

## Pasientdata (barkode) (må fylles ut)

Navn

Adresse

Fødselsnr. (11 siffer)

Hensikten med dette spørreskjemaet er at å gi økt kunnskap om hvordan det går med de som er kirurgisk behandlet for analinkontinens. Du har tidligere samtykket til å være med i dette registeret og får nå oppfølgingsspørsmål. Spørreskjemaet sendes ut ett og fem år etter behandlingen og følger opp tidligere spørsmål i forbindelse med behandlingen du fikk for analinkontinens. Din utfylling av skjema vil være til stor nytte for å kunne gi et best mulig behandlingstilbud til andre pasienter i fremtiden. Det er viktig at du svarer på alle delene i spørreskjemaet og returnerer det i den ferdigfrankerte konvolutten.

Dato for utfylling:

Dag

Måned

År

## Følgende spørsmål omhandler annen behandling

Det er viktig for oss å vite om du har fått annen behandling i tiden etter behandlingen for analinkontinens. Vennligst sett kryss for ja eller nei. Dersom du har fått annen behandling ber vi deg sette kryss for hvilke.

Har du fått annen behandling for analinkontinens i oppfølgingstiden etter operasjonen?

Ja Nei 

Hvis «Ja» hvilken type behandling?

 Kunstig lukkemuskel Tibialisstimulering Stomi\* Sfinkterplastikk SNM Konservativ behandling\*\* Annet

\*Hvis du har fått stomi, skal du ikke fylle ut resten av skjemaet

\*\* Med konservative tiltak menes bekkenbunnsøvelser, do-trening, kostregulering, livstilveiledning, analplugg, medikament (Imodium, visiblin), elektrostimulering.

I denne delen av spørreskjemaet får du spørsmål som gjelder **lekkasje av luft eller avføring**. Det er viktig at du svarer ut fra de siste 3 måneder om ikke annet er angitt. Vi vil be deg svare på samtlige spørsmål. Vi bruker besvarelsen til å vurdere effekt av behandlingen.

**St. Marks/Wexner score: (Sett kryss for aktuelle verdier. Husk, alle spørsmål må besvares)**

1) Har du opplevd lekkasje av fast avføring?

- Aldri
- Sjeldnere enn 1 gang om måneden
- 1 gang siste 4 uker
- 2-3 ganger siste 4 uker
- 1 gang i uken eller oftere, men ikke daglig
- Daglig

2) Har du opplevd lekkasje av flytende avføring?

- Aldri
- Sjeldnere enn 1 gang om måneden
- 1 gang siste 4 uker
- 2-3 ganger siste 4 uker
- 1 gang i uken eller oftere, men ikke daglig
- Daglig

3) Har du opplevd ufrivillig lekkasje av luft?

- Aldri
- Sjeldnere enn 1 gang om måneden
- 1 gang siste 4 uker
- 2-3 ganger siste 4 uker
- 1 gang i uken eller oftere, men ikke daglig
- Daglig

4) Fører dine lekkasjeplager til at du må endre livsstil?

- Aldri
- Sjeldnere enn 1 gang om måneden
- 1 gang siste 4 uker
- 2-3 ganger siste 4 uker
- 1 gang i uken eller oftere, men ikke daglig
- Daglig

5a) Bruker du bleie/bind på grunn av avføringslekkasje?

- Aldri
- Sjeldnere enn 1 gang om måneden
- 1 gang siste 4 uker
- 2-3 ganger siste 4 uker
- 1 gang i uken eller oftere, men ikke daglig
- Daglig

5b) Bruker du propp/plugg på grunn av avføringslekkasje? (gjelder for de siste 4 ukene)

- Nei
- Ja

6) Bruker du forstoppelsesmedikamenter for å unngå avføringslekkasje (gjelder for de siste 4 ukene)

- Nei
- Ja

7) Hvor lang tid kan du vanligvis holde tilbake avføringen ved trang? (gjelder for de siste 4 ukene)

- Mer enn 15 minutter
- Mindre enn 15 minutter

## Livskvalitet

### Seksualitet:

1 Begrenser du ditt seksualliv på grunn av mulige uhell/lekkasjer i forhold til avføring/lukt?

(kryss av ett svaralternativ)

- |     |              |                          |   |
|-----|--------------|--------------------------|---|
| (a) | Aldri        | <input type="checkbox"/> | 0 |
|     | Sjelden      | <input type="checkbox"/> | 1 |
|     | Av og til    | <input type="checkbox"/> | 2 |
|     | Vanligvis    | <input type="checkbox"/> | 3 |
|     | Alltid       | <input type="checkbox"/> | 4 |
|     | Ikke aktuelt | <input type="checkbox"/> | 5 |

(b) Hvor mye plager dette deg?

Sett kryss ved et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (svært mye)

- |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                             |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 |
| ikke i det hele tatt       |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            | svært mye                   |

Mange mennesker **lekker urin** av og til. Vi forsøker å finne ut hvor mange mennesker som lekker urin og hvor mye dette plager dem. Vi er takknemlige om du vil besvare følgende spørsmål. (Vi vil gjerne vite hvordan du har hatt det, gjennomsnittlig, **de siste 4 ukene**).

1 Hvor ofte lekker du urin? (Kryss av i èn boks)

- |  |                          |   |
|--|--------------------------|---|
| Aldri                                  | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Omtrent én gang i uken eller sjeldnere | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 2 - 3 ganger i uken                    | <input type="checkbox"/> | 2 |
| ca. 1 gang per dag                     | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Flere ganger per dag                   | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Hele tiden                             | <input type="checkbox"/> | 5 |

2 Vi vil gjerne vite hvor mye urin du tror du lekker.

Hvor mye urin lekker du vanligvis (enten du bruker beskyttelse eller ikke)? (Kryss av i en rute)

- |                   |                          |   |
|-------------------|--------------------------|---|
| Ikke noe          | <input type="checkbox"/> | 0 |
| En liten mengde   | <input type="checkbox"/> | 2 |
| En moderat mengde | <input type="checkbox"/> | 4 |
| En stor mengde    | <input type="checkbox"/> | 6 |

3 Hvor mye påvirker urinlekkasje ditt hverdagsliv?

Vær vennlig, sett en ring rundt et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (mye)

- |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                             |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|

ikke i det hele tatt

svært mye

ICI-Q sum 1+2+3

4 Når lekker du urin? (Vennligst kryss av alt som passer for deg)

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Aldri, jeg lekker ikke urin  | <input type="checkbox"/> |
| Lekker før jeg når toalettet   | <input type="checkbox"/> |
| Lekker når jeg hoster eller nyser                                    | <input type="checkbox"/> |
| Lekker når jeg sover   | <input type="checkbox"/> |
| Lekker når jeg er fysisk aktiv/trimmer                               | <input type="checkbox"/> |
| Lekker når jeg er ferdig med å late vannet og har tatt på meg klærne | <input type="checkbox"/> |
| Lekker uten noen opplagt grunn                                       | <input type="checkbox"/> |
| Lekker hele tiden  | <input type="checkbox"/> |

### Helhetlig inntrykk av endring (PGIC)

I forhold til ditt hovedproblem, hvordan vil du beskrive endringen (hvis du har hatt noen) i aktivitetsbegrensninger, symptomer, følelser og generell livskvalitet etter oppstart av behandling ved din klinikk?

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Ingen endring (eller tilstanden har blitt verre)  | <input type="checkbox"/> |
| Har det omtrent som før, nesten ingen endring i tilstand i det hele tatt                      | <input type="checkbox"/> |
| Noe bedring, men ingen merkbar endring har skjedd   | <input type="checkbox"/> |
| Litt bedring, men denne endringen har ikke utgjort noen større forskjell                      | <input type="checkbox"/> |
| Moderat bedring og en liten, men merkbar forskjell  | <input type="checkbox"/> |
| Bedre. Det har skjedd en definitiv endring som utgjør en verdifull forskjell                  | <input type="checkbox"/> |
| Mye bedre. Det har skjedd en betydelig endring til det bedre som utgjør all verdens forskjell | <input type="checkbox"/> |

Hvordan vil du beskrive endringer (dersom det er noen) i forhold til dine lekkasjeplager?

- |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                             |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|

Mye verre

ingen endring

Mye bedre

## Beskrivelse av helsetilstand (EQ-5D)

Under hver overskrift ber vi deg krysse av den ENE boksen som best beskriver helsen din I DAG.

### 1. Gange

- Jeg har ingen problemer med å gå omkring
- Jeg har litt problemer med å gå omkring
- Jeg har middels store problemer med å gå omkring
- Jeg har store problemer med å gå omkring
- Jeg er ute av stand til å gå omkring

### 2. Personlig stell

- Jeg har ingen problemer med personlig stell
- Jeg har litt problemer med å vaske meg eller kle meg
- Jeg har middels store problemer med å vaske meg eller kle meg
- Jeg har store problemer med å vaske meg eller kle meg
- Jeg er ute av stand til å vaske meg eller kle meg

### 3. Vanlige gjøremål (f.eks. arbeid, studier, husarbeid, familie- eller fritidsaktiviteter)

- Jeg har ingen problemer med å utføre mine vanlige gjøremål
- Jeg har litt problemer med å utføre mine vanlige gjøremål
- Jeg har middels store problemer med å utføre mine vanlige gjøremål
- Jeg har store problemer med å utføre mine vanlige gjøremål
- Jeg er ute av stand til å utføre mine vanlige gjøremål

### 4. Smerte og ubehag

- Jeg har hverken smerte eller ubehag
- Jeg har litt smerte eller ubehag
- Jeg har middels sterke smerte eller ubehag
- Jeg har sterke smerte eller ubehag
- Jeg har svært sterke smerte eller ubehag

### 5. Angst og depresjon

- Jeg er verken engstelig eller deprimert
- Jeg er litt engstelig eller deprimert
- Jeg er middels engstelig eller deprimert
- Jeg er svært engstelig eller deprimert
- Jeg er ekstremt engstelig eller deprimert

## Helsetilstand

- Vi vil gjerne vite hvor god eller dårlig helsen din er I DAG.
- Denne skalaen er nummerert fra 0 til 100
- 100 betyr den beste helsen du kan tenke deg.
- 0 betyr den dårligste helsen du kan tenke deg.
- Sett et X på skalane for å angi hvordan helsen din er I DAG.
- Skriv deretter tallet du merket av på skalaen inn i boksen nedenfor.

