

LÄNDRYGGSMÄRTA

Med eller utan smärtutstrålning



**Frågeformulär till patienter
3 månader efter behandling**

Vi ber dig svara på dessa frågor för utvärdering av behandling för ditt ryggbesvär inom primärvården. Enkäterna ingår i en studie om en behandlingsmodell för ryggbesvär och fylls i både före och efter behandling.

Ansvariga är:

Allan Abbott, E-post: allan.abbott@liu.se, Telefon:013-282495

Karin Schröder, E-post: karin.schroder@liu.se, Telefon: 013-284711

Birgitta Öberg, E-post: birgitta.oberg@liu.se, Telefon: 013-282898

Paul Enthoven, E-post: paul.enthoven@liu.se, Telefon: 013-284680

Linköpings Universitet, IMH, Avdelningen för fysioterapi, Plan 15, 581 83 Linköping.

Innehåll

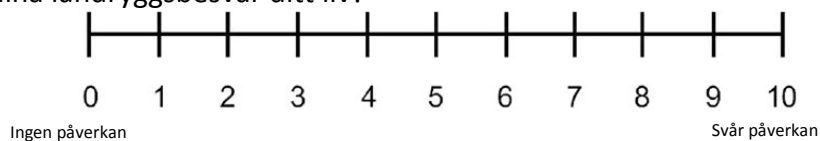
Frågor om dina ryggbesvär	3
Frågor om behandling.....	5
Frågor om din rygg funktion	6
Frågor om din hälsa	7

Frågor om dina ryggbesvär

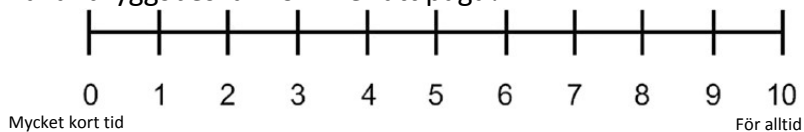
1. Datum - ÅÅ/MM/DD	___/___/___
2. Namn	
3. 10 siffrigt personnummer	___ - ___ - ___ - ___ - ___
4. Vad är din nuvarande arbetsituation?	<input type="checkbox"/> Arbetar heltid <input type="checkbox"/> Arbetar deltid <input type="checkbox"/> Arbetsökande <input type="checkbox"/> Inte arbete av egen vilja (pensionerad, student, hemmafru, etc.) <input type="checkbox"/> Oförmögen att arbeta på grund av annat problem än mina ryggbesvär <input type="checkbox"/> Oförmögen att arbeta på grund av mina ryggbesvär
5. Har Du för närvarande sjukpenning?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, på heltid för mina ryggbesvär <input type="checkbox"/> Ja, på deltid för mina ryggbesvär <input type="checkbox"/> Ja, pga annan sjukdom
6. Hur är Din ryggsmärta idag jämfört med före behandlingen? Ringa in den siffra som bäst överensstämmer med förändringen	<p>A horizontal scale from -5 to 5. Below -5 is 'Mycket värre', below 0 is 'oförändrad', and below 5 is 'Helt återställd'.</p>
7. Hur är Din bensmärta/ischias idag jämfört med före behandlingen? Ringa in den siffra som bäst överensstämmer med förändringen	<p>A horizontal scale from -5 to 5. Below -5 is 'Mycket värre', below 0 is 'oförändrad', and below 5 is 'Helt återställd'.</p>
8. Markera Din smärtnivå under senaste veckan genom att ringa in det värde som bäst motsvarar smärtnivån, på vardera linjen. Linjerna är skalor där markering längst till vänster innebär smärtfri och längst till höger värsta tänkbara smärta. Med en markering av lämpligt värde på vardera skalan visar Du hur mycket ryggsmärta och bensmärta du har. OBS, du måste välja ett heltal, ringa in den siffra som bäst motsvarar din smärta.	<p>1. Ryggsmärta</p> <p>A horizontal scale from 0 to 10. Below 0 is 'Ingen smärta' and below 10 is 'Maximal smärta'.</p> <p>2. Bensmärta</p> <p>A horizontal scale from 0 to 10. Below 0 is 'Ingen smärta' and below 10 is 'Maximal smärta'.</p>

9. BIPQ: Ringa in den siffra som bäst överensstämmer med din åsikt om följande frågor.

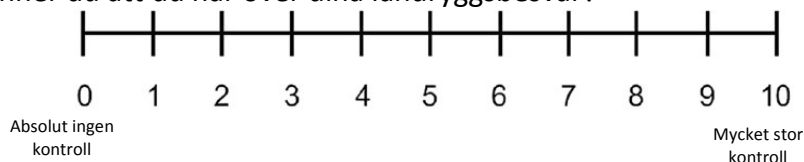
Hur mycket påverkar dina ländryggsbesvär ditt liv?



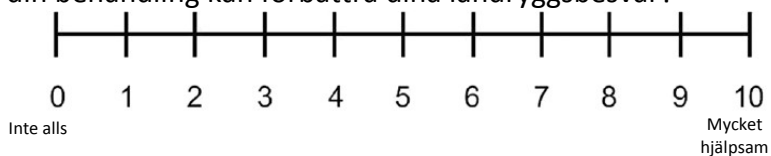
Hur länge tror du att dina ländryggsbesvär kommer att pågå?



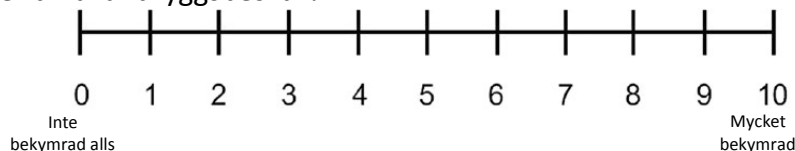
Hur mycket kontroll känner du att du har över dina ländryggsbesvär?



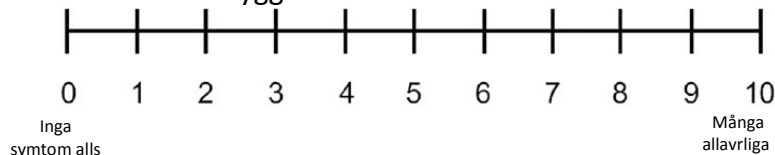
I hur hög grad tror du att din behandling kan förbättra dina ländryggsbesvär?



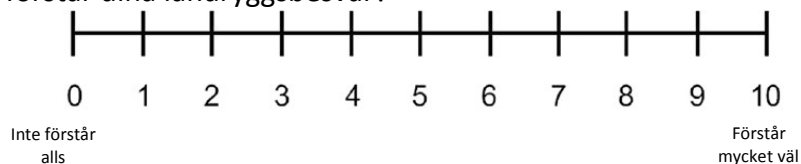
Hur bekymrad är du över dina ländryggsbesvär?



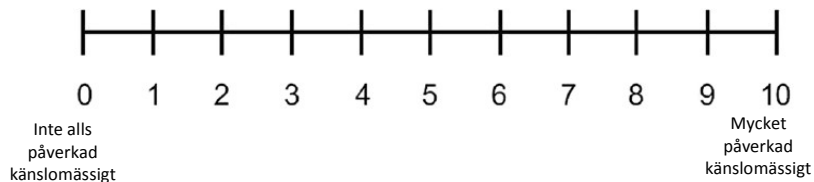
Hur mycket symptom har du från dina ländryggsbesvär?



Hur väl tycker du att du förstår dina ländryggsbesvär?



Hur mycket påverkar dina ländryggsbesvär dig känslomässigt? (Dvs. gör dig arg, rädd, upprörd eller deprimerad?)



Frågor om behandling

<p>10. Hur är din inställning till resultatet av din genomgångna behandling för ryggsmärta?</p>	<input type="checkbox"/> Jag är fullständig nöjd <input type="checkbox"/> Jag är ganska nöjd <input type="checkbox"/> Jag är tveksam <input type="checkbox"/> Jag är ganska missnöjd <input type="checkbox"/> Jag är fullständig missnöjd			
<p>11. PEI: Som en följd av rehabiliteringsinsatserna för dina besvär, känner du att du...</p> <p>- kan hantera livet</p> <p>- kan förstå dina besvär</p> <p>- kan hantera dina besvär</p> <p>- kan hålla dig själv frisk/ vid god hälsa</p> <p>- kan känna dig trygg beträffande din hälsa</p> <p>- kan hjälpa dig själv</p>	<p>Mycket Bättre</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Bättre</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>I samma utsträckning</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Sämre</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>12. Har du fått behandling för dina ryggbesvär utöver den behandling du fått i primärvårdens sjukgymnastik/ fysioterapi de senaste 3 månaderna?</p>	<p>Mycket mer</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Mer</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>a. Läkare</p> <p>b. Fysioterapeut/sjukgymnast</p> <p>c. Ange andra: _____</p> <p>_____</p>		<p>I samma utsträckning</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Mindre</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Antal besök</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

Frågor om din ryggfunktion

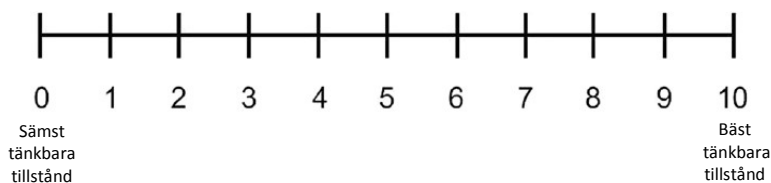
13. Oswestry Ryggfunktionsskala

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.

<p>1) SMÄRTINTENSITET</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Jag har ingen smärta för närvarande</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Jag har väldigt svag smärta för närvarande</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Jag har måttlig smärta för närvarande</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Jag har ganska stark smärta för närvarande</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Jag har väldigt stark smärta för närvarande</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Jag har helt outhärdlig smärta för närvarande</p>	<p>2) PERSONLIG OMVÅRDNAD</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Jag sköter mig själv utan att få mer smärta</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Jag sköter mig själv, men får mer smärta</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Jag sköter mig själv, men det gör ont och jag får vara försiktig</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Jag behöver en viss hjälp, men klarar det mesta själv</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Jag behöver hjälp varje dag med det mesta</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Jag klär inte på mig, har svårt att tvätta mig och ligger till sängs</p>
<p>3. FÖRMÅGA ATT LYFTA</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Jag kan lyfta tunga saker utan att få ont</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Jag kan lyfta tunga saker, men får ont</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 3. På grund av smärta kan jag inte lyfta tunga saker, men klarar lätta och medeltunga saker, om de är bra placerade</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Jag kan bara lyfta väldigt lätta saker</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Jag kan inte lyfta eller bära några saker</p>	<p>4. GÅNGFÖRMÅGA</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Smärtan hindrar mig inte från att gå hur långt som helst</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Smärtan hindrar mig från att gå mer än 1 km</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Smärtan hindrar mig från att gå mer än 500 m</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Smärtan hindrar mig från att gå mer än 100 m</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Jag kan bara gå om jag använder käpp eller kryckor</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Jag ligger mestadels till sängs och måste krypa till toaletten</p>
<p>5. FÖRMÅGA ATT SITTA</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Jag kan sitta i vilken stol som helst så länge jag vill</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Jag kan sitta i min favoritstol så länge jag vill</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Smärtan hindrar mig från att sitta mer än 1 timme</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Smärtan hindrar mig från att sitta mer än 30 minuter</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Smärtan hindrar mig från att sitta mer än 10 minuter</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Smärtan hindrar mig från att sitta över huvud taget</p>	<p>6. FÖRMÅGA ATT STÅ</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Jag kan stå så länge jag vill utan att få mer ont</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Jag kan stå så länge jag vill, men får mer ont</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Smärtan hindrar mig från att stå mer än 1 timme</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Smärtan hindrar mig från att stå mer än 30 minuter</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Smärtan hindrar mig från att stå mer än 10 minuter</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Smärtan hindrar mig från att stå över huvud taget</p>
<p>7. SÖMN</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Smärtan hindrar mig inte från att sova</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Smärtan hindrar mig ibland från att sova</p> <p><input type="checkbox"/> 2. På grund av smärtan sover jag mindre än 6 timmar per natt</p> <p><input type="checkbox"/> 3. På grund av smärtan sover jag mindre än 4 timmar per natt</p> <p><input type="checkbox"/> 4. På grund av smärtan sover jag mindre än 2 timmar per natt</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Smärtan hindrar mig från att sova över huvud taget</p>	<p>8. SEXUALFUNKTION</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Mitt sexualliv är normalt och orsakar inte mer smärta</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Mitt sexualliv är normalt men orsakar viss ökad smärta</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Mitt sexualliv är nästan normalt men väldigt smärtande</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Mitt sexualliv är starkt begränsat på grund av smärta</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mitt sexualliv är nästan obefintligt på grund av smärta</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Smärtan hindrar mig från sexualliv över huvud taget</p>
<p>9. SOCIALT LIV</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Mitt sociala liv är normalt och ger ej ökade smärtor</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Mitt sociala liv är normalt men ökar smärtan</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Smärtan påverkar inte mitt sociala liv nämnvärt, men förhindrar mig att utföra mer ansträngande aktiviteter, såsom dans, motion och idrott</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Smärtan har begränsat mitt sociala liv och jag går inte ut så ofta</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Smärtan har begränsat mitt sociala liv och jag måste hålla mig hemma</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Jag har inget socialt liv på grund av smärtan</p>	<p>10. RESOR</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Jag kan resa vart som helst utan att få mer ont</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Jag kan resa vart som helst men får mer ont</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Smärtan blir svår men jag klarar resor på mer än 2 timmar</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Smärtan hindrar mig från att göra resor på mer än 1 timme</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Smärtan gör att jag bara kan göra nödvändiga resor kortare än 30 minuter</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Smärtan hindrar mig att göra andra resor än för att få behandling</p>

Frågor om din hälsa

14. Hur mår du allmänt för närvarande? Ringa in den siffra som bäst överensstämmer med hur du mår



15. EQ-5D

Markera, genom att kryssa i en ruta i varje nedanstående grupp (så här X), vilket påstående som bäst beskriver

Ditt hälsotillstånd idag.

Rörlighet

Jag går utan svårigheter

Jag kan gå men med viss svårighet

Jag är sängliggande

Hygien

Jag behöver ingen hjälp med min dagliga hygien, mat eller påklädning

Jag har vissa problem att tvätta eller klä mig själv

Jag kan inte tvätta eller klä mig själv

Huvudsakliga aktiviteter

(t.ex. arbete, studier, hushållssysslor, familje- och fritidsaktiviteter)

Jag klarar av min huvudsakliga aktiviteter

Jag har vissa problem med att klara av min huvudsakliga aktiviteter

Jag klarar inte av min huvudsakliga aktiviteter

Smärtor/besvär

Jag har varken smärtor eller besvär

Jag har måttliga smärtor eller besvär

Jag har svåra smärtor eller besvär

Rädsla/nedstämdhet

Jag är inte orolig eller nedstämd

Jag är orolig eller nedstämd i viss utsträckning

Jag är i högsta grad orolig eller nedstämd

16. HADS. Läs varje påstående och sätt ett kryss i rutan till vänster om det svar, som kommer närmast hur du känt dig under den senaste veckan. Fundera inte alltför länge. Det första svar som dyker upp är antagligen riktigare än ett svar som du funderat på länge. Svara på alla frågorna. Kryssa bara i en ruta för varje påstående!

1. Jag känner mig spänd eller "uppskruvad"

- För det mesta
- Ofta
- Då och då
- Inte alls

2. Jag uppskattar fortfarande samma saker som förut

- Precis lika mycket
- Inte riktigt lika mycket
- Bara lite
- Nästan inte alls

3. Jag känner mig rädd, som om något förfärligt håller på att hända

- För det mesta
- Ofta
- Då och då
- Inte alls

4. Jag kan skratta och se saker från den humoristiska sidan

- Lika mycket som jag alltid kunnat
- Inte riktigt lika mycket som förut
- Absolut inte så mycket som förut
- Inte alls

5. Oroande tankar kommer för mig

- Mycket ofta
- Ofta
- Då och då
- Någon enstaka gång

6. Jag känner mig glad

- Inte alls
- Inte så ofta
- Ibland
- För det mesta

7. Jag kan sitta i lugn och ro och känna mig avspänd

- Absolut
- Oftast
- Inte ofta
- Inte alls

8. Jag känner mig som om allting går trögt

- Nästan jämt
- Ofta
- Ibland
- Inte alls

9. Jag känner mig rädd, som om jag har "fjärilar i magen"

- Inte alls
- Någon gång
- Rätt ofta
- Mycket ofta

10. Jag har tappat intresset för mitt utseende

- Helt och hållet
- Ganska mycket
- Litet grand
- Inte alls

11. Jag känner mig rastlös, som om jag måste vara på språng

- Våldigt mycket
- En hel del
- Inte så mycket
- Inte alls

12. Jag ser fram emot saker och ting med glädje

- Lika mycket som jag alltid gjort
- Något mindre än jag brukade
- Klart mindre än jag brukade
- Nästan inte alls

13. Jag får plötsliga panikkänslor

- Mycket ofta
- Ganska ofta
- Inte så ofta
- Inte alls

14. Jag kan njuta av en bra bok, eller ett bra radio- eller TV-program

- Ofta
- Ibland
- Inte så ofta
- Mycket sällan