

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	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Nesten hele tiden	subdim
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	Oftre	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