

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

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*)

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: dotykanie, 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
- Prostytcja/ usługi seksualne: sprzedaż lub wymiana w zamian za inne korzyści

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*)

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

Alternatywy odpowiedzi po polsku:

Nie

Tak – dawniej w życiu

Tak – przez ostatnie 30 dni

Tak – przez ostatnie 30 dni i dawniej w życiu

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

Miałem/ -am skłonność do obwiniania samego/ samej siebie

Problemy ze snem

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

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

Poczucie, że wszystko jest orką (mordęgą, harówką)

Poczucie beznadziejności na myśl o przyszłości

Używanie środków odurzających (*Brak av rusmidler*)

Wybierz jeden lub kilka środków odurzających, których używałeś/ - aś przed przyjęciem na terapię, włącznie z okresem przed detoksykacją. Wszystkie pytania o okres ostatnich 30 dni dotyczą okresu do przyjęcia na terapię/ detoksykację.

- 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:

Wiek, w którym po raz pierwszy zażyłeś/ -aś środki odurzające

lat

Przez ile lat zażywałeś/ - aś te środki?

lat

Przez ile lat zażywałeś/ -aś te środki często (ciężkie nadużywanie)

lat

Zażywanie w ostatnich 30 dniach

Przez ile dni zażywałeś te środki w okresie ostatnich 30 dni

dni

Najczęstszy sposób zażywania aktualnych środków odurzających

- Jedzenie/ picie
- Palenie/ wdychanie
- Wąchanie

- Wstrzykiwanie
- Inne

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

dni

Wybierz główny środek odurzający

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

Wstrzykiwanie (*Injising*)

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/ zatrucie alkoholem (*Overdose/alkoholforgiftning*)

Wcześniejsze przedawkowanie/ zatrucie alkoholem

- 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?

- Ograniczyłem/ -am zażywanie ich
- Zmieniłem/ -am rodzaj środka
- Miałem/ -am okresy 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 zmienienie 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 zacząłem/ zaczęłam)

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 społecznych/ towarzyskich

Sytuacja życiowa w sumie

Zasoby osobiste/ Twoje silne strony

Doświadczenia, które uważasz za możliwe zasoby osobiste/ Twoje silne strony w Twoim procesie zmian.

Mam kontakt z osobą, które może dać mi wsparcie społeczne

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)