

FRÅGEFORMULÄR - Ortopedisk del

Vi vill att Ni besvarar alla frågorna i det här formuläret.
Sätt kryss i lämplig ruta. Om inte något av alternativen
under en viss fråga helt skulle passa, ange då det som ligger
närmast.

1.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Personnummer
11.

0	4
---	---
13. Hur upplever Ni Er rygg?
- | | |
|--|----------------|
| | 2 Mycket svag |
| | 3 Svag |
| | 4 Normal |
| | 5 Ganska stark |
| | 6 Mycket stark |
14. Har Ni eller har Ni haft besvär från ländryggen?
(svankryggen, korsryggen, ischias)? Med besvär avses värk,
smärta, trötthet, svaghet, stelhet o s v.
- | | |
|--|-----------------------------|
| | 1 Nej, aldrig besvär |
| | 2 Ja, tidigare men ej nu |
| | 3 Ja, tidigare och nu också |
| | 4 Ja, nu men ej tidigare |
- (Med nu menas för tillfället pågående besvärsperiod)
15. Har Ni haft ryggbesvär i samband med graviditet?
- | | |
|--|---|
| | 1 Inga ryggbesvär i samband med graviditet |
| | 2 Ryggbesvären kom i samband med graviditet men försvann sedan |
| | 3 Ryggbesvären kom i samband med graviditet och har sedan hållit i sig (helt eller periodvis) |
| | 4 Aldrig varit gravid |

OM INGA RYGGBESVÄR NU ELLER TIDIGARE, GÅ VIDARE TILL SIDA 9,
FRÅGA NR 56.

Om Ni haft ryggbesvär vid endast ett eller några "Ja"-tillfällen
kan vissa av frågorna vara svåra att besvara. Välj då det al-
ternativ som gäller för detta (eller dessa) tillfällena.

16. Hur ofta känner Ni/ har Ni känt av Er rygg?
- 2 Endast vid 1-3 tillfällen
 - 3 Mycket sällan, högst 1 gång per månad
 - 4 Sällan, högst 2 till 3 gånger per månad
 - 5 Inte så sällan, högst en gång per vecka
 - 6 Ofta, 2 till 3 gånger per vecka
 - 7 Ganska ofta men inte varje dag
 - 8 Varje dag
17. Hur svåra upplever Ni/har Ni upplevt ryggbesvärerna?
- 2 Lätta, inverkar ej på arbetsförmågan
 - 3 Måttliga, inverkar endast ibland och vid ett fåtal arbetsmoment
 - 4 Ej oväsentliga, klarar ej en del arbetsmoment
 - 5 Svåra, klarar nästan inte mitt nuvarande arbete
18. Vad utlöser/har utlöst besvärerna från ryggen eller förvärrar/har förvärrat dem?
- 2 Tunga lyft
 - 3 Ensidig arbetsställning
 - 4 Kommer oberoende av belastning
 - 5 Framåtlutad ställning
 - 6 Vridrörelser
 - 7 Bakåtböjning
 - 8 Flera av ovanstående alternativ gäller
19. Förvärras ryggbesvärerna/har ryggbesvärerna förvärrats i samband med menstruation?
- 1 Nej
 - 2 Ja, ibland
 - 3 Ja, oftast
 - 4 Ej aktuellt

Vi vill veta hur ryggsmärtorna är (eller har varit).

Här följer några exempel på hur olika ryggsmärtor kan kännas. Läs varje exempel på hur besvären kan upplevas och kryssa för om det passar eller ej. Ett kryss för varje exempel således.

- | | Passar ej | | Passar | |
|-----|----------------------------|--|----------------------------|-------------------------|
| 20. | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 2 | Fruktansvärd smärta |
| 21. | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 2 | Intensiv smärta |
| 22. | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 2 | Skarp, stickande smärta |
| 23. | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 2 | Krampartad smärta |
| 24. | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 2 | Svår, molande smärta |
| 25. | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 2 | Trötthetskänsla |
| 26. | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 2 | Stelhetskänsla |
| 27. | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 2 | Obehagskänsla |
| 28. | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 2 | Lätt, stickande smärta |
| 29. | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 2 | Lätt, molande smärta |
| 30. | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 2 | Obetydlig smärta |

Om Ni nu har ryggbesvär. Med nu menas för tillfället pågående besvärperiod. Fyll då i frågorna 31-36. Gå annars vidare till fråga 37.

31. Var sitter värken, smärtan, obehaget eller stelheten?
- 2 Endast i ländryggen
 - 3 Ländrygg plus utstrålning i låret
 - 4 Ländrygg plus utstrålning i låret och ned i underbenet, foten
 - 5 Bara i benet
 - 6 Över skinkan
32. Har Ni någon gång i samband med ryggbesvär upplevt pirningar, stickningar eller domningar (t ex myrkrypningar, vichyvattenkänsla) i låret, underbenet eller foten?
- 1 Nej
 - 2 Ja
33. När gör det ont eller när förekommer besvären?
- 2 Periodvis, utan ansträngning
 - 3 Inte jämt utan mest vid ansträngning (lyft, böjning)
 - 4 Ständigt ont dagtid men ej på natten
 - 5 Ständigt ont både dag och natt
 - 6 Ständigt ont både dag och natt men mest på natten
 - 7 Endast morgonstel eller värk
34. Hindrar smärtan Er från att somna och/eller väcker den Er nattetid?
- 1 Aldrig
 - 2 Sällan
 - 3 Ofta
35. Hur länge har Er ryggbesvär existerat?
- 2 Mindre än 6 månader
 - 3 6-12 månader
 - 4 Mer än 1 år
 - 5 Mer än 5 år

36. Är Ni nu hemma från arbetet på grund av ryggbesvär?

- | | | |
|--------------------------|---|-----|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Nej |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Ja |

37. Har ryggbesvären ändrats med åren?

- | | | |
|--------------------------|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Nej, ryggbesvären är oförändrade |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Ja, ryggbesvären har ökat |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Ja, ryggbesvären har minskat |
| <input type="checkbox"/> | 4 | Ja, ryggbesvären har upphört |

38. När kände Ni av ryggen/benet första gången i Ert liv?

- | | | |
|--------------------------|---|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | 2 | 0-19 år |
| <input type="checkbox"/> | 3 | 20-29 år |
| <input type="checkbox"/> | 4 | 30-39 år |
| <input type="checkbox"/> | 5 | 40-49 år |
| <input type="checkbox"/> | 6 | 50-59 år |
| <input type="checkbox"/> | 7 | 60 år och däröver |

FRÅGEFORMULÄR - Ortopedisk del

39. Har Ni någon gång under de senaste 3 åren varit sjuk-
skriven på grund av ryggsvären?

- | | | |
|--------------------------|---|------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Nej, aldrig |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Ja, en gång |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Ja, 2 gånger |
| <input type="checkbox"/> | 4 | Ja, 3-5 gånger |
| <input type="checkbox"/> | 5 | Fler än 5 gånger |

40. Om ja på föregående fråga

- | | | |
|--------------------------|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | 2 | En vecka eller mindre |
| <input type="checkbox"/> | 3 | En till två veckor |
| <input type="checkbox"/> | 4 | Tre till fyra veckor |
| <input type="checkbox"/> | 5 | En till tre månader |
| <input type="checkbox"/> | 6 | Tre till sex månader |
| <input type="checkbox"/> | 7 | Mer än ett halvt år |

41. Har Ni sökt läkarvård för besvären?

- | | | |
|--------------------------|---|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Nej |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Ja, en gång |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Ja, två till fyra gånger |
| <input type="checkbox"/> | 4 | Ja, fem gånger eller fler |

42. Har Ni sökt annan vård för Era ryggsvär?

- | | | |
|--------------------------|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Nej |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Sjukgymnast |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Kiropraktor |
| <input type="checkbox"/> | 4 | Kotknäckare |
| <input type="checkbox"/> | 5 | Naprapat |
| <input type="checkbox"/> | 6 | Akupunktör |
| <input type="checkbox"/> | 7 | Flera av ovanstående |

43. Är ryggen röntgad?

- | | | |
|--------------------------|---|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Nej |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Ja, en gång |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Ja, två till tre gånger |
| <input type="checkbox"/> | 4 | Ja, fler än tre gånger |

44. Har Ni eller har Ni haft ortopedisk korsett?
- | | | |
|--------------------------|---|-----|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Nej |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Ja |
45. Behöver Ni/har Ni behövt ta smärtstillande medel för ryggbesvär?
- | | | |
|--------------------------|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Nej, inte alls |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Ja, men sällan |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Ja, ofta men inte varje dag |
| <input type="checkbox"/> | 4 | Ja, varje dag |
| <input type="checkbox"/> | 5 | Ja, både dag och natt |
| <input type="checkbox"/> | 6 | Skulle behöva ta, men vill inte |
46. Har Ni vårdats på sjukhus på grund av ryggbesvären?
- | | | |
|--------------------------|---|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Nej, aldrig |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Ja, en gång |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Ja, två till tre gånger |
| <input type="checkbox"/> | 4 | Fler än tre gånger |
47. Är Ni opererad på grund av ryggbesvär?
- | | | |
|--------------------------|---|-----|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Nej |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Ja |

FRÅGEFORMULÄR - Ortopedisk del

Har Ni/har Ni haft svårighet att klara följande saker?

	Det går bra	Det gör ont men jag klarar det	Jag kan inte	Vet ej	
48.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Gå promenader
49.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Gå i trappor
50.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Springa
51.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Stå framåtböjd, t ex över ett tvättställ
52.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Bära en väska eller kasse
53.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Bädda en säng
54.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Dammsuga
55.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Sitta en längre stund

56. Hur många koppar té dricker Ni i genomsnitt per dag?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Antal koppar
----------------------	----------------------	--------------

58. Vilken typ av mjölk använder Ni?

<input type="checkbox"/>	1	Dricker ej mjölk
<input type="checkbox"/>	2	Helmjök
<input type="checkbox"/>	3	Lätmjök
<input type="checkbox"/>	4	Både hel- och lätmjök

59. Hur många skivor bröd äter Ni per dag?

<input type="checkbox"/>	1	Inget bröd
<input type="checkbox"/>	2	1-2 skivor bröd per dag
<input type="checkbox"/>	3	3-4 skivor bröd per dag
<input type="checkbox"/>	4	5-6 skivor bröd per dag
<input type="checkbox"/>	5	7-8 skivor bröd per dag
<input type="checkbox"/>	6	Över 8 skivor bröd per dag

60. Hur ofta äter Ni grönsaker?

<input type="checkbox"/>	1	Inte alls
<input type="checkbox"/>	2	Daqligen
<input type="checkbox"/>	3	Varannan dag
<input type="checkbox"/>	4	1-2 gånger per vecka

61. Är Ni vegetarian?

<input type="checkbox"/>	1	Nej
<input type="checkbox"/>	2	Ja

62. Hur ofta äter Ni frukt?

- | | | |
|--------------------------|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Inte alls |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Dagligen |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Varannan dag |
| <input type="checkbox"/> | 4 | 1-2 gånger per vecka |

63. Hur många måltid lagad mat äter Ni per dag?

- | | | |
|--------------------------|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Inget lagat måltid mat per dag |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Ett lagat måltid mat per dag |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Ivå lagade måltid per dag |
| <input type="checkbox"/> | 4 | Tre lagade måltid per dag |

64. Hur ofta äter Ni godsaker och/eller konditorivaror?

- | | | |
|--------------------------|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Inte alls |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Dagligen |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Varannan dag |
| <input type="checkbox"/> | 4 | 1-2 gånger per vecka |

65. Vilken sorts smörgåsfett använder Ni?

- | | | |
|--------------------------|---|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Använder ej smörgåsfett |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Smör |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Vanligt margarin |
| <input type="checkbox"/> | 4 | Lättmargarin |
| <input type="checkbox"/> | 5 | Dietmargarin, ex. Solo |

66. Hur många ägg äter Ni per vecka i genomsnitt?

- | | | |
|--------------------------|---|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Inga alls |
| <input type="checkbox"/> | 2 | 1-4 ägg per vecka |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Mer än 4 ägg per vecka |

67. Hur ofta äter Ni potatis?
- | | | |
|--------------------------|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Inte alls |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Dagligen |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Varannan dag |
| <input type="checkbox"/> | 4 | 1-2 gånger per vecka |
68. Skär Ni bort synligt fett i maten?
- | | | |
|--------------------------|---|-----|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Nej |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Ja |
69. Brukar Ni salta extra på maten?
- | | | |
|--------------------------|---|-----|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Nej |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Ja |
70. Hur mycket äter Ni till frukost?
- | | | |
|--------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Inget alls |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Vetebröd samt kaffe eller té |
| <input type="checkbox"/> | 3 | 1-2 smörgåsar samt kaffe eller té |
| <input type="checkbox"/> | 4 | Smörgås, gröt eller fil, flingor samt kaffe och té |
71. Har vikten förändrats de senaste 5 åren?
- | | | |
|--------------------------|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Nej, ingen viktförändring |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Ja, har ökat mindre än 5 kg |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Ja, har ökat mer än 5 kg |
| <input type="checkbox"/> | 4 | Ja, har minskat mindre än 5 kg |
| <input type="checkbox"/> | 5 | Ja, har minskat mer än 5 kg |
72. Har Ni alltid haft över 10 kg övervikt?
- | | | |
|--------------------------|---|-----|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Nej |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Ja |

73.

Hur ofta dricker Ni öl (ej lättöl)?

- | | | |
|--------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Sällan eller aldrig |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Dagligen |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Ett par gånger/vecka - weekendbruk (fredag, lördag, söndag) |
| <input type="checkbox"/> | 4 | Någon gång/vecka |
| <input type="checkbox"/> | 5 | Enstaka tillfällen/månad |

74.

Hur mycket öl dricker Ni vid varje tillfälle?

- | | | |
|--------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 2 | Ett glas |
| <input type="checkbox"/> | 3 | En flaska |
| <input type="checkbox"/> | 4 | Två flaskor (en burk) |
| <input type="checkbox"/> | 5 | Tre flaskor eller mera (två burkar) |

75.

Hur ofta dricker Ni vin?

- | | | |
|--------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Sällan eller aldrig |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Dagligen |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Ett par gånger/vecka - weekendbruk (fredag, lördag, söndag) |
| <input type="checkbox"/> | 4 | Någon gång/vecka |
| <input type="checkbox"/> | 5 | Enstaka tillfällen/månad |

76.

Hur mycket vin dricker Ni vid varje tillfälle?

- | | | |
|--------------------------|---|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | 2 | Ett glas |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Ett par glas |
| <input type="checkbox"/> | 4 | En halv - en flaska |
| <input type="checkbox"/> | 5 | Mer än en flaska |

77.

Hur ofta dricker Ni starksprit?

- | | | |
|--------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Sällan eller aldrig |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Dagligen |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Ett par gånger/vecka - weekendbruk (fredag, lördag, söndag) |
| <input type="checkbox"/> | 4 | Någon gång/vecka |
| <input type="checkbox"/> | 5 | Enstaka tillfällen/månad |

78.

Hur mycket starksprit dricker Ni vid varje tillfälle?

- | | | |
|--------------------------|---|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 2 | Ca 4-8 cl |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Ca 10-15 cl |
| <input type="checkbox"/> | 4 | En flaska 37 cl |
| <input type="checkbox"/> | 5 | En flaska 75 cl eller mera |

79.

Är Ni helnykterist?

- | | | |
|--------------------------|---|-----|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Nej |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Ja |