

## **DISTRESSTERMOMETER**

**Ett hjälpmedel för att bedöma och kartlägga rehabiliteringsbehov vid cancersjukdom**

### **Om begreppet Distress**

Många patienter som behandlats för cancersjukdom kan uppleva olika typer av problem som orsakats av sjukdomen eller dess behandling och som i sin tur skapar bekymmer eller besvär. Tidigare forskning har visat att dessa bekymmer/besvär sällan blir uppmärksammade i vården.

Begreppet distress har skapats för att visa på olika typer av bekymmer/besvär som patienter kan uppleva i samband med cancersjukdom och behandling. Det finns ingen bra svensk översättning av begreppet distress. Orsakerna till distress kan vara många och det är en obehaglig upplevelse av psykologisk, social och/eller existentiell natur. Distress kan påverka förmågan att handskas med cancersjukdomen, fysiska symptom och behandlingen.

Många olika känslor ryms inom distress, allt från normala känslor av sårbarhet, sorg och rädsla till mer svårhanterade problem som depression, ångest, panikattacker, social isolering och existentiell kris som då även kan påverka vardagen i olika omfattning.

Detta formulär har tagits fram för att patienter som upplever denna typ av bekymmer/besvär i samband med sin cancersjukdom eller behandling bättre ska uppmärksammas i vården och kunna erbjudas riktade insatser/åtgärder.

### **Om formuläret Distresstermometern\*:**

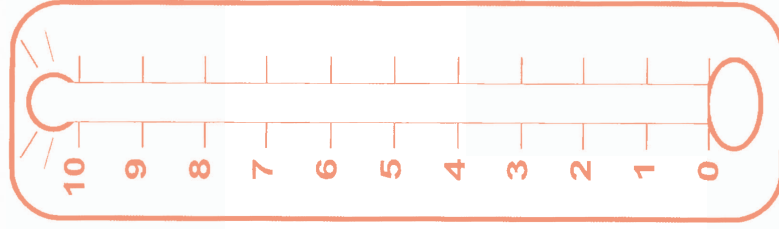
- Formuläret innehåller olika områden som ofta upplevs som problematiska i samband med cancersjukdom.
- Formuläret är tänkt som ett hjälpmedel för att bedöma dina eventuella behov av rehabiliterande insatser.
- Uppgifterna handlar om dina upplevelser från den senaste veckan, inklusive idag.
- Du kan antingen ha med dig ditt formulär färdigifyllt till besöket eller om du föredrar att få hjälp att fylla i det på plats.
- Formuläret fylls med fördel i vid upprepade tillfällen. Diskutera och kom överens med personalen på din mottagning.

Vi är också intresserade av hur du bedömer din livskvalitet. Vi vill därför att du besvarar frågorna på det andra formuläret ”EORTC QLQ-C30\*\*”. Detta formulär är ett vanligt instrument att mäta livskvalitet hos patienter med en cancersjukdom.

\*Översättningen till svenska av Distresstermometern gjordes 2014 av Elisabeth Kenne Sarenmalm och Anki Delin Eriksson. \*\*Information om EORTC QLQ-C30: <http://groups.eortc.be/qol/eortc-qlq-c30>

SCREENINGSINSTRUMENT FÖR ATT MÄTA DISTRESS

Instruktioner: Börja med att ringa in den siffran (0-10) som bäst beskriver hur mycket distress du har upplevt den senaste veckan, inklusive idag.



Extrem distress

Ingen distress

Därefter, var snäll och ange om något av följande har varit ett problem för dig under den senaste veckan, inklusive idag. Markera antingen JA eller NEJ för varje alternativ.

Ja	Nej	Praktiska problem	Ja	Nej	Fysiska problem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Barnomsorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utseende
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bostad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hygien/påklädning
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ekonomi/försäkringar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andning
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Förändrad urinerings
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arbete/studier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Förstoppning
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beslut om behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarré
		<b>Familjerelaterade problem</b>			Ätsvårigheter
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relation till barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trötthet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relation till partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Känner mig svullen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Möjligheten att kunna få barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Feber
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hälsoproblem inom familjen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rörighet
		<b>Känslomässiga problem</b>			Matsmältning
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Minne/koncentration
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rädsla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Munsår
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervositet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Illamående
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nedstämdhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Torr/filttäppt näsa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Smärta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Förlust av intresse för vardagliga aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sexuella problem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Existentiella/religiösa funderingar</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Torr hud/kiåda
					Sömn
					Missbruk
					Stickningar i händer/fötter

Övriga problem: \_\_\_\_\_

DIS-A



## EORTC QLQ-C30 (version 3)

	Inte alls 1	Lite 2	En hel del 3	Mycket 4
1. Har Du svårt att göra ansträngande saker, som att bära en tung kasse eller väska?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Har Du svårt att ta en <u>lång</u> promenad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Har Du svårt att ta en <u>kort</u> promenad utomhus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Måste Du sitta eller ligga större delen av dagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Behöver Du hjälp med att äta, klä Dig, tvätta Dig eller gå på toaletten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Under veckan som gått:

	Inte alls 1	Lite 2	En hel del 3	Mycket 4
6. Har Du varit begränsad i Dina möjligheter att utföra antingen Ditt förvärvsarbete eller andra dagliga aktiviteter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Har Du varit begränsad i Dina möjligheter att utöva Dina hobbies eller andra fritidssysselsättningar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Har Du blivit andfädd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Har Du haft ont?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Har Du behövt vila?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Har Du haft svårt att sova?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Har Du känt Dig svag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Har Du haft dålig aptit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Har Du känt Dig illamående?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Har Du kräkts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Har Du varit förstoppad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Har Du haft diarré?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Har Du varit trött?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Har Dina dagliga aktiviteter påverkats av smärta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Har Du haft svårt att koncentrera Dig, t.ex. läsa tidningen eller se på TV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Har Du känt Dig spänd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Har Du oroat Dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Har Du känt Dig irriterad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





**Under veckan som gått:**

	Inte alls 1	Lite 2	En hel del 3	Mycket 4
24. Har Du känt Dig nedstämd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Har Du haft svårt att komma ihåg saker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Har Ditt fysiska tillstånd eller den medicinska behandlingen stört Ditt familjeliv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Har Ditt fysiska tillstånd eller den medicinska behandlingen stört Dina sociala aktiviteter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Har Ditt fysiska tillstånd eller den medicinska behandlingen gjort att Du fått ekonomiska svårigheter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Markera med  det alternativ mellan 1 och 7 som stämmer bäst in på Dig för följande frågor

29. Hur skulle Du vilja beskriva Din <u>hälsa</u> totalt sett under den vecka som gått?	Mycket dålig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utmärkt
30. Hur skulle Du vilja beskriva Din totala <u>livskvalitet</u> under den vecka som gått?	Mycket dålig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utmärkt

***TACK FÖR DIN MEDVERKAN!***

