

LÄNDRYGGSMÄRTA

Med eller utan smärtutstrålning



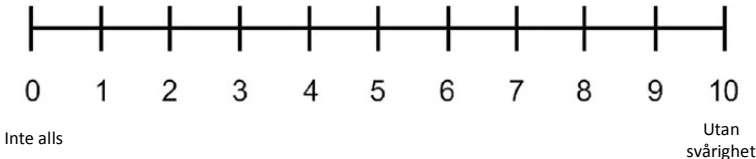
**Frågeformulär till patienter
före behandling**

Innehåll

Bakgrundsfrågor	3
Frågor om dina ryggbesvär och behandling	5
Frågor om din rygg funktion	8
Frågor om din hälsa	9

Bakgrundsfrågor

1. Datum - ÅÅ/MM/DD	____/____/____	Fyller du i enkäten <input type="checkbox"/> innan eller <input type="checkbox"/> efter besöket
2. Namn		
3. 10 siffrigt personnummer	____ - ____ - ____	
4. Kön	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Kvinna	
5. Längd cm	
6. Vikt kg	
7. Ange din högsta utbildningsnivå	<input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Grundskola <input type="checkbox"/> Gymnasieskola <input type="checkbox"/> Högskoleutbildning	
8. Ange om du har fått någon av de följande diagnosen	<input type="checkbox"/> Hjärtsjukdomar <input type="checkbox"/> Högt blodtryck <input type="checkbox"/> Dålig cirkulation <input type="checkbox"/> Lungsjukdomar <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Njursjukdom <input type="checkbox"/> Leversjukdom <input type="checkbox"/> Nervsystemsjukdom <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Artrit <input type="checkbox"/> Magsår <input type="checkbox"/> Hemiplegi/paraplegi <input type="checkbox"/> HIV	
9. Vilken är din nuvarande arbetssituation?	<input type="checkbox"/> Arbetar heltid <input type="checkbox"/> Arbetar deltid <input type="checkbox"/> Arbetsökande <input type="checkbox"/> Valt att inte arbeta (pensionerad, student, hemarbete, 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	
10. Har Du för närvarande sjuklön eller 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	Om ja, sedan hur länge? <input type="checkbox"/> 1 vecka eller mindre <input type="checkbox"/> 1–4 veckor <input type="checkbox"/> 1–3 månader <input type="checkbox"/> 3–6 månader <input type="checkbox"/> 6–9 månader <input type="checkbox"/> 9–12 månader <input type="checkbox"/> 1–2 år <input type="checkbox"/> Mer är 2 år
11. Har Du för närvarande sjukersättning eller aktivitetsersättning?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, på heltid för mina ryggbesvär <input type="checkbox"/> Ja, på deltid för mina ryggbesvär	Om ja, sedan hur länge? <input type="checkbox"/> 1 vecka eller mindre <input type="checkbox"/> 1–4 veckor <input type="checkbox"/> 1–3 månader <input type="checkbox"/> 3–6 månader <input type="checkbox"/> 6–9 månader <input type="checkbox"/> 9–12 månader <input type="checkbox"/> 1–2 år <input type="checkbox"/> Mer är 2 år

<p>12. Vad tror Du om Dina möjligheter att återgå i arbete som tidigare</p>	<p><input type="checkbox"/> Jag är för närvarande i arbete <input type="checkbox"/> Kommer att återgå i heltidsarbete <input type="checkbox"/> Kommer att återgå i deltidarbete <input type="checkbox"/> Kommer att byta arbete/sysselsättning <input type="checkbox"/> Kommer att ha fortsatt sjukpenning <input type="checkbox"/> Kommer att ha pension/sjukersättning/aktivitetsersättning</p>
<p>13. Är du bekymrad över hur Du ska få ekonomin att gå ihop?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nej, aldrig <input type="checkbox"/> Nej, sällan <input type="checkbox"/> Ja, ganska ofta <input type="checkbox"/> Ja, ofta</p>
<p>14. Jag sover på nätterna Ringa in den siffra som bäst överensstämmer med din sömn.</p>	
<p>15. Nedan följer några frågor om dina motionsvanor. Sätt ett kryss i det alternativ som stämmer bäst för dig. (Kryssa ett alternativ)</p>	
<p>a. Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt fysisk träning som får dig att bli andfådd, till exempel löpning, motionsgymnastik eller bollsport?</p>	<p><input type="checkbox"/> 0 minuter/Ingen tid <input type="checkbox"/> Mindre än 30 minuter <input type="checkbox"/> 30-60 minuter (0,5-1 timme) <input type="checkbox"/> 60-90 minuter (1-1,5 timmar) <input type="checkbox"/> 90-120 minuter (1,5-2 timmar) <input type="checkbox"/> Mer än 120 minuter (2 timmar)</p>
<p>b. Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt vardagsmotion, till exempel promenader, cykling eller trädgårdsarbete? Räkna samma all tid (minst 10 minuter åt gången).</p>	<p><input type="checkbox"/> 0 minuter/Ingen tid <input type="checkbox"/> Mindre än 30 minuter <input type="checkbox"/> 30-60 minuter (0,5-1 timme) <input type="checkbox"/> 60-90 minuter (1-1,5 timmar) <input type="checkbox"/> 90-150 minuter (1,5-2,5 timmar) <input type="checkbox"/> 150-300 minuter (2,5-5 timmar) <input type="checkbox"/> Mer än 300 minuter (5 timmar)</p>
<p>c. Hur mycket sitter du under ett normalt dygn om man räknar bort sömn?</p>	<p><input type="checkbox"/> Så gott som hela dagen <input type="checkbox"/> 13-15 timmar <input type="checkbox"/> 10-12 timmar <input type="checkbox"/> 7-9 timmar <input type="checkbox"/> 4-6 timmar <input type="checkbox"/> 1-3 timmar <input type="checkbox"/> Aldrig</p>

Frågor om dina ryggsbesvär och behandling

16. STarT Back Tool:

Tänk på de **2 senaste veckorna** när du svarar på följande frågor:

		Instämmer inte	Instämmer
		0	1
1	Min ryggsmärta har strålat ut i mitt ben/mina ben vid något tillfälle de senaste 2 veckorna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Jag har haft smärt i skuldra eller nacke vid något tillfälle de senaste 2 veckorna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Jag har bara gått korta sträckor på grund av min ryggsmärta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Under de senaste 2 veckorna har det tagit längre tid än vanligt att klä mig på grund av ryggsmärthan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Det kan vara skadligt för en person med mina besvär att vara fysiskt aktiv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Jag har haft oroande tankar en stor del av tiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Jag upplever att min ryggsmärta är fruktansvärd och att den aldrig kommer att bli bättre .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	I allmänhet har jag inte glatt mig över de saker som jag brukar glädja mig åt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

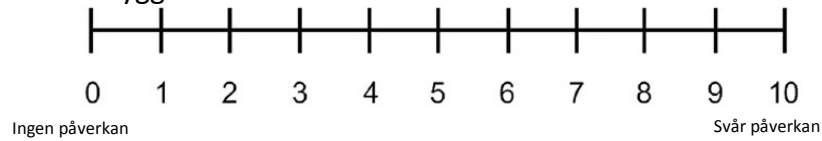
9 På det stora hela, hur **besvärlig** har din ryggsmärta varit **de senaste 2 veckorna**?

Inte alls	Lätt	Måttligt	Väldigt mycket	Extremt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	0	0	1	1

Totalpoäng (alla 9): _____ **Delpoäng (F 5-9):** _____

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

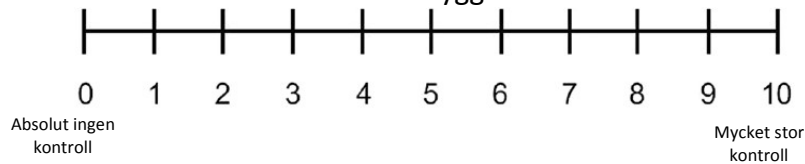
Hur mycket påverkar dina ländryggsbesvär ditt liv?



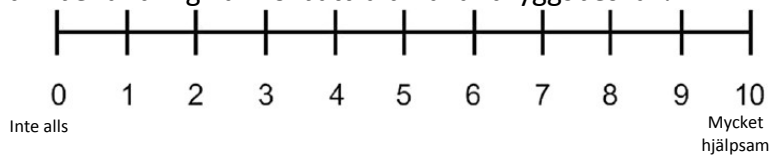
Hur länge tror du att dina ländryggsbesvär kommer att pågå?



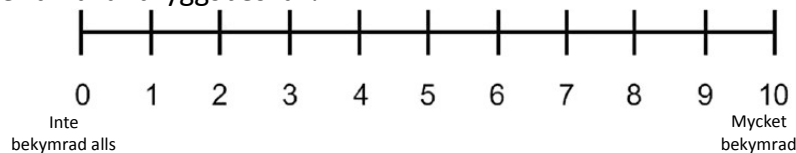
Hur mycket kontroll känner du att du har över dina ländryggsbesvär?



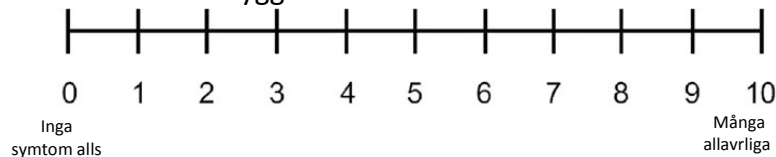
I hur hög grad tror du att din behandling kan förbättra dina ländryggsbesvär?



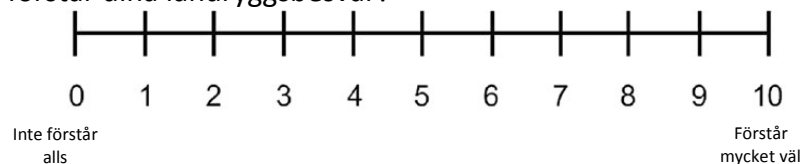
Hur bekymrad är du över dina ländryggsbesvär?



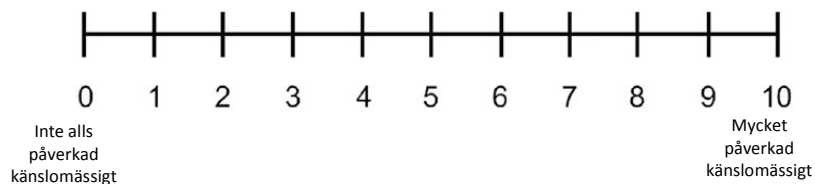
Hur mycket symptom har du från dina ländryggsbesvär?

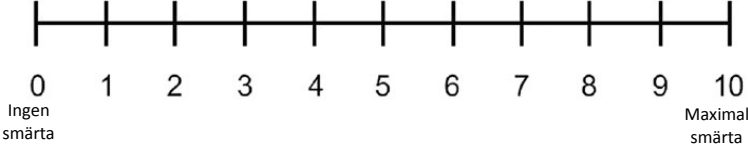
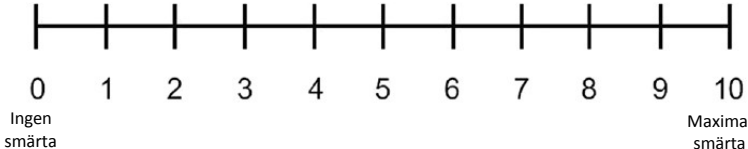


Hur väl tycker du att du förstår dina ländryggsbesvär?



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



<p>18. Hur länge har Du haft Din nuvarande smärta i ryggen?</p>	<input type="checkbox"/> Jag har ingen smärta i ryggen <input type="checkbox"/> 6-8 veckor <input type="checkbox"/> <1 vecka <input type="checkbox"/> 9-11 veckor <input type="checkbox"/> 1-2 veckor <input type="checkbox"/> 3-6 månader <input type="checkbox"/> 3-4 veckor <input type="checkbox"/> >6 månader <input type="checkbox"/> 4-5 veckor																				
<p>19. Hur länge har Du haft Din nuvarande smärta i ben/benen?</p>	<input type="checkbox"/> Jag har ingen smärta i ben/benen <input type="checkbox"/> 6-8 veckor <input type="checkbox"/> <1 vecka <input type="checkbox"/> 9-11 veckor <input type="checkbox"/> 1-2 veckor <input type="checkbox"/> 3-6 månader <input type="checkbox"/> 3-4 veckor <input type="checkbox"/> >6 månader <input type="checkbox"/> 4-5 veckor																				
<p>20. 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>	<p>1. Ryggsmärta</p>  <p>2. Bensmärta</p> 																				
<p>21. Tar Du smärtlindrande mediciner eller tabletter för dina ryggbesvär</p>	<input type="checkbox"/> Ja, regelbundet <input type="checkbox"/> Ja, ibland <input type="checkbox"/> Nej																				
<p>22. Vilka vårdkontakter har Du haft under de senaste 6 månaderna för Dina ryggbesvär förutom dagens besök? a. Läkare _____ b. Fysioterapeut/sjukgymnast _____ c. Ange andra: _____</p>	<p>Antal besök</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Vilken effekt hade vårdkontakten/behandlingen?</p> <table border="1" data-bbox="743 1398 1528 1663"> <thead> <tr> <th>Förbättrad</th> <th>Oförändrad</th> <th>Sämre</th> <th>Både och</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>				Förbättrad	Oförändrad	Sämre	Både och	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förbättrad	Oförändrad	Sämre	Både och																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
<p>23. Vilka förväntningar har Du på kommande åtgärd/behandling/träning denna gång?</p>	<input type="checkbox"/> Bli fullt återställd <input type="checkbox"/> Få klar förbättring <input type="checkbox"/> Få viss lindring <input type="checkbox"/> Har inga förväntningar vare sig på att bli återställd eller få lindring																				

Frågor om din ryggfunktion

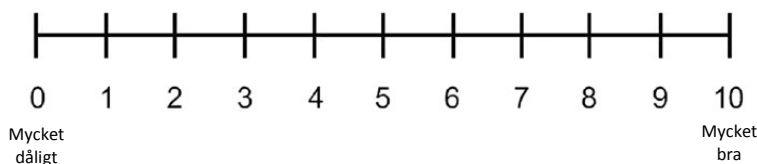
24. Oswestry Ryggfunktionsskala

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> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 0. Jag har ingen smärta för närvarande <input type="checkbox"/> 1. Jag har väldigt svag smärta för närvarande <input type="checkbox"/> 2. Jag har måttlig smärta för närvarande <input type="checkbox"/> 3. Jag har ganska stark smärta för närvarande <input type="checkbox"/> 4. Jag har väldigt stark smärta för närvarande <input type="checkbox"/> 5. Jag har helt outhärdlig smärta för närvarande 	<p>2) PERSONLIG OMVÅRDNAD</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 0. Jag sköter mig själv utan att få mer smärta <input type="checkbox"/> 1. Jag sköter mig själv, men får mer smärta <input type="checkbox"/> 2. Jag sköter mig själv, men det gör ont och jag får vara försiktig <input type="checkbox"/> 3. Jag behöver en viss hjälp, men klarar det mesta själv <input type="checkbox"/> 4. Jag behöver hjälp varje dag med det mesta <input type="checkbox"/> 5. Jag klär inte på mig, har svårt att tvätta mig och ligger till sängs
<p>3. FÖRMÅGA ATT LYFTA</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 0. Jag kan lyfta tunga saker utan att få ont <input type="checkbox"/> 1. Jag kan lyfta tunga saker, men får ont <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 <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 <input type="checkbox"/> 4. Jag kan bara lyfta väldigt lätta saker <input type="checkbox"/> 5. Jag kan inte lyfta eller bära några saker 	<p>4. GÅNGFÖRMÅGA</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 0. Smärtan hindrar mig inte från att gå hur långt som helst <input type="checkbox"/> 1. Smärtan hindrar mig från att gå mer än 1 km <input type="checkbox"/> 2. Smärtan hindrar mig från att gå mer än 500 m <input type="checkbox"/> 3. Smärtan hindrar mig från att gå mer än 100 m <input type="checkbox"/> 4. Jag kan bara gå om jag använder käpp eller kryckor <input type="checkbox"/> 5. Jag ligger mestadels till sängs och måste krypa till toaletten
<p>5. FÖRMÅGA ATT SITTA</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 0. Jag kan sitta i vilken stol som helst så länge jag vill <input type="checkbox"/> 1. Jag kan sitta i min favoritstol så länge jag vill <input type="checkbox"/> 2. Smärtan hindrar mig från att sitta mer än 1 timme <input type="checkbox"/> 3. Smärtan hindrar mig från att sitta mer än 30 minuter <input type="checkbox"/> 4. Smärtan hindrar mig från att sitta mer än 10 minuter <input type="checkbox"/> 5. Smärtan hindrar mig från att sitta över huvud taget 	<p>6. FÖRMÅGA ATT STÅ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 0. Jag kan stå så länge jag vill utan att få mer ont <input type="checkbox"/> 1. Jag kan stå så länge jag vill, men får mer ont <input type="checkbox"/> 2. Smärtan hindrar mig från att stå mer än 1 timme <input type="checkbox"/> 3. Smärtan hindrar mig från att stå mer än 30 minuter <input type="checkbox"/> 4. Smärtan hindrar mig från att stå mer än 10 minuter <input type="checkbox"/> 5. Smärtan hindrar mig från att stå över huvud taget
<p>7. SÖMN</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 0. Smärtan hindrar mig inte från att sova <input type="checkbox"/> 1. Smärtan hindrar mig ibland från att sova <input type="checkbox"/> 2. På grund av smärtan sover jag mindre än 6 timmar per natt <input type="checkbox"/> 3. På grund av smärtan sover jag mindre än 4 timmar per natt <input type="checkbox"/> 4. På grund av smärtan sover jag mindre än 2 timmar per natt <input type="checkbox"/> 5. Smärtan hindrar mig från att sova över huvud taget 	<p>8. SEXUALFUNKTION</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 0. Mitt sexualliv är normalt och orsakar inte mer smärta <input type="checkbox"/> 1. Mitt sexualliv är normalt men orsakar viss ökad smärta <input type="checkbox"/> 2. Mitt sexualliv är nästan normalt men väldigt smärtande <input type="checkbox"/> 3. Mitt sexualliv är starkt begränsat på grund av smärta <input type="checkbox"/> 4. Mitt sexualliv är nästan obefintligt på grund av smärta <input type="checkbox"/> 5. Smärtan hindrar mig från sexualliv över huvud taget
<p>9. SOCIALT LIV</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 0. Mitt sociala liv är normalt och ger ej ökade smärtor <input type="checkbox"/> 1. Mitt sociala liv är normalt men ökar smärtan <input type="checkbox"/> 2. Smärtan påverkar inte mitt sociala liv nämnvärt, men förhindrar mig att utföra mer ansträngande aktiviteter, såsom dans, motion och idrott <input type="checkbox"/> 3. Smärtan har begränsat mitt sociala liv och jag går inte ut så ofta <input type="checkbox"/> 4. Smärtan har begränsat mitt sociala liv och jag måste hålla mig hemma <input type="checkbox"/> 5. Jag har inget socialt liv på grund av smärtan 	<p>10. RESOR</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 0. Jag kan resa vart som helst utan att få mer ont <input type="checkbox"/> 1. Jag kan resa vart som helst men får mer ont <input type="checkbox"/> 2. Smärtan blir svår men jag klarar resor på mer än 2 timmar <input type="checkbox"/> 3. Smärtan hindrar mig från att göra resor på mer än 1 timme <input type="checkbox"/> 4. Smärtan gör att jag bara kan göra nödvändiga resor kortare än 30 minuter <input type="checkbox"/> 5. Smärtan hindrar mig att göra andra resor än för att få behandling

Frågor om din hälsa

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



26. 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

27. 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