

Post-Stroke Fatigue Project
Data Collection Instruments & Interview Questionnaire
For Study 1 & 3

Part 1. Personopplysninger

BAKGRUNNSINFORMASJON

1. I hvilket år er du født?: _____

2. Kjønn:

Mann ☐

Kvinne ☐

3. Hvem bor du sammen med? (sett ett eller flere kryss)

Ektefelle samboer..... ☐

Barn/svigerbarn..... ☐

Bor alene..... ☐

Søster/bror..... ☐

Annen familie/slekt..... ☐

Bor på institusjon..... ☐

Andre..... ☐

4. Hva er din sivilstand?

Gift/registrert partner.... ☐

Ugift..... ☐

Enke/enkemann..... ☐

Skilt..... ☐

Separert..... ☐

UTDANNING

7. Hvilken utdanning er den høyeste du har du fullført?

Grunnskole 7-10 år, framhaldsskole folkehøgskole..... ☐

Real- eller middelskole, yrkesskole, ett- eller toårig videregående skole.. ☐

Artium, økonomisk gymnas eller allmennfaglig retning i videregående skole..... ☐

Høgskole eller universitet, mindre enn 4 år..... ☐

Høgskole eller universitet, 4 år eller mer..... ☐

ARBEID

8. Hva slags arbeidssituasjon har du nå?

(sett ett eller flere kryss)

- | | |
|---|--------------------------|
| Lønnet arbeid..... | <input type="checkbox"/> |
| Selvstendig næringsdrivende..... | <input type="checkbox"/> |
| Heltids husarbeid..... | <input type="checkbox"/> |
| Utdanning, militærtjeneste..... | <input type="checkbox"/> |
| Arbeidsledig, permittert..... | <input type="checkbox"/> |
| Pensjonist/trygdet..... | <input type="checkbox"/> |

ARBEID forts.

9. Hvis du er eller har vært i inntekts-givende arbeid, kan du angi hvilken av disse yrkeskategoriene ditt yrke faller innenfor?

(Hvis du ikke er i arbeid nå, svarer du ut fra det yrket du hadde sist.)

- | | |
|---|--------------------------|
| Spesialarbeider, ufaglært arbeider... | <input type="checkbox"/> |
| Fagarbeider, håndverker, formann.... | <input type="checkbox"/> |
| Underordnet funksjonær (butikk, kontor, offentlige tjenester)..... | <input type="checkbox"/> |
| Fagfunksjonær (f.eks. sykepleier, tekniker, lærer)..... | <input type="checkbox"/> |
| Overordnet stilling i offentlig eller privat virksomhet..... | <input type="checkbox"/> |
| Gårdbruker eller skogeier..... | <input type="checkbox"/> |
| Fisker..... | <input type="checkbox"/> |
| Selvstendig i akademisk erverv (f.eks. tannlege, advokat)..... | <input type="checkbox"/> |
| Annen selvstendig næringsvirksomhet..... | <input type="checkbox"/> |
| Selvstendig næringsdrivende (for eksempel industri, transport, handel)..... | <input type="checkbox"/> |
| Har ikke hatt inntektsgivende arbeid (f.eks. pga. heltids husarbeid, studier, trygd)..... | <input type="checkbox"/> |

SYKDOM

10. Har du noen sykdom eller lidelse av mer varig natur, noen medfødt sykdom eller virkninger av skade? Vi tenker på vanskeligheter/begrensninger av mer varig karakter. Med varig karakter menes at de har vart eller forventes å vare i 6 måneder eller mer.

Ja Nei
☐ ☐

11. Er du ofte syk?

Ja Nei
☐ ☐

12. Har du eller har du hatt:

(sett ett eller flere kryss)	Nei	Ja
Hjerteinfarkt?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjertekrampe (angina pectoris)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerneslag/hjerneblødning?.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sukkersyke (diabetes)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreft?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beinskjørhet (osteoporose)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibromyalgi?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronisk smertesykdom?...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leddgikt (revmatoid artritt)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slitasjegikt (artrose)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bechtrews sykdom?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre langvarige skjelett- eller muskelsykdommer?...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykisk lidelse?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mave- eller tarmsykdom?.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MEDISINER

21. Har du tatt noen av de følgende medisiner i løpet av de siste 14 dagene?

Interferon eller Copaxone..... ☐

Steroider (for eks. Decadron eller Metylprednisolon)..... ☐

Spasmedempende medisin (for eks. Baklofen eller Lioresal).....☐

Smertestillende midler uten resept.. ☐

Smertestillende midler på resept fra lege.....
☐

Hjertemedisin..... ☐

Blodtrykksmedisin.....☐

Medisin mot revmatisme..... ☐

Astmamedisin..... ☐

Allergimedisin..... ☐

Beroligende midler..... ☐

Midler mot depresjon.....☐

Sovemidler.....☐

Stoffskiftemedisin.....☐

Part 2. Medisiner og tidl. Sykdommer (fylles ut rett før intervju)

Medisiner pasienten har brukt på sykehuset i tidsrommet fra dagen før første intervjudel, og til og med samme dag som siste intervjudel

1. Smertestillende	<input type="checkbox"/>
2. Sovemedisin	<input type="checkbox"/>
3. Beroligende medisin	<input type="checkbox"/>
4. Medisin mot depresjon	<input type="checkbox"/>
5. Allergimedisin	<input type="checkbox"/>
6. Astmamedisin	<input type="checkbox"/>
7. Hjertemedisin (ikke blodtrykksmedisin)	<input type="checkbox"/>
8. Blodtrykksmedisin	<input type="checkbox"/>
9. Stoffskiftemedisin	<input type="checkbox"/>

10. Trombolysebehandlet? (sett ring rundt svaret)	JA
	NEI

Medisiner som pasienten bruker ved utreise:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

Bruk baksiden om nødvendig.

Tidligere sykdommer:

1.
2.
3.
4.
5.
6.

PART 3. Barthel Index of Activities of Daily Living

Instructions: Choose the scoring point for the statement that most closely corresponds to the patient's current level of ability for each of the following 10 items. Record actual, not potential, functioning. Information can be obtained from the patient's self-report, from a separate party who is familiar with the patient's abilities (such as a relative), or from observation. Refer to the Guidelines section on the following page for detailed information on scoring and interpretation.

The Barthel Index

1 - Bowels

0 = incontinent (or needs to be given enemata)

1 = occasional accident (once/week)

2 = continent

Patient's Score:

2 - Bladder

0 = incontinent, or catheterized and unable to manage

1 = occasional accident (max. once per 24 hours)

2 = continent (for over 7 days)

Patient's Score:

3 - Grooming

0 = needs help with personal care

1 = independent face/hair/teeth/shaving (implements provided)

Patient's Score:

4 - Toilet use

0 = dependent

1 = needs some help, but can do something alone

2 = independent (on and off, dressing, wiping)

Patient's Score:

5 - Feeding

0 = unable

1 = needs help cutting, spreading butter, etc.

2 = independent (food provided within reach)

Patient's Score:

6 - Transfer

0 = unable – no sitting balance

1 = major help (one or two people, physical), can sit

2 = minor help (verbal or physical)

3 = independent

Patient's Score:

7 – Mobility

0 = immobile

1 = wheelchair independent, including corners, etc.

2 = walks with help of one person (verbal or physical)

3 = independent (but may use any aid, e.g., stick)

Patient's Score:

8 - Dressing

0 = dependent

1 = needs help, but can do about half unaided

2 = independent (including buttons, zips, laces, etc.)

Patient's Score:

9 - Stairs

0 = unable

1 = needs help (verbal, physical, carrying aid)

2 = independent up and down

Patient's Score:

10 - Bathing

0 = dependent

1 = independent (or in shower)

Patient's Score:

Total Score:

(Collin et al., 1988)

Scoring:

Sum the patient's scores for each item. Total possible scores range from 0 – 20, with lower scores indicating increased disability. If used to measure improvement after rehabilitation, changes of more than two points in the total score reflect a probable genuine change, and change on one item from fully dependent to independent is also likely to be reliable.

Sources:

- Collin C, Wade DT, Davies S, Horne V. The Barthel ADL Index: a reliability study. *Int Disabil Stud.* 1988;10(2):61-63.
- Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J.* 1965;14:61-65.
- Wade DT, Collin C. The Barthel ADL Index: a standard measure of physical disability? *Int Disabil Stud.* 1988;10(2):64-67.

Part 4. Undersøkelse om helse (SF-36)

Dette spørreskjemaet handler om hvordan du ser på din egen helse. Opplysningene vil hjelpe oss til å få vite hvordan du har det og hvordan du er i stand til å utføre dine daglige gjøremål.

Hvert spørsmål skal besvares ved å sette kryss ved det alternativet som passer best for deg. Dersom ikke annet er angitt, sett kun *ett* kryss. Hvis du er usikker på hva du skal svare, vennligst svar så godt du kan.

1. Stort sett, vil du si at din helse er:

- ☐ Utmerket
 - ☐ Meget god
 - ☐ God
 - ☐ Nokså god
 - ☐ Dårlig
-

2. Sammenliknet med for ett år siden, hvordan vil du si at din helse stort sett er nå?

- ☐ Mye bedre nå enn for ett år siden
 - ☐ Litt bedre nå enn for ett år siden
 - ☐ Omtrent den samme som for ett år siden
 - ☐ Litt dårligere nå enn for ett år siden
 - ☐ Mye dårligere nå enn for ett år siden
-

De neste spørsmålene handler om aktiviteter som du kanskje utfører i løpet av en vanlig dag. Er din helse slik at den begrenser deg i utførelsen av disse aktivitetene nå?

Sett ett kryss på hver linje	Ja, begrenser meg mye	Ja, begrenser meg litt	Nei, begrenser ikke i det hele tatt
3. Anstrengende aktiviteter som å løpe, løfte tunge gjenstander, delta i anstrengende idrett.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Moderate aktiviteter som å flytte et bord, støvsuge, gå en tur eller drive med hagearbeid.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Løfte eller bære en handlekurv.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Gå opp trappen flere etasjer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Gå opp trappen en tasje.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Bøye deg eller sitte på uk..... ☐ ☐ ☐
9. Gå mer enn to kilometer..... ☐ ☐ ☐
10. Gå noen hundre meter..... ☐ ☐ ☐
11. Gå hundre eter..... ☐ ☐ ☐
12. Vaske deg eller kle på deg..... ☐ ☐ ☐

I løpet av den siste uken, har du hatt noen av følgende problemer i ditt arbeid eller i andre av dine daglige gjøremål på grunn av din fysiske helse?

Sett ett kryss på hver linje.

Ja Nei

13. Du har måttet **redusert tiden** du har brukt på arbeid eller på andre gjøremål? ☐ ☐
14. Du har **utrettet mindre** enn du ønsket?..... ☐ ☐
15. Du har vært hindret i å utføre **visse typer** arbeid eller gjøremål?..... ☐ ☐
16. Du har hatt **problemer** med å gjennomføre arbeidet eller andre gjøremål?... ☐ ☐
- (for eksempel fordi det krevde ekstra anstrengelser)

I løpet av den siste uken, har du hatt noen av de følgende problemer i ditt arbeid eller i andre av dine daglige gjøremål på grunn av følelsesmessige problemer (som for eksempel å være deprimert eller engstelig)?

Sett ett kryss på hver linje

	Ja	Nei
17. Du har måttet redusere tiden du har brukt på arbeid eller på andre gjøremål?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Du har utrettet mindre enn du ønsket?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Du har utført arbeidet eller andre gjøremål mindre grundig enn vanlig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. I løpet av den siste uken, i hvilken grad har din fysiske helse eller følelsesmessige problemer hatt innvirkning på din vanlige sosiale omgang med familie, venner, naboer eller foreninger?

- ☐ Ikke i det hele tatt
- ☐ Litt
- ☐ En del

[illegible]

31. Følt deg trett?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

32. I løpet av den siste uken, hvor mye av tiden har din fysiske helse eller følelsesmessige problemer påvirket din sosiale omgang (som det å besøke venner, slektninger osv.?)

- ☐ Hele tiden
- ☐ Nesten hele tiden
- ☐ En del av tiden
- ☐ Litt av tiden
- ☐ Ikke i det hele tatt

Hvor RIKTIG eller GAL er hver av de følgende påstandene for deg? Sett ett kryss på hver linje.

	Helt riktig	Delvis riktig	Vet ikke	Delvis gal	Helt gal
33. Det virker som om jeg blir syk litt lettere enn andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Jeg er like frisk som de fleste jeg kjenner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Jeg tror at helsen min vil forverres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Jeg har utmerket helse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vær vennlig å kontrollere at du har svart på alle spørsmålene.

Takk for hjelpen.

Part 5. Fatigue Severity Scale (FSS)

SKALA FOR GRADERING AV DET Å VÆRE SLITEN, UOPPLAGT OG HA MANGEL PÅ OVERSKUDD.

Velg et tall fra 1 til 7 som angir i hvor stor grad du er enig med hvert enkelt utsagn, der 1 angir at du er helt uenig og 7 at du er helt enig. (sett ring rundt ett tall for hvert utsagn)

Var Label	Items	Helt uenig							Helt enig
1	Min motivasjon er lavere når jeg er sliten og uopplagt.	1	2	3	4	5	6	7	
2	Fysisk aktivitet gjør meg sliten og uopplagt.	1	2	3	4	5	6	7	
3	Jeg blir fort sliten og uopplagt.	1	2	3	4	5	6	7	
4	Det at jeg er sliten og uopplagt, virker inn på hvordan jeg fungerer fysisk.	1	2	3	4	5	6	7	
5	Det at jeg er sliten og uopplagt, skaper ofte vanskeligheter for meg.	1	2	3	4	5	6	7	
6	Det at jeg er sliten og uopplagt, hindrer meg i å opprettholde min fysiske funksjonsdyktighet over tid.	1	2	3	4	5	6	7	
7	Det at jeg er sliten og uopplagt, virker inn på evnen til å utføre visse oppgaver og plikter.	1	2	3	4	5	6	7	
8	Det at jeg er sliten og uopplagt, er ett av de tre symptomene som hemmer meg mest.	1	2	3	4	5	6	7	
9	Det at jeg er sliten og uopplagt, virker inn på mitt arbeid, mitt familieliv eller min omgang med venner og kjente.	1	2	3	4	5	6	7	
10a	Før ditt hjerneslag, følte du deg ofte sliten, uopplagt med mangel på overskudd?	ja				nei			
10b	Hvis Ja, omtrent hvor lenge har det vart?	Mindre enn en uke	Mindre enn 3 måneder	3-6 måneder		6 måneder eller mer			

11.

Sett kryss ved det tallet som best angir ditt energinivå de siste to ukene. 10 angir opplevelsen av å være full av energi/full av overskudd, mens 0 angir opplevelse av total mangel på energi/total utmattelse.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Total mangel på energi/total utmattelse					Full av energi/ full av overskudd					

Part 6. Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQ)

Instruksjoner: Følgende spørsmål har med ditt vanlige søvnmonster *den siste måneden* å gjøre. Du skal svare på hva som er mest riktig for *de fleste* dager og netter den siste måneden. Vennligst svar på alle spørsmål.

1. I løpet av den siste måneden, når har du vanligvis lagt deg om kvelden?

VANLIG LEGGETID _____

2. I løpet av den siste måneden, hvor lang tid (i minutter) har det vanligvis tatt deg å sovne om kvelden?

ANTALL MINUTTER _____

3. I løpet av den siste måneden, når har du vanligvis stått opp om morgenen?

VANLIGVIS STÅTT OPP KL _____

4. I løpet av den siste måneden, hvor mange timer søvn har du *faktisk* fått om natten? (Dette kan være forskjellig fra hvor mange timer du oppholdt deg i sengen.)

For hvert av de følgende spørsmål, kryss av for det beste svar. Vennligst svar på *alle* spørsmålene.

I løpet av den siste måneden, hvor ofte har du hatt problemer med søvnen fordi du...

	Ikke i løpet av den siste måneden	Mindre enn en gang i uken	En eller flere ganger i uken	Tre eller flere ganger i uken
5. Ikke klarer å sovne i løpet av 30 minutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Våkner opp midt på natten eller tidlig om morgenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Må opp for å gå på toalettet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ikke klarer å puste ordentlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hoster eller snorker høyt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Føler deg for kald	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Føler deg for varm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Har vonde drømmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Har smerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Andre grunner, vennligst beskriv:				

ANTALL TIMER SØVN HVER NATT _____

15. Hvor ofte, i løpet av den siste måneden, har du hatt problemer med søvnen på grunn av dette ☐ ☐ ☐ ☐
16. I løpet av den siste måneden, hvordan vil du bedømme søvnkvaliteten din totalt sett?
- Veldig bra ☐
- Ganske bra ☐
- Ganske dårlig ☐
- Veldig dårlig ☐
17. I løpet av den siste måneden, hvor ofte har du tatt medisin (med eller uten resept) som hjelp til å sove?
- | | Ikke i løpet av den siste måneden | Mindre enn en gang i uken | En eller flere ganger i uken | Tre eller flere ganger i uken |
|---|-----------------------------------|---------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| 17. I løpet av den siste måneden, hvor ofte har du tatt medisin (med eller uten resept) som hjelp til å sove? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
18. I løpet av den siste måneden, hvor ofte har du hatt problemer med å holde deg våken under bilkjøring, måltider eller når du holder på med sosiale aktiviteter?
- | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 18. I løpet av den siste måneden, hvor ofte har du hatt problemer med å holde deg våken under bilkjøring, måltider eller når du holder på med sosiale aktiviteter? | | | | |
19. I løpet av den siste måneden, hvor stort problem har det vært for deg å ha overskudd nok til å få ting gjort?
- Ikke noe problem i det hele tatt ☐
- Bare et lite problem ☐
- Et visst problem ☐
- Et stort problem ☐
20. Deler du seng eller rom med noen?

- Deler ikke seng eller rom med noen ☐
- Partner/romkamerat i annet rom ☐
- Partner i samme rom, men ikke i samme seng ☐
- Partner i samme seng ☐

Part 7. Beck Depression Inventory II (BDI)

Dette heftet består av 21 grupper utsagn. Les nøye gjennom hvert utsagn, og velg det utsagnet i hver gruppe som best beskriver hvordan du har følt deg i løpet av de siste to ukene, medregnet i dag.

Sett en ring rundt tallet foran det utsagnet du velger. Dersom flere utsagn innen en gruppe ser ut til å passe like bra, velger du utsagnet med det høyeste tallet.

Pass på at du bare velger ett av utsagnene i hver gruppe. Dette gjelder også gruppe 16 (Endringer i søvnmonsteret) og gruppe 18 (Endringer i matlyst).

1.

- 0. Jeg føler meg ikke trist
- 1. Jeg føler meg trist store deler av tiden
- 2. Jeg er føler meg trist hele tiden
- 3. Jeg er så trist eller ulykkelig at jeg ikke holder det ut

2.

- 0. Jeg er ikke motløs med tanke på fremtiden
- 1. Jeg er mer motløs med tanke på fremtiden enn jeg var før
- 2. Jeg forventer at ting ikke vil gå i orden for meg
- 3. Jeg føler at fremtiden min er håpløs og at alt bare vil bli verre

3.

- 0. Jeg føler meg ikke mislykket
- 1. Jeg har mislyktes mer enn jeg burde
- 2. Når jeg ser tilbake, ser jeg mange nederlag
- 3. Jeg føler meg som en fullstendig mislykket person

4.

- 0. Jeg får like mye glede ut av ting jeg liker som før
- 1. Jeg får ikke like mye glede ut av ting som før
- 2. Jeg får svært liten glede ut av de tingene som jeg pleide å like
- 3. Jeg får ingen glede ut av de tingene som jeg pleide å like

5.

- 0. Jeg føler ikke særlig mye skyld
- 1. Jeg føler skyld for mange ting jeg har gjort eller burde gjøre
- 2. Jeg føler skyld mesteparten av tiden
- 3. Jeg føler skyld hele tiden

6.

- 0. Jeg føler ikke at jeg blir straffet
- 1. Jeg føler det som om jeg kan bli straffet
- 2. Jeg forventer å bli straffet
- 3. Jeg føler det som om jeg blir straffet

7.

- 0. Mitt selvbilde er uforandret

1. Jeg har fått mindre selvtillitt
 2. Jeg er skuffet over meg selv
 3. Jeg misliker meg selv
- 8.
0. Jeg kritiserer eller bebreider ikke meg selv mer enn vanlig
 1. Jeg kritiserer meg selv mer enn jeg pleide
 2. Jeg kritiserer meg selv for alle mine feil
 3. Jeg klandrer meg selv for alt leit som skjer
- 9.
0. Jeg har ingen tanker om å ta livet mitt
 1. Jeg har tanker om å ta livet mitt, men har ingen planer om å gjøre det
 2. Jeg ønsker å ta livet mitt
 3. Jeg ville tatt livet mitt dersom jeg fikk mulighet til det
- 10.
0. Jeg gråter ikke mer enn før
 1. Jeg gråter mer enn før
 2. Jeg gråter for hver minste ting
 3. Jeg ønsker å gråte, men klarer det ikke
- 11.
0. Jeg er ikke mer rastløs eller urolig enn vanlig
 1. Jeg føler meg mer rastløs eller urolig enn vanlig
 2. Jeg er så rastløs og urolig at det er vanskelig å være i ro
 3. Jeg er så rastløs og urolig at jeg må bevege meg eller gjøre noe hele tiden
- 12.
0. Jeg har ikke mistet interessen for andre mennesker eller aktiviteter
 1. Jeg er mindre interessert i andre mennesker eller ting enn tidligere
 2. Jeg har mistet det meste av min interesse for mennesker eller ting
 3. Det er vanskelig å bli interessert i noe som helst
- 13.
0. Jeg tar beslutninger like lett som før
 1. Jeg synes det er vanskeligere å ta beslutninger nå enn før
 2. Jeg har mye større vanskeligheter med å ta beslutninger nå enn før
 3. Jeg har vanskeligheter med å ta enhver beslutning
- 14.
0. Jeg føler meg ikke verdiløs
 1. Jeg opplever meg ikke like verdifull og nyttig som før
 2. Jeg føler meg mer verdiløs enn andre mennesker
 3. Jeg føler meg fullstendig verdiløs

15.

- 0. Jeg har like mye energi som før
- 1. Jeg har mindre energi enn jeg pleide
- 2. Jeg har ikke nok energi til å gjøre særlig mye
- 3. Jeg har ikke nok energi til å gjøre noe som helst

16.

- 0. Jeg har ikke merket noen endringer med søvnen min
- 1. a) Jeg sover litt mer enn vanlig
b) Jeg sover litt mindre enn vanlig
- 2. a) Jeg sover mye mer enn vanlig
b) Jeg sover mye mindre enn vanlig
- 3. a) Jeg sover mesteparten av døgnet
b) Jeg våkner 1-2 timer for tidlig, og får ikke sove igjen

17.

- 0. Jeg er ikke mer irritabel enn vanlig
- 1. Jeg er mer irritabel enn vanlig
- 2. Jeg er mye mer irritabel enn vanlig
- 3. Jeg er irritabel hele tiden

18.

- 0. Jeg har ikke merket noen endringer i min matlyst
- 1. a) Min matlyst er litt mindre enn vanlig
b) Min matlyst er litt større enn vanlig
- 2. a) Min matlyst er mye mindre enn vanlig
b) Min matlyst er mye større enn vanlig
- 3. a) Jeg har ingen matlyst i det hele tatt
b) Jeg føler trang til å spise hele tiden

19.

- 0. Jeg kan konsentrere meg like bra som før
- 1. Jeg kan ikke konsentrere meg like godt som vanlig
- 2. Det er vanskelig for meg å konsentrere meg om noe som helst særlig lenge
- 3. Jeg merker at jeg ikke kan konsentrere meg om noe som helst

20.

- 0. Jeg er ikke mer trøtt eller utmattet enn jeg pleier
- 1. Jeg blir forttere trøtt eller utmattet enn jeg pleier
- 2. Jeg er for trøtt eller utmattet til å gjøre mange av de tingene jeg pleide å gjøre
- 3. Jeg er for trøtt eller utmattet til å gjøre mesteparten av de tingene jeg pleide å gjøre

21.

0. Jeg har ikke merket noen forandring i min interesse for sex i det siste
1. Jeg er mindre interessert i sex enn jeg pleide å være
2. Jeg er mye mindre interessert i sex nå
3. Jeg har mistet all interesse for sex

Part 8. NIH Stroke Scale (NIHSS) – Norwegian Version

Benytt første respons som mål for funksjonen Dato			Akutt mottak	SE	Før trombolyse	2 timer	24 timer
Ikke instruer pasienten (med mindre det er spesifisert i teksten)		Dato					
Noen punkter scores bare hvis de er tilstede (for eksempel)		Tid					
1a	Bevissthetsnivå 0 = Våken 1 = Døs, reagerer adekvat ved lett stimulering 2 = Døs, reagerer først ved kraftigere/gentatt stimulering 3 = Reagerer ikke, eller bare med ikke-måltrett bevegelse						
1b	Orientering (spør om måned + alder) 0 = Svarer riktig på to spørsmål 1 = Svarer riktig på ett spørsmål (eller ved alvorlig dysartri) 2 = Svarer ikke riktig på noe spørsmål						
1c	Respons på kommando (lukke øyne + knytte hånd) 0 = Utfører begge kommandoer korrekt 1 = Utfører en kommando korrekt 2 = Utfører ingen korrekt						
2	Blikkbevegelse (horisontal bevegelse til begge sider) 0 = Normal 1 = Delvis blikkparese (eller ved øyenmuskelparese) 2 = Fiksert blikkreining til siden eller total blikkparese						
3	Synsfelt (bevege fingre/fingertelling i laterale synsfelt) 0 = Normalt						

	1 = Delvis hemianopsi 2 = Total hemianopsi 3 = Bilateral hemianopsi/						
4	Ansikt (vise tenner, knipe igjen øynene, løfte øyenbryn) 0 = Normal 1 = Utvisket nasolabialfure, asymmetri ved smil 2 = Betydelig lammelse i nedre ansiktshalvdel 3 = Total lammelse i halve ansiktet (eller ved coma)						
5	Kraft i armen (holde armen utstrakt 45° i 10 sekunder 0 = Normal (også ved "ikke testbar") 1 = Drifter til lavere posisjon 2 = Noe bevegelse mot tyngdekraften, drifter til sengen 3 = Kun små muskelbevegelser, faller til sengen 4 = Ingen bevegelse						
6	Kraft i benet (holde benet utstrakt 30° i 5 sekunder) 0 = Normal (også ved ikke testbar) 1 = Drifter til lavere posisjon 2 = Noe bevegelse mot tyngdekraften, drifter til sengen 3 = Ingen bevegelse mot tyngdekraften, faller til sengen 4 = Ingen bevegelse						
7	Koordinasjon/ataksi (finger-nese-prøve/hæl-kne-prøve) 0 = Normal (også ved ikke testbar eller koma) 1 = Ataksi i arm eller ben 2 = Ataksi i arm og ben						
8	Hudfølelse (sensibilitet for stikk) 0 = Normal 1 = Lettere sensibilitetsnedsettelse						

	2 = Markert sensibilitetsnedsettelse (også ved koma,tetraparese						
9	Språk/afasi (spontan tale, taleforståelse, leseforståelse, benevning) 0 = Normal 1 = Moderat afasi, samtale mulig 2 = Markert afasi, samtale svært vanskelig eller umulig 3 = Ikke språk (også ved koma)						
10	Tale/dysartri (spontan tale) 0 = Normal 1 = Mild – moderat dysartri 2 = Nær uforståelig tale eller anartri (også ved koma)						
11	Neglect (bilateral simultan stimulering av syn og hudsensibilitet) 0 = Normal (også ved hemianopsi med normal sensibilitet) 1 = Neglekt i en sansemodalitet 2 = Neglekt i begge sansemodaliteter						
	Total NIHSS Score						

Part 9. Tilleggsskjema 1

1. Hjemmesykepleie (Hunt 2, sp.skj.2, for kvinner 70 +)

Har du hjemmesykepleie?	ə JA	ə NEI
-------------------------	------	-------

Hvis JA:

2. Har du nok hjemmesykepleie, eller trenger du mer?

Ja, jeg har nok	ə
Nei, jeg trenger mer	ə

3. Hvor ofte har du hjemmesykepleie?

ə 1 gang i uken	ə 4-5 ganger i uken
ə 2-3 ganger i uken	ə Hver dag

4. Hjemmehjelp (Hunt 2, sp.skj.2, for kvinner 70 +)

Har du hjemmehjelp?		
Privat?	ə JA	ə NEI
Kommunal?	ə JA	ə NEI

5. Hvor ofte har du hjemmehjelp? (eget tilleggsspørsmål)

ə 1 gang i uken	ə 4-5 ganger i uken
ə 2-3 ganger i uken	ə Hver dag

Hvis du har KOMMUNAL hjemmehjelp:

6. Har du nok kommunal hjemmehjelp, eller trenger du mer?

Ja, jeg har nok	ə
Nei, jeg trenger mer	ə

7. Hvis du IKKE har KOMMUNAL hjemmehjelp:

Trenger du kommunal hjemmehjelp?	ə JA	ə NEI
----------------------------------	------	-------

Hvordan er din fysiske aktivitet i fritiden? Arbeidsvei regnes som fritid. Oppgi omtrent hvor mange timer pr uke du er fysisk aktiv. Sett et antall timer som kan gjelde for en vanlig uke siste år.)

8. Lett aktivitet (ikke svett/andpusten)

Ikke aktiv	☐
Under 1 time pr. uke	☐
1-2 timer pr. uke	☐
3 timer eller mer	☐

9. Hard aktivitet (svett/andpusten)

Ikke aktiv	☐
Under 1 time pr. uke	☐
1-2 timer pr. uke	☐
3 timer eller mer	☐

Alkoholforbruk (Hunt 1, sp.skj.2)

10. Hvor ofte har du drukket alkohol (øl, vin eller brennevin) de SISTE 14 DAGENE?

Jeg har ikke drukket alkohol, men er ikke totalavholdende	☐
Jeg har drukket 1-4 ganger	☐
Jeg har drukket 5-10 ganger	☐
Jeg har drukket mer enn 10 ganger	☐
Jeg er totalavholdende, drikker aldri alkohol	☐

Kaffe / Te (Hunt 2, sp.skj. 1)

11. Hvor mange kopper kaffe/te drikker du daglig? (sett 0 hvis du ikke drikker kaffe/te daglig)	Antall kopper
11a. Kokekaffe	
11b. Annen kaffe	
11c. Te	

Medisinbruk (fra eget spørreskjema)

12. Medisiner du bruker fast

12 A - Smertestillende	<input type="checkbox"/>	12 F - Astmamedisin	<input type="checkbox"/>
12 B - Sovemedisin	<input type="checkbox"/>	12 G - Hjertemedisin (ikke blodtrykksmedisin)	<input type="checkbox"/>
12 C - Beroligende medisin	<input type="checkbox"/>	12 H - Blodtrykksmedisin	<input type="checkbox"/>
12 D - Medisin mot depresjon	<input type="checkbox"/>	12 I - Stoffskiftemedisin	<input type="checkbox"/>
12 E - Allergimedisin	<input type="checkbox"/>		

Part 10. Actigraph

Actigraph / Intervjulogg

Actigraph nr.
Pasient ID:

1.besøk

Klargjøring Actigraph

Klargjort dato:	Skiftet batteri:	Klargjort av:
-----------------	------------------	---------------

Utplassering – intervju del 1

Dato:	Start kl.	Slutt kl.	Intervjuer:
Klokke på hvilken arm:			Sted:
Sjekket registreringsskjema med vedlegg:			

Innlevering – intervju del 2

Dato:		Start kl.	Slutt kl.	Intervjuer:
Kjønn:	Høyde/Vekt:	Stimuli:		Sted:
Actigraph tatt av kl.		Skrives ut til/dato:		

Avlesning / registrering av data

Klokke avlest dato:	Av hvem:	Data plottet:	Av hvem:
---------------------	----------	---------------	----------

2.besøk

Klargjøring Actigraph

Klargjort dato:	Skiftet batteri:	Klargjort av:
-----------------	------------------	---------------

Utplassering – intervju del 1

Dato:	Start kl.	Slutt kl.	Intervjuer:
Stimuli:			Sted:

Innlevering – intervju del 2

Dato:		Start kl.	Slutt kl.	Intervjuer:
Kjønn:	Høyde/Vekt:	Stimuli:		Sted:

Klokke tatt av kl.	Omsorgstjeneste:
--------------------	------------------

Avlesning / registrering av data

Klokke avlest dato:	Av hvem:	Data plottet:	Av hvem:
---------------------	----------	---------------	----------

3. besøk

Klargjøring

Klargjort dato:	Skiftet batteri:	Klargjort av:
-----------------	------------------	---------------

Utplassering – intervju del 1

Dato:	Start kl.	Slutt kl.	Intervjuer:
Stimuli:			Sted:

Innlevering – intervju del 2

Dato:	Start kl.	Slutt kl.	Intervjuer:
Kjønn:	Høyde/Vekt:	Stimuli:	Sted:
Klokke tatt av kl.	Omsorgstjeneste :		

Avlesning / registrering av data

Actigraph avlest dato:	Av hvem:	Data plottet:	Av hvem:
------------------------	----------	---------------	----------

4. besøk

Klargjøring Actigraph

Klargjort dato:	Skiftet batteri:	Klargjort av:
-----------------	------------------	---------------

Utplassering – intervju del 1

Dato:	Start kl.	Slutt kl.	Intervjuer:
Stimuli:			Sted:

Innlevering – intervju del 2

Dato:		Start kl.	Slutt kl.	Intervjuer:
Kjønn:	Høyde/Vekt:	Stimuli:		Sted:
Actigraph tatt av kl.		Omsorgstjeneste :		

Avlesning / registrering av data

Klokke avlest dato:	Av hvem:	Data plottet:	Av hvem:
---------------------	----------	---------------	----------