

Intervjuare	Namn/ID	Ålder	Kön	Datum					
			Flicka Pojke	Å	Å	M	M	D	D
Land	Enhet/verksamhet								
Sverige									

Instruktion och förklaring till formuläret

Fyll i de vita fälten i formuläret. Ovan fyller du i ditt Namn/ID, Enhetens namn, Den intervjuades Namn/ID, Ålder, Kön och Datum för intervjun.

Notera: Det kan finnas situationer där patienten använder en substans av medicinska skäl (t ex smärtstillande, ADHD-medicinering etc.). Om patienten använder substansen enligt ordination (rätt dos, frekvens och intagningsätt) så anges det inte i formuläret.

Undvik att vara för detaljerad när det gäller specifika substansnamn och -typer. Hänvisa istället till substansgrupp om inte patienten använder någon substans i gruppen.

Vid uppföljningsintervju, jämför respondentens svar med fråga 1 vid första intervjun. Fråga respondenten om eventuella skillnader.

Fråga 1 Vilka av följande substanser har du någonsin prövat på under ditt liv? (GÅ IGENOM LISTAN MEN RÄKNA ENBART ICKEMEDICINSK ANVÄNDNING)	Nej	Ja
a Tobaksprodukter (cigaretter, snus, cigarrer, E-cigaretter, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Alkoholhaltiga drycker (öl, vin, sprit, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c Cannabis (marijuana, gräs, hasch, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d Kokain (crack, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e Stimulanter, av amfetamintyp (amfetamin, Ritalina, ecstasy, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f Lösningsmedel (poppers, lim, bensin, thinner, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g Lugnande eller sömnmedel (Valium, Rohypnol, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h Hallucinogener (LSD, svampar, PCP, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i Opiater (heroin, morfin, metadon, kodein, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j Övrigt - specificera:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om all svar är negativa, undersök vidare genom att fråga *"Jag förstår att en del av frågorna jag ställer kan vara lite obekväma eller konfrontativa men det är viktigt att du svarar ärligt så att vi kan hjälpa dig med de problem du kan ha."*

Vid "Nej" på alla delfrågor, avsluta intervjun. Påminn klienten att den är välkommen tillbaka närsomhelst för att diskutera sin preparatanvändning eller andra frågor.

Vid "Ja" på någon av delfrågorna, ställ fråga 2 för samtliga preparat som klienten någonsin har använt.

OBS. För frågorna 2-6 kan ni behöva att utifrån klientens svar fastställa rätt frekvenskod.

Namn/ID

Datum

Å	Å	M	M	D	D
---	---	---	---	---	---

Fråga 2. Under de **3 senaste månaderna**, hur ofta har du använt de substanser som du nämnde. (FÖRSTA SUBSTANSEN, ANDRA SUBSTANSEN, ETC)?

	Aldrig	Enstaka	Månadsvis	Veckovis	Dagligen eller nästan varje dag
a Tobaksprodukter (cigaretter, snus, cigarrer, E-cigaretter, etc)	0	2	3	4	6
b Alkoholhaltiga drycker (öl, vin, sprit, etc)	0	2	3	4	6
c Cannabis (marijuana, gräs, hasch, etc)	0	2	3	4	6
d Kokain (crack, etc)	0	2	3	4	6
e Stimulanter, av amfetamintyp (amfetamin, Ritalina, ecstasy, etc)	0	2	3	4	6
f Lösningemedel (poppers, lim, bensin, thinner, etc)	0	2	3	4	6
g Lugnande eller sömnmedel (Valium, Rohypnol, etc)	0	2	3	4	6
h Hallucinogener (LSD, svampar, PCP, etc)	0	2	3	4	6
i Opiater (heroin, morfin, metadon, kodein, etc)	0	2	3	4	6
j Övrigt - specificera: <input type="text"/>	0	2	3	4	6

Om "Aldrig" på samtliga delfrågor i fråga 2, gå direkt vidare till fråga 6.

Om något preparat i fråga 2 har använts under de **3 senaste månaderna**, fortsatt med frågorna 3, 4 och 5 för **varje använt preparat**.

Fråga 3. Hur ofta har du kommit på dig själv använda (substans ...) när du inte har varit i din vanliga sociala miljö eller bland vänner (dvs kanske när du är ensam)?

Om JA, hur ofta hände det under de **3 senaste månaderna** (substans ...)?

	Aldrig	Enstaka	Månadsvis	Veckovis	Dagligen eller nästan varje dag
a Tobaksprodukter (cigaretter, snus, cigarrer, E-cigaretter, etc)	0	3	4	5	6
b Alkoholhaltiga drycker (öl, vin, sprit, etc)	0	3	4	5	6
c Cannabis (marijuana, gräs, hasch, etc)	0	3	4	5	6
d Kokain (crack, etc)	0	3	4	5	6
e Stimulanter, av amfetamintyp (amfetamin, Ritalina, ecstasy, etc)	0	3	4	5	6
f Lösningemedel (poppers, lim, bensin, thinner, etc)	0	3	4	5	6
g Lugnande eller sömnmedel (Valium, Rohypnol, etc)	0	3	4	5	6
h Hallucinogener (LSD, svampar, PCP, etc)	0	3	4	5	6
i Opiater (heroin, morfin, metadon, kodein, etc)	0	3	4	5	6
j Övrigt - specificera: <input type="text"/>	0	3	4	5	6

Namn/ID

Datum

Å	Å	M	M	D	D
---	---	---	---	---	---

Fråga 4. Under de **3 senaste månaderna**, hur ofta har din användning av (substans ...) lett till hälsorelaterade, sociala, ekonomiska problem eller kontakt med socialtjänsten eller polisen?

Om JA, hur ofta hände det under de **3 senaste månaderna** (substans ...)?

	Aldrig	Enstaka	Månadsvis	Veckovis	Dagligen eller nästan varje dag
a Tobaksprodukter (cigaretter, snus, cigarrer, E-cigaretter, etc)	0	4	5	6	7
b Alkoholhaltiga drycker (öl, vin, sprit, etc)	0	4	5	6	7
c Cannabis (marijuana, gräs, hasch, etc)	0	4	5	6	7
d Kokain (crack, etc)	0	4	5	6	7
e Stimulanter, av amfetamintyp (amfetamin, Ritalina, ecstasy, etc)	0	4	5	6	7
f Lösningsmedel (poppers, lim, bensin, thinner, etc)	0	4	5	6	7
g Lugnande eller sömnmedel (Valium, Rohypnol, etc)	0	4	5	6	7
h Hallucinogener (LSD, svampar, PCP, etc)	0	4	5	6	7
i Opiater (heroin, morfin, metadon, kodein, etc)	0	4	5	6	7
j Övrigt - specificera: <input type="text"/>	0	4	5	6	7

Fråga 5. Har din användning av (substans ...) påverkat dina normala aktiviteter? (t ex skolarbete, fritidsaktiviteter eller sport, hushållssysslor, familjens förväntningar eller aktiviteter, läxor etc).

Om JA, hur ofta hände det under de **3 senaste månaderna** (substans ...)?

	Aldrig	Enstaka	Månadsvis	Veckovis	Dagligen eller nästan varje dag
a Tobaksprodukter (cigaretter, snus, cigarrer, E-cigaretter, etc)	0	5	6	7	8
b Alkoholhaltiga drycker (öl, vin, sprit, etc)	0	5	6	7	8
c Cannabis (marijuana, gräs, hasch, etc)	0	5	6	7	8
d Kokain (crack, etc)	0	5	6	7	8
e Stimulanter, av amfetamintyp (amfetamin, Ritalina, ecstasy, etc)	0	5	6	7	8
f Lösningsmedel (poppers, lim, bensin, thinner, etc)	0	5	6	7	8
g Lugnande eller sömnmedel (Valium, Rohypnol, etc)	0	5	6	7	8
h Hallucinogener (LSD, svampar, PCP, etc)	0	5	6	7	8
i Opiater (heroin, morfin, metadon, kodein, etc)	0	5	6	7	8
j Övrigt - specificera: <input type="text"/>	0	5	6	7	8

Namn/ID

Datum

Å	Å	M	M	D	D
---	---	---	---	---	---

Ställ frågorna 6 och 7 för alla substanser som någonsin har använts (i.e. de markerade i fråga 1).

Fråga 6. Har en vän, släkting eller någon annan **någonsin** uttryckt oro över din användning av (substans ...)?
Om JA, hur ofta hände det under de **3 senaste månaderna** (substans ...)?

	Nej, aldrig	Ja, under de 3 senaste månaderna	Ja, men inte under de 3 senaste mån
a Tobaksprodukter (cigaretter, snus, cigarrer, E-cigaretter, etc)	0 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
b Alkoholhaltiga drycker (öl, vin, sprit, etc)	0 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
c Cannabis (marijuana, gräs, hasch, etc)	0 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
d Kokain (crack, etc)	0 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
e Stimulanter, av amfetamintyp (amfetamin, Ritalina, ecstasy, etc)	0 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
f Lösningsmedel (poppers, lim, bensin, thinner, etc)	0 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
g Lugnande eller sömnmedel (Valium, Rohypnol, etc)	0 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
h Hallucinogener (LSD, svampar, PCP, etc)	0 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
i Opiater (heroin, morfin, metadon, kodein, etc)	0 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
j Övrigt - specificera: <input type="text"/>	0 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

Fråga 7. Har du **någonsin** injicerat någon substans?
(ENDAST ICKEMEDICINSK ANVÄNDNING)

Nej, aldrig	Ja, under de 3 senaste månaderna	Ja, men inte under de 3 senaste mån
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBS VIKTIGT:

I klientens feedbackformulär ger injicering av någon substans en automatiskt klassificering som "hög risk" och kräver därmed både kort intervention och remiss till specialist bedömning och behandling.

Namn/ID

Datum

Å	Å	M	M	D	D
---	---	---	---	---	---

Hur man räknar ut poäng för varje preparat.

För varje preparat (benämnt a till j), addera ihop värdena för frågorna 2 till 6.

Exkludera frågorna 1 och 7 i uträkningen. Till exempel, involveringspoängen för

Cannabis räknas ut genom att addera värdena i underfrågorna: $2c + 3c + 4c + 5c + 6c$.

Observera att fråga 5 inte kodas för tobak, därför blir uträkningen här istället: $2a + 3a + 4a + 6a$.

Rekommenderad insatstyp baserat på klientens involveringspoäng för respektive preparat.

		Poäng för respektive preparat	Risk	Hög risk
			Kort intervention och utökad bedömning	Kort intervention samt remiss till specialist för fördjupad utredning och behandling
a	Tobak	<input type="text"/>	2 - 11	12 +
b	Alkohol	<input type="text"/>	5 - 17	18 +
c	Cannabis	<input type="text"/>	2 - 11	12 +
d	Kokain	<input type="text"/>	2 - 6	7 +
e	Amfetamin	<input type="text"/>	2 - 8	9 +
f	Lösningsmedel	<input type="text"/>	2 - 8	9 +
g	Lugnande	<input type="text"/>	2 - 6	7 +
h	Hallucinogener	<input type="text"/>	2 - 8	9 +
i	Opiater	<input type="text"/>	2 - 6	7 +
j	Övrigt - specificera: <input type="text"/>	<input type="text"/>	2 - 6	7 +

Observera!

Injicering av någon substans ger en klassificering som "hög risk" och kräver därmed både kort intervention och remiss till specialist bedömning och behandling.

Vid behov, avsluta med att, som en del i en kort intervention, använda ASSIST svarskort för att ge klienten feedback utifrån deras risk-/involveringspoäng.