

Spørsmål om behandling av din artrosesykdom

Det finnes flere ulike behandlingsalternativer ved artrose. Hvilken behandling, informasjon eller råd har du fått av helsepersonell for din artrosesykdom det siste året? Sett kun ett kryss ved hvert spørsmål.

	Ja	Nei	Husker ikke
1 Har du fått informasjon om artrose av helsepersonell?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Har du fått informasjon om ulike behandlingsalternativer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Har du fått informasjon om hvordan du best kan leve med sykdommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Har du fått informasjon om betydningen av fysisk aktivitet og trening?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Har du fått eller blitt tilbudt henvisning til helsepersonell som kan veilede deg i forhold til fysisk aktivitet og trening?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nei	Er ikke overvektig
6 Har du fått råd om at du bør gå ned i vekt, dersom du er overvektig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Har du fått eller blitt tilbudt henvisning til noen som kan hjelpe deg med å gå ned i vekt, dersom du er overvektig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nei	Har ikke slike problemer
8 Hvis du har problemer relatert til daglige gjøremål, har disse problemene blitt vurdert av helsepersonell det siste året?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Hvis du har problemer med å gå, har ditt behov for ganghjelpemidler blitt vurdert? (stokk, krykke eller gåstol/rullator)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Hvis du har problemer relatert til andre daglige gjøremål, har ditt behov for ulike hjelpemidler blitt vurdert? (f.eks støtteskinner, kjøkkenredskap, hjelpemidler til personlig stell eller spesialstol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nei	Har ikke smerter
11 Hvis du har smerter, har smertene blitt vurdert av helsepersonell det siste året?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Hvis du har smerter, var paracetamol det første medikamentet som ble anbefalt for dine artrosesmerter? (f.eks Paracet, Pinex, Pamol, Panodil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nei	Har ikke sterke og vedvarende smerter
13 Hvis du har sterke og vedvarende smerter, som ikke lindres tilstrekkelig av paracetamol, har du fått tilbud om sterkere smertestillende medikamenter? (f.eks Paralgin Forte, Pinex Forte, Nobligan, Tramadol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nei	Bruker ikke slike mediamenter
14 Hvis du bruker betennelsesdempende medikamenter (f.eks Ibux, Naproksen, Voltaren), har du fått informasjon om effekter og mulige bivirkninger med bruken av disse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nei	Har ikke opplevd slik forverring
15 Hvis du har opplevd en akutt forverring av plagene har du fått eller blitt tilbudt kortisonsprøyte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nei	Er ikke alvorlig plaget
16 Dersom du er alvorlig plaget av artrosesykdommen og trening og medikamenter ikke hjelper, har du blitt henvist for vurdering av operasjon (f.eks leddprotese)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>