

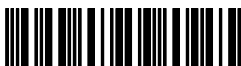
Vi har brug for dit svar

Arbejds miljø og helbred i Danmark

Spørgeskemaundersøgelse 2018



Det Nationale Forskningscenter
for Arbejds miljø



Sådan svarer du på skemaet

Kære deltager

Tak for at du vil svare på undersøgelsen, der drejer sig om dit helbred og arbejdsmiljø. Undersøgelsen dækker hele landet, og dit svar er vigtigt. Det tager et kvarter at svare.

Ved langt de fleste spørgsmål skal du skrive ét tal eller sætte ét kryds ud for svaret, der passer bedst. Hvis du fortryder et kryds, fylder du hele firkanten ud og sætter et nyt kryds. Et eksempel på et spørgsmål med ét kryds i hver linje er:

I hvilken grad er du bekymret for, ...	I meget høj grad	I høj grad	Delvist	I ringe grad	I meget ringe grad
at du bliver arbejdsløs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
at du mod din vilje forflyttes til andet arbejde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Et andet eksempel på et spørgsmål med ét kryds er spørgsmålet om helbred:

Hvordan synes du, at dit helbred er alt i alt?	
Fremragende	<input type="checkbox"/>
Vældig godt	<input type="checkbox"/>
Godt	<input type="checkbox"/>
Mindre godt	<input type="checkbox"/>
Dårligt	<input type="checkbox"/>

Der er nogle få spørgsmål, hvor du kan sætte flere kryds. Der står altid tydeligt, hvis du kan sætte flere kryds – ellers skal du kun sætte ét kryds.

Når du er færdig med et spørgsmål, skal du fortsætte med det næste. Der er nogle steder, hvor du skal fortsætte et bestemt sted næste gang. Det står tydeligt ud for det spørgsmål, du har svaret på. For eksempel til højre for denne side - side 3 - hvor der er pile til de to grønne kasser, afhængig af om du er i arbejde eller ikke er i arbejde. Under de to grønne kasser står, hvor du skal fortsætte næste gang.

Fortrolighed

Alle svar bliver behandlet fortroligt. Ingen vil kunne genkendes bagefter i tabellerne fra undersøgelsen.

Spørgsmål

Hvis du har spørgsmål så ring meget gerne på 80 30 22 02 eller mail til DitSvar@dst.dk – så vil vi svare dig så hurtigt som muligt. Når du er færdig, kan du sende skemaet i vedlagte frankerede kuvert til Danmarks Statistik.

Endnu en gang tak for hjælpen



Din beskæftigelse

Hvad er din beskæftigelse i øjeblikket?

Du er i arbejde



Almindelig lønmodtager

Lønmodtager med personale-
ansvar

Selvstændig

Medhjælpende ægtefælle

Studerende i arbejde med
mindst 8 timer pr. uge

Elev/lærling (lære- eller
praktikplads)

I aktivering (fx virksomheds-
praktik, job med løntilskud,
vejledning og opkvalificering

Skånejob, flexjob

Værnepligt



Fortsæt på næste side

Du er ikke i arbejde



Under uddannelse (skoleelev
eller studerende uden fritidsjob
eller med fritidsjob under 8
timer pr. uge)

Langtidssyg eller under reva-
lidering

Hjemmegående

Arbejdsløs på dagpenge

Arbejdsløs på kontanthjælp

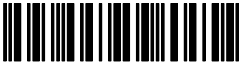
På efterløn eller førtidspension

Har orlov

Andet, der ikke er arbejde



Fortsæt på side 18



Hvor mange timer om ugen arbejder du i din hoved-
beskæftigelse inklusive eventuelle ekstratimer?

Antal hele timer

Hvor mange timer arbejder du i gennemsnit hjemme
om ugen (ud af din samlede angivne arbejdstid
ovenfor)?

Antal hele timer

Hvor lang transporttid har du til arbejde på en typisk
arbejdsdag?

Antal minutter i alt

Hvor længe har du været ansat på den arbejdsplads, hvor du arbejder?

- Under 3 måneder
- 3 måneder - mindre end 1 år
- 1 år - mindre end 3 år
- 3 år - mindre end 5 år
- 5 år - mindre end 10 år
- 10 år eller mere

**På hvilket tidspunkt af døgnet arbejder du sædvanligvis i din hoved-
beskæftigelse?**

- Fast dagarbejde (overvejende mellem kl. 06 og 18)
- Fast aftenarbejde (overvejende mellem kl. 15 og 24)
- Fast natarbejde (overvejende mellem kl. 24 og 05)
- Skiftende arbejdstider med natarbejde
- Skiftende arbejdstider uden natarbejde

I hvilken grad er du bekymret for, ...

I meget I høj I ringe I meget
høj grad grad Delvist grad ringe
grad

- at du bliver arbejdsløs?
- at du mod din vilje forflyttes til andet arbejde?



Arbejdets planlægning og tilrettelæggelse

I hvilken grad ...	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke	
er holdningen på din arbejdsplads, at arbejdsmiljøet skal være bedre, end reglerne kræver?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
prioriterer din arbejdsplads forebyggelse af arbejdsmiljøproblemer højt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
bliver medarbejderne på din arbejdsplads involveret i beslutninger, som påvirker deres arbejdsmiljø?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hvor ofte ...	Altid	Ofte	Somme- tider	Sjæld- ent	Aldrig	Har ingen leder
forklarer din nærmeste leder dig virksomhedens mål, så du forstår, hvad de betyder for dine opgaver?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
har du tilstrækkelige beføjelser i forhold til det ansvar, du har i dit arbejde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tager din nærmeste leder sig tid til at engagere sig i din faglige udvikling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
involverer din nærmeste leder dig i tilrettelæggelsen af dit arbejde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
giver din nærmeste leder dig den nødvendige feedback (ris og ros) for dit arbejde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bliver dit arbejde anerkendt og påskønnet af ledelsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
får du den hjælp og støtte, du har brug for fra din nærmeste leder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kan man stole på de udmeldinger, der kommer fra ledelsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Hvor ofte ...	Somme- Sjæld- Al-				
	Altid	Ofte	tider	ent	drig
bliver alle medarbejdere, der påvirkes betydeligt af en given beslutning, hørt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bliver alle medarbejdere behandlet retfærdigt på arbejdspladsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anerkender du og dine kolleger hinanden i arbejdet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hjælper du og dine kolleger hinanden med at opnå det bedst mulige resultat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tages der hensyn til medarbejdere med færre kræfter (fx ældre eller syge) på din arbejdsplads?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
samarbejder du og dine kolleger, når der opstår problemer, der kræver løsninger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
har du indflydelse på, hvordan du løser dine arbejdsopgaver?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
har du indflydelse på, hvornår du løser dine arbejdsopgaver?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gør du og dine kolleger en indsats for at forbedre arbejdsmiljøet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
har du i dit arbejde kontakt til personer, der befinder sig i vanskelige situationer (personer, der fx er ramt af alvorlig sygdom, ulykke, sorg, krise eller sociale problemer)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bliver du følelsesmæssigt berørt af dit arbejde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
får du den information, du behøver for at udføre dit arbejde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
får du den vejledning og instruktion, du behøver for at udføre dit arbejde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ved du helt klart, hvad der er dine arbejdsopgaver?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bliver der stillet modsatrettede krav til dig i dit arbejde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Har du inden for det sidste år fået tilbud om følgende sundhedsfremme via din arbejdsplads?

	Nej, ikke fået tilbuddet	Ja, tilbudt		Hvis tilbud: Har du benyttet tilbuddet?		
		i arbejdstiden	uden for arbejdstiden	Nej	Ja	
Rygestop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sund kost eller kostvejledning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motionsfaciliteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Små motionsaktiviteter i dagligdagen (fx elastikøvelser, rygøvelser el.lign.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlingsordning (fysioterapi, psykolog el.lign.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sundhedstjek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Engagement i arbejdet

I hvilken grad ...	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	I meget ringe grad
giver dit arbejde dig selvtillid og arbejdsglæde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
synes du, dine arbejdsopgaver er interessante og inspirerende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
er dit arbejde vigtigt for dig (ud over indkomsten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
føler du dig veloplagt, når du er på arbejde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bliver du opslugt af dine arbejdsopgaver?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Arbejde og privatliv

Hvor ofte ...	Somme- Sjæld- Al-				
	Altid	Ofte	tider	ent	drig
oplever du, at du har nok tid til dine arbejdsopgaver?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
er det nødvendigt at holde et højt arbejdstempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
har du tidsfrister, som er svære at holde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
får du uventede arbejdsopgaver, der sætter dig under tidspres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
står du til rådighed uden for normal arbejdstid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
er det nødvendigt at arbejde over?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oplever du, at dit arbejde tager så meget af din <u>energi</u> , at det går ud over privatlivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oplever du, at dit arbejde tager så meget af din <u>tid</u> , at det går ud over privatlivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor ofte inden for den sidste måned har du ...	Somme- Sjæld- Al-				
	Altid	Ofte	tider	ent	drig
følt, at du var ude af stand til at styre vigtige ting i dit liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
følt, at vanskelighederne på arbejdet hobede sig sådan op, at du ikke kunne klare dem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
følt dig sikker på dine evner til at klare vanskeligheder på arbejdet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
følt, at tingene på arbejdet udviklede sig, som du ønskede det?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Negative oplevelser på arbejdspladsen

Har du inden for de sidste 12 måneder haft skænderier eller konflikter med nogen på din arbejdsplads?

- Ja, dagligt
- Ja, ugentligt
- Ja, månedligt
- Ja, sjældnere
- Nej, aldrig

Hvem havde du skænderier eller konflikter med?

Gerne flere kryds

- Kolleger
- Ledere
- Underordnede
- Kunder, klienter, patienter, elever m.fl.

Har du inden for de sidste 12 måneder været udsat for mobning¹ på din arbejdsplads?

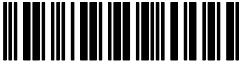
- Ja, dagligt
- Ja, ugentligt
- Ja, månedligt
- Ja, sjældnere
- Nej, aldrig

Hvem udsatte dig for mobning?

Gerne flere kryds

- Kolleger
- Ledere
- Underordnede
- Kunder, klienter, patienter, elever m.fl.

1. (Dvs. når en eller flere personer regelmæssigt og over længere tid - eller gentagne gange på grov vis - udsætter én eller flere andre personer for krænkende handlinger, som vedkommende opfatter som sårende eller nedværdigende).



Har du inden for de sidste 12 måneder været vidne til, at nogen på din arbejdsplads er blevet udsat for mobning?

- Ja, dagligt
- Ja, ugentligt
- Ja, månedligt
- Ja, sjældnere
- Nej, aldrig

Hvem mobbede?	Gerne flere kryds
Kolleger	<input type="checkbox"/>
Ledere	<input type="checkbox"/>
Underordnede	<input type="checkbox"/>
Kunder, klienter, patienter, elever m.fl.	<input type="checkbox"/>

Har du inden for de sidste 12 måneder været udsat for fysisk vold på din arbejdsplads?

- Ja, dagligt
- Ja, ugentligt
- Ja, månedligt
- Ja, sjældnere
- Nej, aldrig

Hvem udsatte dig for fysisk vold?	Gerne flere kryds
Kolleger	<input type="checkbox"/>
Ledere	<input type="checkbox"/>
Underordnede	<input type="checkbox"/>
Kunder, klienter, patienter, elever m.fl.	<input type="checkbox"/>

Har du inden for de sidste 12 måneder været udsat for trusler om vold på din arbejdsplads?

- Ja, dagligt
- Ja, ugentligt
- Ja, månedligt
- Ja, sjældnere
- Nej, aldrig

Hvem udsatte dig for trusler om vold?	Gerne flere kryds
Kolleger	<input type="checkbox"/>
Ledere	<input type="checkbox"/>
Underordnede	<input type="checkbox"/>
Kunder, klienter, patienter, elever m.fl.	<input type="checkbox"/>



Har du inden for de sidste 12 måneder været udsat for seksuel chikane på din arbejdsplads?

- Ja, dagligt
- Ja, ugentligt
- Ja, månedligt
- Ja, sjældnere
- Nej, aldrig

Hvem udsatte dig for seksuel chikane?	Gerne flere kryds
Kolleger	<input type="checkbox"/>
Ledere	<input type="checkbox"/>
Underordnede	<input type="checkbox"/>
Kunder, klienter, patienter, elever m.fl.	<input type="checkbox"/>

Ulykker, sikkerhed og arbejdsmiljø

Har du inden for de sidste 12 måneder været udsat for en eller flere arbejdsulykker, som medførte mere end én dags fravær?

- Ingen ulykker
- 1 ulykke
- 2 ulykker
- 3 ulykker
- 4 eller flere ulykker ..

Er du enig eller uenig i følgende udsagn om sikkerheden på din arbejdsplads?

Meget Meget
enig Enig Uenig uenig vant

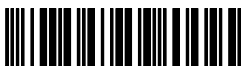
Jeg får den nødvendige vejledning og instruktion i sikker udførelse af arbejdet

Ledelsen opmuntrer medarbejderne til at arbejde sikkert, selv når arbejdsplanen er stram

Ledelsen inddrager medarbejderne i beslutninger vedrørende sikkerhed

Vi hjælper hinanden med at arbejde sikkert, selv når arbejdsplanen er stram

Vi mener, at mindre ulykker er en normal del af det daglige arbejde



Støj, vibrationer og vådt arbejde

Hvor stor en del af din arbejdstid er du udsat for ...

Næsten hele tiden	Ca. 3/4 af tiden	Ca. 1/2 af tiden	Ca. 1/4 af tiden	Sjældent	Aldrig
-------------------	------------------	------------------	------------------	----------	--------

støj, der forstyrrer dig i dit arbejde (fx andre menneskers tale, ventilation, trafik)?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

støj, der er så høj, at du må råbe for at tale sammen med en, der står lige ved siden af dig?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

støj, der er så kraftig, at du føler, at du er nødt til at beskytte dine ører imod støjen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

kraftige vibrationer, der rammer hele kroppen (fx fra traktor, truck el.lign.)?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

at have våde eller fugtige hænder?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

hudkontakt med kemikalier (fx rengøringsmidler og desinfektionsmidler)?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

organisk støv (fx tekstilstøv, træstøv, melstøv, dyre- eller halmstøv)?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

mineral- eller metalstøv (fx sten, kvarts cemenet, asbest, mineraluld, slibestøv)?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

gasser og dampe (fx svejserøg, udstødning, olie, ammoniak, saltsyre, klor, nitrøse oxider, formaldehyd)?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Din fysiske aktivitet på arbejde

Hvor fysisk hårdt opfatter du normalt dit nuværende arbejde?

Sæt kun ét kryds på skalaen fra 0 til 10.

Ikke hårdt

Maksimalt hårdt

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10



Hvor stor en del af din arbejdstid ...	Næsten hele tiden	Ca. 3/4 af tiden	Ca. 1/2 af tiden	Ca. 1/4 af tiden	Sjældent	Aldrig
sidder du?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
går eller står du?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
arbejder du med ryggen vredet eller foroverbøjet uden at støtte med hænder og arme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
har du armene løftet i eller over skulderhøjde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gør du de samme armbevægelser mange gange i minuttet, fx pakkearbejde, montering, maskinfødning, udskæring? ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sidder du på hug eller ligger på knæ, når du arbejder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
skubber eller trækker du?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bærer eller løfter du?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortset næste side

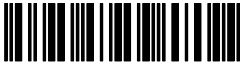
Hvis du bærer eller løfter:

Hvad vejer det, du bærer eller løfter, typisk?

- Under 5 kg
- 5-15 kg
- 16-29 kg
- 30 kg eller derover ..

Hvor ofte ...

	Altid	Oft	Somme- tider	Sjældent	Aldrig
finder du de typiske løft i dit arbejde anstrengende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anvender du hjælpemidler, når det er nødvendigt, under løft eller flytning af ting eller personer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sker det, at du alene løfter eller flytter ting eller personer, selv om der egentlig burde være to om det?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Generel jobtilfredshed

Hvor tilfreds er du med dit job som helhed, alt taget i betragtning?

- Meget tilfreds
- Tilfreds
- Hverken tilfreds eller utilfreds
- Utilfreds
- Meget utilfreds

Din arbejdsevne

Forestil dig, at din arbejdsevne er 10 point værd, når den er bedst.
Hvor mange point vil du give din nuværende arbejdsevne?

Ude af stand til at arbejde											Bedste arbejdsevne	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

I det følgende spørgsmål skal du skelne mellem fysiske og psykiske krav i arbejdet.

Frem- ragende	Særdeles god	God	Nogen- lunde	Dårlig
------------------	-----------------	-----	-----------------	--------

Hvordan vurderer du din nuværende arbejds-
evne i forhold til de fysiske krav i dit arbejde?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

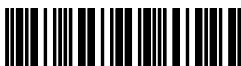
Hvordan vurderer du din nuværende arbejds-
evne i forhold til de psykiske krav i dit arbejde?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Hvornår planlægger du at trække dig tilbage fra arbejdsmarkedet?

Jeg planlægger at holde op, når jeg er ...

yngre end 60 år	60 år	61 år	62 år	63 år	64 år	65 år	66 år eller ældre	Jeg har ikke besluttet mig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Velbefindende, træthed og søvn

Hvor træt er du efter en typisk arbejdsdag?

Ikke træt

Lidt træt

Noget træt

Meget træt

Helt udmattet

Hvor mange timer har du sovet gennemsnitligt i døgnnet inden for de sidste 4 uger?

Ca. 5 timer eller mindre

Ca. 6 timer

Ca. 7 timer

Ca. 8 timer

Ca. 9 timer

Ca. 10 timer eller mere

Hvor ofte ...

Somme- Sjæld- Al-
Altid Ofte tider ent drig

er du vågnet flere gange og har haft svært ved at falde i søvn igen inden for de sidste 4 uger?

har du følt, at du ikke var udhvilet, når du vågnede inden for de sidste 4 uger?

har du følt dig træt i løbet af dagen inden for de sidste 4 uger?



Hvor stor en del af tiden i de sidste 4 uger ...

	Hele tiden	Det meste af tiden	En hel del af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
har du følt dig veloplagt og fuld af liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
har du været meget nervøs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
har du været så langt nede, at intet kunne opmuntre dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
har du følt dig rolig og afslappet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
har du været fuld af energi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
har du følt dig trist til mode?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
har du følt dig udslidt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Smerte

Hvor ofte har du haft smerter inden for de sidste 3 måneder?

- Dagligt
- En eller flere gange om ugen
- Et par gange om måneden ..
- Enkelte gange
- Slet ikke

Fortset side 18

Har du på grund af smerter været begrænset på dit arbejde inden for de sidste 3 måneder?

- Nej
- Ja, lidt
- Ja, en del
- Ja, meget



Har du inden for de sidste 3 måneder haft smerter i ...

Ja Nej

maven?

brystet?

hofterne?

knæene?

armene og/eller håndleddene?

nakke og/eller skuldre?

lænden?

andre steder?

Angiv graden af den værste smerte, du har haft i nakke eller skuldre inden for de sidste 3 måneder:



Slet
ingen
smerte

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Værst
mulige
smerte

Angiv graden af den værste smerte, du har haft i lænden inden for de sidste 3 måneder:



Slet
ingen
smerte

0

1

2

3

4

5

6

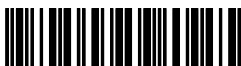
7

8

9

10

Værst
mulige
smerte



Herfra skal alle svare - først om helbred

Hvordan synes du, at dit helbred er alt i alt?

Fremragende

Vældig godt

Godt

Mindre godt

Dårligt

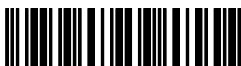
Er du, eller har du, inden for det sidste år været i behandling for en eller flere af følgende sygdomme?

	Ja	Nej
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (alle typer sukkersyge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Åreforkalkning eller blodprop i hjertet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodprop i hjernen (hjerneblødning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kræft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedsat hørelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rygsygdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migræne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anden langvarig sygdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du inden for de sidste 12 måneder haft en sygdom, som skyldtes dit arbejde?

Ja

Nej.....



Har du inden for de sidste 12 måneder haft hudproblemer på hænderne?
Kløe, røde knopper, røde plamager, tør og revnet hud og/eller små vandblærer.

Ja, en uge eller mere

Ja, nogle dage.....

Nej.....

**Hvor stor en del af tiden
i de sidste 2 uger ...**

	Hele tiden	Det meste af tiden	En hel del af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
har du følt dig trist til mode, ked af det?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
har du manglet interesse for dine daglige gøremål?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
har du følt, at du manglede energi og kræfter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
har du haft mindre selvtillid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
har du haft dårlig samvittighed eller skyldfølelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
har du følt, at livet ikke var værd at leve?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
har du haft besvær med at koncentrere dig, fx om at læse avis eller følge med i fjernsyn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
har du følt dig rastløs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
har du følt dig stille eller fåmælt? ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
har du haft besvær med at sove om natten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
har du haft nedsat appetit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
har du haft øget appetit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



I de sidste 4 uger, hvor meget har du været generet af ...

	Særdeles meget	En hel del	Noget	Lidt	Slet ikke
at du pludselig bliver bange uden grund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nervøsitet eller indre uro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anfald af rædsel eller panik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
at bekymre dig for meget?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor ofte har du følt dig stresset i de sidste 2 uger?

- Hele tiden
- Ofte
- Sommetider
- Sjældent
- Aldrig

Hvad var den vigtigste kilde til din stress?

- Arbejde
- Privatliv
- Både arbejde og privatliv



Dig selv og dine vaner

Hvor høj er du?

Antal cm.

Hvor meget vejer du?

Antal kg.

Ryger du?

Jå, dagligt

Jå, af og til

Har røget, men ryger ikke mere

Nej, har aldrig røget

Hvor meget ryger du om dagen i gennemsnit?

Cigaretter, cigarer, cerutter, pibestop pr. dag.

Mindre end 5

5-9

10-14

15 eller derover

Hvor mange genstande alkohol drikker du pr. dag i gennemsnit ...

1 genstand = 1 flaske øl, 1 glas vin eller 4 cl. spiritus

på hverdage (mandag til torsdag)?

0	1	2	3-4	5 eller derover
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

i weekenden (fredag, lørdag og søndag)?



Hvor meget tid har du i gennemsnit brugt på hver af følgende fritidsaktiviteter i det sidste år?

Medregn også løb, cykling eller gang til og fra arbejde.

Gang, cykling eller anden lettere motion, hvor du ikke bliver forpustet eller sveder (fx søndagsture, lettere havearbejde)?

Over 4 timer pr. uge	2-4 timer pr. uge	Under 2 timer pr. uge	Dyrker ikke denne aktivitet
----------------------	-------------------	-----------------------	-----------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Motionsidræt, tungt havearbejde eller hurtig gang/cykling, hvor du sveder og bliver forpustet?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

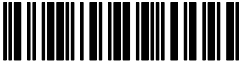
Hård træning eller konkurrenceidræt?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Hvor mange arbejdsdage med sygdomsfravær har du i alt haft inden for det sidste år?

--	--	--

Antal dage



**Du er nu færdig med
spørgeskemaet.**

**Send venligst skemaet i vedlagte
svarkuvert til Danmarks Statistik,
Sejrøgade 11, 2100 København Ø.**

Mange tak for hjælpen.



**Du kan finde resultater
og information om
undersøgelsen om
arbejdsmiljø og helbred
i Danmark på
www.nfa.dk**



**Det Nationale Forskningscenter
for Arbejdsmiljø**