



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

 første undersøkelse

SKJEMA 1a: Pasientopplysninger ved første vurdering ved poliklinikken  
(Fylles ut av pasienten før konsultasjon.)

## Spørreskjema for personer med nakke- og ryggproblemer

Versjon 2.1

Formålet med dette spørreskjemaet er å gi leger, fysioterapeuter og sykepleiere bedre forståelse av helseplagene til personer med nakke- og ryggproblemer. Din utfylling av skjemaet vil være til stor nytte for å kunne gi et best mulig behandlingstilbud til personer med smerter i nakke eller rygg i fremtiden.

Spørreskjemaet har flere deler. Den første delen omhandler din utdanning, yrkessituasjon og familie. Deretter er det spørsmål om smertens varighet og type, bruk av smertestillende midler, fysisk aktivitet og effekt av tidligere behandling. De neste delene består av ulike sett spørsmål for måling av din nåværende helse og funksjon. Første skjema måler hvordan smertene påvirker dine dagligdagse gjøremål. Ved nakkeplager fylles det ut et tilleggsskjema. Videre registreres hvor mye fysisk aktivitet vil påvirke rygg / nakkeplager. Neste skjema måler legemlig og psykisk belastning, og det spørres om helseplager siste 30 døgner. Til slutt kartlegges generelt om din helsetilstand.

### Pasientdata

Fødselsnr.

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

Adresse

Alder (år)

--	--

Kjønn

Mann

Kvinne

Dato for utfylling

		.			.		
Dag			Måned			År	

### Familie

Gift/Reg. partner

Samboende

Enslig

Hvor mange barn har du?

--	--

Hvor mange barn bor hos deg nå/er i husholdningen?

--	--

### Nasjonalitet

Norge

Nord- og Mellom-Amerika

Europa

Sør-Amerika

Afrika

Annet

Asia

Tolk ved konsultasjon

Ja

Nei

### Utdanning og yrke

1. Hva er din høyeste fullførte utdanning?

Grunnskole 7-10 år, framhaldskole eller folkehøgskole

Yrkesfaglig videregående skole, yrkesskole eller realskole

Allmennfaglig videregående skole eller gymnas

Høgskole eller universitet (mindre enn 4 år)

Høgskole eller universitet (4 år eller mer)

2. Hvilket yrke har du nå, eller hadde du tidligere (før du eventuelt ble arbeidsledig, permittert, trygdet eller pensjonert)

.....





## Lese- og skrivevansker

Har du lese og skrivevansker?

 Ja, i stor grad  Ja, i noen grad  Nei

Har du for tiden et arbeidsforhold? Ikke ta hensyn til om du er sykmeldt eller i permisjon.  
(Kryss av for ett av alternativene)

 Ja  Nei

Dersom "Ja": Vi er interessert i å vite størrelsen på arbeidsforholdet ditt. Hvor stor stillingsprosent har du i jobben din?

Ikke ta hensyn til om du er sykemeldt eller i permisjon.  
(Hvis du har flere jobber, oppgi den samlede andelen).

 % stilling

## Arbeidsstatus nå

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> I arbeid nå             | <input type="checkbox"/> Arbeidsledig            |
| <input type="checkbox"/> Hjemmeværende (ulønnet) | <input type="checkbox"/> Sykmeldt                |
| <input type="checkbox"/> Student/skoleelev       | <input type="checkbox"/> Arbeidsavklaringspenger |
| <input type="checkbox"/> Alderspensjonist        | <input type="checkbox"/> Permanent uførepensjon  |
- % sykmeldt
- % uføretrygdet

Har du vært sykmeldt for samme eller lignende plager i løpet av de to siste år?

Hvis ja, oppgi antall ganger.

- 
- Nei
- 
- 
- Ja, 1 gang
- 
- 
- Ja, 2 - 5 ganger
- 
- 
- Ja, 6 - 10 ganger
- 
- 
- Ja, flere enn 10 ganger

Startdato for nåværende sykmeldingsperiode for aktuell plage

 -  -   
Dag Måned År Nøyaktig dag er ukjent, angi måned: 

Den nåværende arbeidsevnen sammenlignet med når den var på sitt beste. Vi går ut i fra at arbeidsevnen når den var på sitt beste verdsettes med 10 poeng. Hvor mange poeng vil du gi din nåværende arbeidsevne? 0 betyr at du ikke er i stand til å arbeide for øyeblikket.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
helt uten evne til å arbeide					arbeidsevne på sitt beste					

## Arbeidsforhold

Hvordan vurderer du din arbeidsevne i forhold til fysiske krav i jobben? (Om du ikke har en jobb nå, tenk på din siste jobb)

 Meget god  Ganske god  Moderat  Ganske dårlig  Meget dårlig

Hvordan vurderer du din arbeidsevne i forhold til psykiske krav i jobben? (Om du ikke har en jobb nå, tenk på din siste jobb)

 Meget god  Ganske god  Moderat  Ganske dårlig  Meget dårlig



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

Hvor fornøyd er du med jobben du har? Sett kryss for ett tall.

<i>ikke fornøyd</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>helt fornøyd</i>
	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Varighet av plager**

Sammenhengende varighet av nåværende smerter:

- Ingen smerter
- Mindre enn 3 måneder
- 3 til 12 måneder
- 1 til 2 år
- Mer enn 2 år

Har du søkt uføretrygd?  Ja  Nei

Har du søkt erstatning?  Ja  Nei

Føler du at din arbeidsgiver ønsker deg tilbake i jobb?

Ja  Nei

**Årsak til smertene**

**Hva tror du selv er årsak til smertene dine?**

Kryss av for ett eller flere alternativer

- Arbeidsbelastning
- Hjemmebelastning
- Følelsesmessige belastninger
- Fritidsaktiviteter
- Skade i skjelettet
- Skade i muskulatur
- Skade i nerve
- Feilbehandling
- Vet ikke
- Andre årsaker

**Røyker du daglig?**

Ja  Nei

**Hvor har du vondt?**

Hvor har du vondt nå for tiden? Marker de regionene på kroppen hvor du har hatt smerte de siste 14 dagene

**FORSIDE**

- Hode
- Nakke
- Øvre del mage
- Høyre skulder
- Venstre skulder
- Høyre albue
- Venstre albue
- Mage
- Høyre håndledd
- Venstre håndledd
- Høyre hofte/ lår
- Venstre hofte/ lår
- Høyre kne
- Venstre kne
- Høyre ankel/ fot
- Venstre ankel/ fot

**BAKSIDE**

- Hode
- Nakke
- Øvre del av rygg
- Høyre skulder
- Venstre skulder
- Høyre albue
- Venstre albue
- Korsrygg
- Høyre håndledd
- Venstre håndledd
- Høyre hofte/ lår
- Venstre hofte/ lår
- Høyre kne
- Venstre kne
- Høyre ankel/ fot
- Venstre ankel/ fot

**Smerteopplevelse**

Hvordan vil du gradere de smertene du har hatt i løpet av den siste uke? Kryss av for ett tall.

Smertene i hvile

ingen smerter	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	verst tenkelige smerter
	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Smertene i aktivitet

ingen smerter	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	verst tenkelige smerter
	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	





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

### Smertestillende medisiner

Hvor ofte har du i løpet av de siste 4 ukene brukt følgende medisiner?

Sett ett kryss pr. linje.

	Ikke brukt siste 4 uker	Sjeldnere enn hver uke	Hver uke, men ikke daglig	Daglig
Smertestillende uten resept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smertestillende på resept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Fysisk aktivitet

Hvordan er aktivitetsnivået når det gjelder trening/bevegelse/kroppslig anstengelse i din fritid? (Hvis aktiviteten varierer mye f. eks. mellom sommer og vinter, så ta et gjennomsnitt. Spørsmålene gjelder bare **det siste året**.

Sett kryss ved det som best beskriver din situasjon.)

- Min fritid består hovedsakelig av å lese, se på fjernsyn eller annen stillesittende beskjeftigelse
- Jeg spaserer, sykler eller beveger meg på annen måte minst 4 timer i uken. (Herunder medregnes gange/sykling til arbeidssted, søndagsturer, etc)
- Jeg driver mosjonsidrett, tyngre hagearbeid eller lignende (virksomheten skal være minst 4 timer i uken).
- Jeg trener hardt eller driver konkurranseidrett, regelmessig og flere ganger i uken.

### Tidligere behandling

Har du vært til annen behandling for dine aktuelle plager?

- Ja     Nei     Ukjent

Hvis ja; hvilken effekt synes du følgende behandling hadde på dine plager? (sett kryss)

	Bedre	Uendret	Forverring
Trening hos fysioterapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen behandling hos fysioterapeut (massasje, varmepakninger, elektroterapi, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manuell terapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykomotorisk fysioterapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiropraktor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Smerte og funksjon

Disse spørsmålene er utarbeidet for å gi oss informasjon om hvordan dine smerter har påvirket dine muligheter til å klare dagliglivet ditt. Vær så snill å besvare spørsmålene ved å sette kryss (kun ett kryss for hvert avsnitt) i de rutene som passer best for deg.

#### 1. Smerte

- Jeg har ingen smerter for øyeblikket
- Smertene er veldig svake for øyeblikket
- Smertene er moderate for øyeblikket
- Smertene er temmelig sterke for øyeblikket
- Smertene er veldig sterke for øyeblikket
- Smertene er det verste jeg kan tenke meg for øyeblikket

#### 2. Personlig stell

- Jeg kan stelle meg selv på vanlig måte uten at det forårsaker ekstra smerter
- Jeg kan stelle meg selv på vanlig måte, men det er veldig smertefullt
- Det er smertefullt å stelle seg selv, og jeg gjør det langsomt og forsiktig
- Jeg trenger noe hjelp, men klarer det meste av mitt personlige stell
- Jeg trenger hjelp hver dag til det meste av eget stell
- Jeg kler ikke på meg, har vanskeligheter med å vaske meg og holder sengen

#### 3. Å løfte

- Jeg kan løfte tunge ting uten å få mer smerter
- Jeg kan løfte tunge ting, men får mer smerter  
Smertene hindrer meg i å løfte tunge ting opp fra gulvet, men jeg greier det hvis det som skal løftes er gunstig plassert, for eksempel på et bord
- Smertene hindrer meg i å løfte tunge ting, men jeg klarer lette og middels tunge ting, hvis det er gunstig plassert
- Jeg kan bare løfte noe som er veldig lett
- Jeg kan ikke løfte eller bære noe i det hele tatt





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

**4. Å gå**

- Smerter hindrer meg ikke i å gå i det hele tatt
- Smerter hindrer meg i å gå mer enn 1 ½ km
- Smerter hindrer meg i å gå mer enn ¾ km
- Smerter hindrer meg i å gå mer enn 100 m
- Jeg kan bare gå med stokk eller krykker
- Jeg ligger for det meste i sengen, og jeg må krabbe til toalettet

**5. Å sitte**

- Jeg kan sitte så lenge jeg vil i en hvilken som helst stol
- Jeg kan sitte så lenge jeg vil i min favorittstol
- Smerter hindrer meg i å sitte mer enn en time
- Smerter hindrer meg i å sitte mer enn en halv time
- Smerter hindrer meg i å sitte mer enn ti minutter
- Smerter hindrer meg i å sitte i det hele tatt

**6. Å stå**

- Jeg kan stå så lenge jeg vil uten å få smerter
- Jeg kan stå så lenge jeg vil, men får mer smerter
- Smerter hindrer meg i å stå mer enn en time
- Smerter hindrer meg i å stå mer enn en halv time
- Smerter hindrer meg i å stå mer enn ti minutter
- Smerter hindrer meg i å stå i det hele tatt

**7. Å sove**

- Søvn min forstyrres aldri av smerter
- Søvn min forstyrres av og til av smerter
- På grunn av smerter får jeg mindre enn seks timers søvn
- På grunn av smerter får jeg mindre en fire timers søvn
- På grunn av smerter får jeg mindre enn to timers søvn
- Smerter hindre all søvn

**8. Seksuelliv**

- Seksuellivet mitt er normalt og forårsaker ikke mer smerter
- Seksuellivet mitt er normalt, men forårsaker noe mer smerter
- Seksuellivet mitt er normalt, men svært smertefult
- Seksuellivet mitt er svært begrenset av smerter
- Seksuellivet mitt er nesten borte på grunn av smerter
- Smerter forhindrer alt seksuelliv

**9. Sosialt liv (omgang med venner og bekjente)**

- Det sosiale livet mitt er normalt og forårsaker ikke mer smerter
- Det sosiale livet mitt er normalt, men øker graden av smerter
- Smerter har ingen betydelig innvirkning på mitt sosiale liv, bortsett fra at de begrenser mine mer fysiske aktive sider, som sport osv.
- Smerter har begrenset mitt sosiale liv, og jeg går ikke så ofte ut
- Smerter har begrenset mitt sosiale liv til hjemmet
- På grunn av smerter har jeg ikke noe sosialt liv

**10. Å reise**

- Jeg kan reise hvor som helst uten smerter
- Jeg kan reise hvor som helst, men det gir mer smerter
- Smertene er ille, men jeg klarer reiser på to timer
- Smerter begrenser meg til korte reiser på under en time
- Smerter begrenser meg til korte, nødvendige reiser på under 30 minutter
- Smerter forhindrer meg fra å reise, unntatt for å få behandling

ODI (Fairbank JC et al, 1980)





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

**Ved nakkesmerter fylles også det følgende skjema ut**

Hvis ditt hovedproblem er nakkesmerter, ber vi om at du også svarer på disse spørsmålene. Sett fortsatt kun ett kryss for hvert avsnitt.

**Del 1 - Smerteintensitet**

- Jeg har ingen smerter akkurat nå
- Smertene er svært svake akkurat nå
- Smertene er moderate akkurat nå
- Smertene er nokså sterke akkurat nå
- Smertene er meget sterke akkurat nå
- Smertene er de verst tenkelige akkurat nå

**Del 2 - Personlig stell (vaske seg, kle på seg, osv.)**

- Jeg kan stelle meg selv som normalt, uten at det gir ekstra smerter
- Jeg kan stelle meg selv som normalt, men det gir ekstra smerter
- Det er smertefullt å stelle seg, og jeg er langsom og forsiktig
- Jeg trenger noe hjelp, men klarer mesteparten av mitt personlige stell
- Jeg trenger hjelp hver dag med mesteparten av mitt personlige stell
- Jeg klarer ikke å kle på meg, har vansker med å vaske meg og holder meg i senga

**Del 3 - Løfting**

- Jeg kan løfte noe tungt uten at det gir ekstra smerter
- Jeg kan løfte noe tungt, men det gir ekstra smerter
- Smerter hindrer meg i å løfte noe tungt opp fra gulvet, men jeg kan klare det hvis det er gunstig plassert, for eksempel på et bord
- Smerter hindrer meg i å løfte noe tungt, men jeg kan klare noe lett eller middels tungt hvis det er gunstig plassert
- Jeg kan bare løfte noe meget lett
- Jeg kan ikke løfte eller bære noe i det hele tatt

**Del 4 - Lesing**

- Jeg kan lese så mye jeg ønsker, uten at det gir smerter i nakken
- Jeg kan lese så mye jeg ønsker, men med svake smerter i nakken
- Jeg kan lese så mye jeg ønsker, men med moderate smerter i nakken
- Jeg kan ikke lese så mye jeg ønsker, på grunn av nokså sterke smerter i nakken
- Jeg kan omtrent ikke lese i det hele tatt, på grunn av meget sterke smerter i nakken
- Jeg kan ikke lese i det hele tatt, på grunn av smerter i nakken

**Del 5 - Hodepine**

- Jeg har ikke hodepine i det hele tatt
- Jeg har svak hodepine som kommer nå og da
- Jeg har moderat hodepine som kommer nå og da
- Jeg har moderat hodepine som kommer jevnlig
- Jeg har sterk hodepine som kommer jevnlig
- Jeg har hodepine nesten hele tiden

**Del 6 - Konsentrasjon**

- Jeg kan konsentrere meg uten vansker
- Jeg kan konsentrere meg med små vansker
- Jeg har nokså store vansker med å konsentrere meg
- Jeg har store vansker med å konsentrere meg
- Jeg har svært store vansker med å konsentrere meg
- Jeg kan ikke konsentrere meg i det hele tatt





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

## Del 7 - Arbeid (eller daglige gjøremål)

- Jeg kan gjøre så mye arbeid som jeg ønsker
- Jeg kan gjøre mitt vanlige arbeid, men ikke mer
- Jeg kan gjøre mesteparten av mitt vanlige arbeid, men ikke mer
- Jeg kan ikke gjøre mitt vanlige arbeid
- Jeg kan omtrent ikke gjøre noe arbeid i det hel tatt
- Jeg kan ikke gjøre noe arbeid i det hele tatt

## Del 8 - Bilkjøring

- Jeg kan kjøre bil uten at det gir smerter i nakken
- Jeg kan kjøre bil så lenge som jeg ønsker, men med svake smerter i nakken
- Jeg kan kjøre bil så lenge som jeg ønsker, men med moderate smerter i nakken
- Jeg kan ikke kjøre bil så lenge som jeg ønsker, på grunn av nokså sterke smerter i nakken
- Jeg kan omtrent ikke kjøre bil i det hele tatt, på grunn av meget sterke smerter i nakken
- Jeg kan ikke kjøre bil i det hele tatt, på grunn av smerter i nakken

## Del 9 - Søvn

- Jeg har ikke problemer med å sove
- Søvn min er litt forstyrret. (Mindre enn 1 times søvnløshet)
- Søvn min er noe forstyrret. (1-2 timers søvnløshet)
- Søvn min er moderat forstyrret. (2-3 timers søvnløshet)
- Søvn min er sterkt forstyrret. (3-5 timers søvnløshet)
- Søvn min er fullstendig forstyrret. (5-7 timers søvnløshet)

## Del 10 - Fritid

- Jeg er i stand til å drive med alle mine fritidsaktiviteter uten at det gir smerter i nakken overhodet
- Jeg er i stand til å drive med alle mine fritidsaktiviteter, men med noe smerter i nakken
- Jeg er i stand til å drive med de fleste av, men ikke alle, mine vanlige fritidsaktiviteter på grunn av smerter i nakken
- Jeg er bare i stand til å drive med noen få av mine vanlige fritidsaktiviteter, på grunn av smerter i nakken
- Jeg kan omtrent ikke drive med fritidsaktiviteter, på grunn av smerter i nakken
- Jeg kan ikke drive med fritidsaktiviteter i det hele tatt





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

**Smerte, fysisk aktivitet og jobb**

Her er noe av det som andre har fortalt oss om rygg/nakke -smertene sine. Kryss av for ett tall fra 0 (helt uenig) til 6 (helt enig) for hvert utsagn for å si hvor mye fysiske aktiviteter som å bøye seg, løfte, gå eller kjøre vil påvirke ryggen/nakken din.

		HELT UENIG		USIKKER				HELT ENIG	
		0	1	2	3	4	5	6	
1	Fysisk aktivitet forverrer smertene mine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Fysisk aktivitet kan skade ryggen/nakken min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Jeg burde ikke utføre fysiske aktiviteter som (kan) forverre smertene mine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Jeg kan ikke utføre fysiske aktiviteter som (kan) forverre smertene mine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Følgende utsagn handler om hvordan det vanlige arbeidet ditt påvirker eller kan påvirke ryggsmertene dine.

		HELT UENIG		USIKKER				HELT ENIG	
		0	1	2	3	4	5	6	
5	Smertene mine ble forårsaket av arbeidet mitt eller et uhell på jobben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Arbeidet mitt forverret smertene mine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Arbeidet mitt er for tungt for meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Arbeidet mitt forverrer eller kan forverre smertene mine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Arbeidet mitt kan skade ryggen/nakken min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Jeg burde ikke utføre det vanlige arbeidet mitt med mine nåværende smerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	Jeg tror ikke jeg vil være tilbake på det vanlige arbeidet mitt innen tre måneder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

The Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) (Waddell et al 1993)  
Originalversjonen av FABQ har 15 items. Her er kun utsagn som skåres tatt med.

**Hvordan har du det?**

Når smerter og andre plager har vart en tid, blir en gjerne sliten og oppgitt. Dette gir ofte slike plager som nevnt nedenfor. Samlet blir disse her brukt som mål på at en er legemlig og psykisk presset. Vurder hvor mye hvert symptom har vært til plage eller ulempe for deg de siste 14 dagene (til og med i dag). Sett kryss for det som passer best. Husk å sette ett kryss for hver plage/hvert symptom.

	Ikke i det hele tatt	Litt	En god del	Svært mye
1. Plutselig skremt uten grunn. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Føler du deg engstelig. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Føler du deg svimmel eller kraftløs. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Føler deg anspent eller opphisset. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Anklager deg selv for ting. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Vanskelig for å sove. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Følelse av håpløshet mht. framtiden. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Føler deg nedfor. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Føler at alt krever stor anstrengelse. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Føler at du ikke er noe verdt. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>







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

Helseproblemer siste 30 døgn

Her nevnes noen vanlige helseplager. Vi vil be deg om å vurdere hvert enkelt problem/symptom, og oppgi i hvilken grad du har vært plaget av dette i løpet av de siste tretti døgn.

Eksempel

Hvis du føler at du har vært endel plaget med forkjølelse/influensa siste måned, fylles dette ut på følgende måte: Sett kryss for det som passer best.

	<i>Ikke plaget</i>	<i>Litt plaget</i>	<i>Endel plaget</i>	<i>Alvorlig plaget</i>
1. Forkjølelse, influensa . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nedenfor nevnes noen alminnelige helse- problemer (sett kryss for det som passer best)

	<i>Ikke plaget</i>	<i>Litt plaget</i>	<i>Endel plaget</i>	<i>Alvorlig plaget</i>		<i>Ikke plaget</i>	<i>Litt plaget</i>	<i>Endel plaget</i>	<i>Alvorlig plaget</i>
1. Forkjølelse, influensa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Forstoppelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hoste, bronkitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Eksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Allergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hodepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Hetetokter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Nakkesmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Søvnproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Smerter øverst i ryggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Tretthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Smerter øverst korsryggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. Svimmelhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Smerter i armer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Smerter i skuldre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. Nedtrykt, depresjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Migrene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Spesielt for kvinner:</b>				
11. Hjerterbank, ekstraslag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. Premenstruelle spenninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Brystsmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. Menstruasjonsmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Pustevansker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. Kvalme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Smerter i føttene ved anstrengelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. Bekkensmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sure oppstøt, "halsbrann"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Hvor fornøyd er du med behandlingen du har fått for de aktuelle plager inntil i dag?</b>				
16. Sug eller svie i magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fornøyd				
17. Magekatarr, magesår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Litt fornøyd				
18. Mageknip	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Verken fornøyd eller misfornøyd				
19. "Luftplager"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Litt misfornøyd				
20. Løs avføring, diare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Misfornøyd				





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

**Beskrivelse av helsetilstand (EQ-5D)**

Vis hvilke utsagn som passer best på din helsetilstand i dag ved å sette *kun ett* kryss i en av rutene for hvert punkt nedenfor.

**1. 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

**2. 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 store problemer med å vaske meg eller kle meg
- Jeg er ute av stand til å vaske meg eller kle meg

**3. Vanlig gjøremål**

- 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

**4. Smerte og 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

**5. Angst og depresjon**

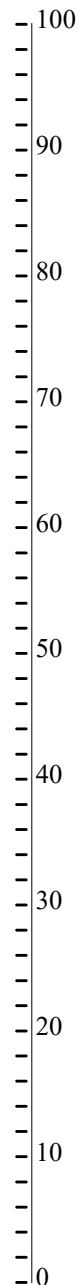
- Jeg er hverken engstelig eller depriment
- Jeg er litt engstelig eller depriment
- Jeg er middels engstelig eller depriment
- Jeg er svært engstelig eller depriment
- Jeg er ekstremt engstelig eller depriment

**Helsetilstand**

For at du skal kunne vise oss hvor god eller dårlig din helsetilstand er, har vi laget en skala (nesten som et termometer), hvor den beste helsetilstanden du kan tenke deg er markert med 100 og den dårligste med 0.

Vi ber deg om at du viser din helsetilstand ved å trekke ei linje fra boksen nedenfor til det punkt på skalaen som passer best med din helsetilstand.

Best tenkelige  
helsetilstand



Nåværende  
helsetilstand

Verst tenkelige  
helsetilstand

