

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 opcję «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 wielu 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 podobne miejsce
- Mieszkanie tymczasowe
- Bezdomny
- Nie chce odpowiedzieć

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
- Nie chce 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

Dochód

- Dochód z pracy
- Świadczenie rehabilitacyjne (AAP)
- Emerytura
- Renta
- Zapomoga socjalna
- Pożyczka na studia
- Na utrzymaniu innych osób
- Stawki dzienne w więzieniu
- Żadne z powyższych źródeł dochodu

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).

Liczba 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 w ostatnim tygodniu (do dzisiaj włącznie)

Nagły napad lęku bez powodu

- Nie dokucza mi to
- Trochę mi to dokucza
- Dość silnie
- Bardzo silnie

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

- Nie dokucza mi to
- Trochę mi to dokucza
- Dość silnie
- Bardzo silnie

Odczuwałem/ - am wyczerpanie lub zawroty głowy

- Nie dokucza mi to
- Trochę mi to dokucza
- Dość silnie
- Bardzo silnie

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

- Nie dokucza mi to
- Trochę mi to dokucza
- Dość silnie
- Bardzo silnie

Mam skłonność do obwiniania samego/ samej siebie

- Nie dokucza mi to
- Trochę mi to dokucza
- Dość silnie
- Bardzo silnie

Problemy ze snem

- Nie dokucza mi to
- Trochę mi to dokucza

- Dość silnie
- Bardzo silnie

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

- Nie dokucza mi to
- Trochę mi to dokucza
- Dość silnie
- Bardzo silnie

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

- Nie dokucza mi to
- Trochę mi to dokucza
- Dość silnie
- Bardzo silnie

Poczucie, że wszystko jest orką (mordęgą, harówką)

- Nie dokucza mi to
- Trochę mi to dokucza
- Dość silnie
- Bardzo silnie

Poczucie beznadziejności na myśl o przyszłości

- Nie dokucza mi to
- Trochę mi to dokucza
- Dość silnie
- Bardzo silnie

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 liczba dni z zażywaniem środków odurzających w okresie ostatnich 30 dni

dni

- Alkohol
- Cannabis/ marihuana
- Syntetyczna marihuana

- Opioidy (w tym heroina, metadon, fentanyl, subutex oraz subuxone (stosowane poza programem LAR) oraz inne opioidy)
- Środki uspokajające, nasenne i przeciwlękowe (benzodiazepiny)
- Kokaina
- Inne środki pobudzające, w tym amfetamina
- Środki halucynogenne
- Gaz do zapalniczek, gaz rozweselający (podtlenek azotu) oraz wążanie substancji
- MDMA (ecstasy), MDA i podobne substancje
- Inne leki i środki odurzające
- Sterydy anaboliczne

Jeśli zaznaczysz określony środek odurzający, prosimy o udzielenie odpowiedzi na pytania zawarte w poniższych podpunktach (dla każdego środka osobno):

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

Wstrzykiwanie (*Injisering*)

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

- Nie
- Tak
- Nie chcę odpowiedzieć

Przedawkowanie lub zatrucie alkoholem w okresie po poprzedniej rejestracji

Czy od ostatniej rejestracji przedawkowałeś/-aś alkohol lub zatruteś/-aś się nim w taki sposób, że konieczna była hospitalizacja, resuscytacja lub podanie odtrutki?

- Nie
- Tak
- Nie chcę odpowiedzieć

Motywacja (*Motivasjon*)

Jak ważne jest dla Ciebie zmienienie Twojego nałogu używania środków odurzających (1= Nie jest 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)

Sytuacja życiowa (*Livssituasjon*)

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

- Bardzo złe
- Złe
- Ani dobre, ani złe

- Dobre
- Bardzo dobre

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

- Bardzo złe
- Złe
- Ani dobre, ani złe
- Dobre
- Bardzo dobre

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

- Bardzo zły
- Zły
- Ani dobry, ani zły
- Dobry
- Bardzo dobry

Jaki jest Twój stosunek do Twoich przyjaciół w chwili obecnej?

- Bardzo zły
- Zły
- Ani dobry, ani zły
- Dobry
- Bardzo dobry

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

- Bardzo zły
- Zły
- Ani dobry, ani zły
- Dobry
- Bardzo dobry

Sytuacja życiowa w sumie

- Bardzo zła
- Zła
- Ani dobra, ani zła
- Dobra
- Bardzo dobra

Ocena leczenia uzyskanego od czasu poprzedniej rejestracji (*Evaluering av behandling gitt siden forrige registrering*)

Opcje 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 w stanie lepiej 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 traktuje Cię poważnie

Terapia, którą otrzymujesz, spełnia Twoje oczekiwania

Terapia, która otrzymujesz, jest dostosowana do Twoich życzeń i potrzeb

Terapeuta/ placówka terapeutyczna interesuje się Twoimi zasobami osobistymi

Terapia uwzględnia 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.