

## PASIENT SPØRRESKJEMA

**Kjære pasient,**

Vi vil være takknemlige hvis du vil delta i vår spørreundersøkelse om hvordan pasienter har det etter en operasjon. Målet med undersøkelsen er å forbedre smertebehandlingen etter operasjoner på denne avdelingen.

Det er frivillig å delta, og den informasjonen du gir oss vil ikke kunne spores til deg. Det betyr at navnet ditt og andre opplysninger om deg vil bli slettet fra spørreskjemaet når du har levert det, og opplysningene om deg vil ikke finnes i noen av registrene våre.

Dine svar på dette spørreskjemaet vil ikke bli vist til noen av dem som behandler deg.

Vi kan forsikre deg om at det personalet du møter hos oss vil behandle deg på samme måte uansett om du velger å delta i undersøkelsen eller ikke.

Takk for at du vil delta i denne undersøkelsen.

## PASIENT SPØRRESKJEMA

De følgende spørsmålene handler om smerter du hadde etter operasjonen.

**P1.** Marker på denne skalaen hvordan du opplevde **de sterkeste smertene** du hadde etter operasjonen:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ingen smerter

verst tenkelige smerter

**P2.** Marker på denne skalaen hvordan du opplevde **de svakeste smertene** du hadde etter operasjonen.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ingen smerter

verst tenkelige smerter

**P3.** Hvor ofte har du hatt **sterke smerter** etter operasjonen?

Vennligst marker på skalaen under hvor stor del av tiden (i prosent) du har hatt **sterke smerter**:

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

hadde aldri sterke smerter

hadde sterke smerter hele tiden

**P4.** Marker på skalaen under det tallet som best beskriver i hvor stor grad smertene etter operasjonen **hindret deg i å**

a. **bevege deg i sengen**, f.eks. snu deg, sette deg opp eller endre stilling:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

hindret meg ikke

hindret meg fullstendig

b. **puste dypt** eller **hoste**:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

hindret meg ikke

hindret meg fullstendig

c. **sove**:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

hindret meg ikke

hindret meg fullstendig

d. Har du vært **ute av sengen** etter operasjonen?

☐ Ja    ☐ Nei

Hvis ja, **hvor mye hindret smertene deg i å være i aktivitet utenfor sengen**, f.eks. å gå, sitte i en stol eller stå ved vasken?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

hindret meg ikke

hindret meg fullstendig

## PASIENT SPØRRESKJEMA

**P5.** Smerter kan påvirke humør og følelser.

Marker på skalaen det tallet som best beskriver hvor mye smertene etter operasjonen **gjorde at du følte deg**

a. engstelig

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ikke i det hele tatt

ekstremt

b. hjelpeløs

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ikke i det hele tatt

ekstremt

**P6.** Har du hatt noen av de følgende **plagene** siden operasjonen?

Marker 0 hvis svaret er nei. Hvis svaret er ja, marker det tallet som best beskriver hvor alvorlig følgende har vært:

a. kvalme

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ingen

alvorlig

b. søvnighet

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ingen

alvorlig

c. kløe

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ingen

alvorlig

d. svimmelhet

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ingen

alvorlig

**P7.** Etter operasjonen, hvor mye har **smertebehandlingen** du har fått lindret smertene dine?

Marker på skalaen i prosent hvor godt behandlingen du har fått (både i form av medisiner og annen behandling) har bidratt til **smertelindring**

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

ingen lindring

fullstendig lindring

**P8.** Hadde du ønsket at du hadde fått **mer smertestillende behandling** enn det du fikk?

☐ Ja      ☐ Nei

**P9.** Fikk du **informasjon** om hvilke muligheter du hadde til **smertebehandling**?

☐ Ja      ☐ Nei

## PASIENT SPØRRESKJEMA

**P10.** Fikk du delta i **beslutninger om din smertebehandling** i så stor grad som du hadde ønsket?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ikke i det hele tatt

i stor grad

**P11.** Marker på skalaen det tallet som best beskriver **hvor fornøyd du er med resultatet av smertebehandling** etter operasjonen:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ekstremt misfornøyd

ekstremt fornøyd

**P12.** Brukte du, eller fikk du, noen form for smertebehandling som ikke involverte medisin?

☐ Ja ☐ Nei

Hvis ja, **kryss av for alle alternativ som stemmer:**

- |  |                                     |   |
|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> kalde omslag                                    | <input type="checkbox"/> meditasjon | <input type="checkbox"/> dyp pusting                        |
| <input type="checkbox"/> varme   | <input type="checkbox"/> akupunktur | <input type="checkbox"/> 'bønn                              |
| <input type="checkbox"/> samtale med helsepersonellet                    | <input type="checkbox"/> gå tur     | <input type="checkbox"/> massasje                           |
| <input type="checkbox"/> samtale med venner eller familie                | <input type="checkbox"/> avslapning | <input type="checkbox"/> forestillinger eller visualisering |
| <input type="checkbox"/> TENS (transkutan elektrisk nerverestimulering)  |                                     |   |
| <input type="checkbox"/> distraksjon (se på TV, høre på musikk, lese)    |                                     |   |
| <input type="checkbox"/> andre (vennligst beskriv): <input type="text"/> |                                     |   |

**P13.** Hadde du **vedvarende smerter i 3 måneder** eller mer før du kom til sykehuset for denne operasjonen?

☐ Ja ☐ Nei

a. Hvis ja, **hvor sterk var smertene** mesteparten av tiden?  
Marker tallet som best beskriver smertene:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ingen smerter

verst tenkelige smerter

b. Hvis ja, **hvor var de vedvarende smertene?**

☐ i operasjonsområdet ☐ et annet sted ☐ Både i operasjonsområdet og et annet sted

**Takk for at du tok deg tid til å besvare spørreskjemaet**

To be filled in by the research assistant

Research assistant code:

Patient was interviewed: ☐ Yes ☐ No

If yes, please mark the reason(s):

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Too ill / weak   | <input type="checkbox"/> Too much pain | <input type="checkbox"/> Requested assistance | <input type="checkbox"/> Did not understand scales |
| <input type="checkbox"/> Technical reasons (patient has no eyeglasses / is blind; can not sit up; is illiterate; arm is in cast; etc) |  |   |  |