

Tiltaksnr

--	--	--

Løpenr

--	--	--

# Norsk oppfølgingsstudie av opioid-avhengige i behandling (NorComt)

## Intervjuskjema

Behandlingsoppstart

Samarbeid mellom SERAF, regionale LAR-sentre og  
rusbehandlingsinstitusjoner

SERAF 2012

**Kontaktpersoner:**

Edle Ravndal:

[edle.ravndal@medisin.uio.no](mailto:edle.ravndal@medisin.uio.no)

Thomas Clausen:

[thomas.clausen@medisin.uio.no](mailto:thomas.clausen@medisin.uio.no)

## Liste over tiltaksnummer

- 01 = LAR Vestfold
- 02 = LAR Vest-Agder
- 03 = Helse Bergen
- 04 = LAR Nord
- 05 = SPA, Oslo
- 06 = LAR Telemark
- 07 = LAR Buskerud
- 09A = LAR Hamar (Innlandet)
- 09B = LAR Gjøvik (Innlandet)
- 09C = LAR Lillehammer (Innlandet)
- 10 = Veksthuset Rogaland
- 11 = Samtun Sauherrad
- 12 = Arken
- 13 = Sollia
- 14 = Tyrili 1 (Høvringen)
- 15 = Tyrili 2 (Frankmotunet)
- 16 = Tyrili 3 (Tyrilihaugen)
- 17 = Tyrili 4 (Tyrilitunet)
- 18 = Tyrili 5 (Kampen)
- 19 = Tyrili 6 (Tyrili Sør)
- 20 = Veksthuset Molde
- 21 = LAR Midt
- 22 = LAR Akershus
- 23 = LAR Aust-Agder
- 24 = Renåvangen
- 25 = LAR Fredrikstad (Østfold)
- 26 = LAR Moss (Østfold)
- 27 = LAR Sarpsborg (Østfold)
- 28 = LAR Askim (Østfold)
- 29 = LAR Halden (Østfold)

## Bare for LAR-tiltak

LAR-medisin i dag	
	Dose mg/dag
Subutex / buprenorfin	.....
Subuxone	.....
Metadon	.....
Annet	.....

Utleveringsordning LAR-medisin	
LAR-senter	<input type="checkbox"/>
Apotek	<input type="checkbox"/>
Fastlege	<input type="checkbox"/>
Hjemmesykepleier	<input type="checkbox"/>
Annet: .....	<input type="checkbox"/>

Henteordning for LAR-medisin	
	Antall dager per uke
Observervert inntak	.....
Ta med hjem-dosering	.....

Kontrolltiltak mht rusmiddelinntak	
	Antall ganger per uke
Urinprøvekontroller	.....
Spyttprøvekontroller	.....
Sporadiske spytt/urinprøvekontroller	<input type="checkbox"/> Nei
	<input type="checkbox"/> Ja



## Fødselsnummer

## Kjønn

 1 = Mann  
2 = Kvinne

## Dato for start kartlegging (NPR)

 dag     måned     år

## Dato for første behandlingsdag (for LAR-pasienter første dag med LAR medisin)

 dag     måned     år

## Behov for tolk

 1 = Ja  
2 = Nei

## Fødeland og etnisk bakgrunn

- |                                |  |
|--------------------------------|--|
| 1 = Norge                      | 7 = Sør- og Mellom-Amerika<br>(inkl. Mexico) |
| 2 = Norden utenom Norge        | 8 = Nord-Amerika                             |
| 3 = Vest-Euroopa utenom Norden | 9 = Oceania                                  |
| 4 = Øst-Europa                 | 99 = Ukjent                                  |
| 5 = Asia (inkl. Tyrkia)        |  |
| 6 = Afrika                     |  |

 Fødeland     Mors fødeland     Fars fødeland

## Sivilstatus

 0 = Ikke oppgitt  
1 = Aldri gift  
2 = Gift  
3 = Enke / enkemann  
4 = Separert  
5 = Skilt  
6 = Registrert partner  
7 = Separert partner  
8 = Skilt partner  
9 = Gjenlevende partner

## Høyeste fullførte utdanning

 1 = Ikke avsluttet grunnskole  
2 = Grunnskole  
3 = Videregående skole/gymnas/yrkesskoleutdanninger  
4 = Faglig yrkesutdanning  
5 = Treårig høyskole/universitet  
6 = Mer enn treårig høyskole/universitet  
9 = Ukjent

## Yrkesstatus

 1 = Utenfor arbeidsmarkedet og ikke under utdanning  
2 = Heltidsjobb  
3 = Deltidsjobb  
4 = Under utdanning  
5 = Deltidsjobb og under utdanning  
9 = Ukjent

## Viktigste inntekt siste 4 uker

 1 = Lønnet arbeid  
2 = Forsørget  
3 = Arbeidsledighetstrygd  
4 = Syke-/rehabiliteringspenger  
5 = Atferingspenger  
6 = Uførepensjon  
7 = Alderspensjon  
8 = Sosial stønad  
9 = Annet  
10 = Ukjent  
11 = Studielån/stipend  
12 = Stønad til enslig forsørger

## Bor sammen med (NPR) (flere valg mulig)

- 
- 1 = Bor alene
- 
- 
- 2 = Bor i parforhold
- 
- 
- 3 = Bor sammen med venner
- 
- 
- 4 = Bor sammen med foreldre
- 
- 
- 5 = Bor sammen med barn under 18 år
- 
- 
- 6 = Bor sammen med barn over 18 år
- 
- 
- 7 = Bor sammen med andre
- 
- 
- 9 = Ukjent

## Boligforhold siste 4 uker (NPR)

 1 = Ingen bolig  
2 = Hospits/hybelhus/hotell  
3 = Institusjon  
4 = Egen privat bolig  
5 = Privat bolig eid av annen  
6 = Annet

## Hatt en stabil bosituasjon siste 4 uker

 1 = Ja  
2 = Nei  
9 = Ukjent

## Barn (NPR)

Antall egne barn uansett alder og bosituasjon (NPR)

Alder og bosituasjon for barn under 18 år (NPR)

	0-6 år	7-12 år	13-17 år
Hjemmeboende barn (egne), angi antall	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hjemmeboende barn (andres), angi antall	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tiltak for barn under 18 år (ikke NPR)

	1 = Ikke behov	2 = Bør iverksettes	3 = Er iverksatt	9 = Ukjent
Hjemmeboende barn (egne), angi antall	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hjemmeboende barn (andres), angi antall	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Graviditet (NPR)

1 = Ja  
2 = Nei  
9 = Ukjent

**Antall uker gravid**  
(Eks.: 1 uke = 01; 2 uker = 02; 10 uker = 10)

## Vedvarende somatiske sykdommer eller skader (NPR)

1 = Ja  
2 = Nei  
9 = Ukjent

## Testet for blodsmittevirus?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 = Ja 2 = Nei 9 = Ukjent
<b>Hepatitt B</b>	<b>Hepatitt C</b>	<b>HIV</b>	

## Egen kunnskap om blodsmittevirus

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 = Ja 2 = Nei 9 = Ukjent om pasienten vet
<b>Hepatitt B</b>	<b>Hepatitt C</b>	<b>HIV</b>	

## Psykiske vansker/lidelser (NPR)

**Siste 4 uker** **Tidligere i livet** (begge kolonnene må besvares for hvert spørsmål)  
1 = Ja 2 = Nei 9 = Ukjent

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Hatt alvorlige depresjoner
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Hatt alvorlig angst
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Hatt vrangforestillinger/hallusinasjoner
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Blitt forskrevet medisiner for et eller annet psykisk/følelsesmessig problem
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Hatt alvorlige tanker om å ta livet av seg

## Forsøk på selvmord

1 = Nei  
2 = Ja, ved overdose  
3 = Ja, på annen måte  
4 = Både ved overdose og på annen måte  
9 = Ukjent

## Mottatt profesjonell hjelp for psykiske vansker/lidelser

1 = Ja  
2 = Nei  
9 = Ukjent

## Type tidligere behandling rus

1 = Kun avrusning (institusjon eller poliklinisk)  
2 = Poliklinisk vedlikeholdsrehabilitering (LAR)  
3 = Annen poliklinisk behandling, inkludert dagtilbud  
4 = Døgnbehandling ut over avrusning  
5 = Poliklinisk-(LAR eller annen) og døgnbehandling (inkludert avrusning)  
6 = Behandling utenfor rusinstitusjon/rustiltak  
8 = Ikke tidligere behandlet  
9 = Ukjent

## Tid siden siste behandling rus

**Angi antall måneder siden siste behandling**  
(Eks.: 1 mnd = 001; 12 mndr = 012; 12 år = 144)  
000 = Vært i behandling, men ukjent når sist

## Antall rusmidler brukt siste 6 måneder

**Angi antall rusmidler**  
(Eks.: 1 rusmiddel = 01; 2 rusmidler = 02;  
10 rusmidler = 10)  
00 = Ingen  
99 = Ukjent

## Rusmiddel-/medikamentprofil siste 6 måneder (før kontrollert miljø)

	Type rusmiddel/medikament(NPR) (Bruk koden nedenfor)	Inntaksmåte (NPR) (Bruk koden nedenfor)	Hvor ofte brukt siste 4 uker (NPR) (Bruk koden nedenfor)	Alder brukt første gang (NPR)	Hvor lenge problemfylt bruk (Antall år)
<b>Mest brukte rusmiddel/ medikament</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>2. mest brukte</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>3. mest brukte</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>4. meste brukte</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
0 = Ingen 1 = Alkohol 2 = Cannabis 3 = Heroin/Opium 4 = Metadon, buprenorfin, andre opiater/opioder forskrevet i LAR- program 5 = Metadon, buprenorfin, andre opiater/opioder forskrevet utenfor LAR-program 6 = Metadon, buprenorfin, andre opiater/opioder ervertet uten at forskrevet av lege 7 = Benzodiazepiner forskrevet av lege	8 = Benzodiazepiner ikke forskrevet av lege 9 = Andre vanedannende medikamenter 10 = Amfetamin 11 = Kokain 12 = Crack 13 = Andre sentralstimulerende midler 14 = LSD og likn. 15 = Ecstasy 16 = Løsemidler 17 = Rødsprit o.l 18 = Annet 99 = Ukjent	1 = Drikker/spiser 2 = Injiserer 3 = Røyker 4 = Sniffer 8 = Annet 9 = Ukjent	1 = Ikke brukt 2 = Sjeldnere enn 1 gang i uken 3 = Omtrent ukentlig 4 = 2-4 dager i uken 5 = 5-6 dager i uken 6 = Daglig 9 = Ukjent	99 = Ukjent	00 = Ikke 01 = Et år eller mindre 99 = Ukjent

### Brukt sprøyter før?

1 = Ja  
2 = Nei  
9 = Ukjent

### Alder første sprøytebruk

 

**Angi alder i år**

00 = Aldri brukt sprøyter  
99 = Ukjent

### Sprøytebruk siste 4 uker (NPR)

1 = Ikke brukt sprøyte  
2 = Sjeldnere enn 1 gang i uken  
3 = Omtrent ukentlig  
4 = 2-4 dager i uken  
5 = Daglig eller nesten daglig  
9 = Ukjent

### Antall ganger overdose hele livet

**Antall for hvert av stoffområdene**

 

Alkohol

 

Narkotika

00 = Ingen ganger  
99 = Ukjent

 

Medikament

 

Kombinasjon

## Behandlingserfaring

Hvor mange måneder til sammen har du vært i døgnbehandling uten LAR i ditt liv?

(Eks.: 1 mnd = 001; 12 mndr = 012; 12 år = 144)

Hvor mange måneder til sammen har du vært i døgnbehandling med LAR i ditt liv?

(Eks.: 1 mnd = 001; 12 mndr = 012; 12 år = 144)

Hvor mange måneder til sammen har du vært i poliklinisk behandling uten LAR i ditt liv?

(Eks.: 1 mnd = 001; 12 mndr = 012; 12 år = 144)

Hvor mange måneder til sammen har du vært i poliklinisk behandling med LAR i ditt liv?

(Eks.: 1 mnd = 001; 12 mndr = 012; 12 år = 144)

Hva er ditt behandlingsmål med dette behandlingsopplegget?

1 = Rehabilitering med rusfrihet

2 = Stabilisering med bedre rusmestring

Ønske for varighet av behandling?

(Eks.: 1 mnd = 001; 12 mndr = 012; 12 år = 144, Livslang = 999)

## Kontrollert miljø

I løpet av de siste 30 dagene før denne behandlingen, har du vært innlagt i det vi kan kalle et «kontrollert miljø»?

1 = Nei

2 = Fengsel

3 = Behandlingsinstitusjon for rusmiddelmissbrukere

4 = Somatisk sykehus

5 = Psykiatrisk sykehus/klinikk

6 = Bare avrusning/avgiftning

7 = Annet kontrollert miljø, spesifiser: .....

Var dette miljøet/behandling med LAR?

Nei

Ja

## Sosialt nettverk siste 6 måneder (før kontrollert miljø)

Hvem er du mest sammen på fritiden vanligvis?

(Lengeværende kjæresteforhold defineres som familie/minst 1 år)

1 = Familie uten nåværende problemer med alkohol/stoff/medikamenter

2 = Familie med nåværende problemer med alkohol/stoff/medikamenter

3 = Venner uten nåværende problemer med alkohol/stoff/medikamenter

4 = Venner med nåværende problemer med alkohol/stoff/medikamenter

5 = Er mest alene



Utsatthet for kriminalitet siste 6 måneder (før kontrollert miljø)			
	Siste 6 mnd		
	Nei	Ja	Ant ganger
Har du blitt frastjålet personlige ting som penger, mobiltelefon eller andre ting?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har du blitt utsatt for vold som førte til synlige merker eller skader på kroppen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har du blitt utsatt for vold som ikke førte til synlige merker eller skader på kroppen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har du noen gang blitt utsatt for seksuelt motivert vold, overgrep eller voldtekt, eller forsøk på dette?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Egen kriminalitet siste 6 måneder (før kontrollert miljø)			
	Siste 6 mnd		
	Nei	Ja	Ant ganger
Har du vært involvert i kriminelle handlinger? (unntatt egen bruk og besittelse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hvis Ja: Herunder vinningskriminalitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hvis Ja: Narkotikaforbrytelser? (unntatt egen bruk og besittelse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hvis Ja: Voldskriminalitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hvis Ja: Trafikk kriminalitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hvis Ja: Annen kriminalitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

LAR-medisiner og kriminalitet hele livet				
	Nei	Ja	Ikke aktuelt	Ønsker ikke å svare
Har du noen gang omsatt/delt ditt eget LAR medikament?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du noen gang kjøpt illegalt LAR-medikament?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Soning hele livet				
	Nei	Ja	Ant ganger	Dersom soning, ant måneder totalt
Har du sonet dom i fengsel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

## SCL – 25. Hvor mye har du vært plaget av: (den siste uka)

(samme spørsmål i SCL-90)

	0	1	2	3	4
<i>Sett en ring rundt det svaret som passer deg best.</i>	Ikke i det hele tatt	Litt	Moderat	Ganske mye	Veldig mye
1. Hodepine	0	1	2	3	4
2. Skjelving	0	1	2	3	4
3. Matthet eller svimmelhet	0	1	2	3	4
4. Nervøsitet, indre uro	0	1	2	3	4
5. Plutselig frykt uten grunn	0	1	2	3	4
6. Stadig redd eller engstelig	0	1	2	3	4
7. Hjerterbank, hjerteslag som løper avgårde	0	1	2	3	4
8. Følelse av å være anspent, oppjaget	0	1	2	3	4
9. Anfall av angst eller panikk	0	1	2	3	4
10. Så rastløs at det er vanskelig å sitte stille	0	1	2	3	4
11. Mangel på energi, alt går langsommere enn vanlig	0	1	2	3	4
12. Lett for å klandre seg selv	0	1	2	3	4
13. Lett for å gråte	0	1	2	3	4
14. Tanker om å ta ditt liv	0	1	2	3	4
15. Dårlig matlyst	0	1	2	3	4
16. Søvnproblemer	0	1	2	3	4
17. Følelse av håpløshet med tanke på fremtiden	0	1	2	3	4
18. Nedtrykt, tungsindig	0	1	2	3	4
19. Følelse av ensomhet	0	1	2	3	4
20. Tap av seksuell lyst og interesse	0	1	2	3	4
21. Følelse av å være lur i en felle eller fanget	0	1	2	3	4
22. Mye bekymret eller urolig	0	1	2	3	4
23. Uten interesse for noe	0	1	2	3	4
24. Følelse av at alt er et slit	0	1	2	3	4
25. Følelse av å være unyttig	0	1	2	3	4

**Somatisk helse. Hvor mye har du vært plaget av: (siste 6 måneder) (før kontrollert miljø)**

Sett en ring rundt det svaret som passer deg best.	0	1	2	3	4	Kronisk lidelse?	
	Ikke i det hele tatt	Litt	Moderat	Ganske mye	Veldig mye	(minst 3 mnd i løpet av siste halvår før inntak)	
						Ja	Nei
Fordøyelsesplager	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diare	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forstoppelse	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftveisplager	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eksem	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hudinfeksjoner	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leddsmerter	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hodepine	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brystsmerter	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svimmelhet	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedsatt hukommelse	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synsforstyrrelser	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinveisplager	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kjønnsykdommer	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodpropp	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tann/tannkjøttplager	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Har du noen av de nevnte sykdommer per i dag?**

	Ja	Nei	Ukjent/ vet ikke	Hvis Ja, har du i løpet av de siste 6 mnd fått behandling for din(e) sykdom(mer)?	
				Ja	Nei
				Diabetes	<input type="checkbox"/>
Høyt blodtrykk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjertesykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KOLS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitt B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitt C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leverchirrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Livskvalitet før oppstart i behandling (før kontrollert miljø)

Sett en ring rundt det svaret som passer deg best.

		0	1	2	3	4
	Ikke aktuelt	Meget dårlig	Dårlig	Verken god/t eller dårlig	God/t	Meget god/t
Hvordan synes du selv din fysiske helse var før behandling?		0	1	2	3	4
Hvordan synes du selv din psykiske helse var før behandling?		0	1	2	3	4
Hvordan var ditt forhold til deg selv før behandling?		0	1	2	3	4
Hvordan var ditt forhold til dine venner før behandling?		0	1	2	3	4
Hvordan var ditt forhold til din partner før behandling?	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4
Hvordan var din evne til å være glad i andre mennesker før behandling?		0	1	2	3	4
Hvordan fungerte du seksuelt før behandling?		0	1	2	3	4
Hvordan fungerte du sosialt før behandling?		0	1	2	3	4
Hvordan var din arbeidsevne før behandling?		0	1	2	3	4
Hvordan synes du kvaliteten på livet ditt var før behandling?		0	1	2	3	4
Hvordan var kontakten med din familie før behandling?		0	1	2	3	4
Hvordan var kontakten med egne barn før behandling?	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4

## Mål på psykologisk avhengighet siste 4 uker

	0	1	2	3
<i>Som du opplevde det mht til rusmidler siste måned før du begynte i behandling (avrusning er behandling).</i>	Aldri	Noen ganger	Ofte	Alltid
Tenkte du at ditt forbruk av rusmidler var ute av kontroll?	0	1	2	3
Gjorde tanken på å ikke ta rusmidler at du følte deg engstelig eller bekymret?	0	1	2	3
Har ditt forbruk av rusmidler bekymret deg?	0	1	2	3
Skulle du ønske du kunne klare å slutte?	0	1	2	3
	Ikke i det hele tatt	Litt vanskelig	Vanskelig	Umulig
Hvor vanskelig synes du det var å stoppe? (gjelder ikke LAR-medisiner)	0	1	2	3

## Selvkontroll

<i>Nedenfor skal du vurdere påstandene etter hvor godt de passer for deg.</i>	0	1	2	3	4
	Passer ikke det hele tatt	Litt	Moderat	Ganske mye	Passer svært godt
Jeg er flink til å motstå fristelser	0	1	2	3	4
Jeg synes det er vanskelig å endre dårlige vaner	0	1	2	3	4
Jeg er lat	0	1	2	3	4
Jeg sier upassende ting	0	1	2	3	4
Jeg gjør enkelte ting som er morsomt, selv om det ikke er bra for meg	0	1	2	3	4
Jeg motstår ting som er dårlig for meg	0	1	2	3	4
Jeg skulle ønske jeg hadde mer selvdisciplin	0	1	2	3	4
Folk vil si jeg har jerndisciplin	0	1	2	3	4
Ønsket om å ha det gøy forhindrer meg noen ganger i å få jobben gjort	0	1	2	3	4
Jeg har konsentrasjonsvansker	0	1	2	3	4
Jeg klarer å jobbe effektivt mot langsiktige mål	0	1	2	3	4
Enkelte ganger klarer jeg ikke å stoppe meg selv i å gjøre noe jeg vet er galt	0	1	2	3	4
Jeg handler ofte uten å ha vurdert alle alternativene	0	1	2	3	4

### Generelle matvaner siste 4 uker før inntak til behandling (før kontrollert miljø)

Hvor mange måltider spiste du per dag?

Hvor mange varme måltider spiste du vanligvis per dag?

Hvor mange mellommåltider (snack) spiste du per dag?

Hvor mange brødmåltider spiste du vanligvis per dag?

Med hvem spiste du vanligvis dine måltider?

1 = Alene

2 = Med familie

3 = Med venner

4 = Med andre

### Generelle matvaner siste 4 uker før inntak til behandling (før kontrollert miljø)

	0	1	2	3
<i>Sett en ring rundt det svaret som passer deg best.</i>	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte
Hvor ofte spiste du tilberedt mat som ble servert på for eksempel suppestasjoner/institusjon/værested?	0	1	2	3
Hvor ofte spiste du «fast food» (hamburgere, pizza, pølser etc) som et hovedmåltid?	0	1	2	3
Hvor ofte spiste du halvfabrikatmat (frossenpizza, supper etc) som du varmet selv?	0	1	2	3
Hvor ofte lagde du/familiemedlem varme hjemmelagde måltider som du spiste?	0	1	2	3
Hvor ofte mottok du «matposer» fra for eksempel Frelsesarmeen?	0	1	2	3
Benyttet du deg av kosttilskudd	0	1	2	3

## Tobakksvaner siste 6 måneder før behandling (før kontrollert miljø)

Røyket du tobakk?

1 = Ja  
2 = Nei

Hvis ja, hvor mange sigaretter daglig?

Brukte du snus?

1 = Ja  
2 = Nei

Hvis ja, antall dager per boks?

## Dopingmidler siste 6 måneder før behandling (før kontrollert miljø)

Brukte du dopingmidler?

1 = Ja  
2 = Nei

Hvis ja, hvor mange ganger per uke?

Hvis ja, hvilken type dopingmidler?

Anabole steroider     Andre: .....

Hvis ja, brukte du sprøyter?

1 = Ja  
2 = Nei

## Fysisk trening siste 6 måneder før behandling (før kontrollert miljø)

Drev du med fysisk trening, enten organisert eller i privat regi?

1 = Ja  
2 = Nei

Hvis ja, hva slags trening? .....

Hvis ja, hvor mange dager per uke?

## Høyde og vekt

Selvrapportert vekt i kilo

--	--	--

Selvrapportert høyde i cm

--	--	--

Hvordan vurderer du din egen vekt i dag?

For lav     Passe     For høy

Deltagelse i denne studien innebærer at vi vil forsøke å få høre hvordan det har gått med deg igjen etter noe tid (1-5 år). For at vi skal kunne komme i kontakt med deg ved oppfølgingstidspunktene, må vi ha oppdatert kontaktinformasjon.

*Vi ber også om at du i tillegg til egen informasjon oppgir minst 2 andre kontaktpersoner som vet hvor du stort sett befinner deg. Vi har erfaring fra at mange skifter adresse, og telefonnummer i oppfølgingstiden. Vi trenger derfor informasjon fra tilleggskontaktene for å kunne nå deg.*

## Kontaktinformasjon for pasienten:

Navn:

Adresse:

Telefonnr 1:

Telefonnr 2:

Telefonnr 3:

E-mail:

Din kontakt i kommunen:

## Kontaktperson 1

Relasjon/rolle: familie, behandler, venn, annet .....

Navn:

Adresse:

Telefonnr 1:

Telefonnr 2:

E-mail:

## Kontaktperson 2

Relasjon/rolle: familie, behandler, venn, annet .....

Navn:

Adresse:

Telefonnr 1:

Telefonnr 2:

E-mail: