



SAMORDNAD UTVÄRDERING OCH FORSKNING
VID SPECIALENHETER FÖR ANOREXI/BULIMI

9 6 månader

9 12 månader

Kodnummer:.....

Datum:.....

Initialer:.....

LUBoB

Frågeformulär

Liten Uppföljning om

Bakgrund och Behandling vid Anorexi/Bulimi

VERSION 1, FEBRUARI 1996

David Clinton, Claes Norring & Bengt Eriksson

Instruktioner

Detta frågeformulär handlar om olika aspekter av din nuvarande situation och upplevelser av din behandling. Läs varje fråga eller påstående och ta ställning till vilket svarsalternativ du tycker stämmer bäst för dig. Sätt sedan ett kryss (X) i rutan vid detta svars-alternativ. Markera bara ett alternativ för varje fråga/påstå-ende (om inget annat anges). Hoppa inte över någon fråga. Dina svar behandlas naturligtvis under tystnadsplikt. Tack för din medverkan.

Din nuvarande sociala situation

1. Vilket är ditt nuvarande civilstånd?

- ¹ ensamstående, aldrig samboende/gift
- ² gift sedan (år):
- ³ samboende sedan (år):
- ⁴ separerad sedan (år):
- ⁵ skild sedan (år):
- ⁶ änka/änkling sedan (år):

2. Hur ser din boendesituation ut? (*Flera alternativ möjliga.*)

- ¹ bor ensam
- ² bor tillsammans med make/maka/sambo
- ³ bor tillsammans med mitt/mina barn
- ⁴ bor tillsammans med en av eller båda mina föräldrar
- ⁵ bor tillsammans med släktingar
- ⁶ bor tillsammans med vänner
- ⁷ bor på annat sätt hur?

3. Vilken är din nuvarande sysselsättning? (*Flera alternativ möjliga.*)

- ¹ arbetar som vad? omfattning:% (av heltid)
- ² studerar vad? omfattning:% (av heltid)
- ³ är arbetslös omfattning:% (av heltid)
- ⁴ arbetar i hemmet (hemmafru/-man) omfattning:% (av heltid)
- ⁵ gör militärtjänst
- ⁶ är ålderspensionerad
- ⁷ är sjukskriven omfattning:% (av heltid)
- ⁸ har sjukbidrag/är sjukpensionerad omfattning:% (av heltid)
- ⁹ annat vad? omfattning:% (av heltid)

Dessa förhållanden gäller sedan (månad och år, tack):

4. Hur försörjer du dig huvudsakligen? (*Markera endast den försörjningskälla som är viktigast för dig!*)

- ¹ försörjer mig själv (lön, studiemedel, föräldrapenning etc)
- ² försörjer mig genom sjukpenning/-bidrag/-pension
- ³ försörjer mig genom socialbidrag
- ⁴ är beroende av andra (t ex föräldrar, make/maka/sambo) för min försörjning
- ⁵ försörjer mig på annat sätt hur?

Dina problem med mat, ätande och vikt

5. Jämfört med hur det var för 6 månader sedan, när du påbörjade din behandling här vid vår enhet, hur är det nu vad gäller:

	mycket sämre	sämre	något sämre	oför- ändrat	något bättre	bättre	mycket bättre	Problemet har inte varit aktuellt
a. ångest inför måltider.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. impulser att avstå från att äta...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. tankar kring mat och vikt som maler i ditt huvud.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. oregelbundna och otillräck- liga matvanor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. rädsla för att gå upp i vikt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. att känna dig fet och plufsig...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. impulser att kräkas/laxera efter måltider.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. självframkallade kräkningar...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. användning av laxermedel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. impulser att vara ständigt aktiv och i rörelse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. överdriven aktivitet (t ex flera timmars motion varje dag, stå i stället för att sitta, inte unna dig att vila).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. impulser att äta för mycket (hetsätningssug).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. hetsätningar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. dina problem kring mat och vikt i största allmänhet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. a. Tycker du att du har kommit till rätta med dina matproblem? ⁰ ja, helt ¹ ja, delvis ² nej

- b. Om du inte helt har kommit till rätta med dina matproblem, hur lång tid tror du det kommer att ta för dig att komma till rätta med dem?

- ¹ mindre än 2 månader
² 2–6 månader
³ 6–12 månader
⁴ 1–2 år
⁵ mer än 2 år

Nuvarande eller avslutade behandlingar

7. Använder du regelbundet något av följande läkemedel?

(Flera alternativ möjliga. Markera vilket/vilka läkemedel du använder genom att kryssa i rutan till vänster. Skriv sedan namnet på läkemedlet och den dosering du använder.)

	namn	dosering (mg/dag)
¹ <input type="checkbox"/> lugnande medicin
² <input type="checkbox"/> sömnmedicin
³ <input type="checkbox"/> antidepressiv medicin
⁴ <input type="checkbox"/> annan medicin för psykiska besvär
⁵ <input type="checkbox"/> smärtstillande medicin
⁶ <input type="checkbox"/> insulin
⁷ <input type="checkbox"/> annan medicin för kroppsliga besvär

8. Endast för kvinnor:

- a. Använder du p-piller för närvarande? ⁰ nej ¹ ja
- b. Har du använt p-piller under de senaste 3 månaderna? ⁰ nej ¹ ja

Nu följer några frågor om vad du tycker om den behandling du får/fått vid vår enhet

(Enhetens namn är:)

9. Hur tycker du att du blev bemött inledningsvis när du kom till vår enhet?

- ⁰ jag blev väl bemött
- ¹ jag har ingen åsikt
- ² jag blev mindre väl bemött

Kommentar:

.....

.....

.....

10. Hur tycker du att behandlingens uppläggning och innehåll vid vår enhet har passat dig?

- ⁰ har passat mig bra
- ¹ varken eller
- ² har passat mig mindre bra

Kommentar:

.....

.....

.....

11. Tycker du att din/a behandlare vid vår enhet kunnat lyssna på och förstå det du tagit upp i behandlingen?

⁰ ja, i hög grad

¹ ja, i viss mån

² nej

Kommentar:

.....

.....

.....

12. Har du förtroende för din/a behandlare vid vår enhet?

⁰ ja, i hög grad

¹ ja, i viss mån

² nej, inte tillräckligt

Kommentar:

.....

.....

.....

13. Tycker du att du och din/a behandlare vid vår enhet varit överens om målen för behandlingen?

⁰ ja, i hög grad

¹ ja, i viss mån

² nej

Om du svarat nej, vad är det ni inte varit överens om?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nu följer ett par frågor om behandling/ar du kan ha eller ha haft någon annanstans än vid vår enhet under de senaste 6 månaderna

14. Har du under de senaste 6 månaderna haft eller har du för närvarande någon behandling för dina matproblem som äger rum någon annanstans än vid vår enhet?

⁰ ingen behandling vid annan enhet under de senaste 6 månaderna

¹ behandling vid annan enhet som nu är avslutad
var?.....

² behandling vid annan enhet som håller på att avslutas
var?.....

³ behandling vid annan enhet som **inte** håller på att avslutas
var?.....

15. Om du har eller har haft behandling för dina matproblem vid annan enhet under de senaste 6 månaderna, vilken typ av behandling var/är det och hur länge har den pågått? (*Markera behandlingens längd endast för den/de behandling/ar du haft vid annan enhet under de senaste 6 månaderna.*)

	0-2 månader	3-5 månader	6-12 månader	mer än 12 månader
a. individuell psykoterapi	⁰ <input type="checkbox"/>	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>
b. familjeterapi	⁰ <input type="checkbox"/>	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>
c. gruppterapi	⁰ <input type="checkbox"/>	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>
d. stödsamtal	⁰ <input type="checkbox"/>	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>
e. psykiatrisk slutenvård	⁰ <input type="checkbox"/>	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>
f. psykofarmaka	⁰ <input type="checkbox"/>	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>
g. behandlingshem	⁰ <input type="checkbox"/>	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>
h. annan behandling vad?.....	⁰ <input type="checkbox"/>	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>

Nu följer ett antal frågor om den/de behandling/ar du får/fått under de senaste 6 månaderna oavsett om det har varit här vid vår enhet eller någon annanstans

16. Hur mycket hjälp får du/har du fått av följande behandlingsformer under de senaste 6 månaderna när det gäller att komma till rätta med dina matproblem?

	ingen hjälp alls	nästan ingen hjälp	någon hjälp	en hel del hjälp	mycket hjälp	har ej förekommit
a. individuella samtal.....	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
b. samtal med mig och min familj tillsammans.....	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
c. gruppsamtal med patienter som har liknande problem.....	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
d. en vistelse på en psykiatrisk slutenvårdsavdelning.....	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
e. en vistelse på ett behandlingshem.....	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
f. dagvård (d v s behandling dagtid, med samtal, matlagning och andra aktiviteter).....	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
g. sjukgymnastik och kroppsriktad terapi.....	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
h. arbetsträning och rehabilitering.....	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
i. uttryckande behandlingsformer (t ex bildterapi, dans, symboldrama).....	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
j. avslappning.....	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
k. hypnos och suggestioner.....	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
l. mediciner.....	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Vad du blir/blev hjälpt av i din behandling

Följande påståenden gäller vad du blir eller blev hjälpt av i den/de behandling/ar du fått för dina matproblem under de senaste 6 månaderna oavsett om det har varit här vid vår enhet eller någon annanstans. Läs varje påstående och fundera över vilket svarsalternativ du tycker stämmer bäst för dig **just nu**. Sätt sedan ett kryss (X) i rutan under svarsalternativet som stämmer bäst. Markera bara ett svarsalternativ för varje påstående.

	stämmer						inte aktuellt
	inte alls	i stort inte	i viss mån	ganska väl	väl	mycket väl	
17. Jag har blivit hjälpt av att öka min kontroll över mina matvanor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Jag har blivit hjälpt av att sätta ord på mina tankar och känslor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Det har gjort mina problem värre att återuppleva och prata om tidigare smärtsamma upplevelser under min behandling.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	stämmer						inte aktuellt
	inte alls	i stort inte	i viss mån	ganska väl	väl	mycket väl	
20. Min terapeut eller kontaktperson har inte brytt sig om mig eller engagerat sig i mina problem.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Att skriva en dagbok över mitt ätande och diskutera denna under behandlingen har hjälpt mig få bättre kontroll över mina matproblem.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Min behandling har hjälpt mig att behärska obehagliga tankar och känslor....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Jag har blivit hjälpt av att planera mina måltider.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Jag har blivit hjälpt av att jag haft någon som stöttat och uppmuntrat mig under behandlingen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Jag har blivit hjälpt av att glömma bort jobbiga saker.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Jag har blivit hjälpt av att bättre kunna förstå mitt omedvetna.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Jag har blivit hjälpt av att min terapeut eller kontaktperson har tyckt om mig....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Jag har inte behövt någon hjälp att förstå mig själv.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Jag har blivit hjälpt av goda råd.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Jag har blivit hjälpt av att äta regelbundna måltider.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Det har hjälpt mig att undersöka sambandet mellan mina problem och min barndom.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Det har varit oerhört viktigt att min terapeut eller kontaktperson förstått mig och bekräftat mig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Jag har blivit hjälpt av att någon aktivt kunnat engagera sig i mina problem och visa mig hur jag ska handskas med dem.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Jag har inte behövt någon hjälp att bestämma vad och hur jag ska äta.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	stämmer						inte aktuellt
	inte alls	i stort inte	i viss mån	ganska väl	väl	mycket väl	
35. Det har varit mycket viktigt för mig att kunna lätta på hjärtat under behandlingen och berätta om mina problem.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Det var viktigt att komma överens om hur behandlingen skulle gå till.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Det har varit viktigt för mig att konfronteras med mina problem för att kunna lösa dem.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Det har varit viktigt att min behandling hjälpt mig att klargöra mina känslor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Jag har blivit hjälpt av att bemötas med omtanke och få ett gott omhändertagande.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Jag har blivit hjälpt av möjligheten att reflektera över återkommande mönster i mitt liv.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Jag har inte behövt någon hjälp att få bättre ordning på mitt ätande.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Det viktigaste har varit "personkemin", att jag och min(a) behandlare har passat ihop.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Jag har inte behövt någon behandling som rotar i mina tankar och känslor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Jag har blivit hjälpt av att undvika situationer som ger mig ångest.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Det har varit viktigt att någon kunnat hjälpa mig att tänka igenom mina handlingsalternativ och välja en vettig väg att lösa mina problem på.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Det har varit mycket viktigt att min terapeut eller kontaktperson och jag har kunnat arbeta tillsammans mot gemensamma mål.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>