

## POLSK – Basisregistrering

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

### REJESTRACJA PODSTAWOWYCH DANYCH

#### *Pytania dotyczące pacjenta*

#### Warunki socjalne (*Sosiale forhold*)

##### *Sytuacja mieszkaniowa przy przyjęciu*

**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

### Utbildning

#### 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

### Zdarzenia i doświadczenia (*Hendelser og erfaringer*)

Pytania w tym punkcie dotyczą negatywnych doświadczeń i przeżyć. Pytania obejmują tematy wrażliwe, więc zdecyduj samodzielnie, na które z nich chcesz odpowiedzieć.

Byłem /-am świadkiem przemocy psychicznej lub fizycznej

- Przed ukończeniem 16 lat  Po ukończeniu 16 lat  Zarówno przed, jak i po ukończeniu 16 lat

Byłem/ -am narażony/ -a na przemoc psychiczną lub fizyczną

- Przed ukończeniem 16 lat  Po ukończeniu 16 lat  Zarówno przed, jak i po ukończeniu 16 lat

Naraziłem/ am inne osoby na przemoc fizyczną lub psychiczną

Przed ukończeniem 16 lat  Po ukończeniu 16 lat  Zarówno przed, jak i po ukończeniu 16 lat

Osoby w rodzinie, w której wychowywałem/ -am się, miały problemy związane z używaniem środków odurzających

Przed ukończeniem 16 lat  Po ukończeniu 16 lat  Zarówno przed, jak i po ukończeniu 16 lat

Osoby w rodzinie, w której wychowywałem/ -am się, miały problemy psychiczne

Przed ukończeniem 16 lat  Po ukończeniu 16 lat  Zarówno przed, jak i po ukończeniu 16 lat

Osoby w rodzinie, w której wychowywałem/ am się, usiłowały lub popełniły samobójstwo

Przed ukończeniem 16 lat  Po ukończeniu 16 lat  Zarówno przed, jak i po ukończeniu 16 lat

Przeżyłem/ - am utratę bliskiej rodziny lub innej bliskiej mi osoby

Przed ukończeniem 16 lat  Po ukończeniu 16 lat  Zarówno przed, jak i po ukończeniu 16 lat

Doświadczylem zaniedbań opieki w moim dzieciństwie/ młodości

Przed ukończeniem 16 lat  Po ukończeniu 16 lat  Zarówno przed, jak i po ukończeniu 16 lat

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.)

Przed ukończeniem 16 lat  Po ukończeniu 16 lat  Zarówno przed, jak i po ukończeniu 16 lat

Byłem/ - am molestowany/ - a seksualnie lub narażony/ -a na naruszanie mojej godności osobistej (Seksualne naruszanie godności osobistej, na przykład: dotykane, gwałt, znęcanie się)

Przed ukończeniem 16 lat  Po ukończeniu 16 lat  Zarówno przed, jak i po ukończeniu 16 lat

Żyłem/ -am w destrukcyjnym związku (Destrukcyjny związek: Długotrwały niszczycielski związek)

Przed ukończeniem 16 lat  Po ukończeniu 16 lat  Zarówno przed, jak i po ukończeniu 16 lat

Przebywałem/ -am nieprzerwanie w więzieniu przez 6 miesięcy lub dłużej

Przed ukończeniem 16 lat  Po ukończeniu 16 lat  Zarówno przed, jak i po ukończeniu 16 lat

Przeżyłem/ -am traumy związane z wojną, katastrofami lub bardzo ciężkimi wypadkami

Przed ukończeniem 16 lat  Po ukończeniu 16 lat  Zarówno przed, jak i po ukończeniu 16 lat

Prostytucja/ usługi seksualne: sprzedaż lub wymiana na inne korzyści

Przed ukończeniem 16 lat  Po ukończeniu 16 lat  Zarówno przed, jak i po ukończeniu 16 lat

## Zdrowie (*Helse*)

### Zdrowie fizyczne (*Fysisk helse*)

Twój wzrost bez butów?  cm

Twoja waga bez ubrania i butów?  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

Miałem/ -am 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

### Używanie środków odurzających (*Bruk av rusmidler*)

Zaznacz te środki, których używałeś/ -aś i odpowiedz na pytania w podpunktach. Nie należy stawiać krzyżyka przy lekach przepisanych przez lekarza, ale jeśli lek był brany na własną rękę w celu odurzenia się, należy go zaznaczyć.

- 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 przeciwłękowe (benzodiazepiny)
- Kokaina
- Inne środki pobudzające, w tym amfetamina
- Środki halucynogenne
- Gaz do zapalniczek, gaz rozweselający (podtlenek azotu) oraz wążchanie 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):

#### Opcje odpowiedzi po polsku:

Wiek, w którym środek po raz pierwszy został użyty  lat

Liczba lat z problematycznym użytkowaniem (co najmniej 3 dni w tygodniu lub okresowo przez co najmniej 2 następujące po sobie dni w tygodniu, w stopniu utrudniającym normalną aktywność).

lat

- Zażywanie w ostatnich 30 dniach

Przez ile dni zażywałeś te środki w okresie ostatnich 30 dni  dni

**Łączna liczba dni z zażywaniem środków odurzających w okresie ostatnich 30 dni**

dni

**Wybierz główny środek odurzający**

- 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 przeciwłękowe (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

**Wstrzykiwanie (*Injisering*)**

Czy kiedykolwiek używałeś strzykawki?

- Nie
- Tak

Łączna liczba lat, w których używałeś strzykawki  lat

Ile miałeś/ -aś lat, gdy po raz pierwszy użyłeś strzykawki?  lat

Czy używałeś strzykawki przez ostatnie 30 dni?

- Nie
- Tak
- Nie chcę odpowiedzieć

Czy używałeś/ -aś strzykawki przez ostatnie 12 miesięcy?

- Nie
- Tak
- Nie chcę odpowiedzieć

- Nie chcę odpowiedzieć

**Przedawkowanie lub zatrucie alkoholem (*Overdose eller alkoholforgiftning*)**

Wcześniejsze przedawkowanie lub zatrucie alkoholem wymagające hospitalizacji, resuscytacji lub podania odtrutki

- Nie
- Tak
- Nie chcę odpowiedzieć

### **Motywacja (*Motivasjon*)**

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*)

### **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