

## Spørgeskema til helbreds kontrol ved natarbejde, OK2017

Besvarelse af dette spørgeskema er frivilligt.

Hvis der er spørgsmål du ikke kan eller vil besvare, springer du blot videre til næste spørgsmål. Du bedes medbringe det udfyldte spørgeskema til helbredsundersøgelsen.

### 1. Basisoplysninger:

Navn:	Alder:	Køn <input type="checkbox"/> Mand <input type="checkbox"/> Kvinde
Firma:	Arbudssted:	

### 2. Arbejdet:

Stillingsbetegnelse		
Arbejdstid:	<input type="checkbox"/> Fast nathold (2)	
Arbejdsopgaver:		
Finder du arbejdet ...	<input type="checkbox"/> Ensartet	<input type="checkbox"/> Varieret (2-1)

### 3. Helbreds vurdering:

Hvordan synes du dit helbred er, alt i alt?

På en skala fra 1 – 5 (1=dårligt, 5=fremragende) : \_\_\_\_\_

### 4. Helbred:

(3-1)

Har du, eller har du haft, følgende	Ja	Ja, har haft	Nej
Psykiske problemer, f.eks. stress, angst, nervøsitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiske reaktioner, f.eks. irritabilitet, rastløshed, tristhed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitforstyrrelser, forstoppelse og løs mave (diarré)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mavesår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forhøjet blodtryk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sukkersyge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjertekarsygdomme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forhøjet kolesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kramper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilbagevendende hovedpine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sygdomme i bevægeapparatet (f.eks. gigt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemer med potens eller sexlyst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4.A. Særligt for kvinder:**

(3-1)

	Ja	Ja, har haft	Nej
Har - eller haft – Brystkræft ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du gravid ?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Problemer/gener ved tidligere graviditeter ?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

**5. Fysiske gener:**

(2-1)

Indenfor de seneste 7 dage,	Ja	Nej
Har du haft besvær i nakken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du haft besvær i skulderen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du haft besvær i arme/albuer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du haft besvær i hånd/håndled ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du haft besvær i lænde-ryggen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du haft besvær i knæene ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6. Sygefravær:**

(1-4)

Sygefravær pr år, de seneste 2 år	<input type="checkbox"/> Intet	<input type="checkbox"/> Højest 9 dage	<input type="checkbox"/> 10-20 dage	<input type="checkbox"/> Mere end 20 dage
-----------------------------------	--------------------------------	--	-------------------------------------	---

<b>7. Medicin:</b> (4-1)				
Tager du noget af følgende medicin?	Dagligt	Af og til	Har tidligere taget -	Aldrig
Sovemedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjertemedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodtryksmedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervemedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mavesårsmedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicin for epilepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insulin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smertestillende medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kolesterol sænkende medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma/Allergi medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andet	<input type="checkbox"/> Beskriv:			

<b>8. Søvn:</b>				
<input type="checkbox"/> A-menneske <input type="checkbox"/> B-menneske				(a-b)
Antal timer søvn om natten før natskift:				
Antal timers søvn mellem 2 skift:				
Muligt at sove uforstyrret efter natskift <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej				(1-2)
Svært ved at falde i søvn	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, men sjældent	<input type="checkbox"/> Ja, ofte	(1-3)
Svært ved at sove igennem	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, men sjældent	<input type="checkbox"/> Ja, ofte	(1-3)
Gennemsnitlig søvnlængde	<input type="checkbox"/> Under 4 timer	<input type="checkbox"/> 4-5 timer	<input type="checkbox"/> 5-6 timer	<input type="checkbox"/> 6-8 timer (4-1)
Træthedsfølelse	<input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Sjældent	<input type="checkbox"/> Af og til	<input type="checkbox"/> Ofte (1-4)

<b>9. Kost:</b> (1-6)					
<b>Hvor ofte plejer du at spise frugt, salat/råkost, kogte grøntsager (bortset fra kartofler)?</b>					
3 gange dagligt	2 gange dagligt	1 gang dagligt	3-6 gange ugentligt	1-2 gange ugentligt	Sjældnere
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**10. Rygning:**

(3-1)

 Ryger  Ja, (hvor meget pr dag: \_\_\_\_\_),  Nej, men har tidligere røget,  Nej, har aldrig røget

**11. Alkohol og Stimulanser:**

Hvor mange genstande pr uge:

 Nuværende eller tidligere problemer med for højt alkoholforbrug  Ja  Nej (2-1)

 Forbrug af andre stimulanser  Ja  Nej (2-1)

**12. Motion:**

Antal timer pr uge med gang, cykling og havearbejde:

Antal timer med idræt/anden motion, pr uge:

**13. Familie og fritid:**

 Har du vanskeligheder med at deltage i fritidsaktiviteter, videreuddannelse og kontakt med familie og venner?  Ja  Nej  Ved ikke (1-3)

 Hvordan trives du med nat-/skifteholdsarbejde?  Meget godt  Godt  Ikke så godt  Dårligt (1-4)

**14. Valg af nathold:**

 Arbejder du alene?  Ofte  Af og til  Sjældent  Aldrig (4-1)

**Hvorfor har du valgt natholdsarbejde?** (sæt højst 3 krydser)

1. Det er en del af jobbet	<input type="checkbox"/>
2. Af hensyn til familien	<input type="checkbox"/>
3. Af hensyn til fritidsaktiviteter	<input type="checkbox"/>
4. Jeg kunne ikke få andet	<input type="checkbox"/>
5. Jeg kan lide det	<input type="checkbox"/>
6. Lønnen er bedre	<input type="checkbox"/>
7. Andet	<input type="checkbox"/> Beskriv:

**15. Ergonomi og hjælpemidler:**

a) Har du fysiske belastnings-symptomer som stammer fra dit arbejde eller arbejdspositioner?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Begge	<input type="checkbox"/> Ved ikke (1-4)
b) Har du hjælpemidler som kunne afhjælpe symptomerne?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ved ikke (1-3)	
Type hjælpemiddel:				
c) Benytter du disse hjælpemidler?	<input type="checkbox"/> Altid	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Sjældent	<input type="checkbox"/> Nej (1-3)
				Fordi - (1-3) <input type="checkbox"/> Det tager for lang tid, <input type="checkbox"/> Er til besvær, <input type="checkbox"/> Er forhindrende,
d) Forslag – Typer af hjælpemidler som du mangler:				

**16. Yderligere kommentarer:**

Tak for din medvirken