

ARBETSBLAD

Teman och besöksfrekvens

Session 1 vecka 0	Session 2 Vecka 2	Session 3 Vecka 4	Session 4 Vecka 6	Session 5 Vecka 8	Session 6 Vecka 12
Tema: Kartläggning	Uppföljning av Kartläggning	Tema: Målsättning & Alkoholkalender	Uppföljning av Alkoholkalender & Risksituationer	Tema: Risksituationer	Uppföljning av Alkohol- kalender & Avstå helt
		Uppföljning av Målsättning & Alkoholkalender	Uppföljning av Alkoholkalender & Risksituationer	Uppföljning av Alkoholkalender & Måttlighets- strategier	Uppföljning av Alkohol- kalender & Avstå helt
		Tema: Målsättning & Alkoholkalender	Tema: Alkoholkalender & Risksituationer	Tema: Måttlighets- strategier	Tema: Vidmakthålla & Utvärdering

ARBETSBLAD

Frågeguide kartläggning

1. Besöksorsak

Vilka är de främsta skälen till att du söker hjälp *just nu*?

Vad är det du upplever som problematiskt med dina alkoholvanor?

Vilken förändring önskar du uppnå avseende alkoholkonsumtionen?

Vad hoppas du uppnå med en förändring av alkoholvanorna?

Hur kommer det sig att denna förändring är viktig för dig?

Om du beslutade dig för en förändring av alkoholvanorna, hur skulle du gå till väga för att genomföra den? Om patienten redan genomfört en förändring, be denne beskriva vilka förändringar som gjorts och hur patienten gått till väga.

2. Alkoholvanorna

A) AKTUELL KONSUMTION

Hur har din alkoholkonsumtion sett ut den senaste månaden:

Beskriv hur ofta du har druckit alkohol en typisk vecka under denna tid.

Hur mycket brukar du dricka vid varje typiskt tillfälle under denna tid?

När drack du senast, och vilken mängd?

Beskriv en typisk situation då du dricker alkohol?

Vilka kortsiktiga (positiva respektive negativa) konsekvenser har alkoholen för dig?

Vilka långsiktiga (positiva respektive negativa) konsekvenser har alkoholen för dig?

B) ALKOHOLKONSUMTIONEN I ETT LÄNGRE PERSPEKTIV

Hur gammal var du när du drack alkohol för första gången?

Beskriv attityden till alkohol i familjen där du växte upp?

När började du använda alkohol mer regelbundet (inte nödvändigtvis ofta och mycket, men när alkoholen blev ett inslag i ditt liv)?

Beskriv kort hur din alkoholkonsumtion sett ut sedan dess.

Hur har konsumtionen varierat mellan olika perioder i livet (perioder med högre respektive lägre konsumtion)?

Vad har bidragit till dessa variationer (förändringar i livet, arbete, familj, sjukdom, etcetera)?

Hur länge har du druckit på ett sätt som du själv upplever som ett problem?

När tänkte du för första gången att du skulle vilja förändra din konsumtion?

Har du gjort tidigare försök att minska konsumtionen?

Om ja; hur bar du sig då åt? Hur gick det? Vad fungerade mindre bra? Vad fungerade bra?

Har du sökt behandling tidigare? Vilken/vilka behandling(ar) rörde det sig om? Vilken erfarenhet har du från den behandlingen? Vad fungerade mindre bra? Vad fungerade bra?

Har du behandlats för alkoholabstinens, haft abstinenskramper eller Delirium Tremens (DT)?

Känner du till om det finns andra i släkten som druckit för mycket alkohol? Om ja; vilka?

3. Aktuell livssituation

A) SOCIALT NÄTVERK

Beskriv kort hur det ser ut runt dig avseende partner, barn, vänner, släkt och övriga relationer?

Har dessa personer uttryckt oro för dina alkoholvanor?

Använder vänner, partner, arbetskamrater alkohol på ett sätt som kan försvåra för dig att förändra dina alkoholvanor?

Vilka personer kan fungera som ett stöd för dig i en förändring av dina alkoholvanor?

B) SYSELSÄTTNING/FÖRSÖRJNING

Beskriv din huvudsakliga sysselsättning (arbete, studier, arbetslös, pensionär, etcetera)?

Hur försörjer du dig?

Trivs du med din sysselsättning?

Hur upplever du arbetsbelastningen?

Kan du beskriva alkoholkulturen på arbetet/i skolan?

C) FRITID

Hur tillbringar du den mesta av din fritid?

Vilka är dina främsta fritidsintressen?

Hur skulle du beskriva alkoholkulturen i dessa?

Finns det några intressen eller andra fritidssysselsättningar som du vill återuppta alternativt börja med? Om ja; vilka?

D) BOENDE

Beskriv hur du bor?

Trivs du med ditt boende?

4. Hälsa

A) PSYKISK HÄLSA

Beskriv din psykiska hälsa.

Har du några pågående psykiska besvär?

Har du någon pågående behandling (psykologiskt/läkemedel) för psykiska besvär?

Har du tidigare behandlats (psykologiskt/läkemedel) för psykiska besvär?

Hur upplever du att alkoholen påverkar dina (eventuella) psykiska besvär?

Har du tidigare haft allvarliga psykiska besvär (exempelvis självskada, suicidförsök, psykos)?

B) FYSISK HÄLSA

Beskriv din fysiska hälsa.

Har du några pågående fysiska besvär?

Har du någon pågående behandling för fysiska besvär?

Har du tidigare behandlats för fysiska besvär?

Hur upplever du att alkoholen påverkar dina (eventuella) fysiska besvär?

Har du tidigare haft allvarligare somatiska besvär som kan vara av vikt för behandlingen (exempelvis gastric bypass, cancer)?

5. Övriga substanser

Har du under de senaste tre månaderna använt nikotin (cigaretter, snus eller pipa), beroendeframkallande läkemedel (bensodiazepiner eller smärtstillande läkemedel) eller narkotika?

Om ja; beskriv mängd och frekvens.

Har bruket lett till några negativa konsekvenser (fysiskt, psykiskt eller socialt)?

Har du tidigare i livet använt nikotin (cigaretter, snus eller pipa), beroendeframkallande läkemedel (bensodiazepiner eller smärtstillande läkemedel) eller narkotika?

Om ja: beskriv mängd och frekvens.

Ledde bruket till några negativa konsekvenser (fysiskt, psykiskt eller socialt)?

Hur gick du till väga för att förändra denna/dessa vanor?

6. Förväntningar på behandlingen

Vad önskar du stöd i att förändra?

Hur har du tänkt gå till väga för att genomföra förändringen av dina alkoholvanor?

Vilka strategier har du tänkt använda dig av?

Vilken hjälp önskar du av mig?

FORMULÄR

Alkoholkalender (TLFB)

Syfte: Att ge en bild av mängd och mönster i drickandet.

- 1 Ta fram din egen almanacka, dagbok eller liknande.
- 2 Börja med att notera minnesvärda händelser, exempelvis helgdagar, födelsedagar (egen eller andras), fester, resor, händelser på arbetet, kulturella evenemang (teaterbesök, fotbollsmatcher) etcetera.
- 3 Gå tillbaka 4 veckor och skriv in dessa händelser i alkoholkalendern fram till dagens datum. Med hjälp av dessa händelser är det sedan lättare att komma ihåg när och hur samt mängden alkohol du har druckit.
- 4 Försök erinra dig, en vecka i taget tillbaka i tiden, vilka dagar du druckit alkohol och mängden räknat i glas (se figur nedan). Skriv i för varje dag hur många glas du druckit (de dagar du inte druckit skriver du 0). Det är viktigt att alla rutor fylls i.
- 5 Börja med den senaste hela kalenderveckan, dvs. måndag till söndag; gå därefter bakåt en vecka i taget. Vecka 4 är den senaste veckan; vecka 3 är veckan dessförinnan; vecka 2 är veckan dessförinnan osv.



	Måndag	Tisdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lördag	Söndag	Summa antal glas per vecka
Vecka 1								
Vecka 2								
Vecka 3								
Vecka 4								

Följande nyckeltal kan beräknas från alkoholkalendern:

- **Glas per vecka:**

Lägg samman antalet glas för hela perioden (4 veckor) ____

Dela totala antalet glas med 4: ____

- **Glas per dryckesdag:**

Räkna antalet dagar som du druckit någon alkohol: ____ dagar

Dela antalet glas för hela perioden (se ovan) med antalet dagar som du druckit någon alkohol: ____

- **Dagar med storkonsumtion:**

(Kvinna) Dagar då du druckit 4 eller fler glas ____ dagar

(Man) Dagar då du druckit 5 eller fler glas ____ dagar

FORMULÄR

Frågor om alkoholberoende (ICD)

Syfte: Dessa sex frågor beskriver olika sätt på vilka alkoholberoende kan yttra sig.

Frågorna gäller hur det sett ut för dig de senaste 12 månaderna.

1. Känner du ett starkt begär eller tvång att dricka alkohol?

Nej Ja

2. När du dricker alkohol, brukar det bli så att du dricker mer än du hade tänkt från början?

Nej Ja

3. Har du fått mindre tid för att jobba, ägna dig åt fritidsintressen eller umgås med andra på grund av ditt drickande?

Nej Ja

4. Har du druckit mer för att få samma effekt som du fick tidigare?

Nej Ja

5. Har det hänt att du fått skakiga händer, börjat svettas eller känt dig orolig efter att du minskat eller slutat dricka?

Nej Ja

6. Har du fortsatt att dricka fast du visste att alkoholen gav dig kroppsliga eller psykiska problem?

Nej Ja

Återgiven enligt Sven Wåhlin, *Alkohol: en fråga för oss i vården* (2015) ursprungligen från Socialstyrelsen.

FORMULÄR

AUDIT

Här är ett antal frågor om dina alkoholvanor det senaste året.

Vi är tacksamma om du besvarar dem så noggrant och ärligt som möjligt genom att markera det alternativ som gäller för dig.

MED ETT GLAS MENAS



HUR GAMMAL ÄR DU? _____ ÅR MAN KVINNA

1. Hur ofta dricker du alkohol?	ALDRIG <input type="checkbox"/>	1 GÅNG I MÅNADEN ELLER MER SÄLLAN <input type="checkbox"/>	2-4 GÅNGER I MÅNADEN <input type="checkbox"/>	2-3 GÅNGER I VECKAN <input type="checkbox"/>	4 GÅNGER/VECKA ELLER MER <input type="checkbox"/>
2. Hur många "standardglas" (se exempel) dricker du en typisk dag då du dricker alkohol?	1-2 <input type="checkbox"/>	3-4 <input type="checkbox"/>	5-6 <input type="checkbox"/>	7-9 <input type="checkbox"/>	10 ELLER FLER <input type="checkbox"/>
3. Hur ofta dricker du sex sådana "standardglas" eller mer vid samma tillfälle?	ALDRIG <input type="checkbox"/>	MER SÄLLAN ÄN EN GÅNG I MÅNADEN <input type="checkbox"/>	VARJE MÅNAD <input type="checkbox"/>	VARJE VECKA <input type="checkbox"/>	DAGLIGEN ELLER NÄSTAN VARJE DAG <input type="checkbox"/>
4. Hur ofta under det senaste året har du inte kunnat sluta dricka sedan du börjat?	ALDRIG <input type="checkbox"/>	MER SÄLLAN ÄN EN GÅNG I MÅNADEN <input type="checkbox"/>	VARJE MÅNAD <input type="checkbox"/>	VARJE VECKA <input type="checkbox"/>	DAGLIGEN ELLER NÄSTAN VARJE DAG <input type="checkbox"/>
5. Hur ofta under det senaste året har du låtit bli att göra något som du borde för att du drack?	ALDRIG <input type="checkbox"/>	MER SÄLLAN ÄN EN GÅNG I MÅNADEN <input type="checkbox"/>	VARJE MÅNAD <input type="checkbox"/>	VARJE VECKA <input type="checkbox"/>	DAGLIGEN ELLER NÄSTAN VARJE DAG <input type="checkbox"/>
6. Hur ofta under senaste året har du behövt en "drink" på morgonen efter mycket drickande dagen innan?	ALDRIG <input type="checkbox"/>	MER SÄLLAN ÄN EN GÅNG I MÅNADEN <input type="checkbox"/>	VARJE MÅNAD <input type="checkbox"/>	VARJE VECKA <input type="checkbox"/>	DAGLIGEN ELLER NÄSTAN VARJE DAG <input type="checkbox"/>
7. Hur ofta under det senaste året har du haft skuld känslor eller samvetsförebåelser på grund av ditt drickande?	ALDRIG <input type="checkbox"/>	MER SÄLLAN ÄN EN GÅNG I MÅNADEN <input type="checkbox"/>	VARJE MÅNAD <input type="checkbox"/>	VARJE VECKA <input type="checkbox"/>	DAGLIGEN ELLER NÄSTAN VARJE DAG <input type="checkbox"/>
8. Hur ofta under det senaste året har du druckit så att du dagen efter inte kommit ihåg vad du sagt eller gjort?	ALDRIG <input type="checkbox"/>	MER SÄLLAN ÄN EN GÅNG I MÅNADEN <input type="checkbox"/>	VARJE MÅNAD <input type="checkbox"/>	VARJE VECKA <input type="checkbox"/>	DAGLIGEN ELLER NÄSTAN VARJE DAG <input type="checkbox"/>
9. Har du eller någon annan blivit skadad på grund av ditt drickande?	NEJ <input type="checkbox"/>		JA, MEN INTE UNDER DET SENASTE ÅRET <input type="checkbox"/>		JA, UNDER DET SENASTE ÅRET <input type="checkbox"/>
10. Har en släkting eller vän, en läkare (eller någon annan inom sjukvården) oroat sig över ditt drickande eller antytt att du borde minska på det?	NEJ <input type="checkbox"/>		JA, MEN INTE UNDER DET SENASTE ÅRET <input type="checkbox"/>		JA, UNDER DET SENASTE ÅRET <input type="checkbox"/>

Översatt och bearbetat av professor Hans Bergman vid Karolinska Institutet. Källa: WHO.

Har du besvarat alla frågor? – Tack för din medverkan!

FORMULÄR

SADD

Syfte: Få en bild av svårighetsgrad av eventuella alkoholproblem.

Instruktioner:

Följande frågor handlar om en rad områden som har med alkohol att göra.

Var snäll och läs igenom varje fråga noggrant, men fundera inte alltför länge innan du svarar.

Tänk på dina dryckesvanor den senaste tiden.

Besvara varje fråga genom att ringa in det alternativ som du tycker passar bäst.

Fråga om det är något du inte förstår!

	Aldrig	Ibland	Ofta	Nästan Alltid
1. Är det svårt för dig att sluta tänka på alkohol?	0	1	2	3
2. Är det viktigare för dig att fortsätta dricka än att äta?	0	1	2	3
3. Planerar du din dag efter när och var du kan dricka?	0	1	2	3
4. Dricker du på morgonen, på eftermiddagen och på kvällen?	0	1	2	3
5. Dricker du för att uppnå en viss effekt, utan att bry dig om vad du dricker?	0	1	2	3
6. Dricker du så mycket du vill utan att ta hänsyn till vad du ska göra nästa dag?	0	1	2	3
7. Skulle du dricka för mycket trots att du vet att många problem orsakas av alkohol?	0	1	2	3
8. Vet du om att du omöjligt kan sluta dricka när du väl har börjat?	0	1	2	3
9. Försöker du kontrollera ditt drickande genom att hålla upp helt och hållet under några dagar eller veckor i taget?	0	1	2	3
10. Behöver du en återställare för att komma igång morgonen efter en kväll då du har druckit mycket?	0	1	2	3
11. Skakar dina händer så att andra kan se det efter en kväll då du har druckit mycket?	0	1	2	3
12. Vaknar du och kräks efter att ha druckit mycket?	0	1	2	3
13. Försöker du undvika andra människor morgonen efter en kväll då du druckit mycket?	0	1	2	3
14. Efter att ha druckit kraftigt ser du då skrämmande saker som du sedan upptäcker bara var inbillning?	0	1	2	3
15. Händer det att du efter att ha druckit inte kommer ihåg vad som hänt?	0	1	2	3
	Total summa fråga 1–15 _____			

FORMULÄR

GAD-7

Under de senaste 14 dagarna, hur ofta har du du besvärats av följande problem? <i>(Sätt en bock "✓" bredvid ditt svar)</i>	Inte alls	Flera dagar	Mer än hälften av dagarna	Nästan varje dag
1. Känt dig nervös, ängslig eller väldigt stressad	0	1	2	3
2. Inte kunnat sluta oroa dig eller kontrollera din oro	0	1	2	3
3. Oroat dig för mycket för olika saker	0	1	2	3
4. Haft svårt att slappna av	0	1	2	3
5. Varit så rastlös att du har haft svårt att sitta still	0	1	2	3
6. Blivit lätt irriterad eller retlig	0	1	2	3
7. Känt dig rädd för att något hemskt skulle hända	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T_____ = _____ + _____ + _____)

FORMULÄR

MADRS-S (självskattningsskala)

Namn

Datum

Genom att besvara följande nio frågor kan du och din läkare få en detaljerad bild av hur du mår och om du har symtom, som är typiska för depression. Genom att lägga ihop den "poäng" du får på frågorna får du och din läkare en bild av graden av depression. Sätt en ring runt siffran som du tycker bäst stämmer med hur du mått de senaste tre dagarna. Använd gärna mellanliggande alternativ. Tänk inte alltför länge, utan försök arbeta snabbt.

1. Sinnestämning

Här ber vi dig beskriva din sinnestämning, om du känner dig ledsen, tungsint eller dyster till mods. Tänk efter hur du har känt dig de senaste tre dagarna, om du har skiftat i humöret eller om det varit i stort sett detsamma hela tiden, och försök särskilt komma ihåg om du har känt dig lättare till sinnes om det har hänt något positivt.

- 0 Jag kan känna mig glad eller ledsen, alltefter omständigheterna.
1
2 Jag känner mig nedstämd för det mesta, men ibland kan det kännas lättare.
3
4 Jag känner mig genomgående nedstämd och dyster. Jag kan inte glädja mig åt sådant som vanligen skulle göra mig glad.
5
6 Jag är så totalt nedstämd och olycklig att jag inte kan tänka mig värre.

2. Oroskänslor

Här ber vi dig markera i vilken utsträckning du haft känslor av inre spänning, olust och ångest eller odefinierad rädsla under de senaste tre dagarna. Tänk särskilt på hur intensiva känslorna varit, och om de kommit och gått eller funnits nästan hela tiden.

- 0 Jag känner mig mestadels lugn.
1
2 Ibland har jag obehagliga känslor av inre oro.
3
4 Jag har ofta en känsla av inre oro som ibland kan bli mycket stark, och som jag måste anstränga mig för att bemästra.
5
6 Jag har fruktansvärda, långvariga eller outhärdliga ångestkänslor.

3. Sömn

Här ber vi dig beskriva hur bra du sover. Tänk efter hur länge du sovit och hur god sömnen varit under de senaste tre nätterna. Bedömningen skall avse hur du faktiskt sovit, oavsett om du tagit sömnmedel eller ej. Om du sover mer än vanligt, sätt din markering vid 0.

- 0 Jag sover lugnt och bra och tillräckligt länge för mina behov. Jag har inga särskilda svårigheter att somna.
1
2 Jag har vissa sömnsvärigheter. Ibland har jag svårt att somna eller sover yttligare eller oroligare än vanligt.
3
4 Jag sover minst två timmar mindre per natt än normalt. Jag vaknar ofta under natten, även om jag inte blir störd.
5
6 Jag sover mycket dåligt, inte mer än 2-3 timmar per natt.

4. Matlust

Här ber vi dig ta ställning till hur din aptit är, och tänka efter om den på något sätt skiljt sig från vad som är normalt för dig. Om du skulle ha bättre aptit än normalt, sätt din markering vid 0.

- 0 Min aptit är som den brukar vara.
1
2 Min aptit är sämre än vanligt.
3
4 Min aptit har nästan helt försvunnit. Maten smakar inte och jag måste tvinga mig att äta.
5
6 Jag vill inte ha någon mat. Om jag skulle få någonting i mig, måste jag övertalas att äta.

5. Koncentrationsförmåga

Här ber vi dig ta ställning till din förmåga att hålla tankarna samlade och koncentrera dig på olika aktiviteter. Tänk igenom hur du fungerar vid olika sysslor som kräver olika grad av koncentrationsförmåga, t ex läsning av komplicerad text, lätt tidningstext och TV-tittande.

- 0 Jag har inga koncentrationssvårigheter
- 1
- 2 Jag har tillfälligt svårt att hålla tankarna samlade på sådant som normalt skulle fånga min uppmärksamhet (t ex läsning eller TV-tittande).
- 3
- 4 Jag har påtagligt svårt att koncentrera mig på sådant som normalt inte kräver någon ansträngning från min sida (t ex läsning eller samtal med andra människor).
- 5
- 6 Jag kan överhuvudtaget inte koncentrera mig på någonting.

6. Initiativförmåga

Här ber vi dig försöka värdera din handlingskraft. Frågan gäller om du har lätt eller svårt för dig att komma igång med sådant du tycker du bör göra, och i vilken utsträckning du måste övervinna ett inre motstånd när du skall ta itu med något.

- 0 Jag har inga svårigheter med att ta itu med nya uppgifter.
- 1
- 2 När skall jag ta itu med något, tar det emot på ett sätt som inte är normalt för mig.
- 3
- 4 Det krävs en stor ansträngning för mig att ens komma igång med enkla uppgifter som jag vanligtvis utför mer eller mindre rutinmässigt.
- 5
- 6 Jag kan inte förmå mig att ta itu med de enklaste vardagssysslor.

7. Känslomässigt engagemang

Här ber vi dig ta ställning till hur du upplever ditt intresse för omvärlden och för andra människor, och för sådana aktiviteter som brukar bereda dig nöje och glädje.

- 0 Jag är intresserad av omvärlden och engagerar mig i den, och det bereder mig både nöje och glädje.
- 1
- 2 Jag känner mindre starkt för sådant som brukar engagera mig. Jag har svårare än vanligt att bli glad eller svårare att bli arg när det är befogat.
- 3
- 4 Jag kan inte känna något intresse för omvärlden, inte ens för vänner och bekanta.
- 5
- 6 Jag har slutat uppleva några känslor. Jag känner mig smärtsamt likgiltig även för mina närmaste.

8. Pessimism

Frågan gäller hur du ser på din egen framtid och hur du uppfattar ditt eget värde. Tänk efter i vilken utsträckning du ger självförelöser, om du plågas av skuld känslor, och om du oroar dig oftare än vanligt för t ex din ekonomi eller din hälsa.

- 0 Jag ser på framtiden med tillförsikt. Jag är på det hela taget ganska nöjd med mig själv.
- 1
- 2 Ibland klandrar jag mig själv och tycker jag är mindre värd än andra.
- 3
- 4 Jag grubblar ofta över mina misslyckanden och känner mig mindervärdig eller dålig, även om andra tycker annorlunda.
- 5
- 6 Jag ser allting i svart och kan inte se någon ljusning. Det känns som om jag var en alltigenom dålig människa, och som om jag aldrig skulle kunna få någon förlåtelse för det hemska jag gjort.

9. Livslust

Frågan gäller din livslust, och om du känt livsleda. Har du tankar på självmord, och i så fall, i vilken utsträckning upplever du detta som en verklig utväg?

- 0 Jag har normal aptit på livet.
- 1
- 2 Livet känns inte särskilt meningsfullt men jag önskar ändå inte att jag vore död.
- 3
- 4 Jag tycker ofta det vore bättre att vara död, och trots att jag egentligen inte önskar det, kan självmord ibland kännas som en möjlig väg.
- 5
- 6 Jag är egentligen övertygad om att min enda utväg är att dö, och jag tänker mycket på hur jag bäst skall gå tillväga för att ta mitt eget liv.

Lägg samman poängen från
båda sidor av formuläret och
ange summan i rutan

FORMULÄR

Vuxen-ADHD Självrappor skala (ASRS-v1.1) Instruktioner till Symtom-checklistan

Frågorna på baksidan är tänkta att stimulera en dialog mellan dig och dina patienter och att hjälpa till att bekräfta om de uppvisar ADHD-symtom.

Beskrivning: Symtom-checklistan är ett instrument som består av de arton kriterierna enligt DSM-IV-TR. Sex av de arton frågorna har visat sig vara de som är mest prediktiva av ADHD-symtom. Dessa sex frågor utgör grunden för ASRS Screener v1.1 och utgör även del A av Symtom-checklistan. Del B av Symtom-checklistan innehåller de återstående tolv frågorna.

Instruktioner:

Symtom

1. Be patienten fylla i både del A och B av Symtom-checklistan genom att markera med ett kryss i den ruta som bäst motsvarar förekomsten av varje symtom.
2. Lägg ihop värdena för del A. Om fyra eller fler kryss är markerade i de mörkt skuggade rutorna inom del A uppvisar patienten symtom som i hög grad överensstämmer med ADHD hos vuxna och motiverar vidare utredning.
3. Symtomfrekvensen som markerats i del B ger ytterligare tecken och kan fungera som en vägvisning vad det gäller patientens symtom. Notera särskilt de kryss som hamnar inom det skuggade området. De frekvensbaserade svarsalternativen uppvisar större känslighet för vissa frågor. Inget totalvärde eller diagnostisk sannolikhet används för dessa tolv frågor. Det har visat sig att de sex frågorna under del A är de som är mest prediktiva för störningen och fungerar bäst som screening instrument.

Funktionsnedsättning:

1. Gå igenom hela Symtom-checklistan med dina patienter och gör en bedömning av graden av funktionsnedsättning förknippad med symtomen.
2. Beakta arbeta/skola, den sociala omgivningen och familjeförhållanden.
3. Frekvensen av symtom står ofta i relation till symtomens allvar. Därför kan checklistan vara vägledande i bedömningen av funktionsnedsättningar. Om dina patienter har frekventa symtom kan det vara idé att be dem förklara hur dessa problem har påverkat deras förmåga att sköta arbetet, hemmet eller komma överens med andra människor, såsom make/maka/sambo.

Sjukdomshistoria:

1. Gör en bedömning av förekomsten av dessa symtom eller liknande symtom i barndomen. Vuxna med ADHD har inte nödvändigtvis fått diagnosen som barn. För att göra en bedömning av patientens historia, sök efter tecken på tidiga och ihållande problem med uppmärksamhet eller självkontroll. Vissa betydande symtom bör ha funnits i barndomen, men en fullständig sjukdomsbild är inte nödvändig.

FORMULÄR

Vuxen-ADHD Självrapportskala (ASRS-v1.1) - Symtom-checklista

Patientens namn	Dagens datum					
Besvara frågorna nedan genom att skatta dig själv med hjälp av skalan till höger. För varje fråga, sätt ett kryss i den ruta som bäst beskriver hur du har känt och betett dig de senaste 6 månaderna. Lämna gärna den ifyllda checklistan till din läkare vid dagens besök så att ni tillsammans kan gå igenom resultatet.		Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Mycket ofta
1. Hur ofta har du svårigheter med att avsluta de sista detaljerna i en uppgift/ett projekt när de mer krävande momenten har avklarats?						
2. Hur ofta har du svårigheter med att få ordning på saker och ting när du ska utföra en uppgift som kräver organisation?						
3. Hur ofta har du problem att komma ihåg avtalade möten, t ex läkarbesök, eller åtaganden?						
4. Hur ofta händer det att du undviker eller skjuter på att sätta igång med en uppgift som kräver mycket tankemöda?						
5. Hur ofta händer det att du sitter och plockar med något, eller skruvar på dig och rör händer eller fötter när du är tvungen att sitta en längre stund?						
6. Hur ofta känner du dig överaktiv och tvungen att hålla igång, som om du gick på högvarv?						
Del A						
7. Hur ofta händer det att du gör slarvfel när du arbetar med en tråkig eller svår uppgift?						
8. Hur ofta händer det att du har svårt att hålla kvar uppmärksamheten när du utför tråkigt eller monotont arbete?						
9. Hur ofta händer det att du har svårt att koncentrera dig på vad folk säger, även när de pratar direkt till dig?						
10. Hur ofta händer det att du förlägger eller har svårt att hitta saker hemma eller på arbetet?						
11. Hur ofta händer det att du distraheras av händelser eller ljud i din omgivning?						
12. Hur ofta händer det att du lämnar din plats under möten eller i andra situationer där du förväntas sitta kvar?						
13. Hur ofta händer det att du känner dig rastlös eller har svårt att vara stilla?						
14. Hur ofta händer det att du har svårt att gå ner i varv och koppla av när du har en stund över?						
15. Hur ofta händer det att du kommer på dig med att prata för mycket i sociala sammanhang?						
16. Hur ofta händer det att du avslutar meningar åt dem du talar med, innan de själva hinner avsluta dem?						
17. Hur ofta händer det att du har svårt att vänta på din tur i situationer då det krävs?						
18. Hur ofta händer det att du avbryter/stör andra när de är upptagna?						
Del B						

FORMULÄR

Motivation

Hur viktigt är det för dig att förändra dina alkoholvanor?

Skatta från 1-10, där 1 är det lägsta och 10 det högsta.

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Hur stark tilltro till din egen förmåga att förändra dina alkoholvanor har du?

Skatta från 1-10, där 1 är det lägsta och 10 det högsta.

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

	Fördelar med att förändra mina alkoholvanor	Nackdelar med att bibehålla mina nuvarande alkoholvanor
På kort sikt		
På lång sikt		

Mina starka sidor som kan hjälpa mig att förändra mina alkoholvanor:
