

# 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.

## 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

A3 Ålder

A4 Kön

- 1 – Man
- 2 – Kvinna
- 3 – Annan

A5 Intervjuform

- 1 – Personlig kontakt
- 2 – Telefonkontakt

A9 Datum för intervju  
ÅÅMMDD

A10 Intervjuarkod

A11 Enhetskod

A12 Frivilliga koder

a	b	c
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 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.)

### Arbete och försörjning (1 av 3)

- D1 Vilken är din högsta utbildning?  
1 – Ej avslutad grundskola  
2 – Grundskola  
3 – Gymnasium  
4 – Högskola eller universitet
- D2 Har du körkort?  
0 – Nej 1 – Ja
- D2a Har du tillgång till bil?  
(Sätt 0 om du inte har körkort.)  
0 – Nej 1 – Ja
- D3 Vilken har din vanligaste sysselsättning eller försörjning varit de senaste sex månaderna?  
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
- D4 Hur många av de senaste 30 dagarna har du arbetat?

### Arbete och försörjning (2 av 3)

- D5 Hur mycket fick du i lön för arbete under de senaste 30 dagarna?  
(Efter skatt i kronor.)
- Har du under de senaste 30 dagarna fått pengar från:  
0 – Nej 1 – Ja
- D6 arbetslöshetsersättning?
- D7 ekonomiskt bistånd från Socialtjänsten?
- D8 ersättning från Försäkringskassan eller pensionsmyndigheten?
- Specificera** .....
- D9 bidrag eller lån för studier?
- D10 partner, familj eller vänner?
- D11 olaglig verksamhet?
- D12 ersättning för sexuella tjänster?
- D13 spel?
- D14 andra källor?
- D15 Vilken är din nuvarande huvudsakliga försörjningskälla?  
(Numrera enligt D5–14.)
- D16 a Vilken har varit din huvudsakliga försörjningskälla de senaste sex månaderna? (Numrera enligt D5–14.)
- D16 b Hur stora är dina skulder?  
(Ange i tusentals kronor)
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

## Arbete och försörjning (3 av 3)

D17 Har du fått någon hjälp med problem som rör arbete eller arbetslöshet sedan föregående intervju?  
0 – Nej 1 – Ja

**Specificera** .....

D17a Pågår hjälpen för närvarande?  
0 – Nej 1 – Ja

**Specificera** .....

D18 Hur många av de senaste 30 dagarna har du haft problem i arbetet eller med arbetslöshet?

### Klientskattning

D19 Hur oroad eller besvärad har du varit av problem med arbete eller arbetslöshet under de senaste 30 dagarna?

D20 Hur viktigt är det för dig att få hjälp för problem med arbete eller arbetslöshet? (Utöver pågående hjälp.)

### Intervjuarskattning

D21 Gör en uppskattning av klientens behov av hjälp med arbets- eller arbetslöshetsproblem. (Utöver pågående hjälp.)

## Alkohol- och narkotikaanvändning (1 av 6)

### 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 sedan föregående intervju?  
0 – Nej 1 – Ja

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

E3 Hur många av de senaste 30 dagarna har du druckit alkohol?

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

E5 Hur många dagar har du druckit alkohol de senaste sex månaderna oavsett mängd?

E6 Hur många dagar har du druckit alkohol de senaste sex månaderna till berusning?

**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 0-Nej 1-Ja	Antal dgr.	Ord. Följt 0-Nej 1-Ja	0-Nej 1-Ja	
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; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>

b i slutenvård?	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
-----------------	--	--

E24 Hur många av dessa var:  
 a enbart abstinensbehandling?

b enbart tvångsvård?	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
----------------------	--	--

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?

E27 Hur många dagar har du fått behandling i öppenvård:  
 Senaste 30 dgr.  Senaste sex mån.

E28 Hur många dagar har du tagit medicin ordinerad för alkohol- eller narkotikaproblem?  
 Senaste 30 dgr.  Senaste sex mån.

E29 Hur många dagar har du deltagit i självhjälpgrupper? (AA, NA, m fl.)  
 Senaste 30 dgr.  Senaste sex mån.

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** .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

E32 Hur många av de senaste 30 dagarna har du upplevt:

a alkoholproblem?

b narkotikaproblem?

#### Klientskattning

E33 Hur oroad eller besvärad har du varit under de senaste 30 dagarna för problem med:

a alkohol?

b narkotika?

E34 Hur viktigt är det för dig att få behandling för: (Utöver pågående hjälp.)

a alkoholproblem?

b narkotikaproblem?

#### Intervjuarskattning

E35 Gör en uppskattning av klientens behov av hjälp för problem med: (Utöver pågående hjälp.)?

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

## Rättsliga problem (2 av 2)

<p>F9 Hur många månader har du varit frihetsberövad sedan föregående intervju? (Häkte, kriminalvårdsanstalt, rättspsykiatrisk vård.) <input type="checkbox"/></p> <p><u>F10</u> Väntar du på åtal, rättegång eller straffpåföljd för brott? 0 – Nej 1 – Ja <input type="checkbox"/></p> <p><u>F10a</u> Om ja, för vilket brott? (Utgå från F2–8. Använd siffrorna. Om flera brott, ange det grävsta.) <input type="checkbox"/></p> <p><u>F11</u> Hur många av de senaste 30 dagarna har du ägnat åt olaglig verksamhet med syfte att skaffa pengar? <input type="checkbox"/></p> <p>F12 Har du fått någon hjälp med rättsliga problem eller brottsligt beteende sedan föregående intervju? 0 – Nej 1 – Ja <input type="checkbox"/></p> <p><b>Specificera</b> .....</p>	<p>F12a Pågår hjälpen för närvarande? 0 – Nej 1 – Ja <input type="checkbox"/></p> <p><b>Specificera</b> .....</p> <p>F13 Hur många av de senaste 30 dagarna har du haft rättsliga problem eller problem med brottsligt beteende? <input type="checkbox"/></p> <p><b>Klientskattning</b></p> <p>F14 Hur oroad eller besvärad har du varit av rättsliga problem eller brottsligt beteende de senaste 30 dagarna? <input type="checkbox"/></p> <p>F15 Hur viktigt är det för dig att få hjälp med rättsliga problem eller brottsligt beteende? (Utöver pågående hjälp.) <input type="checkbox"/></p> <p><b>Intervjuarskattning</b></p> <p>F16 Gör en uppskattning av klientens behov av hjälp med rättsliga problem eller brottsligt beteende. (Utöver pågående hjälp.) <input type="checkbox"/></p>
--	---



## Familj och umgänge (1 av 4)

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

## Familj och umgänge (2 av 4)

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

## 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)

**I1** Hur många gånger har du fått behandling för psykiska eller känslomässiga problem sedan föregående intervju:

a i slutenvård?

b i öppenvård?

c Har du fått någon diagnos?

Om ja, vilken? .....

**I2** Har du ordinerats läkemedel för något psykiskt eller känslomässigt problem?  
0 – Nej 1 – Ja

Senaste 30 dgr.

Föregående sex mån.

Fråga I3–I10 besvaras med

0 – Nej

1 – Ja

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

Har du:

Senaste 30 dgr.

Senaste sex mån.

**I3** varit allvarligt deprimerad?



**I4** upplevt allvarlig ångest eller allvarliga spänningstillstånd?



**I5** upplevt svårigheter att förstå, minnas eller koncentrera dig?



**I6** upplevt hallucinationer?



**I7** upplevt svårigheter att kontrollera våldsamt beteende?



## Psykisk hälsa (2 av 2)

Har du:

Senaste 30 dgr.

Föregående sex mån.

**I8** haft allvarligt menade självmordstankar?



**I9** gjort självmordsförsök?



**I10** Har du upplevt andra psykiska eller känslomässiga problem än de vi talat om? (T. ex. ätstörningar, manier etc.)



**I11** Har du fått någon hjälp med problem som rör din psykiska hälsa sedan föregående intervju?  
0 – Nej 1 – Ja

**Specificera** .....

**I11a** Pågår hjälpen för närvarande?

0 – Nej 1 – Ja

**Specificera** .....

**I12** Hur många av de senaste 30 dagarna har du upplevt psykiska eller känslomässiga problem?

### Klientskattning

**I13** Hur oroad eller besvärad har du varit under de senaste 30 dagarna för din psykiska hälsa?

**I14** Hur viktigt är det för dig att få hjälp med din psykiska hälsa? (Utöver pågående hjälp.)

### Intervjuarskattning

**I15** Gör en uppskattning av klientens behov av psykisk vård. (Utöver pågående hjälp.)

## Kommentarer

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Oro/besvär      Hjälpbehov

0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	<b>Problemområde</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
										Fysisk hälsa											
										Arbete och försörjning											
										Alkohol användning											
										Narkotika användning											
										Rättsliga problem											
										Familj och umgänge											
										Psykisk hälsa											

Profil över klientens skattningar

Profil över intervjuarens skattningar