

Patientenkät

Det här formuläret avser Din situation vid inskrivning för rehabilitering

Vi följer upp vården för att vara säkra på att Du får en vård med hög kvalitet.
För att kunna göra det på bästa sätt följer vi på gruppnivå upp behandlingsresultaten.
Inga personuppgifter finns då med och all redovisning presenteras på gruppnivå.

När Din behandling avslutats skickas remissvar till den läkare som remitterat Dig till denna rehabilitering.

Formuläret behandlas med sträng sekretess

Datum för ifyllnad:

Formuläret gäller vid inskrivning för rehabilitering

Namn.....

Personnummer

Bakgrundsinformation

1. Civilstånd: ensamstående gift/sambo/registrerad partner

2. Är Du född i Sverige? Ja Nej

3. Om Du inte är född i Sverige, hur många år har Du varit här? år

Utbildningsbakgrund (markera Din högsta fullföljda utbildning)

4. Vilken är Din högsta fullföljda utbildning?

Grundskola mindre än 7 år

Grundskola 8-9 år

Gymnasium 2-3 år

Högskola/universitet med avslutad examen

Annan eftergymnasial utbildning

Annan utbildning

Vilken?.....

Allmänt om hälsotillstånd

5. Hur upplever Du Ditt allmänna hälsotillstånd?

Mycket dåligt Ganska dåligt Någorlunda Ganska gott Mycket gott

Förväntningar på behandlingen/rehabiliteringen

6. Vilka förväntningar har Du?

Jag ska bli fullständigt återställd

Jag ska bli väsentligen förbättrad

Jag ska få en viss besvärslättnad

Jag har inga förväntningar på att bli återställd eller få besvärslättnad

Upplevd hälsa (EQ5D, fråga 7-12)

Markera, genom att kryssa i en ruta i varje nedanstående grupp, vilket påstående som bäst beskriver Ditt hälsotillstånd idag.

7. Rörlighet

- Jag går utan svårigheter
- Jag kan gå men med viss svårighet
- Jag är sängliggande

8. Hygien

- Jag behöver ingen hjälp med min dagliga hygien, mat eller påklädning
- Jag har vissa problem att tvätta eller klä mig själv
- Jag kan inte tvätta eller klä mig själv

9. Huvudsakliga aktiviteter (t.ex. arbete, studier, hushållssysslor, familje- och fritidsaktiviteter)

- Jag klarar av min huvudsakliga sysselsättning
- Jag har vissa problem med att klara av min huvudsakliga sysselsättning
- Jag klarar inte av min huvudsakliga sysselsättning

10. Smärtor/besvär

- Jag har varken smärtor eller besvär
- Jag har måttliga smärtor eller besvär
- Jag har svåra smärtor eller besvär

11. Oro/nedstämdhet

- Jag är inte orolig eller nedstämd
- Jag är orolig eller nedstämd i viss utsträckning
- Jag är i högsta grad orolig eller nedstämd

12. Jämfört med mitt allmänna hälsotillstånd de senaste tolv månaderna är mitt hälsotillstånd idag

- Bättre
- Oförändrat
- Sämre

13. Till hjälp för att avgöra hur bra eller dåligt ett hälsotillstånd är, finns den termometer-liknande skalan till höger.

På denna har Ditt bästa tänkbara hälsotillstånd markerats med 100 och ditt sämsta tänkbara hälsotillstånd med 0.

Vi vill att Du på denna skala markerar hur bra eller dåligt Ditt hälsotillstånd är, som Du själv bedömer det. Gör detta genom att dra en linje från nedanstående ruta till den punkt på skalan som markerar hur bra eller dåligt ditt nuvarande hälsotillstånd är.

Ditt
nuvarande
hälsotillstånd

Bästa
tänkbara
tillstånd

100



Sämsta
tänkbara
tillstånd

Hälsoproblemens påverkan på förmåga att utföra vardagliga aktiviteter

Med hälsoproblem avses alla eventuella fysiska eller känslomässiga problem eller symtom senaste veckan.

14. Hur mycket påverkade Dina hälsoproblem Din förmåga att utföra vardagens aktiviteter (hem, fritid)?

<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
Inget										Fullständigt

Upplevd arbetsförmåga

15. 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 att 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
Helt arbets-										Arbetsförmågan
oförmögen										då den var som bäst

Egen prognos av arbetsförmåga om två år från nu

16. Med tanke på Din hälsa - tror Du att Du kan arbeta i Ditt nuvarande yrke även om två år?

Nej, det tror jag inte	<input type="checkbox"/>
Jag är osäker på det	<input type="checkbox"/>
Ja, det är ganska säkert	<input type="checkbox"/>

Sjukskrivning

17. Är Du just nu sjukskriven?

Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	-----	--------------------------

Arbetsituation/försörjning

18. Hur ser din arbetsituation ut en vanlig vecka? (flera alternativ kan anges)

- a. Anställd tim
- b. Egen företagare tim
- c. Studier tim
- d. Är för närvarande föräldraledig Ja, heltid Ja, deltid
- e. Saknar arbete/arbetsökande Ja, heltid Ja, deltid
- f. Annan sysselsättning Ja, heltid Ja, deltid
Vilken.....
- g. Uppbär sjuk-/aktivitetsersättning/sjukpension Ja, heltid Ja, deltid
- h. Uppbär försörjningsstöd Ja, heltid Ja, deltid
- i. Ålderspensionär Ja, heltid Ja, deltid

**Frågorna 19 - 28 gäller Dig som är anställd/egen företagare/
studerande. Om du saknar arbete gå vidare till fråga 29**

19. Om Du är anställd, vilken typ av anställning har Du?

- Tillsvidareanställning/fast anställning
- Visstidsanställning
- Projektanställning
- Vikariat
- Timanställning

20. Vilken arbetstid har Du vanligtvis i Ditt nuvarande arbete (även egenföretagare/
studerande)?

- Dagarbete
- Kvällsarbete
- Nattarbete
- Skiftarbete (som inkluderar nattarbete)
- Skiftarbete (som inte inkluderar nattarbete)
- Oregelbunden förläggning av arbetstiden under dygnet i veckan enligt visst arbetschema
- Annan arbetstid

21. Har det hänt att Du arbetat övertid på Ditt arbete senaste året?

- Arbetar aldrig övertid
- Arbetar övertid åtminstone vid något tillfälle
- Arbetar övertid någon gång per månad
- Arbetar mycket övertid, flera gånger per månad
- Har inte reglerad arbetstid

Arbetsförmågan i relation till arbetets krav

22. Hur bedömer du Din nuvarande arbetsförmåga i relation till de fysiska kraven Ditt arbete ställer?

- Mycket bra
Ganska bra
Måttlig
Ganska dålig
Mycket dålig

23. Hur bedömer Du Din nuvarande arbetsförmåga i relation till de psykiska krav Ditt arbete ställer?

- Mycket bra
Ganska bra
Måttlig
Ganska dålig
Mycket dålig

Hur upplever Du att Du kan hantera Ditt arbete (studier = arbete)

	Tar helt avstånd från	Tar i viss mån avstånd från	Neutral	Instämmer i viss mån	Instämmer helt
24. Jag kan klara av mitt arbete lika bra som andra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Jag kan anpassa mina arbetsuppgifter till min fysiska och psykosociala kapacitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Jag har kapacitet att hantera de flesta situationer jag möter i mitt arbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Jag har en positiv attityd till mitt arbete och mina arbetsuppgifter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hälsoproblemens påverkan på Din prestation i arbetet

Med hälsoproblem avses alla eventuella fysiska eller känslomässiga problem eller symtom senaste veckan.

28. I vilken utsträckning påverkade Dina hälsoproblem Din prestation i arbetet senaste veckan?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Inget Fullständigt

Du som har anställning/eget företag/studerar går nu vidare till fråga 31

Frågor till Dig som saknar arbete

29. Hur länge sedan var det Du senast hade ett lönearbete 4 veckor i ett sträck?

Ange nedan det alternativ som stämmer bäst för dig.

- Antal dagar
- Antal månader
- Antal år
- Har aldrig haft ett lönearbete

30. Om Du saknar arbete, är Du anmäld på Arbetsförmedlingen? Ja Nej

Svårigheter med information om hälsa (besvaras av alla)

I samband med ohälsa/sjukdom kan förmågan att hantera information förändras

31. Hur ofta har Du problem med att veta hur Din hälsa är, för att Du har svårigheter att förstå skriftlig information?

Alltid Ofta Ibland Någon gång då och då Aldrig

32. Hur lätt tycker Du att det är att fylla i formulär om Din hälsa?

Mycket lätt Ganska lätt Lätt Ganska svårt Mycket svårt

33. Hur ofta har Du någon som hjälper Dig att läsa skriftligt material från vårdgivaren?

Alltid Ofta Ibland Någon gång då och då Aldrig