

Nummer: _____

Frågor om Din arbetsmiljö

Bakgrund

Södersjukhusets röntgenavdelning har tagit kontakt med Arbetslivsinstitutet (ALI) för att i form av ett samarbetsprojekt genomföra en utvärdering av förändringar i samband med inrättandet av BildDiagnostiskt Centrum (BDC). Utvärderingen gäller flera aspekter av arbetsmiljön så som belastningsergonomi, synergonomi och arbetsorganisation och behandlar arbetsuppgifter som förekommer i arbetet vid den nuvarande röntgenkliniken men också vid det nya BDC. En del arbetsuppgifter förekommer endast vid endera av de två arbetsplatserna, andra kommer att finnas kvar även efter förändringen, men kanske i olika omfattning eller kommer att utföras enligt andra metoder och med annan teknik och utrustning.

För att få en uppfattning om vilka konsekvenser övergången till den nya avdelningen får för arbetsmiljön och trivseln i olika avseenden används bl a detta frågeformulär där vi avser ställa samma frågor såväl före som efter förändringen. Formuläret vänder sig till olika personalkategorier vid den nuvarande röntgenavdelningen med väsentligt skilda arbetsuppgifter. Det innebär att vissa frågor inte har relevans för alla utan får överhoppas. Vi hoppas att det skall framgå tydligt hur formuläret skall fyllas i.

Det är frivilligt att besvara enkäten och Du har rätt att avbryta deltagandet när Du vill. För att få en sann bild av förändringsarbetets betydelse för personalens arbetsförhållanden är det dock viktigt att så många som möjligt besvarar enkäten så noggrant som möjligt.

De besvarade enkäterna kommer att behandlas så att enskilda personers svar inte kan identifieras av någon person utanför ALIs projektgrupp. Resultat kommer att redovisas på gruppnivå.

Eventuella frågor kring enkäten eller undersökningen i övrigt besvaras av

Arbetslivsinstitutet

| | | |
|---------------------|--------------|-----------------------------|
| Lars Lindbeck | 08-730 93 09 | Lars.Lindbeck@niwl.se |
| Eva Hansson Risberg | 08-730 92 40 | Eva.Hansson.Risberg@niwl.se |
| Anita Isaksson | 08-730 97 70 | Anita.Isaksson@niwl.se |
| Karin Hedén | 08-730 94 21 | Karin.Heden@niwl.se |

Södersjukhuset

| | | |
|--------------------|--------------|-------------------------------------|
| Christina Eriksson | 08- 616 3775 | Christina.Eriksson@Fysik.SOS.sll.se |
| Eva Holmberg | 08- 616 3303 | Eva.Holmberg@Rtg.SOS.sll.se |
| Karin Olsson | 08- 616 1625 | Karin.Olsson@Personal.SOS.sll.se |
| Sören Orehag | 08- 616 3304 | Soren.Orehag@Rtg.SOS.sll.se |

Allmänna frågor

1. Dagens datum: dag: _____ månad: _____ år: 2001

2. Yrke/befattning?

- 1 Röntgenbiträde
- 2 Undersköterska
- 3 Sjuksköterska/BMA
- 4 Läkare
- 5 Läkarsekreterare
- 6 Kontorspersonal
- 7 Tekniker/ingenjör
- 8 Annat vad: _____

3. Kön:

- 1 Man
- 2 Kvinna

4. Vilket år är Du född? 19_____

5. Hur lång är Du? _____ cm

6. Hur mycket väger Du? _____ kg

7. Är Du

- 1 Högerhänt
- 2 Vänsterhänt
- 3 Både höger-och vänsterhänt

8. Röker Du?

- 0 Nej
- 1 Ja, jag röker cirka _____ cigaretter/dag

9. I vilken omfattning har Du utövat någon motion under de *senaste fyra veckorna*? Som motion räknas idrott, konditionsträning gymnastik, dans, promenader, cykling mm under minst 30 minuter per tillfälle.

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Inte alls | Någon enstaka gång | 1 gång per vecka | 2-4 ggr per vecka | 5 ggr eller mer per vecka |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10. Har Du styrketränat under de *senaste fyra veckorna*?

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|--|----------------|
| Nej | Ja | → | Hur många gånger har Du styrketränat under de <i>senaste fyra veckorna</i> ? | _____ gånger |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | ↓ | |
| | | | Under hur lång tid har Du i genomsnitt styrketränat per gång? | _____ min/gång |

Arbetsförhållanden

11. Hur länge har Du sammanlagt arbetat med Dina nuvarande, eller liknande, arbetsuppgifter? _____ år (_____ månader)

12. Arbetstid för närvarande: Heltid Deltid → _____ %

13. Har Du arbetat övertid eller mertid under de *senaste fyra veckorna*?

Nej
 Ja → Antal timmar _____

14. Hur är din arbetstid förlagd?

Rullande schema (dagar, kvällar, helger)
 Endast dagtid och inga helger
 Endast nattjänst
 Rullande schema inklusive nattjänst
 Annat _____

15. Ingick någon eller några av nedanstående aktiviteter i Dina huvudsakliga arbetsuppgifter de *senaste fyra veckorna*? Uppskatta i så fall ungefär hur stor andel av den totala arbetstiden Du använt till respektive aktivitet. Kontrollera att delarna tillsammans inte väsentligen överskrider hela Din ordinarie arbetstid.

Ungefärlig del av arbetstiden

(Markera det mest passande tidsintervallet)

| Aktivitet | Nej | Ja | Nästan hela tiden | Ungefär 3/4 av tiden | Halva tiden | Ungefär 1/4 av tiden | Liten del, kanske 1/10, av tiden | Mycket liten del av tiden |
|--|----------------------------|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------------|----------------------------|
| a. Patientundersökningar (tid i u-rum) | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> → | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| b. Bearbetning och analys av undersökningsresultat | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> → | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| c. Ronder inklusive förberedelser | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> → | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| d. Hänga upp och plocka ned ronden | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> → | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| e. Stöd, assistans och hjälp till patienter utanför u-rummen | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> → | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| f. Diktering | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> → | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| g. Leta efter bilder (t ex utlånade bilder) | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> → | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| h. Hämta, lämna material (bilder, journaler mm) | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> → | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| i. Leta efter läkare | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> → | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| j. Hänga upp och ta ner bilder i fixen | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> → | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| k. Förrådshantering | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> → | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| l. Plocka fram förbrukningsartiklar på u-rummen | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> → | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |

Ungefärlig del av arbetstiden

(Markera det mest passande tidsintervallet)

| Aktivitet | Nej | Ja | Nästan hela tiden | Ungefär 3/4 av tiden | Halva tiden | Ungefär 1/4 av tiden | Liten del, kanske 1/10, av tiden | Mycket liten del av tiden |
|---|----------------------------|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|---------------------------------|
| m. Utskrift av utlåtanden | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> → | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| n. Patientadministra- tion (boka pat., ta emot i reception) | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> → | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| o. Personaladm. (palett, ekonomi) | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> → | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| p. Telefonerande | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> → | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| q. Möten, samman- träden (formella) | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> → | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| r. Samtal med medarbetare | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> → | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| s. Fikapauser och raster (ej lunch) | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> → | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| t. Annat, ange vad: _____ | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> → | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| _____ | | | | | | | | |
| _____ | | | | | | | | |

16. Hur ofta byter Du placering (undersökningsrum, arbetsuppgift)?

- 1 flera ggr/dag
- 2 en eller ett par ggr/dag
- 3 några ggr/vecka
- 4 varje vecka
- 5 varannan vecka
- 6 aldrig eller sällan
- 7 annat

Arbetsställningar och arbetsrörelser

Nu följer några frågor om arbetsställningar och arbetsrörelser de *senaste fyra veckorna*.

- | | Nästan
hela
tiden | Ungefär
3/4 av
tiden | Halva
tiden | Ungefär
1/4 av
tiden | Liten
del,
kanske
1/10, av
tiden | Mycket
liten del
av tiden
el. inte
alls |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|---|
| 17. Har Du arbetat stillasittande? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| 18. Har Du arbetat gående/stående? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| 19. Har arbetet krävt att Du vissa tider enbart upprepar samma arbetsmoment <i>många gånger i timmen?</i> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| 20. Har arbetet krävt att Du vissa tider enbart upprepar samma arbetsmoment, <i>minst två gånger per minut?</i> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |

Här följer frågor om *hur ofta* Du arbetar i en viss arbetsställning en normal dag och *hur länge* arbetet vanligen pågår i denna ställning innan Du växlar till en annan arbetsställning.

21. Innebär Dina normala arbetsuppgifter att Du arbetar stående på ett eller två knän eller sittande på huk?

0 Nej

1 Ja →

Hur många gånger om dagen

Under hur lång tid varje gång



1 Någon enstaka gång

1 Korta stunder, mindre än 10 sekunder

2 Då och då, kanske 5-10 ggr

2 10-30 sekunder

3 Ganska ofta, kanske 10-20 ggr

3 Ca 1/2- 2 min

4 Ofta, kanske 20-30 ggr

4 Ca 2-5 min

5 Mycket ofta, mer än 30 ggr

5 Ca 5-10 min

6 Mer än 10 min

22. Innebär Dina normala arbetsuppgifter att Du arbetar med ryggen kraftigt vriden?

0 Nej

1 Ja →

Hur många gånger om dagen

Under hur lång tid varje gång



- 1 Någon enstaka gång
2 Då och då, kanske 5-10 ggr
3 Ganska ofta, kanske 10-20 ggr
4 Ofta, kanske 20-30 ggr
5 Mycket ofta, mer än 30 ggr

- 1 Korta stunder, mindre än 10 sekunder
2 10-30 sekunder
3 Ca 1/2- 2 min
4 Ca 2-5 min
5 Ca 5-10 min
6 Mer än 10 min

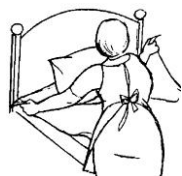
23. Innebär Dina normala arbetsuppgifter att Du arbetar med ryggen kraftigt framåtböjd utan stöd för händer eller armar?

0 Nej

1 Ja →

Hur många gånger om dagen

Under hur lång tid varje gång



- 1 Någon enstaka gång
2 Då och då, kanske 5-10 ggr
3 Ganska ofta, kanske 10-20 ggr
4 Ofta, kanske 20-30 ggr
5 Mycket ofta, mer än 30 ggr

- 1 Korta stunder, mindre än 10 sekunder
2 10-30 sekunder
3 Ca 1/2- 2 min
4 Ca 2-5 min
5 Ca 5-10 min
6 Mer än 10 min

24. Innebär Dina normala arbetsuppgifter att Du arbetar med kraftigt bakåtböjt huvud?

0 Nej

1 Ja →

Hur många gånger om dagen

Under hur lång tid varje gång



- 1 Någon enstaka gång
2 Då och då, kanske 5-10 ggr
3 Ganska ofta, kanske 10-20 ggr
4 Ofta, kanske 20-30 ggr
5 Mycket ofta, mer än 30 ggr

- 1 Korta stunder, mindre än 10 sekunder
2 10-30 sekunder
3 Ca 1/2- 2 min
4 Ca 2-5 min
5 Ca 5-10 min
6 Mer än 10 min

25. Innebär Dina normala arbetsuppgifter att Du arbetar med kraftig huvudvridning?

0 Nej

1 Ja →

Hur många gånger om dagen

Under hur lång tid varje gång



- 1 Någon enstaka gång
2 Då och då, kanske 5-10 ggr
3 Ganska ofta, kanske 10-20 ggr
4 Ofta, kanske 20-30 ggr
5 Mycket ofta, mer än 30 ggr

- 1 Korta stunder, mindre än 10 sekunder
2 10-30 sekunder
3 Ca 1/2- 2 min
4 Ca 2-5 min
5 Ca 5-10 min
6 Mer än 10 min

26. Innebär Dina normala arbetsuppgifter att Du arbetar med kraftigt framåtskjutet huvud?

0 Nej

1 Ja →

Hur många gånger om dagen

Under hur lång tid varje gång



- 1 Någon enstaka gång
- 2 Då och då, kanske 5-10 ggr
- 3 Ganska ofta, kanske 10-20 ggr
- 4 Ofta, kanske 20-30 ggr
- 5 Mycket ofta, mer än 30 ggr

- 1 Korta stunder, mindre än 10 sekunder
- 2 10-30 sekunder
- 3 Ca 1/2- 2 min
- 4 Ca 2-5 min
- 5 Ca 5-10 min
- 6 Mer än 10 min

27. Innebär Dina normala arbetsuppgifter att Du arbetar med händerna i eller över axelhöjd?

0 Nej

1 Ja →

Hur många gånger om dagen

Under hur lång tid varje gång



- 1 Någon enstaka gång
- 2 Då och då, kanske 5-10 ggr
- 3 Ganska ofta, kanske 10-20 ggr
- 4 Ofta, kanske 20-30 ggr
- 5 Mycket ofta, mer än 30 ggr

- 1 Korta stunder, mindre än 10 sekunder
- 2 10-30 sekunder
- 3 Ca 1/2- 2 min
- 4 Ca 2-5 min
- 5 Ca 5-10 min
- 6 Mer än 10 min

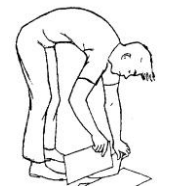
28. Innebär Dina normala arbetsuppgifter att Du arbetar med händerna i eller under knähöjd?

0 Nej

1 Ja →

Hur många gånger om dagen

Under hur lång tid varje gång



- 1 Någon enstaka gång
- 2 Då och då, kanske 5-10 ggr
- 3 Ganska ofta, kanske 10-20 ggr
- 4 Ofta, kanske 20-30 ggr
- 5 Mycket ofta, mer än 30 ggr

- 1 Korta stunder, mindre än 10 sekunder
- 2 10-30 sekunder
- 3 Ca 1/2- 2 min
- 4 Ca 2-5 min
- 5 Ca 5-10 min
- 6 Mer än 10 min

29. Innebär Dina normala arbetsuppgifter att Du arbetar med händerna långt ifrån kroppen utan stöd eller avlastning?

0 Nej

1 Ja →

Hur många gånger om dagen

Under hur lång tid varje gång

- 1 Någon enstaka gång
- 2 Då och då, kanske 5-10 ggr
- 3 Ganska ofta, kanske 10-20 ggr
- 4 Ofta, kanske 20-30 ggr
- 5 Mycket ofta, mer än 30 ggr

- 1 Korta stunder, mindre än 10 sekunder
- 2 10-30 sekunder
- 3 Ca 1/2- 2 min
- 4 Ca 2-5 min
- 5 Ca 5-10 min
- 6 Mer än 10 min

Manuell hantering (ej patientförflyttning)

30. Den här frågan avser tung manuell hantering. Det kan vara svårt att bedöma vikten av olika föremål. Här är några exempel från röntgenkliniken.

| | | |
|-----------|----------------|---|
| Filmpaket | 18x24 = 1,2 kg | Ultraljudsgelé (tub) = 0,5 kg |
| | 35x43 = 4,5 kg | Blyförkläde = 3 kg |
| Kassetter | 18x24 = 1 kg | Knekt för fixering av röntgenkassett = 1,3 kg |
| | 35x43 = 2,3 kg | Benstöd vid skelettröntgenundersökn = 4,3 kg |

| Hur många gånger under en normal arbetsdag lyfter eller bär Du bördor som väger: | Nästan aldrig | 1-10 ggr | 11-20 ggr | Mer än 20 ggr | Vilka är i så fall de bördor som Du tänker på? |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|
| a. mellan 1 och 5 kg | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | _____ |
| b. mer än 5 men mindre än 15 kg | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | _____ |
| c. mellan 15 och 25 kg | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | _____ |
| d. mer än 25 kg | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | _____ |

Arbete där patientförflyttningar ingår

Frågorna om *förflyttning av patient* avser arbetsuppgifter där Du hjälper en patient att ändra läge i säng, stol eller på undersökningsbord eller att flytta sig från en plats till en annan (t ex från säng till rullstol eller till undersökningsbord). Frågorna gäller inte assistans vid gång, rullstolstransport o dyl.

31. Medverkar Du vid förflyttningar av patienter?

Nej *Gå vidare till fråga 37.*

Ja

32. Hur kroppsligt ansträngande upplever Du *vanligtvis* arbetet med att förflytta patienter? Titta på skalan och utgå från orden, men markera sedan en siffra genom att ringa in den. Du kan lika gärna markera en jämn som en udda siffra.

Ansträngningsgrad

0

1 Mycket, mycket lätt

2

3 Mycket lätt

4

5 Ganska lätt

6

7 Något ansträngande

8

9 Ansträngande

10

11 Mycket ansträngande

12

13 Mycket, mycket ansträngande

14

33. Hur många gånger i genomsnitt under ett normalt arbetspass medverkar Du vid förflyttning av patient?

₁ Mindre än 5 gånger per arbetspass

₂ 5-10 gånger per arbetspass

₃ 11-20 gånger per arbetspass

₄ Mer än 20 gånger per arbetspass

34. Vilket/vilka förflyttningshjälpmedel använder Du regelbundet vid patientförflyttningar?

| | Nej | Ja | Vet ej |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. Taklyft | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| b. Golvlyft | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| c. Vridplatta | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| d. Glidbräda | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| e. Glidmatta | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| f. Vårdbälte / gångbälte | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| g. Draglakan + plast | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| h. Madrasshandtag | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| i. Annat, ange vad: _____ | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

35. Hur ofta förflyttar Du patienter *utan* förflyttningshjälpmedel, trots att Du tycker att det egentligen skulle behövas för att minska belastningen på din egen kropp?

- 1 Aldrig eller nästan aldrig *Gå vidare till fråga 37*
- 2 Vid ungefär ¼ av alla förflyttningar
- 3 Vid ungefär hälften av alla förflyttningar
- 4 Vid ungefär ¾ av alla förflyttningar
- 5 Alltid eller nästan alltid

36. Ange varför Du inte använder förflyttningshjälpmedel i dessa situationer?
(Flera alternativ kan anges)

- 1 Det tar för lång tid att använda hjälpmedel.
- 2 Det finns inga eller för få hjälpmedel att tillgå.
- 3 Det finns inga *fungerande* hjälpmedel att tillgå.
- 4 De är svåråtkomliga, det tar för lång tid att hämta dem.
- 5 Ingen har lärt mig hur man använder dem
- 6 ”Det blir inte av”, jag har inte rutin på att använda dem.
- 7 Jag tycker det går bättre att förflytta patienter utan hjälpmedel.
- 8 Patienterna tycker inte om hjälpmedel.
- 9 Det är ofta för trångt för att använda hjälpmedel.
- 10 Andra orsaker, nämligen:

Datorarbete och synergonomi

Nu följer några frågor kring datorarbete. Med datorarbete menar vi arbete som utförs med hjälp av *dator* och *bildskärm* i kombination med någon form av *styrdon*, t. ex. tangentbord, mus, kula.

Frågorna kring datorarbete avser i denna enkät **dock inte** arbete vid manöverbord, styrning av undersökningsapparat och arbete med pekskärmar.

37. Hur ofta använde Du dator i arbetet de *senaste fyra veckorna*?

- Aldrig eller nästan aldrig → gå vidare till fråga 51
 Några gånger/månad
 Några gånger/vecka
 Dagligen eller nästan dagligen → Hur lång tid per dag?

(Markera det mest passande tidsintervallet)

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Mindre än 1/2 tim | 1/2 – 1 tim | 1 – 2 tim | 2 – 4 tim | 4 – 6 tim | Mer än 6 tim |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

38. Vilket år började Du arbeta med dator? _____

39. Vilken är den längsta tidsperiod som Du arbetat vid datorn, utan avbrott under de *senaste fyra veckorna*? Som avbrott räknas pauser länge än 5 minuter.

(Markera det mest passande tidsintervallet)

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Mindre än 1/2 tim | 1/2 – 1 tim | 1 – 2 tim | 2 – 4 tim | 4 – 6 tim | Mer än 6 tim |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

40. Hur ofta under de *senaste fyra veckorna* har du arbetat så lång tid vid datorn som Du angav i föregående fråga.

- ₁ Någon enstaka gång
₂ Några gånger/månad
₃ Några gånger/vecka
₄ Dagligen eller nästan dagligen

41. Har Du under de *senaste fyra veckorna* rutinmässigt arbetat vid mer än en dator?

- ₀ Nej
₁ Ja → Antal _____ st

42. Vilken arbetsställning har Du huvudsakligen haft vid datorarbete under de *senaste fyra veckorna*?

- ₁ Alltid eller nästan alltid sittande
₂ Mer sittande än stående
₃ Lika mycket sittande som stående
₄ Mer stående än sittande
₅ Alltid eller nästan alltid stående

43. Tillbringade Du tid vid dator även på fritiden eller i annat arbete de *senaste fyra veckorna*?

- ₀ Nej, aldrig eller nästan aldrig
₁ Ja, några gånger/månad
₂ Ja, några gånger/vecka
₃ Ja, dagligen eller nästan dagligen → Hur lång tid per dag?

(Markera det mest passande tidsintervallet)

- | | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Mindre än 1/2 tim | 1/2 – 1 tim | 1 – 2 tim | 2 – 4 tim | 4 – 6 tim | Mer än 6 tim |
| <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ | <input type="checkbox"/> ₉ |

44. Har Du de *senaste fyra veckorna* utfört någon/några av de typer av datorarbete som anges nedan? Uppskatta i så fall ungefär hur stor andel av den totala datorarbetstiden Du använder till respektive typ av datorarbete. Kontrollera att delarna tillsammans inte väsentligen överskrider hela datorarbetstiden.

| Typ av datorarbete | Ungefärlig del av datorarbetstiden (Markera det mest passande tidsintervallet) | | | | | | | |
|--|--|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---|---------------------------------|
| | Nej | Ja | Nästan hela tiden | Ungefär 3/4 av tiden | Halva tiden | Ungefär 1/4 av tiden | Liten del, kanske 1/10, av tiden | Mycket liten del av tiden |
| a. Bokning | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> → | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| b. Kassaarbete | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> → | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| c. Patientadministration | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> → | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| d. Arkivhantering | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> → | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| e. Redovisning, text ekonomi, personal | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> → | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| f. Statistik | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> → | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| g. Brev, skrivelser | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> → | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| h. Förrådsbeställning | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> → | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| i. Schemaläggning | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> → | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| j. Personidentifikation i samband med undersökning | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> → | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| k. Skriva röntgenutlåtanden | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> → | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| l. Granskning, bearbetning av bilder | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> → | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| m. e-post | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> → | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| n. Informationssökning | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> → | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| o. Annat, ange vad: _____ | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> → | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| _____ | | | | | | | | |
| _____ | | | | | | | | |

45. Har Du de *senaste fyra veckorna* använt något/några av nedanstående datorstyrdon? Ange i så fall hur stor *del av datorarbetstiden* Du aktivt använder de respektive styrdonen genom att kryssa för det alternativ som Du tycker bäst passar in på Dig.

| | Nej | Ja | Nästan hela tiden | Ungefär 3/4 av tiden | Halva tiden | Ungefär 1/4 av tiden | Liten del, kanske 1/10, av tiden | Mycket liten del av tiden |
|---|----------------------------|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---|---------------------------------|
| Tangentbord | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> → | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| Mus | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> → | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| Kula (rullboll, trackball) | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> → | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| Andra styrdon, ange vilket/vilka: _____ _____ | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> → | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |

46. Med vilken hand hanterar Du vanligtvis mus, kula?

- 1 Höger
- 2 Vänster
- 3 Omväxlande höger/vänster

47. Har Du fått någon information och undervisning för att kunna klara av de arbetsuppgifter som Du ska göra på datorn?

- 1 Nej, i stort sett ingen undervisning alls
- 2 Ja, men jag skulle behöva mycket mer undervisning
- 3 Ja, men jag skulle behöva något mer undervisning
- 4 Ja, helt tillräckligt
- 9 Kan ej svara

48. Har Du tillfälle att tillämpa och öva nya kunskaper om datorarbete som Du tillägnar Dig.?

- 1 Nej, i stort sett inte alls
- 2 Ja, ibland, någon gång i veckan
- 3 Ja, ofta, flera gånger i veckan
- 4 Ja, mycket ofta, flera gånger dagligen
- 9 Kan ej svara

49. Får Du den hjälp och det stöd Du behöver när Du har problem med datorn?

- 1 Nej, nästan aldrig
- 2 Nej, oftast inte
- 3 Ja, ganska ofta
- 4 Ja, nästan alltid
- 9 Kan ej svara

50. Har Du fått information och undervisning om god ergonomi vid datorarbete? (t ex om bra placering av bildskärm och mus, goda synförhållanden och avlastning av armarna).

- ₁ Nej, i stort sett ingen undervisning alls
₂ Ja, men jag skulle behöva mycket mer undervisning
₃ Ja, men jag skulle behöva något mer undervisning
₄ Ja, helt tillräckligt
₉ Kan ej svara

51. Har Du genomgått synundersökning med anledning av bildskärmsarbete?

- ₀ Nej
₁ Ja → År _____

52. Använder Du glasögon i arbetet?

- ₀ Nej
₁ Ja, alltid
₂ Ja, ibland

53. Använder Du linser i arbetet?

- ₀ Nej
₁ Ja, alltid
₂ Ja, ibland

54. Har Du glasögon speciellt utprovade för bildskärmsarbete?

- ₀ Nej
₁ Ja, men jag använder dem aldrig eller nästan aldrig vid bildskärmsarbete
₂ Ja, men jag använder dem bara ibland vid bildskärmsarbete
₃ Ja, och jag använder dem alltid eller nästan alltid vid bildskärmsarbete

55. Har Du under de *senaste fyra veckorna* haft något/några av följande ögonbesvär?

| | Nej, aldrig eller nästan aldrig | Ja, några dagar/månad | Ja, dagar/vecka några | Ja, dagligen eller nästan dagligen |
|---------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
| a. Sveda i ögonen | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| b. Ögonklåda | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| c. Gruskänsla | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| d. Ögonvärk | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| e. Ljuskänslighet | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| f. Rödögdhet | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| g. Tårögdhet | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| h. Torrhet i ögonen | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| i. Ögontrötthet | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |

Besvaras av den som angett besvär på föregående fråga.

56. Anser Du att något eller några av besvären har samband med ditt arbete?

- ₀ Nej, absolut inte
- ₁ Troligen inte
- ₂ Ja, kanske
- ₃ Ja, absolut
- ₄ Har ingen uppfattning

Andra arbetsmiljöfaktorer

57. Vad tycker Du om Din arbetsmiljö och/eller bekvämligheten med avseende på nedanstående faktorer under de *senaste fyra veckorna*? (ringa in en siffra)

| Arbetsmiljöfaktor | Mycket, mycket dålig | | | | | Mycket, mycket bra | | | | |
|--|-----------------------------|----|----|----|---|---------------------------|----|----|----|--|
| a. Ljud/buller (allmänt) | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 | +3 | +4 | |
| b. Ljud/buller från dator el. annan utrustning | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 | +3 | +4 | |
| c. Temperatur | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 | +3 | +4 | |
| d. Drag | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 | +3 | +4 | |
| e. Ventilation | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 | +3 | +4 | |
| f. Dagsljus | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 | +3 | +4 | |
| g. Allmän belysning | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 | +3 | +4 | |
| h. Arbetsplatsbelysning | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 | +3 | +4 | |
| i. Arbetsutrymme (allmänt) | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 | +3 | +4 | |
| j. Arbetsutrymme vid datorarbetsplats | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 | +3 | +4 | |
| k. Arbetsställningar | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 | +3 | +4 | |
| l. Arbetsstol | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 | +3 | +4 | |
| m. Arbetsbord | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 | +3 | +4 | |
| n. Utformning av datorarbetsplats | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 | +3 | +4 | |

58. Nedan ska Du ange i vilken grad Du besväras eller störs av olika faktorer i Din arbetsmiljö.
 Ange på en skala från 0 till 10, där 0 = inte alls och 10= i mycket, mycket hög grad .

| Besväras/Störs Du av | Inte alls | | | | | | | | | | | I mycket, mycket hög grad |
|---|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--|
| a. Kemiska ämnen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| b. Parfymer | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| c. Vatten (t. ex. vid disk, tvätt) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| d. Bländande ljus från ljusskåp | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| e. Skillnader i ljusförhållanden i olika rum (t. ex. mellan granskningsrum och lab.) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| f. Reflexer i bildskärm eller tangentbord | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| g. En ”seg” dator med långa väntetider | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| h. Driftavbrott så att man får starta om datorn | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| i. Datorprogram som inte är ändamålsenliga eller användarvänliga | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| j. Annat, ange vad: _____ _____ _____ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |

Värk, smärta eller andra besvär

59. Har Du haft huvudvärk under de *senaste fyra veckorna*?

- 0 Nej
 1 Ja → Antal dagar _____

60. Har Du haft någon värk eller smärta under de *senaste fyra veckorna* i rörelseorganen?

- 0 Nej → gå vidare till fråga 63
 1 Ja → Ange nedan de områden där du haft besvär och sammanlagt antal dagar med besvär, samt om Du tror att något eller några av besvären beror på Ditt arbete.
 För besvär som inte kan hänföras till endera sidan, anges antalet dagar mitt emellan vänster/höger-linjerna.

Ex.: _____ 13 _____

| | | Antal dagar | | Har med arbetet att göra | | |
|----------------|------------------|-------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | | Vänster | Höger | Nej | Ja | Vet ej |
| | Nacke/halsrygg | _____ | _____ | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| | Skuldra | _____ | _____ | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| | Axel/överarm | _____ | _____ | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| | Bröstrygg | _____ | _____ | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| | Armbåge/underarm | _____ | _____ | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| | Handled | _____ | _____ | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| | Hand/fingrar | _____ | _____ | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| | Ländrygg | _____ | _____ | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| | Höftled/lår | _____ | _____ | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| | Knä | _____ | _____ | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| Vad/fotled/fot | _____ | _____ | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | |

61. Har besvären, när de varit som värst, haft negativ inverkan i följande avseenden under de *senaste fyra veckorna*?

| | Ingen eller obetydlig negativ inverkan | En viss negativ inverkan | En påtaglig negativ inverkan | Mycket stark negativ inverkan | Vet ej |
|--|--|----------------------------|------------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| a. Din arbetsförmåga i allmänhet | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| b. Arbete med patientförflyttningar | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| c. Arbete med kassetter, röntgenfilm | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| d. Arbete med fast radiologisk utrustning | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| e. Arbete med tangentbordet | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| f. Arbete med datormus eller annat datorstyrdon | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| g. Hemarbete (tex matlagning, tvätt, städning) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| h. Fritidssysslor (tex motion, trädgårdsarbete, handarbete, musikutövande) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| i. Social samvaro (med t ex familj, vänner, arbetskamrater) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| j. Sömn | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| k. Annat, ange vad: _____ | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

62. Har Du vidtagit några av följande åtgärder under de *senaste fyra veckorna* för att förhindra eller lindra besvären?

| | Nej | Ja |
|--|----------------------------|----------------------------|
| a. Varit borta från arbetet, sjukskriven Om ja - ange antal dagar _____ | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| b. Sökt hjälp hos tex företagshälsovården, läkare, sjukgymnast, kiropraktor | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| c. Tagit medicin, t ex värktabletter | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| d. Ändrat arbetsuppgifter | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| e. Ändrat arbetsställningar eller arbetsrörelser (med bibehållna arbetsuppgifter) | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| f. Bytt, flyttat eller på annat sätt förändrat utrustning, stol, bord eller liknande | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| g. Annat ange vad: _____ | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |

63. Hur kroppsligt ansträngande upplever Du *vanligtvis* arbetet under en vanlig arbetsdag? Titta på skalan och utgå från orden, men markera sedan en siffra genom att ringa in den. Du kan lika gärna markera en jämn som en udda siffra.

Ansträngningsgrad

- 0
- 1 Mycket, mycket lätt
- 2
- 3 Mycket lätt
- 4
- 5 Ganska lätt
- 6
- 7 Något ansträngande
- 8
- 9 Ansträngande
- 10
- 11 Mycket ansträngande
- 12
- 13 Mycket, mycket ansträngande
- 14

64. Ange och rangordna de tre fysiskt mest ansträngande arbetsmomenten under en normal arbetsdag. Det mest ansträngande arbetsmomentet anges först.

1) _____

2) _____

3) _____

☐ Kan ej svara

Frågor rörande PACS-systemet och den nya tekniken

Här följer ett antal frågor som rör det digitala bildbehandlingssystemet PACS och den nya tekniken. Eftersom systemet vid detta frågetillfälle inte införts kan vissa frågor vara svåra att besvara. Det handlar då om Dina förväntningar inför den nya teknikens införande. För samtliga frågor finns emellertid även svarsalternativet "Kan ej svara".

65. Hur har Du varit med och påverkat den lokala anpassningen av PACS?

- 1 Ingen påverkan alls
- 2 Mycket liten påverkan
- 3 Liten påverkan
- 4 Stor påverkan
- 5 Mycket stor påverkan
- 9 Kan ej svara

66. Har Du deltagit i utbildningsinsatser för att förbereda Dig för PACS?

- 0 Nej
- 1 Ja

67. Har utbildningen fyllt sin funktion?

- 0 Nej
- 1 Ja
- 9 Kan ej svara

Egen kommentar: _____

68. I vilken utsträckning känner Du Dig förtrogen med PACS?

- 1 Inte alls
- 2 I mycket låg utsträckning
- 3 I låg utsträckning
- 4 I hög utsträckning
- 5 I mycket hög utsträckning
- 9 Kan ej svara

69. Vilken är Din huvudsakliga informationskälla för att hålla Dig à jour med vad som händer beträffande PACS? Ange ett eller flera alternativ.

- 1 Klinikträffar
- 2 Ordinarie avdelningsmöten
- 3 Informella kontakter med kollegor
- 4 Interntidningen
- 5 Vetenskapliga tidskrifter
- 6 Annan källa, ange vilken _____
- 9 Kan ej svara

| Hur tror Du att PACS kommer att påverka... | Mycket negativt | Negativt | Inte alls | Positivt | Mycket positivt | Kan ej svara |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 70. samarbetsformerna inom röntgenkliniken? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 71. samarbetsformerna mellan röntgenklinikerna inom Stockholms Läns Landsting? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 72. samarbetsformerna mellan röntgenkliniken och remitterande instanser? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 73. samarbetet (mötet) med patienten? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |

| Vilka förändringar tror Du att PACS kommer att medföra när det gäller ... | Kommer att minska mycket | Kommer att minska något | Kommer inte att förändras alls | Kommer att öka något | Kommer att öka mycket | Kan ej svara |
|--|----------------------------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 74. kollegialt stöd inom röntgenprofessionen, dvs bättre samarbete inom röntgen? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 75. revirtänkande mellan olika yrkeskategorier inom röntgenprofessionen? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 76. snabbhet i handläggning av undersökningar? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 77. möjlighet till kreativitet i den egna lärsituationen (individuell såväl som kollektiv inläring)? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 78. arbetsbelastningen? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |

| Hur tror Du att PACS kommer att påverka ... | Mycket negativt | Negativt | Inte alls | Positivt | Mycket positivt | Kan ej svara |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 79. arbetstrivseln? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 80. Din yrkesroll? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 81. Din yrkesstatus hos Dina kollegor inom andra medicinska discipliner? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 82. Den medicinska kvaliteten? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 83. Den medicinska säkerheten? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |

84. Tror Du att PACS kommer att frigöra tid för annat patientarbete?

- 1 Inte alls
- 2 I mycket låg utsträckning
- 3 I låg utsträckning
- 4 I hög utsträckning
- 5 I mycket hög utsträckning
- 9 Kan ej svara

85. Vilka förväntningar har Du inför införandet av PACS?

- 1 Inga förväntningar alls
- 2 Mycket låga förväntningar
- 3 Låga förväntningar
- 4 Höga förväntningar
- 5 Mycket höga förväntningar
- 9 Kan ej svara

Psykosocial arbetsmiljö och mental stress

86. Vilka möjligheter har Du i Ditt arbete att påverka fördelningen av arbetsuppgifterna inom Ditt arbetslag?

- 1 Mycket små möjligheter
- 2 Ganska små möjligheter
- 3 Vissa möjligheter
- 4 Ganska stora möjligheter
- 5 Mycket stora möjligheter

87. Hur bedömer Du kontakten och samarbetet med din närmast överordnade?

- 1 Mycket otillfredsställande
- 2 Ganska otillfredsställande
- 3 Acceptabelt
- 4 I stort sett tillfredsställande
- 5 Mycket tillfredsställande

88. I vilken utsträckning tycker Du att din närmast överordnade fäster avseende vid Dina synpunkter och åsikter?

- 1 Inte alls
- 2 I ganska ringa grad
- 3 I viss mån
- 4 I ganska hög grad
- 5 I mycket hög grad

89. Hur nöjd är Du med den mängd information om arbetet, som Du får av din närmast överordnade?

- 1 Mycket missnöjd
- 2 Ganska missnöjd
- 3 Varken nöjd eller missnöjd
- 4 Ganska nöjd
- 5 Mycket nöjd

90. Hur pass intressant och stimulerande anser Du Ditt arbete vara?

- 1 I mycket liten utsträckning
- 2 I ganska liten utsträckning
- 3 I viss mån
- 4 I ganska hög grad
- 5 I mycket hög grad

91. Har Du vanligtvis möjligheter att ta en paus och koppla av, när Du känner Dig stressad och trött under arbetet?
- 1 Nej, inte alls
 - 2 Nej, knappast
 - 3 Tveksamt
 - 4 Ja, det har jag vissa möjligheter till
 - 5 Ja, det har jag stora möjligheter till
92. Hur skulle Du vilja beskriva Ditt arbete?
- 1 Mycket enformigt
 - 2 Ganska enformigt
 - 3 Det kan vara både enformigt och omväxlande
 - 4 Ganska omväxlande
 - 5 Omväxlande och bestående av många olika arbetsuppgifter
93. Vad anser Du om din arbetsbelastning?
- 1 Är mycket ofta besvärande stor
 - 2 Är ofta besvärande stor
 - 3 Är då och då stor
 - 4 Är vid enstaka tillfällen stor, men är vanligtvis lagom
 - 5 Lagom, aldrig på något sätt besvärande
94. Hur bedömer Du trivseln med Dina närmaste arbetskamrater vara?
- 1 Dålig
 - 2 Inte särskilt bra
 - 3 Acceptabel
 - 4 I stort sett bra
 - 5 Mycket bra
95. I vilken utsträckning har Du en känsla av att Du på din arbetsplats tillhör ett trivsamt arbetslag, som arbetar bra ihop?
- 1 I mycket liten utsträckning
 - 2 I ganska liten utsträckning
 - 3 I viss mån
 - 4 I ganska hög grad
 - 5 I mycket hög grad
96. I vilken utsträckning diskuterar ni öppet sådana meningsmotsättningar som kan dyka upp på din arbetsplats?
- 1 I mycket liten utsträckning
 - 2 I ganska liten utsträckning
 - 3 I viss mån
 - 4 I ganska stor utsträckning
 - 5 I mycket stor utsträckning

97. Brukar Du få uppmuntran och uppskattning från din närmast överordnade?

- 1 Aldrig
- 2 Sällan
- 3 Ibland
- 4 Ofta
- 5 Mycket ofta

98. Brukar Du få uppmuntran och uppskattning från Dina närmaste arbetskamrater?

- 1 Aldrig
- 2 Sällan
- 3 Ibland
- 4 Ofta
- 5 Mycket ofta

99. Hur brukar Du känna Dig i slutet av en normal arbetsdag? Svara genom att ringa in siffran under det svarsalternativ som bäst motsvarar hur Du vanligtvis känner Dig.

| | Inte alls | Knappast alls | Något | Ganska | Mycket | Mycket, mycket |
|---------------|------------------|--------------------------|--------------|---------------|---------------|---------------------------|
| a. Avslappad | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. Aktiv | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c. Spänd | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d. Slö | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e. Stressad | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| f. Energisk | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| g. Ineffektiv | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| h. Avspänd | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| i. Skärpt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| j. Pressad | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| k. Passiv | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| l. Lugn | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

100. I vilken utsträckning känner Du Dig jäktad i arbetet?

- 1 I mycket hög grad
- 2 I ganska hög grad
- 3 I viss mån
- 4 I ganska liten utsträckning
- 5 I mycket liten utsträckning

101. Tycker Du att Ditt arbete är psykiskt påfrestande?

- 1 Ja, i mycket hög grad
- 2 Ja, i ganska hög grad
- 3 I viss mån
- 4 Nej, knappast
- 5 Nej, inte alls

102. Vad tror Du bildandet av Bild Diagnostiskt Centrum kommer att innebära för Ditt arbete?

- 1 Flera försämringar
- 2 Vissa försämringar
- 3 Varken försämringar eller förbättringar
- 4 Vissa förbättringar
- 5 Flera förbättringar

103. Vad har Du vanligtvis för känslor inför Ditt arbete när Du är på väg dit?

- 1 Känner stark olust inför arbetet
- 2 Känner en viss olust inför arbetet
- 3 Har varken positiva eller negativa känslor inför arbetet
- 4 Har en ganska positiv känsla inför arbetet
- 5 Känner mig glad och tillfredsställd vid tanken på ett intressant arbete som väntar

104. När du arbetar, hur ofta pratar Du med Dina arbetskamrater om saker och ting som har direkt med arbetet att göra?

- 1 Mycket ofta
- 2 Ofta
- 3 Ibland
- 4 Sällan
- 5 Aldrig

105. När du arbetar, hur ofta pratar Du med Dina arbetskamrater om saker och ting som inte har med arbetet att göra?

- 1 Mycket ofta
- 2 Ofta
- 3 Ibland
- 4 Sällan
- 5 Aldrig

106. Hur viktigt är det för Dig att kunna samtala med Dina arbetskamrater när Du arbetar?

- 1 I mycket hög grad
- 2 I ganska hög grad
- 3 I viss mån
- 4 I ganska ringa grad
- 5 Inte alls

