



Patientformulär

**Bättre Omhändertagande
av patienter med Artros**

Uppföljning

Tack för att Du tar Dig tid att svara på samtliga frågor!
All information Du lämnar kommer att behandlas konfidentiellt och sparas i enlighet
med gällande lagar och föreskrifter för hantering av personuppgifter.

**Observera att alla frågor skall besvaras! Detta för att en riktig statistisk analys
skall kunna göras.**

Tack för Din medverkan!

Enhet: _____

Uppföljning

3 månader

Dagens datum: _____

Personnummer:

-

Först några frågor som handlar om Din höft eller Ditt knä.

Har Du fått en ny höft- eller knäled inopererad sedan Du gick artrosskolan?

Ja Nej

Vilken led har Du besvär från:

Höft Knä

Jag har inte besvär från höft eller knä längre

Vilken sida har Du mest besvär från:

Höger Vänster

Har Du besvär från den andra höften/knäet?

Ja Nej

Har Du gångsvårigheter till följd av Dina höft/knä besvär?

Ja Nej

Har Du av någon annan anledning svårt att gå?
(t.ex. smärtor från andra leder, ryggvärk, kärlkramp eller andra sjukdomar som påverkar Din gåmförmåga)

Ja Nej

Har Du besvär från hand-/fingerleder?

Ja Nej

Hur ofta har Du ont i knä/höft?

Aldrig Varje månad Varje vecka Varje dag Alltid

Är Du rädd Dina leder tar skada av fysisk
träning/aktivitet?

Ja

Nej

Sätt ett **KRYSS** på det *streck* som Du tycker motsvarar Din genomsnittliga
smärtupplevelse från den aktuella höften/knäet under senaste månaden:

Ingen
smärta

Maximal
smärta



lätt

måttlig

medelsvår

svår

outhärdlig

Har Du så mycket besvär från höft/knä att Du vill
bli opererad?

Ja

Nej

***Observera att ditt svar på denna fråga inte
påverkar din vård och ej heller läses av läkaren***

**Här följer några frågor som handlar om Ditt allmänna hälsotillstånd.
Markera, genom att kryssa i en ruta för varje område nedan, det
påstående som bäst stämmer överens med hur Du upplever ditt allmänna
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 mina huvudsakliga aktiviteter

Jag har vissa problem med att klara av mina huvudsakliga aktiviteter

Jag klarar inte av mina huvudsakliga aktiviteter

Smärtor/besvär

Jag har varken smärtor eller besvär

Jag har måttliga smärtor eller besvär

Jag har svåra smärtor eller besvär

Oro/nedstämdhet

Jag är inte orolig eller nedstämd

Jag är orolig eller nedstämd i viss utsträckning

Jag är i högsta grad orolig eller nedstämd

Följande frågor handlar om Din arbetsförmåga och sjukskrivning

Hur ser Din arbetssituation ut idag? Kryssa i det alternativ som bäst beskriver Din situation.

- Arbete/studier
 Sjukskriven heltid
 Sjukskriven deltid
 Pension
 Arbetslös

Nu följer några frågor om Din fysiska aktivitetsnivå.

FYSISK AKTIVITET är all aktivitet som får Ditt hjärta att slå snabbare och som gör Dig andfådd och varm. Fysisk aktivitet kan man hålla på med i idrottssammanhang, på fritiden, eller i vardagen. Några exempel på fysisk aktivitet är att promenera, cykla, dansa ... men också dammsuga eller arbeta i trädgården.

När Du svarar på nästa fråga, lägg ihop all tid som Du är fysiskt aktiv varje dag.

Hur många dagar är Du fysiskt aktiv sammanlagt minst 30 minuter om dagen under en vanlig, typisk vecka?

0 1 2 3 4 5 6 7

dag/dagar

TRÄNING är en form av fysisk aktivitet som är planerad och strukturerad. Träning utförs för att förbättra valda aspekter av hälsan, så som kondition eller styrka. Några exempel på träning är löpning, raska promenader, cykling, åka skidor, simma eller gymnastisera.

Hur ofta brukar Du vanligtvis träna så att Du blir andfådd eller svettas?

- Aldrig
- Mindre än en gång i månaden
- 1-2 gånger i månaden
- 1 gång i veckan
- 2-3 gånger i veckan
- 4-6 gånger i veckan
- Varje dag

Om Du tränar, i genomsnitt, hur länge brukar Du vanligtvis träna varje gång?

- mindre än 15 minuter
- 15-30 minuter
- 31-60 minuter
- mer än 1 timme

Hur har Din fysiska aktivitetsnivå förändrats under de senaste 3 månaderna?

- minskat kraftigt
- minskat något
- oförändrad
- ökat något
- ökat kraftigt

Aktivitetsbedömning. Här ska Du uppskatta din fysiska aktivitetsnivå. Bedömningen görs med hänsyn till hur aktiviteten belastar höft och knä. Markera med en ring runt den siffra som bäst beskriver Din fysiska aktivitet den senaste månaden. (Markera endast ett alternativ.)

10. Deltar regelbundet i fysisk aktivitet med *hög belastning* (t.ex. jogging, tennis, skidåkning, akrobatik, balett, tungt kroppsarbete, fjällvandring)
9. Deltar ibland i fysisk aktivitet med *hög belastning* (t.ex. jogging, tennis, skidåkning, akrobatik, balett, tungt kroppsarbete, fjällvandring)
8. Är regelbundet *mycket* fysiskt aktiv (t.ex. bowling och golf)
7. Är regelbundet fysiskt aktiv (t.ex. cykling)
6. Är regelbundet måttligt fysiskt aktiv (t.ex. motionssimning, tungt hushållsarbete, alla typer av inköp)
5. Är ibland måttligt fysiskt aktiv (t.ex. motionssimning, tungt hushållsarbete, alla typer av inköp)
4. Deltar regelbundet i lätt fysisk aktivitet (t.ex. promenader, lättare hushållsarbete, mindre inköp)
3. Deltar ibland i lätt fysisk aktivitet (t.ex. promenader, lättare hushållsarbete, mindre inköp)
2. Mestadels inaktiv (endast begränsad daglig aktivitet)
1. Helt inaktiv (beroende av andra, kan inte lämna hemmet)

Följande frågor handlar om Din tillfredsställelse med Artrosskolan

Vad tyckte Du om Artrosskolan?

- Mycket dåligt
- Dåligt
- Varken bra eller dåligt
- Bra
- Mycket bra
-
- Kan ej bedöma

Hur ofta tillämpar Du det Du lärt dig på Artrosskolan i Din vardag?

- Aldrig
- Varje månad
- Varje vecka
- Varje dag
- Flera gånger dagligen
-
- Kan ej bedöma

ARTHRITIS SELF-EFFICACY SCALE (ASES-S)

Upplevd kapacitet – smärta

Med följande frågor vill vi ta reda på hur Din smärta och värk påverkar Dig. Vid varje fråga ska Du ringa in den siffra som bäst beskriver hur säker Du känner Dig på att Du nu kan utföra följande uppgifter.

Exempel:

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1. Hur säker känner Du Dig på att Du kan minska Din smärta avsevärt?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
mycket osäker				någorlunda säker					mycket säker

2. Hur säker är Du på att Du kan fortsätta med Dina dagliga aktiviteter?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
mycket osäker				någorlunda säker					mycket säker

3. Hur säker är Du på att Du kan undvika att Din smärta stör Din sömn?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
mycket osäker				någorlunda säker					mycket säker

4. Hur säker är Du på att Du kan åstadkomma en liten till måttlig minskning av Din smärta genom andra metoder än ökad medicinering?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
mycket osäker				någorlunda säker					mycket säker

5. Hur säker är Du på att Du kan åstadkomma en avsevärd minskning av Din smärta genom andra metoder än ökad medicinering?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
mycket osäker				någorlunda säker					mycket säker

Upplevd kapacitet – andra symptom

Med följande frågor vill vi ta reda på din förmåga att påverka Din sjukdom. Vid varje fråga ska Du ringa in den siffra som bäst beskriver hur säker Du känner Dig på att Du nu kan utföra följande aktiviteter eller uppgifter.

Exempel:

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1. Hur säker är Du på att Du kan påverka Din trötthet?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
mycket osäker				någorlunda säker					mycket säker

2. Hur säker är Du på att Du kan anpassa Dina aktiviteter så att Du kan vara aktiv utan att förvärra Dina besvär?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
mycket osäker				någorlunda säker					mycket säker

3. Hur säker är Du på att Du kan göra något för att muntra upp Dig om Du känner dig nere?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
mycket osäker				någorlunda säker					mycket säker

4. Jämfört med andra personer med besvär som liknar Dina, hur säker är Du på att Du kan hantera Din smärta under dagliga aktiviteter?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
mycket osäker				någorlunda säker					mycket säker

5. Hur säker är Du på att Du kan hantera Dina symptom så att Du kan göra saker Du tycker om att göra?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
mycket osäker				någorlunda säker					mycket säker

6. Hur säker är Du på att Du kan hantera den besvikelse/vanmakt som en sjukdom medför?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
mycket osäker				någorlunda säker					mycket säker