|  |  |
| --- | --- |
|  | datum |
|  | MottagareAdressAdress |
| Information till dig som arbetsgivare/ arbetsledare och berörd medarbetare |

Region Jönköpings län strävar efter att stödja personer som är eller riskerar att bli sjukskrivna att komma tillbaka till arbete alternativt vara kvar i arbete dvs. förhindra en sjukskrivning. Samarbete med arbetsgivare är därför viktigt.

**Till dig som arbetsgivare/arbetsledare**

Du/ni har en medarbetare som är eller riskerar att bli sjukskriven via vår vårdcentral. Patienten har givet sitt samtycke till kontakt med dig/er.

*Din medarbetare: Förnamn Efternamn och personnummer*

Det är viktigt för behandlande läkare att få information om den anställdes arbetsuppgifter och arbetsmiljö. Informationen behövs för att se upprätta en plan för återgång i arbete eller vara kvar i arbete.

### Fyll i det bifogade formuläret tillsammans med din medarbetare och skicka åter till adressen nedan, alternativt tar medarbetaren med sig det ifyllda formuläret vid nästa läkarbesök.

**Till dig som är anställd**

Om inte formuläret skickas brevledes tillbaka till vårdcentralen tar du med det ifyllda formuläret vid nästa läkarbesök.

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.

Har du/ni frågor får ni gärna kontakta mig.

Med vänlig hälsning

Xxxxxxx Xxxxxxx Postadress: Xxxxxxxxx vårdcentral

Rehabkoordinator Rehabkoordinatorns namn

tfn: xxx-xxxxxxx Xxxxxxxgatan xx

 XXX XX Jönköping

# 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.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Personuppgifter och anställning**

|  |
| --- |
|  |
| Namn | personnummer |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Yrke/Befattning | Tjänstgöringsgrad % |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Skiftarbete, | Om ja, vilket/vilka skift |
| [ ]  | Ja | [ ]  | Nej |  |
| Arbetstider | Viss tid eller tillsvidare anställning? |
|  |  |

**Kontaktuppgifter arbetsgivare****Arbetsgivare** |
| Namn och ange även ex chef, arbetsledare, HR-ansvarig | Telefonnummer |
|  |  |
| E-postadress |
|  |
| Namn och ange ex chef, arbetsledare, HR-ansvarig | Telefonnummer |
|  |  |
| E-postadress |
|  |

**Har eller kommer företagshälsovård att bli aktuellt för den anställde?**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Om ja, vilken företagshälsovård anlitas? |
| ☐ | Ja | ☐ | Nej |  |
| **Vilka tidigare sjukskrivningsperioder finns och har upprepad korttidsfrånvaro förekommit?** |
|  |
|  |

**Anpassning av arbetet**

Finns möjlighet att påverka arbetstakten, arbetsuppgifter, schemaläggning under en tidsbegränsad period?

|  |  |
| --- | --- |
|  | Om ja, ange möjligheterna |
| ☐ | Ja | ☐ | Nej |  |

Har anpassningar gjorts tidigare?

|  |  |
| --- | --- |
|  | Om ja, vilka åtgärder? |
| ☐ | Ja | ☐ | Nej |  |

Har arbetsplatsen störande faktorer som exempelvis buller, och/eller ingår kemikaliehantering i arbetsuppgifterna?

|  |
| --- |
|  |
|  | Om ja, ange faktorer som påverkar |
| ☐ | Ja | ☐ | Nej |  |

|  |
| --- |
| **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? |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Ort | Datum |
|  |  |
| Underskrift arbetsgivare | Namnförtydligande |
|  |  |
| Underskrift medarbetare | Namnförtydligande |
|  |  |