

Baggrundsoplysninger

Instruktion

1. Udfyld alle felter - om nødvendigt brug følgende koder:

X = spørgsmålet ikke besvaret
N = spørgsmålet irrelevant

Brug kun ét tegn pr. spørgsmål

2. Efter nogle af hovedområderne er der afsat plads til yderligere kommentarer. På side 7 er der afsat plads til kommentarer.

Interviewerens vurdering af klientens behov for behandling
Belastningsscoren udtrykker interviewerens vurdering af klientens behov for yderligere behandling indenfor hvert hovedområde.

Skalaen går fra 0 (ingen behandling nødvendig) til 9 (behandling nødvendig for at afværge en livstruende situation). Hver enkelt score er baseret på klientens problembaggrund, nuværende situation og subjektive opfattelse af vedkommendes behandlingsbehov på det pågældende område. For en detaljeret beskrivelse af procedure, henvises til manualen.

© = Spørgsmål indeholdt i Composite Score

c11-13;
d9-10, d18, d21-23;
e1-13, e14a(30 dage), e21, e23-25;
f15, f18-21;
h10-17(30dage), h19-23;
i3-10(30 dage) i11-13

Klient-måle-skalaen

0 = Intet problem/intet behov for hjælp
1 = Mindre problem/mindre behov for hjælp
2 = Moderat problem/moderat behov for hjælp
3 = Betydeligt problem/betydeligt behov for hjælp
4 = Meget stort problem/meget stort behov for hjælp

Profil over klient- og interviewer-vurderingerne

Klient-vurdering belastning							Interviewer-vurdering belastning						
4							9						
3							8						
2							7						
1							6						
0							5						
	Fysisk helbred	Arbejde/forsørgelse	Alkohol	Stoffer	Kriminalitet	Familie/netværk		Fysisk helbred	Arbejde/forsørgelse	Alkohol	Stoffer	Kriminalitet	Familie/netværk
4							4						
3							3						
2							2						
1							1						
0							0						

Klient-vurdering hjælp

a. Baggrundsdata

Navn: _____

a cpr. nummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

a1 Hvilke tilbud er du i øjeblikket tilknyttet eller skal du tilknyttes?

Intensitet

Ambulant behandling Ja Nej
Ambulant dagbehandling Ja Nej
Døgnbehandling Ja Nej

Medicinsk

Afgiftning Ja Nej
Stoffri behandling Ja Nej
Substitutionsbehandling Ja Nej
Anden medicinsk behandling Ja Nej

Andre modaliteter

Psykiatrisk hospital Ja Nej
Andet hospital/institution Ja Nej

Andet: _____

Ingen behandling: Ja Nej

a2 Indskrivningsdato Dato Måned År

--	--	--	--	--	--	--	--

a3 Interviewdato Dato Måned År

--	--	--	--	--	--	--	--

a4 Interview start kl.

--	--	--	--

a5 Interview slut kl.

--	--	--	--

a6 Interviewtype

1. Første interview Ja Nej
2. Opfølgning Ja Nej

a7 Interviewform (se manual)

1. Personligt Ja 2. Pr. telefon Ja 3. Skriftligt Ja

a8 Køn: 1. Mand, Ja 2. Kvinde, Ja

a9 Interviewers navn/initialer _____

a10 Særlige forhold (spring over, hvis ikke aktuelt)

1. Klienten afbryder Ja
2. Klienten nægter Ja
3. Klienten ude af stand til at svare Ja

<p>b. Generelle informationer</p> <p>b1. Aktuelle bolig i... skriv kode: <input type="text"/></p> <p>1. Storby (> 100.000) 2. Medium (10. - 100.000) 3. Lille by (<10.000)</p> <p>b2. Postnummer: <input type="text"/></p> <p>b3. Hvor lang tid har du boet i din nuværende bolig (se manual) <input type="text"/> år <input type="text"/> måneder</p> <p>b4. Hvor har du boet de sidste 30 dage</p> <p>1. I selvstændig bolig <input type="checkbox"/> 2. På lejet værelse <input type="checkbox"/> 3. Hos familie/venner <input type="checkbox"/> 4. På institution <input type="checkbox"/> 5. I støttebolig/bofællesskab/halvvejshus <input type="checkbox"/> 6. I familiepleje <input type="checkbox"/> 7. På herberg/pensionat <input type="checkbox"/> 8. I fængsel <input type="checkbox"/> 9. På gaden/ingen bolig <input type="checkbox"/> 10. Andet: _____ <input type="checkbox"/></p>	<p>b5. Nationalitet: _____</p> <p>b6. Født i hvilket land: Klienten: _____ Klientens mor: _____ Klientens far: _____</p> <p>b7. Har du været indlagt/indsat på nogen institution indenfor de sidste 30 dage:</p> <p>1. Nej <input type="checkbox"/> 2. Fængsel <input type="checkbox"/> 3. Alkohol eller stofmisbrugs-behandlingsinstitution <input type="checkbox"/> 4. Somatisk hospital <input type="checkbox"/> 5. Psykiatrisk hospital <input type="checkbox"/> 6. Andet: _____ <input type="checkbox"/></p> <p>b8. Hvis JA i spørgsmål b7, hvor mange dage <input type="text"/> antal</p>
<p>c. Fysisk helbred</p> <p>c1. Hvor mange gange i dit liv har du været indlagt på hospital pga. fysiske skader eller sygdom (inkl. OD og DT, ekskl. afrusning): <input type="text"/></p> <p>c2. Hvor lang tid er der gået, siden du sidst var indlagt for en fysisk skade eller sygdom: år <input type="text"/> måneder <input type="text"/></p> <p>c3. Har du kronisk fysiske skader eller sygdomme, som ofte påvirker dit liv: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p> <p>c3a. Hvis JA på c3, hvilke: _____</p> <p>c4. Har du nogensinde haft leverbetændelse nej <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ved ikke <input type="checkbox"/> vil ikke svare <input type="checkbox"/></p> <p>c5. Er du nogensinde blevet testet for hiv nej <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ved ikke <input type="checkbox"/> vil ikke svare <input type="checkbox"/></p> <p>c6. Hvis ja til c5, hvor mange måneder siden: <input type="text"/> måneder</p> <p>c7. Hvad var det sidste test-resultat hiv negativ <input type="checkbox"/> hiv positiv <input type="checkbox"/> ved ikke <input type="checkbox"/> vil ikke svare <input type="checkbox"/></p> <p>c8. Tager du regelmæssigt lægeordineret medicin for fysiske skader eller sygdomme: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p>	<p>c9. Modtager du førtidspension på grund af fysisk skade eller sygdom: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p> <p>c10. Er du blevet behandlet af en læge for fysiske skader eller sygdomme indenfor de seneste 6 måneder: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p> <p>c11. Hvor mange dage har du oplevet fysiske problemer indenfor de sidste 30 dage: dage <input type="text"/> <input type="radio"/></p> <p>For spørgsmålene c12 og c13 anvend klient-måle-skalaen</p> <p>c12. Hvor bekymret eller besværet har du været af de fysiske problemer (nævnt i c11) de sidste 30 dage. <input type="radio"/> Score 0 til 4: <input type="text"/></p> <p>c13. Hvor vigtigt er det for dig nu at få behandling for disse fysiske problemer: <input type="radio"/> Score 0 til 4: <input type="text"/></p> <p>Interviewer vurdering</p> <p>c14. Hvordan vil du vurdere klientens behov for fysisk behandling: Score 0 til 9: <input type="text"/></p> <p>Er klientens informationer væsentligt forringede pga.</p> <p>c15. Manglende pålidelighed: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p> <p>c16. Vanskeligheder ved at forstå spørgsmålene Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p>

d. Uddannelse, beskæftigelse, indtægt

- d1. Afsluttet skoleuddannelse:
- 8. klasse
 - 9. klasse
 - 10. klasse
 - Student, HF, HTX, HH
- d2. Afsluttet videreuddannelse:
- EFG basisår
 - Erhvervsfaglig uddannelse/læring etc.
 - Kortere videregående uddannelse
 - Mellemlang videregående uddannelse
 - Lang videregående uddannelse
- d3. Afsluttet andet:
- Frie ungdomsuddannelser
 - Højskole
 - Andet: _____
- d4. Har du et gyldigt kørekort: Ja Nej
- d5. Hvor lang tid har dit længste ansættelsesforløb været (se manual for definition):
- år måneder
- d6. Hvor lang tid varede din længste arbejdsløshedsperiode:
- år måneder
- d7. Sædvanlige (eller seneste) beskæftigelse: _____

- d8. Sædvanlige beskæftigelse de sidste 3 år:
- Fuldtid
 - Deltid (fast timetal pr. uge)
 - Deltid (varieret timetal, timeansat, dagarbejder etc.)
 - Studerende
 - Militærtjeneste
 - Pension
 - Kontanthjælp
 - Sygedagpenge
 - Arbejdsløshedsdagpenge
 - I fængsel eller ophold på institution
 - Hjemmegående
- d9. Hvor mange dage har du haft arbejde de sidste 30 dage: ©
- dage
- d10. Indtægtskilder de sidste 30 dage: ©
- 1 Lønindkomst
 - 2 SU
 - 3 Arbejdsløshedsdagpenge
 - 4 Aktivering/løn med tilskud
 - 5 Sygedagpenge
 - 6 Kontanthjælp
 - 7 Revalideringsydelse
 - 8 Førtidspension/pension
 - 9 Fra familie, venner og lign.
 - 10 Illegale aktiviteter
 - 11 Prostitution
 - 12 Andet: _____

- d18. Hvilke af de i d10 nævnte 12 indtægtskilder var din hovedindtægtskilde de sidste 30 dage (brug ovenstående koder 1 til 12): Kode ©
- d19. Har du nogen gæld: Ja Nej
- d19a. Hvis Ja i d19: Beløb: _____
- d20. Hvor mange personer ud over dig selv er afhængig af din indtjening:
- Antal personer
- d21. Hvor mange dage indenfor de sidste 30 dage har du oplevet arbejdsmæssige problemer (såvel problemer med arbejdet som problemer med at finde arbejde): ©
- Antal dage
- For spørgsmålene d22 og d23 anvend klient-måle-skalaen**
- d22. Hvor bekymret eller besværet har du været af de i d21 nævnte arbejdsmæssige problemer de sidste 30 dage: ©
- Score 0 til 4:
- d23. Hvor vigtigt er det for dig på nuværende tidspunkt at få rådgivning om disse arbejdsmæssige problemer: ©
- Score 0 til 4:

Interviewer vurdering

- d24. Hvordan vil du vurdere klientens behov for rådgivning i forhold til de ovenfor nævnte arbejdsmæssige problemer
- Score 0 til 9:
- Er klientens informationer væsentligt forringede pga**
- d25. Manglende pålidelighed: Ja Nej
- d26. Vanskeligheder ved at forstå spørgsmålene: Ja Nej

Kommentarer:

e. Stof- og alkohol brug

	debut alder	antal år i livet	sidste 30 dg	Ind * måde
e1	Alkohol forbrug			
e2	Alkohol overforbrug			
e3	Heroin			
e4	Metadon (legal, illegal)			
e5	Andre opiater/smertest.			
e6	BZ, barbiturater			
e7	Kokain			
e8	Amfetamin			
e9	Cannabis			
e10	Hallucinogener			
e11	Inhalanter			
e12	Andet			
e13	Mere end 1 stof pr. dag fra e1 til e12			

* Indtagelsesmåde: 1=oralt, 2=nasalt/snifning, 3=rygning, 4= injektion/sprøjte, 5=andet

e14 Har du nogensinde injiceret: Ja Nej

e14a (hvis ja til e14)

Debutalder

Injiceret antal år

Injiceret sidste 6 mdr. (antal mdr.)

Injiceret sidste 30 dage (antal dage) ©

e20 Hvor lang tid siden er det at denne stoffri/alkoholfri periode sluttede antal måneder

e21 Hvor mange penge vil du anslå du har brugt i løbet af de sidste 30 dage på:

Alkohol ©

Stoffer ©

e22 Hvor mange dage, indenfor de sidste 30 dage, har du modtaget ambulante behandling for alkohol eller stofmisbrug (inkl. NA og AA) dage

e23 Hvor mange dage i de sidste 30 dage har du oplevet problemer med

Alkohol dage ©

Stoffer dage ©

**For spørgsmålene e24 og e25
anvend klient-måle-skalaen**

e14b Hvis injiceret indenfor de sidste 6 måneder, har du så:
1=ikke delt sprøjte/kanyle med andre, Ja
2=indimellem delt sprøjte/kanyle med andre, Ja
3=ofte delt sprøjte/kanyle med andre Ja

e15 Hvor mange gange har du:

a) fået delirium af alkohol

b) taget overdosis af stoffer

e16 Hvor ofte har du modtaget nogen af nedenstående tilbud (skriv antal forløb):

	Stof	Alkohol
Ambulant afgiftning	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ambulant substitution, vedligeh.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ambulant stoffri	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dagbehandling	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Halvvejshus	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Afgiftning døgn	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Døgnbehandling, abstinent	<input type="text"/>	<input type="text"/>

e17 Hvor mange måneder varede den længste stoffri periode efter et af ovenstående behandlingstilbud:

Stoffer antal måneder

Alkohol antal måneder

e18 Hvilket stof er det største problem for dig = *hovedmisbrugsstof* (brug tallene 0 for ingen problemer, e2-e12 for enkelte rusmidler, 15 for alkohol og stoffer og 16 for flere stoffer/polydrug)

skriv kode

e19 Hvor længe varede din sidste stoffri/alkoholfri periode fra *hovedmisbrugsstoffet* uden forudgående behandling (skriv 00, hvis aldrig været misbrugsfri)

antal måneder

e24 Hvor bekymret eller besværet har du været de sidste 30 dage af:

alkoholproblemer Score 0 til 4: ©

stoffproblemer Score 0 til 4: ©

e25 Hvor vigtigt er det for dig nu at få behandling for:

alkoholproblemer Score 0 til 4: ©

stoffproblemer Score 0 til 4: ©

Interviewer vurdering

e26 Hvordan vil du vurdere klientens behov for behandling for:

alkoholproblemer Score 0 til 9:

stoffproblemer Score 0 til 9:

Er klientens informationer væsentligt forringede pga. :

e27. manglende pålidelighed Ja Nej

e28. vanskeligheder ved at forstå spørgsmålene
Ja Nej

f. Kriminalitet

f1 Er den nuværende behandling foranlediget af de retslige myndigheder (domstol, kriminalforsorg mv.) Ja Nej

f2 Er du prøveløsladt eller har du en betinget dom med vilkår Ja Nej

Hvor mange gange i dit liv har du været sigtet for følgende:

f3 Besiddelse og/eller handel med stoffer

f4 Berigelseskriminalitet (tyveri, indbrud, bedrageri, falskneri, hæleri, afpresning)

f5 Røveri, overfald, brandstiftelse, mord, manddrab

f6 Anden kriminalitet

f7 Hvor mange af disse sigtelser resulterede i domfældelse

Hvor mange gange har du været sigtet for følgende:

f8 Forstyrrelse af offentlig ro og orden

f9 Prostitution (ikke Danmark)

f10 Kørsel i stof/alkoholpåvirket tilstand

f11 Anden overtrædelse af færdselsloven

f12 Hvor lang tid har du været i fængsel i dit liv

f13 Hvis Ja f12, hvor lang tid varede din sidste afsoning

f14 Hvis Ja f12, for hvilken forseelse var du fængslet (brug f3-f6 og f8-f11, hvis flere angiv den alvorligste)

f15 Venter du i øjeblikket på at blive tiltalt, på at blive indkaldt til retten, på at afsone straf Ja Nej ©

f16 Hvis ja i e15, nævn hvilken kriminalitet (brug f3-f6 og f8-f11, hvis flere angiv den alvorligste)

f17 Hvor mange dage i de sidste 30 dage har du været i fængsel, tilbageholdt i arrest el.lign.

f18 Hvor mange dage i løbet af de sidste 30 dage har du været involveret i illegale aktiviteter for at skaffe penge ©

For spørgsmålene f19 og f20 anvend klient-måle-skalaen

f19 Hvor alvorligt synes du dine aktuelle problemer med kriminalitet/retssystemet er: Score 0 til 4: ©

f20 Hvor vigtigt er det for dig at få hjælp til disse problemer: Score 0 til 4: ©

Interviewer vurdering

f21 Hvordan vil du vurdere klientens behov for hjælp omkring problemer med kriminalitet/restsystemet Score 0 til 9:

Er klientens informationer væsentligt forringede pga.:

f22. manglende pålidelighed Ja Nej

f23. vanskeligheder ved at forstå spørgsmålene Ja Nej

g. Familie historie

g Har nogle af dine biologiske slægtninge haft hvad du vil betegne som betydelige alkohol-, narkotika-, eller psykisk problemer og som blev eller som burde være blevet behandlet alko=alkohol stof=stoffer psyk=psykiatrisk

0 = nej 1 = Ja X = Usikker/ved ikke N = hvis der ikke er nogen slægtning i denne kategori

Moderens side				Faderens side				Søskende			
	alko	stof	psyk.		alko	stof	psyk.		alko	stof	psyk.
Mormor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Farmor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bror 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morfar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Farfar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bror 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Far	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Søster 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Faster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Søster 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morbror	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Farbror	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stedbror	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stedsøster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

<p>h. Familie og netværk</p> <p>h1 Civil stand (aktuelt)</p> <p>Gift <input type="checkbox"/></p> <p>Gift igen <input type="checkbox"/></p> <p>Enke/enkemand <input type="checkbox"/></p> <p>Separeret <input type="checkbox"/></p> <p>Fraskilt og ikke samlevende <input type="checkbox"/></p> <p>Aldrig gift/samlevende <input type="checkbox"/></p> <p>Samlevende <input type="checkbox"/></p> <p>Skilt fra samlever <input type="checkbox"/></p> <p>h2 Hvor lang tid har du haft denne civile stand:</p> <p>år <input type="text"/> måneder <input type="text"/></p> <p><i>Hvis aldrig gift/samlevende - regn fra dit 18. år</i></p> <p>h3 Er du tilfreds med denne civil stand</p> <p>ja <input type="checkbox"/> ved ikke <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/></p> <p>h4 Sædvanlige samlivsforhold sidste 3 år (ved flere – den længstvarende)</p> <p><input type="checkbox"/> Med partner og børn under 18</p> <p><input type="checkbox"/> Med partner uden børn</p> <p><input type="checkbox"/> alene med børn under 18</p> <p><input type="checkbox"/> Alene med børn under 18 udenfor hjemmet</p> <p><input type="checkbox"/> Med forældre</p> <p><input type="checkbox"/> Med familie</p> <p><input type="checkbox"/> Med venner</p> <p><input type="checkbox"/> Alene</p> <p><input type="checkbox"/> I kontrolleret miljø (fængsel, institution og lign.</p> <p><input type="checkbox"/> Ustabile samlivsforhold</p>	<p>h5 Hvor lang tid har du levet på den i h4 nævnte måde:</p> <p>år <input type="text"/> måneder <input type="text"/></p> <p>h6 Er du tilfreds med at bo på denne måde</p> <p>ja <input type="checkbox"/> ved ikke <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/></p> <p><i>Bor du sammen med nogen som ...</i></p> <p>h6a. ...har problemer med alkohol Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p> <p>h6b. ...bruger psykoaktive stoffer Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p> <p>h7 Sammen med hvem bruger du det meste af din fritid:</p> <p>Familie uden aktuelle alkohol- eller stofproblemer <input type="checkbox"/></p> <p>Familie med aktuelle alkohol- og stofproblemer <input type="checkbox"/></p> <p>Venner uden aktuelle alkohol- eller stofproblemer <input type="checkbox"/></p> <p>Venner med aktuelle alkohol- og stofproblemer <input type="checkbox"/></p> <p>Alene <input type="checkbox"/></p> <p>h8 Er du tilfreds med at bruge din fritid på denne måde:</p> <p>ja <input type="checkbox"/> ved ikke <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/></p> <p>h9 Hvor mange nære venner har du: <input type="text"/> antal</p> <p><i>Vejledning for spørgsmål 9A til 18.</i></p> <p>0 = Klart NEJ</p> <p>1 = Klart JA</p> <p>X = Usikker/ved ikke</p> <p>N = Ikke kendt nogen fra kategorien</p> <p>h9A Vil du mene, du har haft nære og vedvarende personlige relationer med nogle af nedenstående personer i dit liv:</p> <p>Mor <input type="checkbox"/></p> <p>Far <input type="checkbox"/></p> <p>Brødre/søskende <input type="checkbox"/></p> <p>Partner/ægtefælle <input type="checkbox"/></p> <p>Børn <input type="checkbox"/></p> <p>Venner <input type="checkbox"/></p>																																										
<p><i>Har du haft tydelige perioder, hvor du har haft alvorlige problemer med nogen af nedenstående 0=Nej 1=Ja</i></p> <p>©</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>sidste 30 dage</th> <th>liv</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>h10 Mor</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>h11 Far</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>h12 Brødre/søskende</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>h13 Partner/ægtefælle</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>h14 Børn</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>h15 Anden vigtig familie</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>h16 Nære venner</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>h17 Naboer</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>h18 Kollegaer</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table> <p><i>Har nogle af personerne fra spørgsmål h10-h18 misbrugt dig 0=Nej 1=Ja</i></p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>sidste 30 dage</th> <th>liv</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>h18a Følelsesmæssigt (ydmygelse, psykisk terror, ...)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>h18b Fysisk (slået eller på anden måde skadet legemligt)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>h18c Seksuelt (påtvungne seksuelle ydelser, seksuel chikane...)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table> <p>h19 Hvor mange dage indenfor de sidste 30 dage har du haft alvorlige konflikter:</p> <p>med din familie <input type="text"/> ©</p> <p>med andre end din familie <input type="text"/> ©</p>		sidste 30 dage	liv	h10 Mor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h11 Far	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h12 Brødre/søskende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h13 Partner/ægtefælle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h14 Børn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h15 Anden vigtig familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h16 Nære venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h17 Naboer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h18 Kollegaer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		sidste 30 dage	liv	h18a Følelsesmæssigt (ydmygelse, psykisk terror, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h18b Fysisk (slået eller på anden måde skadet legemligt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h18c Seksuelt (påtvungne seksuelle ydelser, seksuel chikane...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>For spørgsmålene h20 og h23 anvend klient-måle-skalaen</p> <p><i>Hvor bekymret eller besværet har du været de sidste 30 dage af...</i></p> <p>h20 Familiemæssige problemer Score 0 til 4: <input type="checkbox"/> ©</p> <p>h21 Problemer med andre personer Score 0 til 4: <input type="checkbox"/> ©</p> <p><i>Hvor vigtigt er det for dig at få behandling eller rådgivning for disse...</i></p> <p>h22 Familiemæssige problemer Score 0 til 9: <input type="checkbox"/> ©</p> <p>h23 Problemer med andre personer Score 0 til 9: <input type="checkbox"/> ©</p> <p>Interviewer vurdering</p> <p>h24 Hvordan vil du vurdere klientens behov for rådgivning i forhold til problemer med familie og/eller andre.</p> <p>Er klientens informationer væsentligt forringede pga.</p> <p>h25 manglende pålidelighed Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p> <p>h26 vanskeligheder ved at forstå spørgsmålene Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p>
	sidste 30 dage	liv																																									
h10 Mor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
h11 Far	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
h12 Brødre/søskende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
h13 Partner/ægtefælle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
h14 Børn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
h15 Anden vigtig familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
h16 Nære venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
h17 Naboer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
h18 Kollegaer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
	sidste 30 dage	liv																																									
h18a Følelsesmæssigt (ydmygelse, psykisk terror, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
h18b Fysisk (slået eller på anden måde skadet legemligt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
h18c Seksuelt (påtvungne seksuelle ydelser, seksuel chikane...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									

i. Psykisk helbred

i1. Hvor mange gange har du fået behandling for psykiske og følelsesmæssige problemer under indlæggelse ambulant

i2. Modtager du førtidspension for en psykisk sygdom
Ja Nej

Har du haft en tydelig periode, hvor du har ...
(i3, i4, i5 mindst 14 dages varighed; i6, i7, i9, i10 evt. af kortere varighed)

	☺ Sidste 30 dage	Liv
i3 Oplevet depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i4 Oplevet angst eller anspændthed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i5 Oplevet at have forståelses-, koncentrations- og hukommelsesproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i6 Oplevet hallucinationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i7 Haft aggressiv/voldelig adfærd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i8 Fået ordineret medicin for psykiske problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i9 Haft selvmordstanker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i10 Forsøgt selvmord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

i10a Hvor mange gange har du forsøgt selvmord: antal

i11 Hvor mange dage indenfor de sidste 30 dage har du oplevet nogle af de psykiske og følelsesmæssige problemer, som er nævnt i i3-i10 dage ☺

For spørgsmål i12 og i13 anvend klient-måle-skalaen

i12. Hvor bekymret eller besværet har du været af de psykiske eller følelsesmæssige problemer (nævnt i i3-i10) de sidste 30 dage:

Score 0 til 4: ☺

i13. Hvor vigtigt er det for dig nu at få behandling for disse psykiske og følelsesmæssige problemer:

Score 0 til 4: ☺

Interviewer vurdering

Er klienten ved interviewtidspunktet...

i14 udtalt deprimeret/tilbagetrukket	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
i15 udtalt fjendtlig	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
i16 udtalt angst/nervøs	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

Har klienten ved interviewtidspunktet...

i17 forvrænget virkelighedsopfattelse, tankeforstyrrelser, paranoide tanker	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
i18 forståelses-, koncentrations-, hukommelsesproblemer	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
i19 selvmordstanker	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

c20. Hvordan vil du vurdere klientens behov for psykiatrisk/psykologisk behandling:

Score 0 til 9:

Er klientens informationer væsentligt forringede pga

c21. manglende pålidelighed Ja Nej

c22. vanskeligheder ved at forstå spørgsmålene
Ja Nej

Kommentarer: