

ADAD

Inskrivning

SiS FoU

Formulärversion: In
2015:1

Får ej kopieras eller spridas utanför SiS



ADAD

Inskrivning

Formulärversion: In 2015:1



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.

Instruktioner

1. Informera om intervjuens syfte och innehåll
2. Lämna inga tomma svarsrutor.
När så behövs, använd:
x - Frågan obesvarad, personen vill ej svara, vet inte eller förstår inte frågan
e - Frågan inte relevant
Använd bara ett tecken per ruta
3. Frågenummer som är markerade med stjärna är kritiska frågor

Intervjuarskattning

- 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

Klientskattning

- 0 - Inte alls
1 - Lite
2 - Ganska mycket
3 - Mycket

Kom ihåg att med hjälpbehov avses ytterligare hjälp utöver vad som redan finns.

Oro/problem Hjälpbehov

Problemtyngd

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

Intagningsuppgifter ifylles av personal	
Placeringsnummer / Vårdperiodnummer enligt KIA/KAJ:	
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
A1	Datum för ifyllande av personaldel: <input type="text"/> ÅÅÅÅ MM DD
A2	Vem fyller i:
A3a	Befattning/funktion: <input type="checkbox"/> 1 - Avdelningsföreståndare 2 - Behandlingsassistent 3 - Bitr. avdelningsföreståndare 4 - Bitr. institutionschef 5 - Psykolog 6 - Annan
A3b	Om Annan, ange vad:
A4	Institution:
A5	Avdelning där den unge vistas:
A6	Ärendenummer:
A7	Den unges personnummer: <input type="text"/> <input type="text"/>
A8	Kön: <input type="checkbox"/> 1 - Man 2 - Kvinna
A9	Hemkommun:
A10	Ansvarig socialnämnd:
A11a	Datum för inskrivning (enligt KIA/KAJ): <input type="text"/> ÅÅÅÅ MM DD
A11b	Datum för intagning: <input type="text"/> ÅÅÅÅ MM DD
A12	Tidigare intagen på aktuell institution? <input type="checkbox"/> 0 - Nej 1 - Ja
A13	Tidigare intagen på annan institution inom SiS? <input type="checkbox"/> 0 - Nej 1 - Ja
A14	Typ av intagning: <input type="checkbox"/> 1 - Akut 2 - Planerad intagning
A15	Typ av placering: <input type="checkbox"/> 1 - Akutplacering 2 - Utredning 3 - Behandling 4 - LSU 5 - MBB Mottagning och behovsbedömning
A16	Flick- eller pojkvadledning: <input type="checkbox"/> 1 - Blandad avdelning 2 - Enbart pojkar 3 - Enbart flickor

Kommentarer

ADAD

Intagningsuppgifter (2 av 2)

<p>A17 Typ av plats: 1 - Öppen 2 - Låsbar 3 - Sluten</p> <input type="checkbox"/>	<p>A21 Om ja på A20c, specificera "Annat socialt nedbrytande beteende":</p> <p>0-Nej 1-Ja</p> <p>a Enstaka allvarligt brott <input type="checkbox"/></p> <p>b Olämpliga miljöer <input type="checkbox"/></p> <p>d Relationsproblem <input type="checkbox"/></p> <p>e Skolproblem <input type="checkbox"/></p> <p>f Psykiatrisk problematik <input type="checkbox"/></p> <p>c Annat <input type="checkbox"/></p>
<p>A18 Placering enligt paragraf: 1 - LVU § 6, omedelbart 2 - LVU § 3, eget beteende 3 - LVU § 2, miljöfall 4 - LVU § 3 och 2 5 - SOL § 6, frivilligt 6 - LSU 7 - Kontraktsvård 8 - Annat</p> <input type="checkbox"/>	
<p>A19 Om Annat på A18, ange vad:</p>	
<p>A20 Placeringsorsak enligt socialtjänsten: 0-Nej 1-Ja</p> <p>a Missbruk <input type="checkbox"/></p> <p>b Brottslighet <input type="checkbox"/></p> <p>c Annat socialt nedbrytande beteende <input type="checkbox"/></p>	<p>Kommentarer - Intagningsuppgifter</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Intervjuaruppgifter

<p>B1 Datum för intervju: ÅÅÅÅ MM DD</p>	<p>B6 Har den unge och/eller föräldrar blivit informerade om ADAD? 0 - Nej 1 - Ja <input type="checkbox"/></p>
<p>B2 Intervju pågick i: Antal minuter:</p>	<p>B7 Har den unge blivit informerad om uppföljning? 0 - Nej 1 - Ja <input type="checkbox"/></p>
<p>B3 Förnamn på intervjuare:</p>	<p>Kommentarer - Intervjuaruppgifter</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>B4 Efternamn på intervjuare:</p>	
<p>B5a Befattning/funktion: 1 - Avdelningsföreståndare 2 - Behandlingsassistent 3 - Bitr. avdelningsföreståndare 4 - Bitr. institutionschef 5 - Psykolog 6 - Annan</p> <input type="checkbox"/>	
<p>B5b Om Annan, ange vad:</p>	

Kommentarer

.....

C1	Vad heter du i förnamn?		C13	Är du adopterad? 0 – Nej 1 – Ja	<input type="checkbox"/>
C2	Vad heter du i efternamn?		C14	Om Ja, hur gammal var du vid adoptionen? Alder:	<input type="text"/>
C3	Hur gammal är du? Alder:	<input type="text"/>	C15	Har du några egna barn? 0 – Nej 1 – Ja	<input type="checkbox"/>
C4	Har du svenskt medborgarskap? 0 – Nej 1 – Ja	<input type="checkbox"/>	I frågorna C16 till C28 avses biologisk förälder/adoptivförälder		
C5	Om ej svenskt medborgarskap, ange vilket:		C16	Är din mor född i Sverige? 0 – Nej 1 – Ja	<input type="checkbox"/>
C6	Är du född i Sverige? 0 – Nej 1 – Ja	<input type="checkbox"/>	C17	Om ej född i Sverige, ange vilket land?	
C7	Om ej född i Sverige, ange vilket land?		C18	Är din far född i Sverige? 0 – Nej 1 – Ja	<input type="checkbox"/>
C8	Om ej född i Sverige, hur gammal var du när du kom till Sverige? Alder:	<input type="text"/>	C19	Om ej född i Sverige, ange vilket land?	
C9	Vilket språk är ditt modersmål? 1 - Svenska 2 - Annat	<input type="checkbox"/>	C20	Lever din mor? 0 – Nej 1 – Ja	<input type="checkbox"/>
C10	Om annat språk än svenska, ange vilket språk:		C21	Om Nej, hur gammal var du när hon avled? Alder:	<input type="text"/>
C11	Utövar du aktivt någon religion? 0 – Nej 1 – Ja	<input type="checkbox"/>	C22	Lever din far? 0 – Nej 1 – Ja	<input type="checkbox"/>
C12	Om Ja, ange vilken:		C23	Om Nej, hur gammal var du när han avled? Alder:	<input type="text"/>

Kommentarer

<p>C24 Är dina föräldrar sammanboende i dag? <input type="checkbox"/></p> <p>1 - Ja, gifta, sammanboende med varandra 2 - Nej, aldrig levt tillsammans 3 - Nej, skilda, separerade från varandra</p>	<p>C29 Med vem eller vilka har du främst vuxit upp, dvs bott hos upp till 21 års ålder: (obs! endast ett alternativ per period)</p> <p>1 - Båda föräldrarna/adoptiv 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/mor 15 - Stödboende 16 - Gruppboende 17 - Fängelse/psyk.klinik 18 - Annat</p>
<p>C25 Om föräldrarna är skilda, hur gammal var du då de skildes/separerade? Alder: <input type="text"/></p>	<p>a 0 - 2 år <input type="text"/></p> <p>b 3 - 6 år <input type="text"/></p> <p>c 7 - 9 år (lågstadiet) <input type="text"/></p> <p>d 10 - 12 år (mellanstadiet) <input type="text"/></p> <p>e 13 - 15 år (högstadiet) <input type="text"/></p> <p>f 16 - 18 år (gymnasieskolan) <input type="text"/></p> <p>g 19 - 21 år <input type="text"/></p>
<p>C26 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.</p> <p>0-Nej 1-Ja 2-Vet ej Alder: <input type="text"/></p> <p>a Moder omgift, sammanboende <input type="checkbox"/> <input type="text"/></p> <p>b Fader omgift, sammanboende <input type="checkbox"/> <input type="text"/></p>	
<p>C27 Hur många gånger har du haft kontakt med din mor under det senaste året? <input type="checkbox"/></p> <p>0 - Ingen gång 1 - 1-4 gånger 2 - 5-12 gånger 3 - 13 gånger eller mer</p>	
<p>C28 Hur många gånger har du haft kontakt med din far under det senaste året? <input type="checkbox"/></p> <p>0 - Ingen gång 1 - 1-4 gånger 2 - 5-12 gånger 3 - 13 gånger eller mer</p>	

Kommentarer

<p>C30 Vilket av följande alternativ beskriver bäst dina huvudsakliga boendeförhållanden? Svarsalternativ, se fråga C29</p> <p>a Under den senaste månaden <input type="text"/></p> <p>b Under det senaste året <input type="text"/></p>	<p>C35 Vad gör din mor? <input type="text"/></p> <p>1 - Arbetar, hel eller deltid 2 - Arbetslös 3 - Utbildning (någon form) 4 - Förtids-/pensionerad, sjukbidrag 5 - Sjukskriven 6 - Hemarbetande 7 - Föräldraledig 8 - Annat 9 - Vet ej</p>
<p>C31 Hur nöjd är du med din nuvarande boendesituation? <input type="text"/></p> <p>0 - Inte alls 1 - Lite 2 - Ganska mycket 3 - Mycket</p>	<p>C36 Om Annat, ange vad:</p> <p>C37 Vilken utbildning har din far? Ange högsta avslutade utbildning <input type="text"/> Svarsalternativ, se fråga C33</p>
<p>C32a Vilka har du senast stadigvarande levt med? <input type="text"/></p> <p>1 - Båda föräldrarna 2 - Mor 3 - Far 4 - Mor med sambo/man 5 - Far med sambo/hustru 6 - Annat</p>	<p>C38a Vilket yrke har din far?</p> <p>C38b Ange kod enligt svenskt socioekonomiskt index <input type="text"/> Se manual</p>
<p>C32b Om Annat, ange vilka:</p>	<p>C39 Vad gör din far? <input type="text"/> Svarsalternativ, se fråga C35</p>
<p>I frågorna C33 till C40 avses biologisk förälder/adoptivförälder</p>	
<p>C33 Vilken utbildning har din mor? Ange högsta avslutade utbildning <input type="text"/></p> <p>1 - Ej fullföljd folk- eller grundskola 2 - Folk- eller grundskola 3 - Gymnasium el. liknande 4 - Universitet, högskola 5 - Vet ej</p>	<p>C40 Om Annat, ange vad:</p> <p>C41 Har du haft barnomsorg innan du började skolan? (dagmamma/daghem/förskola) <input type="text"/></p> <p>0 - Nej 1 - Ja</p> <p>C42 Om Ja, i hur många år? <input type="text"/></p>
<p>C34a Vilket yrke har din mor?</p>	<p>C43 Hur många syskon har du? <input type="text"/></p>
<p>C34b Ange kod enligt svenskt socioekonomiskt index <input type="text"/> Se manual</p>	<p>C44 Hur har du främst bott under din uppväxt? <input type="text"/></p> <p>1 - Lägenhet 2 - Radhus eller villa</p>
	<p>C45 Har ni främst hyrt eller ägt bostaden/bostäderna? <input type="text"/></p> <p>1 - Hyrt 2 - Ägt</p>

Kommentarer

ADAD

Bakgrundsuppgifter (4 av 6)

<p>C46 Hur många gånger har du flyttat/ bytt bostad före 16 års ålder (med eller utan din familj)? Antal flyttningar: <input type="text"/></p> <p>C47 Hur många gånger har du rymt hemifrån och varit borta minst en natt under din uppväxt? Antal gånger: <input type="text"/></p> <p>C47a Hur många gånger har du blivit utkörd hemifrån och varit borta minst en natt? Antal gånger: <input type="text"/></p>	<p>C48 Har du bott i familjehem//fosterhem? 0 – Nej 1 – Ja <input type="checkbox"/></p> <p>C49 Om Ja, ange antal tillfällen: <input type="text"/></p> <p>C50 Sammanlagd tid: Antal månader: <input type="text"/></p> <p>C51 Ålder vid första placering: Ålder: <input type="text"/></p> <p>C52 Senaste tillfälle (utskrivning). Ålder: <input type="text"/></p> <p>C53 Är du fortfarande inskriven? 0 – Nej 1 – Ja <input type="checkbox"/></p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Bakgrundsuppgifter (5 av 6)

<p>C54 Har du tidigare varit placerad på någon institution/behandlingshem? 0 – Nej 1 – Ja <input type="checkbox"/></p> <p>C55 Om Ja, ange antal tillfällen: <input type="text"/></p> <p>C56 Sammanlagd tid: Antal månader: <input type="text"/></p> <p>C57 Ålder vid första placering: Ålder: <input type="text"/></p> <p>C58 Senaste tillfälle (utskrivning). Ålder: <input type="text"/></p> <p>C59 Har du eller har du haft kontaktperson eller kontaktfamilj enligt socialtjänstlagen? 0 - Nej 1 - Ja, har 2 - Ja, har haft <input type="checkbox"/></p> <p>C60 Har du deltagit i öppenvårdsprogram? 0 – Nej 1 – Ja <input type="checkbox"/></p> <p>C61 Om Ja, ange vilka:</p>	<p>C62a Varifrån kom du när du skrevs in här på institutionen? <input type="checkbox"/></p> <ol style="list-style-type: none"> 1 - Föräldrahemmet 2 - Eget boende 3 - Släkting 4 - Familjehem/fosterhem 5 - § 12 hem 6 - Annan behandlingsinstitution 7 - Avgiftningsklinik 8 - Psykiatrisk klinik 9 - Håkte 10 - Fängelse 11 - Avviken eller på rymmen 12 - Vagabonderande liv 13 - Annat <p>C62b Om Annat, ange vad:</p> <p>C63a Var befann du dig huvudsakligen de senaste 30 dagarna innan du skrevs in här? Svarsalternativ, se fråga C62a <input type="checkbox"/></p> <p>C63b Om Annat, ange vad:</p> <p>C64 Hur många dagar av de senaste 30 vistades du i sluten miljö? (avgiftning, håkte, sjukhus, institution, osv.) Antal dagar: <input type="text"/></p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Kommentarer

<p>C65 Vem eller vilka var närvarande vid intagningen här på institutionen?</p> <p>0—Nej 1—Ja</p> <p>a Föräldrar <input type="checkbox"/></p> <p>b Släkt <input type="checkbox"/></p> <p>c Familjehems-/fosterföräldrar <input type="checkbox"/></p> <p>d Behandlingspersonal från annan institution <input type="checkbox"/></p> <p>e Socialsekreterare <input type="checkbox"/></p> <p>f Polis eller transporttjänst <input type="checkbox"/></p> <p>g Annan <input type="checkbox"/></p> <p>C66 Om Annan, ange vilka:</p>	<p>Kommentarer - Bakgrundsuppgifter</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Kommentarer

ADAD

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? Antal gånger: <input type="text"/></p> <p>*D2 Är du ofta sjuk? 0 – Nej 1 – Ja <input type="checkbox"/></p> <p>D3 Oroar du dig för din fysiska hälsa? 0 – Nej 1 – Ja <input type="checkbox"/></p> <p>D4 Har du någon gång varit allvarligt sjuk? 0 – Nej 1 – Ja <input type="checkbox"/></p> <p>*D5 Hur bedömer du din fysiska hälsa? 1 – Dålig 2 – Ganska bra 3 – Bra 4 – Mycket bra <input type="checkbox"/></p>	<p>*D6 Hur många gånger i ditt liv har du varit inlagd på sjukhus, (stannat över natten), pga fysiska skador eller sjukdomar? Antal gånger: <input type="text"/></p> <p>D7 Om du varit inlagd på sjukhus pga fysiska skador eller sjukdomar, när var senaste gången? <input type="text"/> AAAA 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? 0 – Nej 1 – Ja <input type="checkbox"/></p> <p>D9 Om Ja, ange vad:</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fysisk hälsa (2 av 4)

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

ADAD**Fysisk hälsa (3 av 4)**

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

Fysisk hälsa (4 av 4)

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

Kommentarer

<p>E1 Grundskola</p> <p>a Hur vill du beskriva din skolsituation vad avser grundskolan? <input type="checkbox"/> 1 = Går i grundskolan 2 = Avbrutit/hoppat av grundskolan 3 = Har gått ut grundskolan</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? <input type="checkbox"/> 0 = Nej 1 = Ja, men ofullständigt 2 = Ja, fullständigt</p>	<p>E2 Gymnasium</p> <p>a Går du i gymnasiet? <input type="checkbox"/> 0 = Ej påbörjat gymnasiet 1 = Ja 2 = Nej avbrutit/hoppat av gymnasiet 3 = Har gått ut gymnasiet</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? <input type="checkbox"/> 1 = Nationellt program 2 = Specialanpassat program 3 = Individuellt program, IV 4 = Särskola</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<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? <input type="checkbox"/> 0 – Nej 1 – Ja</p>	<p>*E5 Hur många gånger har du blivit tillfälligt avstängd (inte fått komma till skolan)? Antal gånger: <input type="checkbox"/></p> <p>E6 Vad är den längsta period du varit frånvarande från skolan? Antal veckor: <input type="checkbox"/></p> <p>E7 Hur var dina senaste betyg? <input type="checkbox"/> 1 = Under medel 2 = Medel 3 = Över medel</p> <p>E8 Hur oroad eller bekymrad var du över dina skolprestationer det senaste skolåret? <input type="checkbox"/> 0 – Inte alls 1 – Lite 2 – Ganska mycket 3 – Mycket</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Kommentarer

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

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

Kommentarer

<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? <input type="text"/> 0 – Inte alls 1 – Lite 2 – Ganska mycket 3 – Mycket</p> <p>E25 Hur viktigt är det för dig nu att få hjälp för skol- eller utbildningsproblem? <input type="text"/> 0 – Inte alls 1 – Lite 2 – Ganska mycket 3 – Mycket</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

Kommentarer

ADAD

Arbete (1 av 3)

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

Arbete (2 av 3)

<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? 0 – Inte alls 1 – Lite 2 – Ganska mycket 3 – Mycket <input type="checkbox"/></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? 0 – Inte alls 1 – Lite 2 – Ganska mycket 3 – Mycket <input type="checkbox"/></p> <p>F14 Hur viktigt är det för dig nu att få hjälp för problem som hör samman med arbete eller yrke? 0 – Inte alls 1 – Lite 2 – Ganska mycket 3 – Mycket <input type="checkbox"/></p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Kommentarer

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

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="checkbox"/></p> <p>b Vänner som använder narkotika <input type="checkbox"/></p> <p>c Vänner som begår brott <input type="checkbox"/></p> <p>d Vänner som varken begår brott eller använder narkotika <input type="checkbox"/></p> <p>e Ensam <input type="checkbox"/></p>	<p>G2 a Hur många riktigt nära vänner har du? <input type="checkbox"/></p> <p>b När du har problem, har du då någon vän du kan tala med om problemen? <input type="checkbox"/></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="checkbox"/></p> <p>b Har haft problem med brottslighet? <input type="checkbox"/></p> <p>c Har avbrutit skolan, eller planerar att göra det? <input type="checkbox"/></p> <p>d Gör saker som kan leda till problem för dem i skolan? <input type="checkbox"/></p> <p>e Känner dina föräldrar till? <input type="checkbox"/></p> <p>f *OBS: Om den unge har färre än 5 vänner ange det antal vänner den unge uppger: <input type="checkbox"/></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="checkbox"/></p> <p>b Läsa, annat än läxor <input type="checkbox"/></p> <p>c Se på TV, DVD, video <input type="checkbox"/></p> <p>d Göra läxor, studera <input type="checkbox"/></p> <p>*e Sova under dagtid <input type="checkbox"/></p> <p>f Hjälpa till hemma <input type="checkbox"/></p> <p>g Föreningar, fritidsgård, hobbies <input type="checkbox"/></p> <p>h Vilka?</p>	<p>i "Hänga på stan" (gatan, köpcentra, parker, skolgårdar etc) <input type="checkbox"/></p> <p>j Surfar/chattar <input type="checkbox"/></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="checkbox"/></p> <p>b Spelar andra dataspel <input type="checkbox"/></p> <p>c Spelar om pengar på internet <input type="checkbox"/></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

G14	Händer det att du har sex? 0 – Nej 1 – Ja	<input type="checkbox"/>	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"/>
*G15	Om Ja, använder du preventivmedel? 0 – Aldrig 1 – Ibland 2 – Alltid	<input type="checkbox"/>	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"/>
G16	Upplever du några problem med dina sexuella relationer? 0 – Nej 1 – Ja	<input type="checkbox"/>	Ifylles av intervjuaren		
G17	Har du någon gång varit gravid alternativt gjort så att någon blivit gravid? 0 – Nej 1 – Ja	<input type="checkbox"/>	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"/>
G18	Om du inte har någon sexuell relation, är du ledsen eller bekymrad över det? 0 – Nej 1 – Ja	<input type="checkbox"/>	Är informationen i detta avsnitt markant missvisande för att den unge:		
G19	Vill du veta mer om sexualitet eller preventivmedel, t ex genom ungdomsmottagning? 0 – Nej 1 – Ja	<input type="checkbox"/>	G24	Förvanskat uppgifterna 0 – Nej 1 – Ja	<input type="checkbox"/>
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"/>	G25	Hade svårt att förstå 0 – Nej 1 – Ja	<input type="checkbox"/>
G20	Hur många dagar, av de senaste 30, har du haft (allvarliga) problem med:		G26	Om Ja, ange osäkra frågor:	
		Antal dagar	Kommentarer - Fritid och vänner		
a	Din flick- eller pojkvän	<input type="checkbox"/>		
*b	Andra nära vänner (än flick-/pojkvän)	<input type="checkbox"/>		
*c	Andra ungdomar (t ex i skolan eller i ditt bostadsområde)	<input type="checkbox"/>		
				
				
				

Kommentarer

ADAD

Familj - bakgrund och relationer (1 av 4)

<p>*H1 Har någon av dina biologiska föräldrar, föräldrafigurer, (t ex styvföräldrar) eller syskon problem med: 0 – Nej 1 – Ja</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">Mor</th> <th colspan="2">Far</th> <th rowspan="2">Syskon</th> </tr> <tr> <th>biol.</th> <th>fig.</th> <th>biol.</th> <th>fig.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a Alkohol</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b Narkotika</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c Psykiska besvär</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d Sjukdom, skador, Handikapp</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e Brottslighet</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>"Far" och "mor" kan i följande frågor även vara styvförälder eller annan föräldrafigur.</p> <p>*H2 Hur mycket konflikter är det i din familj? 0 – Inte alls 1 – Lite 2 – Ganska mycket 3 – Mycket</p> <p>H3 Hur mycket anser du att dina föräldrar bråkar och grälar med varandra? 0 – Inte alls 1 – Lite 2 – Ganska mycket 3 – Mycket</p> <p>H4 Hur mycket konflikter är det om pengar och ekonomi i din familj? 0 – Inte alls 1 – Lite 2 – Ganska mycket 3 – Mycket</p>		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"/>	<p>H5 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</p> <p>H6 Hur trivs du med att leva i din familj? 0 – Inte alls 1 – Lite 2 – Ganska mycket 3 – Mycket</p> <p>H7 Har du gjort något av följande minst en gång under de senaste 30 dagarna? 0–Nej 1–Ja</p> <p>a Diskat, dukat av efter maten <input type="checkbox"/></p> <p>b Städad, bäddad, tvättat, etc. <input type="checkbox"/></p> <p>c Handlat till familjen (matvaror, kläder) <input type="checkbox"/></p> <p>d Fixat eller reparerat saker hemma <input type="checkbox"/></p> <p>e Grälat och bråkat med andra i familjen <input type="checkbox"/></p> <p>*f Lurat eller ljugit för andra i familjen <input type="checkbox"/></p> <p>g Vägrat göra sådant som andra i familjen vill, gått emot deras vilja eller önskemål <input type="checkbox"/></p> <p>h "Ställt till oreda" hemma eller haft sönder saker <input type="checkbox"/></p> <p>*i Stulit eller tagit saker som tillhör andra i familjen <input type="checkbox"/></p>
		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"/>																																				

Kommentarer

ADAD

Familj - bakgrund och relationer (2 av 4)

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 (syststrar)	<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"/>	
i	Ger goda råd när du behöver det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j	Är ett gott föredöme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
k	Är för hotfull mot dig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
l	Är för sträng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
m	Är för mesig (inte bestämd nog)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
n	Har för stora krav på vad du skall göra hemma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o	Har svårt att förstå dig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
p	Har svårt att lita på dig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
q	Är missnöjd med ditt beteende eller din inställning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
r	Är missnöjd med hur du hjälper till hemma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Kommentarer

<p>”Vi vet att föräldrar ibland slår sina barn och att pojkar och flickor utsätts för sexuella övergrepp. Jag kommer nu att ställa några frågor om det”</p>	<p>H21 Hur viktigt är det för dig nu att få hjälp för problem som hör samman med din familj? <input type="checkbox"/></p> <p>0 – Inte alls 1 – Lite 2 – Ganska mycket 3 – Mycket</p>
<p>H17 Hur ofta, om någonsin, har du blivit fysiskt misshandlad av någon som varit en föräldrafigur? <input type="checkbox"/></p> <p>0 – Aldrig 1 – Sällan 2 – Ganska ofta 3 – Mycket ofta</p>	<p>Iffylles av intervjuaren</p> <p>H22 Hur vill du skatta den unges behov av hjälp för familjeproblem? <input type="checkbox"/></p> <p>(obs! se intervjuarens skattningsskala)</p>
<p>H18 Hur ofta, om någonsin, har du blivit psykiskt eller känslomässigt misshandlad av någon som varit en föräldrafigur? <input type="checkbox"/></p> <p>0 – Aldrig 1 – Sällan 2 – Ganska ofta 3 – Mycket ofta</p>	<p>Är informationen i detta avsnitt markant missvisande för att den unge:</p> <p>H23 Förvanskat uppgifterna <input type="checkbox"/></p> <p>0 – Nej 1 – Ja</p>
<p>H19 Har du någonsin blivit utsatt för sexuella övergrepp av någon du stått i beroendeställning till? <input type="checkbox"/></p> <p>0 – Nej 1 – Ja</p>	<p>H24 Hade svårt att förstå <input type="checkbox"/></p> <p>0 – Nej 1 – Ja</p>
<p>H19a Har du någonsin blivit utsatt för sexuella övergrepp av någon annan person? <input type="checkbox"/></p> <p>0 – Nej 1 – Ja</p>	<p>H25 Om Ja, ange osäkra frågor:</p>
<p>H19b Har du varit med då någon närstående utsatts för våld? <input type="checkbox"/></p> <p>0 – Aldrig 1 – En gång 2 – Några gånger 3 – Många gånger</p>	<p>Kommentarer - Familj - bakgrund och relationer</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>H20 Hur oroad eller besvärad har du varit de senaste 30 dagarna över problem som hör samman med din familj? <input type="checkbox"/></p> <p>0 – Inte alls 1 – Lite 2 – Ganska mycket 3 – Mycket</p>	

Kommentarer

ADAD

Psykisk hälsa (1 av 3)

<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>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="text"/></p> <p>b Känner att du har svårt att lösa problem/fatta beslut <input type="text"/></p> <p>c Känner dig för blyg <input type="text"/></p> <p>d Känner dig utanför eller passar inte in <input type="text"/></p> <p>e Känner dig ensam <input type="text"/></p> <p>f Har lätt för att känna dig modlös eller ge upp <input type="text"/></p> <p>g Känner att de flesta andra är klyftigare än du <input type="text"/></p> <p>h Dagdrömmer ofta <input type="text"/></p> <p>i Känner dig nedstämd eller deprimerad <input type="text"/></p> <p>j Känner dig ofta ängslig eller orolig <input type="text"/></p>	<p style="text-align: right;">0—Nej 1—Ja</p> <p>k Känner dig ointresserad av det mesta <input type="text"/></p> <p>l Känner dig uttråkad <input type="text"/></p> <p>m Hamnar lätt i bråk och gräl <input type="text"/></p> <p>n Behöver mediciner för att somna <input type="text"/></p> <p>o Har mardrömmar <input type="text"/></p> <p>p Har en känsla av att folk inte går att lita på <input type="text"/></p> <p>q Känner att folk iakttar eller pratar om dig <input type="text"/></p> <p>r Har svårt för att uttrycka dina känslor <input type="text"/></p> <p>s Gör saker när du är arg som du inte kan kontrollera <input type="text"/></p> <p>*t Känner för att såra eller skada dig själv fysiskt <input type="text"/></p> <p>u Känner dig rädd för att du kan komma att skada någon annan fysiskt <input type="text"/></p> <p>v Ljuger ofta <input type="text"/></p> <p>w Känner att det vore bättre om du var död <input type="text"/></p> <p>x Känns som om huvudet skulle explodera <input type="text"/></p> <p>y Får vansinniga idéer i ditt huvud <input type="text"/></p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Kommentarer

ADAD

Psykisk hälsa (2 av 3)

		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 ...?		
ab	Det känns som om andra är emot dig eller ute efter dig		<input type="checkbox"/>				(1)	(2)
ac	Känner att du borde bli straffad för dina fel och brister		<input type="checkbox"/>				Någonsin	Senaste 30 dgr
*ad	Känner att något är fel med ditt förstånd		<input type="checkbox"/>		*a	Upplevt allvarlig depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ae	Känner dig rädd för att tappa kontrollen över ditt beteende eller dina handlingar		<input type="checkbox"/>		b	Upplevt allvarlig oro eller spänning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*af	Känns som om saker inte är riktigt verkliga		<input type="checkbox"/>		c	Haft problem med att förstå, koncentrera dig eller med att minnas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ag	Reagerar genom att slå i dörrar och liknande		<input type="checkbox"/>		*d	Upplevt svårighet att kontrollera våldsamt beteende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*ah	Har självmordstankar		<input type="checkbox"/>		*e	Upplevt allvarliga självmordstankar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ai	Känner hopplöshet inför framtiden		<input type="checkbox"/>		*f	Försökt begå självmord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aj	Blir lätt sårad		<input type="checkbox"/>		*g	Om Ja, antal självmordsförsök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ak	Känner det som om människor är ovänliga eller ogillar dig		<input type="checkbox"/>		*h	Haft hallucinationer (sett eller hört något du inte tror var verkligt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
al	Känner dig underlägsen/ mindervärdig andra		<input type="checkbox"/>		i	Tagit receptbelagd medicin för något psykiskt problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
am	Känner dig värdelös		<input type="checkbox"/>		j	Haft anorexi eller bulimi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
an	Känner dig osäker eller illa till mods när du är med andra		<input type="checkbox"/>		k	Avsiktligt skadat dig själv	<input type="checkbox"/>	<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 type="text"/></p>	<p>i8 Hur vill du skatta den unges behov av hjälp för psykiska eller känslomässiga problem? (obs! se intervjuarens skattningsskala) <input 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</p>	<p>Är informationen i detta avsnitt markant missvisande för att den unge:</p> <p>i9 Förvanskat uppgifterna 0 – Nej 1 – Ja <input 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</p>	<p>i10 Hade svårt att förstå 0 – Nej 1 – Ja <input 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 type="text"/></p> <p>b Uppenbart fientlig <input type="text"/></p> <p>c Uppenbart ängslig/nervös <input type="text"/></p> <p>d Svårigheter att förstå, koncentrera sig eller minnas <input type="text"/></p> <p>e Visar tecken på psykisk förvirring, t ex är osammanhängande, desorienterad <input type="text"/></p> <p>f Har problem med verklighetsuppfattning, tankerubbningar, paranoidea föreställningar <input type="text"/></p> <p>g Har självmordstankar <input type="text"/></p> <p>h Har problem med att kontrollera våldsamt eller destruktivt beteende <input 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"/></p> <p>0 – Nej 1 – Ja</p>
<p>*J2 Är du villkorligt frigiven eller under övervakning? <input type="text"/></p> <p>0 – Nej 1 – Ja</p>	<p>*J8 Om Ja, i så fall för vad?</p> <p>.....</p>
<p>*J3 Om Ja, i så fall för vad?</p> <p>.....</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>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"/></p> <p>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>*J6 Om Ja, i så fall för vad?</p> <p>.....</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?				
		1	2	3	4
		Senaste 12 mån.	Senaste 3 mån.	Alder 1:a gången	Akt fast
a	Graffiti/Klotter (sprayat graffiti/ klottrat)	<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"/>
*c	Narkotikabrott (sålt eller smugglat narkotika. Innehav ska ej medtas)	<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"/>
e	Rattfylleri (kört bil eller mc berusad eller påverkad av narkotika)	<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"/>
g	Bilstöld	<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"/>
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"/>
j	Häleri (köpt/sålt något som du vet var stulet)	<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?				
		1	2	3	4
		Senaste 12 mån.	Senaste 3 mån.	Alder 1:a gången	Åkt fast
*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"/>
*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"/>
*m	Misshandel (med avsikt slagit, sparkat eller skadat någon)	<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"/>
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"/>
*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"/>
*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"/>
r	Andra sexualbrott (sexuellt utnyttjande, sexuellt ofredande m fl)	<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"/>
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"/>

Kommentarer

<p>J10 Hur gammal var du första gången du åkte fast för polisen för något brott? Alder: <input type="text"/></p>	<p>J15 Hur allvarliga anser du att dina nuvarande problem är med rättsväsendet? (polis, domstol, kriminalvård) <input type="text"/></p> <p>0 – Inte alls 1 – Lite 2 – Ganska mycket 3 – Mycket</p>
<p>J11 Hur mycket pengar har du under det senaste året tjänat på illegala verksamheter, som t.ex. narkotikaförsäljning, stöld osv? <input type="text"/></p> <p>0 – Inget 1 – Under 1000 kr 2 – 1000 - 5000 kr 3 – 5000-10 000 kr 4 – Över 10 000 kr</p>	<p>Ifylles av intervjuaren</p> <p>J16 Hur vill du skatta den unges behov av hjälp för problem med brottslighet? <input type="text"/></p> <p>(obs! se intervjuarens skattningsskala)</p>
<p>*J12 Hur många dagar, av de senaste 30, har du varit inblandad i brottsliga handlingar? (medräkna ej eget narkotikabruk) Antal dagar: <input type="text"/></p>	<p>Är informationen i detta avsnitt markant missvisande för att den unge:</p> <p>J17 Förvanskat uppgifterna <input type="text"/></p> <p>0 – Nej 1 – Ja</p>
<p>J13 Hur oroad eller besvärad har du varit de senaste 30 dagarna över problem med ditt brottsliga beteende? <input type="text"/></p> <p>0 – Inte alls 1 – Lite 2 – Ganska mycket 3 – Mycket</p>	<p>J18 Hade svårt att förstå <input type="text"/></p> <p>0 – Nej 1 – Ja</p> <p>J19 Om Ja, ange osäkra frågor:</p>
<p>J14 Hur viktigt är det för dig nu att få hjälp för ditt brottsliga beteende? <input type="text"/></p> <p>0 – Inte alls 1 – Lite 2 – Ganska mycket 3 – Mycket</p>	<p>Kommentarer - Brottslighet</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

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? (AA 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	<input type="text"/>			
*p	Vid injicering av annan drog än amfetamin/ heroin, ange preparat	<input type="text"/>			

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

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

Kommentarer

ADAD**Alkohol och narkotika (3 av 4)**

*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	<input type="checkbox"/>	K15	Har du använt narkotika i skolan eller på arbetet den senaste månaden? 0 – Nej 1 – Ja	<input type="checkbox"/>
*K11	Har du försökt att minska konsumtionen av något preparat och inte klarat av det? 0 – Nej 1 – Ja	<input type="checkbox"/>	K16	Har du haft problem i skolan eller på arbetet på grund av alkohol eller narkotika under den senaste månaden? 0 – Nej 1 – Ja	<input type="checkbox"/>
*K12	Hur många gånger har du fått rådgivning eller behandling för alkohol- eller narkotikamissbruk? (antal behandlingsomgångar, inte antalet besök/tillfällen)		K17	Har du sålt narkotika i skolan eller på arbetet under den senaste månaden? 0 – Nej 1 – Ja	<input type="checkbox"/>
	a I öppenvård	<input type="checkbox"/>	K18	Av de 5 vänner du känner bäst, hur många använder:	
	b Dygnsvård? (inlagd över natten)	<input type="checkbox"/>	a Alkohol	<input type="checkbox"/>	
K13	Hur mycket pengar har du, under de senaste 30 dagarna, spenderat på?		b Hasch	<input type="checkbox"/>	
	a Alkohol	Kronor: <input type="text"/>	c Andra preparat	<input type="checkbox"/>	
	b Narkotika	Kronor: <input type="text"/>	K19	Har du hamnat i bråk med dina föräldrar om ditt bruk av alkohol/narkotika under de senaste 30 dagarna? 0 – Nej 1 – Ja	<input type="checkbox"/>
K14	Hur ofta, om någonsin, har du haft sex i utbyte mot pengar, alkohol, narkotika, boende osv? Antal gånger: <input type="text"/>		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	<input type="checkbox"/>

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