



Arbejds miljø og helbred i Danmark

Spørgeskemaundersøgelse 2014



Kære deltager

Tak fordi du vil bidrage til undersøgelsen. Du kan nu gå i gang med at besvare spørgeskemaet.

Hvad spørger vi om?

Spørgeskemaet indeholder en række spørgsmål om dit arbejdsmiljø og helbred.

Sådan gør du

Det tager ca. 15 minutter at svare på spørgeskemaet. De fleste spørgsmål kan du svare på ved at sætte et kryds.

Ved enkelte spørgsmål skal du skrive et tal.

Eksempel på talbesvarelse

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

3 8

Antal minutter i alt

Eksempel på afkrydsning

4. 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

Kommer du til at sætte krydset i en forkert boks, så fyld hele boksen ud og sæt krydset i den rigtige boks.

Fortroligt

Alle oplysninger bliver behandlet fortroligt. Du kan ikke identificeres i statistikker og analyser fra undersøgelsen.

Hvis du har spørgsmål, kan du kontakte Danmarks Statistik på tlf. 80 30 22 02 mellem kl. 9-15 på hverdage, eller på email interview@dst.dk. Husk at oplyse adgangskoden fra forsiden af skemaet.



Din beskæftigelse

1. Hvad er din beskæftigelse i øjeblikket?

(Sæt kun ét kryds)

Du er i arbejde

- Almindelig lønmodtager
- Lønmodtager med personaleansvar
- Selvstændig
- Medhjælpende ægtefælle
- Studerende i arbejde mindst 8 timer pr. uge
- Elev/lærling (lære- eller praktikplads)
- I aktivering (fx virksomhedspraktik, job med løntilskud, vejledning og opkvalificering)
- Skånejob, flexjob
- Værnepligt

Du er ikke i arbejde eller har orlov

- Under uddannelse (skoleelev eller studerende uden fritidsjob eller med fritidsjob under 8 timer pr. uge)
- Langtidssyg eller under revalidering
- Hjemmegående
- Arbejdsløs på dagpenge
- Arbejdsløs på kontanthjælp
- På efterløn eller førtidspension
- Har orlov
- Andet, der ikke er arbejde

Hvis du har angivet, at du **ikke er i arbejde eller har orlov**, skal du returnere spørgeskemaet uden at svare på resten af spørgsmålene. Tak for hjælpen.



2. Hvor mange timer om ugen arbejder du i din hovedbeskæftigelse inklusive eventuelle ekstratimer

Antal hele timer

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

Antal hele timer

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

Antal minutter i alt

4. 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

5. På hvilket tidspunkt af døgnet arbejder du sædvanligvis i din hovedbeskæftigelse?

- 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

6. I hvilken grad er du bekymret for, ...

(Sæt kun ét kryds i hver linje)

| I meget høj grad | I høj grad | I nogen grad | I ringe grad | I meget ringe grad |
|------------------|------------|--------------|--------------|--------------------|
|------------------|------------|--------------|--------------|--------------------|

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



Arbejdets planlægning og tilrettelæggelse

7. I hvilken grad ...

(Sæt kun ét kryds i hver linje)

| | I høj grad | I nogen grad | I ringe grad | Slet ikke | Ved ikke |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. 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"/> |
| 2. prioriterer din arbejdsplads forebyggelse af arbejdsmiljøproblemer højt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 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"/> |

8. Hvor ofte ...

(Sæt kun ét kryds i hver linje)

| | Altid | Ofte | Somme- tider | Sjæld- ent | Aldrig | Har ingen leder |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. 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"/> |
| 2. 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"/> |
| 3. 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"/> |
| 4. 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"/> |
| 5. 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"/> |
| 6. 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"/> |
| 7. 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"/> |
| 8. 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"/> |



9. Hvor ofte ...

(Sæt kun ét kryds i hver linje)

| | Altid | Ofte | Somme- tider | Sjæld- ent | Aldrig |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. 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"/> |
| 2. bliver alle medarbejdere behandlet retfærdigt på arbejdspladsen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. anerkender du og dine kolleger hinanden i arbejdet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. 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"/> |
| 5. 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"/> |
| 6. 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"/> |
| 7. har du indflydelse på, hvordan du løser dine arbejdsopgaver? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. har du indflydelse på, hvornår du løser dine arbejdsopgaver? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. 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"/> |
| 10. 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"/> |
| 11. bliver du følelsesmæssigt berørt af dit arbejde? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. 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"/> |
| 13. 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"/> |
| 14. ved du helt klart, hvad der er dine arbejdsopgaver? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. 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"/> |



10. Har du inden for det sidste år fået tilbud om følgende sundhedsfremme via din arbejdsplads - og har du benyttet tilbuddene?

| | Ja, tilbudt i arbejdstiden | | | Ja, tilbudt udenfor arbejdstiden | | Har du benyttet tilbuddet? | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| | Nej | Ja, tilbudt i arbejdstiden | Ja, tilbudt udenfor arbejdstiden | Nej | Ja | Nej | Ja |
| 1. Rygestop | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sund kost/kostvejledning | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Motionsfaciliteter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Små motionsaktiviteter i dagligdagen (fx elastikøvelser, rygøvelser el.lign.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Behandlingsordning (fysioterapi, psykolog el.lign.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Sundhedstjek | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Engagement i arbejdet

11. I hvilken grad ...

(Sæt kun ét kryds i hver linje)

| | I meget høj grad | I høj grad | I nogen grad | I ringe grad | I meget ringe grad |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. giver dit arbejde dig selvtillid og arbejdsglæde? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. synes du, dine arbejdsopgaver er interessante og inspirerende? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. er dit arbejde vigtigt for dig (ud over indkomsten)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. føler du dig veloplagt, når du er på arbejde? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. bliver du opslugt af dine arbejdsopgaver? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Arbejde og privatliv

12. Hvor ofte ...

(Sæt kun ét kryds i hver linje)

| | Altid | Ofte | Somme- tider | Sjæld- ent | Aldrig |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. 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"/> |
| 2. er det nødvendigt at holde et højt arbejdstempo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. har du tidsfrister, som er svære at holde? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. får du uventede arbejdsopgaver, der sætter dig under tidspres? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. står du til rådighed udenfor normal arbejdstid? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. er det nødvendigt at arbejde over? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. oplever du, at dit arbejde tager så meget af din <i>energi</i> , at det går ud over privatlivet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. oplever du, at dit arbejde tager så meget af din <i>tid</i> , at det går ud over privatlivet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

13. Hvor ofte inden for den sidste måned har du ...

(Sæt kun ét kryds i hver linje)

| | Altid | Ofte | Somme- tider | Sjæld- ent | Aldrig |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. 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"/> |
| 2. 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"/> |
| 3. 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"/> |
| 4. 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

14. 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 |
|-------------|---------------|---------------|---------------|-------------|

(Sæt kun ét kryds)

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

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

(Sæt gerne flere krydser)

1. Hvis ja, hvem havde du skænderier eller konflikter med?

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

15. Har du inden for de sidste 12 måneder været udsat for mobning på din arbejdsplads?

(Dvs., når én 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).

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

(Sæt kun ét kryds)

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

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

(Sæt gerne flere krydser)

1. Hvis ja, hvem udsatte dig for mobning?

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



16. 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 |
|-------------|---------------|---------------|---------------|-------------|

(Sæt kun ét kryds)

| | | | |
|----------|--------|---------------|-------------------------------------------|
| Kolleger | Ledere | Under-ordnede | Kunder, klienter, patienter, elever m.fl. |
|----------|--------|---------------|-------------------------------------------|

(Sæt gerne flere krydser)

1. Hvis ja, hvem mobbede?

17. 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 |
|-------------|---------------|---------------|---------------|-------------|

(Sæt kun ét kryds)

| | | | |
|----------|--------|---------------|-------------------------------------------|
| Kolleger | Ledere | Under-ordnede | Kunder, klienter, patienter, elever m.fl. |
|----------|--------|---------------|-------------------------------------------|

(Sæt gerne flere krydser)

1. Hvis ja, hvem udsatte dig for fysisk vold?



18. 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 |
|-------------|---------------|---------------|---------------|-------------|

(Sæt kun ét kryds)

| | | | |
|----------|--------|---------------|-------------------------------------------|
| Kolleger | Ledere | Under-ordnede | Kunder, klienter, patienter, elever m.fl. |
|----------|--------|---------------|-------------------------------------------|

(Sæt gerne flere krydser)

1. Hvis ja, hvem udsatte dig for trusler om vold?

19. 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 |
|-------------|---------------|---------------|---------------|-------------|

(Sæt kun ét kryds)

| | | | |
|----------|--------|---------------|-------------------------------------------|
| Kolleger | Ledere | Under-ordnede | Kunder, klienter, patienter, elever m.fl. |
|----------|--------|---------------|-------------------------------------------|

(Sæt gerne flere krydser)

1. Hvis ja, hvem udsatte dig for seksuel chikane?



Ulykker, sikkerhed og arbejdsmiljø

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

(Sæt kun ét kryds)

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

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

(Sæt kun ét kryds i hver linje)

| | Meget enig | Enig | Uenig | Meget uenig | Ikke relevant |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Jeg får den nødvendige vejledning og instruktion i sikker udførelse af arbejdet ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ledelsen opmuntrer medarbejderne til at arbejde sikkert, selv når arbejdsplanen er stram | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ledelsen inddrager medarbejderne i beslutninger vedrørende sikkerhed | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Vi hjælper hinanden med at arbejde sikkert, selv når arbejdsplanen er stram ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Vi mener, at mindre ulykker er en normal del af det daglige arbejde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Støj, vibrationer og vådt arbejde

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

(Sæt kun ét kryds i hver linje)

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

- | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. 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"/> |
| 2. 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"/> |
| 3. 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"/> |
| 4. at have våde eller fugtige hænder? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. 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"/> |

Din fysiske aktivitet på arbejde

23. Hvor fysisk hårdt opfatter du normalt dit nuværende arbejde?

(Sæt kun ét kryds på skalaen fra 0 til 10)

| Ikke hårdt | | | | | | | | | | | Maksimalt hårdt |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| <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"/> | |



24. Hvor stor en del af din arbejdstid ...

(Sæt kun ét kryds i hver linje)

| | Næsten hele tiden | Ca. 3/4 af tiden | Ca. 1/2 af tiden | Ca. 1/4 af tiden | Sjældent | Aldrig |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. sidder du? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. går eller står du? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 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"/> |
| 4. 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"/> |
| 5. 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"/> |
| 6. 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"/> |
| 7. skubber eller trækker du? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. bærer eller løfter du? (Svarer du "Aldrig" på dette spørgsmål, skal du gå til spørgsmål 27) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Løft i dit arbejde

25. Hvad vejer det, du bærer eller løfter, typisk? (Sæt kun ét kryds)

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

26. Hvor ofte ...

(Sæt kun ét kryds i hver linje)

| | Altid | Ofte | Somme- tider | Sjæld-ent | Aldrig |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. finder du de typiske løft i dit arbejde anstrengende? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 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"/> |
| 3. 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

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

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

(Sæt kun ét kryds)

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

Din arbejdsevne

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

(Sæt kun ét kryds på skalaen fra 0 til 10)

Ude af stand til at arbejde

Bedste arbejdsevne

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <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"/> |

I de to følgende spørgsmål skal du skelne mellem henholdsvis fysiske og psykiske krav i arbejdet, når du vurderer din arbejdsevne.

29. Din arbejdsevne

(Sæt kun ét kryds i hver linje)

| | | | | |
|-------------|--------------|-----|------------|--------|
| Fremragende | Særdeles god | God | Nogenlunde | Dårlig |
|-------------|--------------|-----|------------|--------|

1. Hvordan vurderer du din nuværende arbejdsevne i forhold til de fysiske krav i dit arbejde?

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

2. Hvordan vurderer du din nuværende arbejdsevne i forhold til de psykiske krav i dit arbejde?

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

30. Hvornår planlægger du at trække dig tilbage fra arbejdsmarkedet?

(Sæt kun ét kryds)

| | | | | | | | | |
|-----------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------------------|----------------------------|
| 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 |
|-----------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------------------|----------------------------|

1. Jeg planlægger at holde op, når jeg er

| | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <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

31. Hvor træt er du efter en typisk arbejdsdag?

(Sæt kun ét kryds)

- Ikke træt
- Lidt træt
- Noget træt
- Meget træt
- Helt udmattet

32. Hvor mange timer har du sovet gennemsnitligt i døgnet inden for de sidste 4 uger?

(Sæt kun ét kryds)

- Ca. 5 timer eller mindre
- Ca. 6 timer
- Ca. 7 timer
- Ca. 8 timer
- Ca. 9 timer
- Ca. 10 timer eller mere

33. Hvor ofte ...

(Sæt kun ét kryds i hver linje)

1. er du vågnet flere gange og har haft svært ved at falde i søvn igen inden for de sidste 4 uger?
2. har du følt, at du ikke var udhvilet, når du vågnede inden for de sidste 4 uger?
3. har du følt dig træt i løbet af dagen inden for de sidste 4 uger?

| Altid | Ofte | Somme- tider | Sjæld- ent | Aldrig |
|-------|------|-----------------|---------------|--------|
|-------|------|-----------------|---------------|--------|

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



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

(Sæt kun ét kryds i hver linje)

| | Hele tiden | Det meste af tiden | En hel del af tiden | Noget af tiden | Lidt af tiden | På intet tidspunkt |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. 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"/> |
| 2. har du været meget nervøs? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 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"/> |
| 4. 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"/> |
| 5. har du været fuld af energi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. 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"/> |
| 7. har du følt dig udslidt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Smerte

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

(Sæt kun ét kryds)

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

Svarer du "Slet ikke" på dette spørgsmål, så gå til spørgsmål 40.

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

(Sæt kun ét kryds)

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



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

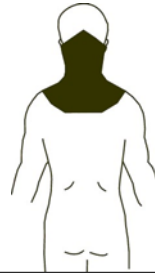
(Sæt et kryds i hver linje)

| Ja | Nej |
|----|-----|
|----|-----|

- 1. maven?
- 2. brystet?
- 3. hofterne?
- 4. knæene?
- 5. armene og/eller håndleddene?
- 6. nakke og/eller skuldre?
- 7. lænden?
- 8. andre steder?

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

De følgende spørgsmål handler specifikt om smerter i nakken og lænden.



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

| Slet ingen smerte | Værst mulige smerte |
|-------------------|---------------------|
|-------------------|---------------------|

(Sæt kryds i den rubrik, der passer bedst på dig)

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <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"/> |



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

| Slet ingen smerte | Værst mulige smerte |
|-------------------|---------------------|
|-------------------|---------------------|

(Sæt kryds i den rubrik, der passer bedst på dig)

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <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"/> |



Dit helbred

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

(Sæt kun ét kryds)

| Fremragende | Vældig godt | Godt | Mindre godt | Dårligt |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

(Sæt kun ét kryds i hver linje)

| | 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"/> |

Ja Nej

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

43. 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)

(Sæt kun ét kryds)

Ja, en uge eller mere

Ja, nogle dage

Nej



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

(Sæt kun ét kryds i hver linje)

| | Hele tiden | Det meste af tiden | En hel del af tiden | Noget af tiden | Lidt af tiden | På intet tidspunkt |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. 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"/> |
| 2. 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"/> |
| 3. 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"/> |
| 4. har du haft mindre selvtillid? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. 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"/> |
| 6. 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"/> |
| 7. 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"/> |
| 8. har du følt dig rastløs? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. 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"/> |
| 10. 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"/> |
| 11. har du haft nedsat appetit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. har du haft øget appetit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

(Sæt kun ét kryds i hver linje)

| | Særdeles meget | En hel del | Noget | Lidt | Slet ikke |
|---------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. at du pludselig bliver bange uden grund? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. nervøsitet eller indre uro? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. anfald af rædsel eller panik? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. at bekymre dig for meget? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



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

(Sæt kun ét kryds)

Hele tiden

Ofte

Sommetider

Sjældent

Aldrig Svarer du "Aldrig" på dette spørgsmål, så gå til spørgsmål 47.

46a. Hvad var den vigtigste kilde til din stress?

(Sæt kun ét kryds)

Arbejde

Privatliv

Både arbejde og privatliv

Dig selv og dine vaner

47. Hvor høj er du?
Antal cm.

48. Hvor meget vejer du?
Antal kg.

49. Ryger du?

(Sæt kun ét kryds)

Ja, dagligt

Ja, af og til

Har røget, men ryger ikke mere

Nej, har aldrig røget

50. Hvis du ryger, hvor meget ryger du så om dagen i gennemsnit?

(Cigaretter/cigarer/cerutter/pibestop pr. dag)

(Sæt kun ét kryds)

Mindre end 5

5-9

10-14

15 eller derover



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

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

(Sæt kun ét kryds i hver linje)

| 0 | 1 | 2 | 3-4 | 5 eller derover |
|---|---|---|-----|-----------------|
|---|---|---|-----|-----------------|

1. på hverdage (mandag til torsdag)?

2. i weekenden (fredag, lørdag og søndag)?

52. 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)

(Sæt kun ét kryds i hver linje)

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

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

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

3. Hård træning eller konkurrenceidræt?

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

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Antal dage



Du er nu færdig med spørgeskemaet.

**Returnér venligst skemaet i vedlagte
svarkuvert.**

Mange tak for hjælpen.

