



Frågeformulär om smärtproblem (kortversion)

(Linton & Hallden, 1998; Linton, Nicholas & MacDonald, 2011)

Namn: _____ Socialskyddssignum: _____

Patientnr: _____ Ingen AHV: _____

1. Hur länge har Du lidit av Ditt nuvarande besvär? Kryssa för (✓) ett alternativ.

0-1 veckor (1) 2-3 veckor (2) 4-5 veckor (3) 6-7 veckor (4) 8-9 veckor (5) 10-11 veckor (6)
12-23 veckor (7) 24-35 veckor (8) 36-52 veckor (9) mer än 52 veckor (10) ()

Var vänlig kryssa av det mest passande alternativet som beskriver din situation.

2. Hur mycket smärta har Du haft under den senaste veckan?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()
Ingen smärta Svårast tänkbara smärta

3. Jag kan utföra lättare arbete under en timme

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (10-) ()
Kan inte göra det pga. smärta Kan göra det utan smärtproblem

4. Jag kan sova på natten

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (10-) ()
Kan inte göra det pga. smärta Kan göra det utan smärtproblem

5. Hur spänd eller stressad har du känt Dig den senaste veckan?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()
Helt lugn Mycket spänd

6. I vilken utsträckning har Du känt dig nedstämd den senaste veckan?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()
Inte alls Våldigt mycket

7. Som Du upplever det själv, hur stor är risken att Ditt nuvarande besvär skulle bli långvarigt?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()
Ingen risk Mycket stor risk

8. Hur stor chans tror Du att Du har att kunna arbeta om tre månader?

Ringa in ett alternativ.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (10-) ()
Ingen chans Mycket stor chans

9. Om besvären ökar, är det en signal på att jag måste sluta med det jag håller på med, tills besvären minskar.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()
Instämmer inte alls Instämmer helt

10. Jag bör inte utföra mina normala aktiviteter eller arbeten med den smärta jag har för närvarande.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()
Instämmer inte alls Instämmer helt

SUMMA: _____

