

DATUM _____ PATIENT-ID _____

NAMN _____

PERSONNUMMER _____

FUNKTIONS- BAROMETERN

SMÄRTANALYS

Validerat instrument för funktions- och smärtanalys

FunktionsBarometern är framtagen av överläkare Jan-Rickard Norrefalk, MD, PhD, specialist i rehabiliteringsmedicin, smärtlindring samt företagshälsovård i samarbete med Karo Pharma AB.



karo[®]
pharma

Karo Pharma AB | +4610-3302310
info@karopharma.se | BOX 16184, 103 24 Stockholm

FunktionsBarometern

Framför dig har du ett hjälpmedel för att nå smärtlindring och förbättrad livskvalitet.

Vad? FunktionsBarometern är ett sätt att enkelt och tydligt beskriva och analysera hur och på vilket sätt dina smärtor påverkar din funktion och dina aktiviteter liksom din livskvalitet.

FunktionsBarometern är validerad mot WHO:s klassificering av funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsningar och delaktighet (ICF).

Varför? Genom dina svar på frågorna och dina beskrivningar får din doktor bästa möjliga underlag, för att göra en riktig bedömning av hur dina smärtor påverkar dig och din vardag. Ni får en gemensam bild av din situation, vilket underlättar för att komma fram till vilka åtgärder och behandlingar som behöver sättas in samt vad du klarar av

att göra med hänsyn till dina besvär.

FunktionsBarometern är till för att du och din doktor inte ska glömma någon av de vanligaste frågorna när det gäller dina smärtproblem, en hjälp för minnet. Målet är att förbättra din situation och lindra din värk.

Hur? Med hjälp av FunktionsBarometern Smärtanalys graderar du dina besvär genom att kryssmarkera på den femgradiga skalan bredvid frågan. Vissa frågor ger utrymme att beskriva din situation i andra termer samt även att fundera över egna ambitioner och mål.

Kom ihåg att smärta är en individuell upplevelse av obehag. Det är du som beskriver dina egna besvär bäst. Tveka inte att ta upp funderingar med din doktor.

Funktion Markera med X i rutorna

| Har du på grund av dina smärtor problem... | Inga problem | Lätta problem | Måttliga problem | Stora problem | Maximala problem |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 ...med att själv ta av och på dig kläderna? (ICF: d 540) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 ...med rörligheten i dina leder? (ICF: b 710) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 ...med din muskelkraft? (ICF: b 730) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 ...med muskeluthålligheten? (ICF: b 740) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 ...med att gå? (ICF: d 450) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 ...med att gå i trappor? (ICF: d 4551) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 ...med att bibehålla en kroppsställning, t ex att sitta? (ICF: d 4153) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 ...med att själv bädda din säng? (ICF: d 641) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 ...med att klara vanligt hushållsarbete? (ICF: d 640) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 ...med att lyfta och bära föremål? (ICF: d 430) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 ...med att köra bil? <small>Har ej körkort</small> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 ...med att använda olika transportmedel, t ex åka bil, buss, tåg och flyg? (ICF: d 470) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 Annan aktivitet som du själv tycker skapar problem på grund av dina smärtor. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Livskvalitet

Markera med X i rutorna

| Har du på grund av dina smärtor problem... | Inga problem | Lätta problem | Måttliga problem | Stora problem | Maximala problem |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14 ...med sömnen? (ICF: b 134) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 ...med din energi och driftighet? (ICF: b 130) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 ...med att koncentrera dig? (ICF: b 160) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 ...med att hantera stress och psykologiska krav? (ICF: d 240) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 ...med emotionella funktioner så som sinnesrörelser och starka känslor? (ICF: b 152) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 ...med mag- och tarmfunktionerna? (ICF: b 535) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 Utgör dina smärtor ett problem på din fritid? (ICF: d 920) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21 ... i din familjrelation? (ICF: d 760) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22 ...i kontakten med vänner och bekanta? (ICF: d 750) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23 ... med din ekonomiska självförsörjning? (ICF: d 870) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24 ...med att klara ett betalt arbete? (ICF: d 850) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Har ej arbete | <input type="checkbox"/> | | | | |

Smärtskattning

Markera med X i rutorna

| | Inga problem | Lätta problem | Måttliga problem | Stora problem | Maximala problem |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 25 Hur stort är ditt problem med dina smärtor just nu? (ICF: b 280) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26 Hur stort har ditt smärtproblem varit under den senaste veckan? (ICF: b 280) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27 Hur stort problem utgör dina smärtor när det är som lindrigast? (ICF: b 280) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28 Hur stort problem utgör dina smärtor när de är som värst? (ICF: b 280) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Arbete/Daglig aktivitet

29 Arbetar du? Heltid Deltid % eller timmar/dagar Nej

30 Utbildning

31 Yrke

32 Arbetsuppgifter

Markera med X i rutorna

Inga problem Lätta problem Måttliga problem Stora problem Maximala problem

33 Finns det några problem på arbetsplatsen som hindrar dig att återgå i arbete?

Är redan i arbete

34 Vad tror du om dina förutsättningar att återgå i arbete/utöka arbetstiden?

Arbetar redan 100%

35 Är du sjukskriven? Heltid Deltid % sedan år Nej

36 Har du stadigvarande sjukersättning? Heltid Deltid % sedan år Nej

(varaktig sjukersättning, förtidspension)

37 Har du ett pågående försäkringsärende som inte är avslutat? Ja Nej

Om "Ja" Försäkringsärende Arbetsskadeärende Annat

38 Vad skulle du helst vilja göra om du mätte lite bättre?
