





3. Äter du  normalkost  vegetarisk kost  vegankost

4. Har du sökt hjälp någon annanstans för ätstörningen?  Ja  Nej

Om Ja, var och när? .....

5. Om du har varit på någon annan ätstörningsenhet i Stockholm, har du då utretts med Stepwise?

Ja Om ja, var och när? .....

Nej

6. Går du i behandling för någon **annan** typ av problem eller sjukdom?

Ja Om ja, var? .....

Nej

7. Vad har du för typ av sysselsättning just nu? (Skola, praktik, arbete eller annat)

.....  
.....

8. Hur bor du?

ensam

sammanboende

bor med en förälder, vilken? .....

bor med bägge föräldrarna

annat boende, vad? .....

9. Har du andra synpunkter eller information som du tror är bra för oss att känna till innan vi tar ställning till din anmälan?

.....  
.....

---

### Medgivande av sökande/föräldrar/vårdnadshavare

Jag/vi samtycker till att journalkopior får inhämtas från tidigare vårdinstans om så behövs.

Ja  Nej

**Namnunderskrift sökande:** .....

*Obligatoriskt med egen underskrift för dig som fyllt 18 år*

**Namnunderskrift föräldrar/vårdnadshavare:** .....

*För dig som inte fyllt 18 år gäller att båda dina föräldrar **och** du själv måste skriva under*



## Kompletterande ätstörningsinformation

1. Hur gammal var du när dina problem med vikt och ätande började? .....år
2. Hur mycket har du vägt som mest? (För kvinnor: Ej under graviditet) .....kg
3. Hur mycket har du vägt som minst under de senaste tre månaderna? .....kg
4. Hur mycket skulle du vilja väga? .....kg
5. För kvinnor: Hur fungerar din menstruation?  
 Reglbundet       Oreglbundet       Inte alls  
Om Oreglbundet eller Inte alls, hur länge har det varit så? .....månader  
Använder du för närvarande p-piller?       Ja       Nej
6. Försöker du medvetet kontrollera din vikt?       Ja       Nej  
Om Ja, hur mycket tror du att du skulle väga om du inte kontrollerade din vikt? .....kg
7. Händer det att du försöker kontrollera din vikt genom att motionera hårt, hålla sträng diet eller t.o.m. fasta periodvis?       Ja, ofta       Ja, ibland       Nej
8. Händer det att du förlorar kontrollen över ditt ätande och stoppar i dig stora mängder mat?  
 Ja, ofta (minst 2 gånger/vecka)  
 Ja, ibland (färre än 2 gånger/vecka men minst 1 gång/månad)  
 Ja, sällan  
 Nej
9. Händer det att du försöker kontrollera din vikt genom att göra dig av med maten du ätit, t.ex. genom att kräkas eller ta laxermedel?  
 Ja, ofta (minst 2 gånger/vecka)  
 Ja, ibland (färre än 2 gånger/vecka men minst 1 gång/månad)  
 Ja, sällan  
 Nej
10. I vilken utsträckning påverkas din självkänsla (vad du tycker om dig själv) av hur du upplever din kropp och vikt?       Mycket       En del       Inte alls

**Tack för hjälpen!**



## Instrument för screening av ätstörningar

I ett pågående utvecklingsarbete undersöker vi under några månader tre olika instrument för screening (enkel identifiering) av ätstörningar hos vuxna personer. För detta ber vi dig som är 18 år eller äldre att, så ärligt som möjligt, ta ställning till nedanstående påståenden och frågor. Hur du svarar på dessa frågor kommer inte på något sätt att påverka dina möjligheter att få behandling hos oss.

OBS! Vissa av frågorna kan verka nästan identiska. Detta beror alltså på att vi vill jämföra tre screeninginstrument, där frågorna ibland är snarlika.

<b>RIBED-8</b> <sup>1</sup>	<b>Mycket ofta</b>	<b>Ofta</b>	<b>Sällan</b>	<b>Aldrig</b>
1. Jag får dåligt samvete när jag äter godis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jag bantar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jag är nöjd med mina matvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jag kräks för att bli av med det jag ätit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Det är obehagligt för mig att äta tillsammans med andra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jag är rädd för att inte kunna sluta äta när jag väl börjat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Rätt</b>	<b>Nästan rätt</b>	<b>Bara lite rätt</b>	<b>Fel</b>
7. Jag känner att min önskan att gå ner i vikt har tagit överhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jag känner att det är nödvändigt att följa en sträng diet, eller att hålla mig till andra matritualer, för att kontrollera vad jag äter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>1</sup> Waadegaard, 1996

<b>SCOFF</b> <sup>2</sup>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
9. Gör du så att du kräks för att du känner dig obehagligt mätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Oroar du dig för att du har förlorat kontrollen över hur mycket du äter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Har du nyligen gått ner mer än 6 kg inom loppet av 3 månader?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tycker du att du är fet även när andra säger att du är för smal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Skulle du säga att mat dominerar ditt liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>2</sup> Morgan, Reid & Lacey, 1999

<b>EDS-5</b> <sup>3</sup>	Sätt en ring runt den siffra som bäst beskriver dina upplevelser under <i>den senaste månaden</i>								
14. Är du nöjd med dina matvanor?	<b>Mycket nöjd</b>	1	2	3	4	5	6	7	<b>Mycket missnöjd</b>
15. Har du trötthet för att du varit olycklig?	<b>Inte alls</b>	1	2	3	4	5	6	7	<b>Varje dag</b>
16. Har du haft skuld känslor när du ätit?	<b>Inte alls</b>	1	2	3	4	5	6	7	<b>Varje dag</b>
17. Har du känt att det varit nödvändigt för dig att följa en sträng diet eller andra matritualer för att kontrollera hur mycket du äter?	<b>Inte alls</b>	1	2	3	4	5	6	7	<b>Varje dag</b>
18. Har du känt att du är för tjock?	<b>Inte alls</b>	1	2	3	4	5	6	7	<b>Varje dag</b>

<sup>3</sup> Rosenvinge, Perry, Bjørgum et al., 2001

Tack för hjälpen!