



## Hälsa & Livsstilsenkät

Enkäten går bra att fylla i direkt på webben eller spara ner på datorn för att fylla i den senare.

Gör så här:

Fyll i hälsoenkäten och spara den på din dator.

Bifoga sedan den sparade hälsoenkäten i ett mail till oss på [info@carecompetence.se](mailto:info@carecompetence.se) eller skriv ut den och skicka den per post till:

Care Competence  
Ö Prinsg 13  
371 31 Karlskrona



## 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 (standardglas *)		

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

\* en folköl (50 cl), en starköl (33 cl), ett glas vin (12-15 cl), starkvin (8 cl) och sprit t ex whiskey (4 cl)

## 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	ingen*
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					

\* jag har inte hunnit skaffa mig en uppfattning, pga endast arbetat vid företaget en kortare period dvs under 3 mån

## Psykosocial arbetsmiljö forts

Ja Nej

Jag upplever att det förekommer mobbning eller kränkande särbehandling på min arbetsplats

Jag upplever att jag blir korrekt bemött av mina kollegor/ chefer

Jag upplever mig utsatt för hot/våld på min arbetsplats

Jag är indragen i en konflikt på arbetet

Har du kännedom om att det förekommer det sexuella trakasserier

Har du kännedom om det förekommer diskriminering

## Fysisk arbetsmiljö

Ja Nej Ingen\*

Det förekommer buller/störande ljud på min arbetsplats

Jag upplever att ventilation är bra på min arbetsplats

Dåliga klimatförhållanden på min arbetsplats besvärar mig

Om ja, vad är det som besvärar dig \_\_\_\_\_

Jag använder kemikalier i mitt arbete

I mitt arbete utsätts jag för vibrationer

Jag upplever besvär efter att utfört arbete med vibrationer

Om ja, vilka symtom upplever du \_\_\_\_\_

Jag använder dator/bildskärm mer än 1 tim/dag i mitt arbete

Jag har blivit erbjuden synundersökning

Jag upplever att belysningen är bra vid mitt arbete

Jag upplever att den kroppsliga belastningen, ergonomin är bra på min arbetsplats

Jag arbetar stillasittande

Jag lyfter tungt i mitt arbete

Jag har obekväma arbetsställningar

Jag har ensidiga arbetsställningar

\* jag har inte hunnit skaffa mig en uppfattning, pga endast arbetat vid företaget en kortare period dvs under 3 mån

## Arbetsmiljöarbete

Ja Nej

På min arbetsplats arbetar man aktivt med miljöarbete

Det finns miljörisker på min arbetsplats som jag är medveten om

Jag vet vem på min arbetsplats som är skyddsombud el. liknande

Jag vet hur jag skall arbeta skadeförebyggande

Jag följer säkerhetsföreskrifter och använder skyddsutrustning som finns

Regler för ensamarbete finns på min arbetsplats

Ensamarbete gör mig orolig

## Olycksfall och första hjälpen

Ja Nej

Jag vet hur krisstödet och första hjälpen är organiserat på min arbetsplats

Olycksfallsrisker finns i min arbetsmiljö

I mitt arbete behövs skyddsutrustning

Den skyddsutrustning jag behöver finns

Vid en ev. brand vet jag vilka rutiner som är aktuella

## Egna anteckningar

Fyll i hälsoenkäten och spara.

Bifoga sedan den sparade hälsoenkäten i ett mail till oss på [info@carecompetence.se](mailto:info@carecompetence.se) eller skriv ut den och skicka den per post till: : Care Competence Ö Prinsg 13, 371 31 Karlskrona