

POLSK – Målepunktregistrering

Krajowy rejestr jakościowy dotyczący szkodliwego używania środków odurzających lub uzależnienia od nich (Kvarus)

REJESTRACJA PUNKTÓW POMIAROWYCH

Pytania dotyczące pacjenta

Zmiany w warunkach socjalnych od poprzedniej rejestracji (*Endringer i sosiale forhold siden forrige registrering*)

Sytuacja mieszkaniowa

Mieszkanie (jeżeli pacjent ma własne mieszkanie, ale przebywa w placówce terapeutycznej lub w więzieniu w chwili przyjęcia lub podczas późniejszego leczenia, to należy zarejestrować alternatywę «Własne mieszkanie (własnościowe lub wynajmowane)». Gminny dom opieki może obejmować placówki opiekuńcze, lecznice i mieszkania współdzielone o charakterze stałym. Mieszkanie tymczasowe to placówka, więzienie, pensjonat, mieszkanie przejściowe itp. Pacjent w wieku ponad 18 lat, który mieszka u opiekuna bez specjalnej umowy, kwalifikuje się do kategorii «Mieszkanie tymczasowe».)

- Własne mieszkanie (własnościowe lub wynajmowane)
- Gminny dom opieki lub tp..
- Mieszkanie tymczasowe
- Bezdomny
- U rodziców/ przełożonych
- Nie pragnie odpowiedzieć

Mieszka

- Sam/ sama
- W związku
- Z przyjaciółmi, z rodziną lub tp.

Dzieci

Pacjent mieszka razem z lub ma regularny kontakt z dzieckiem/ dziećmi w wieku poniżej 18 lat
(dotyczy to dzieci w wieku poniżej 18 lat niezależnie od tego, czy są to dzieci pacjenta, partnera/ partnerki, młodsze rodzeństwo itp. Regularny kontakt to może być kontakt elektroniczny, widzenia lub spotkania w weekendy, przez całe dni, w ferie/ wakacje, sporadyczne odwiedziny itp.)

- Nie
- Tak, 1 dziecko
- Tak, 2 dzieci
- Tak, 3 dzieci
- Tak, 4 dzieci
- Tak, więcej niż 4 dzieci
- Nie pragnie odpowiedzieć

Wykształcenie

Najwyższe ukończone wykształcenie

- Nie ma żadnego ukończonego wykształcenia
- Szkoła podstawowa
- Szkoła średnia/Kurs podstawowy
- Szkoła średnia
- Świadectwo czeladnicze
- Wyższe wykształcenie
- Nie chce odpowiedzieć

Praca i zajęcia/ aktywność

- Nie ma żadnej pracy, kształcenia w toku ani innych zajęć
- Praca w pełnym wymiarze godzin
- Praca w niepełnym wymiarze godzin
- W toku kształcenia
- Uczestniczy regularnie w zajęciach niezarobkowych lub w pracy niezarobkowej

Ilość dni w pracy/ w szkole przez ostatnie 30 dni

Ilość dni na regularnych zajęciach przez ostatnie 30 dni

Dochód

- Dochód z pracy
- Tymczasowe świadczenia z systemu zabezpieczenia społecznego
- Emerytura
- Inne stałe świadczenia z systemu zabezpieczenia społecznego
- Zapomoga socjalna
- Pożyczka na studia
- Na utrzymaniu innych osób
- Stawki dzienne w więzieniu
- Żadne z powyższych źródeł dochodu

Zdarzenia i doświadczenia, które Twoim zdaniem mogą mieć znaczenie dla Twojej terapii (*Hendelser og erfaringer som du mener kan ha betydning for behandlingen*)

Otrzymałeś/-aś te same pytania również przy poprzedniej rejestracji. Tutaj otrzymasz możliwość dać uzupełniające odpowiedzi w porównaniu z poprzednim razem, gdy otrzymałeś/-aś pytania na ten temat.

Czy doświadczyłeś/-aś negatywnych zdarzeń lub doświadczeń w Twoim dzieciństwie, w młodości lub w dorosłym życiu, które Twoim zdaniem mogą mieć znaczenie dla dalszej terapii?

- Tak
- Nie

Czy są to zdarzenia i doświadczenia, o których pragniesz opowiedzieć więcej teraz?

- Tak
- Nie

- Byłem /-am świadkiem przemocy psychicznej lub fizycznej
- Byłem/ -am narażony/ -a na przemoc psychiczną lub fizyczną
- Naraziłem/ am inne osoby na przemoc fizyczną lub psychiczną
- Osoby w rodzinie, w której wychowywałem/ am się, miały problemy związane z używaniem środków odurzających
- Osoby w rodzinie, w której wychowywałem/ -am się, miały problemy psychiczne
- Osoby w rodzinie, w której wychowywałem/ -am się, usiłowały lub popełniły samobójstwo
- Przeżyłem/ - am utratę bliskiej rodziny lub innej bliskiej mi osoby
- Doświadczyłem zaniedbań opieki w moim dzieciństwie/ młodości

- Byłem narażony na ciężki mobbing (pod pojęciem mobbingu rozumie się: szykanowanie/ groźby/ systematyczne ignorowanie, wyłączenie ze wspólnoty lub lekceważenie. Obejmuje to zarówno mobbing fizyczny, psychiczny, jak i mobbing w mediach społecznościowych.)
- Byłem/ - am molestowany/ - a seksualnie lub narażony/ -a na naruszanie mojej godności osobistej (Seksualne naruszanie godności osobistej, na przykład: dotykane, gwałt, znęcanie się)
- Żyłem/ -am w destrukcyjnym związku (Destrukcyjny związek: Długotrwały niszczycielski związek)
- Przebywałem/ -am nieprzerwanie w więzieniu przez 6 miesięcy lub dłużej
- Przeżyłem/ -am traumy związane z wojną, katastrofami lub bardzo ciężkimi wypadkami
- Prostyucja/ usługi seksualne: sprzedaż lub wymiana w zamian za inne korzyści

Zdrowie (*Helse*)

Zdrowie fizyczne

Twój wzrost bez obuwia?

cm

Ile ważysz bez ubrania i obuwia?

kg

Ile minut tygodniowo poświęcasz na aktywność fizyczną (*Wszelka aktywność fizyczna o natężeniu co najmniej odpowiadającym szybkiemu chodzeniu*).

minut

Palisz?

- Nie, nigdy nie paliłem/ - am albo skończyłem/- am z paleniem ponad 6 miesięcy temu
- Nie, ale skończyłem/ - am z palenie mniej niż 6 miesięcy temu
- Tak, ale nie codziennie w ciągu ostatnich 6 miesięcy
- Tak, codziennie w ciągu ostatnich 6 miesięcy

Zdrowie psychiczne (*Psykisk helse*)

Samodzielne zgłaszanie przejawów zdrowia psychicznego – za okres od poprzedniej rejestracji

Byłem/ am tak zdeprimowany/ -a, że odbijało się to na moich codziennych czynnościach przez dłuższy czas (przez dwa tygodnie lub dłużej)

Odczuwałem/ -am lęk, który odbijał się to na moich codziennych czynnościach przez dłuższy czas (przez dwa tygodnie lub dłużej)

Źle spałem/ - am, co odbijało się to na moich codziennych czynnościach przez dłuższy czas (przez dwa tygodnie lub dłużej)

Jadłem/ - am dużo więcej lub mniej, niż zwykle (przez dwa tygodnie lub dłużej)

Próbowałem/ -am popełnić samobójstwo

Próbowałem/ am poranić się

Często wchodziłem w konflikt z innymi osobami
Często byłem zamieszany/ -a w bójkę

Prześladowały mnie różne głosy

Słyszałem/ - am rzeczy, których inne osoby nie były w stanie słyszeć w tym samym czasie

Czułem/ -am, że inne osoby ścigały mnie (nie dotyczy osób w środowisku narkomanów lub policji)

Miałem halucynacje nie będąc odurzonym/ -ą

Miałem problemy z pamięcią, koncentracją, planowaniem, wykonaniem czynności lub działałem/ - am bez zastanowienia

Zużywałem/ - am tak dużo czasu na gry, używanie komputera, zakupy itp., że odbiło się to na moich codziennych czynnościach

Samodzielne zgłaszanie przejawów zdrowia psychicznego w ostatnim tygodniu (do dzisiaj włącznie)

Alternatywy odpowiedzi po polsku:

Nie dokucza mi to

Trochę mi to dokucza

Dość silnie

Bardzo silnie

Nagły napad lęku bez powodu

Czułem/-am się przestraszony/-a lub niespokojny/-a

Odczuwałem/ - am wyczerpanie lub zawroty głowy

Czułem/ -am się napięty/ -a lub zestresowany/- a

Mam skłonność do obwiniania samego/ samej siebie

Problemy ze snem

Poczucie, że jestem beużyteczny/- a, mało wart/ -a

Przygnębiony/ -a, melancholiczny/ -a (smutny/-a)

Poczucie, że wszystko jest orką (mordęgą, harówką)

Poczucie beznadziejności na myśl o przyszłości

Zażywanie środków odurzających w okresie od poprzedniej rejestracji (*Bruk av rusmidler siden forrige registrering*)

Czy zażywałeś/ -aś środki odurzające w okresie od poprzedniej rejestracji?

- Nie
- Tak, ale nie przez ostatnie 30 dni
- Tak, przez ostatnie 30 dni

Łączna ilość dni z zażywaniem środków odurzających w okresie ostatnich 30 dni

- Alkohol
- Cannabis/ konopie
- Amfetamina
- Kokaina
- Inne środki pobudzające
- Heroina
- Metadon
- Subutex/Subuxone
- GHB/GBL
- Inne opiaty/ opioidy
- Środki hipnotyzujące lub uspokajające (benzodiazepiny)
- Środki wywołujące halucynacje
- Rozpuszczalniki
- Sterydy anaboliczne
- Inne syntetyczne środki odurzające (Legal highs – gaz rozweselający, sole do kąpieli i benzodiazepiny)

Inne

Alternatywy odpowiedzi po polsku:

Przez ile dni zażywałeś/ -aś aktualny środek odurzający w okresie ostatnich 30 dni

Najczęstszy sposób zażywania aktualnego środka odurzającego

- W związku z jedzeniem/ piciem
- Poprzez palenie/ wdychanie
- Wąchanie
- Wstrzykiwanie
- Inne

Wstrzykiwanie (*Injisering*)

Czy używałeś/ -aś strzykawki w okresie od poprzedniej rejestracji?

- Nie
- Tak
- Nie chcę odpowiedzieć

Przedawkowanie/ zatrucie alkoholem w okresie po poprzedniej rejestracji

- Nie
- Tak

Przedawkowanie/ zatrucie alkoholem w okresie ostatnich 30 dni?

- Nie
 - Tak
 - Nie chcę odpowiedzieć
- Nie chcę odpowiedzieć

Co sam/ -a uczyniłeś/ -aś, aby zmienić swój nałóg dotyczący środków odurzających od poprzedniej rejestracji? (*Overdose/alkoholforgiftning siden forrige registrering*)

- Ograniczyłem/ -am zażywanie ich
- Zmieniłem/ -am rodzaj środka odurzającego
- Miałem/ -am jeden lub kilka okresów trzeźwości
- Odbyłem/ -am terapię
- Byłem/ -am otwarty/ -a i szczerzy/ -a na temat moich zwyczajów dotyczących zażywania środków odurzających/ mojego nałogu
- Żadne z powyższych działań

Motywacja, sytuacja życiowa i zasoby osobiste (*Motivasjon, livssituasjon og ressurser*)

Motywacja

W jak dużym stopniu doświadczasz, że używanie przez Ciebie narkotyków jest problemem
(1= Żaden problem, 10 = Duży problem)

Jak ważne jest dla Ciebie zmieniienie Twojego nałogu używania środków odurzających (1= Nie ważne, 10= Bardzo ważne)

Jak silna jest Twoja wiara w to, że zdołasz zmienić swój nałóg używania środków odurzających
(1=Nie mam wiary w to, 10= Mam bardzo silną wiarę w to)

W jakim stopniu jesteś gotów/ gotowa zmienić Twój nałóg używania środków odurzających
(1=Nie jestem gotów/-a, 10= Jestem w wysokim stopniu gotów/ gotowa/ już zaczęłam/ zaczęłam)

Uaktualnione informacje na temat doświadczeń, które uważasz za możliwe zasoby osobiste/ Twoje silne strony w Twoim procesie zmian

Mam kontakt z osobą, które może dać mi wsparcie socjalne

Pracowałem/ -am / mam pracę

Chodziłem/ chodzę do szkoły (na poziomie ponad szkołą podstawową)

Mam/ miałem własne mieszkanie

Mam/ Miałem/ -am zainteresowania, które coś dla mnie znaczą

Miałem/ -am wcześniejsze okresy trzeźwości

Mam nadzieję na życie, które w mniejszym stopniu będzie odznaczać się używaniem środków odurzających (Pod pojęciem środków odurzających rozumiem zarówno środki legalne (alkohol), jak i nielegalne środki odurzające na dodatek do tego, co przepisał mi lekarz)

Aktualna sytuacja życiowa

Alternatywy odpowiedzi po polsku:

Bardzo złe/ -y

Złe/ -y

Ani dobre/-y ani złe/-y

Dobre/-y

Bardzo dobre/-y

Co sam/-a uważasz na temat Twojego zdrowia fizycznego w chwili obecnej?

Co sam/ sama uważasz na temat Twojego zdrowia psychicznego w chwili obecnej?

Jaki masz stosunek do samego/ samej siebie w chwili obecnej?

Jaki jest Twój stosunek do Twoich przyjaciół w chwili obecnej?

Jaki jest Twój stosunek do Twojego partnera/ partnerki w chwili obecnej?

Stosunek o własnych dzieci lub dzieci partnera/ partnerki

Stosunek do rodziny

Sytuacja ekonomiczna/ finansowa

Sytuacja zawodowa (włącznie z pracą niezarobkową)

Sytuacja szkolna/ w odniesieniu do kształcenia się

Uczestnictwo w kontaktach socjalnych/ towarzyskich

Sytuacja życiowa w sumie

OCENA TERAPII (Evaluering av behandling)

Alternatywy odpowiedzi po polsku:

1 W bardzo małym stopniu

2

3

4

W bardzo dużym stopniu

Czy odczuwasz, że...

Odniosłeś/ -aś korzyść z terapii

Terapia sprawiła, że jesteś bardziej w stanie opanować Twoje problemy związane z zażywaniem środków odurzających

Terapeuci rozumieją Twoją sytuację

Informacje, które otrzymujesz o Twojej terapii, są zadowalające

Współdziałałeś/ -aś w pracy nad Twoim planem terapii

Masz wpływ na terapię

Terapeuta/ placówka terapeutyczna daje Ci nadzieję

Terapeuta/ placówka terapeutyczna bierze Ciebie poważnie

Terapia, którą otrzymujesz spełnia Twoje oczekiwania

Terapia, którą otrzymujesz jest dostosowana o Twoich życzeń i potrzeb

Terapeuta/ placówka terapeutyczna interesuje się Twoimi zasobami osobistymi

Terapia względnie Twoje pochodzenie kulturowe

Świadczenia, które Ci zaoferowano, są wzajemnie powiązane

Masz okazję do współdziałania i wywierania wpływu na Twoją terapię, we współpracy między terapeutą/ placówką terapeutyczną a innymi podmiotami pomocniczymi.