

# Frågeformulär

*till personer med reumatisk ryggsjukdom*

*Ett varmt tack på förhand  
för din medverkan!*

## **Frågeformulär** *till personer med reumatisk ryggsjukdom*

Teckningar: Ann-Christine Blomquist, mobil 070-586 94 41  
Layout och tryck: Wallin & Dalholm, april 2009

## Bästa/Bäste deltagare

Vid genomgång av vårdsökande i Region Skåne har vi sett att du någon gång fått diagnosen reumatisk ryggsjukdom. Reumatisk ryggsjukdom (även benämnd spondylartrit, SpA) är en samlingsbeteckning för ett antal olika reumatiska sjukdomar, bland annat ingår i denna grupp Bechterews sjukdom, pelvospondylit, spondylit, psoriasisartrit och reaktiv artrit. I formuläret använder vi genomgående beteckningen reumatisk ryggsjukdom.

Idag finns det otillräcklig kunskap om de reumatiska ryggsjukdomarna, både avseende hur personer med dessa sjukdomar mår och vilka kostnader som sjukdomen medför. Detta frågeformulär är ämnat att ge djupare insikter i dessa frågor och vi skulle därför uppskatta om du tar dig tid att svara på våra frågor.

Det är bara du som känner till alla de sjukvårdsresurser och den service som du behöver, och bara du som kan bedöma vilka effekter sjukdomen har på din livskvalitet och dina dagliga aktiviteter. Ditt bidrag är därför värdefullt för att vi skall få bättre kännedom om de konsekvenser som sjukdomen medför.

All information i detta frågeformulär behandlas strikt konfidentiellt. Dina svar kommer att sammanställas med ett stort antal andra svar, vilket omöjliggör identifiering av din identitet.

Innan du besvarar frågeformuläret ber vi dig fylla i den bifogade samtyckesblanketten samt läsa instruktionen på nästa sida. Vi skulle uppskatta ditt svar inom 14 dagar.

*Med vänlig hälsning*



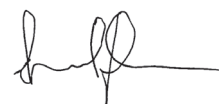
ELISABETH LINDQVIST  
överläkare i reumatologi  
Universitetssjukhuset i Lund



INGEMAR PETERSSON  
docent, överläkare i reumatologi  
Universitetssjukhuset i Lund



ELKE THEANDER  
överläkare i reumatologi  
Universitetssjukhuset MAS,  
Malmö



LENNART JACOBSSON  
professor, överläkare i reumatologi  
Universitetssjukhuset MAS,  
Malmö

## Instruktion

I formuläret använder vi oss genomgående av beteckningen reumatisk ryggsjukdom för alla de diagnoser som hör till gruppen reumatiska ryggsjukdomar. Detta kan innebära att just du kanske inte känner igen dig i vissa frågor, men vi ber dig att försöka besvara frågorna. Ett antal frågor ska dock endast besvaras om du har psoriasisartrit. Detta anges tydligt i frågeformuläret.

Var vänlig notera att tidsperioderna för vilka vi vill veta kostnaderna varierar mellan olika frågor. De flesta frågor avser de senaste 3 månaderna men för några frågor, t ex den om Läkemedel, gäller endast 1 månad.

Tänk på att endast ange de kostnader och situationer som hänför sig till din reumatiska ryggsjukdom. Om du har besökt en läkare eller använt läkemedel p.g.a. annan sjukdom (t ex förkylning) ska detta inte inkluderas.

### Vid frågor

Kontakta Emma Haglund eller Sofia Löfvendahl, MORSE-projektet:  
telefon: 046-17 13 80,  
e-post: [emma.haglund@morse.nu](mailto:emma.haglund@morse.nu) eller  
[sofia.lofvendahl@morse.nu](mailto:sofia.lofvendahl@morse.nu)

Ansvarig projektledare: Ingemar Petersson, docent, MORSE-projektet.

*Tack för Din medverkan!*



- 1.8** Är du för närvarande anställd eller driver egen verksamhet? JA   
 NEJ   
 TIMANSTÄLLD

*Om Ja,*

- 1.8.1** Hur många timmar per vecka ska du arbeta enligt ditt anställningsavtal? TIMMAR

- 1.9** Hur många timmar per vecka arbetar du just nu? (du är kanske deltidssjukskriven) TIMMAR

- 1.10** Har du behövt ändra dina arbetsuppgifter pga din reumatiska ryggsjukdom? JA  NEJ

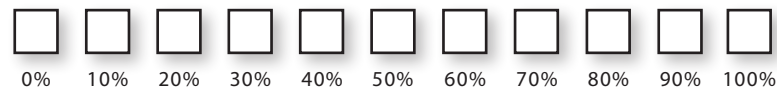
- 1.11** Har du under den senaste veckan upplevt dig vara mindre produktiv på arbetet än du brukar vara pga värk eller trötthet? JA  NEJ

*Om Ja,*

- 1.11.1** Under den senaste veckan, i vilken utsträckning påverkade din reumatiska ryggsjukdom din produktivitet **medan du arbetade**? Tänk på de dagar då det fanns begränsningar i den mängd eller typ av arbete du kunde utföra, dagar då du utträttade mindre än du önskade eller dagar då du inte kunde göra ditt arbete så noggrant som vanligt. Om din reumatiska ryggsjukdom påverkade ditt arbete i endast mindre grad väljer du att nedan kryssa för ett lågt procenttal. Kryssa för ett högt procenttal om din reumatiska ryggsjukdom påverkade ditt arbete avsevärt.

Ta bara hänsyn till i vilken utsträckning din reumatiska ryggsjukdom påverkade din produktivitet medan du arbetade

MIN REUMATISKA RYGG-SJUKDOM HADE INGEN PÅVERKAN PÅ MITT ARBETE



MIN REUMATISKA RYGG-SJUKDOM HINDRADE MIG FULLSTÄNDIGT FRÅN ATT ARBETA

## Del 2. Längd, vikt och levnadsvanor

2.1 Hur lång är du? (svara i hela centimeter) CM

2.2 Vad väger du? (svara i hela kilo. Om du är gravid, ange hur mycket du brukar väga) KG

2.3 Röker du? JA   
HAR SLUTAT   
NEJ, HAR ALDRIG RÖKT REGELBUNDET

*Om du svarat "Ja" eller "Har slutat",*  
2.3.1 Hur gammal var du när du började röka första gången? ÅLDER

2.3.2 Slutade röka år? (ange senaste tillfället) ÅR

2.3.3 Hur mycket röker du? 1-10 CIGARETTER/DAG   
11-20 CIGARETTER/DAG   
21-40 CIGARETTER/DAG   
41 CIGARETTER ELLER MER

2.4 Snusar du? JA   
HAR SLUTAT   
NEJ, HAR ALDRIG SNUSAT REGELBUNDET

*Om du svarat "Har slutat",*  
2.4.1 Slutade snusa år? (ange senaste tillfället) ÅR

**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 nedanstående frågor, **lägg ihop all tid som du är fysiskt aktiv varje dag**. Sätt ett kryss i rutan för det alternativ som du tycker stämmer in bäst på dig.

**2.5** Hur många dagar under en vanlig typisk vecka är du fysiskt aktiv sammanlagt minst 30 minuter om dagen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 hälsa, så som kondition eller styrka. Några exempel på träning är löpning, raska promenader, åka skidor, simma eller gymnastisera. Sätt ett kryss i rutan för det alternativ som du tycker stämmer in bäst på dig.

**2.6** Hur ofta brukar du vanligtvis träna så att du blir andfådd eller svettas?

VARJE DAG

4-5 GÅNGER I VECKAN

2-3 GÅNGER I VECKAN

EN GÅNG I VECKAN

1-2 GÅNGER I MÅNADEN

MINDRE ÄN 1 GÅNG/MÅN

ALDRIG

**2.7** 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



### Del 3. Din reumatiska ryggsjukdom

3.1 Vilket år debuterade dina symptom från din reumatiska ryggsjukdom? ÅR

3.2 Vilket år fick du din diagnos på reumatisk ryggsjukdom? ÅR

3.3 Vem har ställt diagnosen?

LÄKARE PÅ REUMATOLOGISK MOTTAGNING

LÄKARE PÅ KIRURGI- ELLER ORTOPEDMOTTAGNING

DISTRIKTLÄKARE/ HUSLÄKARE

VET EJ

3.4 Hur svår anser du att din reumatiska ryggsjukdom har varit i genomsnitt under **den senaste veckan**?

MYCKET LINDRIG

LINDRIG

MÅTTLIGT SVÅR

SVÅR

MYCKET SVÅR

3.5 Ange genom att kryssa i en ruta hur mycket smärta du haft i genomsnitt under **den senaste veckan**?

INGEN SMÄRTA            VÄRSTA TÄNKBARA SMÄRTA

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3.6 Ange genom att kryssa i en ruta graden av besvär med trötthet du upplevt under **den senaste veckan**?

INGEN TRÖTTHET            VÄRSTA TÄNKBARA TRÖTTHET

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3.7 Ange genom att kryssa i en ruta hur du känner dig allmänt sett, med tanke på din reumatiska ryggsjukdom?

HELT BRA            SÅ DÅLIGT SOM TÄNKAS KAN

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**3.8** Tar du för närvarande eller har du tidigare tagit några mediciner för din reumatiska ryggsjukdom?

J A

NEJ, HAR ALDRIG TAGIT NÅGRA MEDICINER FÖR MIN REUMATISKA RYGG-SJUKDOM

*Om Ja,*

**3.8.1** Vilken/vilka mediciner tar du just nu/har tagit för din reumatiska ryggsjukdom? (det går bra att markera fler än ett alternativ)

	TAR NU		TAGIT TIDIGARE MEN SLUTAT	
	J A	NEJ	J A	NEJ
Salazopyrin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Methotrexate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prednisolon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enbrel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remicade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan 1: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan 2: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan 3: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan 4: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Del 4. Ryggvärk

4.1 Har du haft ryggvärk under den **senaste månaden**? JA  NEJ

4.2 Har du haft värk från rygg/ skinkor under de **senaste 12 månaderna**? JA  NEJ

*Om Ja,*

4.2.1 Ungefär hur många dagar har du haft ont i din rygg under de senaste 12 månaderna? 1-7 DAGAR

8-30 DAGAR

1-3 MÅNADER

MER ÄN 3 MÅNADER

4.2.2 Upplever du morgonstelhet i ryggen som kvarstår mer än en halvtimme? JA  NEJ

4.2.3 Minskar ryggsmärtan/stelheten vid rörelse? JA  NEJ

4.2.4 Kvarstår ryggsmärtan/stelheten vid vila? JA  NEJ

4.2.5 Vaknar du på morgontimmarna av smärtor i ryggen? JA  NEJ

4.2.6 Har du smärtor från skinkorna som alternerar mellan höger/vänster sida? JA  NEJ

4.3 Har din reumatiska ryggsjukdom givit symtom från andra organ, t ex ögon (iriter), senor (tendiniter) etc? JA  NEJ

4.4 Finns det släktförekomst av reumatisk ryggsjukdom, psoriasis, tarmsjukdom eller annan reumatisk sjukdom? JA  NEJ

4.5 Har du problem med psoriasis från huden? JA  NEJ

4.6 Har du någon tarminflammatorisk sjukdom, såsom ulcerös kolit/Crohns sjukdom? JA  NEJ

## Del 5. Värk och smärta

Frågorna avser värk och smärta i leder och mjukdelar som är ihållande eller regelbundet återkommande.

5.1 Har du under de senaste 12 månaderna haft värk eller smärta som varat mer än 3 månader?

JA

NEJ

VET EJ

*Om Ja*

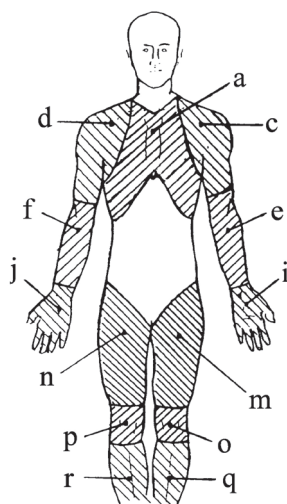
5.1.1 Har du fortfarande värk eller smärta?

JA

NEJ

5.1.2 Markera med **ett eller flera kryss** i rutorna nedan alla de ställen på kroppen där du upplevt värk eller smärta **mer än 3 månader under de senaste 12 månaderna!**

Notera att de små bokstäverna syftar till bestämda områden av kroppen som är avgränsade i nedanstående figurer



a. BRÖSTKORGENS FRAMSIDA

b. NACKE

c. VÄ SKULDRA/ÖVERARM

d. HÖ SKULDRA/ÖVERARM

e. VÄ ARMBÅGE/UNDERARM

f. HÖ ARMBÅGE/UNDERARM

g. BRÖSTRYGG

h. LÄNDRYGG/KORSRYGG

i. VÄ HAND/HANDED

j. HÖ HAND/HANDED

k. VÄ SKINKA

l. HÖ SKINKA

m. VÄ HÖFT/LÅR

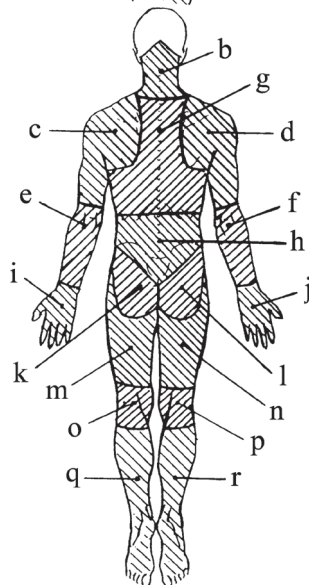
n. HÖ HÖFT/LÅR

o. VÄ KNÄ

p. HÖ KNÄ

q. VÄ UNDERBEN/FOT

r. HÖ UNDERBEN/FOT



## Del 6. Din psoriasis eller psoriasisartrit

Denna del av frågeformuläret ska endast besvaras om du har fått diagnosen psoriasis eller psoriasisartrit. Om inte, gå direkt till del 7 "Sjukvårdbesök hos privata vårdgivare" på sidan 15.

6.1 På vilka ställen har du för närvarande hudpsoriasis (ett eller flera alternativ)?

HÅRBOTTEN	<input type="checkbox"/>	RYGG	<input type="checkbox"/>
ÖVERARMAR	<input type="checkbox"/>	NAVEL	<input type="checkbox"/>
ARMBÅGAR	<input type="checkbox"/>	UNDERLIV	<input type="checkbox"/>
UNDERARMAR	<input type="checkbox"/>	SKINKOR	<input type="checkbox"/>
HANDRYGGAR	<input type="checkbox"/>	ARMHÅLOR	<input type="checkbox"/>
LÅR	<input type="checkbox"/>	LJUMSKAR	<input type="checkbox"/>
KNÄN	<input type="checkbox"/>	FOTSULOR	<input type="checkbox"/>
UNDERBEN	<input type="checkbox"/>	HANDFLATOR	<input type="checkbox"/>
BRÖST	<input type="checkbox"/>	NAGLAR	<input type="checkbox"/>
MAGE	<input type="checkbox"/>		

ANNAN KROPPSDEL:

.....  
FRI FRÅN PSORIASIS  
FÖR NÄRVARANDE

6.2 Hur svår anser du att din hudpsoriasis är nu?

MYCKET LINDRIG

LINDRIG

MÅTTLIGT SVÅR

SVÅR

MYCKET SVÅR

6.3 Ange genom att kryssa i en ruta hur du känner dig allmänt sett, med tanke på din **hudsjukdom**?

HELT BRA

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

SÅ DÅLIGT SOM TÄNKAS KAN

6.4 Har du fått behandling med mjukgörare/krämer pga din psoriasis under de **senaste 3 månaderna**?

J A

NEJ

6.5 Har du fått ljusbehandling (UVB, PUVA, Bucky) pga din psoriasis under de **senaste 3 månaderna**? JA  NEJ

*Om Ja,*

6.5.1 Uppskatta dina privata resekostnader för transport till och från ljusbehandling under de senaste 3 månaderna ..... SEK

6.5.2 Har du behövt avstå från arbetet för att genomgå ljusbehandling under de senaste 3 månaderna? JA  NEJ

*Om Ja,*

6.5.2.1 Uppskatta antal timmar du behövt avstå från arbetet för att genomgå ljusbehandling under de senaste 3 månaderna? TIMMAR

6.6 Har du fått kortisonspruta i någon led pga din psoriasisartrit under de **senaste 3 månaderna**? JA  NEJ

6.7 Har du varit på vård- och behandlingsresa utomlands (sk klimatvård) pga din psoriasis/psoriasisartrit under de **senaste 12 månaderna**? JA  NEJ

*Om Ja,*

6.7.1 Var fick du vård och hur länge?

Landstingsfinansierad resa till Vintersol, Teneriffa  DAGAR

Landstingsfinansierad resa till Valle Marina, Gran Canaria  DAGAR

Landstingsfinansierad resa till Benicasim, Spanien  DAGAR

Landstingsfinansierad resa till Igalo, Montenegro  DAGAR

Landstingsfinansierad resa till Terme Dolenjske Toplice, Slovenien  DAGAR

Landstingsfinansierad resa till annan ort, ange vilken  DAGAR

Helt privat finansierad resa, ange ort  DAGAR

6.7.2 Om du bekostade resan själv, uppskatta dina utlägg för resan ..... SEK

## Del 7. Sjukvårdsbesök hos privata vårdgivare

Via Region Skånes vårddataregister har vi tillgång till information om dina besök hos offentliga vårdgivare. Här är vi därför endast intresserade av information om dina besök hos privata vårdgivare.

7.1 Har du besökt någon läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal på privat mottagning pga din reumatiska ryggsjukdom under de **senaste 3 månaderna**? JA  NEJ

*Om Ja,*

7.1.1 Markera vem du träffade och antal besök

ANTAL  
BESÖK

Allmänläkare

Reumatolog

Dermatolog (hudläkare)

Annan läkare: .....

Sjukgymnast

Dietist

Annan vårdgivare 1: .....

Annan vårdgivare 2: .....

Annan vårdgivare 3: .....

Annan vårdgivare 4: .....

## Del 8. Egenvård

8.1 Har du fått någon behandling utanför hälso- och sjukvården för din reumatiska ryggsjukdom som du själv betalt **under de senaste 3 månaderna?**

J A

NEJ

Observera att det gäller behandlingar utöver de som täcks av högkostnadsskyddet ("frikort")

*Om Ja,*

8.1.1 Markera vilken behandling och antal besök samt vad du själv betalat

		ANTAL BESÖK	BELOPP DU SJÄLV BETALAT
Akupunktur	<input type="checkbox"/>	____	..... SEK
Homeopati, naturmedel	<input type="checkbox"/>	____	..... SEK
Annan (t ex kiropraktor, naprapat, massör, zonerapi)	<input type="checkbox"/>	____	..... SEK
Träning (enskilt, i grupp, bassäng etc)	<input type="checkbox"/>	____	..... SEK
Hudvård	<input type="checkbox"/>	____	..... SEK
Fotvård	<input type="checkbox"/>	____	..... SEK
Solarium	<input type="checkbox"/>	____	..... SEK





## Del 9. Läkemedel

Då vi har tillgång till uppgifter om receptbelagda läkemedel från Läkemedelsregistret är vi i detta avsnitt endast intresserade av inköp av receptfria läkemedel.

- 9.1 Har du köpt några receptfria mediciner (t ex Ipren, Alvedon, Panodil, kräm, salva) för din reumatiska ryggsjukdom **under den senaste månaden**? JA  NEJ

Om Ja,

- 9.1.1 Vad kostade dessa mediciner dig ungefär ..... SEK under den senaste månaden?



## Del 10. Tjänster

- 10.1** Har du behövt hjälp i ditt hem pga din reumatiska ryggsjukdom under **de 3 senaste månaderna**? JA  NEJ

*Om Ja,*

- 10.1.1** Markera vilken tjänst och antal nyttjade timmar/dagar samt vad du själv betalat.

		ANTAL TIMMAR PER DAG	ANTAL DAGAR	BELOPP DU SJÄLV BETALT
Hemtjänst	<input type="checkbox"/>	_____	_____	..... SEK
Hemsjukvård	<input type="checkbox"/>	_____	_____	..... SEK
Personlig assistent	<input type="checkbox"/>	_____	_____	..... SEK
Färdtjänst	<input type="checkbox"/>	_____	_____	..... SEK
Barnpassning	<input type="checkbox"/>	_____	_____	..... SEK
Köp av tjänster (t ex städning, underhåll av bostad, tvätthjälp)	<input type="checkbox"/>	_____	_____	..... SEK

- 10.2** Fanns det dagar, under **de 3 senaste månaderna**, när du fick kostnadsfri hjälp av familj eller vänner för att uträtta vardagliga aktiviteter pga din reumatiska ryggsjukdom? JA  NEJ

*Om Ja,*

- 10.2.1** Hur många dagar under den senaste månaden? DAGAR \_\_\_\_\_

- 10.2.2** Hur många timmar per dag, i genomsnitt? TIMMAR/DAG \_\_\_\_\_

## Del 11. Anpassningar och hjälpmedel

11.1 Har du anpassat ditt boende, din bil eller har du skaffat speciella hjälpmedel pga. din reumatiska ryggsjukdom under de 3 senaste månaderna?

JA

NEJ

*Om Ja,*

11.1.1 Markera gjorda förändringar samt vad du själv betalat.

BELOPP DU  
SJÄLV BETALT

Förändring i hus/lägenhet

..... SEK

Förändring i bil

..... SEK

Skor

..... SEK

Skoinlägg

..... SEK

Handledshylsor

..... SEK

Käpp

..... SEK

Rollator

..... SEK

El-rullstol

..... SEK

Manuell rullstol

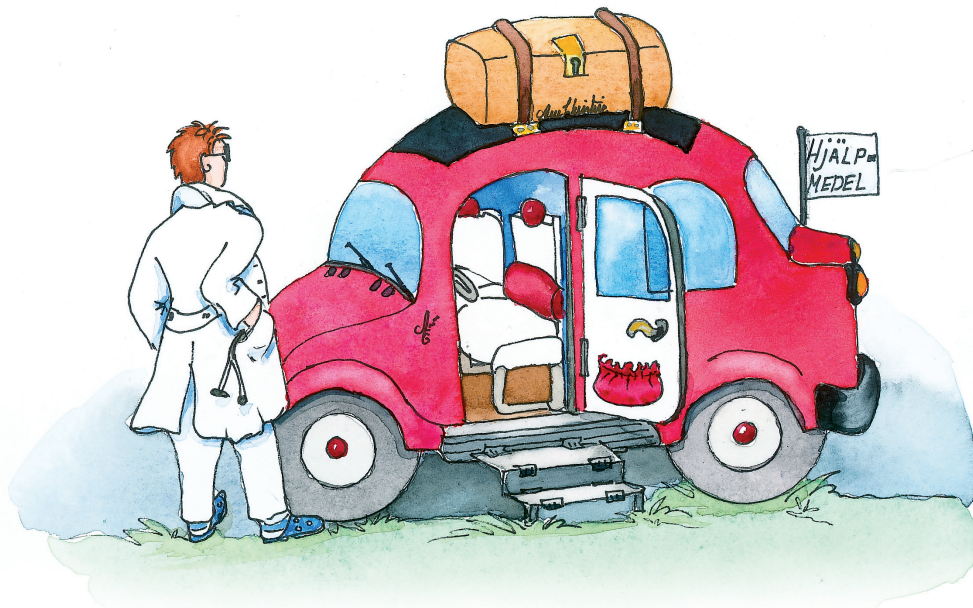
..... SEK

Arbetsstol

..... SEK

Övriga hjälpmedel  
(för matlagning, datoranpassning  
för att kunna skriva etc)

..... SEK



## Del 12. Ditt allmänna hälsotillstånd

Markera, genom att kryssa i en ruta i varje nedanstående grupp, vilket påstående som bäst beskriver ditt hälsotillstånd i dag.

### 12.1 Rörlighet

Jag går utan svårigheter

Jag kan gå men med viss svårighet

Jag är sängliggande

### 12.2 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

### 12.3 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

### 12.4 Smärtor/besvär

Jag har varken smärtor eller besvär

Jag har måttliga smärtor eller besvär

Jag har svåra smärtor eller besvär

### 12.5 Oro/nedstämdhet

Jag är inte orolig eller nedstämd

Jag är orolig eller nedstämd i viss utsträckning

Jag är i högsta grad orolig eller nedstämd

## Del 13. Sjukdomsaktivitet

Denna del av frågeformuläret ska endast besvaras om du har eller har haft reumatisk ryggvärk. Om inte, gå direkt till del 14 "Aktivitetsförmåga" på sidan 22. Frågorna nedan berör din upplevda sjukdomsaktivitet den senaste veckan. Sätt ett kryss i rutan för den svårighetsgrad som du tycker stämmer bäst in på dig.

13.1 Hur upplevde Du Din trötthet i allmänhet?

INGEN            MYCKET SVÅR

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13.2 Hur upplevde Du vanligen Din nack- rygg- och höftsmärta?

INGEN            MYCKET SVÅR

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13.3 Hur upplevde Du i allmänhet Din smärta/svullnad i andra leder än nacke, rygg och höfter?

INGEN            MYCKET SVÅR

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13.4 Hur upplevde Du vanligen Ditt obehag från områden, som ömmar för tryck eller beröring?

INGEN            MYCKET SVÅR

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13.5 Hur upplevde Du vanligen Din morgonstelhet efter uppvaknandet?

INGEN            MYCKET SVÅR

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13.6 Hur länge efter uppvaknandet varade Din morgonstelhet i allmänhet?

0 TIM 1 TIMME MINST 2 TIMMAR

## Del 14. Aktivitetsförmåga

Här följer några frågor om din förmåga den senaste veckan i några olika aktiviteter. Sätt ett kryss i rutan för den svårighetsgrad som du tycker stämmer bäst in på dig. Obs! Som hjälpmedel räknas alla typer av redskap som underlättar en aktivitet.

14.1 Ta på strumpor eller strumpbyxor utan hjälpmedel (t ex strumppåtagare).

LÄTT             OMÖJLIGT  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14.2 Plocka upp en penna från golvet utan hjälpmedel och utan att ta stöd med hand eller knä.

LÄTT             OMÖJLIGT  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14.3 Nå upp till en hylla ovan huvudhöjd utan hjälp eller hjälpmedel (t ex griptång).

LÄTT             OMÖJLIGT  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14.4 Resa Dig från en köksstol utan att använda händerna eller annan hjälp.

LÄTT             OMÖJLIGT  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14.5 Resa Dig från ryggliggande på golvet.

LÄTT             OMÖJLIGT  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14.6 Stå utan stöd i 10 minuter utan obehag.

LÄTT             OMÖJLIGT  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14.7 Gå uppför 12 – 15 trappsteg utan att använda handstöd. **En fot på varje steg.**

LÄTT             OMÖJLIGT  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14.8 Titta över axeln utan att vrida kroppen.

LÄTT             OMÖJLIGT  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14.9 Utföra fysiskt krävande aktiviteter (t ex sjukgymnastisk träning, trädgårdsarbete eller sport).

LÄTT             OMÖJLIGT  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14.10 Vara aktiv en hel dag, hemma eller på arbetet.

LÄTT             OMÖJLIGT  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



## Del 15. Välbehinnande

Här följer några frågor om ditt upplevda välbefinnande den senaste veckan.  
Sätt ett kryss i rutan för den svårighetsgrad som du tycker stämmer bäst in på dig.

15.1 Markera vilken effekt sjukdomen hade på Ditt välbefinnande under den senaste veckan.

INGEN             MYCKET SVÅR

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15.2 Markera vilken effekt sjukdomen hade på Ditt välbefinnande under det senaste halvåret.

INGEN             MYCKET SVÅR

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



## Del 16. Hantering av värk och smärta

Här följer några frågor som berör hur din smärta och värk påverkar dig. Sätt ett kryss i rutan för det alternativ som bäst beskriver hur säker du känner dig på att du nu kan utföra följande uppgifter. Om du är osäker, kryssa ändå för det alternativ som känns riktigast.

16.1 Hur säker känner Du dig på att Du kan minska din smärta avsevärt?

<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"/>
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

MYCKET OSÄKER

NÅGORLUNDA SÄKER

MYCKET SÄKER

16.2 Hur säker är Du på att Du kan fortsätta med dina dagliga aktiviteter?

<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"/>
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

MYCKET OSÄKER

NÅGORLUNDA SÄKER

MYCKET SÄKER

16.3 Hur säker är Du på att Du kan undvika att din smärta stör din sömn?

<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"/>
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

MYCKET OSÄKER

NÅGORLUNDA SÄKER

MYCKET SÄKER

16.4 Hur säker är Du på att Du kan åstadkomma **en liten till måttlig minskning** av din smärta genom andra metoder än ökad medicinering?

<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"/>
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

MYCKET OSÄKER

NÅGORLUNDA SÄKER

MYCKET SÄKER

16.5 Hur säker är Du på att Du kan åstadkomma **en avsevärd minskning** av din smärta genom andra metoder än ökad medicinering?

<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"/>
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

MYCKET OSÄKER

NÅGORLUNDA SÄKER

MYCKET SÄKER



## Del 17. Hantering av symtom

Här följer några frågor som berör din förmåga att påverka din sjukdom. Sätt ett kryss i rutan för det alternativ som bäst beskriver hur säker du känner dig på att du kan utföra följande aktiviteter eller uppgifter. Om du är osäker, kryssa ändå för det alternativ som känns riktigast.

17.1 Hur säker är Du på att Du kan påverka din trötthet?

<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"/>
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

MYCKET OSÄKER

NÅGORLUNDA SÄKER

MYCKET SÄKER

17.2 Hur säker är Du på att Du kan anpassa dina aktiviteter så att Du kan vara aktiv utan att förvärra dina besvär?

<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"/>
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

MYCKET OSÄKER

NÅGORLUNDA SÄKER

MYCKET SÄKER

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

<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"/>
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

MYCKET OSÄKER

NÅGORLUNDA SÄKER

MYCKET SÄKER

17.4 Jämfört med andra personer med besvär som liknar dina hur säker är Du på att Du kan hantera din smärta under dagliga aktiviteter?

<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"/>
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

MYCKET OSÄKER

NÅGORLUNDA SÄKER

MYCKET SÄKER

17.5 Hur säker är Du på att Du kan hantera dina symtom så att Du kan göra saker Du tycker om att göra?

<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"/>
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

MYCKET OSÄKER

NÅGORLUNDA SÄKER

MYCKET SÄKER

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

<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"/>
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

MYCKET OSÄKER

NÅGORLUNDA SÄKER

MYCKET SÄKER

## Psykiskt välbefinnande

Här följer några påståenden som berör skilda områden i livet. Varje fråga har fyra möjliga svar. Besvara frågorna genom att sätta kryss i rutan för det alternativ som du tycker stämmer bäst in på dig. Om du är osäker, kryssa ändå för det alternativ som känns riktigast.

- |   |                                   |                          |
|---|-----------------------------------|--------------------------|
| 1 Jag känner mig spänd eller ”uppskruvad”   | FÖR DET MESTA                     | <input type="checkbox"/> |
|   | OFTA                              | <input type="checkbox"/> |
|   | DÅ OCH DÅ                         | <input type="checkbox"/> |
|   | INTE ALLS                         | <input type="checkbox"/> |
| 2 Jag uppskattar samma saker som förut  | PRECIS LIKA MYCKET                | <input type="checkbox"/> |
|   | INTE LIKA MYCKET                  | <input type="checkbox"/> |
|   | BARA LITE                         | <input type="checkbox"/> |
|   | KNAPPAST ALLS                     | <input type="checkbox"/> |
| 3 Jag får en slags känsla av rädsla som om någonting förfärligt håller på att hända | ALLDELES BESTÄMT OCH RÄTT ILLA    | <input type="checkbox"/> |
|   | JA, MEN INTE SÅ ILLA              | <input type="checkbox"/> |
|   | LITE, MEN DET OROAR MIG INTE      | <input type="checkbox"/> |
|   | INTE ALLS                         | <input type="checkbox"/> |
| 4 Jag kan skratta och se saker från den humoristiska sidan                          | LIKA MYCKET SOM JAG ALLTID KUNNAT | <input type="checkbox"/> |
|   | INTE LIKA MYCKET NU               | <input type="checkbox"/> |
|   | ABSOLUT INTE SÅ MYCKET NU         | <input type="checkbox"/> |
|   | INTE ALLS                         | <input type="checkbox"/> |
| 5 Oroande tankar kommer för mig   | MYCKET OFTA                       | <input type="checkbox"/> |
|   | INTE OFTA                         | <input type="checkbox"/> |
|   | IBLAND                            | <input type="checkbox"/> |
|   | FÖR DET MESTA                     | <input type="checkbox"/> |
| 6 Jag känner mig glad   | INTE ALLS                         | <input type="checkbox"/> |
|   | INTE OFTA                         | <input type="checkbox"/> |
|   | IBLAND                            | <input type="checkbox"/> |
|   | FÖR DET MESTA                     | <input type="checkbox"/> |

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

ABSOLUT

OFTAST

INTE OFTA

INTE ALLS

8 Jag känner mig som om jag gick på "lågt varv"

NÄSTAN JÄMT

MYCKET OFTA

IBLAND

INTE ALLS

9 Jag får en slags känsla av rädsla som om jag hade "fjärilar i magen"

INTE ALLS

NÅGON GÅNG

RÄTT OFTA

MYCKET OFTA

10 Jag har tappat intresset för mitt utseende

ABSOLUT

JAG BRYR MIG INTE OM DET SÅ MYCKET SOM JAG BORDE

JAG KANSKE INTE BRYR MIG OM DET RIKTIGT SÅ MYCKET

JAG BRYR MIG PRECIS LIKA MYCKET OM DET SOM FÖRUT

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

VERKLIGEN MYCKET

EN HEL DEL

INTE SÅ MYCKET

INTE ALLS

12 Jag ser fram emot saker och ting med glädje

LIKA MYCKET SOM FÖRUT

NÅGOT MINDRE ÄN JAG BRUKADE

KLART MINDRE ÄN JAG BRUKADE

NÄSTAN INTE ALLS

13 Jag får plötsliga panikkänslor

VERKLIGEN OFTA

RÄTT OFTA

INTE SÅ OFTA

INTE ALLS

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

OFTA

IBLAND

INTE SÅ OFTA

MYCKET SÄLLAN



*Ett **STORT** tack  
för din medverkan!*





