

ID:

---

## PNISSI självskattning (för dig eller ditt barn)

Detta frågeformulär innefattar frågor där du kan beskriva dina problem. Dina svar kommer att utgöra underlag för fortsatt utredning. Om du fyller i frågorna för ditt barns räkning så avser "du" ditt barn. Ta med detta formulär till besöket hos din behandlare.

Patientens namn: .....

Kön:  Flicka/kvinna  Pojke/man Ålder: .....

Personnummer (ÅÅMMDD): .....

Dagens datum: .....

### BAKGRUND

A. Vilka är de huvudsakliga problemen/symtomen nu?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

B. Hur funktionsnedsatt eller avvikande på en skala 0–10 (där 10 är max) uppfattar du dig som nu (senaste veckorna)? .....

C. Hur funktionsnedsatt eller avvikande på en skala 0–10 uppfattar du att du var när det var som allra värst? .....

D. Hur funktionsnedsatt eller avvikande på en skala 0–10 tror du att omgivningen (utöver familj och närstående) uppfattar dig som nu (senaste veckorna)? .....

E. Hur funktionsnedsatt eller avvikande på en skala 0–10 tror du att omgivningen (utöver familj och närstående) uppfattade dig som när det var som allra värst? .....

F. Om du skulle beskriva dig själv, vilka ord beskriver dig bäst (välj 3–5 beskrivande ord) innan du blev sjuk (eller fick dina problem) och nu?

FÖRE: .....

NU: .....

G. Har någon diagnos (kroppslig eller psykisk) ställts nu eller tidigare?  Ja  Nej

Om Ja, vilken/vilka? .....

.....

- H. Har du tidigare fått någon form av behandling (t.ex. läkemedel, psykoterapi eller stödinsats) för att minska symtomen eller konsekvenserna av dina problem?  Ja  Nej, gå vidare till fråga N.
- a. Om Ja, vilken typ/sort och för vad? .....
- .....
- .....
- b. När och var behandlades du (vilken mottagning/sjukhus)? .....
- .....
- c. Hjälpte behandlingen?  Ja  Nej  Vet inte
- Kommentar: .....
- .....
- .....
- I. Tar du något läkemedel, vitaminer eller hälsokostpreparat nu?  Ja  Nej  Vet inte
- Om Ja, vilka? .....
- .....
- .....
- .....
- J. Om du har tagit läkemedel: Var läkemedelseffekten annorlunda än förväntat?  
Fick du exempelvis mycket biverkningar?  Ja  Nej  Vet inte  Har inte läkemedelsbehandlats
- Kommentar: .....
- .....
- K. Har du en läkarkontakt eller annan vårdkontakt nu?  Ja  Nej
- Om Ja, med vem och var? .....
- .....
- L. Har du fått någon psykologisk behandling nu eller tidigare?  Ja, tidigare  Ja, pågående  Nej
- a. Om Ja, vilken typ? .....
- b. Varifrån (mottagning/sjukhus)? .....
- c. Sedan ungefär när? .....
- M. Har du fått insatser från habiliteringen eller andra sorters stödinsatser?  Ja, tidigare  Ja, pågående  Nej
- a. Om Ja, vilken typ? .....
- b. Varifrån (mottagning/sjukhus)? .....
- c. Sedan ungefär när? .....
- N. Har livsstilsförändringar gjorts för att förbättra hälsan eller för att undvika försämring, exempelvis genom förändrad kosthållning eller andra livsstilsanpassningar?  Ja  Nej
- a. Om Ja, vad har gjorts? .....
- b. Har något av detta lett till förbättring?  Ja  Nej  Vet inte
- .....
- .....

- O. Har det skett någon förbättring sedan insjuknandet (eller sedan problemen började)?  Ja  Nej  Vet inte  Frågan kan inte besvaras
- a. Om Ja, vad har förbättrats? .....
- .....
- .....
- b. Hur mycket förbättrad har du blivit?  Helt återställd  Våldigt mycket förbättrad  
 Mycket förbättrad  Måttligt förbättrad  Lite förbättrad
- c. Är förbättringen stabil?  Ja  Nej  Vet inte
- .....
- .....
- P. Har det skett en försämring sedan insjuknandet (eller sedan problemen började)?  Ja  Nej  Vet inte  Frågan kan inte besvaras
- a. Om Ja, vilka symtom har försämrats? .....
- .....
- .....
- b. Hur mycket försämrad har du blivit?  Extremt försämrad  Våldigt mycket sämre  
 Mycket sämre  Måttligt sämre  Lite sämre
- 
- Q. Har du styrkor, starka sidor eller särskilda förmågor? .....
- .....
- .....
- R. Föddes du för tidigt?  Ja  Nej  Vet inte
- a. Om du föddes för tidigt, hur många veckor för tidigt (ungefär)? .....  Vet inte
- b. Var det några komplikationer i samband med graviditet eller förlossning?  Ja  Nej  Vet inte
- c. Om ja, vilka? .....
- d. Vårdades du i kuvös eller på neonatalavdelning?  Ja  Nej  Vet inte
- e. Om Ja, hur länge (ungefär)? .....
- f. Föddes du med kejsarsnitt?  Ja  Nej  Vet inte
- g. Blev du ammad?  Ja  Nej  Vet inte
- h. Om Ja, hur länge (ungefär)? .....
- i. Hade du under ditt första levnadsår påtagliga problem med sömn, aptit, skrikighet, infektioner eller annat?  Ja  Nej  Vet inte
- j. Om Ja, vad var det för sorts problem? .....
- .....
- k. Kom du till genom assisterad befruktning (t.ex. IVF)?  Ja  Nej  Vet inte

- S. Vid vilken ålder behandlades du med antibiotika första gången  
(om du inte vet, försök ändå att uppskatta ungefärlig ålder)? .....  Har aldrig fått antibiotika
- T. Har du haft upprepade öroninflammationer?  Ja  Nej  Vet inte
- a. Har det gått hål på trumhinnan eller har rör opererats in?  Ja  Nej  Vet inte
- U. Har du haft halsfluss flera gånger?  Ja  Nej  Vet inte
- V. Har du haft scharlakansfeber, stjärtfluss (utslag runt stjärten)  
eller svinkoppor (impetigo)?  Ja  Nej  Vet inte
- W. Har du haft återkommande hudinfektioner?  Ja  Nej  Vet inte
- X. Har du haft återkommande urinvägsinfektioner?  Ja  Nej  Vet inte
- Y. Har du haft någon annan svår infektion?  Ja  Nej  Vet inte
- Z. Om Ja, vilken typ av infektion hade du? .....  
.....
- AA. Har du haft en tandinfektion eller fått en rotfyllning  
(förutom vanlig karies)?  Ja  Nej  Vet inte
- BB. Har körteln bakom näsan opererats bort?  Ja  Nej  Vet inte
- CC. Har tonsillerna opererats bort?  Ja  Nej  Vet inte
- DD. Har någon undersökning gjorts av hjärnan?  Ja  Nej  Vet inte
- a. Om Ja, vilken undersökning?  Ja  Nej  Vet inte
- b. Var (vilken mottagning/sjukhus) och vilket år gjordes den? .....  
.....
- EE. Har du diagnostiserats med någon av följande sjukdomar: epilepsi,  
autoimmun sjukdom, inflammatorisk sjukdom, hörsnuva, allergi,  
astma eller immunbristsjukdom?  Ja  Nej  Vet inte
- a. Om Ja, vilken sjukdom? .....  
.....
- b. Anses den som svår?  Ja  Nej  Vet inte
- Kommentar: .....  
.....
- c. Vilken undersökning gjordes för att diagnostisera sjukdomen? .....  
.....
- d. Vid ungefär vilken ålder blev du diagnostiserad? .....
- e. Var utreddes du (mottagning/sjukhus)? .....  
.....
- FF. Har du någonsin opererats, eller har du blivit sövd?  Ja  Nej  Vet inte
- a. Om Ja, vilken operation gjordes? .....  
.....
- b. När opererades du? .....  
.....
- c. På vilken vårdinrättning eller vilket sjukhus opererades du? .....  
.....

GG. Frågor om svårigheter i vardagen

- a. Är du hemma från skola eller arbete nu (senaste veckorna)?  Ja  Nej
- b. Har du assistent i skolan eller boendestöd hemma?  Ja  Nej
- c. Har du assistent eller vårdare hemma?  Ja  Nej
- d. Avstår en förälder från att arbeta för att ta hand om dig?  Ja  Nej  Delvis
- e. Har vårdbidrag beviljats?  Ja  Nej
- f. Isolerar du dig i hemmet?  Ja  Nej  Delvis
- g. Har du svårt för att klara sånt som andra i din ålder klarar?  Ja  Nej  Delvis
- h. Har du varit mobbad i skolan eller på arbetet?  Ja  Nej  Vet inte

---

HH. Här nedan tillfrågas du om du har problem inom olika områden. Varje fråga innehåller fyra delfrågor: a, b, c och d. Delfrågorna handlar om hur symtomen började, hur länge de har varat, om de leder till problem nuförtiden och om de gjorde det tidigare. Försök att besvara alla frågor så gott du kan. Om flera svarsalternativ stämmer in kan du kryssa för flera alternativ. Ge gärna exempel. Använd extra papper om du behöver.

- 
1. Tvångsmässiga symtom som att upprepa handlingar på ett tvångsmässigt sätt eller tvångstankar/fixa idéer som överdriven handtvätt, rädsla för smuts, fixerad av tankar på döden, rädsla för att skada andra, upprepade kontroller, upprepar beteenden för att det måste kännas precis rätt, eller överdrivet samlande (ringa in den/de beskrivningarna ovan som stämmer).
- Ja, alltid stämt/så länge man minns
- Ja, men de har uppstått senare (år? .....)
- Ja, stämde förut men inte längre
- Nej, har aldrig stämt
- Går inte att avgöra/inte aktuellt
- Ge gärna exempel:*
- a. Om beskrivningen stämmer, började symtomet plötsligt eller gradvis?
- Plötsligt  Gradvis  Vet inte
- b. Hur länge har beteendet pågått?
- Endast tillfälligt  Mindre än 3 mån
- 3 mån–2 år  Flera år  Växlar
- c. Orsakar detta beteende något problem nu (senaste två veckorna)?
- Mycket  En hel del  Lite
- Inget  Vet inte
- d. Har detta beteende orsakat något problem tidigare?
- Mycket  En hel del  Lite
- Inget  Vet inte

---

2. Avvikande ätbeteende, äter bara vissa saker eller äter alldeles för lite eller alldeles för mycket (ringa in den/de beskrivningarna ovan som stämmer).

- Ja, alltid stämt/så länge man minns  
 Ja, men de har uppstått senare (år? .....)  
 Ja, stämde förut men inte längre  
 Nej, har aldrig stämt  
 Går inte att avgöra/inte aktuellt

*Ge gärna exempel:*

a. Om beskrivningen stämmer, började symtomet plötsligt eller gradvis?  
 Plötsligt       Gradvis       Vet inte

b. Hur länge har beteendet pågått?  
 Endast tillfälligt     Mindre än 3 mån  
 3 mån–2 år       Flera år       Växlar

c. Orsakar detta beteende något problem nu (senaste två veckorna)?  
 Mycket       En hel del       Lite  
 Inget       Vet inte

d. Har detta beteende orsakat något problem tidigare?  
 Mycket       En hel del       Lite  
 Inget       Vet inte

---

3. Separationsångest, är exempelvis rädd för att vara ifrån närstående, exempelvis vill inte/kan inte sova själv.

- Ja, alltid stämt/så länge man minns  
 Ja, men de har uppstått senare (år? .....)  
 Ja, stämde förut men inte längre  
 Nej, har aldrig stämt  
 Går inte att avgöra/inte aktuellt

*Ge gärna exempel:*

a. Om beskrivningen stämmer, började symtomet plötsligt eller gradvis?  
 Plötsligt       Gradvis       Vet inte

b. Hur länge har beteendet pågått?  
 Endast tillfälligt     Mindre än 3 mån  
 3 mån–2 år       Flera år       Växlar

c. Orsakar detta beteende något problem nu (senaste två veckorna)?  
 Mycket       En hel del       Lite  
 Inget       Vet inte

d. Har detta beteende orsakat något problem tidigare?  
 Mycket       En hel del       Lite  
 Inget       Vet inte

---

4. Nedstämd och ledsen, vill inte leva, eller växlar i stämningsläge mellan att vara glad och vara förtvivlad (ringa in den/de beskrivningarna ovan som stämmer).

- Ja, alltid stämt/så länge man minns  
 Ja, men de har uppstått senare (år? .....)  
 Ja, stämde förut men inte längre  
 Nej, har aldrig stämt  
 Går inte att avgöra/inte aktuellt

*Ge gärna exempel:*

a. Om beskrivningen stämmer, började symtomet plötsligt eller gradvis?  
 Plötsligt       Gradvis       Vet inte

b. Hur länge har beteendet pågått?  
 Endast tillfälligt     Mindre än 3 mån  
 3 mån–2 år       Flera år       Växlar

c. Orsakar detta beteende något problem nu (senaste två veckorna)?  
 Mycket       En hel del       Lite  
 Inget       Vet inte

d. Har detta beteende orsakat något problem tidigare?  
 Mycket       En hel del       Lite  
 Inget       Vet inte

---

---

5. Är lättirriterad mot sig själv eller mot andra (ringa in den/de beskrivningarna ovan som stämmer).

- Ja, alltid stämt/så länge man minns
- Ja, men de har uppstått senare (år? .....)
- Ja, stämde förut men inte längre
- Nej, har aldrig stämt
- Går inte att avgöra/inte aktuellt

*Ge gärna exempel:*

a. Om beskrivningen stämmer, började symtomet plötsligt eller gradvis?

- Plötsligt
- Gradvis
- Vet inte

b. Hur länge har beteendet pågått?

- Endast tillfälligt
- Mindre än 3 mån
- 3 mån–2 år
- Flera år
- Växlar

c. Orsakar detta beteende något problem nu (senaste två veckorna)?

- Mycket
- En hel del
- Lite
- Inget
- Vet inte

d. Har detta beteende orsakat något problem tidigare?

- Mycket
  - En hel del
  - Lite
  - Inget
  - Vet inte
- 

6. Har ofta irriterat andra med flit och vägrat följa uppmaningar.

- Ja, alltid stämt/så länge man minns
- Ja, men de har uppstått senare (år? .....)
- Ja, stämde förut men inte längre
- Nej, har aldrig stämt
- Går inte att avgöra/inte aktuellt

*Ge gärna exempel:*

a. Om beskrivningen stämmer, började symtomet plötsligt eller gradvis?

- Plötsligt
- Gradvis
- Vet inte

b. Hur länge har beteendet pågått?

- Endast tillfälligt
- Mindre än 3 mån
- 3 mån–2 år
- Flera år
- Växlar

c. Orsakar detta beteende något problem nu (senaste två veckorna)?

- Mycket
- En hel del
- Lite
- Inget
- Vet inte

d. Har detta beteende orsakat något problem tidigare?

- Mycket
  - En hel del
  - Lite
  - Inget
  - Vet inte
- 

7. Har varit våldsam, slagit andra, skadat sig själv eller slagit sönder saker (ringa in den/de beskrivningarna ovan som stämmer).

- Ja, alltid stämt/så länge man minns
- Ja, men de har uppstått senare (år? .....)
- Ja, stämde förut men inte längre
- Nej, har aldrig stämt
- Går inte att avgöra/inte aktuellt

*Ge gärna exempel:*

a. Om beskrivningen stämmer, började symtomet plötsligt eller gradvis?

- Plötsligt
- Gradvis
- Vet inte

b. Hur länge har beteendet pågått?

- Endast tillfälligt
- Mindre än 3 mån
- 3 mån–2 år
- Flera år
- Växlar

c. Orsakar detta beteende något problem nu (senaste två veckorna)?

- Mycket
- En hel del
- Lite
- Inget
- Vet inte

d. Har detta beteende orsakat något problem tidigare?

- Mycket
  - En hel del
  - Lite
  - Inget
  - Vet inte
-

- 
8. Förändrat sitt sätt av vara, uppfattas helt eller delvis som en annan person efter insjuknandet (eller sedan problemen började).
- Ja, alltid stämt/så länge man minns
  - Ja, men de har uppstått senare (år? .....)
  - Ja, stämde förut men inte längre
  - Nej, har aldrig stämt
  - Går inte att avgöra/inte aktuellt
- Ge gärna exempel:*
- a. Om beskrivningen stämmer, började symtomet plötsligt eller gradvis?  
 Plötsligt       Gradvis       Vet inte
  - b. Hur länge har beteendet pågått?  
 Endast tillfälligt     Mindre än 3 mån  
 3 mån–2 år       Flera år       Växlar
  - c. Orsakar detta beteende något problem nu (senaste två veckorna)?  
 Mycket       En hel del       Lite  
 Inget       Vet inte
  - d. Har detta beteende orsakat något problem tidigare?  
 Mycket       En hel del       Lite  
 Inget       Vet inte
- 

9. Avstannat i utvecklingen, betar sig eller tänker som någon som är betydligt yngre eller som ett litet barn (ringa in den/de beskrivningarna ovan som stämmer).
- Ja, alltid stämt/så länge man minns
  - Ja, men de har uppstått senare (år? .....)
  - Ja, stämde förut men inte längre
  - Nej, har aldrig stämt
  - Går inte att avgöra/inte aktuellt
- Ge gärna exempel:*
- a. Om beskrivningen stämmer, började symtomet plötsligt eller gradvis?  
 Plötsligt       Gradvis       Vet inte
  - b. Hur länge har beteendet pågått?  
 Endast tillfälligt     Mindre än 3 mån  
 3 mån–2 år       Flera år       Växlar
  - c. Orsakar detta beteende något problem nu (senaste två veckorna)?  
 Mycket       En hel del       Lite  
 Inget       Vet inte
  - d. Har detta beteende orsakat något problem tidigare?  
 Mycket       En hel del       Lite  
 Inget       Vet inte
- 

10. Svårt för att klara av skola eller arbete, t.ex. på grund av svårigheter att komma ihåg kunskaper eller förstå instruktioner eller på grund av koncentrationssvårigheter (ringa in den/de beskrivningarna ovan som stämmer).
- Ja, alltid stämt/så länge man minns
  - Ja, men de har uppstått senare (år? .....)
  - Ja, stämde förut men inte längre
  - Nej, har aldrig stämt
  - Går inte att avgöra/inte aktuellt
- Ge gärna exempel:*
- a. Om beskrivningen stämmer, började symtomet plötsligt eller gradvis?  
 Plötsligt       Gradvis       Vet inte
  - b. Hur länge har beteendet pågått?  
 Endast tillfälligt     Mindre än 3 mån  
 3 mån–2 år       Flera år       Växlar
  - c. Orsakar detta beteende något problem nu (senaste två veckorna)?  
 Mycket       En hel del       Lite  
 Inget       Vet inte
  - d. Har detta beteende orsakat något problem tidigare?  
 Mycket       En hel del       Lite  
 Inget       Vet inte
-



---

11. Har känsliga sinnen, exempelvis känslighet för ljud, ljus, beröring eller lukter (ringa in den/de beskrivningarna ovan som stämmer).

- Ja, alltid stämt/så länge man minns  
 Ja, men de har uppstått senare (år? .....)  
 Ja, stämde förut men inte längre  
 Nej, har aldrig stämt  
 Går inte att avgöra/inte aktuellt

*Ge gärna exempel:*

a. Om beskrivningen stämmer, började symtomet plötsligt eller gradvis?  
 Plötsligt       Gradvis       Vet inte

b. Hur länge har beteendet pågått?  
 Endast tillfälligt       Mindre än 3 mån  
 3 mån–2 år       Flera år       Växlar

c. Orsakar detta beteende något problem nu (senaste två veckorna)?  
 Mycket       En hel del       Lite  
 Inget       Vet inte

d. Har detta beteende orsakat något problem tidigare?  
 Mycket       En hel del       Lite  
 Inget       Vet inte

---

12. Ser saker eller personer, hör röster eller känner lukter som andra inte kan uppfatta (ringa in den/de beskrivningarna ovan som stämmer).

- Ja, alltid stämt/så länge man minns  
 Ja, men de har uppstått senare (år? .....)  
 Ja, stämde förut men inte längre  
 Nej, har aldrig stämt  
 Går inte att avgöra/inte aktuellt

*Ge gärna exempel:*

a. Om beskrivningen stämmer, började symtomet plötsligt eller gradvis?  
 Plötsligt       Gradvis       Vet inte

b. Hur länge har beteendet pågått?  
 Endast tillfälligt       Mindre än 3 mån  
 3 mån–2 år       Flera år       Växlar

c. Orsakar detta beteende något problem nu (senaste två veckorna)?  
 Mycket       En hel del       Lite  
 Inget       Vet inte

d. Har detta beteende orsakat något problem tidigare?  
 Mycket       En hel del       Lite  
 Inget       Vet inte

---

13. Upplever sig själv (t.ex. kroppsdelar) eller personer i omgivningen som förändrade eller upplever att själva omgivningen är förändrad (ringa in den/de beskrivningarna ovan som stämmer).

- Ja, alltid stämt/så länge man minns  
 Ja, men de har uppstått senare (år? .....)  
 Ja, stämde förut men inte längre  
 Nej, har aldrig stämt  
 Går inte att avgöra/inte aktuellt

*Ge gärna exempel:*

a. Om beskrivningen stämmer, började symtomet plötsligt eller gradvis?  
 Plötsligt       Gradvis       Vet inte

b. Hur länge har beteendet pågått?  
 Endast tillfälligt       Mindre än 3 mån  
 3 mån–2 år       Flera år       Växlar

c. Orsakar detta beteende något problem nu (senaste två veckorna)?  
 Mycket       En hel del       Lite  
 Inget       Vet inte

d. Har detta beteende orsakat något problem tidigare?  
 Mycket       En hel del       Lite  
 Inget       Vet inte

---

- 
14. Känner sig förföljd eller bevakad utan att det finns anledning till det.
- Ja, alltid stämt/så länge man minns
  - Ja, men de har uppstått senare (år? .....)
  - Ja, stämde förut men inte längre
  - Nej, har aldrig stämt
  - Går inte att avgöra/inte aktuellt
- Ge gärna exempel:*
- a. Om beskrivningen stämmer, började symtomet plötsligt eller gradvis?
- Plötsligt
  - Gradvis
  - Vet inte
- b. Hur länge har beteendet pågått?
- Endast tillfälligt
  - Mindre än 3 mån
  - 3 mån–2 år
  - Flera år
  - Växlar
- c. Orsakar detta beteende något problem nu (senaste två veckorna)?
- Mycket
  - En hel del
  - Lite
  - Inget
  - Vet inte
- d. Har detta beteende orsakat något problem tidigare?
- Mycket
  - En hel del
  - Lite
  - Inget
  - Vet inte
- 

15. Beter sig förvirrat eller påtagligt osammanhängande, verkar t.ex. ibland vara helt frånvarande eller okontaktbar.
- Ja, alltid stämt/så länge man minns
  - Ja, men de har uppstått senare (år? .....)
  - Ja, stämde förut men inte längre
  - Nej, har aldrig stämt
  - Går inte att avgöra/inte aktuellt
- Ge gärna exempel:*
- a. Om beskrivningen stämmer, började symtomet plötsligt eller gradvis?
- Plötsligt
  - Gradvis
  - Vet inte
- b. Hur länge har beteendet pågått?
- Endast tillfälligt
  - Mindre än 3 mån
  - 3 mån–2 år
  - Flera år
  - Växlar
- c. Orsakar detta beteende något problem nu (senaste två veckorna)?
- Mycket
  - En hel del
  - Lite
  - Inget
  - Vet inte
- d. Har detta beteende orsakat något problem tidigare?
- Mycket
  - En hel del
  - Lite
  - Inget
  - Vet inte
- 

16. Kroppen kan fastna i ovanliga positioner, kan ibland inte röra sig eller är innesluten i sig själv och talar inte alls eller väldigt lite (ringa in den/de beskrivningarna ovan som stämmer).
- Ja, alltid stämt/så länge man minns
  - Ja, men de har uppstått senare (år? .....)
  - Ja, stämde förut men inte längre
  - Nej, har aldrig stämt
  - Går inte att avgöra/inte aktuellt
- Ge gärna exempel:*
- a. Om beskrivningen stämmer, började symtomet plötsligt eller gradvis?
- Plötsligt
  - Gradvis
  - Vet inte
- b. Hur länge har beteendet pågått?
- Endast tillfälligt
  - Mindre än 3 mån
  - 3 mån–2 år
  - Flera år
  - Växlar
- c. Orsakar detta beteende något problem nu (senaste två veckorna)?
- Mycket
  - En hel del
  - Lite
  - Inget
  - Vet inte
- d. Har detta beteende orsakat något problem tidigare?
- Mycket
  - En hel del
  - Lite
  - Inget
  - Vet inte
-

---

17. Ofrivilliga eller ovanliga rörelser i kroppen eller i ansiktet eller gör ljud t.ex. piper, snörvelljud, grymtningar eller rop (ringa in den/de beskrivningarna ovan som stämmer).

- Ja, alltid stämt/så länge man minns  
 Ja, men de har uppstått senare (år? .....)  
 Ja, stämde förut men inte längre  
 Nej, har aldrig stämt  
 Går inte att avgöra/inte aktuellt

*Ge gärna exempel:*

- a. Om beskrivningen stämmer, började symtomet plötsligt eller gradvis?  
 Plötsligt       Gradvis       Vet inte
- b. Hur länge har beteendet pågått?  
 Endast tillfälligt       Mindre än 3 mån  
 3 mån–2 år       Flera år       Växlar
- c. Orsakar detta beteende något problem nu (senaste två veckorna)?  
 Mycket       En hel del       Lite  
 Inget       Vet inte
- d. Har detta beteende orsakat något problem tidigare?  
 Mycket       En hel del       Lite  
 Inget       Vet inte

---

18. Sämre i gymnastik eller bollsport än genomsnittet, svårt för att lära sig dansa, eller verkar ha svaga muskler (ringa in den/de beskrivningarna ovan som stämmer).

- Ja, alltid stämt/så länge man minns  
 Ja, men de har uppstått senare (år? .....)  
 Ja, stämde förut men inte längre  
 Nej, har aldrig stämt  
 Går inte att avgöra/inte aktuellt

*Ge gärna exempel:*

- a. Om beskrivningen stämmer, började symtomet plötsligt eller gradvis?  
 Plötsligt       Gradvis       Vet inte
- b. Hur länge har beteendet pågått?  
 Endast tillfälligt       Mindre än 3 mån  
 3 mån–2 år       Flera år       Växlar
- c. Orsakar detta beteende något problem nu (senaste två veckorna)?  
 Mycket       En hel del       Lite  
 Inget       Vet inte
- d. Har detta beteende orsakat något problem tidigare?  
 Mycket       En hel del       Lite  
 Inget       Vet inte

---

19. Har en dålig handstil, verkar undvika att skriva eller rita eller gör det annorlunda (ringa in den/de beskrivningarna ovan som stämmer).

- Ja, alltid stämt/så länge man minns  
 Ja, men de har uppstått senare (år? .....)  
 Ja, stämde förut men inte längre  
 Nej, har aldrig stämt  
 Går inte att avgöra/inte aktuellt

*Ge gärna exempel:*

- a. Om beskrivningen stämmer, började symtomet plötsligt eller gradvis?  
 Plötsligt       Gradvis       Vet inte
- b. Hur länge har beteendet pågått?  
 Endast tillfälligt       Mindre än 3 mån  
 3 mån–2 år       Flera år       Växlar
- c. Orsakar detta beteende något problem nu (senaste två veckorna)?  
 Mycket       En hel del       Lite  
 Inget       Vet inte
- d. Har detta beteende orsakat något problem tidigare?  
 Mycket       En hel del       Lite  
 Inget       Vet inte

- 
20. Förändrad blick, har vidgade pupiller eller ser skräckslagen ut (ringa in den/de beskrivningarna ovan som stämmer).
- Ja, alltid stämt/så länge man minns  
 Ja, men de har uppstått senare (år? .....)  
 Ja, stämde förut men inte längre  
 Nej, har aldrig stämt  
 Går inte att avgöra/inte aktuellt  
*Ge gärna exempel:*
- a. Om beskrivningen stämmer, började symtomet plötsligt eller gradvis?  
 Plötsligt       Gradvis       Vet inte
- b. Hur länge har beteendet pågått?  
 Endast tillfälligt       Mindre än 3 mån  
 3 mån–2 år       Flera år       Växlar
- c. Orsakar detta beteende något problem nu (senaste två veckorna)?  
 Mycket       En hel del       Lite  
 Inget       Vet inte
- d. Har detta beteende orsakat något problem tidigare?  
 Mycket       En hel del       Lite  
 Inget       Vet inte
- 

21. Urinvägssymtom i form av att ofta behöva gå på toaletten, eller kissar på sig (ringa in den/de beskrivningarna ovan som stämmer).
- Ja, alltid stämt/så länge man minns  
 Ja, men de har uppstått senare (år? .....)  
 Ja, stämde förut men inte längre  
 Nej, har aldrig stämt  
 Går inte att avgöra/inte aktuellt  
*Ge gärna exempel:*
- a. Om beskrivningen stämmer, började symtomet plötsligt eller gradvis?  
 Plötsligt       Gradvis       Vet inte
- b. Hur länge har beteendet pågått?  
 Endast tillfälligt       Mindre än 3 mån  
 3 mån–2 år       Flera år       Växlar
- c. Orsakar detta beteende något problem nu (senaste två veckorna)?  
 Mycket       En hel del       Lite  
 Inget       Vet inte
- d. Har detta beteende orsakat något problem tidigare?  
 Mycket       En hel del       Lite  
 Inget       Vet inte
- 

22. Har tarmproblem, exempelvis magsmärtor, förstoppning och/eller diarréer (ringa in den/de beskrivningarna ovan som stämmer).
- Ja, alltid stämt/så länge man minns  
 Ja, men de har uppstått senare (år? .....)  
 Ja, stämde förut men inte längre  
 Nej, har aldrig stämt  
 Går inte att avgöra/inte aktuellt  
*Ge gärna exempel:*
- a. Om beskrivningen stämmer, började symtomet plötsligt eller gradvis?  
 Plötsligt       Gradvis       Vet inte
- b. Hur länge har beteendet pågått?  
 Endast tillfälligt       Mindre än 3 mån  
 3 mån–2 år       Flera år       Växlar
- c. Orsakar detta beteende något problem nu (senaste två veckorna)?  
 Mycket       En hel del       Lite  
 Inget       Vet inte
- d. Har detta beteende orsakat något problem tidigare?  
 Mycket       En hel del       Lite  
 Inget       Vet inte
-

- 
23. Har smärta eller värk exempelvis i form av huvudvärk eller muskelsmärta (ringa in den/de beskrivningarna ovan som stämmer).
- Ja, alltid stämt/så länge man minns
  - Ja, men de har uppstått senare (år? .....)
  - Ja, stämde förut men inte längre
  - Nej, har aldrig stämt
  - Går inte att avgöra/inte aktuellt
- Ge gärna exempel:*
- a. Om beskrivningen stämmer, började symtomet plötsligt eller gradvis?
- Plötsligt
  - Gradvis
  - Vet inte
- b. Hur länge har beteendet pågått?
- Endast tillfälligt
  - Mindre än 3 mån
  - 3 mån–2 år
  - Flera år
  - Växlar
- c. Orsakar detta beteende något problem nu (senaste två veckorna)?
- Mycket
  - En hel del
  - Lite
  - Inget
  - Vet inte
- d. Har detta beteende orsakat något problem tidigare?
- Mycket
  - En hel del
  - Lite
  - Inget
  - Vet inte

- 
24. Sömnproblem i form av insomningssvårigheter, osammanhängande sömn eller ovanliga beteenden under sömnen (ringa in den/de beskrivningarna ovan som stämmer).
- Ja, alltid stämt/så länge man minns
  - Ja, men de har uppstått senare (år? .....)
  - Ja, stämde förut men inte längre
  - Nej, har aldrig stämt
  - Går inte att avgöra/inte aktuellt
- Ge gärna exempel:*
- a. Om beskrivningen stämmer, började symtomet plötsligt eller gradvis?
- Plötsligt
  - Gradvis
  - Vet inte
- b. Hur länge har beteendet pågått?
- Endast tillfälligt
  - Mindre än 3 mån
  - 3 mån–2 år
  - Flera år
  - Växlar
- c. Orsakar detta beteende något problem nu (senaste två veckorna)?
- Mycket
  - En hel del
  - Lite
  - Inget
  - Vet inte
- d. Har detta beteende orsakat något problem tidigare?
- Mycket
  - En hel del
  - Lite
  - Inget
  - Vet inte

- 
25. Har ingen ork, blir väldigt lätt trött utan synbar anledning.
- Ja, alltid stämt/så länge man minns
  - Ja, men de har uppstått senare (år? .....)
  - Ja, stämde förut men inte längre
  - Nej, har aldrig stämt
  - Går inte att avgöra/inte aktuellt
- Ge gärna exempel:*
- a. Om beskrivningen stämmer, började symtomet plötsligt eller gradvis?
- Plötsligt
  - Gradvis
  - Vet inte
- b. Hur länge har beteendet pågått?
- Endast tillfälligt
  - Mindre än 3 mån
  - 3 mån–2 år
  - Flera år
  - Växlar
- c. Orsakar detta beteende något problem nu (senaste två veckorna)?
- Mycket
  - En hel del
  - Lite
  - Inget
  - Vet inte
- d. Har detta beteende orsakat något problem tidigare?
- Mycket
  - En hel del
  - Lite
  - Inget
  - Vet inte

---

26. Är överaktiv, har svårt att vara still.

- Ja, alltid stämt/så länge man minns
- Ja, men de har uppstått senare (år? .....)
- Ja, stämde förut men inte längre
- Nej, har aldrig stämt
- Går inte att avgöra/inte aktuellt

*Ge gärna exempel:*

- a. Om beskrivningen stämmer, började symtomet plötsligt eller gradvis?  
 Plötsligt       Gradvis       Vet inte
- b. Hur länge har beteendet pågått?  
 Endast tillfälligt     Mindre än 3 mån  
 3 mån–2 år       Flera år       Växlar
- c. Orsakar detta beteende något problem nu (senaste två veckorna)?  
 Mycket       En hel del       Lite  
 Inget       Vet inte
- d. Har detta beteende orsakat något problem tidigare?  
 Mycket       En hel del       Lite  
 Inget       Vet inte

---

27. Andra symtom kan beskrivas här:

- Alltid stämt/så länge man minns
- Har uppstått senare (år? .....)
- Stämde förut men inte längre

*Ge gärna exempel:*

- a. Om beskrivningen stämmer, började symtomet plötsligt eller gradvis?  
 Plötsligt       Gradvis       Vet inte
- b. Hur länge har beteendet pågått?  
 Endast tillfälligt     Mindre än 3 mån  
 3 mån–2 år       Flera år       Växlar
- c. Orsakar detta beteende något problem nu (senaste två veckorna)?  
 Mycket       En hel del       Lite  
 Inget       Vet inte
- d. Har detta beteende orsakat något problem tidigare?  
 Mycket       En hel del       Lite  
 Inget       Vet inte

28. Vilka hälsoorsakade svårigheter har du upplevt i genomsnitt under de senaste 30 dagarna?

Välj endast ett svarsalternativ per fråga.

	<i>Ingen</i>	<i>Liten</i>	<i>Måttlig</i>	<i>Stor</i>	<i>Extrem eller kan inte</i>
1. Att stå under längre perioder såsom 30 minuter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Att ta hand om ditt hushåll?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Att lära dig en ny uppgift (t.ex. hur man tar sig till en ny plats)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hur stort problem har du haft i att delta i aktiviteter i samhället (t.ex. festligheter, religiösa eller andra aktiviteter) på samma sätt som andra kan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hur mycket har du påverkats känslomässigt av ditt hälsotillstånd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Att koncentrera dig under tio minuter på att göra något?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Att gå en längre sträcka såsom en kilometer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Att tvätta hela kroppen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Att klä dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Att bemöta människor som du inte känner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Att bibehålla en vänskapsrelation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Klara ditt dagliga arbete eller dina studier?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Frågor ur WHODAS 2.0.)

Frågorna har besvarats av:

Patienten  Mor  Far  Syskon  Make/partner  Annan: .....

Kontaktuppgifter till den som har besvarat formuläret:

Namn .....

Adress .....

Telefon .....

E-postadress .....