

Hälsosamtal

Mini-Maria Skaraborg

Datum: _____

Namn: _____ Personnr: _____

Mobil nr: _____ Önskvärt pronomen: _____

KVÅ-kod infört Nej () Ja ()

Inled alltid hälsosamtalet med att informera om innehållet och kommande frågor.

Vad har du för förväntningar på det här samtalet?

Hur tycker du att du mår?

Relationer/socialt nätverk

Hur ser ditt sociala nätverk ut? (Föräldrar? Syskon? Övrig släkt? Vänner?)

Hur skulle du vilja beskriva din uppväxt?

Upplever du att du har någon i din närhet som du kan prata med/som står dig nära?

Nej () Ja () _____

Finns nära vuxenrelationer?

Nej () Ja () _____

Har du någon partner? Om ja, hur upplever du den relationen?

Sysselsättning/Fritid/fysisk aktivitet

Har du någon daglig sysselsättning – skola, jobb?

Nej () Ja () _____

Om ja, hur trivs du där? Upplever du någon stress/press eller är det hanterbart?

Vad gör du på din fritid?

Hur mycket rör du på dig på din fritid? Utövar du någon sport? Hur ofta/mycket?

Fakta: Stillasittande och aktivitet.

Kost/matvanor

Hur ser dina matvanor ut? (Äter du till exempel frukost? Hur ser matintaget ut för dig på en dag? Brukar det bli att du äter mat regelbundet?)

Kompletteringsfrågor: Intag av frukt? Grönsaker? Godis? Läsk? Energidryck? Kaffe? Kosttillskott?

Fakta: Betydelsen av regelbundet matintag, lågt blodsocker kopplat till sug, tandstatus, ätstörningsproblematik.

Sömn/stressfaktorer

Hur upplever du dina sömnvanor? (Dygnsrytm? Sömnrutiner? Hur många timmar sover du? Lätt/svårt att somna? Orolig sömn/uppvaknanden? Lätt/svårt att gå upp på morgonen? Är du utsövd när du vaknar?)

Kompletteringsfrågor: Drömmar/mardrömmar? Ångest på kvällen/natten/morgonen? Är du uppkopplad/tillgänglig nattetid? Var placerar du mobil/dator under natten? Koffeinintag?

Fakta: Betydelsen av sömn och sömnrutiner. Avslappningsövningar.

Fysisk hälsa

Har du eller har du haft några sjukdomar som är bra för oss att veta om? Allergier?

Händer det att du har ont någonstans i kroppen, ex. huvudvärk, magont, för tjejer -mensbesvär?
(Bedöm allvarlighetsgrad, jämför med ex. endometrios)

Har du någon kontakt på vårdcentral och/eller sjukhus?

Nej () Ja () _____

Äter du några mediciner?

Nej () Ja () _____

Observation: Tecken på kroppsskada?

Psykisk hälsa

Har du svårigheter att koncentrera dig och minnas saker?

Nej () Ja () _____

Har du gjort någon neuropsykiatrisk utredning?

Har du känt dig nedstämd eller varit deprimerad någon gång?

Nej () Ja () _____

Har du någon gång haft ångest eller allvarlig oro?

Nej () Ja ()

Har du någon gång skadat dig själv för att du mått psykiskt dåligt?

Nej () Ja ()

Har du någon gång haft tankar på att inte längre vilja leva?

Nej () Ja ()

Om ja, är det något som är aktuellt nu? Vad gör du när du får sådana tankar om att du inte vill leva längre? Har du någon gång mått så dåligt att du planerat att du ska ta ditt liv?

Har du någon gång haft kontakt med vården angående din psykiska hälsa?

Om ja, när då och var någonstans?

Kompletteringsfråga: Vid kontakt med BUP (Barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning), får vi inhämta journal från dem?

Nej () Ja ()

Rökvanor

() Jag har aldrig varit rökare.

() Jag har slutat röka.

() Jag röker, men inte dagligen.

() Jag röker dagligen. Antal cigaretter per dag: _____ Debutålder: _____

Vid rökning, vad skulle du behöva för stöd för att kunna sluta röka?

Snusvanor

Jag har aldrig varit snusare.

Jag har slutat snusa.

Jag snusar, men inte dagligen.

Jag snusar dagligen. Antal dosor per vecka: _____ Debutålder: _____

Vid snusning, vad skulle du behöva för stöd för att kunna sluta snusa?

Fakta: Nikotinets effekter på hjärnan.

Drogvanor

Jag har aldrig tagit droger.

Jag har slutat med droger.

Jag tar droger då och då. Frekvens, ca _____

Jag tar droger dagligen. Vad? Omfattning?

Vad tänker du att du skulle behöva för stöd för att kunna sluta ta droger?

Alkoholvanor

Dricker du alkohol?

Nej () Ja ()

Om ja, hur ofta? Hur mycket? Debutålder?

Har du någon gång druckit så att du tappat kontrollen/fått minnesförlust?

Är du själv eller någon i din omgivning orolig för att du dricker för mycket?

Har du någon nära släkting som har alkoholproblem?

Fakta: Alkoholens effekter/sidoeffekter.

Spel/telefoni

Uppskattningsvis, hur mycket tid per dygn lägger du på:

Telefoni/sociala medier?

Gaming (TV/dataspel, mobilspel)

Spelar du om pengar?

Hot/Våld

Vi vet att det är vanligt att ungdomar utsätts för olika typer av våld och att det kan påverka en mycket.

Har du någon gång blivit utsatt för fysiskt våld, tex. örfil, fasthållen, knytnävsslag, sparkad, hotad?

Nej () Ja ()

Har du någon gång utsatt *någon annan* för fysiskt våld?

Nej () Ja ()

Har du någon gång blivit utsatt för psykiskt våld, till exempel mobbning, utfrysning, kränkning?

Nej () Ja ()

Har du någon gång utsatt *någon annan* för psykiskt våld?

Nej () Ja ()

Sexuell hälsa

Är du sexuellt aktiv?

Nej () Ja ()

Om ja, har du haft en eller flera partners?

Skyddar du dig?

Nej () Ja () _____

Brukar du ha sex nykter/onykter?

Nej () Ja () _____

Har du ångrat sex?

Nej () Ja () _____

Missbrukar du sex? (Söker du sexkontakter på nätet? Kollar du på porr?)

Nej () Ja () _____

Har du varit sexuellt utsatt någon gång? (Tvång/våld/tjat-sex?)

Nej () Ja () _____

Tror du att du kan ha utsatt *någon annan* för tvång/tjat-sex?

Nej () Ja () _____

Har du kontakt med någon ungdomsmottagning?

Nej () Ja () Önskemål om kontakt? Nej () Ja ()

Är det något du undrar eller är bekymrad över när det gäller sexuell hälsa?

Övrigt

Vad får dig att må bra?

Vad har du för framtidsdrömmar? Visioner? Mål?

Är det något vi missat i detta hälsosamtal som du vill lägga till?

Avsluta med: Blodtryck och puls. (Längd och vikt vid behov).