

**Affektiva mottagningen M59**
**Fax 585 866 30**
**Tel 585 866 26, 585 866 34**

NAMN: .....

PERS-NR: .....

SIGNATUR: ..... DATUM: .....

## Depressionsenkät (PHQ-9)

Detta frågeformulär är viktigt för att kunna ge dig bästa möjliga hälsovård. Dina svar kommer att underlätta förståelsen för problem som du kan ha.

1. Under de <i>senaste två</i> veckorna, hur ofta har du besvärats av något av följande problem.	Inte alls 0	Flera dagar 1	Mer än hälften av dagarna 2	Nästan varje dag 3
a. Lite intresse eller glädje i att göra saker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Känt dig nedstämd, deprimerad eller känt att framtiden ser hopplös ut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Problem att somna eller att du vaknat i förtid, eller sovit för mycket.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Känt dig trött eller energilös.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Dålig aptit eller att du ätit för mycket .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Dålig självkänsla – eller att du känt dig misslyckad eller att du svikit dig själv eller din familj.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Svårigheter att koncentrera dig, till exempel när du läst tidningen eller sett på TV.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Att du rört dig eller talat så långsamt att andra noterat det? Eller motsatsen – att du varit så nervös eller rastlös att du rört dig mer än vanligt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Tankar att det skulle vara bättre om du var död eller att du skulle skada dig på något sätt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Om du kryssat för att du haft något av dessa problem, *hur stora svårigheter* har dessa problem förorsakat dig på arbetet, eller för att ta hand om sysslor hemma, eller i kontakten med andra människor?

Inga svårigheter 0	Vissa svårigheter 1	Stora svårigheter 2	Extrema svårigheter 3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>