

# QoR-15swe (Quality of Recovery-15 Sweden)

## Del A

### Hur har du mått de senaste 24 timmarna?

(På en skala från 0 till 10, där 0 = Inte någon gång {dåligt} och 10 = hela tiden {utmärkt})

1.	Kunnat andas lugnt	Inte någon gång	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	hela tiden
2.	Kunnat njuta av maten	Inte någon gång	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	hela tiden
3.	Känt dig utvilad	Inte någon gång	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	hela tiden
4.	Kunnat sova gott	Inte någon gång	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	hela tiden
5.	Kunnat sköta toalettbesök och personlig hygien utan hjälp	Inte någon gång	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	hela tiden
6.	Kunnat kommunicera med anhöriga eller vänner	Inte någon gång	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	hela tiden
7.	Fått stöd från sjukhuspersonal	Inte någon gång	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	hela tiden
8.	Kan du utföra ditt arbete eller dina vanliga aktiviteter hemma	Inte någon gång	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	hela tiden
9.	Känt dig trygg och haft kontroll över din tillvaro	Inte någon gång	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	hela tiden
10.	Haft en känsla av allmänt välbefinnande	Inte någon gång	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	hela tiden

## Del B

### Har du känt något av följande symptom de senaste 24 timmarna?

(på en skala från 10 till 0, där 10 = Inte någon gång {utmärkt} och 0 = hela tiden {dåligt})

11.	Medelsvår smärta	Inte någon gång	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	hela tiden
12.	Svår smärta	Inte någon gång	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	hela tiden
13.	Illamående eller kräkning	Inte någon gång	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	hela tiden
14.	Känt ångest eller oro	Inte någon gång	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	hela tiden
15.	Känt dig ledsen eller deprimerad	Inte någon gång	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	hela tiden