

**0. Vilka är de huvudsakliga kraven i ditt arbete?**

Psykiskt krävande

 1

Fysiskt krävande

 2

Både psykiskt och fysiskt krävande

 3**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 du arbetar som allra bäst just nu).

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10  
                             

Kan inte alls  
arbeta

Min arbetsförmåga  
är som bäst

**2. Arbetsförmåga i relation till arbetets krav**

**Hur bedömer du din nuvarande arbetsförmåga i relation till de fysiska krav ditt arbete ställer?**

Mycket bra

 5

Ganska bra

 4

Måttlig

 3

Ganska dålig

 2

Mycket dålig

 1

**Hur bedömer du din nuvarande arbetsförmåga i relation till de psykiska krav ditt arbete ställer?**

Mycket bra

 5

Ganska bra

 4

Måttlig

 3

Ganska dålig

 2

Mycket dålig

 1

### 3. Nuvarande sjukdomar

Skada/sjukdom	Ja, enligt min åsikt	Ja, enligt läkare	Nej
Skada till följd av olycka (t.ex. huvud/nackskada eller stor brännskada)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
Muskuloskeletala sjukdomar i rygg, armar, ben eller annan del av kroppen (t.ex. långvarig led- el muskelvärk, ledgångsreumatism, ischias)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
Hjärt/kärlsjukdomar (t.ex. högt blodtryck, kärlkramp, hjärtinfarkt)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
Luftvägssjukdomar (t.ex. astma, svår luftrörskatarr, emfysem)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
Psykiska störningar (t.ex. nervösa besvär, depression, ångest, sömnstörning, utmattning)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
Sjukdom i nervsystemet el öron, ögon (t.ex. hörselskada, ögonsjukdom, epilepsi)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
Sjukdom i mage eller matsmältningsorgan (t.ex. magkatarr, magsår, gallsten, lever- el tarmsjukdom)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
Sjukdom i urinvägar eller könsorgan (t.ex. njursjukdom, inflammation i äggstockar el prostata)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
Hudsjukdom (t.ex. eksem, psoriasis)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
Tumör eller cancer	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
Ämnesomsättningssjukdom (t.ex. övervikt, diabetes, struma)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
Blodsjukdom (t.ex. blodbrist/anemi)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
Medfödd funktionsnedsättning	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
Annan sjukdom eller funktionsnedsättning	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>

Om ja på ovanstående fråga, ange vad

---

---

---

#### 4. Uppskattad arbetsförmåga relaterat till sjukdom eller skada

**Är din sjukdom eller skada ett hinder i ditt nuvarande arbete? Kryssa i mer än ett alternativ om du behöver.**

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| Det finns inga hinder   | <input type="checkbox"/> | 6 |
| Jag har inga sjukdomar eller skador   | <input type="checkbox"/> | 6 |
| Jag klarar mitt arbete, men får symptom                                     | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Jag är <b>ibland</b> tvungen att minska arbetstakten eller ändra arbetssätt | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Jag är <b>ofta</b> tvungen att minska arbetstakten eller ändra arbetssätt   | <input type="checkbox"/> | 3 |
| På grund av min sjukdom eller skada klarar jag endast att arbeta deltid     | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Enligt min egen åsikt är jag helt oförmögen att arbeta                      | <input type="checkbox"/> | 1 |

#### 5. Sjukskrivning under det senaste året (12 månader)

**Hur många dagar har du varit borta från arbetet p.g.a. sjukdom eller skada (vård, behandling el undersökning) under det senaste året (12 månader)?**

- |               |                          |   |
|---------------|--------------------------|---|
| Ingen dag     | <input type="checkbox"/> | 5 |
| 1-7 dagar     | <input type="checkbox"/> | 4 |
| 8-24 dagar    | <input type="checkbox"/> | 3 |
| 25-99 dagar   | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 100-365 dagar | <input type="checkbox"/> | 1 |

#### 6. Egen prognos av arbetsförmåga om två år från nu.

**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"/> | 1 |
| Jag är osäker på det     | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Ja, det är ganska säkert | <input type="checkbox"/> | 7 |

## 7. Psykiska resurser

**Har du under den senaste tiden kunnat uppskatta dina dagliga aktiviteter?**

- |               |                          |   |
|---------------|--------------------------|---|
| Ofta          | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Ganska ofta   | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Ibland        | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Ganska sällan | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Aldrig        | <input type="checkbox"/> | 0 |

**Har du under den senaste tiden varit pigg och alert?**

- |               |                          |   |
|---------------|--------------------------|---|
| Ofta          | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Ganska ofta   | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Ibland        | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Ganska sällan | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Aldrig        | <input type="checkbox"/> | 0 |

**Har du under den senaste tiden känt dig hoppfull inför framtiden?**

- |               |                          |   |
|---------------|--------------------------|---|
| Ofta          | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Ganska ofta   | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Ibland        | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Ganska sällan | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Aldrig        | <input type="checkbox"/> | 0 |

Ditt WAI score: