

Företagshälsovårdens sammanfattning av åtgärderna för stöd av arbetsförmågan

Anvisningar för ifyllande: En yrkesutbildad person eller sakkunnig inom företagshälsovården fyller i blanketten vid besöket på mottagningen. Vid besöket går man även igenom blanketten Professionell kompetens, som personen själv fyllt i.

Personens namn

Födelsedatum

Från och med vilket datum finns dokument om hälsotillståndet tillgängliga (dd/mm/åååå)?

Antal sjukfrånvarodagar under det senaste året

Antal besök hos företagshälsovården under det senaste året

Stödåtgärder som genomförts inom företagshälsovården eller företagshälsovårdssamarbetet

Har personen besökt i företagshälsovården för att få stöd för sin arbetsförmåga eller sin återgång till arbete? Om ja, markera i listan vilka och nedan du kan beskriva mer detaljerat:

företagsläkare

företagshälsovårdare

företagsfysioterapeut

företagspsykolog

expert inom sociala tjänster

eller någon annan, till exempel samordnare för arbetsförmågan eller arbetscoach

Har nätverksmöten om arbetsförmågan hållits (Ja/Nej)? Vad kom man överens om, genomfördes planen?

Ja

Nej

Stödåtgärder i fråga om arbetsplatsen och arbetet

Har andra tillfälliga eller permanenta förändringar gjorts gällande till exempel arbetstider, arbetsuppgifter, arbetsmiljö, teknik, hjälpmedel, ge hjälp, distansarbete eller resor mellan arbetsplats och hem?

Rehabilitering

1. Medicinsk rehabilitering

a) Har personen deltagit i medicinsk rehabilitering?

Ja

Nej

b) Om ja, markera vad och lägg till den år då den medicinska rehabilitering har genomförts:

handledning som gäller rehabilitering

fysioterapi

psykoterapi

arbetsterapi

period för antaltsrehabilitering

anpassningsträning

c) Här kan du beskriva medicinsk rehabilitering närmare. Genomgå personen för närvarande medicinsk rehabilitering, vilken?

2. Yrkesinriktad rehabilitering

a) Har personen fått yrkesinriktad rehabilitering med stöd av FPA (t.ex. Kiila, tid. Aslak, TYK)? Ja/Nej. Vilken, när?

Ja

Nej

b) Har personen deltagit i arbetsprövning (på beslut av företagshälsovården, arbetspensionsanstalten eller olycksfallsförsäkringsanstalten)? Ja/Nej. Berätta även när, var och hur arbetsprövningen gick.

Ja

Nej

c) Har personen genomgått någon annan yrkesinriktad rehabilitering, t.ex. omskolning, arbetsträning?

Berätta även när, hurdan och hur det gick. Ledde omskolningen till sysselsättning i en ny uppgift eller ett nytt yrke?

d) Genomgå personen för närvarande yrkesinriktad rehabilitering, vilken?

3. Annan rehabilitering

Berätta även vilken annan rehabilitering (t.ex. missbruksrehabilitering) personen har deltagit i och när den ägde rum.

Sammanfattning och vidare rekommendationer

Företagshälsovårdens uppfattning om begränsningarna i och prognosen för arbetsförmågan.
Försämrar personens skada eller långvariga sjukdom avsevärt hens möjligheter till sysselsättning?

Sökta/planerade vård- och rehabiliteringsåtgärder (plan, uppskattning av tidsplanen).

Rekommendationer om vidare utredningar, stödåtgärder för arbetsförmågan, uppföljningen, stödbesök (vad, var?).
Behöver personen särskilt stöd för sin sysselsättning?

Datum

Underskrift och namnförtydligande

Företagshälsovårdsenhet och kontaktuppgifter

Distribution: Den som gjort sammanfattningen distribuerar själv eller så distribuerar företagshälsovården med personens skriftliga samtycke (Kunden kan uttrycka sitt samtycke med FPA blankett Y100) till

- social- och hälsocentralens team för stöd av arbetsförmågan eller likande tjänst
- experten på skötseln av sysselsättningen