

| | | |
|---|--|---|
| CLINICAL OUTCOMES in ROUTINE EVALUATION OUTCOME MEASURE (MÅL FOR PSYKISK TILSTAND – NORSK VERSJON) | Sted ID : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Bokstaver <input type="text"/> <input type="text"/> Tall <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Pasient ID Terapeut ID <input type="text"/> <input type="text"/> Tall (1) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tall (2) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> D D M M Å Å <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Dato for innlevering av skjema | Alder : <input type="text"/> <input type="text"/> Mann (M) <input type="checkbox"/> Kvinne (F) <input type="checkbox"/> Stadium fullført S Screening <input type="checkbox"/> R Henvisning A Vurdering F Første behandlingssamtale P Før behandling (uspesifisert) D Under behandling L Siste terapitime X Etterundersøkelse I Y Etterundersøkelse II |
|---|--|---|

VIKTIG – LES DETTE FØRST
 Dette skjemaet inneholder 34 utsagn om hvordan du har hatt det I LØPET AV DEN SISTE UKEN
 Les hvert utsagn og tenk over hvor ofte du har følt deg slik den siste uken.
 Kryss så av i ruten for det svaret som ligger nærmest hvordan du har følt deg.
Bruk mørk penn (ikke blyant) og sett tydelig kryss i rutene

| I LØPET AV DEN SISTE UKEN | | | | | | subdim |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--------|
| | Aldri | Sjelden | Av og til | Ofte | Nesten hele tiden | |
| 1. Har jeg følt meg forferdelig alene og isolert | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | F |
| 2. Har jeg følt meg anspent, engstelig eller nervøs | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | P |
| 3. Har jeg følt at jeg hadde noen å støtte meg til når jeg trengte det | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | F |
| 4. Har jeg følt meg fornøyd med meg selv | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | V |
| 5. Har jeg følt meg helt uten energi og entusiasme | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | P |
| 6. Har jeg vært fysisk voldelig mot andre | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | R |
| 7. Har jeg følt meg i stand til å takle det når noe har gått galt | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | F |
| 8. Har jeg vært plaget av verk, smerter eller andre fysiske plager. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | P |
| 9. Har jeg tenkt på å skade meg selv | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | R |
| 10. Har det å snakke med folk vært for mye for meg | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | F |
| 11. Har anspenhet og angst hindret meg i å gjøre viktige ting | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | P |
| 12. Har jeg vært fornøyd med det jeg har gjort | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | F |
| 13. Har jeg vært plaget av uønskede tanker og følelser | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | P |
| 14. Har jeg hatt lyst til å gråte | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | V |

I LØPET AV DEN SISTE UKEN

| | Aldri | Sjelden | Av og til | Oftē | Nesten hele tiden | Subdim |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------|
| 15. Har jeg følt redsel eller panikk | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | P |
| 16. Har jeg lagt planer for å gjøre slutt på livet mitt | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | R |
| 17. Har jeg følt meg overveldet av mine problemer | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | V |
| 18. Har jeg hatt problemer med å sovne eller har våknet fort igjen | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | P |
| 19. Har jeg følt varme eller hengivenhet ovenfor noen | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | F |
| 20. Har problemene mine vært umulig å overse | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | P |
| 21. Har jeg klart å gjøre det meste av det jeg hadde behov for å gjøre | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | F |
| 22. Har jeg truet eller skremt et annet menneske | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | R |
| 23. Har jeg følt meg fortvilet eller uten håp | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | P |
| 24. Har jeg tenkt at det ville være bedre om jeg var død. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | R |
| 25. Har jeg følt meg kritisert av andre | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | F |
| 26. Har jeg tenkt at jeg ikke hadde noen venner | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | F |
| 27. Har jeg følt meg ulykkelig | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | P |
| 28. Har uønskede bilder eller minner plaget meg | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | P |
| 29. Har jeg vært irritabel mot andre mennesker. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | F |
| 30. Har jeg tenkt at mine problemer og vanskeligheter var min egen skyld. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | P |
| 31. Har jeg følt meg optimistisk med tanke på framtiden | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | V |
| 32. Har jeg fått til det jeg ville | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | F |
| 33. Har jeg følt at andre har ydmyket meg eller gjort meg skamfull | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | F |
| 34. Har jeg skadet meg selv fysisk eller tatt farlige sjanser med min egen helse | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | R |

TAKK FOR AT DU TOK DEG TID TIL Å SVARE PÅ DETTE SKJEMAET

Samlet skår

→ →

Gjennomsnittsskår

(total skår for hver dimensjon delt på antall besvarte spm. i dimensjonen)

(V) (P) (F) (R) Alle Alle minus R