

# PHQ-9

Navn: .....

Dato: .....

**Hvor ofte har du vært plaget av ett eller flere av de følgende problemene i løpet av de siste to ukene.**

**0** Ikke i det hele tatt      **1** Noen dager      **2** Mer enn halvparten av dagene      **3** Nesten hver dag

	0	1	2	3
1. Liten interesse for eller glede av å gjøre ting				
2. Følt deg nedfor, deprimert eller fylt av håpløshet				
3. Vansker med å sovne, sove uten avbrudd eller sovnet for mye				
4. Følt deg trett eller energiløs				
5. Dårlig matlyst eller å spise for mye				
6. Vært misfornøyd med deg selv eller følt deg mislykket, eller følt at du har sviktet deg selv eller familien din				
7. Vansker med å konsentrere deg om ting, slik som å lese avisen eller se på tv				
8. Beveget deg eller snakket så langsomt at andre kan ha merket det? Eller motsatt – følt deg så urolig eller rastløs at du har beveget deg mye mer enn vanlig				
9. Tanker om at det ville vært bedre om du var død eller om å skade deg selv				

Hvis du har opplevd ett eller flere av de problemene som nevnes, i hvor stor grad har problemene gjort det vanskelig for deg å utføre arbeidet ditt, ordne med ting hjemme eller å komme overens med andre?

Ikke vanskelig i det hele tatt

Litt vanskelig

Svært vanskelig

Ekstremt vanskelig

SKRIV UT

NULLSTILL