

Risikosymptomer for psykisk lidelse

Har du hatt uvanlige eller plagsomme tanker, følelser
og erfaringer i løpet av den siste måneden?

Dette kan være tegn på psykiske forstyrrelser.
Her kan du teste deg selv for å finne ut om du behøver hjelp.

PQ-Brief



Navn	Fødselsdato	Dato for utfyllelse
------	-------------	---------------------

Spørreskjema om risikosymptomer for psykisk lidelse

I dette spørreskjemaet spør vi deg om dine tanker, følelser og erfaringer i løpet av den siste måneden. Du svarer enten **JA** eller **NEI** for hvert spørsmål. Dette gjelder ikke for opplevelser du har hatt under ruspåvirkning av alkohol, narkotika eller legemidler som ikke er foreskrevet deg. Vennligst les hvert utsagn nøye før du svarer. Hvis du svarer **JA** på noen av spørsmålene, kryss også av for hvor mye disse opplevelsene påvirker deg. Prøv å svare på alle spørsmål.

1 Opplevs kjente omgivelser av og til som fremmede, forvirrende eller truende for deg?	
JA	Hvis Ja. Når dette hender, føler jeg meg redd, bekymret, eller dette medfører problemer for meg.
NEI	<input type="checkbox"/> Helt uenig <input type="checkbox"/> Uenig <input type="checkbox"/> Hverken enig eller uenig <input type="checkbox"/> Enig <input type="checkbox"/> Helt enig
2 Har du hørt uvanlige lyder som banking, klikking, hvesende lyder eller klapping, eller ringelyder i ørene dine?	
JA	Hvis Ja. Når dette hender, føler jeg meg redd, bekymret, eller dette medfører problemer for meg.
NEI	<input type="checkbox"/> Helt uenig <input type="checkbox"/> Uenig <input type="checkbox"/> Hverken enig eller uenig <input type="checkbox"/> Enig <input type="checkbox"/> Helt enig
3 Virker ting som du ser på, forskjellig fra det som de virkelig er? (lysere,svakere, klarere, større, mindre eller forandret på andre måter)	
JA	Hvis Ja. Når dette hender, føler jeg meg redd, bekymret, eller dette medfører problemer for meg.
NEI	<input type="checkbox"/> Helt uenig <input type="checkbox"/> Uenig <input type="checkbox"/> Hverken enig eller uenig <input type="checkbox"/> Enig <input type="checkbox"/> Helt enig
4 Har du hatt opplevelser med telepati, overnaturlige krefter eller med at ting er skjebnebestemt?	
JA	Hvis Ja. Når dette hender, føler jeg meg redd, bekymret, eller dette medfører problemer for meg.
NEI	<input type="checkbox"/> Helt uenig <input type="checkbox"/> Uenig <input type="checkbox"/> Hverken enig eller uenig <input type="checkbox"/> Enig <input type="checkbox"/> Helt enig
5 Har du følt at du ikke har kontroll over dine egne tanker og ideer?	
JA	Hvis Ja. Når dette hender, føler jeg meg redd, bekymret, eller dette medfører problemer for meg.
NEI	<input type="checkbox"/> Helt uenig <input type="checkbox"/> Uenig <input type="checkbox"/> Hverken enig eller uenig <input type="checkbox"/> Enig <input type="checkbox"/> Helt enig
6 Har du problemer med å uttrykke deg, fordi du snakker for mye eller mister tråden i det du sier?	
JA	Hvis Ja. Når dette hender, føler jeg meg redd, bekymret, eller dette medfører problemer for meg.
NEI	<input type="checkbox"/> Helt uenig <input type="checkbox"/> Uenig <input type="checkbox"/> Hverken enig eller uenig <input type="checkbox"/> Enig <input type="checkbox"/> Helt enig
7 Har du sterke tanker om at du er spesielt viktig eller at du har evner eller talenter utover det vanlige?	
JA	Hvis Ja. Når dette hender, føler jeg meg redd, bekymret, eller dette medfører problemer for meg.
NEI	<input type="checkbox"/> Helt uenig <input type="checkbox"/> Uenig <input type="checkbox"/> Hverken enig eller uenig <input type="checkbox"/> Enig <input type="checkbox"/> Helt enig
8 Har du følt at andre folk ser på deg eller snakker om deg?	
JA	Hvis Ja. Når dette hender, føler jeg meg redd, bekymret, eller dette medfører problemer for meg.
NEI	<input type="checkbox"/> Helt uenig <input type="checkbox"/> Uenig <input type="checkbox"/> Hverken enig eller uenig <input type="checkbox"/> Enig <input type="checkbox"/> Helt enig
9 Har du av og til fått merkelige følelser på eller like under huden, som om insekter kryper på den?	
JA	Hvis Ja. Når dette hender, føler jeg meg redd, bekymret, eller dette medfører problemer for meg.
NEI	<input type="checkbox"/> Helt uenig <input type="checkbox"/> Uenig <input type="checkbox"/> Hverken enig eller uenig <input type="checkbox"/> Enig <input type="checkbox"/> Helt enig
10 Har du av og til følt deg plutselig distraheret av fjerne lyder som du vanligvis ikke hører?	
JA	Hvis Ja. Når dette hender, føler jeg meg redd, bekymret, eller dette medfører problemer for meg.
NEI	<input type="checkbox"/> Helt uenig <input type="checkbox"/> Uenig <input type="checkbox"/> Hverken enig eller uenig <input type="checkbox"/> Enig <input type="checkbox"/> Helt enig

11 Har du hatt en følelse av at det er en person eller en slags kraft i nærheten av deg, selv om du ikke klarer å se noe?	
JA	Hvis Ja. Når dette hender, føler jeg meg redd, bekymret, eller dette medfører problemer for meg.
NEI	<input type="checkbox"/> Helt uenig <input type="checkbox"/> Uenig <input type="checkbox"/> Hverken enig eller uenig <input type="checkbox"/> Enig <input type="checkbox"/> Helt enig
12 Bekymrer du deg av og til for at noe kan være galt med forstanden din?	
JA	Hvis Ja. Når dette hender, føler jeg meg redd, bekymret, eller dette medfører problemer for meg.
NEI	<input type="checkbox"/> Helt uenig <input type="checkbox"/> Uenig <input type="checkbox"/> Hverken enig eller uenig <input type="checkbox"/> Enig <input type="checkbox"/> Helt enig
13 Har du noen ganger følt at du selv ikke finnes, eller at verden ikke finnes eller at du selv er død?	
JA	Hvis Ja. Når dette hender, føler jeg meg redd, bekymret, eller dette medfører problemer for meg.
NEI	<input type="checkbox"/> Helt uenig <input type="checkbox"/> Uenig <input type="checkbox"/> Hverken enig eller uenig <input type="checkbox"/> Enig <input type="checkbox"/> Helt enig
14 Har du noen ganger vært litt usikker på om noe du har opplevd var sant eller innbildt / fantasi?	
JA	Hvis Ja. Når dette hender, føler jeg meg redd, bekymret, eller dette medfører problemer for meg.
NEI	<input type="checkbox"/> Helt uenig <input type="checkbox"/> Uenig <input type="checkbox"/> Hverken enig eller uenig <input type="checkbox"/> Enig <input type="checkbox"/> Helt enig
15 Har du overbevisninger som andre folk synes er uvanlige eller bisarre?	
JA	Hvis Ja. Når dette hender, føler jeg meg redd, bekymret, eller dette medfører problemer for meg.
NEI	<input type="checkbox"/> Helt uenig <input type="checkbox"/> Uenig <input type="checkbox"/> Hverken enig eller uenig <input type="checkbox"/> Enig <input type="checkbox"/> Helt enig
16 Har du en opplevelse av at deler av kroppen din har forandret seg på noen måte, eller fungerer på en annen måte enn tidligere?	
JA	Hvis Ja. Når dette hender, føler jeg meg redd, bekymret, eller dette medfører problemer for meg.
NEI	<input type="checkbox"/> Helt uenig <input type="checkbox"/> Uenig <input type="checkbox"/> Hverken enig eller uenig <input type="checkbox"/> Enig <input type="checkbox"/> Helt enig
17 Er dine tanker av og til så sterke at du nesten kan høre de?	
JA	Hvis Ja. Når dette hender, føler jeg meg redd, bekymret, eller dette medfører problemer for meg.
NEI	<input type="checkbox"/> Helt uenig <input type="checkbox"/> Uenig <input type="checkbox"/> Hverken enig eller uenig <input type="checkbox"/> Enig <input type="checkbox"/> Helt enig
18 Opplever du deg mistroisk eller mistenksom ovenfor andre mennesker?	
JA	Hvis Ja. Når dette hender, føler jeg meg redd, bekymret, eller dette medfører problemer for meg.
NEI	<input type="checkbox"/> Helt uenig <input type="checkbox"/> Uenig <input type="checkbox"/> Hverken enig eller uenig <input type="checkbox"/> Enig <input type="checkbox"/> Helt enig
19 Har du sett uvanlige ting som blitser, flammer, blindende lys eller geometriske figurer?	
JA	Hvis Ja. Når dette hender, føler jeg meg redd, bekymret, eller dette medfører problemer for meg.
NEI	<input type="checkbox"/> Helt uenig <input type="checkbox"/> Uenig <input type="checkbox"/> Hverken enig eller uenig <input type="checkbox"/> Enig <input type="checkbox"/> Helt enig
20 Har du sett ting som andre folk tydeligvis ikke kan se?	
JA	Hvis Ja. Når dette hender, føler jeg meg redd, bekymret, eller dette medfører problemer for meg.
NEI	<input type="checkbox"/> Helt uenig <input type="checkbox"/> Uenig <input type="checkbox"/> Hverken enig eller uenig <input type="checkbox"/> Enig <input type="checkbox"/> Helt enig
21 Opplever andre av og til at det er vanskelig å forstå det du sier?	
JA	Hvis Ja. Når dette hender, føler jeg meg redd, bekymret, eller dette medfører problemer for meg.
NEI	<input type="checkbox"/> Helt uenig <input type="checkbox"/> Uenig <input type="checkbox"/> Hverken enig eller uenig <input type="checkbox"/> Enig <input type="checkbox"/> Helt enig

For behandler:

OPPSUMMERING:	
	Sum: Antall svar med kategori JA
	Sum: Antall svar med kategori NEI

HVIS ANTALL SVAR MED POSITIV SVAR JA X 3:
Vurder også å gjennomføre POP Behandler screening verktøy for tidlig tegn på alvorlig psykisk lidelse
Pasienter som med skåre JA x 3 : kan henvises til videre utredning med SIPS (Strukturert Intervju Prodromal Symptomer)

For pasienter tilhørende Helse Fonna:



TIT
 Tidlig Intervensjons Team
 Telefon 907 61 525
 kornelie.rossebo.saetre@helse-fonna.no

For pasienter tilhørende Helse Stavanger:



Stavanger Universitetssjukehus, psykiatrisk divisjon, TIPS Oppdagelsesteam.
 Postboks 8100, 4068 Stavanger
 Telefon 51 51 59 59
 www.tips-info.com