

## APV-tjekliste

# Fysioterapeutklinikker og kiropraktorer

Når I gennemgår spørgsmålene, skal I være opmærksomme på, om der er forhold i arbejdsmiljøet, der har betydning for jeres sygefravær. Hvis I finder arbejdsmiljøproblemer, der kan medvirke til sygefravær som fx arbejdsulykker, dårlige arbejdsstillinger og arbejdspress, skal I tage dem med, når I prioriterer og udarbejder en handlingsplan.

<b>Dårlige arbejdsstillinger</b> Arbejder I med foroverbøjet ryg, på hug, eller i andre dårlige arbejdsstillinger, når I behandler patienter?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
<b>Træk og skub</b> Bruger I mange kræfter, når I skal trække eller skubbe fx brikse, kørestole og be-handlings- og træningsudstyr?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
<b>Forflytning</b> Er der risiko for akut overbelastning, når I forflytter patienter i forbindelse med genoptræning?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
<b>Stor arbejdsmængde, tidspres og uklare krav</b> Har I ofte for mange opgaver eller møder uklare krav i jeres arbejde?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
<b>Hjælp og støtte fra ledelse og kolleger</b> Mangler I hjælp og støtte fra jeres ledelse og kolleger?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
<b>Høje følelsesmæssige krav</b> Bliver der stillet store krav til jeres indlevelsesevne, medfølelse og følelser, når I arbejder med patienter?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
<b>Vold og trusler</b> Risikerer I at blive udsat for vold eller trusler fra patienter eller pårørende i eller udenfor arbejdstiden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
<b>Krænkende handlinger</b> Er der nogen på arbejdspladsen, der bliver udsat for mobning, seksuel chikane, diskrimination eller andre krænkende handlinger fra ledelse eller kolleger?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
<b>Akut fysisk overbelastning</b> Er der risiko for akut overbelastning af kroppen, når I fx løfter udstyr til behandling af patienter?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
<b>Fald og snublen</b> Er der risiko for, at I kan falde eller snuble over fx udstyr, rod og ledninger eller fordi der er glat på gulvet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
<b>Våde eller fugtige hænder</b> Arbejder I med våde eller fugtige hænder i mere end 2 timer om dagen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

**Indeklima**

Er der et dårligt indeklima på arbejdspladsen?

Ja  Nej

---

## APV-tjekliste

# Handlingsplan

Beskriv problemet	Beskriv løsningen	Ansvarlig	Tidsfrist og prioritering

Underskrifter:

Arbejdsgiver

Dato

Medarbejder

Dato