

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 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 tp..
- ☐ Mieszkanie tymczasowe
- ☐ Bezdomny
- ☐ Nie pragnie 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
- ☒ Ja
- ☐ 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

Dochód

- ☐ Dochód z pracy
- ☐ Arbeidsavklaringspenger (AAP)
- ☐ Emerytura
- ☐ Uføretrygd
- ☐ 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).

Antall 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 bezużyteczny/- 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 ilość dni z zażywaniem środków odurzających w okresie ostatnich 30 dni

dager

- ☐ Alkohol
- ☐ Cannabis/ konopie
- ☐ Syntetisk cannabis
- ☐ Opioider (inkludert heroin, metadon, fentanyl, subutex og subuxone (utenfor LAR) og andre opiater)
- ☐ Sedativa, hypnotika og anxiolytika (benzodiazepiner)
- ☐ Kokaina
- ☐ Inne środki pobudzające, inkl. amfetamin
- ☐ Hallusinogener
- ☐ Lightergass, lystgass og sniffing
- ☐ MDMA (Ecstasy), MDA og tilsvarende
- ☐ Andre rusmidler og medikamenter
- ☐ Anabole steroider

Hvis ja på noen av rusmidlene (samme spørsmål for hvert rusmiddel som er avkrysset):

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

dager

Wstrzykiwanie (*Injisering*)

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

- ☐ Nie

- ☐ Tak
- ☒ Nie chcę odpowiedzieć

Przedawkowanie **eller** zatrucie alkoholem w okresie po poprzedniej rejestracji

Overdose eller alkoholforgiftning som krevde sykehusinnleggelse, livredning eller motgift siden forrige registrering?

- ☐ Nie
- ☐ Tak
- ☐ Nie chcę odpowiedzieć

Motywacja (*Motivasjon*)

Jak ważne jest dla Ciebie zmniejszenie 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/-y
- ☐ Złe/-y
- ☐ Ani dobre/-y ani złe/-y
- ☐ Dobre/-y
- ☐ Bardzo dobre/-y

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

- ☐ Bardzo złe/-y
- ☐ Złe/-y
- ☐ Ani dobre/-y ani złe/-y
- ☐ Dobre/-y
- ☐ Bardzo dobre/-y

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

- ☐ Bardzo złe/-y
- ☐ Złe/-y

- ☐ Ani dobre/-y ani złe/-y
- ☐ Dobre/-y
- ☐ Bardzo dobre/-y

Jaki jest Twój stosunek do Twoich przyjaciół w chwili obecnej?

- ☐ Bardzo złe/ -y
- ☐ Złe/ -y
- ☐ Ani dobre/-y ani złe/-y
- ☐ Dobre/-y
- ☐ Bardzo dobre/-y

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

- ☐ Bardzo złe/ -y
- ☐ Złe/ -y
- ☐ Ani dobre/-y ani złe/-y
- ☐ Dobre/-y
- ☐ Bardzo dobre/-y

Sytuacja życiowa w sumie

- ☐ Bardzo złe/ -y
- ☐ Złe/ -y
- ☐ Ani dobre/-y ani złe/-y
- ☐ Dobre/-y
- ☐ Bardzo dobre/-y

Evaluering av behandling gitt siden forrige registrering (Evaluering av behandling gitt siden forrige registrering)

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.