

Frågeformulär om smärtproblem (kortversion)

(Linton & Hallden, 1998)

Namn: _____ Födelsedatum: _____

Kön: Man Kvinna

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

0-1 veckor [1] 1-2 veckor [2] 3-4 veckor [3] 4-5 veckor [4] 6-8 veckor [5]
 9-11 veckor [6] 3-6 månader [7] 6-9 månader [8] 9-12 månader [9] Över ett år [10]

Ringa in de siffror som BÄST beskriver dina upplevelser på följande frågor/påståenden:

2. Hur mycket smärta har Du haft 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 p g a. 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 p g a. 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**? Ringa in ett alternativ.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 []
Inte alls Väldigt 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 bör 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: _____