

## Arbete – Hälsa – Livsstil

Undersökningsdag (år, mån, dag)

\_\_\_\_\_

Namn	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K
------	--

Personnummer	Civilstånd
	<input type="checkbox"/> Gift/sambo <input type="checkbox"/> Ensamstående
	<input type="checkbox"/> Barn Ålder på barnen

Adress	Postnummer Ort
--------	----------------

Telefon bostad	Telefon arbete
----------------	----------------

Mobiltelefon	E-postadress
--------------	--------------

Arbetsplats	Avdelning
-------------	-----------

Sysselsättning/Yrke:	Övertid genomsnitt tim/vecka
Heltid <input type="checkbox"/> Deltid <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1-4 tim <input type="checkbox"/> 5 tim eller mer
Nattarbete <input type="checkbox"/> Skift <input type="checkbox"/>	

Hur länge har Du arbetat på nuvarande arbetsplats?
--

Hur länge har Du arbetat i nuvarande yrke?
--

Jag upplever min hälsa som...
Mycket bra <input type="checkbox"/> Bra <input type="checkbox"/> Dålig <input type="checkbox"/> Mycket dålig <input type="checkbox"/>

## Hälsa/Livsstil

## Medicin Direkt anteckning

### Kryssa för det Du tycker överensstämmer med Dig och Din hälsa

1. Någon av mina föräldrar/syskon har före 65 års ålder fått

- a. högt blodtryck
- b. diabetes
- c. hjärt-kärlsjukdomar
- d. cancer

2. Händelser under det senaste året

- a. Jag har varit hemma från arbetet pga sjukdom vid minst 6 tillfällen under det senaste året
- b. Jag har varit sjuk i mer än 4 veckor i sträck det senaste året
- c. Jag har under det senaste året någon gång gått till arbetet trots att jag med tanke på mitt hälsotillstånd egentligen borde varit hemma
- d. Jag har upplevt en eller flera stora förändringar i mitt liv det senaste året

3. Jag har återkommande besvär med

- a. rygg/nacke/axlar
- b. höfter/knän/fötter
- c. armar/armbågar/händer
- d. huvudvärk
- e. allergi/eksem
- f. slemhinnebesvär (ögon/näsa)
- g. magbesvär
- h. nedstämdhet/oro/ångest
- i. trötthet/sömnstörningar

Besvären är  
arbetsrelaterade

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 

4. Jag upplever stressymtom som t ex sömnstörningar, oro, koncentrationssvårigheter eller är lättirriterad

Aldrig  Sällan  Ibland  Ofta

Besvären är arbetsrelaterade

5. Jag använder regelbundet någon medicin

6. Jag har tidigare varit långvarigt/allvarligt sjuk

7. Jag äter oftast

- a. frukost
- b. lunch
- c. middag

Jag vill förändra mina matvanor

8. Jag röker  Jag snusar

Jag känner oro för min hälsa med anledning av min tobakskonsumtion

Jag vill förändra mina tobaksvanor

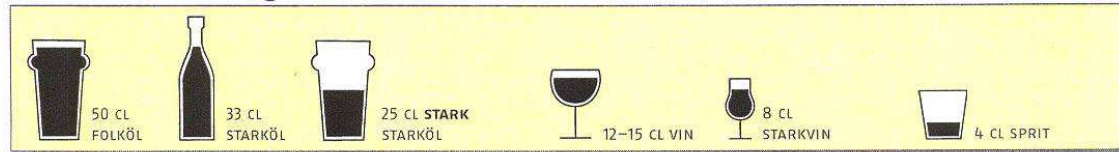
# AUDIT

Här är ett antal frågor om dina alkoholvanor.

Vi är tacksamma om du besvarar dem så noggrant och ärligt som möjligt genom att markera det alternativ som gäller för dig.



## Med ett "standardglas" menas



HUR GAMMAL ÄR DU? \_\_\_\_\_ ÅR

MAN

KVINNA

1. Hur ofta dricker du alkohol?	Aldrig <input type="checkbox"/>	1 gång i månaden eller mer sällan <input type="checkbox"/>	2-4 gånger i månaden <input type="checkbox"/>	2-3 gånger i veckan <input type="checkbox"/>	4 gånger/vecka eller mer <input type="checkbox"/>
2. Hur många "standardglas" (se exempel) dricker du en typisk dag då du dricker alkohol?	1-2 <input type="checkbox"/>	3-4 <input type="checkbox"/>	5-6 <input type="checkbox"/>	7-9 <input type="checkbox"/>	10 eller fler <input type="checkbox"/>
3. Hur ofta dricker du sex sådana "standardglas" eller mer vid samma tillfälle?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
4. Hur ofta under det senaste året har du inte kunnat sluta dricka sedan du börjat?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
5. Hur ofta under det senaste året har du låtit bli att göra något som du borde för att du drack?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
6. Hur ofta under senaste året har du behövt en "drink" på morgonen efter mycket drickande dagen innan?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
7. Hur ofta under det senaste året har du haft skuld känslor eller samvetsförebräelser på grund av ditt drickande?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
8. Hur ofta under det senaste året har du druckit så att du dagen efter inte kommit ihåg vad du sagt eller gjort?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
9. Har du eller någon annan blivit skadad på grund av ditt drickande?	Nej <input type="checkbox"/>		Ja, men inte under det senaste året <input type="checkbox"/>		Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>
10. Har en släkting eller vän, en läkare (eller någon annan inom sjukvården) oroat sig över ditt drickande eller antytt att du borde minska på det?	Nej <input type="checkbox"/>		Ja, men inte under det senaste året <input type="checkbox"/>		Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>

Översatt och bearbetat av professor Hans Bergman vid Karolinska Institutet.

9. Jag känner oro för min hälsa med anledning av min alkoholkonsumtion

10. Jag vill förändra mina alkoholvanor

## Hälsa/Livsstil

## Medicin Direkt anteckning

### Kryssa för det Du tycker överensstämmer med Dig och Din hälsa

11. Jag ägnar mig åt motionsaktiviteter i minst 30 minuter, som ökar puls och andning

3ggr. eller mer/vecka  1-2ggr./vecka  Sporadiskt

12. Jag är fysiskt aktiv på min fritid med t ex trädgårdsarbete eller friluftsliv

3ggr. eller mer/vecka  1-2ggr./vecka  Sporadiskt

13. Jag vill förändra mina motionsvanor

### Psykosocial arbetsmiljö

Ofta Ibland Sällan Aldrig

1. Jag trivs med mitt yrkesval

2. Jag trivs på min arbetsplats

3. Jag upplever mitt arbete som utmanande/stimulerande

4. Jag kan påverka min arbetssituation

5. Jag får den kompetensutveckling jag behöver i mitt arbete

6. Jag vet vad som förväntas av mig i mitt arbete

7. Jag känner till verksamhetens mål

8. Jag får hjälp och stöd av min närmaste chef när jag behöver det

9. Jag får hjälp och stöd av mina arbetskamrater när jag behöver det

10. Jag får veta om jag gör ett bra eller dåligt arbete

11. Jag har tillräckligt med tid till att utföra mina arbetsuppgifter

12. Jag kan koppla av från mitt arbete på fritiden

13. Arbetet begränsar min ork för fritidsaktiviteter

14. Jag upplever oro för min framtida arbetssituation

15. Jag känner oro för att bli utsatt för hot och våld i mitt arbete

## Systematiskt arbetsmiljöarbete

Enligt föreskriften Systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1) ska arbetsgivaren planera, genomföra och följa upp verksamheten så att arbetsmiljökraven uppfylls. Arbetsgivaren ska tillsammans med de anställda kartlägga, bedöma, undanröja och förebygga risker för ohälsa och olycksfall i arbetet. Riskerna kan vara av såväl psykisk, social som fysisk art. De anställda ska ha tillräckliga kunskaper om arbetet och dess risker. Arbetsgivaren ska informera de anställda om vem i företaget som de ska vända sig till i arbetsmiljöfrågor.

### Medicin Direkt anteckning

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 1. Det pågår ett aktivt arbetsmiljöarbete på min arbetsplats   | <input type="checkbox"/> |
| 2. Jag känner mig rättvist behandlad på min arbetsplats  | <input type="checkbox"/> |
| 3. Vi löser våra konflikter i arbetsgruppen  | <input type="checkbox"/> |
| 4. Det förekommer kränkande särbehandling på min arbetsplats pga ex ålder, kön, sexuell läggning, religion eller etnisk bakgrund | <input type="checkbox"/> |
| 5. Det förekommer mobbing på min arbetsplats   | <input type="checkbox"/> |
| 6. Det förekommer sexuella trakasserier på min arbetsplats   | <input type="checkbox"/> |
| 7. Jag är medveten om de risker mitt arbete kan medföra  | <input type="checkbox"/> |
| 8. Jag vet hur jag ska arbeta förebyggande för att undvika skador och ohälsa   | <input type="checkbox"/> |
| 9. Jag vet vem jag ska vända mig till med arbetsmiljöfrågor på min arbetsplats   | <input type="checkbox"/> |

### Första hjälpen, olycksfallsrisker och skyddsutrustning

Enligt föreskrifterna Första hjälpen och krisstöd (AFS 1999:7) och Användning av personlig skyddsutrustning (AFS 2001:3) ska det finnas beredskap och de rutiner för första hjälpen och krisstödet som behövs med hänsyn till verksamhetens art och risker. Arbetstagarna ska känna till hur första hjälpen och krisstödet är organiserat på arbetsstället. De anställda ska få den skyddsutrustning som behövs och man är som anställd skyldig att använda skyddsutrustningen.

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1. Det finns risk för olycksfall i min arbetsmiljö                                      | <input type="checkbox"/> |
| 2. Jag är medveten om hur krisstöd och första hjälpen är organiserad på min arbetsplats | <input type="checkbox"/> |
| 3. Jag är informerad om att det behövs skyddsutrustning i mitt arbete                   | <input type="checkbox"/> |
| 4. Jag använder den skyddsutrustning som behövs i arbetet                               | <input type="checkbox"/> |
| 5. I mitt arbete behövs ingen skyddsutrustning  | <input type="checkbox"/> |

### Brand och utrymning

I föreskriften Arbetsplatsens utformning (AFS 2009:2) står att betryggande åtgärder ska vidtas mot skada genom brand. Arbetsgivaren ska informera de anställda om utrymningsvägar samt se till att det finns nödvändiga skyltar och markeringar.

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 1. Jag är informerad om rutinerna kring en eventuell utrymning | <input type="checkbox"/> |
| 2. Jag vet var närmaste brandsläckare är placerad              | <input type="checkbox"/> |
| 3. Jag vet hur brandsläckaren fungerar                         | <input type="checkbox"/> |

Fysisk arbetsmiljö	Medicin Direkt anteckning	
Ange de faktorer som regelbundet förekommer i Ditt arbete. Ange även om de givit besvär.		
1. Buller/störande ljud	Ja <input type="checkbox"/>	Besvär <input type="checkbox"/>
2. Vibrationer (fordon, verktyg m m)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Luftföroreningar (damm, gaser m m)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Klimatproblem (kyla, värme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Kemikalier (oljor, lösningsmedel eller dyl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dålig belysning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Synkrävande arbete (t ex detaljarbete)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Bildskärmsarbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tung lyft /större muskelansträngningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Obekväma arbetsställningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ensidiga arbetsrörelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ensamarbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Bilkörning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Jag bedömer olycksfallsrisken i mitt arbete som  Obefintlig    Liten    Stor    Mycket stor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

**Övriga frågor Du vill ta upp:**

**Ifylles av sköterska**

Hb	Glukos	Kolesterol	Blodtryck
----	--------	------------	-----------

Längd	Vikt	BMI	Midjemått
-------	------	-----	-----------

Syn höger	Syn vänster	Syn binokulärt	Puls
-----------	-------------	----------------	------