

# FORMULÄR FÖR PATIENTHÄLSA-9 (PHQ-9)

Under de senaste 2 veckorna, hur ofta har du besvärats av något/några av följande problem?

(Sätt en bock "✓" bredvid ditt svar)

	Inte alls	Flera dagar	Mer än hälften av dagarna	Nästan varje dag
1. Lite intresse eller glädje av att göra saker	0	1	2	3
2. Känt dig nedstämd, deprimerad eller upplevt känsla av hopplöshet	0	1	2	3
3. Svårigheter att somna eller få en sammanhängande sömn, eller sovit för mycket	0	1	2	3
4. Känt dig trött eller haft för lite energi	0	1	2	3
5. Dålig aptit eller ätit för mycket	0	1	2	3
6. Tycker illa om dig själv – eller att du känt dig misslyckad eller att du svikit dig själv eller din familj	0	1	2	3
7. Svårigheter att koncentrera dig på saker, till exempel att läsa tidningen eller att titta på TV	0	1	2	3
8. Att du rört dig eller talat så långsamt att andra människor märkt det? Eller motsatsen – att du varit så nervös eller rastlös att du rört dig mer än vanligt	0	1	2	3
9. Tankar att det skulle vara bättre om du var död eller att du skulle skada dig på något sätt	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING   0   + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_  
=Total Score: \_\_\_\_\_

Om du svarat att du haft något av dessa problem, hur svårt har dessa problem gjort det för dig att utföra ditt arbete, ta hand om saker hemma, eller att komma överens med andra människor?

Inte alls  
svårt

Lite  
svårt

Mycket  
svårt

Extremt  
svårt