

ADAD

Med tillägg för socialtjänsten

Version: 090801

ADAD - Adolescent Drug Abuse Diagnosis – är en standardiserad intervju och har utvecklats av Alfred Friedman och Arlene Utada vid Philadelphia Psychiatric Center, USA, i slutet av 1980-talet. ADAD har översatts och anpassats till svenska förhållanden av Statens Institutionsstyrelse (SiS) i slutet av 1990-talet.

Den svenska versionen av ADAD förvaltas av SiS som också ansvarar för utveckling av intervjuformuläret. Det innebär att revidering av intervjufrågor och innehåll inom de nio olika livsområdena – fysisk hälsa, skolgång, arbete/sysselsättning, fritid och vänner, familjeförhållanden, psykisk hälsa, kriminalitet, alkohol och narkotika – genomförs av SiS. Formuläret kan kompletteras med administrativa frågor och bakgrunds-uppgifter för den egna verksamhetens specifika behov, men ingår inte som en del av svenska ADAD.

"ADAD med tillägg för socialtjänsten" innehåller ett antal tillägsfrågor som inte ingår i svenska ADAD. Dessa frågor är en tilläggsmodul specifik för socialtjänsten och har särskild betäckning, "S". Avsnitten Administrativ information och Bakgrund är anpassade till socialtjänstens behov. I övrigt är innehåll och frågebeteckning identisk med svenska ADAD.

Instruktioner

<ol style="list-style-type: none">1. Informera om intervjuens syfte och innehåll2. Lämna inga tomma svarsrutor. När så behövs, använd: x - Frågan obesvarad, personen vill ej svara eller vet inte e - Frågan inte relevant Använd bara ett tecken per ruta3. Frågenummer som är markerade med stjärna är kritiska frågor	<p>Intervjuarskattning</p> <p>0-1 Inga reella problem, behöver inte ytterligare hjälp 2-3 Obetydliga/lätta problem, ytterligare hjälp troligen inte nödvändig 4-5 Måttliga problem, viss hjälp önskvärd 6-7 Betydande problem, hjälp nödvändig 8-9 Avsevärda/utomordentligt stora problem, hjälp är absolut nödvändig</p> <p>Klientskattning</p> <p>0 - Inte alls 1 - Lite 2 - Ganska mycket 3 - Mycket</p> <p>Kom ihåg att med hjälpbehov avses ytterligare hjälp utöver vad som redan finns.</p>
---	--

Oro/problem Hjälptbehov

Problemtvngd

0	1	2	3	0	1	2	3	Problemområde	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
								Fysisk hälsa										
								Skola										
								Arbete										
								Fritid/vänner										
								Familj										
								Psykisk hälsa										
								Brottslighet										
								Alkohol										
								Narkotika										

Profil över klientens skattningar

Profil över intervjuarens skattningar

<p>A1 Den unges personnummer</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div> </div> <p>A2 Intervjuare:</p> <p>A3 Befattning/funktion:</p> <p>1 - Socialsekreterare</p> <p>2 - Behandlare</p> <p>3 - Administrativ personal</p> <p>4 - Annan</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>Specificera:</p> <p>A4 Kommun/organisation:</p> <p>A5 Kommundel/stadsdel:</p> <p>A6 Typ av enhet</p> <p>1 - Myndighetsutövning/utredning</p> <p>2 - Öppenvård</p> <p>3 - Institution</p> <p>4 - Annan</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>Specificera:</p>	<p>A7 Enhetens namn:</p> <p>A8 Den unges kön:</p> <p>1 - Man</p> <p>2 - Kvinna</p> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div> <p>A9 Datum för intervju:</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div> <p>A10 Registreringsdatum:</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div> <p>A11 Tidigare ADAD-intervju: (ange senaste tillfället)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> </div> <p style="text-align: center;">ÅÅ MM</p> <p>A12 Om intervju gjorts, ange intervjuande enhet:</p> <p>.....</p>
--	--

Bakgrund (1 av 5)

<p>B1 Vad heter du i förnamn?</p> <p>B2 Vad heter du i efternamn?</p> <p>B3 Hur gammal är du?</p> <div style="text-align: right;"><input style="width: 50px;" type="text"/></div> <p>B4 Har du svenskt medborgarskap?</p> <p>0 - Nej 1 - Ja</p> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div> <p>B5 Om ej svenskt, ange vilket:</p>	<p>B6 Är du född i Sverige?</p> <p>0 - Nej 1 - Ja</p> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div> <p>B7 Om ej född i Sverige, ange vilket land:</p> <p>.....</p> <p>B8 Om ej, hur gammal var du när du kom till Sverige?</p> <p style="text-align: right;">Ålder: <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p>B9 Vilket språk är ditt modersmål?</p> <p>1 - Svenska</p> <p>2 - Annat</p> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div> <p>Specificera:</p>
--	---

Kommentarer

B10 Utövar du aktivt någon religion? 0 – Nej 1 – Ja	<input type="checkbox"/>	B21 Är din far född i Sverige? 0 – Nej 1 – Ja	<input type="checkbox"/>
B11 Om Ja, ange vilken:		B22 Om ej, ange vilket land:	
B12 Är du adopterad? 0 – Nej 1 – Ja	<input type="checkbox"/>	B23 Är dina föräldrar sammanboende i dag? 1 - Ja, gifta/sammanboende med varandra 2 - Nej, aldrig levt tillsammans 3 - Nej, skilda/separerade från varandra	<input type="checkbox"/>
B13 Om Ja, hur gammal var du vid adoptionen? Ålder: <input type="text"/>		B24 Om föräldrarna är skilda, hur gammal var du då de skildes/separerade? Ålder: <input type="text"/>	
B14 Har du några egna barn? 0 – Nej 1 – Ja	<input type="checkbox"/>	B25 Om föräldrarna inte lever tillsammans, är någon av dem nu omgift eller sammanboende med en ny partner? Om Ja, ange även din ålder då det hände. 0 – Nej 1 – Ja	
I följande frågor avses biologisk förälder/adoptivförälder			
B15 Lever din mor? 0 – Nej 1 – Ja	<input type="checkbox"/>	a Mor omgift/sammanboende	<input type="checkbox"/> Ålder <input type="text"/>
B16 Om Nej, hur gammal var du när hon avled? Ålder: <input type="text"/>		b Far omgift/sammanboende	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
B17 Är din mor född i Sverige? 0 – Nej 1 – Ja	<input type="checkbox"/>	B26 Hur många gånger har du haft kontakt med din mor resp. far under det senaste året? 0 - Ingen gång 1 - 1 - 4 gånger 2 - 5 - 12 gånger 3 - Flera gånger per månad	Mor <input type="checkbox"/> Far <input type="checkbox"/>
B18 Om ej, ange vilket land:			
B19 Lever din far? 0 – Nej 1 – Ja	<input type="checkbox"/>		
B20 Om Nej, hur gammal var du när han avled? Ålder: <input type="text"/>			

Kommentarer

<p>B27 Med vem eller vilka har du främst vuxit upp, dvs bott hos upp till 21 års ålder? (Obs! endast ett alternativ per period)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 - Båda föräldrarna 2 - Enbart mor 3 - Enbart far 4 - Mor med partner 5 - Far med partner 6 - Syskon enbart 7 - Mor- eller farföräldrar 8 - Andra släktingar 9 - Familjehem/fosterhem 10 - Institution/behandlingshem 11 - Levt ensam 12 - Pojk/flickvän/make/maka 13 - Vänner/kamrater 14 - Växelvis boende mellan far och mor 15 - Stödboende 16 - Gruppboende 17 - Fängelse/psyk. klinik 18 - Annat <p>Specificera:</p> <p>a 0 - 2 år <input type="checkbox"/></p> <p>b 3 - 6 år <input type="checkbox"/></p> <p>c 7 - 9 år (lågstadiet) <input type="checkbox"/></p> <p>d 10 - 12 år (mellanstadiet) <input type="checkbox"/></p> <p>e 13 - 15 år (högstadiet) <input type="checkbox"/></p> <p>f 16 - 18 år (gymnasieskolan) <input type="checkbox"/></p> <p>g Under den senaste månaden <input type="checkbox"/></p> <p>h Under det senaste året <input type="checkbox"/></p> <p>B28 Hur nöjd är du med din boendesituation? <input type="checkbox"/></p> <ol style="list-style-type: none"> 0 - Inte alls 1 - Lite 2 - Ganska mycket 3 - Mycket 	<p>B29 Vilket yrke har din mor?</p> <p>B30 Vilken är din mors huvudsakliga sysselsättning? <input type="checkbox"/></p> <ol style="list-style-type: none"> 1 - Arbetar, hel eller deltid 2 - Arbetslös 3 - Utbildning (någon form) 4 - Pensionerad 5 - Sjuk 6 - Hemarbetande 7 - Föräldraledig 8 - Intagen eller inlagd på institution 9 - Annat 10 - Vet ej <p>B31 Om Annat, ange vad:</p> <p>B32 Vilken är din mors huvudsakliga försörjning? <input type="checkbox"/></p> <ol style="list-style-type: none"> 1 - Lön 2 - Arbetslöshetsersättning 3 - Utbildningsbidrag eller lån 4 - Ålderspension 5 - Sjuk- eller aktivitetsersättning 6 - Föräldrapenning 7 - Ekonomiskt bistånd från Socialtjänsten 8 - Annat 9 - Vet ej <p>B33 Om Annat, ange vad:</p> <p>B34 Vilket yrke har din far?</p> <p>B35 Vilken är din fars huvudsakliga sysselsättning? <input type="checkbox"/></p> <p>(Svarsalternativ, se fråga B30)</p> <p>B36 Om Annat, ange vad:</p> <p>B37 Vilken är din fars huvudsakliga försörjning? <input type="checkbox"/></p> <p>(Svarsalternativ, se fråga B32)</p> <p>B38 Om Annat, ange vad:</p>
---	--

Kommentarer

<p>B39 Har du haft barnomsorg innan du började skolan? (dagmamma/daghem/förskola) 0 – Nej 1 – Ja <input type="checkbox"/></p>	<p>B46 Har du bott i familjehem//jourhem? 0 – Nej 1 – Ja <input type="checkbox"/></p>
<p>B40 Om Ja, i hur många år? <input type="text"/></p>	<p>B47 Om Ja, ange: a Antal tillfällen: <input type="text"/></p>
<p>B41 Hur många syskon har du? Räkna både hel- och halvsyskon. <input type="text"/></p>	<p>b Sammanlagd tid. Antal månader: <input type="text"/></p>
<p>B42 Hur har du främst bott under din uppväxt? 1 - Lägenhet 2 - Radhus eller villa 3 - Annat Specificera:</p>	<p>c Ålder vid första placering. Ålder: <input type="text"/></p>
<p>B43 Hur många gånger har du flyttat/ bytt bostad före 16 års ålder, med eller utan din familj? Antal flyttningar: <input type="text"/></p>	<p>d Senaste tillfälle (utskrivning). Ålder: <input type="text"/></p>
<p>B44 Hur många gånger, om någonsin, har du rymt hemifrån och varit borta minst en natt under din uppväxt? Antal gånger: <input type="text"/></p>	<p>B48 Är du fortfarande placerad? 0 – Nej 1 – Ja <input type="checkbox"/></p>
<p>B45 Hur många gånger, om någonsin, har du blivit utkörd hemifrån och varit borta minst en natt? Antal gånger: <input type="text"/></p>	<p>B49 Har du varit placerad på någon institution/behandlingshem? 0 – Nej 1 – Ja <input type="checkbox"/></p>
	<p>B50 Om Ja, ange: a Antal tillfällen: <input type="text"/> b Sammanlagd tid. Antal månader: <input type="text"/> c Ålder vid första placering. Ålder: <input type="text"/> d Senaste tillfälle (utskrivning). Ålder: <input type="text"/></p>

Kommentarer

<p>B51 Har du eller har du haft kontaktperson eller kontaktfamilj enligt socialtjänstlagen? <input type="checkbox"/></p> <p>0 - Nej 1 - Ja, har 2 - Ja, har haft</p> <p>B52 Har du deltagit i öppenvårdsprogram? <input type="checkbox"/></p> <p>0 - Nej 1 - Ja</p> <p>B53 Om Ja, ange vilka: (Ange upp till tre program i omvänd kronologisk ordning)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 15%;">Start ÅÅ</th> <th style="width: 15%;">Längd MM</th> <th style="width: 15%;">Omfattning tim/vecka</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> </tr> </tbody> </table>		Start ÅÅ	Längd MM	Omfattning tim/vecka	1				2				3				<p>B54 Hur många dagar av de senaste 30 vistades du i sluten miljö (avgiftning, häkte, sjukhus, institution, osv.)? <input type="text"/></p> <p style="text-align: right;">Antal dagar: <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>B55 Har du någonsin blivit neuropsykiatriskt utredd? <input type="checkbox"/></p> <p>0 - Nej 1 - Ja</p> <p>a Om ja, kring vilken frågeställning?</p> <p>B56 Har du fått någon neuropsykiatrisk diagnos? <input type="checkbox"/></p> <p>0 - Nej 1 - Ja</p> <p>a Om ja, vilken?</p>
	Start ÅÅ	Längd MM	Omfattning tim/vecka														
1																	
2																	
3																	

Fysisk hälsa (1 av 4)

<p>D1 Hur många gånger det senaste året har du besökt läkare eller sjukhus på grund av din fysiska eller kroppsliga hälsa? <input type="text"/></p> <p style="text-align: right;">Antal gånger: <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>*D2 Är du ofta sjuk? <input type="checkbox"/></p> <p>0 - Nej 1 - Ja</p> <p>D3 Oroar du dig för din fysiska hälsa? <input type="checkbox"/></p> <p>0 - Nej 1 - Ja</p> <p>D4 Har du någon gång varit allvarigt sjuk? <input type="checkbox"/></p> <p>0 - Nej 1 - Ja</p> <p>*D5 Hur bedömer du din fysiska hälsa? <input type="checkbox"/></p> <p>1 - Dålig 2 - Ganska bra 3 - Bra 4 - Mycket bra</p>	<p>*D6 Hur många gånger i ditt liv har du varit inlagd på sjukhus, (stannat över natten), pga fysiska skador eller sjukdomar? <input type="text"/></p> <p style="text-align: right;">Antal gånger: <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>D7 Om du varit inlagd på sjukhus pga fysiska skador eller sjukdomar, när var senaste gången? <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p style="text-align: right;">ÅÅ MM</p> <p>*D8 Har du några kroniska medicinska problem, problem som du haft under lång tid och som fortsätter att besvära eller påverka ditt liv? <input type="checkbox"/></p> <p>0 - Nej 1 - Ja</p> <p>D9 Om Ja, ange vad:</p>
--	--

Kommentarer

D10 Nu vill jag ställa några frågor till dig om olika hälsoproblem som unga människor kan ha. Du kan svara Ja eller Nej.		m Sömnpromblem	<input type="checkbox"/>
		n Sängvätning	<input type="checkbox"/>
		o Ofta huvudvärk	<input type="checkbox"/>
		p Svimmingsanfall	<input type="checkbox"/>
		q Krampanfall	<input type="checkbox"/>
		r Könssjukdom	<input type="checkbox"/>
		s Underlivsbesvär	<input type="checkbox"/>
		t Hepatit B	<input type="checkbox"/>
		u Hepatit C	<input type="checkbox"/>
		v HIV/Aids	<input type="checkbox"/>
		x Ofta ont i magen	<input type="checkbox"/>
		y Mensbesvär	<input type="checkbox"/>
		z Ryggont	<input type="checkbox"/>
		aa TBC	<input type="checkbox"/>
0–Nej 1–Ja			
a	Problem med tänderna		<input type="checkbox"/>
b	Dålig syn		<input type="checkbox"/>
c	Hörselproblem		<input type="checkbox"/>
d	Allergi/astma		<input type="checkbox"/>
e	Återkommande förkylningar		<input type="checkbox"/>
f	Diarré		<input type="checkbox"/>
g	Övervikt		<input type="checkbox"/>
h	Undervikt		<input type="checkbox"/>
i	Illamående/kräkningar		<input type="checkbox"/>
j	Ätproblem		<input type="checkbox"/>
k	Svårt att andas		<input type="checkbox"/>
l	Hjärtklappning		<input type="checkbox"/>

Fysisk hälsa (3 av 4)

D10a Har du någon gång varit med om något av följande?		D12 Hur oroad eller besvärad har du varit de senaste 30 dagarna över problem med din fysiska hälsa?	<input type="checkbox"/>
		0 – Inte alls	
		1 – Lite	
		2 – Ganska mycket	
		3 – Mycket	
0–Nej 1–Ja		D13 Hur viktigt är det för dig nu att få hjälp för problem som hör samman med din fysiska hälsa?	<input type="checkbox"/>
		0 – Inte alls	
		1 – Lite	
		2 – Ganska mycket	
		3 – Mycket	
1	Gjort abort		
2	Fått missfall		
D11	Hur många dagar, av de senaste 30, har du haft problem med din fysiska hälsa?		
	Antal dagar:	<input type="text"/>	

Kommentarer

<p>D13a Är du ordinerad någon receptbelagd medicin? 0 – Nej 1 – Ja <input type="checkbox"/></p> <p>D13b Om Ja, tar du den enligt ordination? 0 – Nej 1 – Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Ifylles av intervjuaren</p> <p>D14 Hur vill du skatta den unges behov av behandling för fysiska hälsoproblem? (obs! se intervjuarens skattningsskala) <input type="checkbox"/></p> <p>Är informationen i detta avsnitt markant missvisande för att den unge:</p> <p>D15 Förvanskat uppgifterna 0 – Nej 1 – Ja <input type="checkbox"/></p>	<p>D16 Hade svårt att förstå 0 – Nej 1 – Ja <input type="checkbox"/></p> <p>D17 Om Ja, ange osäkra frågor:</p> <p>Kommentarer - Fysisk hälsa</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---	---

Skola (1 av 6)

<p>E1 Grundskola</p> <p>a Hur vill du beskriva din skolsituation vad avser grundskolan? 1 = Går i grundskolan 2 = Avbrutit/hoppat av grundskolan 3 = Har gått ut grundskolan <input type="checkbox"/></p> <p>b Vilken årskurs i grundskolan tillhör du? Årskurs: <input type="checkbox"/></p> <p>c Vilken årskurs i grundskolan har du senast gått ut (t ex fått betyg från)? Årskurs: <input type="checkbox"/></p> <p>d Om du gått ut grundskolan, har du avgångsbetyg från 9:an? 0 = Nej 1 = Ja, men ofullständigt 2 = Ja, fullständigt <input type="checkbox"/></p>	<p>E2 Gymnasium</p> <p>a Går du i gymnasiet? 0 = Ej påbörjat gymnasiet 1 = Ja 2 = Nej avbrutit/hoppat av gymnasiet 3 = Har gått ut gymnasiet <input type="checkbox"/></p> <p>b Vilken årskurs i gymnasiet har du senast fått betyg från? Årskurs: <input type="checkbox"/></p> <p>c Vilken årskurs i gymnasiet tillhör du (i skolan på hemorten)? Årskurs: <input type="checkbox"/></p> <p>d Vilket program går du? 1 = Nationellt program 2 = Specialanpassat program 3 = Individuellt program, IV 4 = Särskola <input type="checkbox"/></p>
---	--

Kommentarer

<p>E3 Hur har du trivts i skolan? 0 – Inte alls 1 – Lite 2 – Ganska mycket 3 – Mycket</p> <p>a I lågstadiet? <input type="checkbox"/></p> <p>b I mellanstadiet? <input type="checkbox"/></p> <p>c I högstadiet? <input type="checkbox"/></p> <p>*E4 Har du någon gång gått om en klass? 0 – Nej 1 – Ja <input type="checkbox"/></p>	<p>*E5 Hur många gånger har du blivit tillfälligt avstängd (inte fått komma till skolan)? Antal gånger: <input type="text"/></p> <p>E6 Vad är den längsta period du varit frånvarande från skolan? Antal veckor: <input type="text"/></p> <p>E7 Hur var dina senaste betyg? 1 = Under medel 2 = Medel 3 = Över medel <input type="checkbox"/></p> <p>E8 Hur oroad eller bekymrad var du över dina skolprestationer det senaste skolåret? 0 – Inte alls 1 – Lite 2 – Ganska mycket 3 – Mycket <input type="checkbox"/></p>
---	---

<p>E9 Jag kommer nu att nämna olika skolproblem. Stämmer något av följande för dig nu eller när du senast gick i skolan? 0–Nej 1–Ja</p> <p>*a Misslyckats i skolan <input type="checkbox"/></p> <p>b Skolkat i många ämnen <input type="checkbox"/></p> <p>c Varit skoltrött <input type="checkbox"/></p> <p>d Haft svårt att hänga med i undervisningen <input type="checkbox"/></p> <p>*e Omotiverad att göra bra ifrån dig i skolan <input type="checkbox"/></p> <p>f Skolan har varit tråkig <input type="checkbox"/></p> <p>g Haft problem med lärare <input type="checkbox"/></p>	<p>*h Lässvårigheter <input type="checkbox"/></p> <p>i Svårt med matematik <input type="checkbox"/></p> <p>j Använt sjukdom som ett sätt att slippa skolan <input type="checkbox"/></p> <p>k Känt dig instängd i skolan <input type="checkbox"/></p> <p>l Betett dig störande i klassen <input type="checkbox"/></p> <p>m Struntat i att läsa läxor <input type="checkbox"/></p> <p>*n Haft svårt att lära dig (t ex specialundervisning) <input type="checkbox"/></p> <p>o Blivit mobbad <input type="checkbox"/></p> <p>p Mobbat <input type="checkbox"/></p>
---	---

Kommentarer

<p>E10 Om du haft specialundervisning, i vilken årskurs hade du det för första gången? Årskurs: <input type="text"/></p> <p>E10a Om du haft anpassad studiegång, i vilken årskurs hade du det för första gången? Årskurs: <input type="text"/></p> <p>E11 Om du har gått i särskola, i vilken årskurs påbörjade du det? Årskurs: <input type="text"/></p> <p>*E12 Hur många dagar av de senaste 30 har du varit frånvarande eller borta från skolan? (Om den unge har sommarlov - utgå från den sista månaden i skolan) Antal dagar: <input type="text"/></p> <p>E13 Hur många av dessa frånvarodagar var du sjuk? Antal dagar: <input type="text"/></p> <p>E14 Hur många av dessa frånvarodagar skolkade du? Antal dagar: <input type="text"/></p>	<p>E15 Vill du ha hjälp med skolarbetet eller med andra skolproblem som du har nu? 0 – Nej 1 – Ja <input type="text"/></p> <p>Besvaras enbart av de ungdomar som ej går i grund-/gymnasieskola</p> <p>E16 När gick du senast i skolan? <input type="text"/> <input type="text"/> ÅÅ MM</p> <p>E17 Har du gått (eller går du) i någon utbildning sedan du lämnade skolan? 0–Nej 1–Ja</p> <p>a Kompletterat grundskola eller gymnasieutbildning (Kom Vux etc) <input type="text"/></p> <p>b Kurser (Ordnade av skolan, socialtjänst, arbetsförmedlingen osv) <input type="text"/></p> <p>c Annat <input type="text"/></p> <p>E18 Om Annat, ange vad:</p>
---	---

<p>Om den unge uppger flera utbildningar i E17, utgå från den nuvarande eller senaste utbildningen i svaren på E19 och E20</p> <p>E19 Hur många månader har du gått i denna utbildning? Antal månader: <input type="text"/></p> <p>E20 Hur många timmar per vecka var utbildningen? 1 = 1 - 4 timmar 2 = 5 - 10 timmar 3 = 11 - 19 timmar 4 = 20 timmar eller mer <input type="text"/></p> <p>E21 Vill du ha hjälp med att fortsätta din skolgång eller att påbörja någon utbildning? 0 – Nej 1 – Ja <input type="text"/></p>	<p>Fråga E22 - E25 besvaras av samtliga ungdomar</p> <p>E22 Hur många år förväntar du dig att sammanlagt gå i skola? (Grundskola=9 år) Antal år: <input type="text"/></p> <p>E23 Vilken utbildning skulle du vilja gå?</p> <p>E24 Hur oroad eller besvärad har du varit de senaste 30 dagarna över problem med skola eller utbildning? 0 – Inte alls 1 – Lite 2 – Ganska mycket 3 – Mycket <input type="text"/></p> <p>E25 Hur viktigt är det för dig nu att få hjälp för skol- eller utbildningsproblem? 0 – Inte alls 1 – Lite 2 – Ganska mycket 3 – Mycket <input type="text"/></p>
--	---

Kommentarer

Ifylles av intervjuaren	Kommentarer - Skola
E26 Hur vill du skatta den unges behov av hjälp i skolfrågor? (obs! se intervjuarens skattningsskala) <input type="checkbox"/>
Är informationen i detta avsnitt markant missvisande för att den unge:
E27 Förvanskat uppgifterna 0 – Nej 1 – Ja <input type="checkbox"/>
E28 Hade svårt att förstå 0 – Nej 1 – Ja <input type="checkbox"/>
E29 Om Ja, ange osäkra frågor:

Arbete (1 av 3)

F1a Vilken är den längsta period du har haft ett och samma arbete? (minst 16 tim/vecka) <input type="checkbox"/> Antal månader:	F4 Hur många dagar, av de senaste 30, har du fått lön för arbete? <input type="checkbox"/> Antal dagar:
b Vilket slags arbete var det?	F5 Hur mycket pengar har du sammanlagt tjänat genom att arbeta under de senaste 30 dagarna? (efter skatt) Kronor: <input type="checkbox"/>
c Anställningsform? (ungdomsplats, praktik, sommarjobb, timanställning, fast anställning)	Fråga F6-F8 besvaras av samtliga ungdomar
Besvaras av de som har arbetat under det senaste halvåret	F6 Har du något yrke eller yrkesutbildning? 0 – Nej 1 – Ja <input type="checkbox"/>
F2 Hur många månader, under det senaste halvåret, har du arbetat deltid? Antal månader: <input type="checkbox"/>	F7 Om Ja, vilken:
F3 Hur många månader, under det senaste halvåret, har du arbetat heltid? Antal månader: <input type="checkbox"/>	F8 Vad skulle du vilja arbeta med?

Kommentarer

<p>Besvaras av de som varken går i skolan eller har arbete</p> <p>F9 Vill du ha ett arbete? 0 – Nej 1 – Ja <input type="checkbox"/></p> <p>F9a Vill du gå i skola? 0 – Nej 1 – Ja <input type="checkbox"/></p> <p>F10 Har du sökt arbete under de senaste 30 dagarna? 0 – Nej 1 – Ja <input type="checkbox"/></p> <p>F11 Hur stort problem är det för dig att du inte har ett arbete eller går i skolan? 0 – Inte alls 1 – Lite 2 – Ganska mycket 3 – Mycket <input type="checkbox"/></p>	<p>F12 Hur stort problem är det för dina föräldrar/familj att du inte har ett arbete eller går i skolan? <input type="checkbox"/> 0 – Inte alls 1 – Lite 2 – Ganska mycket 3 – Mycket</p> <p>Fråga F13-F14 besvaras av samtliga ungdomar</p> <p>F13 Hur oroad eller besvärad har du varit de senaste 30 dagarna över problem som hör samman med arbete eller yrke? <input type="checkbox"/> 0 – Inte alls 1 – Lite 2 – Ganska mycket 3 – Mycket</p> <p>F14 Hur viktigt är det för dig nu att få hjälp för problem som hör samman med arbete eller yrke? <input type="checkbox"/> 0 – Inte alls 1 – Lite 2 – Ganska mycket 3 – Mycket</p>
--	---

<p>Ifylles av intervjuaren</p> <p>F15 Hur vill du skatta den unges behov av hjälp för problem som hör samman med arbete eller yrke? <input type="checkbox"/> (obs! se intervjuarens skattningsskala)</p> <p>Är informationen i detta avsnitt markant missvisande för att den unge:</p> <p>F16 Förvanskat uppgifterna <input type="checkbox"/> 0 – Nej 1 – Ja</p> <p>F17 Hade svårt att förstå <input type="checkbox"/> 0 – Nej 1 – Ja</p> <p>F18 Om Ja, ange osäkra frågor:</p>	<p>Kommentarer - Arbete</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--	---

Kommentarer

<p>G1 Hur mycket av din fritid tillbringar du med följande personer?</p> <p>0 – Inte alls 1 – Lite 2 – Ganska mycket 3 – Mycket</p> <p>a Din familj <input type="text"/></p> <p>b Vänner som använder narkotika <input type="text"/></p> <p>c Vänner som begår brott <input type="text"/></p> <p>d Vänner som varken begår brott eller använder narkotika <input type="text"/></p> <p>e Ensam <input type="text"/></p> <p>S1 Vänner som använder alkohol <input type="text"/></p>	<p>G2 a Hur många riktigt nära vänner har du? <input type="text"/></p> <p>b När du har problem, har du då någon vän du kan tala med om problemen? <input type="text"/></p> <p>0 – Nej 1 – Ja</p> <p>*G3 Av de 5 vänner du känner bäst, hur många*</p> <p>a Har haft problem med alkohol/narkotika? <input type="text"/></p> <p>b Har haft problem med brottslighet? <input type="text"/></p> <p>c Har avbrutit skolan, eller planerar att göra det? <input type="text"/></p> <p>d Gör saker som kan leda till problem för dem i skolan? <input type="text"/></p> <p>e Känner dina föräldrar till? <input type="text"/></p> <p>f *OBS: Om den unge har färre än 5 vänner ange det antal vänner den unge uppger: <input type="text"/></p>
---	---

Fritid och vänner (2 av 4)

<p>G4 Under ett dygn en vanlig vardag, hur många timmar tillbringar du med att:</p> <p style="text-align: right;">Antal timmar</p> <p>a Lyssna på musik <input type="text"/></p> <p>b Läsa, annat än läxor <input type="text"/></p> <p>c Se på TV, DVD, video <input type="text"/></p> <p>d Göra läxor, studera <input type="text"/></p> <p>*e Sova under dagtid <input type="text"/></p> <p>f Hjälpa till hemma <input type="text"/></p> <p>g Föreningar, fritidsgård, hobbies <input type="text"/></p> <p>h Vilka?</p>	<p>i "Hänga på stan" (gatan, köpcentra, parker, skolgårdar etc) <input type="text"/></p> <p>j Surfar/chattar <input type="text"/></p> <p>G4.1 Om du använder dator, hur mycket gör du av följande?</p> <p>0 – Inte alls 1 – Lite 2 – Ganska mycket 3 – Mycket</p> <p>a Spelar on-linespel på internet <input type="text"/></p> <p>b Spelar andra dataspel <input type="text"/></p> <p>c Spelar om pengar på internet <input type="text"/></p>
--	---

Kommentarer

<p>G5 Hur ofta har du deltagit i något av följande de senaste 30 dagarna? 0 – Aldrig 1 – Sällan 2 – Ibland 3 – Ofta</p> <p>a Varit på fester <input type="checkbox"/></p> <p>*b Varit på disco, pubar, klubbar etc. <input type="checkbox"/></p> <p>c Sportat, motionerat <input type="checkbox"/></p> <p>d Med vad?</p>	<p>G11 Ser dina föräldrar några problem med eller oroar sig för er relation? <input type="checkbox"/> 0 – Nej 1 – Ja 2 – De vet ej</p> <p>G12 a Använder din flick-/pojkvän alkohol? <input type="checkbox"/> 0 – Nej 1 – Ja</p> <p>b Använder din flick-/pojkvän narkotika? <input type="checkbox"/> 0 – Nej 1 – Ja</p> <p>c Begår din flick-/pojkvän brott? <input type="checkbox"/> 0 – Nej 1 – Ja</p> <p>Vi vet att det i bland förekommer våld och sexuella övergrepp i en relation. jag kommer nu att ställa några frågor om det</p>
<p>G6 a Tillhör du något gäng som begår brottsliga eller andra av samhället ej accepterade handlingar? <input type="checkbox"/> 0 – Nej 1 – Ja</p> <p>b Om Ja, vilket?</p> <p>*c Om ja, hur ofta har du varit med detta gäng under de senaste 30 dagarna? <input type="checkbox"/> 0 – Aldrig 1 – Sällan 2 – Ibland 3 – Ofta</p>	<p>G12d Hur ofta, om någonsin, har du blivit fysiskt misshandlad av din partner? <input type="checkbox"/> 0 – Aldrig 1 – Sällan 2 – Ganska ofta 3 – Mycket ofta</p> <p>G12e Hur ofta, om någonsin, har du blivit psykiskt eller känslomässigt misshandlad av din partner? <input type="checkbox"/> 0 – Aldrig 1 – Sällan 2 – Ganska ofta 3 – Mycket ofta</p>
<p>*G7 Är du nöjd med dina nuvarande vänner och bekanta? <input type="checkbox"/> 0 – Nej 1 – Ja</p>	
<p>G8 Är du nöjd med hur du tillbringar fritiden? <input type="checkbox"/> 0 – Nej 1 – Ja</p>	<p>G12f Har du någonsin blivit utsatt för sexuella övergrepp av din partner? <input type="checkbox"/> 0 – Nej 1 – Ja</p>
<p>G9 Har du haft någon flickvän eller pojkvän under de senaste 3 månaderna? <input type="checkbox"/> 0 – Nej 1 – Ja</p>	<p>G13 Om du inte har någon flickvän eller pojkvän just nu, hur mycket bekymrar det dig? <input type="checkbox"/> 0 – Inte alls 1 – Lite 2 – Ganska mycket 3 – Mycket</p>
<p>G10 Om Ja, är du eller var du nöjd med den relationen? <input type="checkbox"/> 0 – Nej 1 – Ja</p>	

Kommentarer

<p>G14 Händer det att du har sex? 0 – Nej 1 – Ja <input type="checkbox"/></p> <p>*G15 Om Ja, använder du preventivmedel? 0 – Aldrig 1 – Ibland 2 – Alltid <input type="checkbox"/></p> <p>G16 Upplever du några problem med dina sexuella relationer? 0 – Nej 1 – Ja <input type="checkbox"/></p> <p>G17 Har du någon gång varit gravid alternativt gjort så att någon blivit gravid? 0 – Nej 1 – Ja <input type="checkbox"/></p> <p>G18 Om du inte har någon sexuell relation, är du ledsen eller bekymrad över det? 0 – Nej 1 – Ja <input type="checkbox"/></p> <p>G19 Vill du veta mer om sexualitet eller preventivmedel, t ex genom ungdomsmottagning? 0 – Nej 1 – Ja <input type="checkbox"/></p> <p>G19a Har du någonsin haft sex i utbyte mot pengar eller andra förmåner? 0 – Aldrig 1 – En gång 2 – Några gånger 3 – Många gånger <input type="checkbox"/></p> <p>G20 Hur många dagar, av de senaste 30, har du haft (allvarliga) problem med:</p> <p style="text-align: right; margin-right: 20px;">Antal dagar</p> <p>a Din flick- eller pojkvän <input type="text"/></p> <p>*b Andra nära vänner (än flick-/pojkvän) <input type="text"/></p> <p>*c Andra ungdomar (t ex i skolan eller i ditt bostadsområde) <input type="text"/></p>	<p>G21 Hur oroad eller besvärad har du varit de senaste 30 dagarna över problem med fritid och vänner? 0 – Inte alls 1 – Lite 2 – Ganska mycket 3 – Mycket <input type="checkbox"/></p> <p>G22 Hur viktigt är det för dig nu att få hjälp för problem med fritid och vänner? 0 – Inte alls 1 – Lite 2 – Ganska mycket 3 – Mycket <input type="checkbox"/></p> <p>Ifylles av intervjuaren</p> <p>G23 Hur vill du skatta den unges behov av hjälp för problem med fritid och vänner (sociala kontakter, anpassning till sociala och samhälleliga normer)? (obs! se intervjuarens skattningsskala) <input type="checkbox"/></p> <p>Är informationen i detta avsnitt markant missvisande för att den unge:</p> <p>G24 Förvanskat uppgifterna 0 – Nej 1 – Ja <input type="checkbox"/></p> <p>G25 Hade svårt att förstå 0 – Nej 1 – Ja <input type="checkbox"/></p> <p>G26 Om Ja, ange osäkra frågor:</p> <p>Kommentarer - Fritid och vänner</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---	--

Kommentarer

*H1 Har någon av dina biologiska föräldrar, föräldrafigurer, (t ex styvföräldrar) eller syskon problem med:
0 – Nej 1 – Ja

	Mor		Far		Syskon
	biol.	fig.	biol.	fig.	
a Alkohol	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
c Psykiska besvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d Sjukdom, skador, Handikapp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e Brottslighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

"Far" och "mor" kan i följande frågor även vara styvförälder eller annan föräldrafigur. I de fall klienten bor i fler familjer noteras detta under **primär** resp. **sekundär** familj. Se manual.

*S2 Hur mycket konflikter är det i din familj?
0 – Inte alls
1 – Lite
2 – Ganska mycket
3 – Mycket

pri. sek.

S3 Hur mycket anser du att dina föräldrar bråkar och grälar med varandra?
0 – Inte alls
1 – Lite
2 – Ganska mycket
3 – Mycket

pri. sek.

S4 Hur mycket konflikter är det om pengar och ekonomi i din familj?
0 – Inte alls
1 – Lite
2 – Ganska mycket
3 – Mycket

pri. sek.

S5 I hur stor utsträckning har din familj lidit av dålig ekonomi under det senaste året?
0 – Inte alls
1 – Lite
2 – Ganska mycket
3 – Mycket

pri. sek.

S6 Hur trivs du med att leva i din familj?
0 – Inte alls
1 – Lite
2 – Ganska mycket
3 – Mycket

pri. sek.

H7 Har du gjort något av följande minst en gång under de senaste 30 dagarna?
0–Nej 1–Ja

a Diskat, dukat av efter maten

b Städat, bäddat, tvättat, etc.

c Handlat till familjen (matvaror, kläder)

d Fixat eller reparerat saker hemma

e Grälat och bråkat med andra i familjen

*f Lurat eller ljugit för andra i familjen

g Vägrat göra sådant som andra i familjen vill, gått emot deras vilja eller önskemål

h "Ställt till oreda" hemma eller haft sönder saker

*i Stulit eller tagit saker som tillhör andra i familjen

Kommentarer

Koder för frågorna H8 - H15			
0 – Inte alls			
1 – Lite			
2 – Ganska mycket			
3 – Mycket			
*H8	Hur bra kommer du överens med de olika personerna i din familj?		
a	Mor	<input type="checkbox"/>	
b	Far	<input type="checkbox"/>	
c	Syster (syster)	<input type="checkbox"/>	
d	Bror (bröder)	<input type="checkbox"/>	
e	Övriga familjemedlemmar	<input type="checkbox"/>	
H9	Hur nöjd är du med hur du kommer överens med din familj?	<input type="checkbox"/>	
*H10	Hur svårt tycker du det är att prata med din mor om sådant som bekymrar dig?		<input type="checkbox"/>
H11	Hur svårt tycker du det är att prata med din far om sådant som bekymrar dig?		<input type="checkbox"/>
H12	Hur nära känner du att du står din mor?		<input type="checkbox"/>
H13	Hur nära känner du att du står din far?		<input type="checkbox"/>
*H14	Hur mycket känner du att du kan lita på vad din mor säger till dig		<input type="checkbox"/>
H15	Hur mycket känner du att du kan lita på vad din far säger till dig		<input type="checkbox"/>
H15a	Finns det någon annan vuxen som du har en nära relation till? 0 – Nej 1 – Ja		<input type="checkbox"/>

Familj - bakgrund och relationer (3 av 4)

H16	Jag kommer att räkna upp några reaktioner som ungdomar kan uppleva. När jag läser upp olika påståenden berätta då vad som stämmer i relationen till din mor och far. 0 – Stämmer inte 1 – Stämmer			
		Mor	Far	
a	Är besviken på dig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b	Kritiserar dig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c	Blandar sig för mycket i ditt privatliv eller försöker kontrollera dig för mycket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d	Favoriserar andra syskon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e	Är orättvis mot dig när det gäller pengar eller ekonomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f	Har svårt att lyssna och höra vad du har att säga henne/honom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g	Är arg på dig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h	Står dig nära	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				Mor Far
i	Ger goda råd när du behöver det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j	Är ett gott föredöme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k	Är för hotfull mot dig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l	Är för sträng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m	Är för mesig (inte bestämd nog)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n	Har för stora krav på vad du skall göra hemma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o	Har svårt att förstå dig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p	Har svårt att lita på dig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q	Är missnöjd med ditt beteende eller din inställning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r	Är missnöjd med hur du hjälper till hemma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer

<p>*i1 Hur många gånger har du fått hjälp eller behandling för psykiska/känslomässiga problem? (Antal behandlingsperioder, inte antalet besök/tillfällen)</p> <p>a Öppenvårdskontakt? <input type="text"/></p> <p>b Dygnsvård? (inlagd över natten) <input type="text"/></p>	<p style="text-align: right;">0–Nej 1–Ja</p> <p>k Känner dig ointresserad av det mesta <input type="checkbox"/></p> <p>l Känner dig uttråkad <input type="checkbox"/></p> <p>m Hamnar lätt i bråk och gräl <input type="checkbox"/></p> <p>n Behöver mediciner för att somna <input type="checkbox"/></p>
<p>i2 Här är några olika känslor och reaktioner som ungdomar ibland kan uppleva. Tala om vilka som stämmer för dig.</p> <p style="text-align: right;">0–Nej 1–Ja</p> <p>a Brist på självförtroende <input type="checkbox"/></p> <p>b Känner att du har svårt att lösa problem/fatta beslut <input type="checkbox"/></p> <p>c Känner dig för blyg <input type="checkbox"/></p> <p>d Känner dig utanför eller passar inte in <input type="checkbox"/></p> <p>e Känner dig ensam <input type="checkbox"/></p> <p>f Har lätt för att känna dig modlös eller ge upp <input type="checkbox"/></p> <p>g Känner att de flesta andra är klyftigare än du <input type="checkbox"/></p> <p>h Dagdrömmer ofta <input type="checkbox"/></p> <p>i Känner dig nedstämd eller deprimerad <input type="checkbox"/></p> <p>j Känner dig ofta ängslig eller orolig <input type="checkbox"/></p>	<p>o Har mardrömmar <input type="checkbox"/></p> <p>p Har en känsla av att folk inte går att lita på <input type="checkbox"/></p> <p>q Känner att folk iakttar eller pratar om dig <input type="checkbox"/></p> <p>r Har svårt för att uttrycka dina känslor <input type="checkbox"/></p> <p>s Gör saker när du är arg som du inte kan kontrollera <input type="checkbox"/></p> <p>*t Känner för att såra eller skada dig själv fysiskt <input type="checkbox"/></p> <p>u Känner dig rädd för att du kan komma att skada någon annan fysiskt <input type="checkbox"/></p> <p>v Ljuger ofta <input type="checkbox"/></p> <p>w Känner att det vore bättre om du var död <input type="checkbox"/></p> <p>x Känns som om huvudet skulle explodera <input type="checkbox"/></p> <p>y Får vansinniga idéer i ditt huvud <input type="checkbox"/></p>

Kommentarer

		0-Nej	1-Ja		
z	Känner att något inom dig får dig att göra saker som du inte vill		<input type="checkbox"/>	i3	1 Har du någonsin under en period av en vecka eller längre ...? (avser ej direkta effekter av droger): 0 - Nej 1 - Ja
aa	Känner dig ensam även när du är bland folk		<input type="checkbox"/>		*2 Har du under de senaste 30 dagarna ...? 0 - Nej 1 - Ja
ab	Det känns som om andra är emot dig eller ute efter dig		<input type="checkbox"/>		(1) Nägonsin (2) Senaste 30 dgr
ac	Känner att du borde bli straffad för dina fel och brister		<input type="checkbox"/>		*a Upplevt allvarlig depression <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
*ad	Känner att något är fel med ditt förstånd		<input type="checkbox"/>		b Upplevt allvarlig oro eller spänning <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ae	Känner dig rädd för att tappa kontrollen över ditt beteende eller dina handlingar		<input type="checkbox"/>		c Haft problem med att förstå, koncentrera dig eller med att minnas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
*af	Känns som om saker inte är riktigt verkliga		<input type="checkbox"/>		*d Upplevt svårighet att kontrollera våldsamt beteende <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ag	Reagerar genom att slå i dörrar och liknande		<input type="checkbox"/>		*e Upplevt allvarliga självmordstankar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
*ah	Har självmordstankar		<input type="checkbox"/>		*f Försökt begå självmord <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ai	Känner hopplöshet inför framtiden		<input type="checkbox"/>		*g Om Ja, antal självmordsförsök <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
aj	Blir lätt sårad		<input type="checkbox"/>		*h Haft hallucinationer (sett eller hört något du inte tror var verkligt) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ak	Känner det som om människor är ovänliga eller ogillar dig		<input type="checkbox"/>		i Tagit receptbelagd medicin för något psykiskt problem <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
al	Känner dig underlägsen/ mindervärdig andra		<input type="checkbox"/>		j Haft anorexi eller bulimi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
am	Känner dig värdelös		<input type="checkbox"/>		k Avsiktligt skadat dig själv <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
an	Känner dig osäker eller illa till mods när du är med andra		<input type="checkbox"/>		
*ao	Känner det som om du skulle vilja döda någon		<input type="checkbox"/>		

Kommentarer

<p>i4 Hur många dagar av de senaste 30 har du mått psykiskt dåligt? Antal dagar: <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p>i5 Hur oroad eller besvärad har du varit de senaste 30 dagarna över psykiska eller känslomässiga problem? 0 – Inte alls 1 – Lite 2 – Ganska mycket 3 – Mycket <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>i6 Hur viktigt är det för dig nu att få hjälp för psykiska eller känslomässiga problem? 0 – Inte alls 1 – Lite 2 – Ganska mycket 3 – Mycket <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>Ifylles av intervjuaren</p> <p>i7 Är den unge vid intervjutillfället: 0–Nej 1–Ja</p> <p>a Uppenbart deprimerad/tillbakadragen <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>b Uppenbart fientlig <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>c Uppenbart ängslig/nervös <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>d Svårigheter att förstå, koncentrera sig eller minnas <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>e Visar tecken på psykisk förvirring, t ex är osammanhängande, desorienterad <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>f Har problem med verklighetsuppfattning, tankerubbningar, paranoida föreställningar <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>g Har självmordstankar <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>h Har problem med att kontrollera våldsamt eller destruktivt beteende <input style="width: 30px;" type="text"/></p>	<p>i8 Hur vill du skatta den unges behov av hjälp för psykiska eller känslomässiga problem? (obs! se intervjuarens skattningsskala) <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>Är informationen i detta avsnitt markant missvisande för att den unge:</p> <p>i9 Förvanskat uppgifterna 0 – Nej 1 – Ja <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>i10 Hade svårt att förstå 0 – Nej 1 – Ja <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>i11 Om Ja, ange osäkra frågor:</p> <p>Kommentarer - Psykisk hälsa</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--	--

Kommentarer

<p>J1 Hur många gånger i ditt liv har du blivit tagen av polisen (för brott du varit inblandad i eller misstänkts för)? <input type="text"/></p>	<p>J7 Väntar du på åtal, rättegång eller dom (för brott du varit inblandad i eller misstänkts för)? <input type="text"/> 0 – Nej 1 – Ja</p>
<p>*J2 Är du villkorligt frigiven eller under övervakning? <input type="text"/> 0 – Nej 1 – Ja</p>	<p>*J8 Om Ja, i så fall för vad?</p>
<p>*J3 Om Ja, i så fall för vad?</p>	<p>S7 Har du fått åtalsunderlåtelse för något brott? <input type="text"/> 0 – Nej 1 – Ja</p>
<p>J4 Hur många gånger under de senaste tre månaderna har du varit anhållen/häktad? (för brott du varit inblandad i eller misstänkts för)? <input type="text"/></p>	<p>a Om Ja, hur många gånger? <input type="text"/></p>
<p>J5 Hur länge varade det längsta enstaka tillfälle som du varit i häkte/fängelse? (för brott du varit inblandad i eller misstänkts för) <input type="text"/> 0 – Aldrig i häkte/fängelse 1 – Mindre än 1 dygn 2 – 1 till 14 dygn (upp till 2 veckor) 3 – 15 till 30 dygn (upp till 1 månad) 4 – Mer än 30 dygn</p>	<p>S8 Om du blivit dömd, vilka påföljder har du dömts till Antal gånger</p> <p>a Villkorlig dom <input type="text"/></p> <p>b Skyddstillsyn <input type="text"/></p> <p>c Böter <input type="text"/></p>
<p>*J6 Om Ja, i så fall för vad?</p>	<p>d Ungdomsvård <input type="text"/></p> <p>e Ungdomstjänst <input type="text"/></p> <p>f LSU <input type="text"/></p> <p>g Fängelse <input type="text"/></p>

Kommentarer

J9 Nu kommer jag att ställa frågor till dig om olika brott och förseelser som du kan ha varit inblandad i:		3 Hur gammal var du första gången du gjorde ett sådant brott?				
1	Hur många gånger har du varit inblandad i olika brott/ förseelser under de senaste 12 månaderna?	4 Hur många gånger har du sammanlagt under din livstid åkt fast eller blivit "tagen" av polisen?				
2	Hur många gånger har du varit inblandad i olika brott/förseelser under de senaste 3 månaderna?	S9 Dömd (Antal gånger)				
		1 Senaste 12 mån.	2 Senaste 3 mån.	3 Ålder 1:a gången	4 Åkt fast	S9 Dömd
a	Graffiti/klotter (sprayat graffiti/ klottrat)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b	Snatteri (tagit något, snattat i en affär eller varuhus för under 800 kronor)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*c	Narkotikabrott (sålt eller smuglat narkotika. Innehav ska ej medtas)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
S10	Narkotikabrott (Innehav)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
S11	Narkotikabrott (tillverkat)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d	Förargelseväckande beteende (t ex deltagit i oordning eller bråk i samband med fotbollsmatch, musikfest, demonstration, tågstation, på gatan etc.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e	Rattfylleri (kört bil eller mc berusad eller påverkad av narkotika)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
f	Allvarliga trafikbrott (t ex kört bil utan körkort, för fort eller vårdslöst)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
g	Bilstöld	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
S12	Övriga brott i kategorin "tillgrepp av fortskaffningsmedel"	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
h	Skadegörelse (med flit förstört telefonhytt, gatlykta, fönster, cykel eller något annat som ej var ditt)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
i	Inbrott/Stöld (olovligt brutit dig in i en bostad/annan byggnad eller tagit något för över 800 kr som inte var ditt)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
j	Häleri (köpt/sålt något som du vet var stulet)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Kommentarer

J9	Nu kommer jag att ställa frågor till dig om olika brott och förseelser som du kan ha varit inblandad i:	3	Hur gammal var du första gången du gjorde ett sådant brott?			
1	Hur många gånger har du varit inblandad i olika brott/ förseelser under de senaste 12 månaderna?	4	Hur många gånger har du sammanlagt under din livstid åkt fast eller blivit "tagen" av polisen?			
2	Hur många gånger har du varit inblandad i olika brott/förseelser under de senaste 3 månaderna?	S9	Dömd (Antal gånger)			
		1	2	3	4	S9
		Senaste 12 mån.	Senaste 3 mån.	Ålder 1:a gången	Åkt fast	Dömd
*k	Rån (använt hot eller våld för att få pengar eller andra värdesaker)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*l	Hot och våld mot tjänsteman (hotat/slagit någon myndighetsperson, t ex polis, vårdare, lärare)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*m	Misshandel (med avsikt slagit, sparkat eller skadat någon)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
m.a	Misshandel med vapen (med avsikt skadat någon med tillhygge, kniv eller annat vapen)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
m.b	Grov misshandel utan vapen (med avsikt slagit, eller sparkat någon så att du tror eller vet att den personen behövde sjukvård)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*n	Vapeninnehav (haft en kniv med dig som när du gått ut eller haft något olagligt vapen - vapen som t ex pistol eller tårgas)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*o	Våldtäkt (med hot eller våld tvingat någon till att ha sexuellt umgänge med dig)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
r	Andra sexualbrott (sexuellt utnyttjande, sexuellt ofredande m fl)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*p	Mordbrand (tänt eld på något värdefullt, t ex en bil, skog, eller byggnad som inte tillhörde dig)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
q	Dråp eller mord (slagit eller skadat någon så att den avled av skadorna)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Kommentarer

K1		1	2	3	4
Nu kommer jag att ställa frågor till dig om alkohol och narkotiska preparat. (För mer information om preparaten, se manual)		Hur ofta (Använd frekvenskod, se nedan) använde du de olika preparaten under de senaste 30 dagarna?	Hur ofta (Använd frekvenskod) använde du de olika preparaten en "typisk" månad under det senaste året, dvs. en och samma månad?	Hur gammal var du när du använde preparaten första gången?	När använde du senast de olika preparaten? (ÅÅ MM)
*a	Alkohol	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*b	Marijuana/hasch	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*c	Amfetamin, <u>ej</u> injicerat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*d	Amfetamin, injicerat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*e	Heroin/opiater, <u>ej</u> injicerat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*f	Heroin/opiater, injicerat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*g	Kokain	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*h	LSD/Hallucinogener	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*i	Ecstasy	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*j	Värktabletter (Ej receptlagt preparat i berusningssyfte)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*k	Läkemedel (Receptlagt preparat i berusningssyfte)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*l	Sniffning/lösningssmedel	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*m	Dopingpreparat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*q	GHB	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*n	Övriga droger	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*o	Namn på övriga droger				
*p	Vid injicering av annan drog än amfetamin/ heroin, ange preparat				

Frekvenskod

Om den unge uppger "Aldrig använt" det aktuella preparatet skriv in 0 i fråga 1 och ange "e" på resten av raden. Gå sedan vidare till nästa preparat

- 1 = Ej använt angiven månad
- 2 = En gång i månaden
- 3 = 2 - 4 gånger i månaden
- 4 = 2 - 3 gånger i veckan
- 5 = 4 - 6 gånger i veckan
- 6 = En gång om dagen
- 7 = Två eller fler gånger per dag

Kommentarer

<p>*K1q 1 Röker du? <input type="text"/></p> <p>0 – Nej 1 – Ja, varje dag 2 – Ja, ibland</p> <p>2 Om Ja, antal cigaretter per dag: <input type="text"/></p> <p>3 Ålder första gången du rökte: <input type="text"/></p> <p>Ålder: <input type="text"/></p>	<p>*K3 Hur många gånger var du full under de senaste 30 dagarna? (avser alkohol) <input type="text"/></p> <p>K4 Hur många av de senaste 30 dagarna har du använt mer än ett preparat (räkna även in alkohol)? <input type="text"/></p> <p>K5 Hur många gånger har du fått en "black out" efter att ha druckit alkohol? <input type="text"/></p>
<p>*K1r 1 Snusar du? <input type="text"/></p> <p>0 – Nej 1 – Ja, varje dag 2 – Ja, ibland</p> <p>2 Om Ja, antal prillor per dag: <input type="text"/></p> <p>3 Ålder första gången du snusade: <input type="text"/></p> <p>Ålder: <input type="text"/></p>	<p>a Någonsin <input type="text"/></p> <p>b Senaste 12 månaderna <input type="text"/></p> <p>Fråga K6 besvaras av intervjuaren</p> <p>K6 Vilket preparat är förknippat med de flesta av den unges problem? Om det inte är klart för dig, fråga den unge.</p> <p>Huvudsakligt preparat:</p>
<p>K2a Ungefär hur mycket alkohol brukade du dricka per dag, de dagar du drack under den senaste månaden? <input type="text"/></p> <p>(Ett standardglas: 4 cl starksprit, 15 cl vin (ett glas), 33 cl starköl, 45 cl folköl) Antal standardglas: <input type="text"/></p> <p>K2b Hur ofta händer det att du vid ett och samma tillfälle dricker dig berusad (mot-svarande 5 standardglas för pojkar och 4 standardglas för flickor)? <input type="text"/></p> <p>1 – Dagligen eller nästan dagligen (minst 5 dagar/vecka) 2 – Några gånger/vecka (2–4 ggr/vecka) 3 – En gång/vecka 4 – 2–3 ggr/månad 5 – En gång/månad 6 – 2–6 ggr/år 7 – Mer sällan eller Aldrig</p>	<p>K7 Har du någonsin slutat använda det huvudsakliga preparatet under en period av 30 dagar eller mer? <input type="text"/></p> <p>0 – Nej 1 – Ja</p> <p>K8 Den senaste gången du slutade använda (huvudsakligt preparat), hur många månader höll du upp? <input type="text"/></p> <p>Antal månader: <input type="text"/></p> <p>K9 Hur ofta har tanken att inte få (huvudsakligt preparat) fått dig att känna dig väldigt nervös eller oroad? <input type="text"/></p> <p>0 – Aldrig/nästan aldrig 1 – Ibland 2 – Ofta 3 – Alltid/nästan alltid</p>

Kommentarer

<p>*K10 Har du någonsin märkt av att du behöver större doser än tidigare av något preparat för att bli lika påverkad? 0 – Nej 1 – Ja</p>	<p>K15 Har du använt narkotika i skolan eller på arbetet den senaste månaden? 0 – Nej 1 – Ja</p>
<p>*K11 Har du försökt att minska konsumtionen av något preparat och inte klarat av det? 0 – Nej 1 – Ja</p>	<p>K16 Har du haft problem i skolan eller på arbetet på grund av alkohol eller narkotika under den senaste månaden? 0 – Nej 1 – Ja</p>
<p>*K12 Hur många gånger har du fått rådgivning eller behandling för alkohol- eller narkotikamissbruk? (antal behandlingsomgångar, inte antalet besök/tillfällen)</p> <p>a I öppenvård <input type="text"/></p> <p>b Dygnsvård? (inlagd över natten) <input type="text"/></p>	<p>K17 Har du sålt narkotika i skolan eller på arbetet under den senaste månaden? 0 – Nej 1 – Ja</p> <p>K18 Av de 5 vänner du känner bäst, hur många använder:</p> <p>a Alkohol <input type="text"/></p> <p>b Hasch <input type="text"/></p> <p>c Andra preparat <input type="text"/></p>
<p>K13 Hur mycket pengar har du, under de senaste 30 dagarna, spenderat på?</p> <p>a Alkohol Kronor: <input type="text"/></p> <p>b Narkotika Kronor: <input type="text"/></p>	<p>K19 Har du hamnat i bråk med dina föräldrar om ditt bruk av alkohol/narkotika under de senaste 30 dagarna? 0 – Nej 1 – Ja</p>
<p>K14 Hur ofta, om någonsin, har du haft sex i utbyte mot pengar, alkohol, narkotika, boende osv? Antal gånger: <input type="text"/></p>	<p>K20 Hur mycket tror du att det skadar dig (din hälsa, etc) om du fortsätter att använda alkohol och/eller narkotika på det sätt du har gjort de senaste månaderna? 0 – Inte alls 1 – Lite 2 – Ganska mycket 3 – Mycket</p>

Kommentarer

<p>K21 Hur oroad eller besvärad har du varit de senaste 30 dagarna över: 0 – Inte alls 1 – Lite 2 – Ganska mycket 3 – Mycket</p> <p>a Alkoholproblem <input type="checkbox"/></p> <p>b Narkotikaproblem <input type="checkbox"/></p> <p>K22 Hur viktigt är det för dig nu att få hjälp för: 0 – Inte alls 1 – Lite 2 – Ganska mycket 3 – Mycket</p> <p>a Alkoholproblem <input type="checkbox"/></p> <p>b Narkotikaproblem <input type="checkbox"/></p> <p>Ifylles av intervjuaren</p> <p>K23 Hur vill du skatta den unges behov av hjälp för: (obs! se intervjuarens skattningsskala)</p> <p>a Alkoholproblem <input type="checkbox"/></p> <p>b Narkotikaproblem <input type="checkbox"/></p>	<p>Är informationen i detta avsnitt markant missvisande för att den unge:</p> <p>K24 Förvanskat uppgifterna <input type="checkbox"/> 0 – Nej 1 – Ja</p> <p>K25 Hade svårt att förstå <input type="checkbox"/> 0 – Nej 1 – Ja</p> <p>K26 Om Ja, ange osäkra frågor:</p> <p>Kommentarer - Alkohol och narkotika</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---	---

Kommentarer
