

Uppföljningsutvärdering av barn- och familjeintervju för tonåring

Ditt namn:
Ditt födelsedatum:
Dagens datum:
Kan vi kontakta dig, eller skicka ut ännu en utvärdering om cirka ett halvår, för ytterligare uppföljning?
Telefonnummer där vi kan nå dig:
Bästa tidpunkt på dagen att ringa:
Adress dit vi kan skicka ännu en utvärdering om ett halvår: (om annan än den adress som vi skickade denna utvärdering till)

Nu ska jag läsa upp exempel på problem som människor kan ha.

Jag vill att du ska säga om det ALDRIG stämmer, stämmer IBLAND eller stämmer OFTA på dig.

Tycker du att du?	Aldrig (1)	Ibland (2)	Ofta (3)
Lätt blir störd och har svårt att koncentrera dig på det du håller på med?			
Misslyckas med att göra färdigt sådant som du har påbörjat?			
Har svårt att följa uppmaningar och instruktioner?			
Är impulsiv och handlar utan att tänka först?			
Hoppar från den ena aktiviteten till den andra?			
Har svårt att vara stilla?			
Tycker du att du?	Aldrig (1)	Ibland (2)	Ofta (3)
Lätt blir irriterad?			
Är trotsig eller säger emot vuxna?			
Skyller ifrån dig på andra?			
Lätt retar upp dig på andra?			
Grälar mycket med vuxna?			
Är arg och lättstött?			

Händer det att du.....?	Aldrig (1)	Ibland (2)	Ofta (3)
Stjäl saker hemma?			
Förstör andras saker?			
Förstör saker i skolan eller på andra ställen?			
Har du brutit dig in i någon annans hem, lokal eller bil?			
Ger dig på andra fysiskt?			
Slåss med vapen eller andra föremål?			
Tycker du att du	Aldrig (1)	Ibland (2)	Ofta (3)
Oroar dig över att något hemskt ska hända personer som står dig nära?			
Oroar dig över att vara skild från dem som står dig nära?			
Inte vågar sova om inte dina föräldrar finns i närheten?			
Blir överdrivet upprörd när du lämnar dem som står dig nära?			
Är överdrivet upprörd då du är skild från dem som står dig nära?			
Känner dig sjuk då du ska skiljas från dem som står dig nära?			
Tycker du att du	Aldrig (1)	Ibland (2)	Ofta (3)
Oroar dig över att inte klara dig tillräckligt bra?			
Bekymrar dig över hur du har betett dig tidigare?			
Oroar dig för att göra bort dig?			
Oroar dig över vad som ska hända i framtiden?			
Är överdrivet rädd att göra fel?			
Är överdrivet mån om att vara andra till lags?			
Tycker du att du	Aldrig (1)	Ibland (2)	Ofta (3)
Inte längre är intresserad av dina vanliga aktiviteter?			
Inte känner någon glädje i vardagen?			
Har svårt att glädjas åt saker?			
Inte är lika glad som andra barn/ungdomar?			
Känner att det känns hopplöst?			
Känner dig olycklig, ledsen eller deprimerad?			

Nu skulle jag vilja ställa några frågor om hur de här problemen har påverkat dig. Svara med "INTE ALLS", "LITE" eller "MYCKET".

I vilken utsträckning har de här problemen gjort att du.....?	Inte alls (1)	Lite (2)	Mycket (3)
Dragit dig undan eller blivit isolerad?			
Umgåtts mindre med andra jämnåriga?			
Fått det svårare att glädjas åt livet?			
Varit irriterad på eller bråkat med dina vänner?			
Haft svårt att komma överens med dina lärare?			
Haft svårt att komma överens med dina föräldrar?			
Varit hemma från skolan?			
Dina skolresultat försämrats?			

Gradera den behandling som du har fått.

Hur skulle du gradera ...?	Dålig	Ganska bra	Bra	Mycket bra	Utmärkt
Avstånd och hur lätt det är att ta sig till behandlingskliniken					
Hur länge du fick stå på väntelista för behandlingen					
Tid på dagen för behandlingen					
Personalens bemötande					
Den information som du fick om dina problem					
Metoderna du fick lära dig för att ta itu med dina problem					
Din möjlighet att påverka beslut om den typ av hjälp du skulle få					
Hur användbar behandlingen du fick var					
Hur skulle du sammantaget gradera kvaliteten på behandlingen?					

Tack.

Returnera det ifyllda formuläret i bifogat kuvert, eller skicka den till nedanstående adress: