

Datum: _____

Namn: _____

Personnummer: _____

AKTIVITETSFÖRMÅGA – PERSONLIG VÅRD OCH BOENDE

Självskattningsformulär

Kryssa för det svarsalternativ som stämmer bäst

	Aktivitet	Inte aktuellt (oberoende av ev. problem)	Inga problem	Små problem	Stora problem	Undviker Pga besvär/ smärta	Avstår helt pga besvär/ smärta
			0	1	2	3	4
1	Av- och påklädning						
2	Komma i och ur säng						
3	Sovställningar						
4	Sömn						
5	Bad/dusch						
6	Rakning/make up						
7	Tandborstning						
8	Toalettbesök						
9	Hårvård						
10	Fotvård						
11	Sätta sig/resa sig						
12	Sitta						
13	Åka bil/buss/tåg/flyg						
14	Ta sig i/ur bil						
15	Köra bil						
16	Bilvård						
17	Matlagning: a) skala potatis						
	b) diska						
	c) skära med kniv						
	d) röra i gryta						
18	Bakning: a) matbröd/bullar						
	b) mjuk kaka						
19	Tvätt: a) stoppa i/ta ur						
	b) hänga tvätt						
	c) stryka						
20	Städning: a) damma						
	b) dammsuga						
	c) torka golv						
	d) skaka mattor						
	e) putsa fönster						
21	Bäddning						
22	Inköp: a) lasta i och ur bil						
	b) bära kassar						
23	Trädgård: a) klippa gräs						
	b) kratta						
	c) rensa rabatter						
	d) gräva						
	e) skotta snö						
	f) hugga ved						
	Datoranvändning (lokalt tillägg)						

NYCKEL FÖR IFYLLANDE AV AKTIVITETSFRÅGEFORMULÄRET AKTIVITETSFÖRMÅGA – PERSONLIG VÅRD OCH BOENDE

Självskattningsformuläret är en checklista inom Personlig vård och Boende där patienten graderar sina problem/besvär/smärta, i förhållande till aktivitet. Detta för att arbetsterapeuten skall kunna ge ergonomisk praktisk tillämpning/träning i de aktiviteter som patienten önskar få hjälp med. (självskattningsformuläret kan också användas som komplement vid bedömning av patientens arbetsförmåga).

- Arbetsterapeuten informerar patienten. Frågeformuläret i fylls av patienten.
- Formuläret består av en sida med aktiviteter i det dagliga livet. Patienten skall skatta sina besvär i förhållande till aktiviteten och fyller alltid i **ett** av svarsalternativen.
- Patienten fyller i formuläret efter hur hon/han har klarat din – personliga vård, hushållsarbete, trädgårdsarbete den **senaste veckan**.
- Självskattningsformuläret är graderat med 0 – 5, där högre siffra innebär ökade besvär.
- **0 (noll). Inte aktuell.** Aktiviteten är inte alls aktuell för Dig, dvs Du skulle inte ha utfört aktiviteten även om du hade varit helt besvärsfri.
- **1 (ett). Inga problem.** Du klarar aktiviteten utan problem.
- **2 (två). Små problem.** Det kan ibland vara bekymmersamt att utföra aktiviteten men för det mesta går det bra.
- **3 (tre). Stora problem.** Du utför aktiviteten trots att du får stora besvär.
- **4 (fyra). Undviker pga besvär/smärta.** Du får så stora besvär att Du inte utför aktiviteten mer än i nödfall eller vid enstaka tillfälle.
- **5 (fem). Avstår helt pga besvär/smärta.** Du får så stora besvär att du avstår. Istället ser Du till att någon annan utför aktiviteten.

När patienten fyllt i formuläret: RINGA in 3-5 aktiviteter som känns angelägna att kunna utföra, med hjälp av ett förändrat arbetssätt.