

Vurdering av utvikling og trivsel (Lærerversjon)

The Development and Well-Being Assessment (DAWBA)

Elevens navn.....

Gutt / Jente

Fødselsdato.....

Klasse

Lærer

(klassestyrer, faglærer, spesialpedagog, osv.)

Underskrift

Dato.....

Vær vennlig å krysse av for det alternativet som passer best for hvert utsagn. Det er viktig at du krysser av for hvert utsagn selv om du ikke er helt sikker eller utsagnet ikke virker særlig aktuelt for denne eleven. Svar på bakgrunn av barnets oppførsel de siste 6 månedene eller dette skoleåret.

Følelser

		Stemmer ikke	Stemmer delvis	Stemmer helt
A1	Overdreven bekymring eller engstelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A2	Tydelig anspent eller ikke i stand til å slappe av	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A3	Overdreven bekymring over egne evner (f.eks. akademiske, sportslige eller sosiale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4	Spesielt engstelig for å snakke eller å lese høyt i klassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A5	Motvillig til å forlate hjemmet og komme på skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A6	Ulykkelig, trist, lei seg eller deprimert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A7	Har mistet interessen for å drive med vanlige aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A8	Føler seg verdiløs eller underlegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A9	Konsentrasjonen påvirket av bekymringer eller nedstemthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A10	Andre følelsesmessige vansker (f.eks. tydelig frykt, panikkanfall, tvangstanker eller tvangshandlinger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *

* **A11 Beskriv kort:**

Svar på resten av spørsmålene på denne siden bare hvis du har krysset av for ”Stemmer helt” på ett eller flere av spørsmålene A1-A10. Hvis ikke, gå til neste side.

Vi ønsker å vite om disse problemene...	Ikke i det hele tatt	Litt	En god del	Mye
A12 gjør henne/ ham fortvilet eller ute av seg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A13 påvirker hennes/hans forhold til andre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A14 påvirker hennes/hans læring på skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A15 er en belastning for deg eller klassen som helhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Oppmerksomhet, aktivitet og impulsivitet

B1 Hvor lenge er hun/han i stand til å konsentrere seg om oppgaven når hun/han gjør noe hun/han liker eller er flink til (lese, tegne, har forming e.l.)?

Mindre enn 2
minutter

2-4
minutter

5-9
minutter

10-19
minutter

20 minutter
eller mer

		Stemmer ikke	Stemmer delvis	Stemmer helt
B2	Gjør slurvfeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B3	Følger ikke med (er ikke oppmerksom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B4	Mister interessen for det hun/han driver med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B5	Virker ikke som om hun/han hører etter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B6	Fullfører ikke ting hun/han begynner på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B7	Har problemer med å organisere aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B8	Prøver å unngå oppgaver som krever tankevirksomhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B9	Mister ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B10	Blir lett distraheret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B11	Glemsom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B12	Rastløs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B13	Kan ikke sitte stille når det er forventet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B14	Løper eller klatrer rundt når hun/han ikke burde gjøre det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B15	Har problemer med å leke rolig (stille)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B16	Har vanskelig for å roe seg ned når hun/han blir bedt om det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B17	Svarer før hun/han har hørt hele spørsmålet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B18	Har vanskelig for å vente på tur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B19	Avbryter, blander seg inn i samtaler eller aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B20	Fortsetter å snakke selv om hun/han blir bedt om å slutte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Svar på resten av spørsmålene på denne siden bare hvis du har krysset av for ”Stemmer helt” på ett eller flere av spørsmålene B2-B20. Hvis ikke, gå til neste side.

Vi ønsker å vite om disse problemene...

		Ikke i det hele tatt	Litt	En god del	Mye
B21	gjør henne/ ham fortvilet eller ute av seg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B22	påvirker hennes/hans forhold til andre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B23	påvirker hennes/hans læring på skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B24	er en belastning for deg eller klassen som helhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vanskelig og plagsom oppførsel

		Stemmer ikke	Stemmer delvis	Stemmer helt
C1	Raserianfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C2	Krangler mye med voksne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C3	Ulydig på skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C4	Irriterer andre med vilje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C5	Klandrer andre for egne feil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C6	Blir lett irritert på andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C7	Sint og ergerlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C8	Slem eller ondskapsfull	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C9	Prøver å ta igjen eller hevne seg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C10	Lyver eller jukser ofte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C11	Starter krangel eller slåsskamp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C12	Plager eller mobber andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C13	Skulker skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C14	Bruker våpen når hun/han slåss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C15	Har vært fysisk grusom, har faktisk skadet noen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C16	Grusom mot dyr med vilje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C17	Starter branner med vilje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C18	Stjeler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *
C19	Har med vilje ødelagt andres eiendom eller eiendeler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *
C20	Viser uønsket seksuell atferd mot andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *
C21	Har vært i klammeri med politiet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *

* C22 Beskriv kort:

Svar på resten av spørsmålene på denne siden bare hvis du har krysset av for ”Stemmer helt” på ett eller flere av spørsmålene C1-C21. Hvis ikke, gå til neste side.

Vi ønsker å vite om disse problemene...	Ikke i det hele tatt	Litt	En god del	Mye
C23 gjør henne/ ham fortvilet eller ute av seg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C24 påvirker hennes/hans forhold til andre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C25 påvirker hennes/hans læring på skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C26 er en belastning for deg eller klassen som helhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andre bekymringer

		Stemmer ikke	Stemmer delvis	Stemmer helt
D1	Tics, rykninger, ufrivillige grynt eller lyder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *
D2	Er for tynn, slanker seg for mye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *
			Nei	Ja
D3	Har du andre bekymringer for barnets psykiske utvikling?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *

* **D4** Beskriv:

D5 Resten av denne siden er satt av til eventuelle tilleggskommentarer om dette barnet.

Tusen takk for hjelpen!