



Hälsa & Livsstilsenkät



## Dina uppgifter

Datum: \_\_\_\_\_  
Namn: \_\_\_\_\_  
Personnummer: \_\_\_\_\_  
Adress: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
Arbetsplats & avdelning: \_\_\_\_\_  
Yrke/arbetsuppgifter: \_\_\_\_\_  
Antal anställningsår i företaget: \_\_\_\_\_

## Hälsostatus de senaste 12 månaderna

	ofta	ibland	sällan	aldrig
Jag har huvudvärk				
Jag besväras av astma/allergi				
Jag har hudbesvär/eksem				
Jag har besvär med magen				
Jag upplever att jag har stressrelaterade besvär				
Jag har koncentrationssvårigheter				
Jag känner mig nedstämd				
Jag upplever ängslan och oro				
Jag har sömnbesvär				
Jag känner mig utvilad när jag vaknar				
Jag har kronisk sjukdom			Ja	Nej
Om ja, vilken?			_____	
Inverkar något av ovanstående besvär på ditt arbete?			Ja	Nej
Jag tar regelbundet läkemedel			Ja	Nej
Om ja, vilken?			_____	
Upplever du din hälsa som god?			Ja	Nej
Om nej, vad är det som påverkar din hälsa negativt?			_____	
Jag har haft sjukfrånvaro minst 6 gånger de senaste 12 månaderna			Ja	Nej
Jag har varit sjuk mer än 4 veckor i sträck de senaste 12 månaderna			Ja	Nej
Jag har varit med om en eller flera stora livshändelser/ förändringar de senaste 12 månaderna			Ja	Nej
Jag har ingått i en rehabiliteringsprocess under de senaste 12 månaderna			Ja	Nej

## Livsstil

### Motion

Jag är medvetet aktiv i min vardag (tar trapporna istället för hissen, går/cyklar istället för att åka bil/buss)	Ja	Nej
Jag tränar regelbundet (minst tre gånger /vecka a' 20 min, för att få/bibehålla god fysik)	Ja	Nej
Är du tillfreds med dina motionsvanor	Ja	Nej

### Kost

Jag är medveten om att mina kostvanor inverkar på min upplevelse av hälsa	Ja	Nej
Jag äter en balanserad kost och allsidig kost	Ja	Nej
Är du tillfreds med dina kostvanor	Ja	Nej

### Alkohol

Jag är medveten om alkoholens risker och inverkan på min hälsa	Ja	Nej
När jag använder alkohol dricker jag		
Mindre än ett glas eller inte alls	1-4 standardglas	
5-9 standardglas	10-14 standardglas	
mer än 15 standardglas.		
Jag konsumerar alkohol		
varje dag	varje vecka	
varje månad	inte alls	
Vill du förändra dina alkoholvanor?	Ja	Nej
Önskar du assistans för att kunna förändra?	Ja	Nej

### Nikotin/ droger

Jag röker	Ja	Nej
Om ja, fler än 10 cigaretter per/dag		Färre än 10 cigaretter per/dag
Jag snusar	Ja	Nej
Om ja, ____ antal dosor per/vecka		
Jag använder andra droger	Ja	Nej
Vill du förändra dina vanor?	Ja	Nej
Önskar du assistans för att kunna förändra?	Ja	Nej

## Fritid

Jag upplever att jag fylls på med positiv energi under min fritid	Ja	Nej
Jag har någon att prata med om jag upplever problem i mitt privatliv	Ja	Nej
Jag har ett socialt nätverk runt mig som kan hjälpa mig vid behov	Ja	Nej
Jag har en bra balans mellan mitt privatliv och arbetsliv	Ja	Nej
Eventuella kommentarer:		

## Arbetsmiljö

Jag arbetar 100 %	Ja	Nej
Jag arbetar deltid	Ja	Nej
om ja, av vilken anledning ( valfritt att besvara) _____		
Jag har en tydlig arbetsbeskrivning	Ja	Nej
Jag brukar normalt sett klara mig från att arbeta övertid	Ja	Nej
Jag arbetar natt	Ja	Nej
Jag har skiftarbete	Ja	Nej

## Psykosocial arbetsmiljö

	ofta	ibland	sällan	aldrig
Jag upplever mitt arbete som meningsfullt				
Jag upplever mitt arbete som stimulerande				
Jag upplever att balansen mellan krav och resurser är bra				
Jag får den fortbildning jag behöver för att klara av mina arbetsuppgifter				
Jag har den sociala gemenskap jag önskar på mitt arbete				
Jag känner mig stressad på arbetet				
Vid högre belastning finns det någon som kan hjälpa/ avlasta mig				
Jag upplever att förändringar inom företaget har påverkat mig negativt				
Om ja, vilka förändringar				

## Psykosocial arbetsmiljö forts

Jag upplever att det förekommer mobbning eller kränkande särbehandling på min arbetsplats	Ja	Nej
Jag upplever att jag blir korrekt bemött av mina kollegor/ chefer	Ja	Nej
Jag upplever mig utsatt för hot/våld på min arbetsplats	Ja	Nej
Jag är indragen i en konflikt på arbetet	Ja	Nej
Har du kännedom om att det förekommer det sexuella trakasserier	Ja	Nej
Har du kännedom om det förekommer diskriminering	Ja	Nej

## Fysisk arbetsmiljö

Det förekommer buller/störande ljud på min arbetsplats	Ja	Nej
Jag upplever att ventilation är bra på min arbetsplats	Ja	Nej
Dåliga klimatförhållanden på min arbetsplats besvärar mig	Ja	Nej
Om ja, vad är det som besvärar dig _____		
Jag använder kemikalier i mitt arbete	Ja	Nej
I mitt arbete utsätts jag för vibrationer	Ja	Nej
Jag upplever besvär efter att utfört arbete med vibrationer	Ja	Nej
Om ja, vilka symtom upplever du _____		
Jag använder dator/bildskärm mer än 1 tim/dag i mitt arbete	Ja	Nej
Jag har blivit erbjuden synundersökning	Ja	Nej
Jag upplever att belysningen är bra vid mitt arbete	Ja	Nej
Jag upplever att den kroppsliga belastningen, ergonomin är bra på min arbetsplats	Ja	Nej
Jag arbetar stillasittande	Ja	Nej
Jag lyfter tungt i mitt arbete	Ja	Nej
Jag har obekväma arbetsställningar	Ja	Nej
Jag har ensidiga arbetsställningar	Ja	Nej

## Arbetsmiljöarbete

På min arbetsplats arbetar man aktivt med miljöarbete	Ja	Nej
Det finns miljörisker på min arbetsplats som jag är medveten om	Ja	Nej
Jag vet vem på min arbetsplats som är skyddsombud el. liknande	Ja	Nej
Jag vet hur jag skall arbeta skadeförebyggande	Ja	Nej
Jag följer säkerhetsföreskrifter och använder skyddsutrustning som finns	Ja	Nej
Regler för ensamarbete finns på min arbetsplats	Ja	Nej
Fysisk arbetsmiljö	Ja	Nej
Ensamarbete gör mig orolig	Ja	Nej

## Olycksfall och första hjälpen

Jag vet hur krisstödet och första hjälpen är organiserat på min arbetsplats	Ja	Nej
Olycksfallsrisker finns i min arbetsmiljö	Ja	Nej
I mitt arbete behövs skyddsutrustning	Ja	Nej
Den skyddsutrustning jag behöver finns	Ja	Nej
Vid en ev. brand vet jag vilka rutiner som är aktuella	Ja	Nej

## Egna anteckningar