

Frågeformulär

*till dig som sökt sjukvård för led-/ryggvärk
under åren 2003 till 2007*

*Ett varmt tack på förhand
för din medverkan!*

Frågeformulär

till dig som sökt sjukvård för led-/ryggvärk under åren 2003 till 2007

Teckningar: Ann-Christine Blomquist

Layout och tryck: Printus, Malmö 2011

Bästa/Bäste deltagare

Vid genomgång av vårdsökande i Region Skåne har vi sett att du någon gång under åren 2003-2007 fått en diagnos förenlig med ledvärk och/eller ryggvärk. Med led-/ryggvärk avses här allmän värk från lederna och ryggen, men också diagnoser förenliga med reumatisk sjukdom. Där ingår bl.a sjukdomen psoriasisartrit, vilket är benämningen på kroniska besvär med ledinflammation/-er hos personer med hudsjukdomen psoriasis. Vidare ingår i denna grupp även Bechterews sjukdom, ankyloserande spondylit, pelvospondylit och spondylit.

Idag finns det otillräcklig kunskap om led-/ryggvärk både avseende hur personer med dessa sjukdomar mår och vilka kostnader som sjukdomen medför. Detta frågeformulär är ämnat att ge djupare insikter i dessa frågor och vi skulle därför uppskatta om du tar dig tid att svara på våra frågor.

Det är bara du som känner till alla de sjukvårdsresurser och den service som du behöver, och bara du som kan bedöma vilka effekter sjukdomen har på din livskvalitet och dina dagliga aktiviteter. Ditt bidrag är därför värdefullt för att vi ska få bättre kännedom om de konsekvenser som sjukdomen medför.

All information i detta frågeformulär behandlas strikt konfidentiellt. Dina svar kommer att sammanställas med ett stort antal andra svar, vilket omöjliggör identifiering.

Innan du besvarar frågeformuläret ber vi dig fylla i den bifogade samtyckesblanketten samt läsa instruktionen på nästa sida. Vi skulle uppskatta ditt svar inom 14 dagar.

Med vänlig hälsning



ELISABETH LINDQVIST
*Verksamhetschef, överläkare
Reumatologiska kliniken
Skånes universitetssjukhus*



INGEMAR PETERSSON
*Docent, överläkare
Reumatologiska kliniken
Skånes universitetssjukhus*



ÅKE SVENSSON
*Docent, överläkare
Hudkliniken
Skånes universitetssjukhus*

Instruktion

I formuläret använder vi oss genomgående av beteckningen led-/ryggbesvär för samtliga diagnoser. Detta kan innebära att just du kanske inte känner igen dig i vissa frågor, men vi ber dig att försöka besvara frågorna. Ett antal frågor ska dock endast besvaras om du har psoriasisartrit. Detta anges tydligt i frågeformuläret.

Var vänlig notera att tidsperioderna för vilka vi vill veta kostnaderna varierar mellan olika frågor. De flesta frågor avser de senaste 3 månaderna men för några frågor, t ex den om läkemedel, gäller endast 1 månad.

Tänk på att endast ange de kostnader och situationer som hänför sig till dina led-/ryggbesvär. Om du har besökt en läkare eller använt läkemedel p.g.a. annan sjukdom (t ex förkylning) ska detta inte inkluderas.

Vid frågor

Om du har några frågor om studien är du välkommen att kontakta:
Emma Haglund, e-post emma.haglund@morse.nu
Sofia Löfvendahl, telefon 046-17 13 80 (måndag, onsdag 10-12)

Ansvarig projektledare: Ingemar Petersson, docent, MORSE-projektet.

Tack för Din medverkan!

Del 1. Bakgrundsinformation

1.1 Ange personnummer

| | | | | | | | | | | | | | | |
 Å Å Å Å M M D D N N N N

1.2 Är du

MAN

KVINNA

1.3 Är du

GIFT/SAMBO/SÄRBO

ENSAMSTÅENDE

1.4 Lever du

ENSAM

MED FAMILJ

1.5 Vilken är din högsta genomförda utbildning?

GRUNDSKOLA

YRKESUTBILDNING

GYMNASIUM

HÖGSKOLEUTBILDNING

1.6 Är du eller dina föräldrar inflyttade till Sverige från ett annat land?

ENDAST JAG ÄR INFLYTTAD

NÅGON ELLER BÅDA MINA FÖRÄLDRAR ÄR INFLYTTADE

NEJ

Om du är inflyttad, ange från vilket land

.....

1.7 Vilken är din huvudsakliga sysselsättning?

ANSTÄLLD

SKÖTER HEMMET

ARBETSLÖS

PENSIONÄR

STUDENT

ANNAT

DRIVER EGEN VERKSAMHET

Del 1. Arbetsförmåga

Följande frågor handlar om hur dina hälsoproblem påverkar din förmåga att arbeta och utföra vardagliga aktiviteter. Med hälsoproblem avser vi alla eventuella fysiska eller känslomässiga problem eller symtom. *Fyll i på lämplig rad eller kryssa i en ruta nedan.*

- 1.8** Är du för närvarande anställd (arbetar för lön)? JA NEJ
Om svaret är NEJ kryssar du för "NEJ" och går till fråga 1.13

Följande frågor handlar om de **senaste sju dagarna**. Räkna inte med innevarande dag.

- 1.9** Under de senaste sju dagarna, hur många timmar var du borta från arbetet på grund av dina hälsoproblem? *Räkna med timmar vid sjukdagar, de gånger du kom sent till arbetet, gick hem tidigare, etc., till följd av hälsoproblemen. Inkludera inte tid som du förlorat på att delta i denna studie.* TIMMAR

- 1.10** Under de senaste sju dagarna, hur många timmar var du borta från arbetet på grund av någon annan orsak, t.ex. semester, helgdagar, ledig tid för att delta i denna undersökning? TIMMAR

- 1.11** Under de senaste sju dagarna, hur många timmar arbetade du? TIMMAR
Om svaret är "0" gå till fråga 1.13

- 1.12** Under de senaste sju dagarna, i vilken utsträckning påverkade dina hälsoproblem din produktivitet medan du arbetade? *Tänk på de dagar då det fanns begränsningar i den mängd eller typ av arbete du kunde utföra, dagar då du uträttade mindre än du önskade eller dagar då du inte kunde göra ditt arbete så noggrant som vanligt. Om hälsoproblemen påverkade ditt arbete endast i mindre grad väljer du en låg siffra. Välj en hög siffra om hälsoproblemen påverkade ditt arbete avsevärt.*

KRYSSA I EN RUTA

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

HÄLSOPROBLEMEN
HADE INGEN PÅVERKAN
PÅ MITT ARBETE

HÄLSOPROBLEMEN HINDRADE MIG
FULLSTÄNDIGT FRÅN ATT ARBETA

- 1.13** Under de senaste sju dagarna, i vilken utsträckning påverkade dina hälsoproblem din förmåga att utföra dina vardagliga aktiviteter förutom arbetet? *Med vardagliga aktiviteter avses sådant som du brukar göra, t.ex. hushållsarbete, åka och handla, barnpassning, motionera, studera, etc. Tänk på de gånger då det fanns begränsningar i den mängd eller typ av aktiviteter du kunde utföra och gånger då du utträttade mindre än du önskade. Om hälsoproblemen påverkade dina aktiviteter endast i mindre grad väljer du en låg siffra. Välj en hög siffra om hälsoproblemen påverkade dina aktiviteter avsevärt.*

KRYSSA I EN RUTA

HÄLSOPROBLEMEN HADE INGEN PÅVERKAN PÅ MINA VARDAGLIGA AKTIVITETER	<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"/>	HÄLSOPROBLEMEN HINDRADE MIG FULLSTÄNDIGT FRÅN ATT UTFÖRA MINA VARDAGLIGA AKTIVITETER
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Del 1. Åtgärder på arbetet

1.14 Har det vidtagits åtgärder på ditt arbete under de senaste 12 månaderna för att du ska kunna fortsätta att arbeta?

JA

NEJ

Om Nej,
Gå till del 2, sida 9

Om Ja,

1.14.1 Vilken typ av åtgärder?

FÖRÄNDRADE ARBETS-
UPPGIFTER

FÖRÄNDRINGAR I ARBETS-
PLATSENS UTFORMNING

HJÄLPMEDEL

ÄNDRADE/
FLEXIBLARE ARBETSTIDER

1.14.2 Om förändring/anpassningar har genomförts, vem har utfört dessa?

ARBETSGIVAREN

FÖRETAGSHÄLSOVÅRDEN

DU SJÄLV

ANNAN AKTÖR

Del 2. Längd, vikt och levnadsvanor

2.1 Hur lång är du? (svara i hela centimeter) CM

2.2 Vad väger du? (svara i hela kilo. Om du är gravid, ange hur mycket du brukar väga) KG

2.3 Röker du? JA
HAR SLUTAT
NEJ, HAR ALDRIG RÖKT REGELBUNDET

Om du svarat "Ja" eller "Har slutat",
2.3.1 Hur gammal var du när du började röka första gången? ÅLDER

2.3.2 Slutade röka år? (ange senaste tillfället) ÅR

2.3.3 Hur mycket röker du? 1-10 CIGARETTER/DAG
11-20 CIGARETTER/DAG
21-40 CIGARETTER/DAG
41 CIGARETTER ELLER MER

2.4 Snusar du? JA
HAR SLUTAT
NEJ, HAR ALDRIG SNUSAT REGELBUNDET

Om du svarat "Har slutat",
2.4.1 Slutade snusa år? (ange senaste tillfället) ÅR

Del 2. Aktivitetsvanor

Följande frågor handlar om fysisk aktivitet. Vi är intresserade av att ta reda på all typ av fysisk aktivitet som utförs. Frågorna innefattar tid som du varit fysiskt aktiv **de senaste 7 dagarna**. Svara på frågorna även om du inte anser dig vara en aktiv person. Inkludera alla aktiviteter under såväl arbete, transporter, hushållsarbete, trädgårdsarbete, fritidsaktiviteter som planerad träning.

2.5 Tänk nu på alla de mycket ansträngande aktiviteter du utförde under de **senaste 7 dagarna**. **Mycket ansträngande** fysisk aktivitet innefattar aktiviteter som upplevs som mycket arbetsamma och får dig att andas mycket kraftigare än normalt. Tänk enbart på de aktiviteter som du utfört under minst 10 minuter i sträck.

2.5.1 Under de **senaste 7 dagarna**, hur många av dessa dagar har du utfört arbete som är mycket ansträngande såsom tunga lyft, tyngre bygg- och trädgårdsarbete, aerobics, löpning eller cykling i högre tempo?

DAGAR

INGEN SÅDAN AKTIVITET

I så fall, gå direkt till fråga 2.6

2.5.2 Hur mycket tid tillbringade du, i genomsnitt under en sådan dag, på **mycket ansträngande** fysisk aktivitet?

MINUTER

VET EJ

2.6 Tänk nu på alla de **måttligt ansträngande** aktiviteter du utförde under de **senaste 7 dagarna**. **Måttligt ansträngande** fysisk aktivitet innefattar aktiviteter som upplevs som arbetsamma och får dig att andas något kraftigare än normalt. Tänk enbart på de aktiviteter som du utfört under minst 10 minuter i sträck.

2.6.1 Under de **senaste 7 dagarna**, hur många av dessa dagar har du utfört arbete som är **måttligt ansträngande** såsom cykling, simning, måttligt bygg- och trädgårdsarbete eller annat i måttligt tempo? Inkludera ej promenader.

DAGAR

INGEN SÅDAN AKTIVITET

I så fall, gå direkt till fråga 2.7

2.6.2 Hur mycket tid tillbringade du, i genomsnitt under en sådan dag, på **måttligt ansträngande** aktivitet?

TIMMAR

MINUTER

VET EJ

2.7 Tänk nu på all tid du **promenerat** under de **senaste 7 dagarna**. Detta inkluderar promenader på arbetet, under transporter och under fritiden.

2.7.1 Under de **senaste 7 dagarna**, hur många dagar har du **promenerat** i minst 10 minuter i sträck?

DAGAR

INGA PROMENADER

I så fall, gå direkt till fråga 2.8

2.7.2 Hur mycket tid per dag tillbringade du, i genomsnitt en sådan dag, på **promenader**?

TIMMAR

MINUTER

VET EJ

2.8 Tänk nu på den tid som du tillbringat **sittande** under en typisk dag, de **senaste 7 dagarna**, i samband med arbete, studier, transporter, i hemmet och på din fritid. Exempelvis tid vid skrivbordet, hemma hos vänner eller i TV-soffan.

Under de **senaste 7 dagarna**, hur mycket tid har du tillbringat **sittande** under **en sådan dag**?

TIMMAR PER DAG

MINUTER PER DAG

VET EJ

Del 3. Din led-/ryggvärk

3.1 Vilket år debuterade symtomen från dina leder/din rygg? ÅR

3.2 Vilket år fick du en diagnos för besvären i dina leder/din rygg? ÅR

3.3 Tänk igenom hur din led-/ryggvärk har påverkat dig **den senaste veckan**. Om du under de närmaste månaderna kommer att vara som du varit den senaste veckan, skulle det vara acceptabelt eller oacceptabelt för dig?

ACCEPTABELT

OACCEPTABELT

3.4 Hur svår anser du att din led-/ryggvärk har varit i genomsnitt under **den senaste veckan**?

MYCKET LINDRIG

LINDRIG

MÅTTLIGT SVÅR

SVÅR

MYCKET SVÅR

3.5 Ange genom att kryssa i en ruta hur mycket smärta du haft i genomsnitt under **den senaste veckan**?

INGEN SMÄRTA VÄRSTA TÄNKBARA SMÄRTA

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3.6 Ange genom att kryssa i en ruta graden av besvär med trötthet du upplevt under **den senaste veckan**?

INGEN TRÖTTHET VÄRSTA TÄNKBARA TRÖTTHET

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3.7 Ange genom att kryssa i en ruta hur du känner dig allmänt sett, med tanke på **din led-/ryggvärk**?

HELT BRA SÅ DÅLIGT SOM TÄNKAS KAN

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3.8 Tar du för närvarande eller har du tidigare tagit några mediciner för din led-/ryggvärk?

J A

NEJ, HAR ALDRIG TAGIT NÅGRA MEDICINER FÖR MIN LED-/RYGGVÄRK

Om Ja,

3.8.1 Vilken/vilka mediciner tar du just nu/har du tagit för din led-/ryggvärk? (det går bra att markera fler än ett alternativ)

	TAR NU		TAGIT TIDIGARE MEN SLUTAT	
	J A	NEJ	J A	NEJ
Salazopyrin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Methotrexate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prednisolon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enbrel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remicade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raptiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sandimmun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Simponi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Del 4. Ryggvärk

- | | | | | | |
|-------|--|------------------|--------------------------|-----|--------------------------|
| 4.1 | Har du haft ryggvärk under den senaste veckan ? | JA | <input type="checkbox"/> | NEJ | <input type="checkbox"/> |
| 4.2 | Har du haft värk från rygg/ skinkor under de senaste 12 månaderna ? | JA | <input type="checkbox"/> | NEJ | <input type="checkbox"/> |
| | <i>Om Ja,</i> | | | | |
| 4.2.1 | Ungefär hur många dagar har du haft ont i din rygg under de senaste 12 månaderna? | 1-7 DAGAR | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| | | 8-30 DAGAR | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| | | 1-3 MÅNADER | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| | | MER ÄN 3 MÅNADER | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 4.2.2 | Upplever du morgonstelhet i ryggen som kvarstår mer än en halvtimme? | JA | <input type="checkbox"/> | NEJ | <input type="checkbox"/> |
| 4.2.3 | Minskar ryggsmärtan/stelheten vid rörelse? | JA | <input type="checkbox"/> | NEJ | <input type="checkbox"/> |
| 4.2.4 | Kvarstår ryggsmärtan/stelheten vid vila? | JA | <input type="checkbox"/> | NEJ | <input type="checkbox"/> |
| 4.2.5 | Vaknar du på natten av smärtor i ryggen som förbättras av att du går upp? | JA | <input type="checkbox"/> | NEJ | <input type="checkbox"/> |
| 4.2.6 | Har du smärtor från skinkorna som alternerar mellan höger/vänster sida? | JA | <input type="checkbox"/> | NEJ | <input type="checkbox"/> |
| 4.2.7 | Började dina besvär från ryggen smygande, inom loppet av veckor/månader? | JA | <input type="checkbox"/> | NEJ | <input type="checkbox"/> |
| 4.3.1 | Förutom ryggvärk, har du haft symtom från andra leder? | JA | <input type="checkbox"/> | NEJ | <input type="checkbox"/> |
| 4.3.2 | Förutom ryggvärk, har du haft symtom från andra organ, t ex ögon (iriter), senor (tendinit) etc? | JA | <input type="checkbox"/> | NEJ | <input type="checkbox"/> |
| 4.4 | Finns det släktförekomst av reumatisk ryggsjukdom, psoriasis, tarmsjukdom eller annan reumatisk sjukdom? | JA | <input type="checkbox"/> | NEJ | <input type="checkbox"/> |
| 4.5 | Har du problem med psoriasis från huden? | JA | <input type="checkbox"/> | NEJ | <input type="checkbox"/> |
| 4.6 | Har du någon tarminflammatorisk sjukdom, såsom ulcerös kolit/Crohns sjukdom? | JA | <input type="checkbox"/> | NEJ | <input type="checkbox"/> |

Del 5. Värk och smärta

Frågorna avser värk och smärta i leder och mjukdelar som är ihållande eller regelbundet återkommande.

- 5.1 Har du under de senaste 12 månaderna haft värk eller smärta som varat mer än 3 månader?

JA

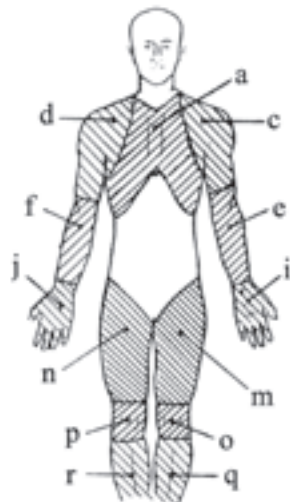
NEJ

VET EJ

Om Ja,

- 5.1.1 Markera med **ett eller flera kryss** i rutorna nedan alla de ställen på kroppen där du upplevt värk eller smärta **mer än 3 månader under de senaste 12 månaderna!**

Notera att de små bokstäverna syftar till bestämda områden av kroppen som är avgränsade i nedanstående figurer.



a. BRÖSTKORGENS FRAMSIDA

b. NACKE

c. VÄ SKULDRA/ÖVERARM

d. HÖ SKULDRA/ÖVERARM

e. VÄ ARMBÅGE/UNDERARM

f. HÖ ARMBÅGE/UNDERARM

g. BRÖSTRYGG

h. LÄNDRYGG/KORSRYGG

i. VÄ HAND/HANDLED

j. HÖ HAND/HANDLED

k. VÄ SKINKA

l. HÖ SKINKA

m. VÄ HÖFT/LÅR

n. HÖ HÖFT/LÅR

o. VÄ KNÄ

p. HÖ KNÄ

q. VÄ UNDERBEN/FOT

r. HÖ UNDERBEN/FOT

- 5.2 Har du fortfarande värk eller smärta?

JA

NEJ

Del 6. Din psoriasis eller psoriasisartrit

Denna del av frågeformuläret ska endast besvaras om du har fått diagnosen psoriasis eller psoriasisartrit. Om inte, gå direkt till del 7 "Klimatvård" på sidan 18.

6.1 På vilka ställen har du för närvarande hudpsoriasis (ett eller flera alternativ)?

HÅRBOTTEN	<input type="checkbox"/>	RYGG	<input type="checkbox"/>
ÖVERARMAR	<input type="checkbox"/>	NAVEL	<input type="checkbox"/>
ARMBÅGAR	<input type="checkbox"/>	UNDERLIV	<input type="checkbox"/>
UNDERARMAR	<input type="checkbox"/>	SKINKOR	<input type="checkbox"/>
HANDRYGGAR	<input type="checkbox"/>	ARMHÅLOR	<input type="checkbox"/>
LÅR	<input type="checkbox"/>	LJUMSKAR	<input type="checkbox"/>
KNÄN	<input type="checkbox"/>	FOTSULOR	<input type="checkbox"/>
UNDERBEN	<input type="checkbox"/>	HANDFLATOR	<input type="checkbox"/>
BRÖST	<input type="checkbox"/>	NAGLAR	<input type="checkbox"/>
MAGE	<input type="checkbox"/>		

ANNAN KROPPSDEL:

.....
FRI FRÅN PSORIASIS
FÖR NÄRVARANDE

6.2 Hur svår anser du att din hudpsoriasis är nu?

MYCKET LINDRIG

LINDRIG

MÅTTLIGT SVÅR

SVÅR

MYCKET SVÅR

6.3 Ange genom att kryssa i en ruta hur du känner dig allmänt sett, med tanke på din **hudsjukdom**?

HELT BRA

SÅ DÅLIGT SOM TÄNKAS KAN

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

6.4 Har du fått behandling med mjukgörare/krämer pga din psoriasis under de **senaste 3 månaderna**?

JÄ

NEJ

6.5 Har du fått ljusbehandling (UVB, PUVA, Bucky) pga din psoriasis under de **senaste 3 månaderna**? JA NEJ

Om Ja,

6.5.1 Uppskatta dina privata resekostnader för transport till och från ljusbehandling under de senaste 3 månaderna SEK

6.5.2 Har du behövt avstå från arbetet för att genomgå ljusbehandling under de senaste 3 månaderna? JA NEJ

Om Ja,

6.5.2.1 Uppskatta antal timmar du behövt avstå från arbetet för att genomgå ljusbehandling under de senaste 3 månaderna? TIMMAR

6.6 Har du fått kortisonspruta i någon led pga din psoriasisartrit under de **senaste 3 månaderna**? JA NEJ

Del 7. Klimatvård

- 7.1 Har du varit på vård- och behandlingsresa utomlands (sk klimatvård) pga din psoriasis/psoriasisartrit under de **senaste 12 månaderna**? JA NEJ

Om Ja,

7.1.1 Var fick du vård och hur länge?

- Landstingsfinansierad resa till Vintersol, Teneriffa DAGAR
- Egenfinansierad resa till Vintersol, Teneriffa, men med subventionerade behandlingar BEHANDLINGAR
- Landstingsfinansierad resa till Benicasim, Spanien DAGAR
- Landstingsfinansierad resa till Igalo, Montenegro DAGAR
- Landstingsfinansierad resa till Terme Dolenjske Toplice, Slovenien DAGAR
- Landstingsfinansierad resa till annan ort, ange vilken DAGAR

7.1.2 Helt privat finansierad resa. DAGAR
Ange antal dagar, ort och kostnad.

Land och ort

Uppskatta dina kostnader för resan SEK

Del 8. Behandlingar du bekostat själv

8.1 Har du fått någon behandling utanför hälso- och sjukvården för din led-/ryggvärk som du själv betalt **under de senaste 3 månaderna?**

JA

NEJ

Observera att det gäller behandlingar utöver de som täcks av högkostnadsskyddet ("frikort")

Om Ja,

8.1.1 Markera vilken behandling och antal besök samt vad du själv betalt

		ANTAL BESÖK	TOTALT BELOPP DU SJÄLV BETALT
Akupunktur	<input type="checkbox"/>	____ SEK
Homeopati, naturmedel	<input type="checkbox"/>	____ SEK
Annan (t ex kiropraktor, naprapat, massör, zonterapi)	<input type="checkbox"/>	____ SEK
Träning (enskilt, i grupp, bassäng etc)	<input type="checkbox"/>	____ SEK
Hudvård	<input type="checkbox"/>	____ SEK
Fotvård	<input type="checkbox"/>	____ SEK
Solarium	<input type="checkbox"/>	____ SEK



Del 9. Läkemedel

I detta avsnitt är vi endast intresserade av inköp av receptfria läkemedel.

- 9.1 Har du köpt några receptfria mediciner (t ex Ipren, Alvedon, Panodil, kräm, salva) för din led-/ryggvärk under den senaste månaden? JA NEJ

Om Ja,

- 9.1.1 Vad kostade dessa mediciner dig ungefär SEK under den senaste månaden?



Del 10. Tjänster

- 10.1** Har du behövt hjälp i ditt hem pga din led-/ryggvärk under de senaste 3 månaderna? JA NEJ

Om Ja,

- 10.1.1** Markera vilken tjänst och antal nyttjade timmar/tillfälle, antal tillfällen de senaste 3 månaderna samt vad du själv betalt.

		ANTAL TIMMAR PER TILLFÄLLE	ANTAL TILLFÄLLEN	TOTALT BELOPP DU SJÄLV BETALT
Hemtjänst	<input type="checkbox"/>	_____	_____ SEK
Hemsjukvård	<input type="checkbox"/>	_____	_____ SEK
Personlig assistent	<input type="checkbox"/>	_____	_____ SEK
Färdtjänst	<input type="checkbox"/>	_____	_____ SEK
Barnpassning	<input type="checkbox"/>	_____	_____ SEK
Köp av tjänster (t ex städning, underhåll av bostad, tvätthjälp)	<input type="checkbox"/>	_____	_____ SEK

- 10.2** Fanns det dagar, under de 3 senaste månaderna, när du fick kostnadsfri hjälp av familj eller vänner för att uträtta vardagliga aktiviteter pga din led-/ryggvärk?

JA NEJ

Om Ja,

- 10.2.1** Hur många dagar under den senaste månaden?

DAGAR _____

- 10.2.2** Hur många timmar per dag, i genomsnitt?

TIMMAR/DAG _____

Del 11. Anpassningar och hjälpmedel

11.1 Har du anpassat ditt boende, din bil eller har du skaffat speciella hjälpmedel pga. din led-/ryggvärk **under de 3 senaste månaderna?**

J A

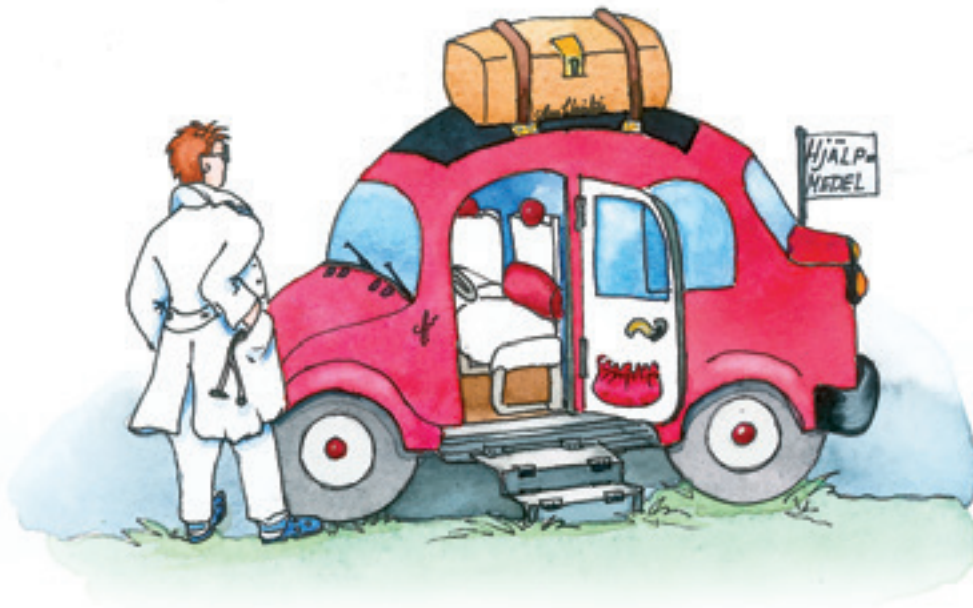
NEJ

Om Ja,

11.1.1 Markera gjorda förändringar samt vad du själv betalt.

TOTALT BELOPP
DU SJÄLV BETALT

Förändring i hus/lägenhet	<input type="checkbox"/> SEK
Förändring i bil	<input type="checkbox"/> SEK
Skor	<input type="checkbox"/> SEK
Skoinlägg	<input type="checkbox"/> SEK
Handledshylsor	<input type="checkbox"/> SEK
Käpp	<input type="checkbox"/> SEK
Rollator	<input type="checkbox"/> SEK
El-rullstol	<input type="checkbox"/> SEK
Manuell rullstol	<input type="checkbox"/> SEK
Arbetsstol	<input type="checkbox"/> SEK
Övriga hjälpmedel (för matlagning, datoranpassning för att kunna skriva etc)	<input type="checkbox"/> SEK



Del 12. Ditt allmänna hälsotillstånd

Markera, genom att kryssa i en ruta i varje nedanstående grupp, vilket påstående som bäst beskriver ditt hälsotillstånd i dag.

12.1 Rörlighet

Jag går utan svårigheter

Jag kan gå men med viss svårighet

Jag är sängliggande

12.2 Hygien

Jag behöver ingen hjälp med min dagliga hygien, mat eller påklädning

Jag har vissa problem att tvätta eller klä mig själv

Jag kan inte tvätta eller klä mig själv

12.3 Huvudsakliga aktiviteter (t ex arbete, studier, hushållssysslor, familje- och fritidsaktiviteter)

Jag klarar av mina huvudsakliga aktiviteter

Jag har vissa problem med att klara av mina huvudsakliga aktiviteter

Jag klarar inte av mina huvudsakliga aktiviteter

12.4 Smärtor/besvär

Jag har varken smärtor eller besvär

Jag har måttliga smärtor eller besvär

Jag har svåra smärtor eller besvär

12.5 Oro/nedstämdhet

Jag är inte orolig eller nedstämd

Jag är orolig eller nedstämd i viss utsträckning

Jag är i högsta grad orolig eller nedstämd

Del 14. Aktivitetsförmåga

Här följer några frågor om din förmåga den senaste veckan i några olika aktiviteter. Sätt ett kryss i rutan för den svårighetsgrad som du tycker stämmer bäst in på dig. Obs! Som hjälpmedel räknas alla typer av redskap som underlättar en aktivitet.

14.1 Ta på strumpor eller strumpbyxor utan hjälpmedel (t ex strumppåtagare).

LÄTT OMÖJLIGT
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14.2 Plocka upp en penna från golvet utan hjälpmedel och utan att ta stöd med hand eller knä.

LÄTT OMÖJLIGT
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14.3 Nå upp till en hylla ovan huvudhöjd utan hjälp eller hjälpmedel (t ex griptång).

LÄTT OMÖJLIGT
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14.4 Resa dig från en köksstol utan att använda händerna eller annan hjälp.

LÄTT OMÖJLIGT
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14.5 Resa dig från ryggliggande på golvet.

LÄTT OMÖJLIGT
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14.6 Stå utan stöd i 10 minuter utan obehag.

LÄTT OMÖJLIGT
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14.7 Gå uppför 12 – 15 trappsteg utan att använda handstöd. **En fot på varje steg.**

LÄTT OMÖJLIGT
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14.8 Titta över axeln utan att vrida kroppen.

LÄTT OMÖJLIGT
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14.9 Utföra fysiskt krävande aktiviteter (t ex sjukgymnastisk träning, trädgårdsarbete eller sport).

LÄTT OMÖJLIGT
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14.10 Vara aktiv en hel dag, hemma eller på arbetet.

LÄTT OMÖJLIGT
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Del 15. Välbehövande

Här följer några frågor om ditt upplevda välbehövande den senaste tiden.
Sätt ett kryss i rutan för den svårighetsgrad som du tycker stämmer bäst in på dig.

15.1 Markera vilken effekt sjukdomen hade på ditt välbehövande under den senaste veckan.

INGEN MYCKET SVÅR

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15.2 Markera vilken effekt sjukdomen hade på ditt välbehövande under det senaste halvåret.

INGEN MYCKET SVÅR

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Del 16. Hantering av värk och smärta

Här följer några frågor som berör hur din smärta och värk påverkar dig. Sätt ett kryss i rutan för det alternativ som bäst beskriver hur säker du känner dig på att du nu kan utföra följande uppgifter. Om du är osäker, kryssa ändå för det alternativ som känns riktigast.

16.1 Hur säker känner du dig på att du kan minska din smärta avsevärt?

<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"/>
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

MYCKET OSÄKER

NÅGORLUNDA SÄKER

MYCKET SÄKER

16.2 Hur säker är du på att du kan fortsätta med dina dagliga aktiviteter?

<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"/>
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

MYCKET OSÄKER

NÅGORLUNDA SÄKER

MYCKET SÄKER

16.3 Hur säker är du på att du kan undvika att din smärta stör din sömn?

<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"/>
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

MYCKET OSÄKER

NÅGORLUNDA SÄKER

MYCKET SÄKER

16.4 Hur säker är du på att du kan åstadkomma **en liten till måttlig minskning** av din smärta genom andra metoder än ökad medicinering?

<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"/>
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

MYCKET OSÄKER

NÅGORLUNDA SÄKER

MYCKET SÄKER

16.5 Hur säker är du på att du kan åstadkomma **en avsevärd minskning** av din smärta genom andra metoder än ökad medicinering?

<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"/>
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

MYCKET OSÄKER

NÅGORLUNDA SÄKER

MYCKET SÄKER

Del 17. Hantering av symtom

Här följer några frågor som berör din förmåga att påverka din sjukdom. Sätt ett kryss i rutan för det alternativ som bäst beskriver hur säker du känner dig på att du kan utföra följande aktiviteter eller uppgifter. Om du är osäker, kryssa ändå för det alternativ som känns riktigast.

17.1 Hur säker är du på att du kan påverka din trötthet?

<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"/>
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

MYCKET OSÄKER

NÅGORLUNDA SÄKER

MYCKET SÄKER

17.2 Hur säker är du på att du kan anpassa dina aktiviteter så att du kan vara aktiv utan att förvärra dina besvär?

<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"/>
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

MYCKET OSÄKER

NÅGORLUNDA SÄKER

MYCKET SÄKER

17.3 Hur säker är du på att du kan göra något för att muntra upp dig om du känner dig nere?

<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"/>
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

MYCKET OSÄKER

NÅGORLUNDA SÄKER

MYCKET SÄKER

17.4 Jämfört med andra personer med besvär som liknar dina hur säker är du på att du kan hantera din smärta under dagliga aktiviteter?

<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"/>
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

MYCKET OSÄKER

NÅGORLUNDA SÄKER

MYCKET SÄKER

17.5 Hur säker är du på att du kan hantera dina symptom så att du kan göra saker du tycker om att göra?

<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"/>
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

MYCKET OSÄKER

NÅGORLUNDA SÄKER

MYCKET SÄKER

17.6 Hur säker är du på att du kan hantera den besvikelse/vanmakt som en sjukdom medför?

<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"/>
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

MYCKET OSÄKER

NÅGORLUNDA SÄKER

MYCKET SÄKER

Del 18. Psoriasis inverkan på livskvaliteten

Denna del av frågeformuläret ska endast besvaras om du har fått diagnosen psoriasis eller psoriasisartrit. Om inte, gå direkt till del 19 ”Dagliga funktioner” på sidan 31.

Syftet med detta frågeformulär är att få veta hur mycket dina hudbesvär har påverkat ditt liv den senaste veckan. Var vänlig och kryssa i en ruta för varje fråga.

- | | | | |
|------|--|----------------|--------------------------|
| 18.1 | Hur mycket har din hud kliat, svidit, bränt och stuckit under den senaste veckan? | VÄLDIGT MYCKET | <input type="checkbox"/> |
| | | EN HEL DEL | <input type="checkbox"/> |
| | | LITE GRANN | <input type="checkbox"/> |
| | | INTE ALLS | <input type="checkbox"/> |
| 18.2 | Hur generad eller osäker på dig själv har du varit på grund av din hud under den senaste veckan? | VÄLDIGT MYCKET | <input type="checkbox"/> |
| | | EN HEL DEL | <input type="checkbox"/> |
| | | LITE GRANN | <input type="checkbox"/> |
| | | INTE ALLS | <input type="checkbox"/> |
| 18.3 | Hur mycket har din hud hindrat dig från att gå och handla, sköta ditt hem eller trädgård under den senaste veckan? | VÄLDIGT MYCKET | <input type="checkbox"/> |
| | | EN HEL DEL | <input type="checkbox"/> |
| | | LITE GRANN | <input type="checkbox"/> |
| | | INTE ALLS | <input type="checkbox"/> |
| | | EJ TILLÄMPLIGT | <input type="checkbox"/> |
| 18.4 | Hur mycket har din hud inverkat på din klädsel under den senaste veckan? | VÄLDIGT MYCKET | <input type="checkbox"/> |
| | | EN HEL DEL | <input type="checkbox"/> |
| | | LITE GRANN | <input type="checkbox"/> |
| | | INTE ALLS | <input type="checkbox"/> |
| 18.5 | Hur mycket har din hud påverkat sociala aktiviteter eller fritidsaktiviteter under den senaste veckan? | VÄLDIGT MYCKET | <input type="checkbox"/> |
| | | EN HEL DEL | <input type="checkbox"/> |
| | | LITE GRANN | <input type="checkbox"/> |
| | | INTE ALLS | <input type="checkbox"/> |
| | | EJ TILLÄMPLIGT | <input type="checkbox"/> |

18.6 Hur mycket har din hud förhindrat dig att utöva **sport** under den senaste veckan?

VÄLDIGT MYCKET

EN HEL DEL

LITE GRANN

INTE ALLS EJ TILLÄMPLIGT

18.7 Har din hud förhindrat dig att **arbeta** eller **studera** under den senaste veckan?

JA

NEJ EJ TILLÄMPLIGT

18.7.1 Om du har svarat nej på denna fråga, hur mycket har din hud varit ett problem under **arbetet** eller **studierna**?

EN HEL DEL

LITE GRANN

INTE ALLS

18.8 Hur mycket problem har din hud förorsakat dig i relationen med din **partner** eller någon av dina **nära vänner** eller **släktingar** under den senaste veckan?

VÄLDIGT MYCKET

EN HEL DEL

LITE GRANN

INTE ALLS EJ TILLÄMPLIGT

18.9 Hur mycket **sexuella svårigheter** eller **problem** har din hud orsakat under den senaste veckan?

VÄLDIGT MYCKET

EN HEL DEL

LITE GRANN

INTE ALLS EJ TILLÄMPLIGT

18.10 Hur mycket problem har **behandlingen** av din hud givit, till exempel genom att söka till hemma eller ta upp tid under den senaste veckan?

VÄLDIGT MYCKET

EN HEL DEL

LITE GRANN

INTE ALLS EJ TILLÄMPLIGT

Del 19. Dagliga funktioner

Sätt ett kryss i den ruta som bäst beskriver din situation den senaste veckan

	UTAN SVÄRIGHET	MED VISS SVÄRIGHET	MYCKET SVÅRT	MED HJÄLMEDEL	HJÄLP AV ANNAN PERSON	KAN INTE ALLS
19.1 Klädsel och toalett						
Kan du klä dig, inkl knyta skoband och knäppa knappar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan du tvätta håret?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.2 Förmåga att resa sig						
Kan du resa dig från en stol utan armstöd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan Du komma i och ur sängen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.3 Måltider						
Kan du skära kött?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan du lyfta ett fullt glas till munnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan du laga din egen mat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.4 Gång						
Kan du gå utomhus på plan mark?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan du gå nedför fem trappsteg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.5 Hygien						
Kan du tvätta och torka dig överallt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan du bada i badkar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan du sätta dig och resa dig från en toalettstol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.6 Räckvidd						
Kan du ta ned ett 2 kg paket med socker från en hylla i huvudhöjd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan du böja dig ner och plocka upp kläder från golvet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.7 Gripförmåga						
Kan du öppna bildörrar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan du öppna burkar med skruvlock som tidigare varit öppna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan du vrida på vattenkranen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.8 Andra aktiviteter						
Kan du klara dina inköp till hushållet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan du komma i och ur en bil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan du dammsuga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Psykiskt välbefinnande

Här följer några påståenden som berör skilda områden i livet. Varje fråga har fyra möjliga svar. Besvara frågorna genom att sätta kryss i rutan för det alternativ som du tycker stämmer bäst in på dig. Om du är osäker, kryssa ändå för det alternativ som känns riktigast.

- | | | |
|---|-----------------------------------|--------------------------|
| 1 Jag känner mig spänd eller ”uppskruvad” | FÖR DET MESTA | <input type="checkbox"/> |
| | OFTA | <input type="checkbox"/> |
| | DÅ OCH DÅ | <input type="checkbox"/> |
| | INTE ALLS | <input type="checkbox"/> |
| 2 Jag uppskattar samma saker som förut | PRECIS LIKA MYCKET | <input type="checkbox"/> |
| | INTE LIKA MYCKET | <input type="checkbox"/> |
| | BARA LITE | <input type="checkbox"/> |
| | KNAPPAST ALLS | <input type="checkbox"/> |
| 3 Jag får en slags känsla av rädsla som om någonting förfärligt håller på att hända | ALLDELES BESTÄMT OCH RÄTT ILLA | <input type="checkbox"/> |
| | JA, MEN INTE SÅ ILLA | <input type="checkbox"/> |
| | LITE, MEN DET OROAR MIG INTE | <input type="checkbox"/> |
| | INTE ALLS | <input type="checkbox"/> |
| 4 Jag kan skratta och se saker från den humoristiska sidan | LIKA MYCKET SOM JAG ALLTID KUNNAT | <input type="checkbox"/> |
| | INTE LIKA MYCKET NU | <input type="checkbox"/> |
| | ABSOLUT INTE SÅ MYCKET NU | <input type="checkbox"/> |
| | INTE ALLS | <input type="checkbox"/> |
| 5 Oroande tankar kommer för mig | MYCKET OFTA | <input type="checkbox"/> |
| | OFTA | <input type="checkbox"/> |
| | DÅ OCH DÅ MEN INTE SÅ OFTA | <input type="checkbox"/> |
| | BARA NÅGON ENSTAKA GÅNG | <input type="checkbox"/> |
| 6 Jag känner mig glad | INTE ALLS | <input type="checkbox"/> |
| | INTE OFTA | <input type="checkbox"/> |
| | IBLAND | <input type="checkbox"/> |
| | FÖR DET MESTA | <input type="checkbox"/> |

7 Jag kan sitta i lugn och ro och känna mig avspänd

ABSOLUT

OFTAST

INTE OFTA

INTE ALLS

8 Jag känner mig som om jag gick på "lågt varv"

NÄSTAN JÄMT

MYCKET OFTA

IBLAND

INTE ALLS

9 Jag får en slags känsla av rädsla som om jag hade "fjärilar i magen"

INTE ALLS

NÅGON GÅNG

RÄTT OFTA

MYCKET OFTA

10 Jag har tappat intresset för mitt utseende

ABSOLUT

JAG BRYR MIG INTE OM DET SÅ MYCKET SOM JAG BORDE

JAG KANSKE INTE BRYR MIG OM DET RIKTIGT SÅ MYCKET

JAG BRYR MIG PRECIS LIKA MYCKET OM DET SOM FÖRUT

11 Jag känner mig rastlös som om jag måste vara på språng

VERKLIGEN MYCKET

EN HEL DEL

INTE SÅ MYCKET

INTE ALLS

12 Jag ser fram emot saker och ting med glädje

LIKA MYCKET SOM FÖRUT

NÅGOT MINDRE ÄN JAG BRUKADE

KLART MINDRE ÄN JAG BRUKADE

NÄSTAN INTE ALLS

13 Jag får plötsliga panikkänslor

VERKLIGEN OFTA

RÄTT OFTA

INTE SÅ OFTA

INTE ALLS

14 Jag kan njuta av en bra bok, ett radio- eller tv-program

OFTA

IBLAND

INTE SÅ OFTA

MYCKET SÄLLAN

*Ett **START** tack
för din medverkan!*

Övriga kommentarer

