

Dato \_\_\_\_\_

ID-nummer \_\_\_\_\_

## Spørgeskema i forbindelse med smertegener fra bevægeapparatet (ÖMPQ)

### De første spørgsmål handler om personlige oplysninger

1. Hvad er din alder? \_\_\_\_\_ år.
2. Er du mand eller kvinde?      Mand  Kvinde

De følgende spørgsmål omhandler symptomer (fx smerte, ubehag m.m.), som du kan opleve i forbindelse med dit smerteproblem. Læs venligst spørgsmål og svarmulighed omhyggeligt, men brug dog ikke for lang tid på hvert spørgsmål.  
Det er vigtigt, at du besvarer alle spørgsmål så godt du kan. Vælg den svarmulighed, der passer bedst.

3. Hvorfra har du gener (smerte, ubehag m.m.)?

- Nakke  
 Ryggens øvre del  
 Skulderparti/arm/hånd  
 Ryggens nedre del  
 Hofteparti/knæ/fod  
(Sæt gerne flere markeringer)

4. Hvor mange dage har du i alt været sygemeldt på grund af dit smerteproblem inden for de sidste 12 måneder?

- |                                     |     |                                       |      |
|-------------------------------------|-----|---------------------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> 0 dage     | [1] | <input type="checkbox"/> 31-60 dage   | [6]  |
| <input type="checkbox"/> 1-2 dage   | [2] | <input type="checkbox"/> 61-90 dage   | [7]  |
| <input type="checkbox"/> 3-7 dage   | [3] | <input type="checkbox"/> 91-180 dage  | [8]  |
| <input type="checkbox"/> 8-14 dage  | [4] | <input type="checkbox"/> 181-275 dage | [9]  |
| <input type="checkbox"/> 15-30 dage | [5] | <input type="checkbox"/> 276-365 dage | [10] |

5. Hvor længe har du haft de nuværende symptomer?

(Ved nuværende forstås de symptomer du aktuelt er sygemeldt for. Sæt kun én markering)

- |                                   |     |   |      |
|-----------------------------------|-----|---|------|
| <input type="checkbox"/> 0-1 uge  | [1] | <input type="checkbox"/> 10-11 uger       | [6]  |
| <input type="checkbox"/> 2-3 uger | [2] | <input type="checkbox"/> 12-23 uger       | [7]  |
| <input type="checkbox"/> 4-5 uger | [3] | <input type="checkbox"/> 24-35 uger       | [8]  |
| <input type="checkbox"/> 6-7 uger | [4] | <input type="checkbox"/> 36-52 uger       | [9]  |
| <input type="checkbox"/> 8-9 uger | [5] | <input type="checkbox"/> Mere end 52 uger | [10] |

Neden for følger nogle forskellige udsagn om dit smerteproblem. Angiv på en skala fra 0 til 10, hvorvidt du er enig med udsagnet.

6. Er dit arbejde tungt eller ensformigt?

Slet ikke										I høj grad	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

---

7. Hvor mange smerter har du haft i den sidste uge?

Har slet ikke haft smerter										Har haft uudholdelige smerter	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

---

8. Hvor ondt har du i gennemsnit haft i den sidste måned?

Har slet ikke haft smerter										Har haft uudholdelige smerter	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

---

9. Hvor ofte har du i gennemsnit haft ondt i den sidste måned?

Aldrig										Hele tiden	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

---

10. Med tanke på en gennemsnitlig dag, hvor store er dine muligheder så for at håndtere eller kontrollere dine smerter?

Ingen mulighed										Kan kontrollere smerterne fuldstændigt	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

---

11. Hvor anspændt eller stresset har du følt dig i den sidste uge?

Helt rolig										Meget anspændt	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

12. I hvilken udstrækning har du følt dig nedtrykt i den sidste uge?

Slet ikke									Enormt meget		<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

---

13. Som du selv oplever det, hvor stor er risikoen så for, at dit nuværende besvær vil blive langvarigt?

Ingen risiko									Meget stor risiko		<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

---

14. Hvor stor tror du chancen er for, at du kan arbejde om 6 måneder?

Ingen chance									Meget stor chance		<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

---

15. Hvis du samlet vurderer dine arbejdsopgaver, ledelsen, løn, udviklingsmuligheder og arbejdskolleger, hvor tilfreds er du så med dit arbejde?

Ikke tilfreds									Helt tilfreds		<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Neden for følger nogle forskellige udsagn omkring smerter som andre med smerteproblemer har fortalt os om. Angiv på en skala fra 0 til 10, hvorvidt du er enig med udsagnet.

16. Fysisk aktivitet forøger mine smerter

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

---

17. Hvis mine smerter forværres, er det tegn på, at jeg bør holde op med det, jeg er i gang med, indtil smerterne mindskes

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

18. Jeg bør ikke udføre mine normale aktiviteter eller mit normale arbejde med de smerter, jeg har nu

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

Neden for følger en liste over fem aktiviteter. Sæt en cirkel om det tal, der bedst beskriver din nuværende evne til at deltage i hver aktivitet.

19. Jeg kan udføre lettere arbejde under en times varighed

Kan ikke gøre det pga. smerter eller må stoppe							Kan gøre det uden smerte				<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

20. Jeg kan gå i en time

Kan ikke gøre det pga. smerter eller må stoppe							Kan gøre det uden smerte				<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

21. Jeg kan udføre almindeligt husarbejde

Kan ikke gøre det pga. smerter eller må stoppe							Kan gøre det uden smerte				<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

22. Jeg kan foretage de ugentlige indkøb

Kan ikke gøre det pga. smerter eller må stoppe							Kan gøre det uden smerte				<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

23. Jeg kan sove om natten

Kan ikke gøre det pga. smerter eller vågner							Kan gøre det uden smerte				<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

**TAK FOR DIN MEDVIRKEN !**