

Bilaga 2

(Finns för utskrift som pdf-fil på www.gothiafortbildning.se)

PAIN-OUT Outcome Questionnaire (POOQ)

Fråga	Svarsformat
1. Markera på skalan hur du upplevde din smärta när den var som svårast efter din operation	NRS 0–10
2. Markera på skalan hur du upplevde din smärta när den var som mildast efter din operation	NRS 0–10
3. Hur stor andel av tiden efter din operation upplevde du svår smärta ? Uppskatta och markera den procentsats som bäst motsvarar den tid då du upplevde svår smärta:	NRS 0–100 %
4. Markera den siffra 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	NRS 0–10
b. ta djupa andetag eller hosta	NRS 0–10
c. sova	NRS 0–10
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	NRS 0–10
5. Smärtan kan påverka ditt humör och dina känslor. Markera den siffra som bäst motsvarar hur mycket smärtan efter din operation orsakade att du kände dig:	
a. orolig	NRS 0–10
b. hjälplös	NRS 0–10
6. Har du upplevt någon av följande biverkningar efter din operation? Markera "0" om svaret är nej. Om svaret är ja, markera den siffra som bäst motsvarar svårighetsgraden av:	
a. illamående	NRS 0–10
b. trötthet	NRS 0–10
c. klåda	NRS 0–10
d. yrsel	NRS 0–10
7. Hur väl smärtlindrad har du blivit efter din operation? Markera den procentsats som bäst visar hur mycket lindring du har fått av den sammanlagda smärtbehandlingen (läkemedelsbehandling och icke läkemedel)	NRS 0–100 %
8. Hade du velat få MER smärtstillande behandling än vad du har fått?	Ja/nej
9. Fick du information om de smärtbehandlingsalternativ som fanns?	Ja/nej
10. Tilläts du delta i beslut om din smärtbehandling i så hög utsträckning som du ville?	NRS 0–10
11. Markera den siffra som bäst visar hur nöjd du är med resultatet av smärtbehandlingen efter din operation	NRS 0–10
12. Använde du, eller fick, någon annan metod än läkemedel för att lindra din smärta ?	Ja/nej
Om ja, markera alla alternativ som stämmer: kylbandage, meditation, djupandning, värme, akupunktur, bön, prata med sjukvårdspersonal, promenader, massage, prata med vänner/släktingar, avslappning, föreställning/visualisering, TENS (transkutan elektrisk nervstimulering), distraktion (som att titta på tv, lyssna på musik, läsa), övrigt (beskriv)	
13. Har du upplevt ett ihållande smärttillstånd under tre månader eller mer innan du las in på sjukhuset för denna operation?	Ja/nej
a. Om ja, hur svår var smärtan under större delen av tiden? Markera den siffra som bäst motsvara din upplevelse	NRS 0–10
b. Om ja, var hade du den ihållande smärtan? I operationsområdet, någon annanstans, båda (operationsområdet och någon annanstans)	