

**1. Spesialitet (velg kun en)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Indremedisin - generell                       | <input type="radio"/> Kirurgi - generell          |
| <input type="radio"/> Indremedisin - kardiologi                     | <input type="radio"/> Hjerte-/ kar-/ toraxkirurgi |
| <input type="radio"/> Indremedisin - gastroenterologi og hepatologi | <input type="radio"/> Nevrokirurgi                |
| <input type="radio"/> Indremedisin - geriatri                       | <input type="radio"/> Ortopedisk kirurgi          |
| <input type="radio"/> Indremedisin - infeksjon                      | <input type="radio"/> Traumatologi                |
| <input type="radio"/> Indremedisin - nefrologi                      | <input type="radio"/> Øre-nese-hals               |
| <input type="radio"/> Indremedisin - onkologi (inkl. stråleterapi)  | <input type="radio"/> Gynekologi/obstetikk        |
| <input type="radio"/> Tverrfaglig                                   | <input type="radio"/> Pediatri                    |
| <input type="radio"/> Rehabilitering/Langtidspost                   | <input type="radio"/> Psykiatri                   |
| <input type="radio"/> Nevrologi                                     | <input type="radio"/> Andre                       |

**2. Antall innlagte pasienter kl 12:00**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

**3. Antall senger på avdelingen**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

**4. Antall personer fra hver yrkesgruppe på dagvakt i dag (untatt rengjøringspersonale og midlertidig nD personale)**

	Ferdig utdannet	Under opplæring
Leger		
Medisinstudenter	NA	
Sykepleiere		
Helsefagarbeidere/ hjelpepleiere		
Kliniske ernæringsfysiologer		
-		
Administrativt ansatte		NA
Andre ansatte som er involvert i pasientbehandlingen		

Har sykehuset et tilgjengelig ernæringsteam?  Ja  Nei

6. Har avdelingen en ernæringsstrategi  Ja  Nei

7. Har avdelingen en som har ansvar for ernæringsarbeidet?  Ja  Nei

8. Har avdelingen tilgang på klinisk ernæringsfysiolog?  Ja  Nei

9. Er det egne ansatte som har ansvar for å gi spisehjelp ved måltidene?  Ja  Nei

**10. Ernæringscreening/vurdering av ernæringsrisiko? (velg kun ett svar pr kolonne)**

**Ved innleggelse**

- Ingen rutinemessig screening
  - Ingen faste kriterier
  - Erfaring/klinisk skjønn
  - Kun vekt/ BMI
  - Nutritional Risk Screening (NRS 2002)
  - Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)
  - Malnutrition Screening tool (MST)
  - SNAQ
  - Andre verktøy
- Spesifiser:

**Under sykehusoppholdet**

- Ingen rutinemessig oppfølging
  - Ingen faste kriterier
  - Erfaring/klinisk skjønn
  - Kun vekt/ BMI
  - Andre verktøy
- Spesifiser:

Fortsett med ark 1b

11a. Brukes ernæringsfaglige retningslinjer eller prosedyrer rutinemessig?  Ja  Nei

11b. Hvis ja, hvilke brukes?

- Internasjonale retningslinjer  Retningslinjer på avdelingsnivå
- Nasjonale retningslinjer  Individuell ernæringsplan
- Retningslinjer på sykehusnivå  Annet

12. Hvilke rutiner har din avdeling? (kryss av alle som gjelder)

Avventer	<input type="checkbox"/> I risiko	<input type="checkbox"/> Underernært	<input type="checkbox"/> Hver pasient	<input type="checkbox"/> Aldri
Diskuterer ernæringsbehandling på visitten	<input type="checkbox"/> I risiko	<input type="checkbox"/> Underernært	<input type="checkbox"/> Hver pasient	<input type="checkbox"/> Aldri
Utarbeider en individuell ernæringsplan	<input type="checkbox"/> I risiko	<input type="checkbox"/> Underernært	<input type="checkbox"/> Hver pasient	<input type="checkbox"/> Aldri
Starter behandling/ ernæringsintervensjon	<input type="checkbox"/> I risiko	<input type="checkbox"/> Underernært	<input type="checkbox"/> Hver pasient	<input type="checkbox"/> Aldri
Konsulterer klinisk ernæringsfysiolog	<input type="checkbox"/> I risiko	<input type="checkbox"/> Underernært	<input type="checkbox"/> Hver pasient	<input type="checkbox"/> Aldri
Konsulterer lege	<input type="checkbox"/> I risiko	<input type="checkbox"/> Underernært	<input type="checkbox"/> Hver pasient	<input type="checkbox"/> Aldri
Beregner energibehov	<input type="checkbox"/> I risiko	<input type="checkbox"/> Underernært	<input type="checkbox"/> Hver pasient	<input type="checkbox"/> Aldri
Beregner proteinbehov	<input type="checkbox"/> I risiko	<input type="checkbox"/> Underernært	<input type="checkbox"/> Hver pasient	<input type="checkbox"/> Aldri

13. Når blir pasienten rutinemessig veid? (kryss av alle som gjelder)

- Ved innleggelse/ ved innkommst  Innen 48 timer  Ukentlig  Ved forespørsel
- Innen 24 timer  Innen 72 timer  Av og til  Aldri  Ved utskrivelse

14. Hvordan sørger du for tilstrekkelig matinntak? (kryss av alle som gjelder)

- Tilbyr flere måltider eller mellommåltider  Sikrer at måltidene er uforstyrret/Beskyttet måltidspolicy
- Tilbyr flere måltidsalternativer  Skaper hyggelige spiseomgivelser
- Tilbyr ulike porsjonsstørrelser  Tar kulturelle/religiøse hensyn
- Sørger for at måltidene ser delikate ut  Tar hensyn til allergi/intoleranse
- Tilpasser konsistens etter behov  Annet
- Tar andre hensyn til pasientens spise og drikkeproblem

15. Hvilke ernæringsrelaterte rutiner har din avdeling? (kryss av alle som gjelder)

- Ernæringsopplæring er tilgjengelig
- Rapportering av ernæringsrelatert informasjon til sykehusledelsen
- Kvalitetsindikatorer blir registrert og rapportert til nasjonal/regionalt nivå
- Kvalitetsindikatorer blir brukt for intern sammenligning/benchmarking
- Benyttes eget skjema/rapporteringssystem for å finne ut hva pasientene mener om mat og serevering

16. Hva etterspørres og dokumenteres ved innleggelse? (kryss av alle som gjelder)

- Vektendring  Spisevaner/problemer  Matinntak før innleggelse

17. Dokumentasjon av ernæringsrelatert informasjon. (kryss av alle som gjelder)

a. Pasientjournalen har eget sted for å dokumentere...

- Underernæring eller risiko for underernæring.  Ernæringsbehandling

b. Utskrivningnotat/epikrise

- Oppsummerer ernæringsbehandling som er gitt under innleggelse
- Foreslår framtidige ernæringsrelaterte anbefalinger/tiltak

18. Tilbys informasjonsmateriell om underernæring/risiko for underernæring til pasientene?  Ja  Nei

19. Hvem fylte ut spørreskjemaet? (kryss av alle som gjelder)

- Avdelingsleder  Sykepleier  Leder
- Klinisk ernæringsfysiolog  Lege  Annet

Takk!

Antall senger i hele sykehuset    Antall innleggelser i sykehuset sist år      

Antall ansatte

	Totalt antall	Årsverk
<b>Leger totalt</b>		
Leger, spesialister		
Leger uten spesialisering		
<b>Sykepleiere</b>		
<b>Klinisk ernæringsfysiologer</b>		
-		
<b>Farmasøyter</b>		
<b>Kjøkkenpersonell inkl. assistenter</b>		

4. Har sykehuset en ernæringsstrategi?

 Ja     Nei     Vet ikke

5. Hvilke ernæringsrutiner har sykehuset?

- Praktisk opplæring i ernæring (screening og behandling)  
 Sykehuset har et overordnet ernæringsråd/ernæringsutvalg  
 Kvalitetsindikatorer som rapporteres nasjonalt/regionalt (eks. andel screenet, kodet, behandlet...)  
 Kvalitetsindikatorer rapporteres og brukes til intern sammenligning (benchmarking)  
 Pasientrapporterte undersøkelser på mat og ernæring

6. Hvilke koder finnes og brukes rutinemessig for refusjon/inntjening til sykehuset

**Koder som fins**

- Ernæringsrettede tiltak
  - Næringsdrikker
  - Intravenøs ernæring
  - Sondeernæring
  - Kostveiledning
  - Målrettet ernæringsbehandling Vurdering for ernæringsmessig risiko /screening for underernæring  
 Ernæringsmessig risiko  
 Underernæring (generelt)  
 Grad av underernæring (mild, moderat, alvorlig)  
 Mangler informasjon om ernæringsrelatert fakturering/økonomi

**Koder som brukes rutinemessig**

- Ernæringsrettede tiltak
  - Næringsdrikker
  - Intravenøs ernæring
  - Sondeernæring
  - Kostveiledning
  - Målrettet ernæringsbehandling Vurdering for ernæringsmessig risiko /screening for underernæring  
 Ernæringsmessig risiko  
 Underernæring (generelt)  
 Grad av underernæring (mild, moderat, alvorlig)  
 Mangler informasjon om ernæringsrelatert fakturering/økonomi

Takk!

Kryss av for det som gjelder for denne pasienten



Om denne pasienten  
Ark 2a

Dato

Sykehuskode

Avdelingskode

Pasient ID

Pasient-initialer

Fødselsår

Kjønn  Kvinne  Mann  Anslått  Målt

Innleggesdato

Vekt (kg)       Kg  Anslått  Målt

Høyde (cm)       cm  Anslått  Målt

Pasienten samtykket  Ja  Nei

Dersom pasienten har samtykket til deltakelse, kan du fortsette.

1. Denne sykehusinnleggelsen var  Planlagt  Akuttinnleggelse  Vet ikke

2a. Diagnoser ved innleggelse (kryss av alle som gjelder)

<input type="checkbox"/> 0100 Infeksjonssykdommer og parasittsykdommer	<input type="checkbox"/> 1200 Sykdommer i hud og underhud
<input type="checkbox"/> 0200 Svulster	<input type="checkbox"/> 1300 Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev
<input type="checkbox"/> 0300 Sykdommer i blod og bloddannende organer og tilstander som angår immunsystemet	<input type="checkbox"/> 1400 Sykdommer i urin- og kjønnsorganer
<input type="checkbox"/> 0400 Endokrine sykdommer, ernæringsykdommer og metabolske forstyrrelser	<input type="checkbox"/> 1500 Svangerskap, fødsel og barseltid
<input type="checkbox"/> 0500 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	<input type="checkbox"/> 1600 Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden
<input type="checkbox"/> 0600 Sykdommer i nervesystemet	<input type="checkbox"/> 1700 Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik
<input type="checkbox"/> 0700 Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	<input type="checkbox"/> 1800 Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted
<input type="checkbox"/> 0800 Sykdommer i øre og ørebensknute (processus mastoideus)	<input type="checkbox"/> 1900 Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker
<input type="checkbox"/> 0900 Sykdommer i sirkulasjonssystemet	<input type="checkbox"/> 2000 Ytre årsaker til sykdommer, skader og dødsfall
<input type="checkbox"/> 1000 Sykdommer i åndedrettssystemet	<input type="checkbox"/> 2100 Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten
<input type="checkbox"/> 1100 Sykdommer i fordøyelsessystemet	

2b. Hovedårsak til innleggelse (bare ett alternativ)

3. Hvilke tilleggssykdommer har denne pasienten? (kryss av)

Hjertesvikt <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei	Diabetes <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Hjerteinfarkt <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei	Kreft <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Kronisk lungesykdom <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei	Infeksjon <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Hjerneslag/infarkt <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei	Demens <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Perifer blodåresykdom <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei	Alvorlig depresjon <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Kronisk leversykdom <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei	Annen kronisk psykiatrisk lidelse <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Kronisk nyresykdom <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei	Annen kronisk sykdom <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei

4a. Allerede operert under denne innleggelsen	4b. Planlagt operasjon/kirurgi under dette sykehusoppholdet
<input type="radio"/> Ja, planlagt <input type="radio"/> Nei	<input type="radio"/> Ja, i dag eller i morgen
<input type="radio"/> Ja, akutt	<input type="radio"/> Ja, senere
Dager siden operasjon <input type="text"/> Dager	<input type="radio"/> Nei

5. Tidligere opphold på intensivavdeling under denne innleggelsen?  Ja  Nei

6. Er denne pasienten døende?  Ja  Nei  Vet ikke

Væskestatus (I DAG)  Normal  Overvæsket  Dehydrert  Vet ikke

8. Antall ulike medisiner planlagt gitt (I DAG) Per os   Annet

9. Ble denne pasienten diagnostisert som underernært eller i ernæringsmessig risiko?  Underernært  I ernæringsmessig risiko  Nei  Vet ikke

Fortsett med ark 2b

Kryss av for det som gjelder for pasienten



Om denne pasienten  
ARK 2b

Dato

Sykehuskode

Avdelingskode

Pasient ID

Pasient-initialer

10. Intravenøse væsker (I DAG)  Elektrolyttløsning (NaCl, Ringer)  5% glukoseløsning

11. Antall næringsdrikker foreskrevet (I DAG)

12. Næringsinntak (I DAG) (kryss av)

Sykehuskost	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nei	<input type="radio"/> Vet ikke
Energi- og næringstett kost	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nei	<input type="radio"/> Vet ikke
Protein-/energitilskudd (f.eks. næringsdrikker)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nei	<input type="radio"/> Vet ikke
Sondeernæring	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nei	<input type="radio"/> Vet ikke
Intravenøs ernæring	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nei	<input type="radio"/> Vet ikke
Spesialkost	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nei	<input type="radio"/> Vet ikke

13. Venefloner og sonder (I DAG) (kryss av)

CVK	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nei	Nasoduodenal	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nei
PVK	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nei	Enterostoma	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nei
Nasogastrisk	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nei	Perkutan endoskopisk gastrostomi	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nei
Nasojejunal	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nei	Perkutan endoskopisk jejunostomi	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nei

13b. Har det vært komplikasjoner med venøse tilganger og sonder under innleggelsen? (infeksjoner/obstruksjon)

Ja, tidligere  Ja, pågår  Nei  Vet ikke

14. Kryss av for det som ble gjort for denne pasienten under innleggelsen: (kryss av)

Energibehov ble beregnet	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nei	<input type="radio"/> Vet ikke
Proteinbehov ble beregnet	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nei	<input type="radio"/> Vet ikke
Kostregistrering ble dokumentert i pasientjournalen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nei	<input type="radio"/> Vet ikke
Ernæringsplan ble utarbeidet	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nei	<input type="radio"/> Vet ikke
Det ble konferert med klinisk ernæringsfysiolog	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nei	<input type="radio"/> Vet ikke
Underernæringsdiagnose ble registrert/dokumentert i pasientjournalen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nei	<input type="radio"/> Vet ikke

15a. Mål for energiinntak (I GÅR)

< 500 kcal

500 - 999 kcal

1000 - 1499 kcal

1500 - 1999 kcal

>= 2000 kcal

Ikke beregnet

Vet ikke

ELLER Sett inn  kcal/kg

15b. Energiinntak (I GÅR)

< 500 kcal

500 - 999 kcal

1000 - 1499 kcal

1500 - 1999 kcal

>= 2000 kcal

Ikke beregnet

Vet ikke

ELLER Sett inn  kcal/kg

16. Siden innleggelsen er denne pasientens helse...

Blitt bedre  Denne pasienten har nettopp blitt innlagt

Blitt dårligere  Vet ikke

Uendret

Takk!

Pasient ID 

--	--	--

Pasient-initialer 

--	--	--	--	--	--

**1. Hva er dine typiske matvaner? (kryss av alle som gjelder)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ingen spesielle restriksjoner       | <input type="checkbox"/> Jeg unngår karbohydrater                             |
| <input type="checkbox"/> Jeg er vegetarianer                 | <input type="checkbox"/> Jeg holder meg til et lavfett-kosthold               |
| <input type="checkbox"/> Jeg holder meg til en vegansk diett | <input type="checkbox"/> Jeg har laktoseintoleranse                           |
| <input type="checkbox"/> Jeg spiser glutenfritt              | <input type="checkbox"/> Andre spesialkost på grunn av intoleranser/allergier |
| <input type="checkbox"/> Jeg unngår sukker                   | <input type="checkbox"/> Andre restriksjoner                                  |

**2. Hvor bodde du før nåværende sykehusinnleggelse?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Hjemme                          | <input type="radio"/> Jeg ble overflyttet fra et annet sykehus |
| <input type="radio"/> På sykehjem eller annen boenhet | <input type="radio"/> Annet                                    |

**3. Klarer du vanligvis å gå?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Ja   | <input type="radio"/> Nei, jeg må bruke rullestol |
| <input type="radio"/> Ja, med hjelp fra noen                           | <input type="radio"/> Nei, jeg er sengeliggende   |
| <input type="radio"/> Ja, når jeg bruker stokk, rullator eller krykker |   |

**4. Generelt, hvordan opplever du at helsen din er?**

- 
- Svært bra
- 
- Bra
- 
- Mindre bra
- 
- Dårlig
- 
- Svært dårlig

**5. I løpet av de ca 12 siste månedene før denne sykehusinnleggelsen....**

- ...hvor mange ganger har du vært til lege? 

--

 ganger
- ....hvor mange ganger har du vært innlagt på sykehus (akutt eller planlagt)? 

--

 ganger
- ...hvor mange netter har du tilbragt på sykehus? 

--

 netter

**6. Hvor mange forskjellige legemidler tok du fast daglig (før innleggelsen)?**

- |                                 |                                |
|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> 1-2       | <input type="radio"/> Ingen    |
| <input type="radio"/> 3-5       | <input type="radio"/> Vet ikke |
| <input type="radio"/> Mer enn 5 |                                |

**7. Har du helseforsikring?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Ja, kun privat forsikring               | <input type="radio"/> Nei                     |
| <input type="radio"/> Ja, kun offentlig forsikring            | <input type="radio"/> Jeg ønsker ikke å svare |
| <input type="radio"/> Ja, både offentlig og privat forsikring |   |

**Hva veide du for 5 år siden?**

--

 kg       Vet ikke**9a. Har du tapt vekt i løpet av de siste 3 månedene?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Ja, med hensikt                 | <input type="radio"/> Nei, jeg har gått opp i vekt |
| <input type="radio"/> Ja, ufrivillig                  | <input type="radio"/> Vet ikke                     |
| <input type="radio"/> Nei, vekten min har vært stabil |  |

**9b. Hvis ja, hvor mange kg har du tapt?**

--

 kg       Vet ikke**10. Visste du at du skulle legges inn på sykehus to dager før innleggelsen?**

- 
- Ja
- 
- Nei

**11. Kryss av for følgende:**

- |   |                          |                           |                                |
|---|--------------------------|---------------------------|--------------------------------|
| ...ble veid ved innleggelse                             | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nei | <input type="radio"/> Vet ikke |
| ...ble informert om ernæringstilstanden din             | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nei | <input type="radio"/> Vet ikke |
| ...ble informert om alternative mattilbud               | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nei | <input type="radio"/> Vet ikke |
| ...fikk spesielt tilpasset mattilbud /ernæringstilskudd | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nei | <input type="radio"/> Vet ikke |

Fortsett med ark 3b

Pasient ID

Pasient-initialer

**Hvor mye har du spist i løpet av uken før du ble innlagt på sykehuset?**

- Mer enn normalt
- Normalt
- Omtrent 3/4 av normalt
- Omtrent halvparten av normalt
- Omtrent en fjerdedel eller mindre

**13. Hvor fornøyd er du med maten på sykehus?**

- Veldig fornøyd
- Fornøyd
- Nøytral
- Misfornøyd
- Svært misfornøyd
- Vet ikke

**14. Fikk du hjelp med å spise i dag?**

- Ja, fra familie eller venner
- Ja, fra sykehusbetjening
- Nei

**15. Spiste du uten å bli avbrudt av behandling/undersøkelse e.l. i dag?**

- Ja
- Nei

**16a. Hvor mye spiste du av lunsj eller middag som du fikk på sykehuset i dag?**

Omtrent alt      1/2      1/4      Ingenting



**16b. Porsjonsstørrelsen jeg bestilte til måltidet i dag var....**

- Standard
- Mindre/liten porsjon
- Større/stor porsjon
- Vet ikke

**17. Hvis du ikke spiste opp all maten, oppgi hvorfor: (kryss av alle som gjelder)**

- Jeg likte ikke maten som ble tilbudt
- Jeg likte ikke lukten/smaken på maten
- Maten passet ikke mine kulturelle/religiøse preferanser
- Maten var for varm
- Maten var for kald
- På grunn av matvareallergi/intoleranse
- Jeg var ikke sulten
- Jeg hadde ikke matlyst
- Jeg hadde problemer med tygging/svelging
- Jeg spiser normalt mindre enn det som ble servert
- Jeg hadde kvalme/oppkast
- Jeg var for trøtt
- Jeg kan ikke spise uten hjelp
- Jeg kunne ikke spise (skulle faste)
- Jeg var til undersøkelse/operasjon og gikk glipp av måltidet
- Jeg fikk ikke den bestilte maten

**18. Hvor mange glass/kopper har du drukket siste 24 timene av følgende?**

- Vann       Kaffe       Frukt juice       Næringsdrikker
- Te       Melk       Brus/saft       Annet

**19a. Spiste du annen mat enn sykehusmaten i dag?**

- Ja       Nei

**19b. Hvis ja, hva spiste du?**

- Søtsaker
- Salte snacks
- Hjemmelaget mat
- Frukt
- Melkeprodukter
- Mat levert/restaurant
- Brødsiver
- Andre restriksjoner

**20. Har matinntaket ditt endret seg etter du kom inn på sykehuset?**

- Spiser mer       Spiser mindre       Spiser det samme       Vet ikke

**21. I dag er dagsformen...**

- Bedre enn ved sykehusinnleggelsen
- Dårligere enn ved sykehusinnleggelsen
- Samme som ved sykehusinnleggelsen
- Kom til sykehuset i dag       Vet ikke

**22. Kan du gå uten støtte?**

- Ja
- Nei, trenger assistanse
- Nei, er sengeliggende

**23. Fikk du hjelp til å fylle ut dette spørreskjemaet?**

- Ja       Nei

Takk!

## Kryss av for det som gjelder for denne pasienten



**Sykehuskode**      
**Avdelingskode**

<b>Pasient ID</b>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<b>Pasient-initialer</b>	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<b>Fødselsår</b>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
<b>Kjønn</b>	<input type="radio"/> Kvinne	<input type="radio"/> Mann		<b>Innleggesdato</b>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Vekt (kg)	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Kg	<input type="radio"/> Anslått	<input type="radio"/> Målt		
Høyde (cm)	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> cm	<input type="radio"/> Anslått	<input type="radio"/> Målt	<b>Pasienten samtykket</b> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei	
<b>Pasient ID</b>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<b>Pasient-initialer</b>	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<b>Fødselsår</b>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
<b>Kjønn</b>	<input type="radio"/> Kvinne	<input type="radio"/> Mann		<b>Innleggesdato</b>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Vekt (kg)	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Kg	<input type="radio"/> Anslått	<input type="radio"/> Målt		
Høyde (cm)	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> cm	<input type="radio"/> Anslått	<input type="radio"/> Målt	<b>Pasienten samtykket</b> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei	
<b>Pasient ID</b>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<b>Pasient-initialer</b>	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<b>Fødselsår</b>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
<b>Kjønn</b>	<input type="radio"/> Kvinne	<input type="radio"/> Mann		<b>Innleggesdato</b>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Vekt (kg)	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Kg	<input type="radio"/> Anslått	<input type="radio"/> Målt		
Høyde (cm)	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> cm	<input type="radio"/> Anslått	<input type="radio"/> Målt	<b>Pasienten samtykket</b> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei	
<b>Pasient ID</b>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<b>Pasient-initialer</b>	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<b>Fødselsår</b>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
<b>Kjønn</b>	<input type="radio"/> Kvinne	<input type="radio"/> Mann		<b>Innleggesdato</b>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Vekt (kg)	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Kg	<input type="radio"/> Anslått	<input type="radio"/> Målt		
Høyde (cm)	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> cm	<input type="radio"/> Anslått	<input type="radio"/> Målt	<b>Pasienten samtykket</b> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei	
<b>Pasient ID</b>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<b>Pasient-initialer</b>	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<b>Fødselsår</b>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
<b>Kjønn</b>	<input type="radio"/> Kvinne	<input type="radio"/> Mann		<b>Innleggesdato</b>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Vekt (kg)	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Kg	<input type="radio"/> Anslått	<input type="radio"/> Målt		
Høyde (cm)	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> cm	<input type="radio"/> Anslått	<input type="radio"/> Målt	<b>Pasienten samtykket</b> <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> Nei	
<b>Pasient ID</b>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<b>Pasient-initialer</b>	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<b>Fødselsår</b>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
<b>Kjønn</b>	<input type="radio"/> Kvinne	<input type="radio"/> Mann		<b>Innleggesdato</b>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Vekt (kg)	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Kg	<input type="radio"/> Anslått	<input type="radio"/> Målt		
Høyde (cm)	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> cm	<input type="radio"/> Anslått	<input type="radio"/> Målt	<b>Pasienten samtykket</b> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei	
<b>Pasient ID</b>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<b>Pasient-initialer</b>	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<b>Fødselsår</b>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
<b>Kjønn</b>	<input type="radio"/> Kvinne	<input type="radio"/> Mann		<b>Innleggesdato</b>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Vekt (kg)	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Kg	<input type="radio"/> Anslått	<input type="radio"/> Målt		
Høyde (cm)	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> cm	<input type="radio"/> Anslått	<input type="radio"/> Målt	<b>Pasienten samtykket</b> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei	



Pasientliste og utfall (alle nDay-pasientene)



30-dagers utfall

Dato

Sykehuskode

Avdelingskode

Pasient ID	Pasientens initialer	Dato for utskriving	Hoveddiagnose			Utskrivning	Ny innleggelse etter nDay
			Se koder, boks 1			Se koder, boks 2	Se koder, boks 3
			1.	2.	3.		
	MA MU	24.11.2015	J15.212	G89.3	T45.1X5	1	1
			4.	5.	6.		
			Z61.12				

1. Bruk enten ICD-10-kode eller en av følgende koder

2. Kode for utfall

Oppgi opptil 6 koder i samme rekkefølge som i pasientjournalen

- 0100 Infeksjonssykdommer og parasittsykdommer
- 0200 Svluster
- 0300 Sykdommer i blod og bloddannende organer og tilstander som angår immunsystemet
- 0400 Endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og metabolske forstyrrelser
- 0500 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser
- 0600 Sykdommer i nervesystemet
- 0700 Sykdommer i øyet og øyets omgivelser
- 0800 Sykdommer i øre og ørebensknute (processus mastoideus)
- 0900 Sykdommer i sirkulasjonssystemet
- 1000 Sykdommer i åndedrettssystemet
- 1100 Sykdommer i fordøyelsessystemet

- 1200 Sykdommer i hud og underhud
- 1300 Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev
- 1400 Sykdommer i urin- og kjønnsorganer
- 1500 Svangerskap, fødsel og barseltid
- 1600 Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden
- 1700 Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik
- 1800 Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted
- 1900 Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker
- 2000 Ytre årsaker til sykdommer, skader og dødsfall
- 2100 Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsestjenesten

- 1=fremdeles på sykehus
- 2=overflyttet til annet sykehus
- 3=overflyttet til sykehjem
- 4=rehabilitering
- 5=utskrevet til hjemmet
- 6=død
- 7=Andre

Kode ved ny innleggelse

- 1=Nei
- 2=Ja, samme sykehus, som planlagt
- 3=Ja, samme sykehus, ikke planlagt
- 4=Ja, et annet sykehus, som planlagt
- 5=Ja, et annet sykehuse, ikke planlagt
- 6=Ukjent

Takk!

Har dere et elektronisk dokumentasjonssystem i sykehuset? <sup>9</sup>  JA  NEI

Er ernæringsbehandling del av den helhetlig behandlingen av kreftpasienter? <sup>9</sup>  JA  NEI

Hvis ja, når er den del av en helhetlig tilnærming? <sup>38</sup>

rutinevurdering	<input type="checkbox"/>
når en pasient spør	<input type="checkbox"/>
når vekttap > 10%	<input type="checkbox"/>
under palliativ fase	<input type="checkbox"/>
annet, vennligst beskriv	

Hvis ikke, fordi... <sup>10</sup>

mangel på evidens	<input type="checkbox"/>
ikke kunnskap på feltet	<input type="checkbox"/>
ingen refusjon	<input type="checkbox"/>
den fører svulsten	<input type="checkbox"/>
annet	<input type="checkbox"/>

Hvilken ernæringsbehandling benyttes for kreftpasientene? <sup>10</sup>

bruk av individuelt utarbeidet ernæringsplan	<input type="checkbox"/>
beregning av energibehov	<input type="checkbox"/>
monitorere pasientenes inntak og bruk av næringstilskudd ved behov	<input type="checkbox"/>
ingen	<input type="checkbox"/>
annet	<input type="checkbox"/>

Hvis ingen, vennligst oppgi hovedårsaker <sup>10</sup>

mangel på evidens	<input type="checkbox"/>
mangel på erfaring	<input type="checkbox"/>
ingen refusjon	<input type="checkbox"/>
mangel på ernæringsfysiologer	<input type="checkbox"/>
mangel på andre eksperter	<input type="checkbox"/>
annet	<input type="checkbox"/>

Måler du med følgende parametre på kreftpasienter og i tilfelle hvor ofte? <sup>39</sup>

	regelmessig	før kjemoterapi	ved behov	aldri	?
<b>Antropometri/kroppssammensetning</b>					
kroppsvekt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antropometri (omkretsmål)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CT skann	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DEXA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
annet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Funksjonsnivå**

håndgripsstyrke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6-minutters gangtest	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
annet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Ernæringsbehov, beregnet**

	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

**Ernæringsinntak**

alle måltid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
et måltid per dag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
to måltid per dag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24 timers intervju	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
annet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hvem fylte ut dette skjema (Ark 1\_onkologi)? <sup>11</sup>

<input type="radio"/> dietist/dietetiker	<input type="radio"/> sykepleier	<input type="radio"/> lege	<input type="radio"/> klinisk ernæringsfysiolog	<input type="radio"/> annet
--	----------------------------------	----------------------------	---	-----------------------------



**Kjære pasient,**  
Vi ber deg om å fylle ut dette spørreskjemaet i dag. Vi ønsker å vite hvordan du føler deg og hvor aktiv du klarer å være.

Vennlig kryss ut  eller fyll ut

**TAKK FOR HJELPEN!**

Pasient initialer: <sup>4</sup> de første 2 bokstavene i fornavnet ditt

de første 2 bokstavene i etternavnet ditt

Vekten din før du ble syk <sup>52</sup>    kg  Jeg vet ikke

Din nåværende (aktuelle) vekt <sup>52</sup>    kg  Jeg vet ikke

Har vektendringer vært med vilje eller ufrivillig?<sup>4</sup>

med vilje  ufrivillig  er stabil i vekt

Vennligst kryss av for det alternativ som passer best for deg i løpet av den siste uken: <sup>55</sup>

	ikke i det hele tatt	litt	en del	svært mye
Har du hatt smerter?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har du hatt behov for å hvile?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har du følt deg slapp?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har du følt deg deprimert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har du følt deg trøtt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har smerter påvirket dine daglige aktiviteter?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har du hatt dårlig matlyst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vennligst kryss av for det alternativ som passer best for deg akkurat nå: <sup>55</sup>

	ikke i det hele tatt	litt	en del	svært mye
Har du smerter?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har du behov for å hvile?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Føler du deg slapp?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Føler du deg deprimert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er du trøtt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Påvirker smerter dine daglige aktiviteter?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har du dårlig matlyst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dersom matinntaket ditt har endret seg, hva er årsaken? <sup>10</sup>

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kvalme/oppkast      | <input type="checkbox"/> Forstoppelse               | <input type="checkbox"/> Blir fort mett/<br>manglende matlyst |
| <input type="checkbox"/> Betennelse i munnen | <input type="checkbox"/> Diaré                      | <input type="checkbox"/> Annet                                |
| <input type="checkbox"/> Smerter             | <input type="checkbox"/> Smak- eller luktforandring |   |

Hvilke av de følgende aktiviteter kan du utføre ved maksimum? (velg kun et alternativ) <sup>56</sup>

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> I stand til å utføre sportsaktiviteter   | <input type="radio"/> I stand til å kunne utføre egenomsorg           |
| <input type="radio"/> Fullt aktiv                              | <input type="radio"/> I stand til å kunne utføre begrenset egenomsorg |
| <input type="radio"/> I stand til å utføre lettere aktiviteter | <input type="radio"/> Begrenset til seng eller stol                   |

Bruker du noen tilskudd som ikke er skrevet ut av lege? <sup>10</sup>

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Nei          | <input type="checkbox"/> Multivitaminer |
| <input type="checkbox"/> Urtete       | <input type="checkbox"/> Annen medisin  |
| <input type="checkbox"/> Kosttilskudd | <input type="checkbox"/> Annet          |

Utfører du noen av følgende aktiviteter? <sup>10</sup>

- |                                      |   |                                |
|--------------------------------------|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ingen       | <input type="checkbox"/> Meditasjon             | <input type="checkbox"/> Annet |
| <input type="checkbox"/> Psykoterapi | <input type="checkbox"/> Aktiv muskelavspenning |                                |
| <input type="checkbox"/> Yoga        | <input type="checkbox"/> Qigong                 |                                |

Er det vanskelig å overholde behandlingen? <sup>9</sup>  JA  NEI  Jeg vet ikke

Fikk du hjelp til å fylle ut spørreskjemaet? <sup>9</sup>  JA  NEI  Jeg vet ikke

Tro du at det vil ha relevant nytteverdi for deg å inkludere ernæring i behandlingen av kreftsykdommen? <sup>9</sup>  JA  NEI  Jeg vet ikke