



Title:

Risks of Occupational Vibration Exposures

VIBRISKS

FP5 Project No. QLK4-2002-02650
January 2003 to December 2006

Supplement 1 to Annex 12 of Final Technical Report

WBV initial questionnaire: Dutch
translation of Appendix 4a to Annex 12

Authors:

Carel Hulshof, Ivo Tiemessen,
Monique Frings-Dresen

Organisation:

Coronel Institute, Academic Medical Center,
University of Amsterdam, The Netherlands

European Commission

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



4th December 2004



Coronel Instituut

voor Arbeid, Milieu en Gezondheid

Codenummer:



Academisch Medisch Centrum
Universiteit van Amsterdam

Strikt vertrouwelijk

Vragenlijst

Onderzoek Lichaamstrillingen

Contactpersoon: Ivo Tiemessen (tel. 020 - 566 48 78)

Coronel Instituut voor Arbeid, Milieu en Gezondheid

Academisch Medisch Centrum / Universiteit van Amsterdam

Meibergdreef 15 1105 AZ Amsterdam

Lees dit eerst!

U heeft ingestemd mee te willen werken met het Onderzoek Lichaamstrillingen. Dit onderzoek maakt deel uit van een groter onderzoek (in Europa) naar de relatie tussen blootstelling aan trillingen en schokken in het werk en mogelijke gezondheidsklachten ("VIBRISKS"). Dit onderzoek zal drie jaar duren. Deze vragenlijst is de eerste die u krijgt. In het tweede en derde jaar zult u deze vragenlijst (in verkorte vorm) nogmaals ontvangen. Vanwege deze herhaling staat op de voorpagina een codenummer vermeld, het is niet de bedoeling dat u hier iets invult. Dit codenummer dient slechts voor ons (de onderzoekers) ter juiste verwerking van de door u ingevulde antwoorden. De verwerking en rapportage zal geheel anoniem plaatsvinden.

Deze vragenlijst gaat over uw werk en uw welbevinden. De vragenlijst bestaat uit 5 delen. Het eerste deel begint met enkele vragen naar persoonlijke gegevens. De vragen uit het tweede deel richten zich op uw werk en uw werkomstandigheden. Het derde deel van de vragenlijst gaat over uw voorafgaande werkervaringen en het vierde deel gaat over uw gezondheid waarbij specifiek gevraagd wordt naar lage rug-, nek- en schouderklachten. Het vijfde en laatste deel bestaat uit een aantal uitspraken en vragen over overige lichamelijke klachten. Over het algemeen zult u ongeveer een half uur nodig hebben als u de vragen op uw gemak beantwoordt.

Het doel van deze vragenlijst is om een nauwkeurig beeld te krijgen van uw werkzaamheden en eventueel risicofactoren voor uw gezondheid binnen deze werkzaamheden aan het licht te brengen. Deze risicofactoren geven richting aan mogelijke veranderingen/ aanpassingen voor u en uw werkplek. De meeste vragen zijn geordend in groepen. Aan de titel boven elke groep kunt u zien waar de vragen over gaan. Beantwoordt de vragen zo spontaan mogelijk. Het is niet de bedoeling dat u lang gaat nadenken.

Deze vragenlijst is:

VERTROUWELIJK

Het is belangrijk dat u:

ALLE VRAGEN BEANTWOORDT

U stuurt de lijst (zo spoedig mogelijk!) terug in:

DE BIJGEVOEGDE RETOURENVELOP

U betaalt:

GÉÉN VERZENDKOSTEN

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking!

*Het is de bedoeling dat u het antwoordhokje aankruist dat het meest op u van toepassing is.
Op enkele plaatsen kan het voorkomen dat u zelf iets moet invullen.*

Deel 1: Persoonlijke en algemene gegevens

Dag / maand / jaar
 Geboortedatum _____ · Geslacht: M _____ V _____ Geboorteland _____

Lichaamslengte _____ cm Lichaamsgewicht _____ kg

Leefsituatie: Alleenwonend Gehuwd of samenwonend

1. Rookt u of heeft u gerookt? Nee Ja
- 2a. Zo ja, wanneer bent u begonnen met roken? _____
- 2b. Rookt u nog steeds? Nee Ja
- 2c. Zo nee, wanneer bent u gestopt? _____
- 2d. Zo ja, hoeveel rookt u per dag? _____
3. Drinkt u alcoholische drank? Nee Ja

(zo nee, ga door met vraag 4)

- 3a. Hoeveel drinkt u per dag? 0-1 glas 2-3 glazen meer dan 3 glazen
- 3b. Hoeveel drinkt u per week? 0-3 glazen 4-6 glazen meer dan 6 glazen

Lichamelijke activiteit

De nu volgende vragen hebben betrekking op uw lichamelijke activiteit in de **afgelopen 7 dagen**. U wordt verzocht alle vragen te beantwoorden, ook indien u zichzelf niet als een lichamenlijk actief persoon beschouwd. Denkt u hierbij aan de activiteiten die u uitvoert tijdens uw werk, tijdens uw huishoudelijk werk, het werk in de tuin, activiteiten die u onderneemt om van plaats naar plaats te gaan en aan de activiteiten in uw vrije tijd, voor ontspanning en/ of sport.

Denk aan alle zware activiteiten die u heeft ondernomen in de **afgelopen 7 dagen**. Zware activiteiten zijn

activiteiten die lichamelijke inspanning vereisen en die u veel zwaarder laten ademhalen dan normaal. Van toepassing zijn alleen die lichamelijke activiteiten die tenminste 10 minuten of langer duurden.

- 4a. Op hoeveel dagen, **in de afgelopen 7 dagen**, heeft u zware activiteiten uitgevoerd zoals het tillen van zware lasten, graven, aerobics of hard fietsen?

_____ **dagen per week**

Geen zware activiteiten uitgevoerd → *Ga naar vraag 4c*

- 4b. Hoeveel tijd namen deze zware activiteiten op zo'n dag in beslag?

_____ uren per dag

_____ minuten per dag

Weet ik niet (zeker)

Denk aan alle gematigde activiteiten die u heeft ondernomen in **de afgelopen 7 dagen**. Gematigde activiteiten zijn activiteiten die lichamelijke inspanning vereisen en die u iets zwaarder laten ademhalen dan normaal. Van toepassing zijn alleen die lichamelijke activiteiten die tenminste 10 minuten of langer duurden.

- 4c. Op hoeveel dagen **in de afgelopen 7 dagen** heeft u gematigde activiteiten uitgevoerd zoals het tillen van lichte lasten, fietsen op een gemiddelde snelheid of tuinieren?

_____ **dagen per week**

Geen gematigde activiteiten uitgevoerd → *Ga naar vraag 4e*

- 4d. Hoeveel tijd namen deze gematigde activiteiten op zo'n dag in beslag?

_____ uren per dag

_____ minuten per dag

Weet ik niet (zeker)

Denk aan alle tijd die u heeft besteed aan lopen/ wandelen in **de afgelopen 7 dagen**. Denkt u hierbij aan lopen tijdens uw werk en in huis, lopen tijdens uw reis van plaats naar plaats en iedere andere vorm van lopen in uw vrije tijd en/ of het bedrijven van sport.

- 4e. Op hoeveel dagen **in de afgelopen 7 dagen** heeft u gelopen voor tenminste 10 minuten per keer?

_____ **dagen per week**

niet gelopen → *Ga naar vraag 4g*

- 4f. Hoe veel tijd nam het lopen op zo'n dag in beslag?

_____ uren per dag

_____ minuten per dag

Weet ik niet (zeker)

De laatste vraag gaat over de tijd die u zittend doorbrengt op een doordeweekse dag in **de afgelopen 7 dagen**. Denkt u hierbij aan zitten tijdens het werk, thuis, tijdens schoolwerk of in uw vrije tijd. Dit houdt wellicht ook in de tijd dat u zit achter uw bureau, tijdens het bezoek van vrienden, tijdens het lezen, of terwijl u zit of liggend televisie kijkt.

4g. In de afgelopen 7 dagen, hoeveel tijd zat u op een doordeweekse dag?

_____ uren per dag

_____ minuten per dag

Weet ik niet (zeker)

DEEL 2: Werk en Werkomstandigheden

Uw huidige Baan

5. Wat is uw huidige functie?

6. In welke bedrijfstak voert u deze functie uit? (b.v. landbouw, industrie, verzekeringen)

7. Wanneer bent u met uw huidige werk begonnen?

|_|_| maand |_|_|_| jaar

Activiteiten binnen uw werk

Houding

8. Staat of loopt u gedurende een normale werkdag?

Nee

Ja

(zo nee, ga door met vraag 9)

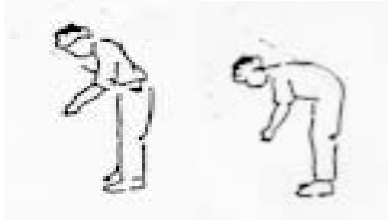
8a). Zo ja, hoeveel uur op een normale werkdag worden in totaal staand of lopend doorgebracht?

Minder dan 1 uur

1-3 uur

Meer dan 3 uur

9. Werkt u op een normale werkdag in een gebogen houding zoals getoond op de onderstaande figuren?

Nee Ja

(zo nee, ga door met vraag 10)

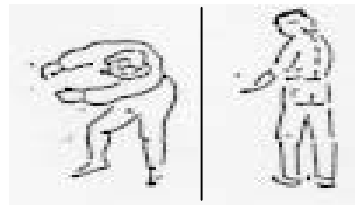
- 9a. Zo ja, hoeveel uur op een normale werkdag bedraagt de totale tijd dat u zich in een positie bevindt waarin u 20 - 40° voorover bent gebogen ?

Minder dan 1 uur 1- 2 uur Meer dan 2 uur

- 9b. Zo ja, hoeveel uur bedraagt de totale tijd dat u zich in een positie bevindt waarin u meer dan 40° voorover bent gebogen op een normale werkdag?

Minder dan 0,5 uur 0,5 - 2 uur Meer dan 2 uur

10. Werkt u op een normale werkdag in een gebogen/ gedraaide houding of een gedraaide houding zoals getoond de onderstaande figuren?



Buigen/ draaien

draaien

Nee Ja

(zo nee, ga door met vraag 11)

- 10a. Zo ja, hoeveel uur bedraagt de totale tijd dat u zich in een positie bevindt waarin u 20 -40° voorover bent gebogen en tevens bent gedraaid op een normale werkdag?

Minder dan 1 uur 1- 2 uur Meer dan 2 uur

- 10b. Zo ja, hoeveel uur bedraagt de totale tijd dat u zich in een positie bevindt waarin u 40° voorover bent gebogen en tevens bent gedraaid op een normale werkdag?

Minder dan 0,5 uur 0,5 - 2 uur Meer dan 2 uur

11. Werkt u, tijdens een normale werkdag, wel eens met uw armen boven uw schouders en uw handen boven schouderhoogte?

Nee Ja

(zo nee, ga door met vraag 12)

- 11a. Hoeveel uur bedraagt de totale tijd op een normale werkdag waarin u tijdens uw werk uw armen boven uw

schouders heeft en uw handen boven schouderhoogte?

Minder dan 1 uur

1-3 uur

Meer dan 3 uur

Graven

12. Behoren handmatig graven of scheppen op uw werk tot alledaagse handelingen?

(zo nee, ga door met vraag 13)

Nee

Ja

12a. Zo ja, hoeveel uur bedraagt de totale tijd op een normale werkdag waarin u tijdens uw werk graaft en/ of schept?

Minder dan 1 uur

1-3 uur

Meer dan 3 uur

Zitten

13. Zit u (terwijl u niet rijdt) op een normale werkdag langer dan 3 uur achter elkaar?

Nee

Ja, echter ik kan tussendoor opstaan en gaan wanneer ik wil

Ja, en ik kan niet opstaan en gaan wanneer ik wil

Tillen

14. Moet u tijdens uw werk regelmatig met de hand zware voorwerpen of materialen tillen ?

Nee

Ja

15. Hoe lang hanteert u op een normale werkdag lasten zwaarder dan 15kg (dat is vergelijkbaar met een kratje bier (24 flesjes), een kind van 3 jaar oud of een kleine volle vakantie koffer)?

Nooit

0 – 15min

15 – 45min

Meer dan 45 min

(indien nooit, ga door met vraag 16)

15a). Hoe vaak op een normale werkdag tilt u **dergelijke lasten** in een naar voren gebogen houding, zoals getoond op de onderstaande figuren?

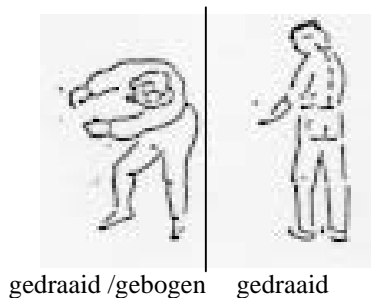


Nooit

1-10 keer

Meer dan 10 keer

15b). Hoe vaak op een normale werkdag tilt u **dergelijke lasten** in een naar voren gebogen/ gedraaide houding of alleen gedraaide houding, zoals getoond op de onderstaande figuren?



Nooit 1-10 keer Meer dan 10 keer

Rijden

16. Moet u tijdens uw werk rijden in een voorovergebogen of gedraaide houding?

Nooit Zelden Vaak

17. Rijdt u in uw huidige werk regelmatig in een voertuig ? (b.v. auto, busje, heftruck, vrachtwagen etc)

(zo nee, ga door met vraag 19) Nee Ja

18. Welke van de volgende voertuigen rijdt u op een normale werkdag en voor hoeveel uur per week?

<i>Voertuig</i>	<i>Aankruisen indien van toepassing (✓)</i>	<i>Hoeveel uur, ongeveer, rijdt u gemiddeld per week dit voertuig?</i>
a) Auto of busje (neem hier niet de reis van en naar uw werk in op)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (per week) uren min
b) Bus, vrachtauto (als de bestuurder, niet als passagier)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (per week) uren min
c) Vorkheftruck	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (per week) uren min
d) Grondverzetmachine of lader	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (per week) uren min
e) Tractor	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (per week) uren min
f) Trein	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (per week) uren min

- g) Kiepauto (per week)
uren min
- h) Andere **terrein** voertuigen (b.v. oogstmachine, pantserwagen (tank)) (per week)
uren min
- i) Andere voertuigen (b.v. ambulance of brandweerwagen) (per week)
uren min

19. Hebt u hinder van trillingen of schokken in uw werk?

- Verticale trillingen Nee Ja
- Voor-/ achterwaartse trillingen Nee Ja
- Zijwaartse trillingen Nee Ja

20. Rijdt u in uw vrije tijd (dus buiten uw werk om) regelmatig in een voertuig?

(zo nee, ga door met vraag 21)

Nee Ja

20a. Zo ja:

Soort voertuig	uren/ dag	dagen/ week	weken/ jaar	aantal jaar
_____	___ uren	___ dagen	___ weken	___ jaar
_____	___ uren	___ dagen	___ weken	___ jaar
_____	___ uren	___ dagen	___ weken	___ jaar

Uw kijk op uw werk

Sla geen uitspraak over en plaats telkens één kruisje bij iedere uitspraak.

Heeft u zich vergist en wilt u een ander antwoord geven, zet dan opnieuw een kruisje bij het juiste antwoord en omcirkel dit kruisje, dan zullen we dat als uw antwoord beschouwen.

Werktevredenheid

21. Van onderstaande onderwerpen zouden we graag van u weten:

Hoe tevreden bent u, over het algemeen genomen, met uw werksituatie: dit kunt u invullen door een antwoordmogelijkheid aan te kruisen in een hokje achter ieder onderwerp (heel ontevreden, ontevreden, niet ontevreden/ niet tevreden, tevreden, heel tevreden)

	Heel ontevreden	Ontevreden	Niet ontevreden/ niet tevreden	Tevreden	Heel tevreden	Niet van toepassing
a). Hoe tevreden bent u, in het algemeen, met uw werk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b). De inhoud van uw werk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c). De zelfstandigheid die u hebt in uw werk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d). De communicatie rond uw werkzaamheden met uw directe collegae?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e). De communicatie rond uw werkzaamheden met uw leidinggevende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f). Uw relatie met uw directe collegae?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g). De erkenning/ feedback die u rond uw werkzaamheden ontvangt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h). De financiële beloning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i). De groei/ carrière mogelijkheden die u geboden worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Deel 3: Voorgaande werkervaringen

Dit gedeelte alleen invullen indien u ander werk hebt gedaan in het verleden. Zo niet, ga door met deel 4 vraag 25

22. Hebt u ooit lage rugklachten gehad in uw vorig werk? Nee Ja
23. Moest u in uw vorig werk: langdurig zitten? Nee Ja
- zware fysieke belasting (zoals tillen, dragen van zware lasten etc.) leveren ? Nee Ja

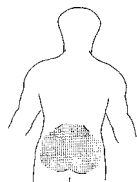
24. We zijn geïnteresseerd in uw beroepen uit het verleden.–namelijk in informatie over welk beroep, wanneer u dit beroep uitoefende en of u in dit beroep voertuigen werd geacht te besturen. Gelieve de onderstaande tabel in te vullen voor de **beroepen die u een jaar of langer hebt uitgeoefend**. Indien u geen voorgaande werkervaringen hebt opgedaan kunt u doorgaan met vraag 25.
- Tijdens het invullen van de tabel hoeft u niet nogmaals informatie te geven over uw huidige functie uit het voorgaande deel 2, maar wel voor alle andere functies/ beroepen die u hiervoor een jaar of langer hebt uitgevoerd (meerdere opties per rij aankruisen is dus mogelijk).
- Te beginnen met uw eerste baan nadat u school of een andere opleiding heeft verlaten.

Leeftijd gestart	Leeftijd gestopt	Beroep	Auto of busje	Bus of vracht wagen	Vorkhef truck of lader	Tractor	Kieper	Grond verzet machine	Andere grote voertuigen (beschrijf)
<input type="text"/> <input type="text"/> leeftijd in jaren	<input type="text"/> <input type="text"/> leeftijd in jaren	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="text"/> <input type="text"/> leeftijd in jaren	<input type="text"/> <input type="text"/> leeftijd in jaren	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="text"/> <input type="text"/> leeftijd in jaren	<input type="text"/> <input type="text"/> leeftijd in jaren	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="text"/> <input type="text"/> leeftijd in jaren	<input type="text"/> <input type="text"/> leeftijd in jaren	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="text"/> <input type="text"/> leeftijd in jaren	<input type="text"/> <input type="text"/> leeftijd in jaren	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

Deel 4: Uw Gezondheid

In dit deel wordt u gevraagd naar gezondheidsklachten in verschillende delen van het lichaam over verschillende tijdsperiodes.

4.1 De Lage rug



	De afgelopen 7 dagen	De afgelopen 12 maanden
25. a). Hebt u last (pijn, ongemak) gehad in het gemarkeerde gebied in de afbeelding (ie. de lage rug)?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
<i>Zo Nee, kunt u dit deel overslaan en verder gaan met vraag 34.</i>		
b) Wat was de aard van de klachten? (Kruis alle van toepassing zijnde mogelijkheden aan)	<input type="checkbox"/> alleen rug pijn <input type="checkbox"/> alleen been pijn/ symptomen <input type="checkbox"/> been en rug pijn/ symptomen	<input type="checkbox"/> alleen rug pijn <input type="checkbox"/> alleen been pijn/ symptomen <input type="checkbox"/> been en rug pijn/ symptomen
c) Hoe vaak hebt u perioden van rugklachten gehad?	1 2-3 4 of meer dan 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2-5 6-10 meer dan 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d) Hoe lang duurden de klachten meestal?	<input type="checkbox"/> uren <input type="checkbox"/> 3-6 dagen <input type="checkbox"/> 1-2 dagen <input type="checkbox"/> de hele tijd	<input type="checkbox"/> uren <input type="checkbox"/> 7-30 dagen <input type="checkbox"/> 1-2 dagen <input type="checkbox"/> 1-3 maanden <input type="checkbox"/> 3-6 dagen <input type="checkbox"/> 3-6 maanden <input type="checkbox"/> altijd
e) Hoeveel dagen heeft u moeten verzuimen vanwege uw rug- of beenklachten?	<input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> 3- 6 dagen <input type="checkbox"/> 1-2 dagen <input type="checkbox"/> alle afgelopen 7 dagen	<input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> 1-6 dagen <input type="checkbox"/> 1-3 maanden <input type="checkbox"/> 7-14 dagen <input type="checkbox"/> 3-6 maanden <input type="checkbox"/> 15-30 dagen <input type="checkbox"/> meer dan 6 maanden
f) Hebt u een dokter bezocht vanwege uw rug- of beenklachten?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
g) Heeft uw dokter u een behandeling voorgeschreven? (pijnstillers, fysiotherapie, chirurgisch ingrijpen, anders?)	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja Namelijk: _____	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja Namelijk: _____
h) Hebt u last van uw rug gehad tijdens of kort na het rijden met een voertuig?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
i) Zo ja, hoe lang blijft u hier dan last van houden?	<input type="checkbox"/> uren <input type="checkbox"/> 3-6 dagen <input type="checkbox"/> 1-2 dagen <input type="checkbox"/> alle afgelopen 7 dagen	<input type="checkbox"/> Uren <input type="checkbox"/> 1-3 maanden <input type="checkbox"/> 1-6 dagen <input type="checkbox"/> 3-6 maanden <input type="checkbox"/> 7-14 dagen <input type="checkbox"/> meer dan 6 maanden <input type="checkbox"/> 15-30 dagen

Gedurende de laatste 7 dagen

Als u geen rug- en/ of beenklachten in de afgelopen 7 dagen hebt gehad, kunt u dit deel overslaan en verder gaan met vraag 34.

26. Hoe ontstonden **de eerste** symptomen bij het optreden van uw rugklachten?

Geleidelijk Plotseling, buiten mijn werk om Plotseling, tijdens mijn werk

27. Indien plotseling, wat was u op dat moment aan het doen?

28. Hebt u ooit een letsel opgelopen aan uw rug die een bezoek aan een medische instantie vereisten?

Nee Ja

(zo nee, ga door met vraag 29)

28a). Zo ja: Wat voor soort letsel?

28b). Wanneer is het gebeurd?

|_|_| maand |_|_|_| jaar

29. Is de pijn in de afgelopen 7 dagen uitgestraald naar tot onder de knie?

Nee Ja

30. Kunt u als gevolg van de rugpijn niet of moeilijk uw sokken en schoenen aandoen evenals strikken?

Nee Ja

31. Hebt u in de afgelopen 7 dagen als gevolg van uw rugpijn aangepaste werkzaamheden uitgevoerd?

Nee Ja

(zo nee, ga door met vraag 32)

31a). Zo ja, kunt u deze aangepaste werkzaamheden omschrijven?

32. Wat voor cijfer zou u uw rugpijn geven op een schaal van 0-10 op een dag binnen de afgelopen 7 dagen (waar 0 is 'geen pijn' en 10 is een 'ondraaglijke pijn').

(gelieve één cijfer te omcirkelen)

	Geen pijn										Ondraaglijke pijn	
Rug	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

33. Deze vragenlijst bevat een aantal zinnen waarmee mensen met rugklachten zichzelf en hun situatie beschrijven. Mogelijk beschrijven deze zinnen ook situaties zoals u die tijdens uw laatste periode met rugpijn heeft ervaren ervaart. Als u de

vragenlijst leest, denk dan aan uzelf tijdens deze laatste periode. Kruis het vakje onder **ja** aan indien de zin op u van toepassing was. Kruis het vakje onder **nee** aan indien de zin niet op u van toepassing was. Lees de zinnen aandachtig en bepaal of de zin op u van toepassing was voordat u een antwoord geeft.

a) Het grootste deel van de tijd blijf ik thuis, vanwege de klachten in mijn rug of been	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
b) Vanwege de klachten in mijn rug of been verander ik vaak van positie om een prettige houding te vinden	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
c) Door de klachten in mijn rug of been loop ik langzamer dan gewoonlijk	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
d) Door de klachten in mijn rug of been kan ik de gebruikelijke werkzaamheden in en rond het huis niet doen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
e) Vanwege de klachten in mijn rug of been gebruik ik de trapleuning bij het naar boven lopen via een trap	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
f) Vanwege de klachten in mijn rug of been ga ik vaker dan gewoonlijk liggen om te rusten	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
g) Vanwege de klachten in mijn rug of been moet ik me vastpakken en optrekken om uit een leunstoel te komen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
h) Vanwege de klachten in mijn rug of been probeer ik andere mensen dingen voor me te laten doen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
i) Ik kleed me trager aan dan gewoonlijk vanwege de klachten in mijn rug of been	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
j) Vanwege de klachten in mijn rug of been sta ik alleen voor korte perioden	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
k) Vanwege de klachten in mijn rug of been vermijd ik bukken of knielen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
l) Door de klachten in mijn rug of been is het moeilijk om van een stoel op te staan	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
m) Ik heb bijna de gehele dag last van de pijn in mijn rug of been	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
n) Door de klachten in mijn rug of been kan ik me in bed moeilijk omdraaien	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
o) Door de klachten in mijn rug of been heb ik gebrek aan eetlust	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
p) Ik heb moeite met het aantrekken van sokken (of kousen) vanwege de klachten in mijn rug of been	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
q) Vanwege de klachten in mijn rug of been loop ik alleen korte afstanden	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
r) Ik slaap slecht door de klachten in mijn rug of been	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
s) Ik krijg hulp bij het aankleden in verband met de klachten in mijn rug of been	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
t) Ik zit het grootste deel van de dag vanwege de klachten in mijn rug of been	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
u) In verband met de klachten in mijn rug of been vermijd ik zwaar werk in en rond het huis	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
v) Door de klachten in mijn rug of been raak ik sneller geïrriteerd dan anders	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
w) Door de klachten in mijn rug of been loop ik de trap langzamer op dan anders	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
x) Ik lig bijna de hele dag in bed in verband met de klachten in mijn rug of been	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja

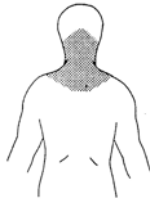
Werk en lage rugklachten

34. Of u nu wel of geen lage rugklachten heeft gehad, hoe denkt u gebaseerd op wat de dokter of anderen u hebben verteld over lage rugklachten, over de volgende stellingen?

Gelieve **ALLE** stellingen te beantwoorden. Geef in uw antwoord aan in welke mate u het eens of oneens bent op een schaal van 1 “geheel oneens” tot 5 “geheel eens” door middel van het omcirkelen van het cijfer dat van toepassing is.

	Oneens		Eens		
	1	2	3	4	5
a) Lichamelijke activiteit verergert lage rugpijn	1	2	3	4	5
b) Lichamelijke activiteit zou moeten worden vermeden indien dit de lage rugklachten zou kunnen verergeren.	1	2	3	4	5
c) Een toename in pijn moet worden gezien als een indicatie te stoppen met dat wat men aan het doen is	1	2	3	4	5
d) Rust is noodzakelijk voor herstel	1	2	3	4	5
e) De normale werkzaamheden moeten worden vermeden totdat de klachten zijn behandeld	1	2	3	4	5
f) Het is belangrijk meteen een dokter te raadplegen bij de eerste symptomen van klachten	1	2	3	4	5
g) Het negeren van dergelijke klachten kunnen blijvende gezondheidsklachten veroorzaken	1	2	3	4	5
h) Lage rugklachten gaan vanzelf over	1	2	3	4	5

4.2 De Nek (*inclusief uitstralende pijn naar de arm*)



	De afgelopen 7 dagen	De afgelopen 12 maanden
35a). Hebt u last (pijn, ongemak) gehad in het gemarkeerde gebied in de afbeelding (ie. de nek)?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
<i>Zo nee, kunt u dit deel overslaan en verder gaan met vraag 38.</i>		
b) Wat was de aard van de klachten? (Kruis alle van toepassing zijnde mogelijkheden aan)	<input type="checkbox"/> alleen nek pijn <input type="checkbox"/> alleen arm pijn/ symptomen <input type="checkbox"/> nek en arm pijn/ symptomen	<input type="checkbox"/> alleen nek pijn <input type="checkbox"/> alleen arm pijn/ symptomen <input type="checkbox"/> nek en arm pijn/ symptomen
c) Hoeveel dagen heeft u moeten verzuimen vanwege uw nek- of armlachten?	<input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> 3- 6 dagen <input type="checkbox"/> 1-2 dagen <input type="checkbox"/> alle afgelopen 7 dagen	<input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> 1-3 maanden <input type="checkbox"/> 1-6 dagen <input type="checkbox"/> 3-6 maanden <input type="checkbox"/> 7-14 dagen <input type="checkbox"/> meer dan 6 maanden <input type="checkbox"/> 15-30 dagen
d) Hebt u last van uw nek gehad tijdens of kort na het rijden met een voertuig?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
e) Zo ja, Hoe lang blijft u hier dan last van houden?	<input type="checkbox"/> Uren <input type="checkbox"/> 3- 6 dagen <input type="checkbox"/> 1-2 dagen <input type="checkbox"/> alle afgelopen 7 dagen	<input type="checkbox"/> uren <input type="checkbox"/> 1-3 maanden <input type="checkbox"/> 1-6 dagen <input type="checkbox"/> 3-6 maanden <input type="checkbox"/> 7-14 dagen <input type="checkbox"/> meer dan 6 maanden <input type="checkbox"/> 15-30 dagen

Gedurende de laatste 7 dagen

Als u geen nek- en/ of armlachten in de afgelopen 7 dagen hebt gehad, kunt u dit deel overslaan en verder gaan met vraag 38.

36. Hebt u in de afgelopen 7 dagen als gevolg van uw rugpijn aangepaste werkzaamheden uitgevoerd?

Nee Ja

(zo nee, ga door met vraag 37)

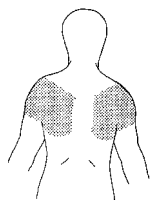
36a). Zo ja, kunt u deze aangepaste werkzaamheden omschrijven?

37. Wat voor cijfer zou u uw nekpijn geven op een schaal van 0-10 op een dag binnen de afgelopen 7 dagen (waar 0 is 'geen pijn' en 10 is een 'ondraaglijke pijn').

(gelieve één cijfer te omcirkelen)

	Geen pijn										Ondraaglijke pijn
Nek	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4.3 Schouders



	De afgelopen 7 dagen	De afgelopen 12 maanden
38a. Hebt u last (pijn, ongemak) gehad in het gemarkeerde gebied in de afbeelding (i.e.de schouders)?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
<i>Zo nee, kunt u dit deel overslaan en verder gaan met vraag 41.</i>		
b) Wat was de aard van de klachten? (Kruis alle van toepassing zijnde mogelijkheden aan)	<input type="checkbox"/> alleen schouder pijn <input type="checkbox"/> alleen arm hand/ symptomen <input type="checkbox"/> schouder en arm hand/symptomen	<input type="checkbox"/> alleen schouder pijn <input type="checkbox"/> alleen arm hand/ symptomen <input type="checkbox"/> schouder en arm hand/ symptomen
c) Hoeveel dagen heeft u moeten verzuimen vanwege uw schouder- arm/ handklachten?	<input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> 3- 6 dagen <input type="checkbox"/> 1-2 dagen <input type="checkbox"/> alle afgelopen 7 dagen	<input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> 1-3 maanden <input type="checkbox"/> 1-6 dagen <input type="checkbox"/> 3-6 maanden <input type="checkbox"/> 7-14 dagen <input type="checkbox"/> meer dan 6 maanden <input type="checkbox"/> 15-30 dagen
d) Hebt u last van uw schouders gehad tijdens of kort na het rijden met een voertuig?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
e) Zo ja, hoe lang blijft u hier dan last van houden?	<input type="checkbox"/> uren <input type="checkbox"/> 3- 6 dagen <input type="checkbox"/> 1-2 dagen <input type="checkbox"/> alle afgelopen 7 dagen	<input type="checkbox"/> uren <input type="checkbox"/> 1-3 maanden <input type="checkbox"/> 1-6 dagen <input type="checkbox"/> 3-6 maanden <input type="checkbox"/> 7-14 dagen <input type="checkbox"/> meer dan 6 maanden <input type="checkbox"/> 15-30 dagen

Gedurende de laatste 7 dagen

Als u geen schouder- en/of arm-/ handklachten in de afgelopen 7 dagen hebt gehad, kunt u dit deel overslaan en verder gaan met vraag 41.

39. Hebt u in de afgelopen 7 dagen als gevolg van uw rugpijn aangepaste werkzaamheden uitgevoerd?

Nee Ja

(zo nee, ga door met vraag 40)

39a). Zo ja, kunt u deze aangepaste werkzaamheden omschrijven?

40. Wat voor cijfer zou u uw schouderpijn geven op een schaal van 0-10 op een dag binnen de afgelopen 7 dagen (waar 0 is 'geen pijn' en 10 is een 'ondraaglijke pijn').

(gelieve één cijfer te omcirkelen)

Schouder Geen pijn 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ondraaglijke pijn

Deel 5: Overige lichamelijke klachten

41. Hebt u gedurende de afgelopen 12 maanden problemen (zoals pijn, ongemak, gevoelloosheid) ervaren in:

Ellebogen

- Nee Ja
- In de rechter elleboog
 In de linker elleboog
 In beide ellebogen

Polsen/ Handen

- Nee Ja
- In de rechter pols/ hand
 In de linker pols/ hand
 In de beide polsen/ handen

Hoge rug

- Nee Ja

Heupen/ Dijen

- Nee Ja
- In de rechter heup
 In de linker heup
 In de beide heupen

Knieën

- Nee Ja
- In de rechter knie
 In de linker knie
 In beide knieën

Enkels/ Voeten

- Nee Ja
- In de rechter enkel/ voet
 In de linker enkel/ voet
 In de beide enkels/ voeten

Overige Symptomen

42. Allereerst, enkele vragen over hoe u zich voelt en hoe het met u ging in de **afgelopen 4 weken**. Wilt u a.u.b bij elke vraag het antwoord geven dat het best benadert hoe u zich voelde.

(omcirkel één cijfer op elke regel)

Hoe vaak in de afgelopen 4 weken...	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Meestal	Altijd
a) ...Voelde u zich levenslustig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ...Was u erg zenuwachtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ...Zat u zo in de put dat niets u kon opvrolijken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ...Voelde u zich rustig en tevreden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ...Had u veel energie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ...Voelde u zich somber en neerslachtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hoe vaak in de afgelopen 4 weken...	<i>Nooit</i>	<i>Zelden</i>	<i>Soms</i>	<i>Vaak</i>	<i>Meestal</i>	<i>Altijd</i>
g) ...Voelde u zich uitgeput?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) ...Was u een gelukkig mens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) ...Voelde u zich moe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wij bedanken u hartelijk voor uw medewerking aan het onderzoek.

Indien u nog op- of aanmerkingen heeft, kunt u ze hieronder opschrijven.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wilt u de vragenlijst zo spoedig mogelijk opsturen in de bijgevoegde antwoordenvolp?

Een postzegel is niet nodig.

Voor meer informatie over het onderzoek kunt u contact opnemen met:

Ivo Tiemessen (tel. 020 - 566 4878)

i.j.tiemessen@amc.uva.nl

Coronel Instituut voor Arbeid, Milieu en Gezondheid

Academisch Medisch Centrum / Universiteit van Amsterdam

Meibergdreef 15

1105 AZ Amsterdam