b Hvis nei, hvor gammel var du da han døde?
- B5 a Bor foreldrene dine sammen nå?
1=Ja 2=Nei, har aldri bodd sammen 3=Nei, samlivsbrudd/skilt 4=En forelder død
- b Om samlivsbrudd/skilt, hvor gammel var du da dette skjedde?

B6 Hvem har du hovedsakelig bodd sammen med:

- a Siste 30 dager
- b Siste året
- c Tidligere i livet (lengst periode, ved like lange kod siste)

- 1=Begge foreldrene (biologiske eller adoptivforeldre)
2=Mor og stefar/foreldrefigur
3=Bare mor
4=Far og stemor/foreldrefigur
5=Bare far
6=Delt omsorg
7=Andre slektninger
8=Fosterfamilie
9=Gruppebolig, f.eks. internatskole/ folkehøgskole el.
10=Kontrollert miljø (institusjon, psykiatrisk avd., fengsel)
11=Venner
12=Kjæreste/ektefelle
13=Alene
14=Annet, beskriv.....

d Hva er din viktigste familie/familiesetting, beskriv (familie A) (se håndbok)

e Dersom du har to familier/familiesettinger som er viktige, beskriv (familie B) (se håndbok)

B7 Hva gjør dine (biologiske/adoptiv-) foreldre i dag?

a Mor

b Far

- 1=Arbeid (heltid eller deltid)
- 2=Arbeidsledig
- 3=Under utdanning
- 4=Alderspensjon
- 5=Uføretrygdet
- 6=Langtidssykemeldt/midlertidig stønad
- 7=Hjemmeværende (uten lønn)
- 8=Foreldrepermisjon (med betaling)
- 9=I fengsel/annen institusjon
- 10=Sosialhjelp
- 11=Annet, beskriv.....

B8 Hvor mange søsken har du? (se håndbok)

B9 a Har du egne barn? 0=Nei 1=Ja

b Hvis ja, hvor mange?

B10 Hvor mange personer bor det til sammen hjemme hos dere der du bor nå? (før eventuelt inntak i institusjon)

B11 Hvor fornøyd er du med dette boforholdet?

0=Ikke fornøyd 1=Litt 2=Ganske 3=Veldig

B12 Hvor mange ganger har du flyttet hittil i livet? antall ganger

(med eller uten familien din)

B13 Hvor mange ganger har du rømt hjemmefra? antall ganger

B14 a Har du tidligere bodd på barnevernsinstitusjon eller barne- og ungdomspsykiatrisk institusjon? 0=Nei 1=Ja

b Hvis ja, hvilke: *Sted* *Tidsrom*

Kommentarer

C FYSISK HELSE

- C1 Hvor mange ganger i løpet av det siste året har du hatt fysiske/medisinske problemer som har krevd legehjelp, sykehusbesøk eller innleggelse? (beskriv)
- C2** Hvor mange ganger i løpet av livet har du vært innlagt på sykehus (over natten) for fysisk skade eller sykdom? (beskriv)
- C3 Når var du sist innlagt på sykehus for fysisk skade eller sykdom?
(mmåå) N=Aldri innlagt
- C4 Er du bekymret for din egen helse? 0=Nei 1=Ja (skriv kommentar)
- C5 Har du noen gang vært alvorlig syk? 0=Nei 1=Ja (skriv kommentar)
- C6** a Har du noen kroniske fysiske skader eller sykdommer (langvarige problemer) som plager deg eller påvirker din livsførsel? 0=Nei 1=Ja ...
b Hvis ja, spesifiser
.....
- C7 a Får du i dag reseptbelagt medisin fra lege for fysiske plager?
0=Nei 1=Ja
b Hvis ja, for hva?
c Hvis ja, tar du denne som foreskrevet? 0=Nei 1=Ja
- C8** Hvordan vil du bedømme din generelle fysiske helse?
1=Dårlig 3=Bra
2=Sånn passe 4=Veldig bra
- C9 Har du nå, eller tidligere hatt, noen av følgende problemer/vansker:
0=Nei 1=Ja
- a Spiseproblemer
- b Tuberkulose (TBC)
- c Hepatitt B
- d Hepatitt C
- e Seksuelt overførbare (kjønns)sykdommer
- f HIV/AIDS
- g ADHD / ADD

C10 Har du noen av følgende helseplager/bekymringer nå: 0=Nei 1=Ja

- a Vansker med tennene (behov for tannlege)
- b Synsproblemer
- c Hørselsvansker
- d Allergi/astma eller tilbakevendende forkjølelse/hoste
- e Problemer med magen (treg mage eller diarétendens)
- f Vektproblemer (overvekt eller lav vekt)
- g Kvalme eller brekningstendenser
- h Tungpustethet eller hjertebank
- i Søvnvansker
- j Hodepine
- k Svimmelhet, krampetendens
- l Underlivsvansker, menstruasjonsproblemer
- m Ryggproblemer eller andre smertepregete vansker

C11 Er det noe annet, positivt eller negativt, angående fysisk helse som du mener er viktig for oss å vite for å forstå deg bedre?

C12 Hvor mange av de siste 30 dagene har du opplevd problemer med fysisk helse?

Klientens vurderingsskala

C13 Hvor bekymret eller plaget har du vært av disse fysiske problemene de siste 30 dagene?

0=Ikke bekymret/plaget 2=Ganske bekymret/plaget
1=Litt bekymret/plaget 3=Veldig bekymret/plaget

C14 Hvor viktig er det for deg nå å få hjelp med disse problemene?

0=Ikke viktig i det hele tatt 2=Ganske viktig
1=Litt viktig 3=Veldig viktig

Intervjuers alvorlighetsvurdering

C15 Hvordan vil du vurdere klientens behov for hjelp til problemer med fysisk helse?

Vurdering av tiltro *Er informasjonen over betydelig fordreid av:*

C16 Klientens feilaktige fremstillinger? 0=Nei 1=Ja

C17 Klientens manglende evne til å forstå? 0=Nei 1=Ja

Kommentarer

D SKOLE

- D1 a Hvilken beskrivelse passer best til din skole/arbeidssituasjon siste 30 dager ("siste 30 dager" refererer til den samme perioden som for øvrig i intervjuet, se håndbok)
- 1=Går på skole
2=Er i arbeid
3=Kvalifiseringsprogram (aetat)
4=Er i behandling
5=Annen strukturert dagaktivitet
6=Får ikke gå på skolen
7=Har avbrutt skolen
8=Annet, beskriv.....
- b Spesifiser (klasse, type, arbeid, ol.)
- D2 Hvor mange vanlige skoletrinn/klasser har du avsluttet og bestått? antall år
- D3** Har du noen gang gått et skoleår/en klasse om igjen? 0=Nei 1=Ja
- D4** Har du noen gang blitt tvunget til *midlertidig* å forlate skolen på grunn av dårlig oppførsel? 0=Nei 1=Ja
- D5** Har du noen gang blitt tvunget til *for godt* å forlate skolen på grunn av dårlig oppførsel? 0=Nei 1=Ja
- D6 Hvordan var karakterene dine det siste skoleåret?
- 1=Dårlig/under gjennomsnittet
2=Middels/gjennomsnittelig
3=Bra/over gjennomsnittet
- D7 Hvilke av følgende skoleproblemer passer på deg, nå eller sist du gikk på skolen? 0=Nei 1=Ja
- a** Mislyktes på skolen
- b Skulket regelmessig
- c Lei av skolen
- d Fagene er for vanskelige
- e** Ikke motivert for å gjøre det bra
- f Mistrives på skolen
- g Problemer med lærerne
- h Innkalt til samtale hos inspektør/rådgiver
- i** Lese/skrivevansker
- j Brukt sykdom for å slippe skolen
- k Skolen oppleves begrensende
- l Forstyrrer/bråker i klassen

Forts. D7

m Gjør ikke lekser/skolearbeid

n Går/gått i spesialklasse

D8 Hvor bekymret har du vært det siste skoleåret over skoleprestasjonene dine? ...
0=Ikke i det hele tatt 1=Litt 2=Ganske bekymret 3=Veldig bekymret

D9 Hvis du har jobb, hvor mange timer i uka? (hvis ikke jobb, kod N)

For de som går på vanlig skole

D10 Hvor mange dager har du skullet i løpet av den siste måneden?
(antall dager)

D11 Ønsker du hjelp med skolearbeidet? 0=Nei 1=Ja

For de som *ikke* går på vanlig skole

D12 Når gikk du på skolen sist? (mmåå)

D13 Siden du sist gikk på vanlig skole, hvor mange måneder har du: (utdyp under komm.)

a Vært i kvalifiseringsprogram (aetat)

b Arbeidet

c Vært i behandling med skoletilbud

d Vært i behandling uten skoletilbud

e Hatt annen strukturert dagaktivitet

For de uten strukturert aktivitet

D14 Hvor stort problem er det for deg å ikke ha jobb, skole eller annen strukturert dagaktivitet?

0=Ikke noe problem
1=Lite problem

2=Betydelig problem
3=Veldig stort problem

a for deg

b for familien din

D15 Er det noe annet, positivt eller negativt, angående skole/utdanning/arbeid som du mener er viktig for oss å vite for å forstå deg bedre?

D16 Hvor mange av de siste 30 dagene har du opplevd å ha problemer med skole/utdanning/arbeid?

Klientens vurderingsskala

D17 Hvor bekymret eller plaget har du vært av disse problemene med skole/utdanning/arbeid de siste 30 dagene?

0=Ikke bekymret/plaget 2=Ganske bekymret/plaget
1=Litt bekymret/plaget 3=Veldig bekymret/plaget

D18 Hvor viktig er det for deg nå å få hjelp med disse problemene?

0=Ikke viktig i det hele tatt 2=Ganske viktig
1=Litt viktig 3=Veldig viktig

Intervjuers alvorlighetsvurdering

D19 Hvordan vil du vurdere klientens behov for hjelp til problemer knyttet til skole/utdanning/arbeid?

Vurdering av tiltro *Er informasjonen over betydelig fordreid av:*

D20 Klientens feilaktige fremstillinger? 0=Nei 1=Ja

D21 Klientens manglende evne til å forstå? 0=Nei 1=Ja

Kommentarer

E SOSIALT

- E1 Når du har et problem, har du en venn du kan snakke med om det?
0=Nei 1=Ja
- E2 Hvor mange nære venner har du?
- E3 Av de fem du er mest sammen med, hvor mange:
- a Har hatt problemer med politiet i forbindelse med alkohol eller narkotika...
 - b Har hatt problemer med politiet pga kriminelle aktiviteter
 - c Har sluttet eller tenker på å slutte skolen
 - d Driver med ting som kan gi dem problemer med skolen
 - e Kjenner foreldrene (fosterforeldrene) dine
- E4 a Tilhører du en gruppe eller gjeng som driver med kriminalitet eller andre sosialt uakseptable aktiviteter? 0=Nei 1=Ja
- b** Hvis ja, hvor mange dager i løpet av de siste 30 har du vært med på slike gjengaktiviteter?
- E5 Hvor mange dager i løpet av de siste 30 har du deltatt på noen av følgende aktiviteter:
- a Vært på pub, bar, klubb, e.l.
 - b** Festet hjemme eller utendørs, e.l.
 - c Deltatt i sport
 - d "Hengt ute", f.eks. på gata, kjøpesenter, ol.
 - e Ødelagt en annens eiendom med vilje
 - f Plaget eller mobbet andre
 - g Havnet i slåsskamp
- E6** Hvor fornøyd er du med ditt sosiale liv?
0=Ikke i det hele tatt 2=Ganske fornøyd
1=Litt fornøyd 3=Veldig fornøyd
- E7 Har du hatt noen kjæreste(r) i løpet av de siste tre månedene? (antall)
- E8 Hvilken seksuell legning tror du at du har?
1=Heterofil 2=Bifil 3=Homofil 4=Usikker

Hvis kjæreste på spørsmål E7

E9 Er du eller var du fornøyd med ditt nåværende eller forrige forhold?
0=Nei 1=Ja

E10 Ser foreldrene dine noe problem med eller er bekymret over dette forholdet? ..
0=Nei 1=Ja

E11 Holder din nåværende kjæreste på med: 0=Nei 1=Ja N=ikke kjæreste nå

a Alkoholbruk? (utdyp under kommentarer)

b Narkotikabruk? (utdyp under kommentarer)

c Kriminalitet? (utdyp under kommentarer)

E12 Er du seksuelt aktiv?
0=Nei 1=Ja, med samme kjønn 2=Ja, med motsatt kjønn 3=Ja, med begge kjønn

Hvis ja (på spørsmål E12)

E13 Hvor ofte bruker du: 0=Aldri 1=Iblant 2=Hver gang

a Prevensjon (for å unngå graviditet)

b Kondom/beskyttelse mot kjønnssykdommer

E14 Har du noen gang hatt sex i bytte mot bosted, alkohol, narkotika eller penger ..
0=Aldri 1=Ja, 1 gang 2=Iblant (2-10 ganger) 3=Ofte (mer enn 10 ganger)

E15 a Har du noen gang blitt/gjort noen gravid? 0=Nei 1=Ja 2=Usikker ...

b Hvis ja, har dette ført til abort? (naturlig/provosert) 0=Nei 1=Ja

E16 Hvor mange dager i løpet av de siste 30 har du hatt store problemer med å komme overens med:

a Kjæreste? antall dager

b Andre nære venner? antall dager

c Andre personer (ikke familie) antall dager

E17 Er det noe annet, positivt eller negativt, angående ditt sosiale liv som du mener er viktig for oss å vite for å forstå deg bedre?

E18 Hvor mange av de siste 30 dagene har du opplevd å ha sosiale problemer?

Klientens vurderingsskala

E19 Hvor bekymret eller plaget har du vært av disse sosiale problemene de siste 30 dagene?

0=Ikke bekymret/plaget 2=Ganske bekymret/plaget
1=Litt bekymret/plaget 3=Veldig bekymret/plaget

E20 Hvor viktig er det for deg nå å få hjelp med disse problemene?

0=Ikke viktig i det hele tatt 2=Ganske viktig
1=Litt viktig 3=Veldig viktig

Intervjuers alvorlighetsvurdering

E21 Hvordan vil du vurdere klientens behov for hjelp til problemer knyttet til det sosiale?

Vurdering av tiltro *Er informasjonen over betydelig fordreid av:*

E22 Klientens feilaktige fremstillinger? 0=Nei 1=Ja

E23 Klientens manglende evne til å forstå? 0=Nei 1=Ja

Kommentarer

F FAMILIE

F1 Er det noen i din nærmeste familie som du mener har eller har hatt store problemer med (biologisk/adoptiv og stepforeldre):

	1	2	3	4	5
	Mor		Far		Søsken
	<i>bio</i>	<i>ste</i>	<i>bio</i>	<i>ste</i>	
0=Nei 1=Ja N=Passer ikke					
a Narkotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c Psykisk helse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d Sykdom/skade/handikap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e Kriminalitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spørsmålene F2 til F15 handler om den eller de to familiene som er viktigst i klientens liv; se spørsmål B6 d (fam A) og B6 e (fam B). Ved uaktuelt spørsmål, kod N. Hvis ingen fam B, kod N i kolonne B. Se håndbok for instruksjoner. Koder for spørsmålene F2 til og med F15:
 0=Ikke i det hele tatt 1=Litt 2=Ganske mye 3=Veldig mye

	A	B
F2 Hvor mye bråk/konflikter er det i familien din?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F3 Hvor mye bråker/krangler foreldrene dine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F4 Hvor godt trives du med å bo sammen med familien din?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F5 Hvor godt kommer du overens med følgende familiemedlemmer:		
a Mamma (morsfigur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Pappa (farsfigur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c Søster/søstre (hvis flere, skriv kommentar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d Bror/brødre (hvis flere, skriv kommentar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F6 Hvor fornøyd er du med hvordan du kommer overens med familien din?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F7 Hvor vanskelig synes du det er å snakke med moren din om problemer eller ting som plager deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F8 Hvor nær føler du at du står moren din?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F9 Hvor mye opplever du at du kan stole på det moren din sier?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F10 Hvor mye pleier moren din å kritisere, ydmyke, kjeft eller skyld på deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F11 Hvor vanskelig synes du det er å snakke med faren din om problemer eller ting som plager deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F12 Hvor nær føler du at du står faren din?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | A | B |
|--|--------------------------|--------------------------|
| F13 Hvor mye opplever du at du kan stole på det faren din sier? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F14 Hvor mye pleier faren din å kritisere, ydmyke, kjefte eller skyld på deg? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F15 Hvor mye har du gjort følgende i løpet av den siste måneden
0=Ikke i det hele tatt 1=Litt 2=Ganske mye 3=Veldig mye | | |
| a Hjulpet til med husarbeid | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b Kranglet med andre familiemedlemmer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c Løyet for eller lurt noen i familien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d Rotet til i huset eller ødelagt ting | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e Stjålet fra noen i familien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F16 Ved særboende biologiske (evt. adoptiv-) foreldre, hvor mye krangel/konflikt opplever du at det er nå mellom din mor og far? | <input type="checkbox"/> | |
| 0=Ikke i det hele tatt 1=Litt 2=Ganske mye 3=Veldig mye N=Har samboende foreldre | | |
| F17 Har familien din kontakt med barneverntjenesten/sosialtjenesten? 0=Nei 1=Ja | <input type="checkbox"/> | |
| F18 Er det noe annet, positivt eller negativt, angående familie som du mener er viktig for oss å vite for å forstå deg bedre? | | |

Klientens vurderingsskala

Klientvurderingene (F19 og F20) besvares begge dersom klienten har to viktige familiesettinger (som i F2 til F15); ved én viktig familiesetting besvares bare F19. Se håndbok.

- F19 a Hvor mange av de siste 30 dagene har du opplevd problemer i eller med familie (A)?
- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|
- b Hvor bekymret eller plaget har du vært av disse problemene med familie (A) de siste 30 dagene?
- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|
- 0=Ikke bekymret/plaget 2=Ganske bekymret/plaget
1=Litt bekymret/plaget 3=Veldig bekymret/plaget
- c Hvor viktig er det for deg nå å få hjelp med disse problemene med familie (A)?
- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|
- 0=Ikke viktig i det hele tatt 2=Ganske viktig
1=Litt viktig 3=Veldig viktig

- F20 a Hvor mange av de siste 30 dagene har du opplevd problemer i eller med familie (B)?
- b Hvor bekymret eller plaget har du vært av disse problemene med familie (B) de siste 30 dagene?
 0=Ikke bekymret/plaget 2=Ganske bekymret/plaget
 1=Litt bekymret/plaget 3=Veldig bekymret/plaget
- c Hvor viktig er det for deg nå å få hjelp med disse problemene med familie (B)?
 0=Ikke viktig i det hele tatt 2=Ganske viktig
 1=Litt viktig 3=Veldig viktig

Intervjuers alvorlighetsvurdering

- F21 Hvordan vil du vurdere klientens behov for hjelp til problemer knyttet til familie (begge settinger)?

Vurdering av tiltro *Er informasjonen over betydelig fordreid av:*

- F22 Klientens feilaktige fremstillinger? 0=Nei 1=Ja
- F23 Klientens manglende evne til å forstå? 0=Nei 1=Ja

Kommentarer

G PSYKISK HELSE

G1 Hvor mange ganger har du fått behandling for psykiske eller følelsesmessige problemer:

- a Poliklinisk (antall behandlingssekvenser, ikke antall besøk/konsultasjoner)
- b Døgnbehandling (sykehus/klinikk)

G2 Hvilke av følgende følelser, tanker eller reaksjonsmønstre passer for deg den siste måneden:

0=Nei 1=Ja

- a Kjeder deg lett
- b Trist eller deprimert
- c Mye engstelig eller bekymret
- d Skammer deg over deg selv
- e Vanskelig for å kontrollere sinne eller voldsomme handlinger
- f** Lyst til å skade deg selv
- g Redd for å fysisk skade noen
- h Får gale/sprø ideer i hodet
- i Følelse av at andre er imot deg eller ute etter å ta deg
- j** Følelse av at noe er galt med forstanden din (hodet ditt)
- k Redd for å miste kontroll over handlingene dine
- l** Følelse av at ting ikke er riktig virkelige
- m** Hatt selvmordstanker
- n Følelse av håpløshet med tanke på fremtiden
- o Følelse av å være verdiløs
- p Ubehagelig selvbevissthet/selvfokus
- q Følt deg ydmyket eller plaget av andre
- r Blir fort utmattet av små ting

- G3
- 1 Har du hatt en periode på en uke eller mer hvor du har:
(ikke som direkte følge av rus/abstinens)
0=Nei 1=Ja (kolonne 1: i løpet av livet)
- 2 Har noen av disse periodene vært i løpet av siste 30 dager?
0=Nei 1=Ja (kolonne 2: siste 30 dager)
- | | | 1 | 2 |
|----------|---|--------------------------|--------------------------|
| a | Vært alvorlig deprimert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b | Hatt alvorlig angst/anspenthet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c | Opplevd vanskeligheter m/å forstå, hukommelse el. konsentrasjon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d | Opplevd hallusinasjoner (også kortvarig)
(sett eller hørt ting som ikke er der) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e | Gjenopplevd tidligere traumatiske hendelser på en svært
skremmende måte (også kortvarig)
(for eksempel i drømme, sterke minner, "flashbacks" eller fysiske reaksjoner; skriv kommentar) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 1 Har du noen gang:
0=Nei 1=Ja (kolonne 1: i løpet av livet)
- 2 Har noen av disse gangene vært i løpet av siste 30 dager?
0=Nei 1=Ja (kolonne 2: siste 30 dager)
- | | | 1 | 2 |
|----------|--|--------------------------|--------------------------|
| f | Opplevd probl. med å kontrollere voldelig oppførsel (også ved rus) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g | Hatt alvorlige selvmordstanker (også ved rus) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h | Forsøkt å ta ditt eget liv (også ved rus) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i | Antall selvmordsforsøk (også ved rus) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j | Skadet deg selv med vilje, f.eks. brent eller skåret deg (også ved rus) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k | Fått medisin av lege for et psykisk eller følelsesmessig problem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- Hvis ja, hvilken/hvilke:

- G4 Har du noen gang blitt (av familie eller andre) (beskriv) 0=Nei 1=Ja
- | | | |
|----------|---------------------------------|--------------------------|
| a | Fysisk mishandlet | <input type="checkbox"/> |
| b | Seksuelt misbrukt | <input type="checkbox"/> |
| c | Følelsesmessig mishandlet | <input type="checkbox"/> |

G5 Er det noe annet, positivt eller negativt, angående din psykiske helse som du mener er viktig for oss å vite for å forstå deg bedre?

G6 Hvor mange av de siste 30 dagene har du opplevd psykiske eller følelsesmessige problemer?

Klientens vurderingsskala

G7 Hvor bekymret eller plaget har du vært av disse psykiske eller følelsesmessige problemene de siste 30 dagene?

0=Ikke bekymret/plaget 2=Ganske bekymret/plaget
1=Litt bekymret/plaget 3=Veldig bekymret/plaget

G8 Hvor viktig er det for deg nå å få hjelp med disse problemene?

0=Ikke viktig i det hele tatt 2=Ganske viktig
1=Litt viktig 3=Veldig viktig

Intervjuers alvorlighetsvurdering

G9 Hvordan vil du vurdere klientens behov for hjelp til problemer knyttet til psykisk helse?

Vurdering av tiltro *Er informasjonen over betydelig fordreid av:*

G10 Klientens feilaktige fremstillinger? 0=Nei 1=Ja

G11 Klientens manglende evne til å forstå? 0=Nei 1=Ja

Kommentarer

H KRIMINALITET

- H1 a Hvor mange ganger i livet er du blitt anholdt eller arrestert av politiet..
 (hvis kontakt med barnevernsvakt, konfliktråd ol., skriv kommentar)
- b Hvor mange ganger er du dømt?
- H2** a Har du for tiden en betinget dom eller er ute på prøve?
 0=Nei 1=Ja
- b Hvis ja, for hva? (se tabell H7 nedenfor for lovbruddskoder)
- H3 Hvor mange ganger, om noen, har du brutt vilkårene for en dom/prøveløslatelse? (antall ganger)
- H4 Hvor mange ganger i løpet av de siste tre månedene er du blitt fengslet?...
- H5 a Hvor lenge er det lengste du har vært fengslet?
 0=Aldri fengslet
 1=Mindre enn 24 timer/over natten
 2=Mellom to og 14 dager (t.o.m. to uker)
 3=Mellom 15 og 30 dager (t.o.m. en måned)
 4=Mellom 1 måned og 1 år
 5=Mer enn 1 år
- b Hvis ja, for hva? (se tabell H7 nedenfor for lovbruddskoder) (ved flere tiltaler, kod den alvorligste og skriv kommentar)
- H6** a Venter du nå på tiltale/rettssak eller dom? 0=Nei 1=Ja
- b Hvis ja, for hva? (se tabell H7 nedenfor for lovbruddskoder) (ved flere tiltaler, kod den alvorligste og skriv kommentar)

H7 Spørsmål om innblanding i ulike kriminelle aktiviteter

- 1 Har du noen gang gjort det? 0=Nei 1=Ja
- 2 Hvor gammel var du første gang du gjorde det? ("alder")
- 3 Hvor mange ganger har du vært involvert i dette i løpet av de siste tre månedene? ("siste 3")

Kode	Aktivitet	1 (1=Ja)	2 (alder)	3 (siste tre)
a	Nasking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Tyveri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Kjøp/besittelse av narkotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Salg av narkotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Kjøring i påvirket tilstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	Alvorlig brudd på veitrafikkloven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kode	Aktivitet	1 (1=Ja)	2 (alder)	3 (siste tre)
g	Biltyveri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	Skadeverk/vandalisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i	Innbrudd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j	Kjøp/salg av tyvegods	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k	Ran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l	Vold/mishandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m	Våpenbesittelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n	Seksuelle overgrep	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o	Brannstiftelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p	Drapsforsøk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q	Drap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r	Annet, spesifiser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H8 Hvor mange dager i løpet av de siste 30 har du vært innblandet i kriminelle aktiviteter?

H9 Er det noe annet, positivt eller negativt, angående kriminalitet som du mener er viktig for oss å vite for å forstå deg bedre?

H10 Hvor mange av de siste 30 dagene har du opplevd problemer pga kriminalitet?

Klientens vurderingsskala

H11 a Hvor bekymret eller plaget har du vært av disse problemene med *kriminalitet* de siste 30 dagene?

0=Ikke bekymret/plaget 2=Ganske bekymret/plaget
1=Litt bekymret/plaget 3=Veldig bekymret/plaget

b Hvor viktig er det for deg nå å få hjelp for dine problemer med kriminalitet?

0=Ikke viktig i det hele tatt 2=Ganske viktig
1=Litt viktig 3=Veldig viktig

H 12 a Hvor bekymret eller plaget har du vært av disse *juridiske* problemene de siste 30 dagene?
0=Ikke bekymret/plaget 2=Ganske bekymret/plaget
1=Litt bekymret/plaget 3=Veldig bekymret/plaget

b Hvor viktig er det for deg nå å få hjelp med dine juridiske problemer?
0=Ikke viktig i det hele tatt 2=Ganske viktig
1=Litt viktig 3=Veldig viktig

Intervjuers alvorlighetsvurdering

H13 Hvordan vil du vurdere klientens behov for hjelp til problemer knyttet til kriminalitet/jus?

Vurdering av tiltro *Er informasjonen over betydelig fordreid av:*

H14 Klientens feilaktige fremstillinger? 0=Nei 1=Ja

H15 Klientens manglende evne til å forstå? 0=Nei 1=Ja

Kommentarer

I ALKOHOL & NARKOTIKA

11 Spørsmål om alkohol og narkotika

- 1 **Har du noen gang brukt rusmiddelet?** " (brukt) "
 0=Aldri brukt
 1=Kun eksperimentert (maksimum tre ganger)
 2=Brukt mer enn tre ganger
 (Hvis "0=Aldri brukt" gå til neste rusmiddel)
- 2 **Hvor gammel var du første gang du brukte dette rusmiddelet?** " (alder) "
 (for alkohol—første gang med effekt)
- 3 **Hvor mange av de siste 30 dagene har du brukt rusmiddelet?** " (30 dg) "
 (uansett mengde)
- 4 **Hvor mange dager brukte du rusmiddelet i løpet av den måneden du brukte det hyppigst?** " (mest) "
 (uansett mengde, hele livet)
 (besvares bare hvis brukt mer enn 3 ganger, N=Kun eksperimentert)
- 5 **Hvor mange måneder til sammen har du brukt rusmiddelet i løpet av livet?** " (omfang) "
 (1 måned = mer enn tre ganger per måned)
 (besvares bare hvis brukt mer enn 3 ganger, N=Kun eksperimentert)

Kode	Aktivitet	1 (brukt)	2 (alder)	3 (30 dg)	4 (mest)	5 (omfang)
a	Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Hasj/marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Beroligende medikamenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Kokain/crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	Hallusinogener (LSD, o.l.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	"Partydop" (ecstasy o.l.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	Sniffing (lim, gass, o.l.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i	Heroin/opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j	Doping/steroider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k	Andre rusmidler, spesifiser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l	Tobakk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 12 a Har du noen gang satt stoff med sprøyte? 0=Nei 1=Ja
- b Hvis ja, hvilke stoff har du satt med sprøyte?

- c Hvis ja, alder første gang?
- d Hvis ja, hvor mange av de siste 30 dagene har du satt stoff med sprøyte?
- 13 Hvor mange av de siste 30 dagene har du brukt mer enn ett rusmiddel per dag? (inkludert alkohol)
- 14 I løpet av de siste 30 dagene, hvor mye drakk du den dagen du drakk mest alkohol? (en enhet = 1 øl eller 1 glass vin eller 1 drink)
- 15** Hvor mange ganger har du drukket deg full i løpet av de siste 30 dagene?
 antall ganger

16 **Besvares av intervjueren**

Hvilket rusmiddel utgjør hovedproblemet?
 (se tabell I1 for bokstavkode) (ved misbruk av flere rusmidler, kod "m") *Hvis usikkert, spør klienten. Dersom klienten ikke har noe rusmiddelproblem, kod N. Tobakk skal ikke medregnes her.*

17 Har du opplevd å trenge større og større doser av et rusmiddel for å oppnå rus?

0=Nei 1=Ja, alkohol 2=Ja, narkotika 3=Ja, både alkohol og narkotika

18 Har du noen gang prøvd å redusere bruken av et rusmiddel uten å klare det?

0=Nei 1=Ja, alkohol 2=Ja, narkotika 3=Ja, både alkohol og narkotika

19 Hvor mange ganger har du fått behandling eller rådgivning for :
 (poliklinisk = behandlingssesjoner)

	1. Poliklinisk	2. Døgninstitusjon
a Alkohol	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b Narkotika	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

110 Er det noe annet, positivt eller negativt, angående alkohol- og/eller narkotikamisbruk som du mener er viktig for oss å vite for å forstå deg bedre?

I11 Hvor mange av de siste 30 dagene har du opplevd å ha problemer med:

- a Alkohol
- b Narkotika

Klientens vurderingsskala

I12 Hvor bekymret eller plaget har du vært de siste 30 dagene av problemene med

- a Alkohol
- b Narkotika

0=Ikke bekymret/plaget 2=Ganske bekymret/plaget
1=Litt bekymret/plaget 3=Veldig bekymret/plaget

I13 Hvor viktig er det for deg nå å få hjelp med problemene med

- a Alkohol
- b Narkotika

0=Ikke viktig i det hele tatt 2=Ganske viktig
1=Litt viktig 3=Veldig viktig

Intervjuers alvorlighetsvurdering

I14 Hvordan vil du vurdere klientens behov for hjelp til problemer knyttet til alkohol?

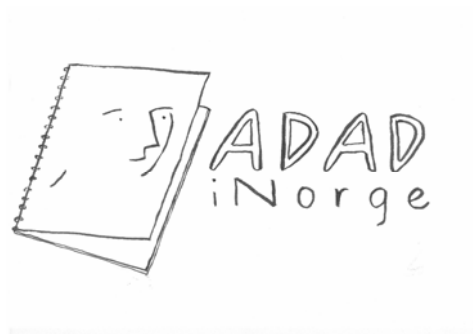
I15 Hvordan vil du vurdere klientens behov for hjelp til problemer knyttet til narkotika?

Vurdering av tiltro *Er informasjonen over betydelig fordreid av:*

I16 Klientens feilaktige fremstillinger? 0=Nei 1=Ja

I17 Klientens manglende evne til å forstå? 0=Nei 1=Ja

Kommentarer



22. desember 2006