

Konsekvenser av sjukskrivning 2006



UPPSALA
UNIVERSITET

Institutionen för medicinska vetenskaper
Arbets- och miljömedicin

Hjälp oss att underlätta bearbetningen av Dina svar!

Markeringarna kommer att läsas optiskt i en s.k. Scanner. Det är därför viktigt att tänka på följande när Du besvarar frågorna!

– Använd KULSPETSPENNA eller tunn tuschpenna (EJ BLYERTS)

– Skriv med STORA BOKSTÄVER

– så här **N B E I G**

– Markera om möjligt innanför rutorna

– så här



– inte så här



– Om Du behöver ändra Ditt kryss,
täck hela rutan

– så här



– Om Du vill skriva mer text än som får plats på de anvisade raderna eller om Du vill förklara/förtydliga några svar skriv detta under Övriga synpunkter och kommentarer.

Dagens datum: 2006 - Mån - Dag

Vilket år är du född: 1 9

A. Din sjukskrivning

1. Är du för närvarande....?

(Flera alternativ kan kryssas i)

- 1 I arbete och inte sjukskriven
- 2 Deltidssjukskriven 25%
- 3 Deltidssjukskriven 50%
- 4 Deltidssjukskriven 75%
- 5 Helt sjukskriven
- 6 Arbetstränar på ordinarie arbetsplats
- 7 Arbetstränar på annan arbetsplats
- 8 Sjukersättning/Pension på heltid
- 9 Sjukersättning/Pension på deltid
- 10 Annat, ange vad:

2. När du senast var sjukskriven på heltid eller deltid, eller pågående sjukskrivning, vad var orsaken?

- 1 Infektion
- 2 Nack/skulder/armbesvär
- 3 Ländryggsbesvär
- 4 Mag/tarmbesvär
- 5 Psykiska eller stressrelaterade besvär, utmattningssyndrom
- 6 Astma/allergi/lungbesvär
- 7 Hjärtbesvär
- 8 Annat, ange vad:

3. Anser du att de besvär du är/var sjukskriven för är:

a) Orsakade av arbetet?

Ja 1 Nej 2

b) Försämrade av arbetet?

1 2

4. Hur lång tid under de senast 12 månaderna har Du sammanlagt varit borta från arbetet pga egen sjukdom?

A. Helt sjukskriven

- 1 Mindre än 1 månad
- 2 1-3 månader
- 3 4-6 månader
- 4 7-11 månader
- 5 12 månader

B. Delvis sjukskriven

- 1 Mindre än 1 månad
- 2 1-3 månader
- 3 4-6 månader
- 4 7-11 månader
- 5 12 månader

B. Konsekvenser av din sjukskrivning

1. Hur tror du att följande förhållanden påverkas av det faktum att du är helt eller delvis sjukskriven eller har varit sjukskriven?

	Påverkas positivt	Påverkas inte	Påverkas negativt	Vet inte	Ej aktuellt
a) Mina arbetskamraters inställning till mig	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b) Mina arbetsledares inställning till mig	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c) Mina möjligheter att få bra arbetsuppgifter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d) Mina möjligheter att delta i vidareutbildning	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e) Mina möjligheter att delta i information och arbetsplatsträffar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f) Mina möjligheter att påverka arbetet	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g) Min lön	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h) Mina möjligheter att göra karriär	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i) Mina möjligheter att få ett annat arbete	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
j) Min känsla av samhörighet med min arbetsgrupp	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
k) Min arbetslust	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. Har du som en konsekvens av din sjukskrivning

	Ja	Nej	Jobbar inte
a) Bytt arbetsplats?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b) Bytt arbetsgrupp?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c) Bytt arbetsuppgifter, helt eller delvis?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d) Finns det arbetsuppgifter du inte längre kan utföra?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e) Arbetsuppgifter men större variation under arbetsdagen eller arbetsveckan?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f) Fått anpassade arbetshjälpmedel (tex anpassning av verktyg, bords- eller stolshöjder, införskaffning av lyfthjälpmedel)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g) Ändrad förläggning av arbetstiden?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

3. Har någon/några föreslagit sjukersättning (fd. sjukbidrag) åt Dig?

Flera alternativ kan kryssas i.

	Nej	Ja, på heltid	Ja, på deltid
a) Försäkringskassan	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b) Arbetsgivaren	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c) Läkare	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d) Facket	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e) Jag själv	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f) Någon annan	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

C. Frågor om arbetet

1. Följande frågor berör relationen mellan anställd och nuvarande arbetsgrupp

	Nej, stämmer inte alls	Stämmer delvis	Ja, stämmer helt	Vet inte
a) Jag har själv haft inflytande över vad arbetsgruppen har fått veta om orsaken till min sjukskrivning	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b) Jag har själv berättat för arbetsgruppen om orsaken till min sjukskrivning	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
c) Min chef har berättat för arbetsgruppen om orsaken till min sjukskrivning	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
d) Mina arbetskamrater vet för lite om orsaken till min sjukskrivning	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

2. Följande frågor berör relationen mellan anställd och nuvarande arbetsplats

	Nej, stämmer inte alls	Stämmer inte särskilt bra	Stämmer delvis	Stämmer till stor del	Ja, stämmer helt
a) Jag känner verkligen att jag tillhör min arbetsgrupp	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b) Min nuvarande arbetsgrupp har stor personlig betydelse för mig	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c) Jag är stolt över att tillhöra min arbetsgrupp	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d) Jag känner mig som en del av familjen i min nuvarande arbetsgrupp	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3. I vilken utsträckning anser du att den närmaste ledningen på din nuvarande arbetsplats...

	I mycket hög grad	I hög grad	Delvis	I liten grad	I mycket liten grad
a) ... ser till att de enskilda medarbetarna har bra utvecklingsmöjligheter?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b) ... prioriterar trivseln på arbetsplatsen högt?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c) ... är bra på att planera arbetet?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d) ... är bra på att lösa konflikter?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

4. Följande frågor handlar om situationer, då du behöver hjälp eller stöd i ditt arbete

- | | Alltid | Ofta | Ibland | Sällan | Aldrig/
nästan aldrig |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a) Hur ofta får du hjälp och stöd från dina arbetskamrater? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| b) Hur ofta talar dina arbetskamrater med dig om hur bra du utför ditt arbete? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| c) Hur ofta är dina arbetskamrater beredda att lyssna till dina problem i arbetet? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| d) Hur ofta får du hjälp och stöd från din närmaste chef? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| e) Hur ofta är din närmaste chef beredd att lyssna på dina problem i arbetet? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| f) Hur ofta talar din chef med dig om hur bra du utför ditt arbete? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

5. Har det under de senaste 12 månaderna hänt att du gått till arbetet, trots att du med tanke på ditt hälsotillstånd borde varit hemma?

- | | Ingen gång | En gång | 2-5 gånger | Mer än 5 gånger |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

6. Om du gjort det, varför har du arbetat trots att du pga ditt hälsotillstånd borde varit hemma?

- | | Ja | Ibland | Nej |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a) Negativ attityd till frånvaro från ledningen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| b) Negativ attityd till frånvaro från arbetskamrater | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| c) Har inte haft råd att vara sjukskriven | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| d) Kunde inte sjukskriva mig pga mina arbetsuppgifter | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| e) Lojalitet mot arbetskamrater som hade fått göra mitt jobb | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| f) Annat: | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7. Händer det att du tar ut semester eller komplement i stället för att sjukskriva dig när du är sjuk?

- | | Aldrig | Någon
enstaka
gång | Ganska
ofta | Ofta | Ej aktuellt |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

8. Är det möjligt att genomföra ditt arbete med hjälp av ersättare (om du t ex skulle bli sjuk)?

- 1 Det går bra att sätta in en ersättare
- 2 Arbetet går hjälpligt att genomföra utan mig
- 3 Nej, ingen annan kan (iallafall på kort sikt) göra jobbet förutom jag

9. Om du är frånvarande under högst en vecka på grund av sjukdom, hur stor del av dina arbetsuppgifter måste du ta igen när du är tillbaka på arbetet igen?

- 1 Ingen eller endast en liten del
- 2 Något mindre än hälften
- 3 Något mer än hälften
- 4 I stort sett allt

10. På vilket sätt kan du anpassa ditt arbete om du känner dig hängig, har värk, är förkyld eller liknande?

	Aldrig	Sällan	Ibland	Alltid
a) Kan utföra nödvändigt arbete och skjuta upp resten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b) Kan själv välja vad du skall göra bland dina olika arbetsuppgifter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
c) Kan få hjälp av andra arbetskamrater	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
d) Kan arbeta långsammare än vanligt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
e) Kan ta längre raster	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
f) Kan ta en kortare arbetsdag	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
g) Kan gå hem och göra arbetet senare	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
h) Kan arbeta utan att bli störd på min arbetsplats	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
i) Kan arbeta hemma	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

11. Kan det pga arbetet vara svårt för dig att stanna hemma om du blir sjuk en eller två dagar?

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

D. Rehabiliteringsåtgärder

1. Har du fått någon arbetslivsinriktad rehabilitering med anledning av din nuvarande sjukskrivning/när du var sjukskriven?

	Ja	Nej	Vet inte
a) Arbetsträning	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b) Omskolning	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c) Omplacering	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d) Sammansatta rehabiliteringsåtgärder under kortare tid	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e) Sammansatta rehabiliteringsåtgärder under minst 4 timmar per dag under minst 3 veckor	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f) Samtalsbehandling eller psykoterapi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g) Fysisk träning	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

2. Tycker du att följande instanser har hjälpt dig för att du ska kunna återgå i arbete/för att du har återgått i arbete?

	Ja	Nej	Vet inte	Ej aktuellt
a) Arbetsgivaren	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b) Företagshälsovården	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
c) Facket	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
d) Försäkringskassan	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
e) Behandlande läkare/sjukgymnast/psykolog/annan behandlare	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

3. Finns det någon åtgärd som du tror skulle få dig att kunna återgå i fullt arbete och inte längre vara sjukskriven/som fick dig att kunna återgå helt i arbete?

	Ja	Nej	Vet inte
a) Annat arbete med andra arbetsuppgifter på annan arbetsplats	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b) Andra arbetsuppgifter på samma arbetsplats	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c) Andra chefer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d) Andra arbetskamrater	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e) Mer utbildning	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f) Hjälpmedel på arbetsplatsen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g) Regelbunden träning	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h) Andra arbetstider	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i) Rehabiliteringsåtgärder	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
k) Annat (skriv vad du tror skulle vara bra för dig)			

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. **Under de senaste fyra veckorna, har du haft något av följande problem i ditt arbete eller med andra regelbundna dagliga aktiviteter som en följd av ditt kroppsliga hälsotillstånd?**

- | | Ja | Nej |
|---|----------------------------|----------------------------|
| a) Uträttat mindre än vad du skulle önskat | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| b) Varit hindrad att utföra vissa arbetsuppgifter eller andra aktiviteter | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

4. **Under de senaste fyra veckorna, har du haft något av följande problem i ditt arbete eller med andra regelbundna dagliga aktiviteter som en följd av känslomässiga problem, som till exempel nedstämdhet eller ängslan?**

- | | Ja | Nej |
|---|----------------------------|----------------------------|
| a) Uträttat mindre än vad du skulle önskat | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| b) Inte utfört arbete eller andra aktiviteter så noggrant som vanligt | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

5. **Under de senaste fyra veckorna, hur mycket har värken eller smärtan stört ditt normala arbete (innefattar både arbete utanför hemmet och hushållssysslor)?**

- | Inte alls | Litet | Måttligt | Mycket | Väldigt mycket |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

6. **Frågorna här handlar om hur du känner dig och hur du haft det under de senaste fyra veckorna. Ange för varje fråga det svarsalternativ som bäst beskriver hur du känt dig.**

Hur stor del av tiden under de senaste fyra veckorna....

- | | Hela tiden | Största delen av tiden | En hel del av tiden | En del av tiden | Litet av tiden | Inget av tiden |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a) ...har du känt dig lugn och harmonisk? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| b) ...har du varit full av energi? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| c) ...har du känt dig dystert och ledsen? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |

7. **Under de senaste fyra veckorna, hur stor del av tiden har ditt kroppsliga hälsotillstånd eller dina känslomässiga problem stört dina möjligheter att umgås (tex. hälsa på släkt, vänner etc.)?**

- | Hela tiden | Största delen av tiden | En del av tiden | Litet av tiden | Inget av tiden |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

8. Vi antar att din arbetsförmåga, då den var som bäst värderas med 10 poäng. Vilket poängtal skulle du då ge din nuvarande arbetsförmåga? (0 betyder att du inte alls kan arbeta och 10 att din arbetsförmåga är som allra bäst just nu).

Helt arbetsförmögen Arbetsförmågan då den var som bäst

9. Hur bedömer du din nuvarande arbetsförmåga vara i förhållande till de fysiska krav arbetet ställer?

Mycket god 1 Ganska god 2 Någorlunda 3 Ganska dålig 4 Mycket dålig 5

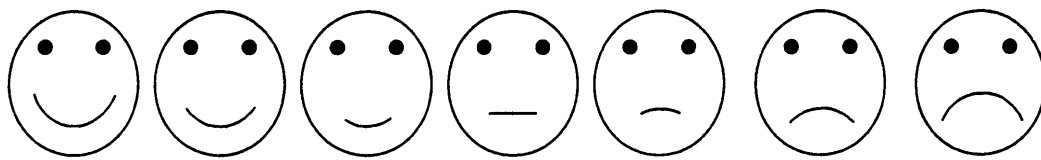
10. Hur bedömer du din nuvarande arbetsförmåga vara i förhållande till de mentala och psykiska krav som arbetet ställer?

Mycket god 1 Ganska god 2 Någorlunda 3 Ganska dålig 4 Mycket dålig 5

11. Med tanke på din hälsa - tror du att du kan arbeta i ditt nuvarande yrke även om två år?

Ja, ganska säkert 1 Jag är osäker på det 2 Troligen inte 3

12. Här nedan är några ansikten som uttrycker olika känslor. Vilket ansikte uttrycker närmast hur du upplever din livskvalitet för närvarande (senaste veckan)? Sätt ett kryss under en av figurerna.



1 2 3 4 5 6 7

F. Frågor om sömn

- | | Aldrig | Några ggr
per år | Någon/
några ggr/
mån | Flera ggr/
vecka | Varje dag |
|---|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Har du svårt att somna? | | | | | |
| a) För närvarande | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| b) Innan sjukskrivningen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 2. Vaknar du flera gånger på natten och har ibland svårigheter att somna om? | | | | | |
| a) För närvarande | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| b) Innan sjukskrivningen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 3. Känner du dig mycket trött under dagen? | | | | | |
| a) För närvarande | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| b) Innan sjukskrivningen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 4. För tidigt uppvaknande? | | | | | |
| a) För närvarande | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| b) Innan sjukskrivningen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 5. För lite sömn (mindre än 6 timmar)? | | | | | |
| a) För närvarande | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| b) Innan sjukskrivningen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

G. Frågor om rökning, alkohol och motionsvanor

- 1. Har dina rökvanor förändrats under sjukskrivningen?**
- 1 Nej, jag röker inte och har inte rökt dagligen det senaste året
 - 2 Nej, jag röker dagligen
 - 3 Ja, jag röker mer än innan sjukskrivningen
 - 4 Ja, jag röker mindre än innan sjukskrivningen
 - 5 Ja, jag har slutat röka under sjukskrivningen
 - 6 Ja, jag har börjat röka under sjukskrivningen

2. Har din konsumtion av alkohol förändrats under sjukskrivningen?

- 1 Nej, jag dricker aldrig eller mer sällan än en gång i månaden
- 2 Nej, min konsumtion av alkohol har varit oförändrad
- 3 Ja, jag dricker mer alkohol än innan sjukskrivningen
- 4 Ja, jag dricker mindre alkohol än innan sjukskrivningen

3. I vilken omfattning har du vid de olika tidpunkterna utövat ansträngande regelbunden motion? *Som motion räknas idrott, konditionsträning eller fysiskt ansträngande fritidsaktiviteter under minst 15-20 minuter per tillfälle, med ökad puls och viss svettning (tex. jogging).*

- | | Nästan inte
alls/aldrig | 1-3 dagar
per månad | 1 dag
per vecka | 2-4 dagar
per vecka | 5 dagar eller
mer per vecka |
|--------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| a) För närvarande | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| b) Innan sjukskrivningen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

4. I vilken omfattning har du vid de olika tidpunkterna utövat lugna motionsaktiviteter?*Som lugna motionsaktiviteter räknas tex. promenader och cykling under minst 15-20 minuter per tillfälle.*

- | | Nästan inte
alls/aldrig | 1-3 dagar
per månad | 1 dag
per vecka | 2-4 dagar
per vecka | 5 dagar eller
mer per vecka |
|--------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| a) För närvarande | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| b) Innan sjukskrivningen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

H. Allmänna frågor**1. Hur ser ditt hushåll ut?**

- 1 Jag bor ensam
- 2 Jag bor som ensam vuxen tillsammans med barn
- 3 Jag bor tillsammans med annan vuxen
- 4 Jag bor tillsammans med annan vuxen och barn

2. Har någon annan i ditt hushåll förtidspension eller sjukersättning?

- 1 Ja
- 2 Nej

3. Har någon annan i ditt hushåll varit långtidssjukskriven (mer än 3 månader) senaste två åren?

- 1 Ja
- 2 Nej

4. Brukar du kunna se en lösning på problem och svårigheter som andra finner svårlösta?

- 1 Mycket ofta
- 2 Ganska ofta
- 3 Ibland
- 4 Ganska sällan
- 5 Aldrig

5. Brukar du känna att ditt dagliga liv är en källa till personlig tillfredsställelse?

- 1 Mycket ofta
- 2 Ganska ofta
- 3 Ibland
- 4 Ganska sällan
- 5 Aldrig

6. Brukar du känna att saker och ting som händer i ditt dagliga liv är svåra att förstå?

- 1 Mycket ofta
- 2 Ganska ofta
- 3 Ibland
- 4 Ganska sällan
- 5 Aldrig

Arbets- och miljömedicin, Uppsala universitet
Ulleråkersvägen 40 • 751 85 Uppsala