

Navn
Adresse
Postadresser

Bergen 05.10.2020

PASIENTSPØRRESKJEMA FRA NASJONALT HOFTEBRUDDREGISTER

Kjære **NAVN**

Alle i Norge som blir operert for hoftebrudd (dvs. lårhalsbrudd eller brudd øverst i lårbenet) blir registrert i Nasjonalt Hoftebruddregister. Dette er et nasjonalt kvalitetsregister som skal kvalitetssikre og forbedre behandlingen av pasienter med ulike typer hoftebrudd. Registeret vil også danne et viktig grunnlag for forskning på hoftebrudd.

I følge våre opplysninger ble du operert i **SIDE** hofte **OPERASJONS DATO**.

Det er nå omtrent 3 år siden du ble operert i hoften.

Vi sender deg nå et spørreskjema som vi håper du kan fylle ut og sende tilbake til oss. Dette er det siste skjemaet som er planlagt sendt til deg. Svarene fra deg vil være nyttige for å kunne gi best mulig behandling til pasienter med hoftebrudd. Dersom du har gjennomgått en ny operasjon i den samme hoften, ber vi om at du likevel svarer på spørsmålene.

Svarene vil bli behandlet konfidensielt. Vi ber om at du bare krysser av for ett alternativ for hvert spørsmål. Vennligst send det utfylte skjemaet i retur til oss i den vedlagte svarkonvolutten (Porto er betalt).

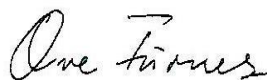
Mer informasjon om Nasjonalt Hoftebruddregister kan du få ved henvendelse til Nasjonalt Hoftebruddregister, Helse Bergen HF, Ortopedisk klinikk, Haukeland universitetssjukehus, Møllendalsbakken 7, 5021 BERGEN. Telefon 55 97 3742 / 55 97 64 50. Du kan også finne informasjon om registeret på <http://nrlweb.ihelse.net/>

Mange takk for hjelpen!

Vennlig hilsen



Jan-Erik Gjertsen
Seksjonsoverlege / førsteamanuensis
Leder for Nasjonalt Hoftebruddregister



Ove Furnes
Seksjonsoverlege / professor
Leder for Nasjonalt Register for Leddproteser

VEDLEGG:
Pasientspørreskjema



PASIENTSPØRRESKJEMA NASJONALT HOFTEBRUDDREGISTER

Dato for utfylling av skjema: |__|__| |__|__| |__|__|
(dag) (måned) (år)

Spørreskjemaet er besvart av:

Meg selv

eller ved hjelp av....(kryss av i ruten som gjelder)

Slektning (ektefelle, barn)

God venn eller annen nærstående

Annen privat person

Hjemmesykepleier/hjemmehjelp

Annen person, angi hvem: _____



Nasjonalt Hoftebruddregister

Under hver overskrift ber vi deg krysse av den **ENE** boksen som best beskriver helsen din **I DAG**.

GANGE

- Jeg har ingen problemer med å gå omkring
- Jeg har litt problemer med å gå omkring
- Jeg har middels store problemer med å gå omkring
- Jeg har store problemer med å gå omkring
- Jeg er ute av stand til å gå omkring

PERSONLIG STELL

- Jeg har ingen problemer med å vaske meg eller kle meg
- Jeg har litt problemer med å vaske meg eller kle meg
- Jeg har middels store problemer med å vaske meg eller kle meg
- Jeg har store problemer med å vaske meg eller kle meg
- Jeg er ute av stand til å vaske meg eller kle meg

VANLIGE GJØREMÅL (f.eks. arbeid, studier, husarbeid, familie- eller fritidsaktiviteter)

- Jeg har ingen problemer med å utføre mine vanlige gjøremål
- Jeg har litt problemer med å utføre mine vanlige gjøremål
- Jeg har middels store problemer med å utføre mine vanlige gjøremål
- Jeg har store problemer med å utføre mine vanlige gjøremål
- Jeg er ute av stand til å utføre mine vanlige gjøremål

SMERTER/UBEHAG

- Jeg har verken smerter eller ubehag
- Jeg har litt smerter eller ubehag
- Jeg har middels sterke smerter eller ubehag
- Jeg har sterke smerter eller ubehag
- Jeg har svært sterke smerter eller ubehag

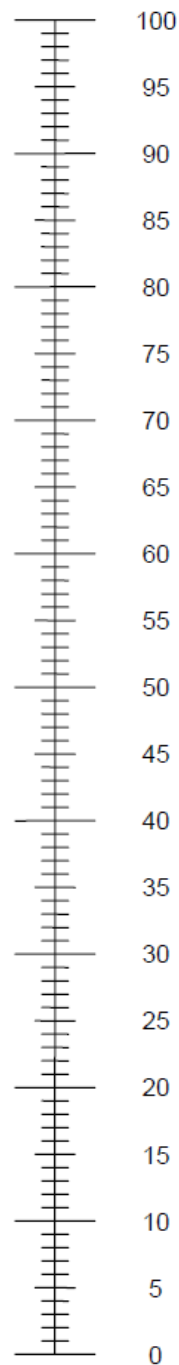
ANGST/DEPRESJON

- Jeg er verken engstelig eller deprimert
- Jeg er litt engstelig eller deprimert
- Jeg er middels engstelig eller deprimert
- Jeg er svært engstelig eller deprimert
- Jeg er ekstremt engstelig eller deprimert

- Vi vil gjerne vite hvor god eller dårlig helsen din er I DAG.
- Denne skalaen er nummerert fra 0 til 100.
- 100 betyr den beste helsen du kan tenke deg.
0 betyr den dårligste helsen du kan tenke deg.
- Sett en X på skalaen for å angi hvordan helsen din er I DAG.
- Skriv deretter tallet du merket av på skalaen inn i boksen nedenfor.

HELSEN DIN I DAG =

Den beste helsen
du kan tenke deg



Den dårligste
helsen du kan
tenke deg

HOOS

SPØRRESKJEMA FOR HOFTEPASIENTER

Denne delen av spørreskjemaet inneholder spørsmål om hvordan du opplever hofteleddet ditt. Informasjonen skal hjelpe til med å kartlegge hvordan du har det og hvordan du fungerer i dagliglivet. Besvar spørsmålene ved å krysse av for det alternativet du synes passer best for deg (kun ett kryss for hvert spørsmål). Er du usikker, kryss likevel av for det alternativet som føles riktigst.

Smerter

1. Hvor ofte har du vondt i hoften?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Aldri | Hver måned | Hver uke | Hver dag | Alltid |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Følgende spørsmål handler om de hoftesmertene du eventuelt har opplevd **den siste uken**. Angi graden av smerte du har kjent i følgende situasjoner

2. Gå på jevnt underlag

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ingen | Lette | Moderate | Store | Svært store |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Gå opp eller ned trapper

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ingen | Lette | Moderate | Store | Svært store |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Sittende eller liggende

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ingen | Lette | Moderate | Store | Svært store |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fysisk funksjon

Følgende spørsmål handler om din fysiske funksjon. Angi graden av vanskeligheter du har opplevd **den siste uken** under følgende aktiviteter på grunn av dine hofteproblemer.

5. Reise deg opp fra sittende

Ingen	Lette	Moderate	Store	Svært store
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Stå stille

Ingen	Lette	Moderate	Store	Svært store
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Gå inn og ut av en bil

Ingen	Lette	Moderate	Store	Svært store
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Gå på ujevnt underlag

Ingen	Lette	Moderate	Store	Svært store
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Livskvalitet

9. Hvor ofte gjør hoften din seg bemerket?

Aldri	Hver måned	Hver uke	Hver dag	Alltid
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Har du forandret levemåte for å unngå å belaste hoften?

Ikke i det hele tatt	Noe	Moderat	Meget	Ekstremt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. I hvor stor grad kan du stole på hoften din?

Fullstendig	I stor grad	Moderat	Delvis	Ikke i det hele tatt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Hvor store problemer har du med hoften din generelt sett?

Ingen	Lette	Moderate	Store	Svært store
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Har du besvær fra den andre hoften?

- Ja Nei

Er det andre årsaker til at du har problemer med å gå? (For eksempel smerter fra andre ledd, rygg smerter, hjerte-karsykdom eller andre sykdommer som påvirker gangevnen din)

- Ja Nei

Har du hatt nye operasjoner i den samme hoften som ble operert for hoftebrudd?

- Ja Nei

Takk for at du tok deg tid til å svare på spørsmålene. Dine svar er svært nyttige for oss. Vennligst send spørreskjemaet i retur til oss i den ferdig frankerte svarkonvolutten.