En bild som visar text, clipart

Automatiskt genererad beskrivning

**Enkät –   
Hälso- och arbetsmiljöprofil**

Företag:

Namn:

PERSONNR:

dATUM:

**Matvanor**

**1. Hur ofta äter du grönsaker och/eller rotfrukter (färska, frysta eller tillagade)?**

Svar: a) 2 gånger per dag eller oftare ( )  
 b) 1 gång per dag ( )  
 c) Några gånger i veckan ( )  
 d) 1 gångi veckan eller mer sällan ( )

**2. Hur ofta äter du frukt och/eller bär (färska, frysta, konserverade, juice, etc)?**

Svar: a) 2 gånger per dag eller oftare ( )  
 b) 1 gång per dag ( )  
 c) Några gånger i veckan ( )  
 d) 1 gång i veckan eller mer sällan ( )

**3. Hur ofta äter du fisk eller skaldjur som huvudrätt, i sallad eller som pålägg?**

Svar: a) 3 gånger i veckan eller oftare ( )  
 b) 2 gånger i veckan ( )  
 c) 1 gång i veckan ( )  
 d) Några gånger i månaden eller mer sällan ( )

**4. Hur ofta äter du kaffebröd, choklad/godis, chips, läsk/saft?**

Svar: a) 2 gånger per dag eller oftare ( )  
 b) 1 gång per dag ( )  
 c) Några gånger i veckan ( )  
 d) 1 gång i veckan eller mer sällan ( )

**5. Hur ofta äter du frukost?**

Svar: 1) Dagligen ( )  
 2) Nästan varje dag ( )  
 3) Några gånger i veckan ( )  
 4) 1 gång i veckan eller mer sällan ( )  
 5) Aldrig/Nästan aldrig ( )

**Motion och rörelse**

**6. Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt fysisk träning som får dig andfådd, till exempel löpning, motionsgymnastik eller bollsport?**

Svar: a) Ingen tid alls ( )  
 b) 30 minuter ( )  
 c) 60 minuter ( )  
 d) 90 minuter ( )  
 e) 120 minuter ( )  
 f) 150 minuter eller mer ( )

**7. Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt vardagsmotion, till exempel promenader, cykling eller trädgårdsarbete? Räkna samman all tid (minst 10 minuter åt gången)**

Svar: a) Ingen tid alls ( )  
 b) 30 minuter ( )  
 c) 60 minuter ( )  
 d) 90 minuter ( )  
 e) 120 minuter ( )  
 f) 150 minuter eller mer ( )

**8. Hur mycket sitter du under ett normalt dygn om man räknar bort sömn?**

Svar: a) Aldrig ( )  
 b) 1-3 timmar ( )  
 c) 4-6 timmar ( )  
 d) 7-9 timmar ( )  
 e) 10-12 timmar ( )  
 f) 13-15 timmar ( )  
 g) Så gott som hela dagen ( )

**Alkohol (Audit C)**

**9. Hur ofta dricker du alkohol?**

Svar: a) Aldrig ( )  
 b) En gång i månaden eller mer sällan ( )  
 c) 2-4 gånger i månaden ( )  
 d) 2-3 gånger i veckan ( )  
 e) 4 gånger i veckan eller mer ( )

**10. Hur många standardglas dricker du en typisk dag då du dricker alkohol?**

Svar: a) Aldrig ( )  
 b) 1-2 ( )  
 c) 3-4 ( )  
 d) 5-6 ( )  
 e) 7-9 ( )  
 f) 10 eller fler ( )

**11. Hur ofta dricker du 4, resp 5 standardglas eller mer vid ett och samma tillfälle?  
(Kvinna/Man)**

Svar: a) Aldrig ( )  
 b) Mer sällan än en gång per månad ( )  
 c) Varje månad ( )  
 d) Varje vecka ( )  
 e) Dagligen eller nästan dagligen ( )

**Tobak**

**12. Röker du?**

Svar: a) Ja ( )  
 b) Nej ( )

**13. Snusar du?**

Svar: a) Ja ( )  
 b) Nej ( )

**Rörelseapparaten**

**14. I vilken grad från 1-10 upplever du besvär där 1 är inget besvär och 10 är värsta tänkbara smärta? Har du de senaste 4 veckorna haft besvär…**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Område** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| …av huvudvärk |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| …i nacken |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| …i skuldror/axlar |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| …i armbågar |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| …i underarmar/handleder |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| …i händer/fingrar |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| …i ryggens övre del |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| …i ryggens nedre del |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| …i höft/er, lår |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| …i knä/knän |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| …i fotleder, fot/fötter |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**15. Vår fysioterapeut kan hjälpa till med att kolla din rörlighet och muskelfunktion.**

Är du intresserad?  
 a) Ja ( )  
 b) Nej ( )

Är du intresserad av ett konditionstest?

c) Ja ( )  
 d) Nej ( )

**Övergripande organisatorisk och social arbetsmiljö**

**16.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Delfråga** | | Alltid | Ofta | Ibland | Sällan | Aldrig/ Nästan aldrig |
| 1 | Känner du dig motiverad och engagerad i ditt arbete? |  |  |  |  |  |
| 2 | Kan du påverka vad du gör i ditt arbete? |  |  |  |  |  |
| 3 | Kan du använda ditt kunnande eller dina färdigheter i ditt arbete? |  |  |  |  |  |
| 4 | Vet du precis vad som förväntas av dig i ditt arbete? |  |  |  |  |  |
| 5 | Får du information i god tid på din arbetsplats, tex. När det gäller viktiga beslut, förändringar och framtidsplaner? |  |  |  |  |  |
| 6 | Om du behöver, får du stöd och hjälp av närmsta chef? |  |  |  |  |  |
| 7 | Om du behöver, får du stöd och hjälp av dina kollegor? |  |  |  |  |  |
| 8 | Behandlas du rättvist på din arbetsplats? |  |  |  |  |  |
| 9 | Är stämningen bra mellan dig och dina arbetskamrater? |  |  |  |  |  |
| 10 | Hinner du slutföra dina arbetsuppgifter? |  |  |  |  |  |

**Stress**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Delfråga** | | Hela tiden | En stor del av tiden | En del av tiden | En liten del av tiden | Inte alls |
| 1 | Hur ofta har du haft svårt att koppla av? |  |  |  |  |  |
| 2 | Hur ofta har du vart lättretlig? |  |  |  |  |  |
| 3 | Hur ofta har du vart anspänd? |  |  |  |  |  |
| 4 | Hur ofta har du vart stressad? |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Följande frågor avser hur du har haft det under dem senaste 4 veckorna.  
17.**

**Sömn**

**Följande frågor avser hur du haft det under de senaste 4 veckorna.**

**18.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Delfråga** | | Hela tiden | En stor del av tiden | En del av tiden | En liten del av tiden | Inte alls |
| 1 | Hur ofta har du sovit dåligt eller oroligt? |  |  |  |  |  |
| 2 | Hur ofta har du haft svårt att somna? |  |  |  |  |  |
| 3 | Hur ofta har du vaknat för tidigt och haft svårt att somna om? |  |  |  |  |  |
| 4 | Hur ofta har du vaknat flera gånger och haft svårt att somna om? |  |  |  |  |  |

**Energinivå**

**Följande frågor avser hur du har haft det under de senaste 4 veckorna.**

**19.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Delfråga** | | Hela tiden | En stor del av tiden | En del av tiden | En liten del av tiden | Inte alls |
| 1 | Hur ofta har du saknat ork och energi? |  |  |  |  |  |
| 2 | Hur ofta har du varit fysiskt utmattad? |  |  |  |  |  |
| 3 | Hur ofta har du varit känslomässigt utmattad? |  |  |  |  |  |
| 4 | Hur ofta har du känt dig trött? |  |  |  |  |  |

**Självskattning**

**20. I allmänhet, skulle du vilja säga att din hälsa är?**

Svar:

a) Mycket bra ( )  
b) Bra ( )  
c) Någorlunda ( )  
d) Dålig ( )  
e) Mycket dålig ( )

**Vi antar att din arbetsförmåga, när den är som bäst, värderas med 10 poäng. Vilket poängtal skulle du ge din nuvarande arbetsförmåga? (kryssa i lämplig siffra, 0 betyder att du inte alls kan arbeta, 10 betyder att du arbetar som allra bäst just nu)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Ärftlighet**

**21.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Delfråga** | | Ja | Nej | Vet ej |
| 1 | Har du eller har du haft en Hjärt-och eller kärlsjukdom? |  |  |  |
| 2 | Har någon av dina manliga biologiska släktingar (förälder eller syskon) drabbats av hjärtinfarkt/propp i hjärnan före 55 års ålder? |  |  |  |
| 3 | Har någon av dina kvinnliga biologiska släktingar (förälder eller syskon) drabbats av hjärtinfarkt/propp i hjärnan före 65 års ålder? |  |  |  |
| 4 | Har någon av dina biologiska föräldrar eller syskon haft diabetes typ II? |  |  |  |
| 5 | Har du fått besked om att ditt blodtryck är förhöjt? |  |  |  |
| 6 | Har du någon gång fått besked om att ditt blodsocker är förhöjt? |  |  |  |
| 7 | Har du någon gång fått besked om att dina blodfetter är förhöjda? |  |  |  |
| 8 | Använder du regelbundet läkemedel?  Isåfall vad? |  |  |  |