

## Bedömning inför eventuell förlängning av sjukskrivning

*För att vården ska kunna hjälpa dig på bästa sätt behöver vi veta mer om hur din vardag både hemma och på arbetet/ studier fungerar. Fyll i blanketten innan besöket för att öka möjligheten till korrekt medicinsk bedömning.*

Namn: .....

Datum (ÅÅ-MM-DD): .....

Personnummer (ÅÅÅÅ-MM-DD): .....

1. Pågående sjukskrivning? Nej  Ja

Om ja, hur många procent? .....%

Från vilket datum? (ÅÅ-MM-DD).....

2. Har du en pågående kontakt i vården? Nej  Ja

Om ja, ange vad, var och vem som är ansvarig?

.....

.....

# Aktuella problem (F = funktionsnedsättning)

## 1. Smärta/stelhet

Ange *om* och *var* du har problem med smärta och eller stelhet

.....

## 2. Ange problem och svårigheter i din vardag

Ange graden av problem och svårigheter från 0 (=inget problem) till 4 (=totalt problem).

	0 Inget problem	1 Lätt problem	2 Måttligt problem	3 Stort problem	4 Totalt problem
Trötthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sömn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedsatt koncentration/ uppmärksamhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedstämdhet/depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om annat, ange vilket/vilka problem och svårigheter:

.....

## Frågor om din arbetssituation och aktivitetsförmåga (A=aktivitetsnedsättning)

### 1. Den nuvarande arbetsförmågan jämfört med när den var som bäst

*Vi antar att din arbetsförmåga, då den var som bäst, värderas med 10 poäng. Vilket poängtal skulle du ge din nuvarande arbetsförmåga? (kryssa i lämplig siffra, 0 betyder att du inte alls kan arbeta, 10 betyder du arbetar som allra bäst just nu).*

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kan inte arbeta alls									Bästa arbetsförmåga	

## 2. Vad kan du göra trots dina problem?

### Sittande:

30 minuter

1 timmar

≥2 timmar

### Promenader:

1 km

2 km

3 km

4 km eller mer

### Städa (ex mitt hem, bilen):

Nej

Ja

### Handla:

Nej

Ja

### Lyft:

2 kg

3 k g

5 kg

10 kg eller mer

### Trädgårdsarbete:

Nej

Ja

Annat: .....

## 3. Finns det något som kan underlätta för dig för att vara kvar/återgå till ditt arbete?

Anpassade arbetsuppgifter

Anpassat schema/tider

Samtalsstöd

Stöd från chef

Stöd från arbetskamrater

Om annat, ange vad:.....

.....

**4. Har du själv gjort några förändringar/förbättringar för att förbättra din situation?**

*Detta kan vara förändringar på arbetet eller på fritiden, förändrade levnadsvanor (kost, fysisk aktivitet, tobak, alkohol, sömn och stress).*

Nej  Ja

Om ja, vad?.....

**5. Har din arbetsgivare gjort några förändringar/förbättringar för att förbättra din situation?**

*Som exempel samtalsstöd, företagshälsovård, anpassade arbetsuppgifter, anpassade arbetstider, införskaffat hjälpmedel, ergonomi.*

Nej  Ja

Om ja, vad? .....

.....

**6. Har du någon gång under denna period haft/har kontakt med arbetsförmedlingen?**

Nej  Ja

Om ja, vad?

.....

.....

**7. Tror du att du kan börja arbeta igen inom 3 månader?**

Nej  Ja

**8. Om ja på föregående fråga, kan du börja arbeta deltid eller heltid?**

Heltid

Deltid

Om deltid, hur många procent?.....%