

NATIONALT ALKOHOLBEHANDLINGSREGISTER (NAB), modul 2 NB! frivilligt og kun for døgninstitutioner

Indskrivning af klienter i alkoholbehandling fra og med 1. januar 2006 skal indberettes elektronisk til Sundhedsstyrelsens Nationale Alkoholbehandlingsregister vha. Sundhedsstyrelsen Elektronisk Indberetningssystem (SEI). Se i øvrigt www.indberetning.sst.dk.

Dette er en papirkladde af spørgeskemaet i indberetningssystemet og kan anvendes som en hjælp lokalt, såfremt interviewet ikke foregår foran en computer. Det skal dog understreges, at Sundhedsstyrelsen *udelukkende* modtager elektroniske indberetninger. Således skal institutionen indtaste alle oplysninger på papirkladden og indsende oplysningerne til Sundhedsstyrelsen elektronisk vha. SEI.

- **Helbred:**

Hvor mange dage har du haft
helbredsproblemer indenfor de sidste 30 dage?

Hvor bekymret eller plaget har du været af disse helbredsproblemer de sidste
30 dage?

0	<input type="checkbox"/>	Lav
1	<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>	Høj

Hvor vigtigt er det for dig at få behandling for disse helbredsmæssige eller
fysiske problemer?

0	<input type="checkbox"/>	Lav
1	<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>	Høj

- **Indtægtskilder:**

Hvor mange dage har du haft arbejde indenfor
de sidste 30 dage?

Andre indtægtskilder de sidste 30 dage - lønindkomst

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nej

Andre indtægtskilder de sidste 30 dage - SU

Ja
Nej

Andre indtægtskilder de sidste 30 dage - Arbejdsløshedsdagpenge

Ja
Nej

Andre indtægtskilder de sidste 30 dage – Aktivering eller løn med tilskud

Ja
Nej

Andre indtægtskilder de sidste 30 dage - Sygedagpenge

Ja
Nej

Andre indtægtskilder de sidste 30 dage - Kontanthjælp

Ja
Nej

Andre indtægtskilder de sidste 30 dage – Revalideringsydelse

Ja
Nej

Andre indtægtskilder de sidste 30 dage – Førtidspension eller pension

Ja
Nej

Andre indtægtskilder de sidste 30 dage – Fra familie, venner eller lignende

Ja
Nej

Andre indtægtskilder de sidste 30 dage – Illegale aktiviteter

Ja
Nej

Andre indtægtskilder de sidste 30 dage - Prostitution

Ja
Nej

Andre indtægtskilder de sidste 30 dage – Andet

Ja
Nej

• **Arbejde/arbejdsløshed:**

Hvor mange dage indenfor de sidste 30 dage har du oplevet problemer med arbejde/arbejdsløshed?

Hvor bekymret eller plaget har du været af problemer med arbejde/arbejdsløshed de sidste 30 dage?

0
1
2
3
4

Lav

Høj

Hvor vigtigt er det for dig på nuværende tidspunkt at få rådgivning om disse arbejdsmæssige problemer?

0
1
2
3
4

Lav

Høj

• **Misbrug:**

Hvor mange dage har du ”fixet” (injeceret) inden for de sidste 30 dage?

Hvor mange penge har du brugt inden for de sidste 30 dage på alkohol?

Hvor mange penge har du brugt inden for de sidste 30 dage på stoffer?

Hvor mange dage inden for de sidste 30 har du oplevet problemer med alkohol?

Hvor mange dage inden for de sidste 30 har du oplevet problemer med stoffer?

Hvor bekymret eller plaget har du været de sidste dage på grund af alkohol?

0
1
2
3
4

Lav

Høj

Hvor bekymret eller plaget har du været de sidste dage på grund af stoffer?

0	<input type="checkbox"/>	Lav
1	<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>	Høj

Hvor vigtigt er det for dig nu at få behandling for alkoholproblemer?

0	<input type="checkbox"/>	Lav
1	<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>	Høj

Hvor vigtigt er det for dig nu at få behandling for stofproblemer?

0	<input type="checkbox"/>	Lav
1	<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>	Høj

• **Kriminalitet:**

Venter du i øjeblikket på at blive tiltalt, på en retssag, dom eller afsoning?

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nej

Hvor mange dage i løbet af de sidste 30 dage har du været involveret i illegale aktiviteter for at skaffe penge?

Hvor alvorlige synes du, at dine aktuelle problemer med kriminalitet er?

0	<input type="checkbox"/>	Lav
1	<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>	Høj

Hvor vigtigt er det for dig lige nu at få hjælp med disse problemer?

0	<input type="checkbox"/>	Lav
1	<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>	Høj

• **Familie/venner:**

Har du haft væsentlige perioder inden for de sidste 30 dage med problemer med at komme overens med din mor?

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nej

Har du haft væsentlige perioder inden for de sidste 30 dage med problemer med at komme overens med din far?

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nej

Har du haft væsentlige perioder inden for de sidste 30 dage med problemer med at komme overens med dine søskende?

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nej

Har du haft væsentlige perioder inden for de sidste 30 dage med problemer med at komme overens med din partner/ægtefælle?

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nej

Har du haft væsentlige perioder inden for de sidste 30 dage med problemer med at komme overens med dine børn?

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nej

Har du haft væsentlige perioder inden for de sidste 30 dage med problemer med at komme overens med en anden vigtig familie?

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nej

Har du haft væsentlige perioder inden for de sidste 30 dage med problemer med at komme overens med dine nære venner?

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nej

Har du haft væsentlige perioder inden for de sidste 30 dage med problemer med at komme overens med dine naboer?

Ja
Nej

Har du haft væsentlige perioder inden for de sidste 30 dage med problemer med at komme overens med dine kollegaer?

Ja
Nej

Hvor mange dage inden for de sidste 30 har du haft alvorlige konflikter med din familie?

Hvor mange dage inden for de sidste 30 har du haft alvorlige konflikter med andre end din familie?

Hvor bekymret eller plaget har du været på grund af familiemæssige problemer de sidste 30 dage?

0
1
2
3
4

Lav
Høj

Hvor bekymret eller plaget har du været på grund af andre problemer med sociale relationer de sidste 30 dage?

0
1
2
3
4

Lav
Høj

Hvor vigtigt er det for dig lige nu at blive hjulpet eller rådgivet om disse familiemæssige problemer?

0
1
2
3
4

Lav
Høj

Hvor vigtigt er det for dig lige nu at blive hjulpet eller rådgivet om disse problemer med andre sociale relationer?

0	<input type="checkbox"/>	Lav
1	<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>	Høj

• **Psyke:**

Har du inden for de sidste 30 dage haft en væsentlig periode, hvor du har oplevet svær depression?

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nej

Har du inden for de sidste 30 dage haft en væsentlig periode, hvor du har oplevet svær angst eller anspændthed?

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nej

Har du inden for de sidste 30 dage haft en væsentlig periode, hvor du har oplevet at have forståelses-, koncentrations-, eller hukommelsesproblemer?

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nej

Har du inden for de sidste 30 dage haft en væsentlig periode, hvor du har oplevet hallucinationer?

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nej

Har du inden for de sidste 30 dage haft en væsentlig periode, hvor du har haft aggressiv eller voldelig adfærd?

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nej

Har du inden for de sidste 30 dage haft en væsentlig periode, hvor du har fået ordineret medicin for psykiske problemer?

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nej

Har du inden for de sidste 30 dage haft en væsentlig periode, hvor du har haft selvmordstanker?

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nej

Har du inden for de sidste 30 dage haft en væsentlig periode, hvor du har forsøgt selvmord?

Ja
Nej

Hvor mange dage inden for de sidste 30 har du oplevet nogle af de ovenstående psykiske og følelsesmæssige problemer?

Hvor bekymret eller plaget har du været af disse psykiske eller følelsesmæssige problemer de sidste 30 dage?

0
1
2
3
4

Lav
Høj

Hvor vigtigt er det for dig nu at få behandling for disse psykiske og følelsesmæssige problemer?

0
1
2
3
4

Lav
Høj