

Datum:

Uppgifterna i hälsoenkäten är sekretessbelagda och alla anställda på Hälsobarometerns företagshälsa har tystnadsplikt.

OBS! Inför undersökningen ska du vara fastande 4 h. Vatten går bra att dricka.

Namn:

Personnummer:

E-post:

Telefonnummer dagtid/mobil:

Företag:

Yrke:

1. Livsstil

1.1 Civilstånd

Ensamstående Sambo Gift Särbo

1.2 Antal hemmavarande barn och barnens ålder

1.3 Här ber vi dig kryssa i vilka måltider du oftast äter varje dag?

Frukost Lunch Middag 1-2 mellanmål

1.4 Hur ofta motionerar du minst 30 minuter? Även vardagsmotion som pågår i 30 min eller mer (promenader, jogging, gym, cykling etc.)

Aldrig 1-2 ggr/v 3-4 ggr/v 5-7 ggr/v

Ja

Nej

1.5 Röker du?

1.6 Snusar du?

Om ja, vill du ha hjälp med att sluta röka eller snusa?

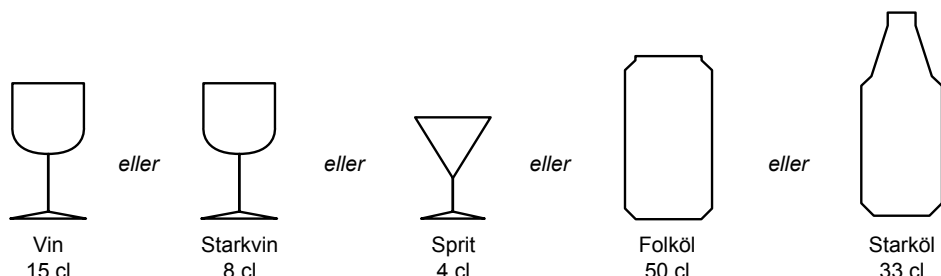
På nästa sida ber vi dig fylla i ett antal frågor om dina alkoholvanor

2. Alkoholvanor

AUDIT - Alcohol Disorder Identification Test. Ett screeninginstrument framtaget av alkoholforskare inom WHO.

Här är ett antal frågor om dina alkoholvanor.

Med ett "standardglas" (12 g 100% alkohol) menas



2.1 Hur ofta dricker du alkohol?	Aldrig	1 gång/mån eller mer sällan	2-4 ggr/mån	2-3 ggr/v	4 ggr/v eller mer
2.2 Hur många "standardglas" (se exempel) dicker du en typisk dag då du dricker alkohol?	1-2	3-4	5-6	7-9	10 eller fler
2.3 Hur ofta dricker du sex sådana "standardglas" eller mer vid samma tillfälle?	Aldrig	Mer sällan än en gång/mån	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan varje dag
2.4 Hur ofta under det senaste året har du inte kunnat sluta dricka sedan du börjat?	Aldrig	Mer sällan än en gång/mån	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan varje dag
2.5 Hur ofta under senaste året har du låtit bli att göra något som du borde för att du drack?	Aldrig	Mer sällan än en gång/mån	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan varje dag
2.6 Hur ofta under det senaste året har du behövt en "drink" på morgonen efter mycket drickande dagen innan?	Aldrig	Mer sällan än en gång/mån	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan varje dag
2.7 Hur ofta under det senaste året har du haft skuld känslor eller samvetsförebåelser på grund av ditt drickande?	Aldrig	Mer sällan än en gång/mån	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan varje dag
2.8 Hur ofta under det senaste året har du inte kommit ihåg vad du sagt eller gjort dagen efter alkoholintag	Aldrig	Mer sällan än en gång/mån	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan varje dag
2.9 Har du eller någon annan blivit skadad pga ditt drickande?	Nej		Ja, men inte under det senaste året		Ja, under det senaste året
2.10 Har en släkting eller en vän, en läkare eller någon annan i sjukvården oroat sig över ditt drickande och antytt att du borde minska på det?	Nej		Ja, men inte under det senaste året		Ja, under det senaste året

3. Nuvarande hälsotillstånd

3.1 Skatta din hälsa nedan, sätt ett kryss på linjen:

0
Mycket dålig

5
Varken bra eller dålig

10
Mycket bra

Nej

Ja

3.2 Har du problem med hörseln?

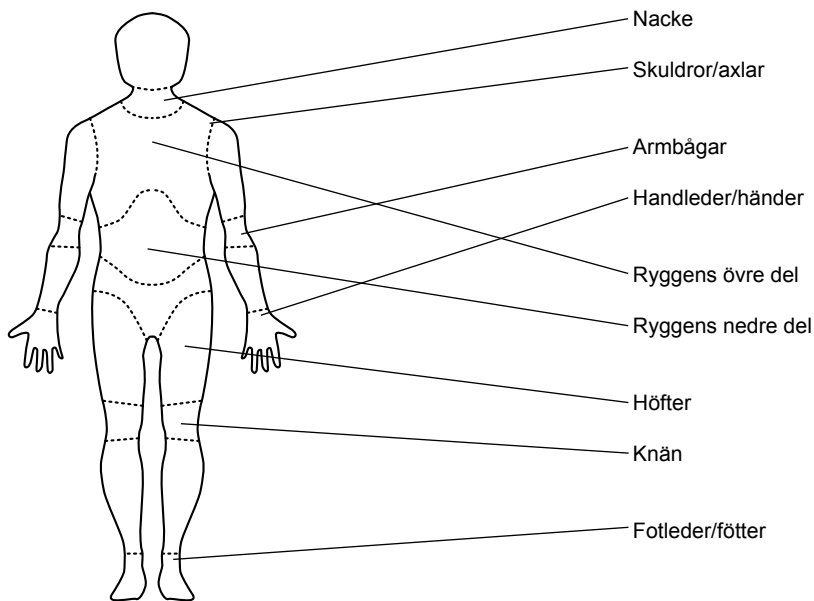
3.3 Känner du psykisk/mental ohälsa? (t.ex. ångest, stress, nedstämdhet etc.)

3.4 Har du sömnsvärigheter?

3.5 Har du det senaste året märkt av hjärklappning eller extra slag från hjärtat?

3.6 Har du sveda i maggropen eller halsbränna?

3.7 Har du påtagliga besvär från nedanstående kroppsdelar? (smärta, värk eller obehag)



3.8 Har du huvudvärk > 1 ggr i veckan?

3.9 Har någon av dina föräldrar eller syskon

- Högt blodtryck
- Höga blodfetter
- Hjärt-kärlsjukdomar
- Diabetes

3.10 Har du några övriga sjukdomar?

Om ja, i så fall vilka

3.11 Tar du några mediciner, i så fall vilka?

3.12 Behöver du se över ditt vaccinationsskydd, ex. TBE-vaccin (fästing). Säg då till vid ditt besök.

3.13 Skriv ner de frågor du vill diskutera närmare vid ditt läkarbesök nedan

4. Psykosocial arbetsmiljö

Svaren ska ange det som förekommer regelbundet i ditt arbete

Antal sjukdagar senaste året

1-10

10-20

20+

Ja oftast

Ja ibland

Nej sällan

Nej aldrig

4.1 Uppfattar du dina arbetsuppgifter som stimulerande?

4.2 Får du respons/uppskattning om du gör ett bra arbete?

4.3 Är din kontakt med arbetsledningen bra?

4.4 Är samarbetet på arbetsplatsen bra?

4.5 Är gemenskapen bra på din arbetsplats?

4.6 Får du hjälp och stöd när du har problem i arbetet?

4.7 Har du en rimlig arbetsbelastning?

4.8 Ställer ditt arbete rimliga krav?

4.9 Känner du dig trygg i din arbetssituation?

4.10 Är din arbetsplats fri från mobbing och kränkande särbehandling?

4.11 Är din arbetsplats fri från hot och våld?

4.12 Räcker din arbetstid till för att utföra arbetet?

4.13 Har du möjlighet till återhämtning från arbetet?

5. Fysisk arbetsmiljö

Svaren ska ange det som förekommer regelbundet i ditt arbete

	Nej	Ja, <u>utan</u> obehag el. besvär	Ja, <u>med</u> obehag el. besvär
5.1 Buller			
5.2 Damm/rök (sten, trä, svetsrök, avgaser mm)			
5.3 Dåliga klimatförhållanden (kyla, värme, drag)			
5.4 Strålning (metallsmälta, röntgen mm)			
5.5 Dålig belysning			
5.6 Bildskärm mer än 6 timmar dagligen			
5.7 Tunga lyft eller större muskelansträngningar			
5.8 Ensidiga arbetsrörelser			
	Obefintlig	Liten	Stor
5.9 Hur bedömer du olycksrisken i ditt arbete?			

Exempel på riskmoment som kan orsaka skada

För vissa arbeten som innebär särskilda risker är medicinska kontroller obligatoriska för att förebygga skador genom arbetsmiljön. Med medicinska kontroller menas medicinska åtgärder t.ex. läkarundersökningar, biologiska exponeringskontroller och/eller tjänstbarhetsbedömningar.

	Nej	Ja, <u>utan</u> obehag el. besvär	Ja, <u>med</u> obehag el. besvär
Har du ett:			
5.10 Arbete som innebär exponering för <u>bly och kadmium</u>			
5.11 Arbete som innebär exponering för fibrosframkallande damm: <u>asbest, kvarts och vissa syntetiska oorganiska fibrer</u>			
5.12 Arbete som innebär exponering för <u>hårdplaster</u>			
5.13 Arbete som innebär <u>höjdarbete i master och stolpar, rök- och kemdykning samt dykarbete</u>			
5.14 Arbete som innebär exponering för <u>vibrationer</u>			
5.15 Nattarbete			