

Baggrundsoplysninger

CPR (f.eks. 010180-0102)

Navn

Dato (DD-MM-ÅÅÅÅ)

Mistrivsel

1. Har du været påvirket af ensomhed de sidste 30 dage?

- ☐ Slet ikke
- ☐ Lidt
- ☐ En del
- ☐ Meget
- ☐ Rigtig meget

2. Har du været påvirket af depressive symptomer de sidste 30 dage?

(Oplevet håbløshed, skyld, tristhed, tungsindighed, manglende interesse for alt og lignende)

- ☐ Slet ikke
- ☐ Lidt
- ☐ En del
- ☐ Meget
- ☐ Rigtig meget

3. Har du været påvirket af symptomer på angst de sidste 30 dage?

(Angstanfald i bestemte sociale situationer, dødsangst, oplevet dig som meget anspændt, slet ikke at kunne slappe af)

- ☐ Slet ikke
- ☐ Lidt
- ☐ En del
- ☐ Meget
- ☐ Rigtig meget

4. Har du været påvirket af selvmordstanker de sidste 30 dage?

(Tanker om eller optagethed af selvmord, kan være alt fra forbigående tanker til detaljeret planlægning)

- ☐ Slet ikke
- ☐ Lidt
- ☐ En del
- ☐ Meget
- ☐ Rigtig meget

Hverdag

1. Hvordan vil du selv beskrive kvaliteten af din egen søvn (sidste 30 dage)?

- ☐ Meget god
- ☐ God
- ☐ Vekslende
- ☐ Dårlig
- ☐ Meget dårlig

2. Hvordan er du til at koncentrere dig? (sidste 30 dage)

- ☐ Meget god
- ☐ God
- ☐ Vekslende
- ☐ Dårlig
- ☐ Meget dårlig

**3. Hvor god er du til at planlægge din dag? (komme på arbejde/i skole, få betalt regninger, købt ind, komme op om morgenen, få gjort nødvendige ting og lignende)
(sidste 30 dage)**

- ☐ Meget god
- ☐ God
- ☐ Vekslende
- ☐ Dårlig
- ☐ Meget dårlig

**4. Hvor god er du til at overholde aftaler? (med venner, forældre, vejledere/sagsbehandlere, kollegaer eller andre du skulle mødes med)
(sidste 30 dage)**

- ☐ Meget god
- ☐ God
- ☐ Vekslende
- ☐ Dårlig
- ☐ Meget dårlig

Lægesamtaler

1. Hvor mange gange har du talt med en læge siden sidste samtale (Som del af din rusmiddelbehandling)?

- ☐ 0 gange
- ☐ 1 gang
- ☐ 2 gange
- ☐ 3 eller flere gange

1.1 Hvorfor har du ikke talt med en læge? (Hvis spm. 1=0)

- ☐ Samtale er tilbudt, men har ikke fundet sted endnu
- ☐ Har afvist lægesamtale
- ☐ Er ikke blevet tilbudt en samtale

Forbrug af rusmidler og medicin

1. Hvor ofte drikker du noget, der indeholder alkohol (tænk på den sidste måned)?

- ☐ Ikke den sidste måned
- ☐ Højest én gang om måneden
- ☐ 2-4 gange om måneden
- ☐ 2-3 gange om ugen
- ☐ 4 gange om ugen eller oftere

2. Hvor mange genstande drikker du almindeligvis, når du drikker noget (tænk på den sidste måned)?

- ☐ 1-2 genstande
- ☐ 3-4 genstande
- ☐ 5-6 genstande
- ☐ 7-9 genstande
- ☐ 10 eller flere genstande

3. Hvor tit drikker du fem genstande eller flere ved én lejlighed (tænk på den sidste måned)?

- ☐ Aldrig
- ☐ Sjældent
- ☐ Månedligt
- ☐ Ugentligt
- ☐ Dagligt eller næsten dagligt

4. Hvor mange dage har du brugt følgende stoffer indenfor de sidste 30 dage?

OBS! Kun stoffer/medicin som ikke er ordineret af læge

	Antal dage, sidste 30 dage
Cannabis (f.eks. hash, pot, skunk)	dage
Amfetamin	dage
Kokain	dage
Ecstasy/MDMA	dage
Beroligende/angstdæmpende medicin og/eller sovemedicin (f.eks. Seroquel, benzodiazepiner, Xanax, Alprox, Stesolid, Pregabalin (Lyrica), Gabapentin, Prometazin/Phenergan) (Ikke ordineret af en læge)	dage
Opioider/smertestillende morfin/morfinlignende præparater: (Oxycontin, Tramadol, Fentanyl, metadon, heroin, Malfin, Contalgin, og lignende) (Ikke ordineret af en læge)	Dage
Andre rusmidler (f.eks. svampe, ketamin, LSD, fantasy/GHB, lattergas, sniffe lim eller andre opløsningsmidler, illegal ritalin eller andet)	Dage

4.5.1 Hvilken beroligende medicin (kun de sidste 30 dage)? (der kan vælges flere svarmuligheder)

- ☐ Alprazolam (f.eks. Xanax)
- ☐ Bromazepam (f.eks. Lexotan)
- ☐ Clonazepam (f.eks. Rivotril)
- ☐ Diazepam (f.eks. Stesolid)
- ☐ Oxazepam (f.eks. Oxabenz, Oxapax)
- ☐ Lorazepam (f.eks. Ratavor, Temesta)
- ☐ Zolpidem, Zoplicon
- ☐ Benzodiazepin (vælges hvis borgeren ikke kender den specifikke type)
- ☐ Seroquel (f.eks. Quetiapin)
- ☐ Sovemedicin (andre end benzodiazepiner og benzodiazepin lignende lægemidler)
- ☐ Pregabalin (Lyrica), Gabapentin
- ☐ Anden beroligende medicin (skriv hvilken) _____
- ☐ Piller, som jeg ikke ved hvad er

4.6.1. Hvilke typer opioider (kun de sidste 30 dage)? (der kan vælges flere svarmuligheder)

- ☐ Heroin
- ☐ Tramadol (f.eks. Dolol, Gemadol, Tadol, Tradolan)
- ☐ Morfin
- ☐ Oxycodon/Oxycontin
- ☐ Metadon
- ☐ Buprenorfin
- ☐ Kodein
- ☐ Fentanyl
- ☐ Contalgin
- ☐ Malfin
- ☐ Opium
- ☐ Andre _____

4.7.1 Hvilke andre stoffer (kun de sidste 30 dage)? (der kan vælges flere svarmuligheder)

- ☐ GHB/fantasy
- ☐ Ketamin
- ☐ Lattergas
- ☐ LSD
- ☐ Svampe
- ☐ Andre psykedeliske stoffer (f.eks. DMT, ayahuasca, mescaline) _____
- ☐ Opløsningsmidler (f.eks. lightergas, lim, deodorant, benzin)
- ☐ Syntetiske cannabinoider
- ☐ Andre stoffer (angiv hvilke) _____

4.8 Er du i medicinsk behandling/medicinsk udtrapning for dit forbrug af opioider?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

4.8.1 Hvilke af følgende præparater indgår i din medicinske behandling for forbrug af Opioider (der kan vælges flere svarmuligheder)

- ☐ Buprenorphin (risoribletter) - angiv antal dage sidste måned: _____
- ☐ Buvidal, depot sidste måned (Hvis ja, besvar 4.8.1.2)
- ☐ Metadon - angiv antal dage sidste måned: _____
- ☐ Lægeordineret heroin - angiv antal dage sidste måned: _____
- ☐ Andet - angiv antal dage sidste måned: _____ (hvis ja, skriv i 4.8.1.5)

4.8.1.2 Hvor tit har du fået Buvidal?

- ☐ En gang om ugen
- ☐ En gang om måneden

4.8.1.3 Angiv hvilken anden substitutionsmedicin _____

4.8.2 Har du indenfor det sidste døgn haft nogle af nedenstående symptomer, som kunne tyde på abstinenser/ubehagelige symptomer pga. ophør/nedtrapning i forbrug af opioider såsom:

Svedetur, uro, rastløshed, rysten på hænderne, gaben, kvalme, gåsehud, løbende næse, smerter i led og muskler, søvnbesvær etc.

- ☐ Slet ikke
- ☐ Lidt
- ☐ En del
- ☐ Meget
- ☐ Rigtig Meget

4.8.3. Har du fået udleveret Naloxon næsespray? (en livreddende modgift mod opioidoverdosis)

- ☐ Ja
- ☐ Nej

4.9 Har du oplevet at tage for meget (overdosis) indenfor den seneste måned?

- ☐ Nej
- ☐ Ja (angiv antal gange sidste måned) _____

Til intervieweren: Har du afsluttende bemærkninger?
