

Patientenkät

Det här formuläret avser Din situation vid inskrivning, utskrivning samt uppföljning av rehabiliteringen

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:

Ange vilket tillfälle formuläret gäller:

Inskrivning

Utskrivning

Uppföljning

A Bakgrundsinformation

Personnummer

2. **Civilstånd:** ensamstående gift/sammanboende/registrerad partner

3. **Är Du född i Sverige?** Ja Nej

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

B. Utbildningsbakgrund (markera Din högsta fullföljda utbildning)

1. **Vilken är Din högsta fullföljda utbildning?**

Grundskola mindre än 7 år

Grundskola 8-9 år

Gymnasium 2-3 år

Högskola/universitet

3 år eller mer, med
avslutad examen

Annan eftergymnasial utbildning

Annan utbildning Vilken?.....

C. Svårigheter med information om hälsa

1. **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

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

Mycket lätt Ganska lätt Lätt Ganska svårt Mycket svårt

3. **Hur ofta har Du någon som hjälper Dig att läsa skrivet material från vårdgivaren?**

Alltid Ofta Ibland Någon gång då och då Aldrig

D. Allmänt hälsotillstånd

1. **Hur upplever Du Ditt allmänna hälsotillstånd?**

Mycket dåligt Ganska dåligt Någorlunda Ganska gott Mycket gott

E. Förväntningar på behandlingen/rehabiliteringen

1. 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

F. Frågor om Din arbetssituation

1. Hur många timmar arbetar Du en vanlig vecka?

- a. Anställd tim
- b. Egen företagare tim
- c. Studier tim
- d. Är för närvarande föräldraledig tim
- e. Ålderspensionär tim

2. Jag är arbetslös Ja Nej

Om Du saknar arbete, gå vidare till fråga G

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

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

4. Vilken arbetstid har Du vanligtvis i Ditt nuvarande arbete (även egenföretagare)?

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

5. 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

De fortsatta frågorna gäller för såväl Dig som är anställd som för egenföretagare!

Tillit till sin förmåga - i arbetet

Hur upplever Du att Du kan hantera Ditt arbete?

	Tar totalt avstånd ifrån	Tar i viss mån avstånd	Neutral	Instäm- mer i viss mån	Instämmer totalt
15. 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"/>
16. 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"/>
17. 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"/>
18. 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"/>

G. De här frågorna gäller Dig som saknar arbete, annars gå vidare till H

1. När hade Du senast ett lönearbete 4 veckor i ett sträck? till

1. Om ja, är Du anmäld på Arbetsförmedlingen?

Ja Nej

H. Upplevd arbetsförmåga

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 att Du arbetar som allra bäst just nu)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Helt arbets-
oförmögen

Arbetsförmågan
då den var som bäst

Arbetsförmågan i relation till arbetets krav

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

Mycket bra Ganska bra Måttlig Ganska dålig Mycket dålig

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

Mycket bra Ganska bra Måttlig Ganska dålig Mycket dålig

Egen prognos av arbetsförmåga **om två** år från nu.

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

Nej, det tror jag inte Jag är osäker på det Ja, det är ganska säkert

Hälsoproblemens påverkan på Din förmåga att arbeta och utföra vardagliga aktiviteter

Med hälsoproblem avses alla eventuella fysiska eller känslomässiga problem eller symtom. Samtliga tre frågor gäller senaste veckan.

5. Hur många dagar har du varit sjukskriven senaste veckan?

0 1 2 3 4 5 6 7

6 I vilken utsträckning påverkade dina hälsoproblem din prestation senaste veckan?

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

7. Hur mycket påverkade dina hälsoproblem din förmåga att utföra vardagens aktiviteter (hem, fritid)?

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

I. Här kommer fråga angående sjukskrivning

1. Är Du just nu sjukskriven eller uppbär sjukersättning/aktivitetsersättning eller förtidspension från Ditt arbete?

Ja Nej

J. Upplevd hälsa

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

1. Rörlighet

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

2. 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

3. 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

4. Smärtor/besvär

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

5. Rädsla/nedstämdhet

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

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

- Bättre
- Oförändrat
- Sämre

Tack för hjälpen