

Patientspecifik funktionell skala (PSFS)
 Patient-Specific Functional Scale efter Stratford P et al. Physiother Canada 1995;47:258-63, Chatman AB et al. Phys Ther 1997;77: 820-9,
 Westaway M et al. JOSPT 1998;27:331-8.)
 Översättning av Catharina Broberg, Inst. för arbetsterapi och fysioterapi Göteborgs universitet, i samarbete med Eva Denison Inst. för
 folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet och Eva Roos, Inst för sjukgymnastik, Lunds universitet. OBS! Sid. 1 är den generella
 skalan. Sid. 2 ett tillägg som man kan användas vid smärta.

LÄS UPP OCH FYLL I EFTER ANAMNESEN OCH FÖRE UNDERSÖKNINGEN

Vid första bedömningen (Läs kursiverad text)

– Jag vill be dig beskriva tre viktiga aktiviteter som du har problem med att utföra eller inte kan utföra alls på grund av dina _____ besvär. Vilka tre aktiviteter har du svårt med?
Beskriv de aktiviteter patienten anger, tre eller fler i tabellen nedan samt fyll i datum.

Visa skalan Grad av svårighet nedan för patienten.

– *Ange den siffra på skalan som svarar emot hur svårt du tycker det är att utföra aktiviteten!*
 Be patienten peka på den siffra som gäller för var och en av aktiviteterna samt fyll i denna.

Vid uppföljningar (Läs kursiverad text)

– *När vi träffades den... (ange datum) angav du att du hade svårt för att....*
 – *Har du idag fortfarande problem med 1..., 2..., 3...?*

Läs upp en aktivitet i taget och be patienten att på samma sätt som förra gången ange på skalan en siffra för hur svårt det är att utföra respektive aktivitet, samt fyll i denna i tabellen.

Datum/grad

Aktivitet:					
1					
2					
3					
4					
5					
6					

Grad av förmåga:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Kan inte
utföra
aktiviteten

Kan utföra aktiviteten
obehindrat eller som före
skadan/sjukdomen

Smärta i förhållande till vardaglig aktivitet samt smärtintensitet

Instruktion: Ställ frågorna nedan till patienten och be honom/henne ange en siffra för respektive fråga. Dokumentera svaren samt datum i patientjournalen eller i en separat tabell.

Aktivitetsbegränsning på grund av smärta

I vilken grad har smärtan under det senaste dygnet hindrat eller begränsat dig från att utföra normala vardagliga aktiviteter? Peka på den siffra som gäller!

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Aktiviteter har varit omöjliga på grund av smärta

Aktiviteter har inte varit begränsade av smärta

Smärtintensitet

Under det senaste dygnet, hur svår har din smärta varit? Peka på den siffra som gäller!

Svårast tänkbara smärta

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

Ingen smärta