

# KOOS

## Frågeformulär för knäpatienter

DATUM: \_\_\_\_\_ PERSONNUMMER: \_\_\_\_\_

NAMN: \_\_\_\_\_

**INSTRUKTIONER:** Detta formulär innehåller frågor om hur Du ser på ditt knä. Informationen ska hjälpa till att följa hur Du mår och fungerar i ditt dagliga liv.

Besvara frågorna genom att kryssa för det alternativ Du tycker stämmer bäst in på dig (ett alternativ för varje fråga). Om Du är osäker, kryssa ändå för det alternativ som känns riktigast.

### Symptom

Tänk på de **symptom** Du haft från ditt knä under den **senaste veckan** när Du besvarar dessa frågor.

S1. Har knät varit svullet?

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Aldrig                   | Sällan                   | Ibland                   | Ofta                     | Alltid                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

S2. Har Du känt att det maler i knät eller hör Du klickande eller andra ljud från knät?

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Aldrig                   | Sällan                   | Ibland                   | Ofta                     | Alltid                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

S3. Har knät hakat upp sig eller låst sig?

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Aldrig                   | Sällan                   | Ibland                   | Ofta                     | Alltid                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

S4. Har Du kunnat sträcka knät helt?

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Alltid                   | Ofta                     | Ibland                   | Sällan                   | Aldrig                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

S5. Har Du kunnat böja knät helt?

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Alltid                   | Ofta                     | Ibland                   | Sällan                   | Aldrig                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Stelhet

Följande frågor rör **ledstelhet**. Ledstelhet innebär svårighet att komma igång eller ökat motstånd då Du böjer eller sträcker i knät. Markera graden av ledstelhet Du har upplevt i ditt knä den **senaste veckan**.

S6. Hur stelt har ditt knä varit när Du just har vaknat på morgonen?

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Inte alls                | Något                    | Måttligt                 | Mycket                   | Extremt                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

S7. Hur stelt har ditt knä varit efter att Du har suttit eller legat och vilat **senare under dagen**?

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Inte alls                | Något                    | Måttligt                 | Mycket                   | Extremt                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Smärta**

P1. Hur ofta har Du ont i knät?

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Aldrig                   | Varje månad              | Varje vecka              | Varje dag                | Alltid                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Vilken grad av smärta har Du känt i ditt knä den **senaste veckan** under följande aktiviteter?

P2. Snurra/vrida på belastat knä

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ingen                    | Lätt                     | Måttlig                  | Svår                     | Mycket svår              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

P3. Sträcka knät helt

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ingen                    | Lätt                     | Måttlig                  | Svår                     | Mycket svår              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

P4. Böja knät helt

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ingen                    | Lätt                     | Måttlig                  | Svår                     | Mycket svår              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

P5. Gå på jämnt underlag

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ingen                    | Lätt                     | Måttlig                  | Svår                     | Mycket svår              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

P6. Gå upp eller ner för trappor

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ingen                    | Lätt                     | Måttlig                  | Svår                     | Mycket svår              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

P7. Under natten i sängläge (smärta som stör sömnen)

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ingen                    | Lätt                     | Måttlig                  | Svår                     | Mycket svår              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

P8. Sittande eller liggande

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ingen                    | Lätt                     | Måttlig                  | Svår                     | Mycket svår              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

P9. Stående

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ingen                    | Lätt                     | Måttlig                  | Svår                     | Mycket svår              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Funktion, dagliga livet**

Följande frågor rör Din fysiska förmåga. **Ange graden av svårighet Du upplevt den senaste veckan vid följande aktiviteter på grund av dina knäbesvär.**

A1. Gå nerför trappor

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ingen                    | Lätt                     | Måttlig                  | Stor                     | Mycket stor              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A2. Gå uppför trappor

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ingen                    | Lätt                     | Måttlig                  | Stor                     | Mycket stor              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A3. Resa dig upp från sittande

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ingen                    | Lätt                     | Måttlig                  | Stor                     | Mycket stor              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ange graden av **svårighet** Du upplevt med varje aktivitet den **senaste veckan**.

A4. Stå stilla

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ingen                    | Lätt                     | Måttlig                  | Stor                     | Mycket stor              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A5. Böja Dig, t ex för att plocka upp ett föremål från golvet

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ingen                    | Lätt                     | Måttlig                  | Stor                     | Mycket stor              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A6. Gå på jämnt underlag

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ingen                    | Lätt                     | Måttlig                  | Stor                     | Mycket stor              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A7. Stiga i/ur bil

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ingen                    | Lätt                     | Måttlig                  | Stor                     | Mycket stor              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A8. Handla/göra inköp

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ingen                    | Lätt                     | Måttlig                  | Stor                     | Mycket stor              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A9. Ta på strumpor

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ingen                    | Lätt                     | Måttlig                  | Stor                     | Mycket stor              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A10. Stiga ur sängen

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ingen                    | Lätt                     | Måttlig                  | Stor                     | Mycket stor              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A11. Ta av strumpor

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ingen                    | Lätt                     | Måttlig                  | Stor                     | Mycket stor              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A12. Ligga i sängen (vända dig, hålla knät i samma läge under lång tid)

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ingen                    | Lätt                     | Måttlig                  | Stor                     | Mycket stor              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A13. Stiga i och ur badkar/dusch

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ingen                    | Lätt                     | Måttlig                  | Stor                     | Mycket stor              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A14. Sitta

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ingen                    | Lätt                     | Måttlig                  | Stor                     | Mycket stor              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A15. Sätta dig och resa dig från toalettstol

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ingen                    | Lätt                     | Måttlig                  | Stor                     | Mycket stor              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A16. Utföra tungt hushållsarbete (snöskottning, golvtvätt, dammsugning etc)

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ingen                    | Lätt                     | Måttlig                  | Stor                     | Mycket stor              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A17. Utföra lätt hushållsarbete (matlagning, damning etc)

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ingen                    | Lätt                     | Måttlig                  | Stor                     | Mycket stor              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Funktion, fritid och idrott**

Följande frågor rör Din fysiska förmåga. **Ange graden av svårighet Du upplevt den senaste veckan vid följande aktiviteter på grund av dina knäbesvär.**

SP1. Sitta på huk

Ingen  Lätt  Måttlig  Stor  Mycket stor

SP2. Springa

Ingen  Lätt  Måttlig  Stor  Mycket stor

SP3. Hoppa

Ingen  Lätt  Måttlig  Stor  Mycket stor

SP4. Vrida/snurra på belastat knä

Ingen  Lätt  Måttlig  Stor  Mycket stor

SP5. Ligga på knä

Ingen  Lätt  Måttlig  Stor  Mycket stor

**Livskvalité**

Q1. Hur ofta gör sig Ditt knä påmint?

Aldrig  Varje månad  Varje vecka  Varje dag  Alltid

Q2. Har Du förändrat Ditt sätt att leva för att undvika att påfresta knät?

Inte alls  Något  Måttligt  I stor utsträckning  Totalt

Q3. I hur stor utsträckning kan Du lita på Ditt knä?

Helt och hållet  I stor utsträckning  Måttligt  Till viss del  Inte alls

Q4. Hur stora problem har Du med knät generellt sett?

Inga  Små  Måttliga  Stora  Mycket stora

**Tack för att Du tagit dig tid att besvara samtliga frågor!**

Information om KOOS kan erhållas från:  
 Professor Ewa Roos, Syddansk Universitet, Odense  
 Epost: [eroos@health.sdu.dk](mailto:eroos@health.sdu.dk)