|  |  |
| --- | --- |
| Datum: |  |

Frågor om arbetet till arbetsgivare och anställd

**Hälso- och sjukvården strävar efter att stödja personer som är eller riskerar att bli sjukskrivna att komma tillbaka till arbete, eller att vara kvar i arbete. Stödet sker i samarbete med arbetsgivare eller arbetsledare.**

### Till dig som är arbetsgivare

Du har en anställd som är eller riskerar att bli sjukskriven. Det är viktigt för behandlande läkare att få information om den anställdes arbetsuppgifter och arbetsmiljö. Informationen behövs för att se upprätta en plan för att den anställde ska kunna återgå i arbete eller vara kvar i arbete.

#### Fyll i det bifogade formuläret tillsammans med den anställde

Diskutera även igenom nedanstående frågor tillsammans. Det underlättar för läkaren att beskriva den anställdes arbetsförmåga i läkarintyget.

### Till dig som är anställd

Ta med det **ifyllda formuläret** till din läkare vid nästa kontakt. För att läkaren bättre ska kunna beskriva din arbetsförmåga i läkarintyget bör du också ta upp dessa frågor med din läkare:

* Vilka arbetsuppgifter kan jag utföra trots min nedsatta arbetsförmåga?
* Vilka arbetsuppgifter bör jag inte utföra med hänsyn till medicinska skäl?
* Vad kan jag respektive arbetsgivaren göra för att stärka möjligheterna för mig att återgå i arbete?
* Kan det vara bra för mig att besöka arbetsplatsen? Till exempel att gå på arbetsplatsträffar eller liknande.

Vänliga hälsningar

|  |  |
| --- | --- |
| Namn: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Vårdenhet: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Telefonnummer: |  |

# Översiktlig kartläggning av arbetsinnehåll och krav

Formuläret är inte tänkt att vara heltäckande. Frågorna kan dock utgöra en grund för en dialog om uppfattningen om arbetet och dess förutsättningar.

|  |
| --- |
| **Arbetsgivare** |
| Namn | Telefonnummer |
|       |       |
| Underskrift | Namnförtydligande |
|       |       |
| E-postadress |
|       |
| Ort | Datum |
|       |       |

|  |
| --- |
| Har arbetsplatsen störande faktorer som exempelvis buller, eller ingår kemikaliehantering i arbetsuppgifterna? |
|  | Om ja, ange faktorer som påverkar |
| ☐ | Ja | ☐ | Nej |       |

|  |
| --- |
| **Anpassning av arbetet** |
| Finns möjlighet att påverka arbetstakten, arbetsuppgifter, schemaläggning under en tidsbegränsad period? |
|  | Om ja, ange möjligheterna |
| ☐ | Ja | ☐ | Nej |       |

|  |
| --- |
| **Företagshälsovård** |
| Har eller kommer företagshälsovård att bli aktuellt för den anställde? |
|  | Om ja, vilken företagshälsovård anlitas? |
| ☐ | Ja | ☐ | Nej |       |

|  |
| --- |
| Har anpassningar gjorts tidigare? |
|  | Om ja, vilka åtgärder? |
| ☐ | Ja | ☐ | Nej |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vilka tidigare sjukskrivningsperioder finns?** |  |

|  |
| --- |
| **I vilken grad innehåller arbetet:** |
|  | **I liten grad** | **I viss grad** | **I hög grad** | **Varierande** |
| Sittande | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Stående | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Gående | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Statiskt arbete | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Ensidigt arbete | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Högt tempo | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Arbete ovanför axelhöjd | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Arbete nedanför knähöjd | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Ensamarbete | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Tunga lyft | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **I vilken grad innehåller arbetet behov av:** |
|  | **I liten grad** | **I viss grad** | **I hög grad** | **Varierande** |
| Vara uppmärksam och koncentrerad | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Krav på beslutsförmåga/initiativförmåga | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Arbeta i grupp | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Handleda andra människor | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Hantera dagliga ansvarsuppgifter i arbetet | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Hantera daglig ansträngning och stress i arbetet | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Ta emot kritik | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Hantera ilska och aggression | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Komma ihåg | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Förstå muntlig information | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Förstå skriftlig information | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Samtala | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Ringa i telefon | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Eventuella andra arbetsuppgifter, faktorer eller krav av betydelse? |
|  |
|       |