



Risks of Occupational Vibration Injuries (VIBRISKS)

European Commission FP5 Project No. QLK4-2002-02650

Title: Whole-body vibration
Initial Assessment
Self-Administered Questionnaire
Swedish translation

Authors: Ronnie Lundström, Tohr Nilsson, Mats Hagberg, Lage
Burström

Organisation: UMH

Task: Work Package 4, Task 4.1

Date: 29 February 2004



Quality of Life and Management of Living Resources Programme
Key Action 4 - Environment and Health



University
of Southampton



VÄSTERBOTTENS
LÄNS LANDSTING



INRS
Institut national de recherche en santé et sécurité
du travail

SEKTION 1: ALLMÄN PERSONINFORMATION

Förnamn: _____ Efternamn: _____

Adress: _____
_____Personnummer:

Längd: _____ (cm)

Vikt: _____ (kg)

Hur många år har Du gått i skola? Mindre än 6 år 7-12 år mer än 12 år

1. Hur många gånger per vecka motionerar eller sportar Du 30 minuter eller längre per tillfälle?

- Aldrig
 Mindre än 1 gång
 1 till 2 gånger
 3 gånger eller mer
 Varje dag

2. Är Du för närvarande, eller har Du tidigare varit, rökare? Ja Nej

2a. Om Ja, vilket årtal började Du röka regelbundet? _____

2b. Röker Du fortfarande? Ja Nej

2c. Om Nej, vilket år slutade Du att röka? _____

2d. Om Ja, hur mycket röker/rökte Du? _____ (Cigarett/dag) _____ (Cigarrer/dag) _____ (Pipstopp/dag)

2e. Använder Du snus eller tuggtobak regelbundet Ja Nej

2f. Om Ja, hur många dosor/förpackningar per vecka? _____

3. Dricker Du alkoholhaltiga drycker (Ex. vin, öl, sprit etc.)? Ja Nej3a. Hur mycket dricker Du dagligen? 0-1 enhet 2-3 enheter mer än 3 enheter3b. Hur mycket dricker Du per vecka? 0 enhet 1-3 enhet 4-6 enheter Mer än 6 enheter**(1 enhet = ½ burk starköl, 1 glas vin, eller 4 cl starksprit)**

SEKTION 2: UPPGIFTER OM DIN ARBETSMILJÖ

NUVARANDE ARBETE

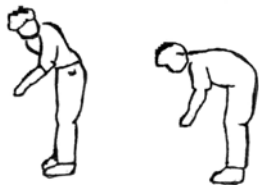
4. Vad är Ditt nuvarande arbete? _____
5. Vad är Dina huvudsakliga arbetsuppgifter? _____

6. När började Du arbeta inom detta yrke? (år) Månad

AKTIVITETER I DITT ARBETE

KROPPSSTÄLLNING

7. Om Du summerar ihop all den tid som Du går eller står under en normal arbetsdag, hur många timmar blir det?
Mindre än 1 timme 1-3 timmar Mer än 3 timmar
8. Innehåller en normal arbetsdag ryggböjning enligt nedanstående figur?
Ryggböjning: 20-40 grader Mer än 40 grader



Nej Ja

Om Nej, gå till fråga 9!

- 8a. Om Ja, hur lång tid böjer du Dig framåt på detta sätt och med en vinkel mellan 20 till 40 grader under en normal arbetsdag?
Mindre än 1 timme 1-2 timmar Mer än 2 timmar
- 8b. Om Ja, hur lång tid böjer du Dig framåt på detta sätt och med en vinkel större än 40 grader under en normal arbetsdag?
Mindre än ½ timme ½-2 timmar Mer än 2 timmar
9. Innehåller en normal arbetsdag vridning av kroppen enligt nedanstående figur?
Kroppsvridning: 20-40 grader Mer än 40 grader



Nej Ja

Om Nej, gå till fråga 10!

9a. Om Ja, hur lång tid vrider Du Din kropp på detta sätt och med en vinkel mellan 20 till 40 grader under en normal arbetsdag?

Mindre än 1 timme 1-2 timmar Mer än 2 timmar

9b. Om Ja, hur lång tid vrider Du Din kropp på detta sätt och med en vinkel större än 40 grader under en normal arbetsdag?

Mindre än ½ timme ½-2 timmar Mer än 2 timmar

10. Arbetar Du under en normal arbetsdag med händer och armar ovanför skulderna? Nej Ja

Om Nej, gå till fråga 11!

10a. Om Ja, om Du summerar ihop all den tid som Du arbetar med händer och armar ovanför skulderna under en normal arbetsdag, hur många timmar blir det?

Mindre än 1 timme 1-3 timmar Mer än 3 timmar

11. Innehåller en normal arbetsdag sittande (annat än fordonskörning) längre än 3 timmar i sträck?

Nej Ja, men jag kan stiga upp och röra mig när jag vill
Ja, men jag kan inte stiga upp och röra mig när jag vill

KÖRNING

12. Har Du kört eller kör Du någon typ av fordon i Ditt nuvarande arbete? Nej Ja

(exempelvis skogsmaskin, bil, buss, lastbil, tåg, lastmaskin)

Om Nej, gå till fråga 16

13. Vilka av nedanstående fordon kör Du vanligtvis i Ditt arbete, och för hur lång tid i genomsnitt per vecka?

Typ av fordon	Markera om Du kör i arbetet (✓)	Uppskattningsvis hur många timmar och minuter per vecka					
a) Personbil eller Van (exkl. till och från arbetet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Timmar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Minuter
b) Lastbil eller buss (som förare, inte passagerare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Timmar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Minuter
c) Motorcykel (exkl. till och från arbetet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Timmar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Minuter
d) Gaffeltruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Timmar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Minuter
e) Traktor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Timmar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Minuter
f) Lastare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Timmar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Minuter
g) Dumper eller grävare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Timmar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Minuter
h) Skogsmaskin - skördare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Timmar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Minuter
i) Skogsmaskin - skotare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Timmar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Minuter
j) Skogsmaskin - markberedare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Timmar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Minuter
k) Snöskoter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Timmar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Minuter
l) Fyrhjuling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Timmar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Minuter
m) Annan typ av tyngre fordon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Timmar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Minuter

OM DITT NUVARANDE ARBETE

14. Behöver Du någonsin köra med ryggen böjd framåt eller vriden i Ditt arbete? Aldrig Sällan Ofta

15. Upplever Du obehag på grund av vibrationer och stötar i Ditt arbete?

I uppåt-nedåt riktning Nej Ja

I framåt-bakåt riktning Nej Ja

I sidoriktning Nej Ja

GRÄVNING

16. Innefattar en normal arbetsdag grävning eller skyfflande med spade? Nej Ja

Om Nej, gå till fråga 17

16a. Om Ja, om Du summerar ihop all den tid som Du gräver eller skyfflar under en normal arbetsdag, hur många timmar blir det?

Mindre än 1 timme 1-3 timmar Mer än 3 timmar

LYFTANDE

17. Behöver Du regelbundet lasta eller lasta av det/de fordon som Du kör genom att för hand förflytta tungt gods eller utrustning? Nej Ja

18. Hur lång tid under en normal arbetsdag lyfter Du gods tyngre än 15 kg? (jämförbart med en back dricka, ett 3-årigt barn eller en mindre resväska fylld med ägodelar)

Inte alls 1-15 minuter 15-45 minuter Mer än 45 minuter

Om Inte alls, gå till fråga 19

18a. Hur många gånger under en normal arbetsdag lyfter Du sådant gods med böjd kroppsställning såsom någon av bilderna nedan visar?



Inte alls 1-10 gånger Mer än 10 gånger

18b. Hur många gånger under en normal arbetsdag lyfter Du sådant gods med böjd eller vriden kroppsställning såsom någon av bilderna nedan visar?



Ingen gång 1-10 gånger Mer än 10 gånger

DIN SYN PÅ DITT ARBETE

19. I Ditt arbete, har Du möjlighet att besluta:

	<i>Aldrig/nästan aldrig</i>	<i>Sällan</i>	<i>Ibland</i>	<i>Ofta</i>
a) Hur Du utför Ditt arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Vad Du gör på jobbet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ditt arbetsschema och raster?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. När Du har svårigheter I Ditt arbete, hur ofta får Du hjälp och stöd från Dina kollegor eller närmaste linjechef?

Inte tillämbart Aldrig Sällan Ibland Ofta

21. Hur nöjd har Du varit med Ditt jobb i sin helhet om Du beaktar allt?

Mycket missnöjd Missnöjd Nöjd Mycket nöjd

ANDRA TIDIGARE JOBB SOM DU HAR HAFT

Fyll i denna sektion bara om Du har haft andra jobb tidigare. Om inte, gå till Sektion 3, sidan 7.

22. Innehöll Dina tidigare arbete(n):
 långvarigt sittande? Nej Ja
 tunga fysiska krav? Nej Ja

23. Vi är intresserade av Dina tidigare jobb – inkluderande typ av arbete, när Du utförde arbetet samt om arbetet bestod av fordonskörning. Fyll i nedanstående tabell alla jobb som du har haft under en tid av 1 år eller längre.

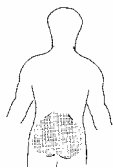
Utelämnade de jobb som Du redan har berättat om i Fråga 13. Ange alla andra jobb som Du har haft under en tid av 1 år eller längre, och börja med Ditt första jobb efter skolan (exempelvis grundskolan, yrkesskola, gymnasiet eller annan högre utbildning).

Ålder när Du började	Ålder när Du slutade	Yrke, jobb	Vilka fordon körde Du i arbetet? (✓) (Inkludera inte körning till och från arbetet)								
			Inget	Skörd-are	Skot-are	Mark-Bered-are	Fyrhjul-ning	Snö-skoter	Lastbil	Dumper eller grävare	Annat tyngre fordon (beskriv)
<input type="text"/> <input type="text"/> Ålder i år	<input type="text"/> <input type="text"/> Ålder i år	_____	<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="text"/> <input type="text"/> Ålder i år	<input type="text"/> <input type="text"/> Ålder i år	_____	<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="text"/> <input type="text"/> Ålder i år	<input type="text"/> <input type="text"/> Ålder i år	_____	<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="text"/> <input type="text"/> Ålder i år	<input type="text"/> <input type="text"/> Ålder i år	_____	<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="text"/> <input type="text"/> Ålder i år	<input type="text"/> <input type="text"/> Ålder i år	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

SEKTION 3: PERSONLIG MEDICINSK HISTORIA

I denna sektion ställs frågor om smärta eller besvär som Du kanske har haft i olika kroppsdelar under olika tidsperioder.

LÄNDRYGGEN (INKLUDERANDE UTSTRÅLANDE SMÄRTA I BENEN)



Obs! Svara för både de senaste 7 dagarna och de senaste 12 månaderna

24.

Under de 7 senaste dagarna

Under de 12 senaste månaderna

- a. Har du haft smärta, värk eller andra obehag i det område som markeras i bilden?

Nej
 Ja

Nej
 Ja

Du kan hoppa över denna sektion om Du under det senaste året inte haft någon smärta, värk eller obehag i ländrygg eller ben och gå till sidan 9, fråga 32.

- b. Vilken typ av smärta/värk eller andra obehag har du haft?

Enbart ryggsmärta/värk
 Enbart smärta eller andra obehag i ben
 Båda av ovanstående alternativ

Enbart ryggsmärtor/värk
 Enbart smärta eller andra obehag i ben
 Båda av ovanstående alternativ

- c. Antal tillfällen med smärta, värk eller andra obehag?

1
 2-3
 Mer än 3

1
 2-5
 6-10
 mer än 10

- d. Under hur lång tid varade dessa?

Timmar
 1-2 dagar
 3-6 dagar
 Alltid

Timmar
 1-2 dagar
 3-6 dagar
 7-30 dagar
 1-3 månader
 3-6 månader
 Alltid

- e. Hur lång tid har du tagit ledigt från ditt arbete på grund av rygg-/bensmärta?

Ingen
 1-2 dagar
 3-6 dagar
 Alla 7 dagar

Ingen
 1-6 dagar
 7-14 dagar
 15-30 dagar
 1-3 månader
 3-6 månader
 mer än 6 månader
 Alltid

- f. Har Du sökt läkare?

Nej
 Ja

Nej
 Ja

- g. Vilken behandling föreskrev din läkare? (värktabletter, sjukgymnastik, operation, annat?)

Ingen
 Ja
Nämligen;

Ingen
 Ja
Nämligen;

- h. Får du vanligtvis ryggvärk under, eller en kort tid efter körning av ett fordon?

Nej
 Ja

Nej
 Ja

- i. Om Ja, för hur lång tid varar denna ryggvärk vanligtvis?

timmar
 1-2 dagar
 3-6 dagar
 Alla 7 dagarna

timmar
 1-6 dagar
 7-14 dagar
 15-30 dagar
 1-3 månader
 3-6 månader
 mer än 6 månader

25. Har Du någon gång skadat Din rygg så att Du behövt söka läkare?

Nej
 Ja

Om Nej, gå till fråga 26

- 25a. Vilken typ av skada?

- 25b. När hände detta?

Månad (år)

UNDER DE 7 SENASTE DAGARNA

(Om Du inte har upplevt ryggsmärta, ryggvärk eller andra obehag under de senaste 7 dagarna, gå vidare till sidan 9, fråga 32)

26. När Din ryggsmärta kom **för första gången**, hur startade den?Gradvis Plötsligt och på fritiden Plötsligt och under arbetet

27. Om plötsligt, vad gjorde Du vid detta tillfälle?

28. Har smärtan spridit sig till benen och nedanför knät under de senaste 7 dagarna? Nej Ja29. Har Du slutat, undvikit eller "gett upp" att göra någon av dina normala arbetsuppgifter under de senaste 7 dagarna på grund av ryggsmärta? Nej Ja

Om Nej, gå till fråga 30

29a. Om Ja, försök uppskatta hur många timmar eller minuter det skulle ta för någon att arbeta igen den tid som Du förlorat på detta sätt?
Timmar Minuter30. Hur skulle Du gradera intensiteten på Din smärta/värk i ryggen under en typisk dag på en skala 0-10 under de senaste 7 dagarna om 0 är "ingen smärta" och 10 är "så svår smärta som det någonsin kan bli"? (ringa in en av siffrorna)

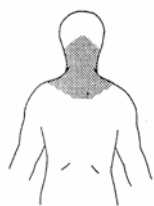
	Ingen smärta										Smärta så svår som den någonsin kan bli
Rygg	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Nedanstående frågor handlar om hur Din ryggsmärta/värk inverkar på Ditt dagliga liv.

31. Befinner Du Dig, eller har Du befunnit Dig under Din senaste period av ryggsmärta/värk i någon av följande situationer?

- | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| a) Jag stannar hemma för det mesta på grund av min rygg. | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| b) Jag byter ställning ofta för att göra det bekvämare för min rygg. | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| c) Jag går saktare än vanligt på grund av min rygg. | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| d) På grund av min rygg gör jag inte de arbeten som jag vanligen gör hemma. | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| e) På grund av min rygg använder jag räcket för att ta mig upp för en trappa. | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| f) På grund av min rygg ligger jag och vilar oftare. | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| g) På grund av min rygg måste jag ta tag i något för att komma upp ur en fåtölj. | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| h) På grund av min rygg försöker jag få andra människor att göra saker åt mig. | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| i) Jag klär mig saktare än vanligt på grund av min rygg. | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| j) Jag står bara korta stunder på grund av min rygg. | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| k) På grund av min rygg försöker jag att inte böja mig eller gå ner på knä. | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| l) Jag tycker det är svårt att komma upp från en stol på grund av min rygg. | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| m) Min rygg gör ont nästan hela tiden. | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| n) Jag har svårt att vända mig i sängen på grund av min rygg. | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| o) Jag har inte så bra aptit på grund av min ryggsmärta. | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| p) Jag har svårt att sätta på sockor (eller strumpor) på grund av smärtan i min rygg. | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| q) Jag går bara korta sträckor på grund av min rygg. | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| r) Jag sover sämre på grund av min rygg. | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| s) På grund av min ryggsmärta får jag hjälp att klä mig av någon annan. | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| t) Jag sitter största delen av dagen på grund av min rygg. | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| u) Jag undviker tunga arbeten hemma på grund av min rygg. | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| v) På grund av min ryggsmärta är jag mera irriterad och visar dåligt humör mot andra mer än vanligt. | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| x) På grund av min rygg går jag upp för trappor saktare än vanligt. | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| y) Jag ligger till sängs mesta delen av tiden på grund av min rygg. | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |

NACKE (INKLUDERANDE SMÄRTA ELLER VÄRK SOM STRÅLAR UT I ARMEN)



Obs! Svara för både de senaste 7 dagarna och de senaste 12 månaderna

32.

	Under de 7 senaste dagarna	Under de 12 senaste månaderna
a. Har du haft smärta, värk eller andra obehag i det område som markeras i bilden?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

Du kan hoppa över denna sektion om Du under det senaste året inte har haft någon, värk eller andra obehag i nacke (armar) och gå till fråga 38 på sidan 11.

b. Vilken typ av smärta, värk eller andra obehag har du haft?	<input type="checkbox"/> Enbart nacksmärta/värk <input type="checkbox"/> Enbart smärta eller obehag i arm <input type="checkbox"/> Båda av ovanstående alternativ	<input type="checkbox"/> Enbart nacksmärta/värk <input type="checkbox"/> Enbart smärta eller obehag i arm <input type="checkbox"/> Båda av ovanstående alternativ
c. Antal tillfällen med smärta, värk eller andra obehag?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> Mer än 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-5 <input type="checkbox"/> 6-10 <input type="checkbox"/> mer än 10
d. Under hur lång tid varade dessa?	<input type="checkbox"/> Timmar <input type="checkbox"/> 1-2 dagar <input type="checkbox"/> 3-6 dagar <input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Timmar <input type="checkbox"/> 1-2 dagar <input type="checkbox"/> 3-6 dagar <input type="checkbox"/> 7-30 dagar <input type="checkbox"/> 1-3 månader <input type="checkbox"/> 3-6 månader <input type="checkbox"/> Alltid
e. Hur mycket tid har du tagit ledigt från ditt arbete på grund av nack/armsmärta?	<input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> 1-2 dagar <input type="checkbox"/> 3-6 dagar <input type="checkbox"/> Alla 7 dagar	<input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> 1-6 dagar <input type="checkbox"/> 7-14 dagar <input type="checkbox"/> 15-30 dagar <input type="checkbox"/> 1-3 månader <input type="checkbox"/> 3-6 månader <input type="checkbox"/> mer än 6 månader <input type="checkbox"/> Alltid
f. Har Du sökt läkare?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
g. Vilken behandling föreskrev din läkare? (värktabletter, sjukgymnastik, operation, annat?)	<input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Ja Nämligen;	<input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Ja Nämligen;
h. Får du vanligtvis nacksmärta under, eller en kort tid efter körning av ett fordon?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
i. Om Ja, för hur lång tid varar denna smärta vanligtvis?	<input type="checkbox"/> timmar <input type="checkbox"/> 1-2 dagar <input type="checkbox"/> 3-6 dagar <input type="checkbox"/> Alla 7 dagarna	<input type="checkbox"/> timmar <input type="checkbox"/> 1-6 dagar <input type="checkbox"/> 7-14 dagar <input type="checkbox"/> 15-30 dagar <input type="checkbox"/> 1-3 månader <input type="checkbox"/> 3-6 månader <input type="checkbox"/> mer än 6 månader

UNDER DE 7 SENASTE DAGARNA

(Om Du inte har upplevt nacksmärta/värk eller andra obehag under de senaste 7 dagarna, gå vidare till sidan 11, fråga 38)

33. När Din nacksmärta/värk kom **för första gången**, hur startade den?

Gradvis Plötsligt och utanför arbetet Plötsligt och under arbetet

34. Om plötsligt, vad gjorde Du vid detta tillfälle?

35. Har Du någon gång skadat Din nacke så att Du behövt söka läkare? Nej Ja

Om Nej, gå till fråga 36

35a. Vilken typ av skada?

35b. När hände detta? Månad (år)

36. Har Du slutat, undvikit eller "gett upp" att göra någon av dina normala arbetsuppgifter under de senaste 7 dagarna på grund av smärta/värk i nacken? Nej Ja

Om Nej, gå till fråga 37

36a. Om Ja, försök uppskatta hur många timmar eller minuter det skulle ta för någon att arbeta igen den tid som Du förlorat på detta sätt?

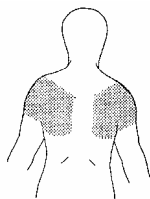
Timmar Minuter

37. Hur skulle Du gradera intensiteten på Din smärta/värk i nacken under en typisk dag på en skala 0-10 under de senaste 7 dagarna om 0 är "ingen smärta" och 10 är "så svår smärta som det någonsin kan bli"? (ringa in en av siffrorna)

Ingen smärta Smärta så svår som den någonsin kan bli

Nacke 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

SKULDROR



Obs! Svara för både de senaste 7 dagarna och de senaste 12 månaderna

38.

Under de 7 senaste dagarna

Under de 12 senaste månaderna

- a. Har du haft smärta, värk eller andra obehag besvär obehag i det området som markeras i bilden?

Nej
 Ja

Nej
 Ja

Du kan hoppa över denna del av sektionen om Du under det senaste året inte har haft någon smärta, värk eller andra obehag i skuldrorna och gå till Sektion 4, sidan 13, fråga 44.

- b. Vilken typ av smärta, värk eller andra obehag har du haft?

Enbart smärta/värk i skuldra
 Enbart smärta/värk i hand/arm
 Båda av ovanstående alternativ

Enbart smärta/värk i skuldra
 Enbart smärta/värk i hand/arm
 Båda av ovanstående alternativ

- c. Antal tillfällen med smärta, värk eller andra obehag?

1
 2-3
 Mer än 3

1
 2-5
 6-10
 mer än 10

- d. Under hur lång tid varade dessa?

Timmar
 1-2 dagar
 3-6 dagar
 Alltid

Timmar
 1-2 dagar
 3-6 dagar
 7-30 dagar
 1-3 månader
 3-6 månader
 Alltid

- e. Hur mycket tid har du tagit ledigt från ditt arbete på grund av smärta/värk i skuldra eller arm?

Ingen
 1-2 dagar
 3-6 dagar
 Alla 7 dagar

Ingen
 1-6 dagar
 7-14 dagar
 15-30 dagar
 1-3 månader
 3-6 månader
 mer än 6 månader
 Alltid

- f. Har Du sökt läkare?

Nej
 Ja

Nej
 Ja

- g. Vilken behandling föreskrev din läkare? (värktabletter, sjukgymnastik, operation, annat?)

Ingen
 Ja
Nämligen;

Ingen
 Ja
Nämligen;

- h. Får du vanligtvis smärta/värk i skuldra under, eller en kort tid efter körning av ett fordon?

Nej
 Ja

Nej
 Ja

- i. Om Ja, för hur lång tid varar denna smärta/värk vanligtvis?

timmar
 1-2 dagar
 3-6 dagar
 Alla 7 dagarna

timmar
 1-6 dagar
 7-14 dagar
 15-30 dagar
 1-3 månader
 3-6 månader
 mer än 6 månader

UNDER DE 7 SENASTE DAGARNA

(Om Du inte har upplevt smärta, värk eller andra obehag i skuldrorna under de senaste 7 dagarna, gå vidare till Sektion 4, sidan 13, fråga 44)

39. När Din smärta, värk eller andra obehag i skuldra kom **för första gången**, hur startade den?

Gradvis Plötsligt och på fritiden Plötsligt och under arbetet

40. Om plötsligt, vad gjorde Du vid detta tillfälle?

41. Har Du någon gång skadat Din skuldra så att Du behövt söka ett läkare? Nej Ja

Om Nej, gå till fråga 42

41a. Vilken typ av skada?

41b. När hände detta? Månad (år)

42. Har Du slutat, undvikit eller "gett upp" att göra någon av dina normala arbetsuppgifter under de senaste 7 dagarna på grund av smärta/värk i skuldra?

Nej Ja

Om Nej, gå till fråga 43

42a. Om Ja, försök uppskatta hur många timmar eller minuter det skulle ta för någon att arbeta igen den tid som Du förlorat på detta sätt?

Timmar Minuter

43. Hur skulle Du gradera intensiteten på Din smärta/värk i skuldra under en typisk dag på en skala 0-10 under de senaste 7 dagarna om 0 är "ingen smärta" och 10 är "så svår smärta som det någonsin kan bli"? (ringa in en av siffrorna)

	Ingen smärta										Smärta så svår som den någonsin kan bli
Skuldra	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

SEKTION 4: ANDRA DELAR AV DIN KROPP

44. Har Du någon gång under de senaste 12 månaderna haft besvär (värk, smärta, obehag, domningar) i:

Armbågar

- Nej Ja
 i den högra armbågen
 i den vänstra armbågen
 i båda armbågarna

Handleder/händer

- Nej Ja
 i den högra handleden/handen
 i den vänstra handleden/handen
 in båda handlederna/händerna

Ryggens övre del (bröstryggen)

- Nej Ja

Höfter/Lår/Stuss

- Nej Ja
 i den högra höften
 i den vänstra höften
 i båda höfterna

Knän

- Nej Ja
 i det högra knäet
 i det vänstra knäet
 i båda knäna

Fotleder/Fötter

- Nej Ja
 i den högra fotleden/foten
 i den vänstra fotleden /foten
 i båda fotlederna/fötterna

ANDRA SJUKDOMAR

45. Har Du haft någon av följande sjukdomar?

	Någonsin haft?	Någonsin fått behandling?
a) Ljumskräck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
b) Matsmältningsbesvär (ospecifika magbesvär, magkatarr, magsår, tarmbesvär)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
c) Cirkulationsbesvär (åderbräck, hemorrojder, högt blodtryck, hjärtbesvär)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
d) Vita eller kalla fingrar (t.ex. Raynaud's sjukdom)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
e) Urinvägsbesvär (prostata, njurbesvär)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
f) Balansrubbingar (yrsel)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
g) Bechterews sjukdom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
h) Kronisk ledgångsreumatism	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
i) Kärlkramp	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
j) Migrän	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

46. Med STRESS menas ett tillstånd då man känner sig spänd, rastlös, nervös eller orolig eller inte kan sova på natten eftersom man tänker på problem hela tiden.

Har du under längre sammanhängande tid än 7 dagar de senaste 12 månaderna känt sådan stress?

- Nej Ja

ANDRA SYMPTOM OCH KÄNSLOR

47. Först några frågor om hur Du mår och hur saker och ting varit med Dig **under de 4 senaste veckorna**.

Kryssa för varje fråga det alternativ som bäst beskriver hur Du mår.

Hur stor del av tiden under de senaste 4 veckorna	Ingen del	Liten del	Någon del	En stor del	Mesta delen	Hela tiden
a) ...har Du känt Dig full av liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ...har Du varit en mycket nervös person?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ...har Du varit så djupt deprimerad att inget har kunnat muntra upp Dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ...har Du känt Dig lugn och fridfull?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ...har Du haft mycket energi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ...har Du känt Dig nedstämd och nere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) ...har Du känt Dig utsliten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) ...har Du varit en glad person?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) ...har Du känt Dig trött?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48. Nedan finns en lista på besvär som personer ibland har. Läs var och en noga och ringa därefter in siffran för det alternativ som bäst beskriver hur mycket detta besvär bekymrat eller oroat Dig under de **senaste 7 dagarna** (inklusive idag).

	Inte alls	Lite grann	Måttligt	En hel del	I högsta grad
a) Matthet eller yrsel.	0	1	2	3	4
b) Smärtor i hjärta eller bröst.	0	1	2	3	4
c) Känsla av att lätt bli sårad.	0	1	2	3	4
d) En känsla av att folk är ovänliga eller ogillar Dig.	0	1	2	3	4
e) Känner Dig mindervärdig jämfört med andra.	0	1	2	3	4
f) Illamående eller ont i magen.	0	1	2	3	4
g) Svårigheter att andas.	0	1	2	3	4
h) Domningar eller stickningar i delar av Din kropp.	0	1	2	3	4
i) Känsla av svaghet i delar av Din kropp.	0	1	2	3	4
j) Känner Dig mycket besvärad tillsammans med andra.	0	1	2	3	4

AKTIVITET, ARBETE OCH RYGGVÄRK

49. Oberoende om Du har ryggvärk eller inte, hur ställer Du Dig till nedanstående påståenden ifall Du baserar detta på Din uppfattning och vad läkare eller annan har sagt om ryggvärk?

Var snäll och besvara alla påståenden och indikera om Du instämmer eller ej instämmer med varje påstående genom att ringa in lämplig sifra på en skala från 1 "Instämmer inte alls" till 5 "Instämmer helt".

	Instämmer inte alls					Instämmer helt				
a) Fysisk aktivitet förvärrar ryggvärk	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
b) Fysisk aktivitet bör undvikas om detta kan förvärra ryggvärk	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
c) Ökad ryggvärk är indikation på att sluta med vad man håller på med	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
d) Vila behövs för att bli bättre	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
e) Normalt arbete bör undvikas till dess ryggvärken är behandlad	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
f) Det är viktigt att få träffa en läkare direkt efter de första tecknen på besvär	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
g) Negligering av denna typ av problem kan förorsaka bestående hälsoproblem	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
h) Ryggvärk går oftast över av sig själv	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Tack för att Du har fyllt i detta frågeformulär!