

Tiltaksnr

--	--	--

Løpenr

--	--	--

Norsk oppfølgingsstudie av opioid-avhengige i behandling (NorComt)

«Veteraner» i LAR behandling

Inklusjonskriterier:

- Begynte i LAR første gang før 1.1.2009 og er i LAR i dag.
- Pasientene skal ha til sammen minst 3 års erfaring i LAR, ved intervju tidspunktet.

Intervjuskjema

Samarbeid mellom SERAF, regionale LAR-sentre og
rusbehandlingsinstitusjoner

SERAF 2013

Kontaktpersoner:

Edle Ravndal:

edle.ravndal@medisin.uio.no

Thomas Clausen:

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
Observert 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

Behov for tolk

1 = Ja
2 = Nei

Fødeland og etnisk bakgrunn

1 = Norge
2 = Norden utenom Norge
3 = Vest-Europa utenom Norden
4 = Øst-Europa
5 = Asia (inkl. Tyrkia)
6 = Afrika

7 = Sør- og Mellom-Amerika (inkl. Mexico)
8 = Nord-Amerika
9 = Oceania
99 = Ukjent

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 = Atføringspenger
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
Hepatitt B	Hepatitt C	HIV	

Egen kunnskap om blodsmittevirus

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

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

	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)
Mest brukte rusmiddel/ medikament	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
2. mest brukte	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
3. mest brukte	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
4. meste brukte	<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 opiat/ropioder forskrevet i LAR- program 5 = Metadon, buprenorfin, andre opiat/ropioder forskrevet utenfor LAR-program 6 = Metadon, buprenorfin, andre opiat/ropioder 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 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

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			
	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 fysisk vold som førte til synlige merker eller skader på kroppen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har du blitt utsatt for fysisk vold som ikke førte til synlige merker eller skader på kroppen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har du blitt utsatt for trusler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Hele livet		
Har du noen gang i livet blitt utsatt for seksuelt motivert vold, overgrep eller voldtekt, eller forsøk på dette?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Hvem utførte kriminaliteten mot deg ved siste hendelse?			
<input type="checkbox"/> Ukjent person	<input type="checkbox"/> Bekjent/venn	<input type="checkbox"/> Person som brukte makt i sitt arbeid	
<input type="checkbox"/> Familie/partner	<input type="checkbox"/> Andre	<input type="checkbox"/> Vil ikke svare	

Egen kriminalitet siste 6 måneder			
	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? (alle typer tyveri, bedrageri, innbrudd, heleri)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hvis Ja: Narkotikaforbrytelser? (unntatt egen bruk og besittelse, gjelder narkotika og doping, solgt, smuglet, tilvirket, annet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hvis Ja: Voldskriminalitet? (Med vilje påført andre fysisk smerte/skade)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hvis Ja: Trafikk kriminalitet? (Kjørt ruspåvirket, uten førerkort, for fort, annet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hvis Ja: Annen kriminalitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

LAR-medisin og kriminalitet hele livet				
	Nei	Ja	Ikke aktuelt	Ønsker ikke å svare
Har du noen gang omsatt/byttet ditt eget LAR-medikament?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du noen gang gitt bort/delt ditt eget LAR-medikament?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du noen gang blitt frastjålet 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)

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"/>
Levercirrose	<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"/>

Nåværende livskvalitet

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 er?		0	1	2	3	4
Hvordan synes du selv din psykiske helse er?		0	1	2	3	4
Hvordan er ditt forhold til deg selv?		0	1	2	3	4
Hvordan er ditt forhold til dine venner?		0	1	2	3	4
Hvordan er ditt forhold til din partner?	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4
Hvordan er din evne til å være glad i andre mennesker?		0	1	2	3	4
Hvordan fungerer du seksuelt?		0	1	2	3	4
Hvordan fungerer du sosialt?		0	1	2	3	4
Hvordan er din arbeidsevne?		0	1	2	3	4
Hvordan synes du kvaliteten på livet ditt er?		0	1	2	3	4
Hvordan er kontakten med din familie?		0	1	2	3	4
Hvordan er kontakten med egne barn?	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4

Mål på psykologisk avhengighet siste 4 uker

<i>Som du opplever det mht til rusmidler siste måned.</i>	0	1	2	3
	Aldri	Noen ganger	Ofte	Alltid
Tenker du at ditt forbruk av rusmidler er ute av kontroll?	0	1	2	3
Gjør tanken på å ikke ta rusmidler at du føler deg engstelig eller bekymret?	0	1	2	3
Bekymrer ditt forbruk av rusmidler 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 er 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

Hvor mange måltider spiser du per dag?

Hvor mange varme måltider spiser du vanligvis per dag?

Hvor mange mellommåltider (snack) spiser du per dag?

Hvor mange brødmåltider spiser du vanligvis per dag?

Med hvem spiser du vanligvis dine måltider?

1 = Alene

2 = Med familie

3 = Med venner

4 = Med andre

Generelle matvaner siste 4 uker

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

Tobakksvaner siste 6 måneder

Røyker du tobakk?

1 = Ja
2 = Nei

Bruker du snus?

1 = Ja
2 = Nei

Hvis ja, hvor mange sigaretter daglig?

Hvis ja, antall dager per boks?

Dopingmidler siste 6 måneder

Bruker du dopingmidler?

1 = Ja
2 = Nei

Hvis ja, hvor mange ganger per uke?

Hvis ja, hvilken type dopingmidler?

Anabole steroider Andre:

Hvis ja, bruker du sprøyter?

1 = Ja
2 = Nei

Fysisk trening siste 6 måneder

Driver 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

ADHD – selvrapporteringskjema for voksne-V1.1 (ASRS-V1.1)

<i>Kryss av for den ruten som best beskriver hvordan du har følt og oppført deg de siste 6 månedene.</i>	0	1	2	3	4
	Aldri	Sjelden	I blant	Ofte	Svært Ofte
Hvor ofte har du problemer med å avslutte en oppgave etter at de interessante delene er unnagjort?	0	1	2	3	4
Hvor ofte er det vanskelig for deg å få orden på ting når du skal utføre en oppgave som krever organisering?	0	1	2	3	4
Hvor ofte har du problemer med å huske avtaler eller forpliktelser?	0	1	2	3	4
Når du har en oppgave som krever at du tenker nøye igjennom det du skal gjøre, hvor ofte unngår eller utsetter du å begynne på den?	0	1	2	3	4
Hvor ofte sitter du og fikler med noe når du må sitte lenge i ro?	0	1	2	3	4
Hvor ofte føler du deg overdrevet aktiv og tvunget til å gjøre noe, som om du var drevet av en indre motor?	0	1	2	3	4

Spørsmål om ADHD

	Nei	Ja
Har du noen gang lurt på om du har ADHD?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du noen gang vært utredet for ADHD?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du etter en utredning fått en ADHD diagnose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du medisinert for ADHD?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Årstall begynt første gang i LAR

--	--	--	--

årstall

Dato oppstart denne behandlingsepisoden

--	--	--	--

dag mnd

--	--	--	--

årstall

Behandlingsinnhold i LAR

Kryss av for det som stemmer for din behandling siste 6 mnd (flere valg er mulig)

Jeg har følgende oppfølging som del av min samlede behandling siste 6 mnd:

<input type="checkbox"/> Individuell plan	<input type="checkbox"/> Ansvarsgruppemøter
<input type="checkbox"/> Bistand mht bolig	<input type="checkbox"/> Bistand kurs; skole, utdanning
<input type="checkbox"/> Bistand mht jobb	<input type="checkbox"/> Bistand sosiale aktiviteter
<input type="checkbox"/> Oppfølging somatisk helse	<input type="checkbox"/> Oppfølging psykisk helse
<input type="checkbox"/> Oppfølging ernæring	<input type="checkbox"/> Oppfølging fysisk aktivitet/trening
<input type="checkbox"/> Oppfølging LAR-medisiner	<input type="checkbox"/> Forskrevet benzodiazepin
<input type="checkbox"/> Oppfølging økonomi	<input type="checkbox"/> Oppfølging hos fastlege

Behandlingserfaring siden 1. behandling

Hvor mange avbrudd fra LAR har du hatt?
(Med avbrudd menes minst 30 dagers opphold fra LAR-medisiner)

--	--

Ikke aktuelt

Ved behandlingsavbrudd

Årsaker til avbrudd siste avbruddsepisode

Ufrivillig utskrevet

Frivillig behandlingsavbrudd

Årsak til siste behandlingsavbrudd (flere valg mulig)

<input type="checkbox"/> Ønske om nedtrapping og avslutning av LAR-medisin (planlagt)	<input type="checkbox"/> Misnøye med regler og rammer i LAR
<input type="checkbox"/> Misnøye med medikament	<input type="checkbox"/> Bivirkninger av LAR-medisin
<input type="checkbox"/> Misnøye med utleveringsrutiner	<input type="checkbox"/> Manglende behandlingsnytte
<input type="checkbox"/> Ønske om annen behandling utenfor LAR	<input type="checkbox"/> Trusler og/eller vold mot pasient/ansatt
<input type="checkbox"/> Rusmisbruk	<input type="checkbox"/> Annet

I forhold til tiden **før** du begynte i LAR, hvordan vurderer du **nå**

	Bedre	Som før	Dårligere	Uaktuelt	
Boligforhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sosiale relasjoner til venner/familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Deltagelse i rusfrie nettverk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Psykiske helse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kroppslige helse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ernæringsstatus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Samlet vurdering av livssituasjon/kvalitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Bruker ikke lenger	Mindre	Som før	Større/mer	Uaktuelt
Samlet rusmiddelforbruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruk av alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruk av benzodiazepiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruk av opioider (inkl heroin) (ikke LAR-medisin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruk av cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruk av andre illegale rusmiddel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deltagelse i kriminell aktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utsatthet for kriminalitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grad av oppfølging fra hjelpeapparatet/helsevesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behov for ytterligere behandling for rusproblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Godt	Både og	Dårlig		
Hvordan har LAR-fungert i forhold til dine forventninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Samlet sett hvor fornøyd er du med LAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		