

**Instruksjon:** Les hvert spørsmål og ta stilling til om du har opplevd dette i livet ditt (livstidsforekomst) og i løpet av det siste året ved å krysse for de alternativene som passer best.

Symptomer	Livstidsforekomst			Forekomst siste året				
	Husker ikke / vet ikke	Nei	Ja	Har dette skjedd i løpet av siste år?	En eller et par ganger i året	En eller et par ganger i måneden	1-2 ganger per uke	3 eller flere ganger i uken
1. Hadde du ofte drømmer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nei (Gå til neste spørsmål)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hadde du ofte mareritt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nei (Gå til neste spørsmål)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hadde du drømmer med et følelsesmessig eller trist innhold?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nei (Gå til neste spørsmål)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hadde du drømmer med et voldelig eller aggressivt innhold (f.eks. sloss med noen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nei (Gå til neste spørsmål)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hadde du drømmer med et skremmende og fryktingytende innhold (f.eks. ble jaget av spøkelse)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nei (Gå til neste spørsmål)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Snakket du i søvne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nei (Gå til neste spørsmål)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Skrek, ropte eller bannet du i søvne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nei (Gå til neste spørsmål)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Beveget du armer og bein som respons på det du drømte om?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nei (Gå til neste spørsmål)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Har du noen ganger falt ut av sengen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nei (Gå til neste spørsmål)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Har du noen gang skadet deg selv eller din partner mens du sov?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nei (Gå til neste spørsmål)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Har du noen gang prøvd å angripe din partner eller nesten skadet deg selv mens du sov?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nei (Gå til neste spørsmål)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Var det som er beskrevet i spm. 10 og 11 relatert til innholdet i dine drømmer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nei (Gå til neste spørsmål)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Har situasjonene beskrevet over forstyrret søvnen din?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nei (Gå til neste spørsmål)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kilde: Wing et al. (2010). Sleep Medicine, 11, 43-48. Til norsk ved Ståle Pallesen.

**Skåring:**

Lifetide: Q1-Q5 og Q13: "Vet ikke" = 0, "Nei" = 0, "Ja"=1.

Q6-Q12: "Vet ikke" = 0, "Nei" = 0, "Ja"=2.

Forekomst siste år: Q1-Q5 og Q13: "Nei"=0, "Ja/ En eller et par ganger" i året=1, "Ja/ En eller et par ganger i måneden"=2, "Ja/1-2 ganger per uke=3", "Ja/ 3 eller flere ganger i uken"=4.  
Q6-Q12: "Nei"=0, "Ja/ En eller et par ganger" i året=2, "Ja/ En eller et par ganger i måneden"=4, "Ja/1-2 ganger per uke=6", "Ja/ 3 eller flere ganger i uken"=8.

Totalskåre (sum alle ledd for lifetime og siste år) varierer mellom 0 og 100. Beste cutoff er 18/19 (sensitivitet 82%, spesifisitet 87%)

Faktorer: Q1-Q6 + Q13 = Drømmefaktor (totalskåre 0-30)

Q7-Q12 = Atferdsfaktor (totalskåre 0-70) Cut off 7/8 (sensitivitet 88%, spesifisitet 81%).