

2021-09-01

## SunBurst

### Enkät vid 1 årsuppföljning

Vänligen läs igenom informationen noga. Följande enkät besvaras 1 år efter skadetillfället. Syftet med enkäten är att mäta ditt **nuvarande** hälsotillstånd. Vi är medvetna om att det kan vara svårt att välja mellan två närliggande alternativ, men var vänlig och kryssa bara i den ruta som mest motsvarar din situation.

Tack för din medverkan!

Personnummer: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

-----

**Samtliga papper skickas till Karolinska i bifogat  
frankerat kuvert**

eller till nedanstående adress

Maria Wikzén, forskningssjuksköterska  
Mottagning Ortopedi Huddinge  
Karolinska Universitetssjukhuset  
Hälsovägen 13, K52, Kirurgigatan 2, plan 5  
141 86  
STOCKHOLM

**OSWESTRY - RYGGFUNKTIONSSKALA**

Följande frågor är utformade för att ge oss information om hur Din ryggsmärta påverkar det dagliga livet. Besvara varje avsnitt och markera **bara** den enda ruta som passar Dig. Vi är medvetna om att det kan vara svårt att välja mellan två närstående påståenden, men var vänlig kryssa bara i den rutan som *mest* motsvarar Din situation.

**1. SMÄRTINTENSITET**

- 0. Jag har ingen smärta för närvarande
- 1. Jag har väldigt svag smärta för närvarande
- 2. Jag har måttlig smärta för närvarande
- 3. Jag har ganska stark smärta för närvarande
- 4. Jag har väldigt stark smärta för närvarande
- 5. Jag har helt outhärdlig smärta för närvarande

**2. PERSONLIG OMVÅRDNAD**

- 0. Jag sköter mig själv utan att få mer smärta
- 1. Jag sköter mig själv, men får mer smärta
- 2. Jag sköter mig själv, men det gör ont och jag får vara försiktig
- 3. Jag behöver en viss hjälp, men klarar det mesta själv
- 4. Jag behöver hjälp varje dag med det mesta
- 5. Jag klarar inte på mig, har svårt att tvätta mig och ligger till sängs

**3. FÖRMÅGA ATT LYFTA**

- 0. Jag kan lyfta tunga saker utan att få ont
- 1. Jag kan lyfta tunga saker, men får ont
- 2. På grund av smärta kan jag inte lyfta tunga saker från golvet, det går bra om de är bra placerade, t ex på ett bord
- 3. På grund av smärta kan jag inte lyfta tunga saker, men klarar lätta och medeltunga saker, om de är bra placerade
- 4. Jag kan bara lyfta väldigt lätta saker
- 5. Jag kan inte lyfta eller bära några saker

**4. GÅNGFÖRMÅGA**

- 0. Smärtan hindrar mig inte från att gå hur långt som helst
- 1. Smärtan hindrar mig från att gå mer än 1 km
- 2. Smärtan hindrar mig från att gå mer än 500 m
- 3. Smärtan hindrar mig från att gå mer än 100 m
- 4. Jag kan bara gå om jag använder käpp eller kryckor
- 5. Jag ligger mestadels till sängs och måste krypa till toaletten

## 5. FÖRMÅGA ATT SITTA

- 0. Jag kan sitta i vilken stol som helst så länge jag vill
- 1. Jag kan sitta i min favoritstol så länge jag vill
- 2. Smärtan hindrar mig från att sitta mer än 1 timme
- 3. Smärtan hindrar mig från att sitta mer än 30 minuter
- 4. Smärtan hindrar mig från att sitta mer än 10 minuter
- 5. Smärtan hindrar mig från att sitta över huvud taget

## 6. FÖRMÅGA ATT STÅ

- 0. Jag kan stå så länge jag vill utan att få mer ont
- 1. Jag kan stå så länge jag vill, men får mer ont
- 2. Smärtan hindrar mig från att stå mer än 1 timme
- 3. Smärtan hindrar mig från att stå mer än 30 minuter
- 4. Smärtan hindrar mig från att stå mer än 10 minuter
- 5. Smärtan hindrar mig från att stå över huvud taget

## 7. SÖMN

- 0. Smärtan hindrar mig inte från att sova
- 1. Smärtan hindrar mig ibland från att sova
- 2. På grund av smärtan sover jag mindre än 6 timmar per natt
- 3. På grund av smärtan sover jag mindre än 4 timmar per natt
- 4. På grund av smärtan sover jag mindre än 2 timmar per natt
- 5. Smärtan hindrar mig från att sova över huvud taget

## 8. SEXUALFUNKTION

- 0. Mitt sexualliv är normalt och orsakar inte mer smärta
- 1. Mitt sexualliv är normalt men orsakar viss ökad smärta
- 2. Mitt sexualliv är nästan normalt men väldigt smärtande
- 3. Mitt sexualliv är starkt begränsat på grund av smärta
- 4. Mitt sexualliv är nästan obefintligt på grund av smärta
- 5. Smärtan hindrar mig från sexualliv över huvud taget

## 9. SOCIALT LIV

- 0. Mitt sociala liv är normalt och ger ej ökade smärtor
- 1. Mitt sociala liv är normalt men ökar smärtan
- 2. Smärtan påverkar inte mitt sociala liv nämnvärt, men förhindrar mig att utföra mer ansträngande aktiviteter, såsom dans, motion och idrott
- 3. Smärtan har begränsat mitt sociala liv och jag går inte ut så ofta
- 4. Smärtan har begränsat mitt sociala liv och jag måste hålla mig hemma
- 5. Jag har inget socialt liv på grund av smärtan

## 10. RESOR

- 0. Jag kan resa vart som helst utan att få mer ont
- 1. Jag kan resa vart som helst men får mer ont
- 2. Smärtan blir svår men jag klarar resor på mer än 2 timmar
- 3. Smärtan hindrar mig från att göra resor på mer än 1 timme
- 4. Smärtan gör att jag bara kan göra nödvändiga resor kortare än 30 minuter
- 5. Smärtan hindrar mig att göra andra resor än för att få behandling

## Svenska Frakturregistret 4-månadersuppföljning

**Hälsoenkät EQ-5D**

Kryssa i en ruta i varje nedanstående grupp vilket påstående som bäst beskriver ditt nuvarande hälsotillstånd.

**RÖRLIGHET**

- Jag har inga svårigheter med att gå omkring
- Jag har lite svårigheter med att gå omkring
- Jag har måttliga svårigheter med att gå omkring
- Jag har stora svårigheter med att gå omkring
- Jag kan inte gå omkring

**PERSONLIG VÅRD**

- Jag har inga svårigheter med att tvätta mig eller klä mig
- Jag har lite svårigheter med att tvätta mig eller klä mig
- Jag har måttliga svårigheter med att tvätta mig eller klä mig
- Jag har stora svårigheter med att tvätta mig eller klä mig
- Jag kan inte tvätta mig eller klä mig

**VANLIGA AKTIVITETER** (*t ex arbete, studier, hushållssysslor, familje- eller fritidsaktiviteter*)

- Jag har inga svårigheter med att utföra mina vanliga aktiviteter
- Jag har lite svårigheter med att utföra mina vanliga aktiviteter
- Jag har måttliga svårigheter med att utföra mina vanliga aktiviteter
- Jag har stora svårigheter med att utföra mina vanliga aktiviteter
- Jag kan inte utföra mina vanliga aktiviteter

**SMÄRTOR / BESVÄR**

- Jag har varken smärtor eller besvär
- Jag har lätta smärtor eller besvär
- Jag har måttliga smärtor eller besvär
- Jag har svåra smärtor eller besvär
- Jag har extrema smärtor eller besvär

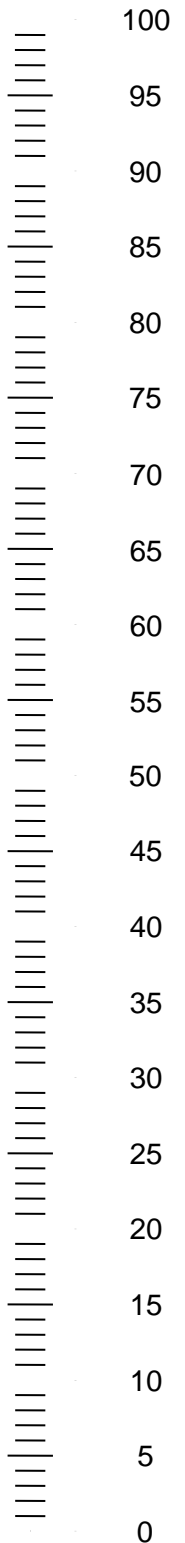
**ORO / NEDSTÄMDHET**

- Jag är varken orolig eller nedstämd
- Jag är lite orolig eller nedstämd
- Jag är ganska orolig eller nedstämd
- Jag är mycket orolig eller nedstämd
- Jag är extremt orolig eller nedstämd

- Vi vill veta hur bra eller dålig din nuvarande hälsa är.
- Skalan är numrerad från 0 till 100.
- Det bästa tänkbara hälsotillståndet markeras med 100 och det sämsta tänkbara med 0.
- Sätt ett X på skalan för att visa hur din hälsa är.
- Skriv nu i rutan nedan det nummer du har markerat på skalan.

**Ditt hälsotillstånd idag**

Bästa tänkbara  
tillstånd



Sämsta tänkbara  
tillstånd

# Utvärdering av rörelseapparaters funktion SMFA – Swe

## Instruktion

Vi är intresserade av att få veta hur du hanterat din skada den senaste veckan. Vi ber dig besvara samtliga frågor om vilka svårigheter och besvär din skada orsakat dig i det dagliga livet.

Besvara frågorna genom att sätta ett kryss x i den ruta som bäst beskriver dig och din situation. Det är viktigt att du besvarar samtliga frågor, även om alla inte är tillämpliga på just din situation.

**FÖLJANDE FRÅGOR RÖR DE EVENTUELLA SVÅRIGHETER DU HAFT DEN SENASTE VECKAN TILL FÖLJD AV DIN SKADA/SKADOR.**

**1. Hur svårt har du att sätta dig i, och resa dig ur en låg stol?**

Ingen svårighet    Lite svårighet    Måttlig svårighet    Mycket svårt    Kan inte alls  
                                                                               

**2. Hur svårt har du att öppna medicinförpackningar eller burkar?**

Ingen svårighet    Lite svårighet    Måttlig svårighet    Mycket svårt    Kan inte alls  
                                                                               

**3. Hur svårt har du att göra inköp i affärer?**

Ingen svårighet    Lite svårighet    Måttlig svårighet    Mycket svårt    Kan inte alls  
                                                                               

**4. Hur svårt har du att gå i trappor?**

Ingen svårighet    Lite svårighet    Måttlig svårighet    Mycket svårt    Kan inte alls  
                                                                               

**5. Hur svårt har du att knyta handen hårt?**

Ingen svårighet    Lite svårighet    Måttlig svårighet    Mycket svårt    Kan inte alls  
                                                                               

**6. Hur svårt har du att komma i/ur badkar eller dusch?**

Ingen svårighet    Lite svårighet    Måttlig svårighet    Mycket svårt    Kan inte alls  
                                                                               

**7. Hur svårt har du att finna en bekväm sovställning?**

Ingen svårighet    Lite svårighet    Måttlig svårighet    Mycket svårt    Kan inte alls  
                                                                               

**8. Hur svårt har du att böja dig ner eller gå ned på knä?**

Ingen svårighet    Lite svårighet    Måttlig svårighet    Mycket svårt    Kan inte alls  
                                                                               

**9. Hur svårt har du att använda knappar, spännen, hakar eller blixtlås?**

Ingen svårighet    Lite svårighet    Måttlig svårighet    Mycket svårt    Kan inte alls

**10. Hur svårt har du att klippa dina fingernaglar?**

Ingen svårighet  Lite svårighet  Måttlig svårighet  Mycket svårt  Kan inte alls

**11. Hur svårt har du att klä dig?**

Ingen svårighet  Lite svårighet  Måttlig svårighet  Mycket svårt  Kan inte alls

**12. Hur svårt har du att gå?**

Ingen svårighet  Lite svårighet  Måttlig svårighet  Mycket svårt  Kan inte alls

**13. Hur svårt har du att komma igång att röra dig efter att ha suttit eller legat?**

Ingen svårighet  Lite svårighet  Måttlig svårighet  Mycket svårt  Kan inte alls

**14. Hur svårt har du att gå ut ensam?**

Ingen svårighet  Lite svårighet  Måttlig svårighet  Mycket svårt  Kan inte alls

**15. Hur svårt har du att köra bil eller använda allmänna kommunikationsmedel?**

Ingen svårighet  Lite svårighet  Måttlig svårighet  Mycket svårt  Kan inte alls

**16. Hur svårt har du att torka dig efter toalettbesök?**

Ingen svårighet  Lite svårighet  Måttlig svårighet  Mycket svårt  Kan inte alls

**17. Hur svårt har du att använda handtag, t ex för att öppna dörrar eller veva ned bilfönster?**

Ingen svårighet  Lite svårighet  Måttlig svårighet  Mycket svårt  Kan inte alls

**18. Hur svårt har du att skriva, för hand eller på maskin?**

Ingen svårighet  Lite svårighet  Måttlig svårighet  Mycket svårt  Kan inte alls

**19. Hur svårt har du att vända dig om?**

Ingen svårighet  Lite svårighet  Måttlig svårighet  Mycket svårt  Kan inte alls



**20. Hur svårt har du att ägna dig åt din vanliga motion, t ex cykla, jogga eller promenera?**

Ingen svårighet    Lite svårighet    Måttlig svårighet    Mycket svårt    Kan inte alls  
                                                                               

**21. Hur svårt har du att ägna dig åt dina vanliga fritidsaktiviteter, t ex hobbies, handarbete, trädgårdsskötsel, kortspel eller umgås med vänner?**

Ingen svårighet    Lite svårighet    Måttlig svårighet    Mycket svårt    Kan inte alls  
                                                                               

**22. Hur svårt har du att ha ett, för dig, normalt sexliv?**

Ingen svårighet    Lite svårighet    Måttlig svårighet    Mycket svårt    Kan inte alls  
                                                                               

**23. Hur svårt har du att utföra lättare hushålls- eller trädgårdssysslor, såsom damma, diska eller vattna rabatter?**

Ingen svårighet    Lite svårighet    Måttlig svårighet    Mycket svårt    Kan inte alls  
                                                                               

**24. Hur svårt har du att utföra tungt hushålls- eller trädgårdsarbete, såsom skura golv, dammsuga eller klippa gräsmattan?**

Ingen svårighet    Lite svårighet    Måttlig svårighet    Mycket svårt    Kan inte alls  
                                                                               

**25. Hur svårt har du att utföra ditt dagliga arbete/syssla, som t ex jobb, hushållsarbete eller ideell verksamhet?**

Ingen svårighet    Lite svårighet    Måttlig svårighet    Mycket svårt    Kan inte alls

**PÅ FÖLJANDE FRÅGOR ÖNSKAR VI FÅ VETA HUR OFTA DU HAFT SVÅRIGHETER, TILL FÖLJD AV DIN SKADA/SKADOR DEN SENASTE VECKAN.**

**26. Hur ofta haltar du?**

Aldrig      Sällan      Ibland      Ofta      Alltid  
                       

**27. Hur ofta undviker du att använda din/ditt onda arm /ben/ rygg?**

Aldrig      Sällan      Ibland      Ofta      Alltid  
                       

**28. Hur ofta låser/viker sig ditt ben?**

Aldrig      Sällan      Ibland      Ofta      Alltid  
                       

**29. Hur ofta har du koncentrationssvårigheter?**

Aldrig      Sällan      Ibland      Ofta      Alltid  
                       

**30. Om Du överanstränger dig en dag, hur ofta påverkar det nästa dags aktivitet?**

Aldrig      Sällan      Ibland      Ofta      Alltid  
                       

**31. Hur ofta visar du irritation mot din omgivning, t ex snäser, fräser ifrån, är kritisk för småsaker?**

Aldrig      Sällan      Ibland      Ofta      Alltid  
                       

**32. Hur ofta känner du dig trött?**

Aldrig      Sällan      Ibland      Ofta      Alltid  
                       

**33. Hur ofta känner du dig handikappad?**

Aldrig      Sällan      Ibland      Ofta      Alltid  
                       

**34. Hur ofta känner du dig arg eller frustrerad över ditt hälsotillstånd?**

Aldrig      Sällan      Ibland      Ofta      Alltid

**FÖLJANDE FRÅGOR RÖR HUR BESVÄRAD/STÖRD DU KÄNNER DIG AV SVÅRIGHETER ORSAKADE AV SKADAN/SKADORNA DEN SENASTE VECKAN.**

Hur mycket besväras du av

	Inte alls besvärad 1	Lite besvärad 2	Måttligt besvärad 3	Mycket besvärad 4	Extremt besvärad 5
35. Svårigheter att använda den/de kroppsdelar som du sedan skadade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Svårigheter att röra/använda ryggen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Svårigheter att utföra sysslor i hemmet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Svårigheter med dusch/bad, av- och påklädning, toa besök eller annan personlig vård?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Svårigheter med sömn och vila?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Svårigheter att ägna dig åt fritidsaktiviteter och/eller motion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Problem med vänner, familj eller andra viktiga människor i ditt liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Svårigheter att tänka, koncentrera dig eller att komma ihåg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Svårigheter att anpassa dig till/hantera din skada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Svårigheter att klara din normala sysselsättning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Problem med att känna dig beroende av andra människor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Problem med stelhet och/eller värk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja, helt			Nej, inte alls	
Anser du att du har blivit återställd efter din fraktur/dina frakturer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Nej	Ja
Har du blivit opererad mer än en gång för din fraktur/dina frakturer?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>