

IPSS – symtomskattning vid prostatabesvär (modifierad av styrgruppen för NPCR)
De första åtta frågorna i den här enkäten handlar om hur du kissar och används som en del i beslutsunderlaget för att rekommendera vilken behandling som passar just dig bäst .

Sätt kryss i den ruta som som bäst stämmer överens med hur du upplevt din situation under den senaste månaden.

	Inte alls	Mindre än 1 gång av 5	Mindre än hälften av gångerna	Hälften av gångerna	Mer än hälften av gångerna	Nästan alltid	
1. Hur ofta har du en känsla av att blåsan inte har tömts helt när du kissat?	0	1	2	3	4	5	
2. Hur ofta har du varit tvungen att kissa oftare än varannan timme?	0	1	2	3	4	5	
3. Hur ofta har du avbrott i urinflödet, dvs urinflödet satte igång, stannade upp och satte igång igen?	0	1	2	3	4	5	
4. Hur ofta har du haft svårt att vänta med att kissa efter det att du känt behov av att kissa?	0	1	2	3	4	5	
5. Hur ofta har du tyckt (upplevt) att strålen varit svag?	0	1	2	3	4	5	
6. Hur ofta har du haft behov av att krysta eller ta i för att komma igång att kissa?	0	1	2	3	4	5	
	Aldrig	1 gång per natt	2 gånger per natt	3 gånger per natt	4 gånger per natt	5 gånger eller fler	
7. Hur ofta har du vanligtvis behövt gå upp för att kissa från det du lagt dig på kvällen tills du stiger upp på morgonen?	0	1	2	3	4	5	
	Mycket nöjd	Nöjd	Ganska nöjd	Blandade känslor	Ganska missbelåten	Olycklig	Fruktansvärt
8. Om dessa besvär skulle vara oförändrade under resten av ditt liv, hur skulle du uppleva det?	0	1	2	3	4	5	6

De här frågorna används för att jämföra din situation före och efter behandling

Sätt kryss i den ruta som bäst motsvarar din upplevelse.

Frågor om urinvägarna, den senaste månaden

	Inte alls	Lite	Måttligt	Mycket
1. Har du svag urinstråle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Har du ett trängande behov att gå och kissa direkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Har du urinläckage?	<input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Läcker ibland vid hosta, nysning, och /eller använder droppskydd vid speciell fysisk ansträngning, t.ex. sportaktivitet, trädgårdsarbete	<input type="checkbox"/> Bär droppskydd hela tiden (utom möjligtvis nattetid) men de är inte alltid våta	<input type="checkbox"/> Bär droppskydd hela tiden som måste bytas pga. att de är våta	<input type="checkbox"/> Läcker kontinuerligt och behöver blöjor som kontinuerligt bytes
------------------------	------------------------------------	---	---	---	---

	Inte alls	Lite	Måttligt	Mycket
4. Hur mycket urin läcker du?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hur många skydd använder du per dygn på grund av urinläckage?	<input type="checkbox"/> Jag har inget skydd <input type="checkbox"/> Mindre än 1 per dygn <input type="checkbox"/> Ungefär 1 per dygn <input type="checkbox"/> Ungefär 2 per dygn <input type="checkbox"/> Ungefär 3-4 per dygn <input type="checkbox"/> Ungefär 5 eller fler per dygn			

6. Om du skulle leva resten av ditt liv med din urinvägsfunktion som det är just nu, hur skulle du uppleva detta?	<input type="checkbox"/> Det skulle inte besvära mig alls <input type="checkbox"/> Det skulle besvära mig lite <input type="checkbox"/> Det skulle besvära mig måttligt <input type="checkbox"/> Det skulle besvära mig mycket
---	---

Frågor om tarmfunktion, den senaste månaden

	Inte alls	Lite	Måttligt	Mycket
7. Har du ett trängande behov till att tömma tarmen direkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Har du slem i avföringen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Har du blod i avföringen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Har du avföringsläckage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aldrig	Läcker ibland vid hosta, nysning, skratt, lyfter tungt eller när du reser dig från sittande till stående	Vid gasavgång	Bär läckageskydd hela tiden som måste bytas pga. att de är våta/smutsiga	Läcker kontinuerligt och behöver blöjor som kontinuerligt bytes
			Inte alls	Lite	Måttligt
					Mycket

11. Hur mycket avföring läcker du?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Om du skulle leva resten av ditt liv med din avföringsfunktion som det är just nu, hur skulle du uppleva detta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Det skulle inte besvära mig alls	Det skulle besvära mig lite	Det skulle besvära mig måttligt	Det skulle besvära mig mycket

Frågor om sexuallivet, den senaste månaden

13. Har du någon partner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nej

14. Är du sexuellt aktiv (med eller utan partner)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja, fortsätt till fråga 16	Nej

15. Om du inte är sexuellt aktiv, vad beror det på? Besvara frågan och fortsätt sen till fråga 19 (Flera svarsalternativ är möjliga)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Liten eller ingen lust	Erektionsbesvär (problem med ståendet)	Min partner har liten eller ingen lust	Annan eller andra orsaker

16a. Använder du några potenshjälpmedel vid sexuell aktivitet? (Flera svarsalternativ är möjliga)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nej	Ja, tabletter	Ja, injektion/sprutbehandling	Ja, stift eller gel som förs in i urinröret	Ja, vacumpump	Ja, annat
16b. Om Ja, hur ofta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Ibland	Oftast	Alltid			

17. Hur brukar din erektion (ditt stånd) vara? (om du använder hjälpmedel så beskriver du ditt stånd med hjälpmedel. Om du inte använder hjälpmedel så beskriver du ditt stånd utan hjälpmedel. Om du inte har någon sexuell aktivitet men morgonstånd, beskriv den)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ingen fyllnad eller styvnad alls	Viss fyllnad, men penisen blir inte styv	Måttlig styvnad/hårdhet	Full styvnad/hårdhet

18. Om du skulle leva resten av ditt liv med din	<input type="checkbox"/>
	Det skulle inte besvära mig alls

sexualfunktion som det är just nu, hur skulle du uppleva detta?

- Det skulle besvära mig lite
 Det skulle besvära mig måttligt
 Det skulle besvära mig mycket

Allmänna frågor om din hälsa

19. Hur skulle du beskriva din <u>hälsa</u> ?	Mycket dålig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utmärkt
		1	2	3	4	5	6	7	
20. Hur skulle du beskriva din <u>livskvalitet</u> ?	Mycket dålig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utmärkt
		1	2	3	4	5	6	7	

	Inte alls	Lite	Måttligt	Mycket
21. Hur mycket påverkar din prostatacancersjukdom eller dess behandling din dagliga aktivitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Känner du dig orolig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Här frågor som handlar om din upplevelse av sjukvården

Frågor om information/delaktighet

	Inte alls	Lite	Måttligt	Mycket
23. Känner du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Har du en kontaktsjuksköterska?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej	

Under din aktuella sjukdom eller behandling, hur mycket information har du fått om:

	Inte alls tillfredsställande	Lite tillfredsställande	Måttligt tillfredsställande	Mycket tillfredsställande
25. Eventuella biverkningar av din behandling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Inverkan av behandlingen på sexlivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HÄR KOMMER FRÅGOR SOM INGÅR I ”MIN VÅRDPLAN ”

Har din cancersjukdom påverkat nedanstående områden? Din beskrivning kan underlätta att du får rätt rehabilitering. Sätt kryss i den ruta som bäst motsvarar din upplevelse.

	Inget problem	Litet problem	Besvärande problem	Mycket besvärande problem
1. Trötthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sömn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nedstämdhet/depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Fysisk aktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Familj/relationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Existensiella funderingar (funderingar om livet och döden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ekonomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Arbete/sysselsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andra problem eller frågor kan du skriva om här:

TACK FÖR DIN MEDVERKAN!