

## PATIENTINFORMATION OCH SAMTYG

### **Bästa patient,**

Vi skulle vara tacksamma om du ville delta i vår undersökning om hur patienter mår efter operation. Målet med undersökningen är att förbättra behandlingen av smärta efter operation, på den här avdelningen.

Ditt deltagande är frivilligt och informationen du lämnar kommer att göras anonym när du lämnar in detta frågeformulär. Det innebär att ditt namn eller annan typ av identifiering kommer att raderas från frågeformuläret efter att du har lämnat in det och det kommer inte att finnas inkluderat i några register som vi har.

Dina svar i detta frågeformulär kommer inte att delas med ditt läkar- eller vård-team.

Vi kan försäkra dig om att ditt team kommer att behandla dig på samma sätt oavsett om du väljer att delta i vår undersökning eller inte.

Ett stort tack för att du överväger att delta i denna undersökning.

## PATIENT FRÅGEFOMULÄR

Följande frågor handlar om den smärta som du har upplevt efter din operation.

**P1.** Markera på skalan nedan hur du upplevde din **smärta** när den var som **svårast** efter din operation:

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

**ingen smärta** **värsta tänkbara smärta**

**P2.** Markera på skalan nedan hur du upplevde din **smärta** när den var som **mildast** efter din operation:

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

**ingen smärta** **värsta tänkbara smärta**

**P3.** Hur stor andel av tiden efter din operation upplevde du **svår smärta**?  
Var vänlig att uppskatta, och ringa in den procentsats som bäst motsvarar den tid då du upplevde svår smärta:

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

**hade aldrig svår smärta** **hade svår smärta hela tiden**

**P4.** Ringa in den siffra nedan som bäst motsvarar i vilken utsträckning **smärtan** efter din operation **hindrade dig från att ...**

a. vara i rörelse i sängen, t ex vända dig, sitta upp, byta ställning:

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

**hindrade inte** **hindrade totalt**

b. ta djupa andetag eller hosta:

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

**hindrade inte** **hindrade totalt**

c. sova :

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

**hindrade inte** **hindrade totalt**

d. Har du **varit uppe ur sängen** efter din operation?

☐ Ja ☐ Nej

Om ja, hur mycket **hindrade smärtan dig från att vara i rörelse när du var uppe ur sängen**, t ex att gå, sitta i stol, stå upp:

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

**hindrade inte** **hindrade totalt**

## PATIENT FRÅGEFOMULÄR

**P5.** Smärta kan påverka ditt humör och dina känslor.

Ringa in den siffra nedan som bäst motsvara hur mycket **smärtan** efter din operation **orsakade att du kände dig ...**

a. orolig

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

inte alls

i hög grad

b. hjälplös

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

inte alls

i hög grad

**P6.** Har du upplevt någon av följande **biverkningar**, efter din operation?

Ringa in "0" om svaret är nej. Om svaret är ja, ringa in den siffra som bäst motsvara svårighetsgraden av:

a. Illamående

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

ingen

svår

b. Trötthet

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

ingen

svår

c. Klåda

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

ingen

svår

d. Yrsel

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

ingen

svår

**P7.** Hur väl **smärtlindrad** har du blivit efter din operation?

Ringa in den procentsats som bäst visar hur mycket lindring du har fått av den sammanlagda **smärtbehandlingen** (läkemedelsbehandling och icke-läkemedel):

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

ingen smärtlindring

fullständig smärtlindring

**P8.** Hade du velat få **MER smärtstillande behandling** än vad du har fått?

☐ Ja ☐ Nej

**P9.** Fick du **information** om de **smärtbehandlingsalternativ** som fanns?

☐ Ja ☐ Nej

## PATIENT FRÅGEFOMULÄR

**P10.** Tilläts du **delta i beslut** om din **smärtbehandling** i så hög utsträckning som du ville?

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

inte alls

i stor utsträckning

**P11.** Ringa in den siffra som bäst visar hur **nöjd** du är med resultatet av **smärtbehandlingen** efter din operationen:

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

i hög grad missnöjd

i hög grad nöjd

**P12.** Använde du, eller fick, någon **annan metod än läkemedel** för att lindra din **smärta**?

☐ Ja ☐ Nej

Om ja, markera alla alternativ som stämmer:

- |                                                                                     |                                      |                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> kylbandage                                                 | <input type="checkbox"/> meditation  | <input type="checkbox"/> djupandning                       |
| <input type="checkbox"/> värme                                                      | <input type="checkbox"/> akupunktur  | <input type="checkbox"/> bön                               |
| <input type="checkbox"/> prata med sjukvårdspersonalen                              | <input type="checkbox"/> promenera   | <input type="checkbox"/> massage                           |
| <input type="checkbox"/> prata med vänner eller släktingar                          | <input type="checkbox"/> avslappning | <input type="checkbox"/> föreställning eller visualisering |
| <input type="checkbox"/> TENS (Transkutan Elektrisk Nerv Stimulering)               |                                      |                                                            |
| <input type="checkbox"/> distraktion (såsom att titta på TV, lyssna på musik, läsa) |                                      |                                                            |
| <input type="checkbox"/> övrigt (vänligen beskriv): <input type="text"/>            |                                      |                                                            |

**P13.** Har du upplevt ett **ihållande smärttillstånd under tre månader** eller mer innan du lades in på sjukhuset för denna operation?

☐ Ja ☐ Nej

a. Om ja, hur **svår** var smärtan under större delen av den tiden?

Ringa in den siffra som bäst motsvarar din upplevelse.

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

ingen smärta

värsta tänkbara smärta

b. Om ja, **var** hade du denna ihållande smärta?

- ☐ I operationsområdet ☐ någon annanstans
- ☐ båda (operationsområdet och någon annanstans)

**Tack för din tid och för din feedback**

To be filled in by the research assistant

Research assistant code:

Patient was interviewed: ☐ No ☐ Yes

If yes, please mark the reason(s):

- ☐ Too ill / weak ☐ Too much pain ☐ Requested assistance ☐ Did not understand scales
- ☐ Technical reasons (patient has no eyeglasses / is blind; can not sit up; is illiterate; arm is in cast; etc)