

Appendix I

Bakgrunnsopplysninger

1. Kjønn:

- Mann
 Kvinne

2. Fødselsdato: _____

3. Hva er din sivilstand (ekteskapelig status)?

- Ugift
 Gift/samboer
 Skilt
 Enke/enkemann
 Separert

4. Bor du alene eller sammen med andre?
(Kryss av for de du bor sammen med. Her kan det settes flere kryss).

- Bor alene
 Bor med ektefelle eller samboer
 Bor med barn
 Bor med foreldre
 Bor med andre voksne personer

5. Hvilken utdanning er den høyeste du har fullført? (sett bare ett kryss)
(Sett bare kryss for høyeste fullført utdanning)

- Grunnskole 7-10 år, framhaldsskole
 Ett-eller to-årig videregående skole, yrkesskole, real- eller middelskole
 Artium, økonomisk gymnas, treårig videregående skole
 Høgskole eller universitet, mindre enn 4 år
 Høgskole eller universitet, 4 år eller mer
Hvis annet, fyll ut _____

6. Er du i arbeid for tiden? (sett bare ett kryss)

- Ja, heltidsarbeid utenom husarbeid
 Ja, deltidsarbeid utenom husarbeid
 Ja, heltids husarbeid
 Sykemeldt
 Uføretrygdet
 Alderspensionert
 Arbeidsløs
 Annet, vennligst spesifiser _____

Appendix II

Pasientopplysninger fra medisinsk journal

1. Kjønn

- Mann
 Kvinne

2. Fødselsår:

3. Dato for kreftdiagnose (måned/år):.....

4. Krefttype(ICD-10+ tekst):

5. Opprinnelig tumorutbredelse

- Kun lokalt
 Lokalt + regional
 Lok Lokalt + metastaser
 Lokal + regionalt + metastaser

6. Metastaser

- Ja
 Nei

Hvor:Når oppdaget(måned/år):.....

7. Behandling eller kontroll nå

- Kurativ behandlingsintensjon
 Palliativ behandlingsintensjon
 Kontroll etter kurativ behandling
 Kontroll etter palliativ behandling

Tidligere og nåværende medisinsk tumorrettet behandling

8. Medikamentell behandling

- Nei
 Ja, hva slags..... Start/slutt (måned/år).....

9. Strålebehandling

- Nei
 Ja, tidligere, start/slutt (måned/år)
 Ja, nå Start dato.....

10. Kirurgi

- Nei
 Ja, dato (måned/år)

11. Annen behandling

- Nei
 Ja, hva slags.....

12 Andre sykdommer.....

13. Smerte som kan skyldes annen sykdom

- Nei
 Ja, eventuell behandling for den.....

14. Smerte notert i journal

- Nei
 Ja

Appendix III

4. Vanlige medisinske problemer

Her er en liste over vanlige medisinske problemer. Avmerk i den gule kolonnen hvorvidt du har problemet **nå**. Hvis du **HAR** problemet, så svar på spørsmålene i de blå og grønne kolonnene. Hvis du **IKKE HAR** problemet, gå videre til neste problem. Til sist, angi nederst på siden, under "andre medisinske problemer" om andre medisinske problemer du har, og svar på spørsmålene i de blå og grønne kolonnene.

Problem	Har du problemet?		Får du behandling for det?		Begrenser det dine aktiviteter?	
	Ja (1)	Nei (0)	Ja (1)	Nei (0)	Ja (1)	Nei (0)
a. Hjertesykdom						
b. Høyt blodtrykk						
c. Lungesykdom						
d. Diabetes						
e. Magesår eller magesykdom						
f. Tarmsykdom						
g. Nyresykdom						
h. Leversykdom						
i. Anemi eller annen blodsykdom						
j. Hodepine						
k. Depresjon						
l. Slitasjegikt/ artrose						
m. Ryggsmerter						
n. Leddgikt/ revmatoid artritt						
o. Sykdom i bindevev eller muskulatur						
p. Andre medisinske problemer (angi)						

Appendix IV

Appendix V

Del C Spørsmål om smerte og smertebehandling.

1. Gjennom livet har de fleste av oss hatt smerter (som lett hodepine, forstuelser eller tannpine). Har du hatt smerter som er annerledes enn slike dagligdagse smerter i løpet av **siste uke**?

Ja Nei

Pasienter med smerte som skyldes kreft eller behandling av kreft kan forskjellige typer smerte. De følgende spørsmål er om **vedvarende/konstant** smerte. Vedvarende eller konstant smerte er en smerte som varer i lengre perioder.

2. Hvor lenge har du hatt smerter? (sett kun ett kryss)

Mindre enn en uke
 En til fire uker
 En til to måneder
 To til seks måneder
 Syv måneder til ett år
 Omtrent _____ år

3. Hvor ofte har du smerter? (sett kun ett kryss)

Kontinuerlig (uten stans)
 Flere enn to ganger om dagen
 En eller to ganger om dagen
 Flere ganger i uken
 Mindre enn 3-4 ganger i måneden
 En eller to ganger i måneden
 Mindre enn en gang i måneden

4. På hvilken måte har **intensiteten** av smertene endret seg i løpet av den tiden du har hatt smerter?

økt
 avtatt
 uendret
 variert (økt og avtatt)

5. Hvis du har smertefrie perioder, hvor lenge varer de?

minutter
 timer
 dager
 uker
 måneder

12. Hvor har du vondt når du har gjennombruddssmerter (kryss kun av for en)

- På samme stedet som den vanlige smerten?
- På et annet sted enn den vanlige smerten?

13. Hvor ofte har du gjennombruddssmerter?

- Flere ganger i løpet av dagen
- Flere ganger i løpet av natten

14. Hvor lenge varer gjennombruddssmertene?

_____antall minutter

15. Ville du beskrive episodene med gjennombruddssmerter mest som: (kryss av kun en)

- Forutsigbare
- Uforutsigbare

16. Gjennombruddssmerter kommer: (kryss av kun en)

- Når jeg rører meg eller ved annen aktivitet
- Sponstant, og ikke forbundet med aktivitet
- Like før det er meningen at jeg skal ta neste dose smertestillende medisin

17. Hva gjør du for å lindre gjennombruddssmerter?

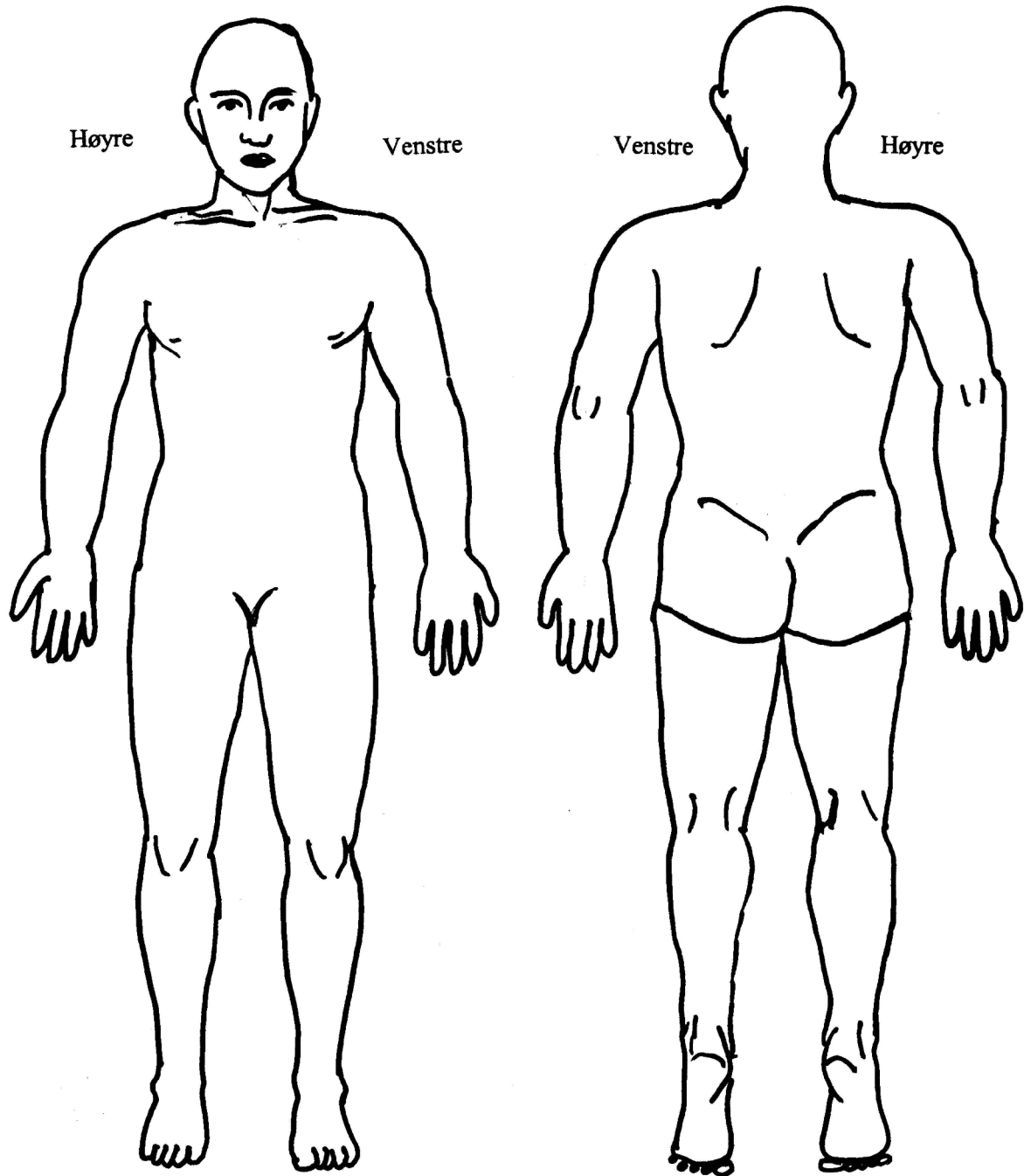
- Tar smertestillende medisiner
- Hviler
- Stopper den aktiviteten som fremkaller smerten
- Annet, vennligst beskriv: _____

- 18.** Noen av ordene nedenfor representerer ulike måter å beskrive smerte på. Kryss av på alle ordene. Ved ord som ikke beskriver den smerten du har setter du kryss i den gule kolonnen merket "ingen slik smerte". Ved de ordene som beskriver den smerten du har setter du kryss i de blå kolonnene hvor du markerer hvor intense de er.

Beskrivelse av smerten	Hvor intens er denne smerten. Sett kryss i boksen som passer best.			
	Ingen slik smerte (0)	Mild (1)	Moderat (2)	Alvorlig (3)
Verkende				
Bankende				
Skytende				
Stikkende				
Gnagende				
Skarp				
Sped				
Brennende				
Utmattende				
Trøttende				
Splittende				
Reddsom				
Krampaktig				
Straffende				
Grusom				
Tung				
Kvalmende				
Varm				
Gjennomtrengende				
Plagsom				
Nummen				
Elendig				
Uutholdelig				

19. Spørsmål om din opplevelse av smerte

Vil du skravere de områdene på kroppen hvor du har smerter. Marker med et kryss der du har mest vondt.



25. I hvor stor grad har behandling eller medisiner lindret smertene dine de siste 24 timene? Vennligst sett en ring rundt det prosenttallet som viser hvor stor smertelindring du har fått.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Ingen lindring										Fullstendig lindring

Sett en ring rundt det tallet som for de siste 24 timene best beskriver hvor mye smertene har virket inn på:

26. Daglig aktivitet

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ikke påvirket										Fullstendig påvirket

27. Humør

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ikke påvirket										Fullstendig påvirket

28. Evne til å gå

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ikke påvirket										Fullstendig påvirket

29. Vanlig arbeid (gjelder både arbeid utenfor hjemmet og husarbeid)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ikke påvirket										Fullstendig påvirket

30. Forhold til andre mennesker

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

Appendix VI

23. Hvilken behandling eller medisiner får du for å lindre smertene dine?

Skriv opp alle medisinene du bruker (både smertestillende og andre). For å hjelpe til med utfyllingen finner du en liste over de mest brukte medisiner mot smerter, både reseptbelagte og ikke reseptbelagte. Kryss av for de som er aktuelle og tilføy nederst på arket de medisinene du bruker som ikke står på listen. Hvis du ikke husker alle medisinene du bruker eller du trenger hjelp til utfyllingen kan jeg kontakte deg hjemme pr. telefon for å få skrevet ned alle medisinene.

Medikament	Bruker ikke Kryss av	Bruker Kryss av	Vær vennlig å skriv opp teksten på emballasjen (glasset, esken, flasken) som forteller hvordan legen har skrevet at medisinen skal brukes	Hvor mye medisiner har du tatt de siste 24 timer?	
				Dose	Hvor mange ganger tatt
Paracet/Panodil/ Pinex					
Aspirin/Albyl-E/ Dispril/Globoid					
Brufen/ Ibuprofen/ Ibumetin					
Ibux					
Kodein					
Paralgin Forte/ Pinex forte					
Morfin tabletter					
Morfin mikstur (flytende)					
Morfin sprøyter					
Dolcontin					
Durogesic plaster (fentanyl)					
OxyContin/ OxyNorm					
Sarotex (amitriptyline)					
Fluoxetin/ Fontex					
Epinat					
Neurontin (gabapentinn)					
Tegretol (carbamazepine)					

Andre medikament? Vær vennlig å skriv opp <i>navn</i> og <i>styrke(dose)</i>	Vær vennlig å skriv opp teksten på emballasjen (glasset, esken, flasken) som forteller hvordan legen har skrevet at medisinen skal brukes	Hvor mye medisiner har du tatt de siste 24 timer?	
		Dose	Hvor mange ganger tatt

Appendix VII

Hvem opplever du har hovedansvaret for å hjelpe deg med smertebehandlingen? (Sett kun ett kryss)

- Fastlegen
- Lege på poliklinikken på Radiumhospitalet
- Lege på annet sykehus
- Ingen spesiell
- Andre, spesifiser _____

34. Når du er hos legen, forteller du hvor mye smerter du har?

- Alltid
- Ofte
- Noen ganger
- Sjelden
- Aldri

35. Synes du at du får den hjelp og informasjon du har behov for når det gjelder behandling av smertene?

- Alltid
- Ofte
- Noen ganger
- Sjelden
- Aldri

Appendix VIII

Del B Holdninger til smertebehandling.

INSTRUKSJON: Vi er interessert i å få mer kunnskap om dine holdninger til smertebehandling. Vi ønsker å vite hva du tenker.

Noen av spørsmålene ligner på hverandre, men besvar likevel **alle** spørsmålene.

For hvert utsagn nedenfor sett en sirkel rundt det tallet (0, 1, 2, 3, 4, eller 5) som er mest i samsvar med hvor enig du er i utsagnet.

Tror du at:

1.	Kreftmerter kan lindres.						
	0	1	2	3	4	5	
	Helt uenig					Helt enig	
2.	Det er en fare for å bli avhengig av smertestillende medisiner.						
	0	1	2	3	4	5	
	Helt uenig					Helt enig	
3.	Døsighet på grunn av smertestillende medisiner er vanskelig å håndtere.						
	0	1	2	3	4	5	
	Helt uenig					Helt enig	
4.	Smertestillende medisiner svekker immunforsvaret (kroppens forsvar mot sykdommer/motstandskraft).						
	0	1	2	3	4	5	
	Helt uenig					Helt enig	
5.	Forvirring på grunn av smertestillende medisiner kan ikke behandles.						
	0	1	2	3	4	5	
	Helt uenig					Helt enig	
6.	Når du bruker smertestillende medisiner vil kroppen din venne seg til effekten av det og etter kort tid vil medisinen miste sin effekt.						
	0	1	2	3	4	5	
	Helt uenig					Helt enig	

Appendix IX

Del D Spørsmål om din mestring av problemer

INSTRUKSJON: For hvert av spørsmålene nedenfor, sett en ring rundt det tallet som best passer med din mening om hvordan du klarer å gjennomføre den aktuelle oppgaven. Vennligst tenk gjennom om du kan gjøre oppgaven **akkurat nå** uten hjelpemidler eller hjelp fra andre. Svaret skal avspeile det du tror du vanligvis kan klare og ikke hva du kunne gjøre hvis du anstremte deg ekstra mye. Her er et eksempel på hvordan noen kanskje ville svart på spørsmålet:

Eksempel

Hvor sikker er du på at du kan slå et telefonnummer i løpet av 10 sekunder?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Veldig usikker				middels sikker					veldig sikker

(Denne personen er usikker på at han/hun kan slå et telefonnummer i løpet av 10 sekunder)

Vennligst svar på de følgende spørsmål:

1. Hvor sikker er du på at du kan kontrollere det å være trett/slapp?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Veldig usikker				middels sikker					veldig sikker

2. Hvor sikker er du på at du kan avpasse din aktivitet slik at du kan være aktiv uten å forverre smertene?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Veldig usikker				middels sikker					veldig sikker

3. Hvor sikker er du på at du kan gjøre noe for å oppmuntre deg selv når du føler deg nedfor?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Veldig usikker				middels sikker					veldig sikker

4. Hvor sikker er du på at du kan mestre smertene mens du gjør dine daglige aktiviteter?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Veldig usikker				middels sikker					veldig sikker

5. Hvor sikker er du på at du kan mestre smertene dine slik at du kan gjøre det du liker å gjøre?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Veldig usikker				middels sikker					veldig sikker

6. Hvor sikker er du på at du kan takle frustrasjonen ved å ha smerter?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Veldig usikker				middels sikker					veldig sikker

7. Hvor sikker er du på at du kan mestre å ha milde til moderate smerter?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Veldig usikker				middels sikker					veldig sikker

8. Hvor sikker er du på at du kan mestre å ha sterke smerter?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Veldig usikker				middels sikker					veldig sikker

9. Hvor sikker er du på at du kan minske smertene dine ganske mye?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Veldig usikker				middels sikker					veldig sikker

10. Hvor sikker er du på at du kan fortsette med de fleste av dine daglige aktiviteter?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Veldig usikker				middels sikker					veldig sikker

11. Hvor sikker er du på at du kan hindre at smerten påvirker søvnen din?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Veldig usikker				middels sikker					veldig sikker

12. Hvor sikker er du på at du kan redusere smertene dine noe ved å ta i bruk andre metoder annet enn det å ta ekstra medisin?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Veldig usikker				middels sikker					veldig sikker

13. Hvor sikker er du på at du kan redusere smertene dine mye ved å ta i bruk andre metoder annet enn det å ta ekstra medisin?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Veldig usikker				middels sikker					veldig sikker

14. Hvor sikker er du på at du kan gå ca. 800 meter på flat mark?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Veldig usikker				middels sikker					veldig sikker

15. Hvor sikker er du på at du kan løfte en eske på 5 kg?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Veldig usikker				middels sikker					veldig sikker

16. Hvor sikker er du på at du kan gjennomføre et daglig treningsprogram hjemme?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Veldig usikker				middels sikker					veldig sikker

17. Hvor sikker er du på at du kan gjøre ulike arbeidsoppgaver i hjemmet?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Veldig usikker				middels sikker					veldig sikker

18. Hvor sikker er du på at du kan gjøre innkjøp av mat eller klær?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Veldig usikker				middels sikker					veldig sikker

19. Hvor sikker er du på at du kan delta i sosiale aktiviteter?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Veldig usikker				middels sikker					veldig sikker

20. Hvor sikker er du på at du kan delta i hobby- eller fritidsaktiviteter?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Veldig usikker				middels sikker					veldig sikker

21. Hvor sikker er du på at du kan delta i familieaktiviteter?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Veldig usikker				middels sikker					veldig sikker

22. Hvor sikker er du på at du kan gjennomføre arbeidsoppgavene du hadde før du fikk smerter? (Dersom du er hjemmeværende, betrakter du ditt arbeid i hjemmet som dine arbeidsoppgaver)

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Veldig usikker				middels sikker					veldig sikker

Appendix X

33. Hvordan tok du vanligvis smertestillende medisiner i løpet av de siste 7 dagene? (Les gjennom alle svaralternativene først og sett kun ett kryss)

- Tok alle smertestillende medisiner regelmessig som foreskrevet
- Tok noen av de foreskrevne smertestillende medisiner regelmessig
- Tok alle foreskrevne smertestillende medisiner etter at jeg fikk økende smerter
- Tok noen av de foreskrevne smertestillende medisinene etter at jeg fikk økende smerter
- Tok for det meste ikke de foreskrevne smertestillende medisinene

34. I følgende spørsmål er vi interessert i å få kunnskap om din bruk av smertestillende medisiner. Sett kryss i "Ja" eller "Nei" rubrikken.

<p>a. Hender det noen gang at du glemmer å ta smertestillende medisiner?</p> <p style="text-align: center;">Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/></p>
<p>b. Hender det noen ganger at du ikke har brydd deg om å ta smertestillende medisiner?</p> <p style="text-align: center;">Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/></p>
<p>c. Når du føler deg bedre, hender det da at du lar være å ta smertestillende medisiner?</p> <p style="text-align: center;">Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/></p>
<p>d. Dersom du føler deg verre når du tar smertestillende medisiner, hender det da at du lar være å ta dem?</p> <p style="text-align: center;">Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/></p>

Appendix XI

Ulike mestringsstrategier

De som opplever smerte utvikler mange måter å mestre eller håndtere smerten sin på. Disse inkluderer å si ting til seg selv når de har smerter, eller å engasjere seg i forskjellige aktiviteter. Nedenfor er det en liste over ting mennesker har fortalt at de gjør når de har smerter. Vi ber deg om at du markerer hvor mye du bruker den enkelte aktiviteten når du har smerter ved å bruke skalaen nedenfor; 0 betyr at du aldri benytter deg av aktiviteten når du har smerter, 3 betyr at du av og til benytter deg av aktiviteten og 6 betyr at du alltid benytter deg av den aktiviteten når du har smerter. Vennligst skriv tallene du velger på den åpne linjen foran hver aktivitet. Husk, du kan bruke hvilket som helst tall på skalaen.



Når jeg har smerter ...

- _____ 1. Jeg prøver å distansere meg fra smertene, nesten som om smerten var i en annens kropp.
- _____ 2. Jeg går hjemmefra og gjør noe, som å gå på kino eller handler.
- _____ 3. Jeg prøver å tenke på noe hyggelig.
- _____ 4. Jeg tenker ikke på det som smerte, men heller som en dump eller varm følelse.
- _____ 5. Det er fryktelig og jeg føler at det aldri vil bli bedre.
- _____ 6. Jeg sier til meg selv at jeg må være tapper og holde ut til tross for smertene.
- _____ 7. Jeg leser.
- _____ 8. Jeg sier til meg selv at jeg kan vinne over smertene til slutt.
- _____ 9. Jeg tar medisinene mine.
- _____ 10. Jeg teller eller synger inni meg.
- _____ 11. Jeg bare tenker på den som en annen følelse slik som nummenhet.
- _____ 12. Det er fryktelig, og jeg føler at det overvelder meg.
- _____ 13. Jeg lager tankeleker for å holde smertene på avstand.
- _____ 14. Jeg føler at livet mitt ikke er verdt å leve.
- _____ 15. Jeg vet at en dag vil noen være her og hjelpe meg og smerten vil forsvinne for en stund.
- _____ 16. Jeg går mye.



Når jeg har smerter ...

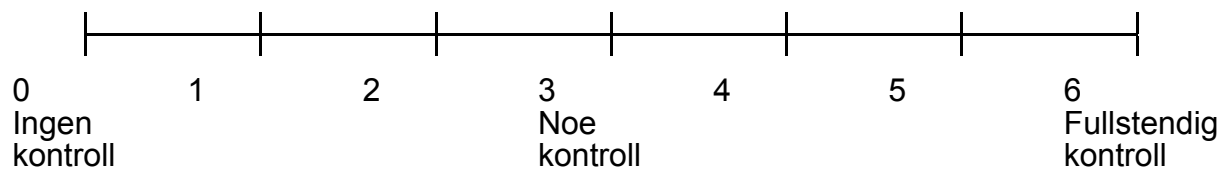
- _____ 17. Jeg ber til Gud om at det ikke må vare lenge.
- _____ 18. Jeg prøver å ikke tenke på det som min kropp, men som noe adskilt fra meg.
- _____ 19. Jeg slapper av.
- _____ 20. Jeg tenker ikke på smertene.
- _____ 21. Jeg prøver å tenke flere år framover, hvordan alt vil bli etter at jeg har blitt kvitt smerten.
- _____ 22. Jeg sier til meg selv at det ikke gjør vondt.
- _____ 23. Jeg sier til meg selv at jeg ikke må la smerten stå i veien for hva jeg må gjøre.
- _____ 24. Jeg lar meg ikke affisere av smerten.
- _____ 25. Jeg har tro på at legene en dag vil kunne kurere smertene mine.
- _____ 26. Uansett hvor ille det blir vet jeg at jeg kan takle det.
- _____ 27. Jeg later som om den ikke er der.
- _____ 28. Jeg bekymrer meg hele tiden for om det vil gi seg.
- _____ 29. Jeg legger meg ned.
- _____ 30. Jeg gjenopplever tidligere hyggelige opplevelser.
- _____ 31. Jeg tenker på mennesker jeg liker å gjøre ting sammen med.
- _____ 32. Jeg ber om at smerten skal gi seg.
- _____ 33. Jeg tar et bad eller en dusj.
- _____ 34. Jeg forestiller meg at smerten befinner seg utenfor kroppen min.
- _____ 35. Jeg bare fortsetter som om ingen ting har hendt.
- _____ 36. Jeg tar det som en utfordring og lar det ikke plage meg.
- _____ 37. Selv om det gjør vondt fortsetter jeg som før.
- _____ 38. Jeg føler at jeg ikke orker stort lenger.



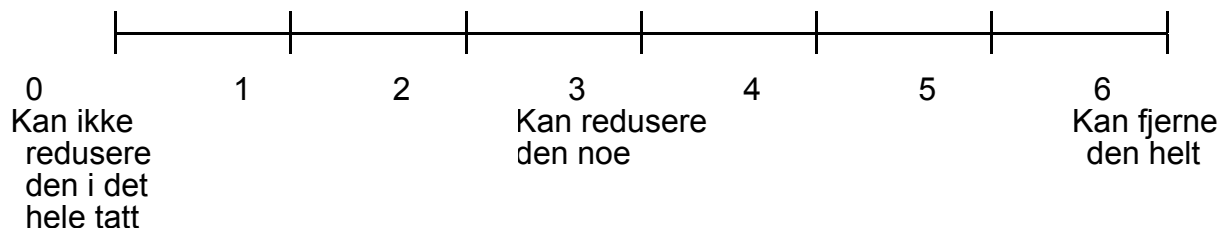
Når jeg har smerter.....

- _____ 39. Jeg prøver å være sammen med andre mennesker.
- _____ 40. Jeg overser det.
- _____ 41. Jeg har tiltro til min Gudstro.
- _____ 42. Jeg føler jeg ikke holder ut.
- _____ 43. Jeg tenker på ting jeg liker å gjøre.
- _____ 44. Jeg gjør hva som helst for å få tankene mine bort fra smertene.
- _____ 45. Jeg gjør noe jeg liker, slik som å se på TV eller lytte til musikk.
- _____ 46. Jeg later som om det ikke er en del av meg.
- _____ 47. Jeg gjør noe aktivt, som husarbeid eller andre prosjekt.
- _____ 48. Jeg benytter en varmekanne/pute.

Basert på alt du gjør for å mestre eller håndtere smerten din, hvor mye kontroll synes du at du har på en gjennomsnittlig dag? Vennligst sett en sirkel rundt det tallet som passer best. Husk at du kan bruke alle tallene på skalaen.



Basert på alt du gjør for å mestre eller håndtere smerten din, hvor mye er du i stand til å redusere smerten på en gjennomsnittlig dag? Vennligst sett en sirkel rundt det tallet som passer best. Husk at du kan bruke alle tallene på skalaen.



Appendix XII

INSTRUKSJON: Vi er interessert i forhold vedrørende deg og din helse. Vær så vennlig å besvare hvert spørsmål ved å sette en ring rundt det tallet som best beskriver din tilstand. Det er ingen «riktige» eller «gale» svar.

	Ikke i det hele tatt	Litt	En del	Svært mye
1. Har du vanskeligheter med å utføre anstrengende aktiviteter slik som å bære en tung handlekurv eller en koffert?	1	2	3	4
2. Har du vanskeligheter med å gå en <u>lang</u> tur?	1	2	3	4
3. Har du vanskeligheter med å gå en <u>kort</u> tur utendørs?	1	2	3	4
4. Er du nødt til å ligge til sengs eller sitte i en stol i løpet av dagen?	1	2	3	4
5. Trenger du hjelp til å spise, kle deg, vaske deg eller gå på toalettet?	1	2	3	4

I løpet av den siste uka:

	Ikke i det hele tatt	Litt	En del	Svært mye
6. Har du hatt redusert evne til å arbeide eller utføre andre daglige aktiviteter?	1	2	3	4
7. Har du hatt redusert evne til å utføre dine hobbyer eller andre fritidsaktiviteter?	1	2	3	4
8. Har du vært tung i pusten?	1	2	3	4
9. Har du hatt smerter?	1	2	3	4
10. Har du hatt behov for å hvile?	1	2	3	4
11. Har du hatt søvnproblemer?	1	2	3	4
12. Har du følt deg slapp?	1	2	3	4
13. Har du hatt dårlig matlyst?	1	2	3	4
14. Har du vært kvalm?	1	2	3	4

I løpet av den siste uka:

	Ikke i det hele tatt	Litt	En del	Svært mye
15. Har du kastet opp?	1	2	3	4
16. Har du hatt treg mage?	1	2	3	4
17. Har du hatt løs mage?	1	2	3	4
18. Har du følt deg trett?	1	2	3	4
19. Har smerter påvirket dine daglige aktiviteter?	1	2	3	4
20. Har du hatt problemer med å konsentrere deg, for eksempel med å lese en avis eller se på TV?	1	2	3	4
21. Har du følt deg anspent?	1	2	3	4
22. Har du vært engstelig?	1	2	3	4
23. Har du følt deg irritabel?	1	2	3	4
24. Har du følt deg deprimert?	1	2	3	4
25. Har du hatt problemer med å huske ting?	1	2	3	4
26. Har din fysiske tilstand eller medisinske behandling påvirket ditt <u>familieliv</u> ?	1	2	3	4
27. Har din fysiske tilstand eller medisinske behandling påvirket dine <u>sosiale</u> aktiviteter?	1	2	3	4
28. Har din fysiske tilstand eller medisinske behandling gitt deg økonomiske problemer?	1	2	3	4

Som svar på de neste spørsmålene sett en ring rundt det tallet fra 1 til 7 som best beskriver din tilstand

29. Hvordan har din helse vært i løpet av den siste uka?

1 2 3 4 5 6 7
Svært Helt
dårlig utmerket

30. Hvordan har livskvaliteten din vært i løpet av den siste uka?

1 2 3 4 5 6 7
Svært Helt
dårlig utmerket

Appendix XIII

Karnofsky's indeks for gradering av funksjonstilstand

(sette en ring rundt det tallet som passer best)

- 100** Normal, ingen plager eller subjektive tegn på sykdom
- 90** Klarer normal aktivitet, sykdommen gir lite symptomer
- 80** Klarer med nød normal aktivitet. Sykdommen gir en del symptomer
- 70** Klarer meg selv, ute av stand til normal aktivitet eller aktivt arbeide
- 60** Trenger noe assistanse, men klarer stort sett å tilfredsstille egne behov
- 50** Trenger betydelig hjelp og stadig medisinsk omsorg
- 40** Ufør, trenger spesiell hjelp og omsorg