

Hållbar arbetshälsa i kommuner och landsting inför 2000-talet



Karolinska institutet
Institutionen för klinisk neurovetenskap
Sektionen för personskadeprevention

7. Hur är Din ekonomi?

Mycket god

 1

God

 2

Varken god eller dålig

 3

Ansträngd

 4

Mycket ansträngd

 5**8. Har Du invandrat till Sverige?**

Ja

 1

Nej

 2

Om ja, från vilket land och hur gammal var Du då?

Land

Ålder

9. Är Du för tillfället sjukskriven?

Nej

 1

Ja, helt sjukskriven

 2

Trekvarts sjukskriven

 3

Halvt sjukskriven

 4

Sjukskriven till en fjärdedel

 5

B. Frågor om hälsan

Instruktioner: Detta formulär innehåller frågor om hur Du ser på Din hälsa.

Informationen skall hjälpa till att följa hur Du mår och fungerar i Ditt dagliga liv.

Besvara frågorna genom att sätta ett kryss i den ruta Du tycker stämmer bäst in på Dig.

Om Du är osäker, kryssa ändå i den ruta som känns riktigast.

1. I allmänhet, hur skulle Du vilja säga att Din hälsa är?	Utmärkt	Mycket god	God	Någorlunda	Dålig
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Jämfört med för ett år sedan, hur skulle Du vilja bedöma Ditt allmänna hälsotillstånd <u>nu</u> ?	Mycket bättre nu än för ett år sedan	Något bättre nu än för ett år sedan	Ungefär detsamma	Något sämre nu än för ett år sedan	Mycket sämre nu än för ett år sedan
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3. Under <u>de senaste fyra veckorna</u> , har Du haft något av följande problem i Ditt arbete eller med andra regelbundna dagliga aktiviteter som en följd av <u>Ditt kroppsliga hälsotillstånd</u> ?		Ja	Nej
a) Skurit ned den tid Du normalt ägnat åt arbete eller andra aktiviteter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
b) Uträttat mindre än Du skulle önskat	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
c) Varit hindrad att utföra vissa arbetsuppgifter eller andra aktiviteter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
d) Haft svårigheter att utföra Ditt arbete eller andra aktiviteter (t ex genom att det krävde extra ansträngning)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2

4. Under <u>de senaste fyra veckorna</u> , har Du haft något av följande problem i Ditt arbete eller med andra regelbundna dagliga aktiviteter <u>som en följd av känslomässiga problem (som t ex nedstämdhet eller ångslan)</u> ?		Ja	Nej
a) Skurit ned den tid Du normalt ägnat åt arbete eller andra aktiviteter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
b) Uträttat mindre än Du skulle önskat	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
c) Inte utfört arbete eller andra aktiviteter så <u>noggrant</u> som vanligt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2

5. Under de senaste fyra veckorna, i vilken utsträckning har Ditt kroppsliga hälsotillstånd eller Dina känslomässiga problem stört Ditt vanliga umgänge med anhöriga, vänner, grannar eller andra?

Inte alls Litet Måttligt Mycket Väldigt mycket

1 2 3 4 5

6. Hur mycket värk eller smärta har Du haft under de senaste fyra veckorna?

Ingen Mycket lätt Lätt Måttligt Svår Mycket svår

1 2 3 4 5 6

7. Under de senaste fyra veckorna, hur mycket har värken eller smärtan stört Ditt normala arbete (innefattar både arbete utanför hemmet och hushållssysslor)?

Inte alls Litet Måttligt Mycket Väldigt mycket

1 2 3 4 5

8. Frågorna här handlar om hur Du känner Dig och hur Du haft det under de senaste fyra veckorna. Ange för varje fråga det svarsalternativ som bäst beskriver hur Du känt Dig.

Hur stor del av tiden under de senaste fyra veckorna ...

	Hela tiden	Största delen av tiden	En hel del av tiden	En del av tiden	Litet av tiden	Inget av tiden
a) ... har Du känt Dig riktigt pigg och stark?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
b) ... har Du känt Dig mycket nervös?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
c) ... har Du känt Dig så nedstämd att ingenting kunnat muntra upp Dig?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
d) ... har Du känt Dig lugn och harmonisk?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
e) ... har Du varit full av energi?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
f) ... har Du känt Dig dystert och ledsen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
g) ... har Du känt Dig utsliten?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
h) ... har Du känt Dig glad och lycklig?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
i) ... har Du känt Dig trött?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

9. Under de senaste fyra veckorna, hur stor del av tiden har Ditt kroppsliga hälsotillstånd eller Dina känslomässiga problem stört Dina möjligheter att umgås (t ex hälsa på släkt, vänner etc)?

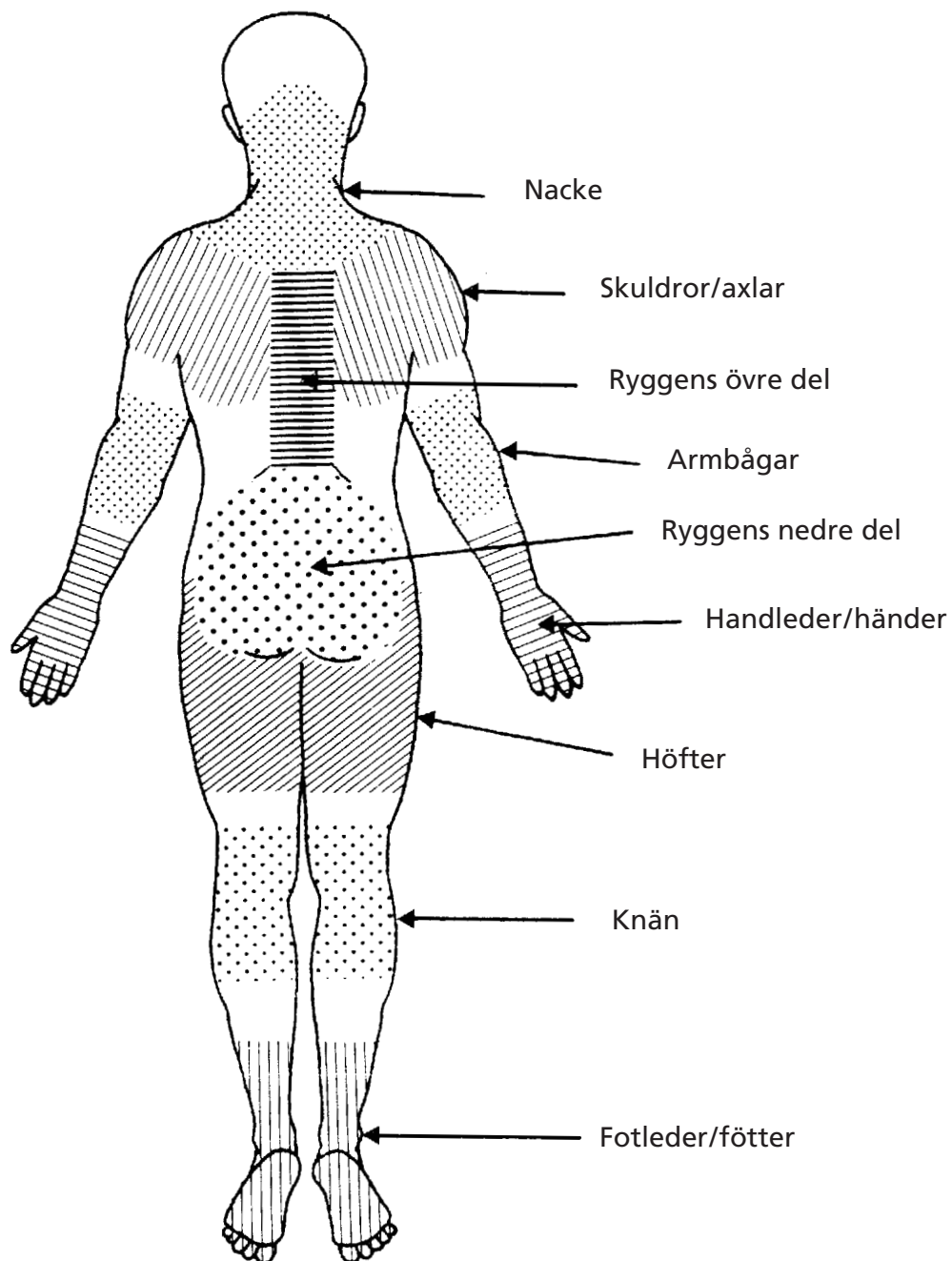
Hela tiden	Största delen av tiden	En del av tiden	Litet av tiden	Inget av tiden
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

10. Välj de svarsalternativ som bäst beskriver hur mycket valt och ett av följande påståenden **STÄMMER** eller **INTE STÄMMER** in på Dig.

	Stämmer precis	Stämmer ganska bra	Osäker	Stämmer inte särskilt bra	Stämmer inte alls
a) Jag verkar ha lite lättare att bli sjuk än andra människor	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b) Jag är lika frisk som vem som helst av dem jag känner	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c) Jag tror min hälsa kommer att bli sämre	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d) Min hälsa är utmärkt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

< >

Bilden visar ungefärliga läget av de kroppsregioner som finns med i fråga 11 på nästa sida. Begränsningarna av de olika kroppsregionerna är inte skarpa eller väldefinierade. Vissa kroppsregioner går över i varandra. Du måste själv avgöra i vilken kroppsregion Dina eventuella besvär sitter.



11. Har Du haft besvär (smärta, värk, obehag) någon gång under de senaste 12 månaderna i:

- | | | |
|--|-------------------------------|----------------------------|
| 1. Nacke | Nej | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Ja | <input type="checkbox"/> 2 |
| 2. Skuldror/axlar | Nej | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Ja, i höger skuldra/axel | <input type="checkbox"/> 2 |
| | Ja, i vänster skuldra/axel | <input type="checkbox"/> 3 |
| | Ja, i båda skuldror/axlar | <input type="checkbox"/> 4 |
| 3. Armbågar | Nej | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Ja, i höger armbåge | <input type="checkbox"/> 2 |
| | Ja, i vänster armbåge | <input type="checkbox"/> 3 |
| | Ja, i båda armarna | <input type="checkbox"/> 4 |
| 4. Handleder/händer | Nej | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Ja, i höger handled/hand | <input type="checkbox"/> 2 |
| | Ja, i vänster handled/hand | <input type="checkbox"/> 3 |
| | Ja, i båda handledarna/händer | <input type="checkbox"/> 4 |
| 5. Ryggens övre del (bröstryggen) | Nej | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Ja | <input type="checkbox"/> 2 |
| 6. Ryggens nedre del (ländryggen/korsrygg) | Nej | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Ja | <input type="checkbox"/> 2 |
| 7. En höft eller båda höfterna | Nej | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Ja | <input type="checkbox"/> 2 |
| 8. Ett knä eller båda knäna | Nej | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Ja | <input type="checkbox"/> 2 |
| 9. En fotled/fot eller båda fotlederna /fötterna | Nej | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Ja | <input type="checkbox"/> 2 |

14. Hur bedömer Du din nuvarande arbetsförmåga vara i förhållande till de fysiska krav arbetet ställer?

- Mycket god 1
 Ganska god 2
 Någorlunda 3
 Ganska dålig 4
 Mycket dålig 5

15. Hur bedömer Du Din nuvarande arbetsförmåga vara i förhållande till de mentala och psykiska krav som arbetet ställer?

- Mycket god 1
 Ganska god 2
 Någorlunda 3
 Ganska dålig 4
 Mycket dålig 5

16. Med tanke på Din hälsa – tror Du att Du kan arbeta i Ditt nuvarande yrke även om två år?

- Ja, ganska säkert 1
 Jag är osäker på det 2
 Nej, det tror jag inte 3

C. Sjukfrånvaro

1. Hur många dagar ungefär, har Du varit frånvarande p g a sjukdom de senaste tolv månaderna?

dagar

2. Vid hur många tillfällen har Du sammanlagt varit hemma från arbetet på grund av egen sjukdom under de senaste 12 månaderna?

- Ingen gång 1
 En gång 2
 2–5 gånger 3
 Mer än 5 gånger 4

3. Har det under de senaste 12 månaderna hänt att Du gått till arbetet, trots att Du med tanke på ditt hälsotillstånd egentligen borde varit hemma?

- Ingen gång 1
 En gång 2
 2–5 gånger 3
 Mer än 5 gånger 4

4. Om Du Du gjort det, varför har du arbetat trots att Du p g a sjukdom borde ha varit hemma?

	Ja	Ibland	Nej
Negativ attityd till frånvaro från ledningen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Negativ attityd till frånvaro från arbetskamrater	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Har inte haft råd att vara sjukskriven	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Kunde inte sjukskriva mig p g a mina arbetsuppgifter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Lojalitet mot arbetskamrater som hade fått göra mitt jobb	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Annat <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

5. Händer det att Du tar ut semester eller komplедigt i stället för att sjukanmäla Dig när Du är sjuk?

Aldrig	<input type="checkbox"/> 1
Någon enstaka gång	<input type="checkbox"/> 2
Ganska ofta	<input type="checkbox"/> 3
Ofta	<input type="checkbox"/> 4
Ej aktuellt	<input type="checkbox"/> 5

6. Är det möjligt att genomföra Ditt arbete med hjälp av en ersättare (om Du t ex skulle bli sjuk)?

Det går bra att sätta in en ersättare	<input type="checkbox"/> 1
Arbetet går hjälpligt att genomföra utan mig	<input type="checkbox"/> 2
Nej, ingen annan kan (i alla fall på kort sikt) göra jobbet förutom jag	<input type="checkbox"/> 3

7. Om Du är frånvarande under högst en vecka på grund av sjukdom, hur stor del av Dina arbetsuppgifter måste Du ta igen när Du är tillbaka på arbetet igen?

Ingen eller endast en liten del	<input type="checkbox"/> 1
Något mindre än hälften	<input type="checkbox"/> 2
Något mer än hälften	<input type="checkbox"/> 3
I stort sett allt	<input type="checkbox"/> 4

D. Sömn och återhämtning

	Aldrig	Sällan, några ggr/år	Någon/ några ggr/mån	Flera ggr/ vecka	Alltid, varje dag
1. Har Du svårt att somna?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Har Du svårigheter att vakna?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Vaknar Du flera gånger på natten och har ibland svårigheter att somna om?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Har Du svårt att sova därför att tankar på jobbet hållit Dig vaken?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Känner Du Dig mycket trött under arbetsdagen (arbetspasset)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Känner Du Dig fylld av energi under arbetsdagen (arbetspasset)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Händer det att Du känner olust när Du går till arbetet?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Känner Du Dig kroppsligt trött efter arbetsdagen (arbetspasset)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Känner Du Dig psykiskt trött efter arbetsdagen (arbetspasset)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Känner Du Dig utvilad och återhämtad när du börjar ett nytt arbetspass?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	Aldrig	Sällan	Ibland	Ganska ofta	Mycket ofta
11. Känner Du Dig utvilad och återhämtad när Du börjar arbeta igen efter ett par dagars ledighet?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Känner Du Dig utvilad och återhämtad när Du börjar arbeta igen efter en flera veckor lång ledighet/semester?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

E. Frågor om livsstil, faktorer utanför arbetet och hur Du är som person

1. Röker Du?

- Ja, jag röker dagligen 1
- Ja, jag röker ibland 2
- Nej, jag har slutat under de 12 senaste månaderna 3
- Nej, jag har varit rökfri i mer än 12 månader 4
- Nej, jag har aldrig varit rökare 5

Om ja,
Hur många cigaretter /dag i genomsnitt? st

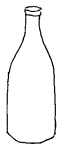
Hur många år har Du rökt sammanlagt? år

2. Snusar Du?

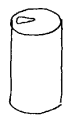
- Ja 1
- Nej 2
- Om ja, hur många år sammanlagt? år

3. Här följer några frågor om Dina alkoholvanor. Vi är tacksamma om Du besvarar dem så noga som möjligt genom att markera det alternativ som gäller Dig.

Med en "drink" menas:



En flaska
folköl
klass II



1/2 burk
starköl
klass III



1 glas
rött eller
vitt vin



1 litet
glas
starkvin



1 glas
starksprit
t ex brännvin

Markera det alternativ som gäller Dig:

1. Hur ofta dricker Du alkohol?
- Aldrig 1
- 1 gång i månaden eller mer sällan 2
- 2–4 gånger i månaden 3
- 2–3 gånger i veckan 4
- 4 gånger veckan eller mer 5

2. Hur många ”drinkar”, se exempel, konsumerar Du på en typisk dag då Du dricker alkohol?
- 1–2 1
 3–4 2
 5–6 3
 7–9 4
 10 eller mer 5
3. Hur ofta under det senaste året har Du haft skuld känslor eller samvetsförelser p g a Ditt drickande?
- Aldrig 1
 Mer sällan än en gång i månaden 2
 Varje månad 3
 Varje vecka 4
 Dagligen eller nästan varje dag 5
4. 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 1
 Ja, men inte under det senaste året 2
 Ja, under det senaste året 3
- 4. Använder Du lugnande medicin varje vecka?**
- Ja 1
 Nej 2
- 5. Har Du under det senaste året haft skuld känslor eller samvetsförelser p g a Din konsumtion av lugnande medel?**
- Aldrig 1
 Mer sällan än en gång i månaden 2
 Varje månad 3
 Varje vecka 4
 Dagligen eller nästan varje dag 5
- 6. Har en släkting, vän, en läkare eller annan person inom sjukvården oroat sig över Din konsumtion av lugnande medel eller antytt att Du borde minska på den?**
- Nej 1
 Ja, men inte under det senaste året 2
 Ja, under det senaste året 3

7. Ägnar Du Dig på Din fritid åt motion av något slag?

Nej

1

Som motion räknas idrott, konditionsträning, gymnastik, dans, promenader, cykling mm under minst 30 minuter per tillfälle.

Ja

2

Om ja, åt vad

8. I vilken omfattning har Du vid de olika tidpunkterna nedan utövat någon motion?

Som motion räknas idrott, konditionsträning, gymnastik, dans, promenader, cykling mm under minst 30 minuter per tillfälle.

	Någon enstaka gång	1 gång per vecka	2-4 ggr per vecka	5 ggr eller mer per vecka
1. För närvarande	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. För 5 år sedan	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

9. Hur stor del av Din lediga tid kan Du ägna åt egen avkoppling (utan speciella krav och förpliktelser)?

	Mindre än 1 tim/dag	1-2 tim/dag	3-4 tim/dag	5-6 tim/dag	Mer än 6 tim/dag
1. För tillfället	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. För 5 år sedan	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

10. Hur lång är Du?

cm

11. Hur mycket väger Du?

kg

12. Hur mycket vägde Du för 5 år sedan?

kg

13. Hur ofta i genomsnitt äter Du följande:

	Varje dag	Ofta	Sällan	Aldrig
Kött/köttfärs/korv	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Fisk	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Ägg	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Frukt/grönsaker	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

14. Tror Du att Dina matvanor är näringsriktiga?

- Ja 1
 Nej 2
 Vet ej 3

15. Brukar Du kunna se en lösning på problem och svårigheter som andra finner svårlösta?

- Mycket ofta 1
 Ganska ofta 2
 Ibland 3
 Ganska sällan 4
 Aldrig 5

16. Brukar Du känna att Ditt dagliga liv är en källa till personlig tillfredställelse?

- Mycket ofta 1
 Ganska ofta 2
 Ibland 3
 Ganska sällan 4
 Aldrig 5

17. Brukar Du känna att saker och ting som händer i Ditt dagliga liv är svåra att förstå?

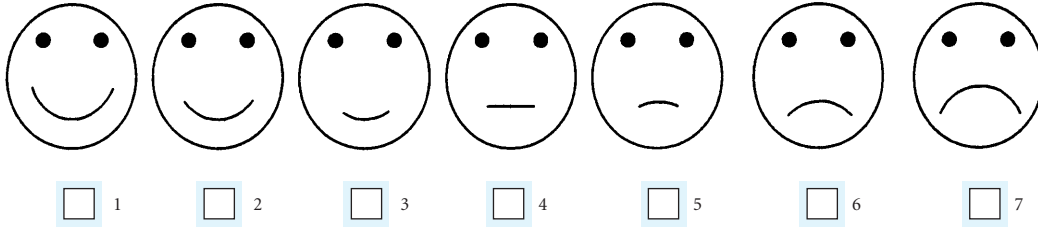
- Mycket ofta 1
 Ganska ofta 2
 Ibland 3
 Ganska sällan 4
 Aldrig 5

18. Ta ställning till hur väl Du instämmer med följande påståenden och ringa in lämplig siffra.

- | | Instämmer helt | | | | | Instämmer inte alls | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---------------------|--------------------------|---|--------------------------|---|
| 1. Jag känner mig positiv och optimistisk om livet i största allmänhet | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 4 | <input type="checkbox"/> | 5 |
| 2. Jag har ganska dåligt självförtroende | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 4 | <input type="checkbox"/> | 5 |
| 3. Jag har tänkt på mig själv som en betydelselös person | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 4 | <input type="checkbox"/> | 5 |
| 4. Jag är nöjd med att vara just den jag är | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 4 | <input type="checkbox"/> | 5 |
| 5. Jag tror att jag ibland försöker bevisa mitt värde genom arbete | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 4 | <input type="checkbox"/> | 5 |
| 6. Jag känner ibland att jag måste vara lite bättre än andra för att duga inför mig själv | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 4 | <input type="checkbox"/> | 5 |
| 7. Min självkänsla är alltför mycket beroende av vad jag åstadkommer i mitt arbete | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 4 | <input type="checkbox"/> | 5 |
| 8. Jag har känt ett inre tvång att åstadkomma något värdefullt genom mitt arbete | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 4 | <input type="checkbox"/> | 5 |

19. Här nedan är några ansikten som uttrycker olika känslor. Vilket ansikte uttrycker närmast hur Du upplever Din livskvalitet för närvarande (senaste veckan)?
Sätt ett kryss under en av figurerna

”Ansiktsskalan”



10. Vilken omfattning har Ditt arbete (anställning)?
(Räkna inte med hemarbete)

timmar per vecka

11. Är Du nöjd med omfattningen
av Din anställning?

Ja, jag är nöjd

 1

Nej, jag skulle vilja arbeta
fler timmar per vecka

 2

Nej, jag skulle vilja arbeta
färre timmar per vecka

 3

12. Arbetar Du utöver ovan angiven arbetstid
flera gånger per månad?

Ja

 1

Nej

 2

Om ja, hur många timmar i genomsnitt arbetar
Du utöver överenskommen arbetstid per månad?

timmar

13. Om ja, vad är anledningen till detta
(flera alternativ kan fyllas i)?

För att Du blivit beordrad till övertidsarbete

 1

För att det finns uppgifter som måste bli klara

 2

För att Du tycker att Ditt arbete är roligt och intressant

 3

Räknar med att det kan ge utdelning längre fram i form av befordran

 4

För att Du vill göra en extra bra insats för verksamhetens framtid

 5

För att Du vill gardera Dig mot att komma i ett sämre läge i framtiden
(t ex vid eventuella omorganisationer och personalnedskärningar)

 6

Annat

 7

14. Arbetar Du natt regelbundet?

Ja

 1

Nej

 2

15. Arbetar Du kväll regelbundet?

Ja

 1

Nej

 2

16. Arbetar du helg regelbundet?

Ja

 1

Nej

 2

17. Har Du jourtjänst/beredskapstjänst?

Ja

 1

Nej

 2

18. Är Du nöjd med förläggningen av Din arbetstid?

Ja

 1

Nej

 2

19. Har Du något inflytande över arbetstidens förläggning?

Ja

 1

Nej

 2

	Mycket sällan eller aldrig	Ganska sällan	Ibland	Mycket ofta eller alltid
20. Påverkar kraven i ditt arbete ditt hem- och familjeliv på ett negativt sätt?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
21. Påverkar kraven från ditt hem/din familj ditt arbete på ett negativt sätt?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
22. Var vänlig ta ställning till följande frågor om Dina arbetsvillkor:				
	Ja, ofta	Ja, ibland	Nej, sällan	Nej, så gott som aldrig
1. Kräver Ditt arbete att Du arbetar mycket fort?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Kräver Ditt arbete att Du arbetar mycket hårt?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Kräver Ditt arbete en för stor arbetsinsats?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. Har Du tillräckligt med tid för att hinna med arbetsuppgifterna?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Förekommer det ofta motstridiga krav i Ditt arbete?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. Får Du lära Dig nya saker i Ditt arbete?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7. Kräver Ditt arbete skicklighet?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8. Kräver Ditt arbete påhittighet?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9. Innebär Ditt arbete att man gör samma saker om och om igen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10. Har Du frihet att bestämma hur Ditt arbete ska utföras?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11. Har Du frihet att bestämma vad som ska utföras i Ditt arbete?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
23. Hur stämmer kraven i Ditt arbete med Dina egna kunskaper och färdigheter?				
Kraven är högre än mina kunskaper och färdigheter	<input type="checkbox"/> 1			
Kraven motsvarar mina kunskaper och färdigheter	<input type="checkbox"/> 2			
Kraven är lägre än mina kunskaper och färdigheter	<input type="checkbox"/> 3			

24. Fråga om skicklighet i arbetet

	Mycket sällan eller aldrig	Ganska sällan	Ibland	Ganska ofta	Mycket ofta eller alltid
1. Är Du nöjd med kvaliteten på det arbete du gör?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Är Du nöjd med den mängd arbete Du gör?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Är Du nöjd med Din förmåga att lösa problem i arbetet?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Är Du nöjd med Din förmåga att upprätthålla ett gott förhållande till Dina arbetskamrater?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Får Du information om kvaliteten på det arbete Du utför?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Kan du själv direkt avgöra om Du gör ett bra arbete?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

25. Känner Du att Dina arbetsinsatser uppskattas som ett led i att verksamheten skall fungera bra?

	Inte alls	I ganska liten grad	I viss mån	I hög grad	Ej aktuellt
Av överordnade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Av underordnade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Av arbetskamrater	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Av kunder, patienter, klienter, elever eller motsvarande	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

26. Upplever Du ett i stort sett väl fungerande ledarskap?

	Inte alls	I ganska liten grad	I viss mån	I hög grad	Ej aktuellt	Vet ej
Från Din närmaste chef	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Från den administrativa ledningen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Från den politiska ledningen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

27. Vilket ansvar och vilka skyldigheter anser Du att Du har som anställd?

	Ingen skyldighet	Viss skyldighet	Något däremellan	Stor skyldighet	Absolut skyldighet
1. Att acceptera förflyttning till annan ort om arbetsgivaren ser det som nödvändigt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Att acceptera ett byte av arbete inom arbetsplatsen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Att vara en bra medlem i arbetsgruppen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Att frivilligt åta sig extraarbete utöver ordinarie arbetsuppgifter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Att arbeta extra timmar om det krävs för att klara arbetet	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

28. Vilket ansvar och vilka skyldigheter anser Du att Din arbetsgivare har?

1. Att erbjuda stimulerande arbetsuppgifter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Att ge möjligheter till fortbildning	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Att skapa ett bra arbetsklimat	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Att ge uppskattning för mitt arbete	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Att ha öppna , klara och direkta kommunikationskanaler	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Att ge anställningstrygghet	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

29. Fråga om rollförväntningar

	Mycket sällan eller aldrig	Ganska sällan	Ibland	Ganska ofta	Mycket ofta eller alltid
1. Finns det klart definierade mål för Ditt arbete?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Vet Du vilket ansvarsområde Du har?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Vet Du precis vad som krävs av Dig i arbetet?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Måste Du utföra saker som Du tycker skulle göras annorlunda?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Får Du arbetsuppgifter utan att få de resurser som behövs för att utföra dem?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Ställs det oförenliga krav på Dig från två eller flera personer?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Innefattar Ditt arbete arbetsuppgifter som är i konflikt med Dina personliga värderingar?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Var vänlig ta ställning till följande påståenden:

30. Jag får veta när arbetet går bra lika väl som när det går dåligt:

	Ja ofta	Ja, ibland	Nej sällan	Nej, så gott som aldrig	Ej aktuellt
1. Av arbetskamrater	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Av överordnade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Av underordnade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Av patienter/elever/klienter/kunder	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

31. Många på min arbetsplats tycker att de får orättvis kritik

1. Av arbetskamrater	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Av överordnade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Av underordnade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Av patienter/elever/klienter/kunder	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

32. På min arbetsplats finns inbördes konkurrens och avundsjuka

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

- | | Ja ofta | Ja, ibland | Nej sällan | Nej, så gott som aldrig |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 33. Misslyckas någon på arbetsplatsen pekar vi ut en syndabock. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 34. På min arbetsplats sopar vi konflikter under mattan. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 35. På min arbetsplats motverkas initiativ utan att man förstår varför. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

36. Vad tycker Du att arbetsledningen förmedlar till de anställda som viktigt för att verksamheten ska fungera bra?

- | | Inte så viktigt | Ganska viktigt | Mycket viktigt |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Att vi tar itu med de problem som uppstår i arbetet | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 2. Att det är lugnt och konfliktfritt på arbetsplatsen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 3. Att det är ordning och reda | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 4. Att det finns arbetsglädje | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 5. Att sammanhållningen och stämningen bland personalen är god | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 6. Att vi litar på varann att vi gör vårt bästa | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 7. Att verksamheten är lönsam | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 8. Att vi håller nere kostnader så mycket som möjligt | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 9. Att arbetet flyter utan större avbrott | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 10. Att vi är flexibla och kan anpassa oss till nya förutsättningar | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 11. Att vi har hög kvalitet i det vi gör | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 12. Att vi hela tiden förbättrar och utvecklar verksamheten | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 13. Att arbetsplatsen har gott rykte utåt | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 14. Att arbetet utförs så att "kunderna" (eller motsvarande) blir nöjda | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |

37. Hur är stämningen på Din arbetsplats?

	Stämmer	Stämmer ganska bra	Stämmer inte så bra	Stämmer inte alls	
1. Det är lugn och behaglig stämning på min arbetsplats	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
2. Det är god sammanhållning	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
3. Mina arbetskamrater ställer upp för mig	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
4. Man har förståelse för att jag kan ha en dålig dag	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Ej aktuellt
5. Jag kommer bra överens med mina överordnade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Jag trivs bra med mina underordnade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Jag trivs bra med mina arbetskamrater	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

38. Har Du någon person på arbetet som Du fullständigt litar på och kan vända Dig till i riktigt svåra situationer på arbetet?

Nej	<input type="checkbox"/> 1
Ja, en överordnad	<input type="checkbox"/> 2
Ja, en underordnad	<input type="checkbox"/> 3
Ja, en arbetskamrat	<input type="checkbox"/> 4

39. Är Du utsatt för våld eller hot om våld i Ditt arbete?

Varje dag	<input type="checkbox"/> 1
Ett par gånger i veckan	<input type="checkbox"/> 2
En gång i veckan	<input type="checkbox"/> 3
Ett par gånger i månaden	<input type="checkbox"/> 4
Ett par gånger per år	<input type="checkbox"/> 5
Aldrig	<input type="checkbox"/> 6

40. Känner Du Dig utfrusen av vissa chefer t ex genom att de utesluter Dig från information, inte hälsar eller svarar på frågor?

Ja, i hög grad	<input type="checkbox"/> 1
I viss mån	<input type="checkbox"/> 2
Nej inte särskilt	<input type="checkbox"/> 3
Nej, inte alls	<input type="checkbox"/> 4

44. Hur har Du påverkats av förändringarna som gjorts på arbetsplatsen under det senaste 12 månaderna?

	Instämmer helt	Instämmer delvis	Instämmer ej
1. Det är utvecklande och lärorikt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. Jag kan inte utföra mina arbetsuppgifter så bra som jag skulle vilja	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. Jag blir osäker på om min kompetens räcker	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. Det innebär nya möjligheter för mig	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5. Jag blir osäker om jag orkar med	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. Det blir jobbiga konflikter på arbetsplatsen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7. Jag blir osäker på om jag får vara kvar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

45. Hur bedömer Du Dina möjligheter, att få ett annat arbete med i stort sett samma arbetsvillkor och lönenivå utan att behöva flytta?

Stora möjligheter	<input type="checkbox"/> 1
Vissa möjligheter	<input type="checkbox"/> 2
Små möjligheter	<input type="checkbox"/> 3
Inga möjligheter	<input type="checkbox"/> 4

46. Hur kroppsligt ansträngande upplever Du vanligtvis Ditt arbete? Kryssa för aktuell siffra på skalan. 6 innebär ingen ansträngning alls, t ex ligga på sängen. 20 är maximal ansträngning, t ex springa det fortaste man kan längre sträcka.

<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 7 Mycket, mycket lätt
<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> 9 Mycket lätt
<input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> 11 Ganska lätt
<input type="checkbox"/> 12
<input type="checkbox"/> 13 Något ansträngande
<input type="checkbox"/> 14
<input type="checkbox"/> 15 Ansträngande
<input type="checkbox"/> 16
<input type="checkbox"/> 17 Mycket ansträngande
<input type="checkbox"/> 18
<input type="checkbox"/> 19 Mycket, mycket ansträngande
<input type="checkbox"/> 20

47. Utför Du tunga lyft (mer än 10 kg) eller förflyttningar i Ditt arbete?

Nästan aldrig
1–5 ggr/dag
6–10 ggr/dag
Mer än 10 ggr/dag

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4

48. Arbetar Du med framåtböjd rygg?

Nästan aldrig
1–30 min/dag
31–60 min/dag
Mer än 60 min/dag

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4

49. Hur stor del av en vanlig arbetsdag arbetar Du med dator?

Nästan aldrig
Mindre än 2 timmar/dag
2–4 timmar/dag
Mer än 4 timmar/dag

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4

50. Innebär Ditt arbete att Dina händer kommer i kontakt med vatten och rengöringsmedel?

Nej inte alls
Mindre än 30 min/dag
30 min–2 tim/dag
Mer än 2 tim/dag

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4

51. Hur stor del av en vanlig arbetsdag arbetar Du med handhållna vibrerande verktyg?

Nästan aldrig
5–30 min/dag
31–60 min/dag
Mer än 60 min/dag

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4

52. Hur stor del av en vanlig arbetsdag arbetar Du med armarna ovan axelhöjd?

Nästan aldrig
5–30 min/dag
31–60 min/dag
Mer än 60 min/dag

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4

Frågorna 54–58 besvaras enbart av personer som arbetar inom vård och omsorg.
Frågorna 59–60 besvaras enbart av personer som arbetar som lärare.
Övriga kan gå till fråga 61.

TILL VÅRDPERSONAL

54. Hur många gånger i genomsnitt under en normal arbetsdag lyfter eller förflyttar Du en patient?
- | | | |
|--|--------------------------|---|
| Nästan aldrig
(Gå vidare till fråga 57) | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 1–5 ggr/dag | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 6–10 ggr/dag | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Mer än 10 ggr/dag | <input type="checkbox"/> | 4 |
55. Använder Du lyfthjälpmiddel när Du lyfter eller förflyttar en patient?
- | | | |
|--------|--------------------------|---|
| Ofta | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Ibland | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Sällan | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Aldrig | <input type="checkbox"/> | 4 |
56. Händer det att Du lyfter eller förflyttar en patient ensam, fast ni borde vara två?
- | | | |
|--------|--------------------------|---|
| Ofta | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Ibland | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Sällan | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Aldrig | <input type="checkbox"/> | 4 |
57. Ta ställning först till hur väl du instämmer med följande påståenden och därefter hur betydelsefullt du anser att det är för vårdkvalitén.
- Patienterna/omsorgstagarna får**
- | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | Stämmer inte alls | Stämmer något så när | Stämmer ganska bra | Stämmer precis |
| a) uppleva att de bemöts med respekt och blir tagna på allvar | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| | Av ingen betydelse | Av liten betydelse | Av stor betydelse | Av allra största betydelse |
| | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

b) uppleva att deras anhöriga och vänner bemöts på ett positivt sätt

Stämmer inte alls	Stämmer något så när	Stämmer ganska bra	Stämmer precis
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Av ingen betydelse	Av liten betydelse	Av stor betydelse	Av allra största betydelse
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

c) veta vilka som är ansvariga för deras behandling, vård och omsorg

Stämmer inte alls	Stämmer något så när	Stämmer ganska bra	Stämmer precis
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Av ingen betydelse	Av liten betydelse	Av stor betydelse	Av allra största betydelse
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

58. Är Du i stort sett nöjd med den vård och omsorg som Du kan erbjuda patienter eller vårdtagare/klienter på Din arbetsplats?

Ofta	Ibland	Sällan	Aldrig
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

TILL LÄRARE

59. Anser Du att Du arbetar i en organisation där eleverna ges god undervisning?

Ja, för det mesta	<input type="checkbox"/> 1
Ja, i viss mån	<input type="checkbox"/> 2
Nej, sällan	<input type="checkbox"/> 3

60. Anser Du att Du arbetar i en organisation där eleverna får den sociala omsorg de behöver?

Ja, för det mesta	<input type="checkbox"/> 1
Ja, i viss mån	<input type="checkbox"/> 2
Nej, sällan	<input type="checkbox"/> 3

