

ααA



Arbetsförhållanden och hälsa på företag som arbetar med kunder på distans

Detta frågeformulär kommer från Arbetslivsinstitutet, Yrkes- och Miljömedicin vid Västernorrlands landsting samt Institutet för Psykosocial Medicin vid Karolinska Institutet.

När Du besvarat frågorna lämnar Du det direkt till representant för Arbetslivsinstitutet eller så skickar Du formuläret i det bifogade adresserade kuvertet till projektledningen på Arbetslivsinstitutet. Dina svar skyddas av Sekretesslagen och ingen obehörig kan läsa dem. Inga resultat där enskilda individer kan identifieras kommer att redovisas, endast gruppresultat.

Syftet med studien är att vidareutveckla branschen så att man kan fortsätta att arbeta effektivt och med bibehållen hälsa och välbefinnande. Resultaten kommer att presenteras för myndigheter, fack, arbetsgivare och branschen. De kommer även att presenteras för ert företag.

Eftersom nästan inga andra studier har gjorts tidigare, har denna redan före sin start väckt stor uppmärksamhet och förhoppningar, även internationellt.

Ditt bidrag är därför viktigt i vidareutvecklingen av verksamheten i Din bransch.

Studien är granskad av forskningsetiska kommittén vid Karolinska institutet och övervakas av en referensgrupp från myndigheter, fack, näringsliv och andra forskare.

Vi vill poängtera att Ditt deltagande är frivilligt och att Du när som helst kan dra Dig ur. Var dock vänlig och meddela oss detta så att vi inte sänder ut onödiga påminnelser.

Är det något Du undrar över så kan Du kontakta någon från projektledningen.

Allan Toomingas
Med Dr, leg läkare
Projektledare
Ergonomiprogrammet
Arbetslivsinstitutet
Tel 08-730 97 37

Kerstin Norman
doktorand
Ergonomiprogrammet
Arbetslivsinstitutet
Tel 08-730 94 95

Tohr Nilsson
Med Dr, överläkare
Yrkes o Miljömedicin
Sundsvalls sjukhus
Tel 060-18 19 27

Kodnummer : _____

Var vänlig skriv Ditt namn här _____

För att vi skall vara helt säkra på att rätt person svarar ber vi Dig att ange Ditt id-nummer på detta separata blad. Detta blad kommer sedan att rivas bort och förstöras.

Id-numret kommer ej att registreras tillsammans med Dina svar.

Kodnumret är den enda identifikation som sedan används vid databearbetningen

En förteckning med id-nummer kommer att förvaras hos projektledningen på Arbetslivsinstitutet oåtkomligt för andra. Denna används för att senare kunna nå rätt personer om vi gör en uppföljning för att studera hur det har gått för er.

De flesta frågor i detta frågeformulär avser förhållandena den *senaste månaden* = de senaste 30 dagarna, såvida inte annat särskilt markerats.

Hjälp oss att underlätta bearbetningen av Dina svar. Markeringarna kommer att läsas optiskt i en skanner. Det är därför viktigt att tänka på följande när Du besvarar frågorna.

- Alla typer av pennor går bra att använda.
- Markera innanför rutorna - så här
- inte så här
- Om Du behöver ändra Ditt kryss täck hela den felaktiga rutan - så här
Sätt därefter ett nytt X i rätt ruta
- Skriv innanför rutorna - så här
- inte så här

Besvara samtliga frågor, tack !

Bakgrundsfrågor
 odnummer:

1. Hur gammal är Du ? år
2. Är Du Kvinna ?
 Man ?
3. Hur lång är Du ? cm
4. Hur mycket väger Du ? kg
5. Är Du Högerhänt ?
 Vänsterhänt ?
 Både vänster- och högerhänt ?
6. Är Du för närvarande Sammanboende ?
 Ej sammanboende ?
7. Har Du hemmavarande barn Nej
 yngre än 7 år Ja
8. Har Du rökt eller snusat dagligen eller Nej
nästan dagligen under den *senaste månaden* ? Ja
9. Har Du motionerat, sportat eller styrketränat under minst 30 minuter så att Du blivit varm och fått ökad puls under den *senaste månaden* (t ex rask promenad, jogging, cykling, gym, dans, tennis, ridning) ?

Nej Ja → Hur många gånger under den senaste månaden ? gånger

10. a) Vilken är Din högsta skolutbildning ?
(Markera det alternativ som bäst passar in)

Grundskola /folkskola/ realskola/ flickskola
Gymnasieskola
Högskola/ universitet/ annan eftergymnasial utbildning

10. b) Har Du annan utbildning än ovan ? → Vilken ? _____

Anställning

11. a) Vilken typ av anställning har Du ?

Fast anställning, heltid
Fast anställning, deltid
Timanställning

11. b) Är Du inhyrd via bemanningsföretag ? → Vilket ? _____

12. Vad är (tjänste-) titeln på Ditt arbete ? _____

13. Hur länge har Du arbetat på **nuvarande arbetsplats** med den typ av arbetsuppgifter som Du för närvarande har ?
 månader år

14. Hur länge har Du sammanlagt arbetat på **andra företag** med liknande arbetsuppgifter som Du för närvarande har ?
 månader år

15. Hur länge har Du sammanlagt **förvärvsarbetat** under Ditt liv ?
 månader år

16. Tillhör Du någon facklig organisation ?

a) Nej

Ja

→ b) Ange vilken

HTF

SACO

SEKO

SIF

Annat

→ Vilken ? _____

Arbetstider och belöning

17. Hur många timmar per vecka är Din ordinarie arbetstid ?

timmar/vecka

18. Hur mycket övertid har Du sammanlagt arbetat den *senaste månaden* ? timmar

19. Vilka arbetstider har Du haft den *senaste månaden* ? Hur har de bestämts?
 (Markera det alternativ som bäst passar in på vardera delfråga a, b och c)

a) Vilken tid på dygnet ?

Vanligtvis dagtid (någon gång mellan kl 06-18)

Vanligtvis kvällstid (någon gång mellan kl 18-22)

Vanligtvis nattetid (någon gång mellan kl 22-06)

Varierande schema

b) Vilka veckodagar ?

Vanligtvis måndag-fredag

Vanligtvis lördagar, söndagar el helger

Varierande veckodagar

c) Hur bestäms arbetstiderna ?

Arbetstiden är fast och bestämd av företaget

Företaget schemalägger för en period framåt

Gruppen schemalägger för en period framåt

20. Är Du nöjd med Din arbetstid ?

(Markera det alternativ som är viktigast)

Ja, jag är nöjd

Nej, jag skulle vilja arbeta **fler** timmar per vecka

Nej, jag skulle vilja arbeta **färre** timmar per vecka

Nej, jag skulle vilja arbeta **andra tider på dygnet**

eller på **andra veckodagar** → Vilka ? _____

21. Hur mycket hade Du i lön före skatt den *senaste månaden* ? kr/månad

22. Hur mycket anser Du vore en lämplig lön med tanke på
på arbetets krav, Din kompetens och prestationer ? kr/månad

23. Har Du erhållit någon extra belöning för gott utfört arbete under de *senaste 12 månaderna* ?

Nej → gå till fråga 24

Ja → Vilken eller vilka belöningar ?

(Besvara varje delfråga)

	Nej	Ja
Löneförhöjning av fast lön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ekonomisk bonus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vunnit tävling el dyl med någon form av pris, t ex resa, restaurangbesök, biobiljett, trisslott	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vunnit tävling el dyl där priset var någon personlig fördel, t ex extra ledighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vunnit tävling el dyl utan något annat pris än äran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hamnat "högst upp" på offentlig lista över hur man lyckats i arbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fått bättre arbetstider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fått vidareutbildning inom arbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blivit befördrad till annat arbete el position i företaget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Offentligt fått beröm av chef	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enskilt fått beröm av chef	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fått beröm från arbetskamrater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat - vad? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Har Du fått några nackdelar på grund av missnöje med ditt arbete under de **senaste 12 månaderna** ?

Nej → gå till fråga 25

Ja → Vilken eller vilka nackdelar ? (Besvara varje delfråga)

	Nej	Ja	
Ekonomiska försämringar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andra försämringar av arbetsvillkor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vad? _____
Ej fått de förbättringar av arbetsvillkor som jag förväntat mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vad? _____
Hamnat ”långt ner” på lista tex över hur många samtal/ kunder man klarat av	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Offentligt fått kritik av chef	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enskilt fått kritik av chef	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fått kritik från arbetskamrater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Annat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vad? _____

Arbetsuppgifter

25. Vilka av följande arbetsmoment har ingått i Ditt arbete under **en typisk arbetsdag** den **senaste månaden**? Ange tiden, så exakt som möjligt i antal timmar och minuter per arbetsdag.
(Besvara varje delfråga)

	Nej	Ja	timmar/dag	minuter/dag
a) Kundsamtal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b) Administration, förberedelser, efterarbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c) Övrigt (planering, möten, utbildning etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d) Pauser/raster på betald arbetstid (obs räkna ej lunchen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Summa arbetstid (skall motsvara Din ordinarie arbetstid under en typisk arbetsdag): timmar/dag

26. Hur **många** (kund) samtal per arbetsdag har Du i genomsnitt haft den **senaste månaden** ?

samtal / dag

27. Är detta antal för litet, lagom eller för stort med tanke på arbetets krav och Din egen hälsa och välbefinnande ?

För få samtal → Hur många samtal vore lagom? samtal /dag
 Lagom antal
 För många samtal → Hur många samtal vore lagom? samtal /dag
 Ingen åsikt

28. Hur **långa** har Dina (kund) samtal varit i genomsnitt den *senaste månaden* ?

minuter sekunder

29. Är denna samtalstid för kort, lagom eller för lång med tanke på arbetets krav och Din egen hälsa och välbefinnande ?

För korta samtal → Hur långa samtal vore lagom? minuter sekunder
Lagom längd

För långa samtal → Hur långa samtal vore lagom? minuter sekunder
Ingen åsikt

30. Hur har (kund) samtalen fördelat sig mellan inkommande (Du besvarar kunders samtal) och utgående samtal (Du ringer upp kunder) under den *senaste månaden*?

Endast inkommande samtal Endast utgående samtal

Övervägande inkommande samtal Övervägande utgående samtal

Ungefär lika mycket inkommande som utgående samtal

31. I hur stor andel av kundsamtalen den *senaste månaden*:

(Markera det alternativ som bäst passar in)

% av samtalen

Aldrig	Hälften										Alla samtal
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	

a) Tycker Du att **kunden** varit tydligt **nöjd** med den service han/hon fått av Dig ?

b) Tycker Du att **kunden** varit tydligt **missnöjd** med den service han/hon fått av Dig ?

c) Har **Du själv** varit **nöjd** med den service Du gett ?

d) Har **Du själv** varit **missnöjd** med den service Du gett?

32. Hur stor andel av dagarna under den *senaste månaden* har:

(Markera det alternativ som bäst passar in)

Aldrig	% av dagarna										Alla dagar
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	

a) Du mått dåligt för att kunder varit missnöjda, ledsna, arga eller otrevliga emot Dig ?

b) Du mått dåligt för att **antalet** kundsamtal varit högt ?

c) Det blivit **konflikt** mellan antalet samtal och längden på samtalen

(t ex för att hinna med många samtal så måste Du minska på längden – eller för att ge bra service så hinner Du inte med så många samtal som Du borde)

33. Hur många **e-mail** har Du i genomsnitt hanterat under en typisk arbetsdag den *senaste månaden*?

e-mail /dag

Dator-arbete

34. Vilket år började Du använda dator i arbetet, skolan eller fritiden?

35. Hur stor andel av en typisk arbetsdag den *senaste månaden* har Du tillbringat

Aldrig	% av dagen										Hela dagen
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	

sittande (inklusive pauser/raster)?

(Markera det alternativ som bäst passar in)

36. Hur länge har Du vanligtvis arbetat den *senaste månaden* innan Du gjort ett **avbrott** och lämnat dator-arbetsplatsen under minst 10 minuter ?

Timmar										
0	½	1	1½	2	2½	3	3½	4	4½	5 eller mer
<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"/>

(Avbrottet kan bero på att Du måste göra något på ett annat ställe eller att Du tar en paus/rast)

(Markera det alternativ som bäst passar in)

37. Har Du fått information och undervisning om god ergonomi vid datorarbete (t ex rätt inställning av stolen, bra placering av bildskärm, tangentbord och mus, om bra synförhållanden och god arbetsteknik)?

(Markera det alternativ som bäst passar in)

- Nej, i stort sett ingen information alls
- Ja, men jag skulle behöva **mycket mer** information
- Ja, men jag skulle behöva **något mer** information
- Ja, helt tillräckligt
- Vet ej

Arbetsplatsutformning

38. Hur nöjd eller missnöjd har Du i allmänhet varit med följande arbetsförhållanden under den senaste månaden? (Markera det alternativ som bäst passar in)

	Mycket missnöjd	Ganska missnöjd	Varken nöjd el missnöjd	Ganska nöjd	Mycket nöjd
a) Belysningen i lokalen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Belysningen vid Ditt bord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Temperatur/drag i lokalen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Luftkvalitén i lokalen (torrt, damm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ljudmiljön i lokalen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Arbetsutrymmet kring och på bordet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Arbetsbordet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Arbetsstolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Arbetsställningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Bildskärmen och dess placering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Tangentbordet och dess placering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Musen (el motsv) och dess placering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Telefonsystemet inkl. head-set	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Ljudet i head-set/telefonluren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Störningar och tekniskt stöd

39. Hur ofta har Ditt arbete blivit stört på grund av problem med dator- eller telefonsystemet den senaste månaden (t ex driftavbrott, nätavbrott, långsam dator, brutna telefonförbindelser) ?

(Markera det alternativ som bäst passar in)

- | | |
|------------------------------------|--------------------------|
| Ingen gång | <input type="checkbox"/> |
| Några enstaka gånger | <input type="checkbox"/> |
| Någon gång i veckan | <input type="checkbox"/> |
| Någon gång per dag | <input type="checkbox"/> |
| Flera gånger per dag | <input type="checkbox"/> |
| Någon gång i timmen | <input type="checkbox"/> |
| Flera gånger i timmen eller oftare | <input type="checkbox"/> |
| Vet ej | <input type="checkbox"/> |

40. Har Du fått **hjälp och stöd** om det uppstått problem med datorn eller telefonsystemet under den senaste månaden ?

(Markera det alternativ som bäst passar in)

- | | |
|--|--------------------------|
| Nej, ingen eller nästan ingen hjälp | <input type="checkbox"/> |
| Ja, men alldeles för lite eller för långsamt | <input type="checkbox"/> |
| Ja, tillräckligt och snabbt | <input type="checkbox"/> |
| Det har ej varit några störningar | <input type="checkbox"/> |

Arbetsledning, socialt stöd och utveckling

41. Hur har förhållandet mellan Dig, arbetskamraterna och **närmaste** chef varit under den *senaste månaden* ?
(Markera det alternativ som bäst passar in)

	Aldrig	Mycket sällan	Ganska sällan	Ganska ofta	Mycket ofta	Alltid
a) Det är en god sammanhållning på min arbetsplats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Mina arbetskamrater ställer upp för mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Jag trivs bra med mina arbetskamrater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Det är en lugn och behaglig stämning på min arbetsplats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Man har förståelse för att jag kan ha en dålig dag och inte orkar med så många samtal eller att ge så god service som vanligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Man kan utan risk för obehag öppet framföra kritiska synpunkter på arbetsförhållanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Jag känner mig rättvist behandlad på arbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Min chef är bra på att planera vårt arbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Min chef är bra på att informera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Jag får uppmuntran och beröm av min chef när jag har gjort ett bra arbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Min chef lyssnar på mina synpunkter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Jag får hjälp och stöd av min chef när jag stöter på problem i arbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Min chef talar om på ett konstruktivt och bra sätt när jag har gjort ett mindre bra arbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Min chef kan hantera och lösa konflikter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Min chef ger mig bra förutsättningar för att jag skall utvecklas i arbetet		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

42. Har Du möjlighet att medverka i planering och vidareutveckling av Ditt arbete ?
- | | Inte alls | Knappast alls | Något | Ganska mycket | Mycket | All planering |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- (Markera det alternativ som bäst passar in)

43. Har Du fått utbildning på betald arbetstid under de **senaste 12 månaderna** ?

- a) Nej
- Ja → b) Sammanlagd tid under de **senas** **naderna** dagar

Arbetets krav

44. Vilka krav ställs på Dig i arbetet ? Utgå från hur Du har haft det den **senaste månaden**.
(Markera det alternativ som bäst passar in)

	% av arbetstiden										Hela tiden
	Aldrig									Hela tiden	
Kräver ditt arbete	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
a) Att Du är serviceinriktad	<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"/>
b) Att Du kan något främmande språk	<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"/>
c) Att Du har goda kunskaper om ditt datasystem	<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"/>
d) Att Du kan hantera otrevliga och besvärliga kunder	<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"/>
e) Att Du arbetar mycket fort	<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"/>
f) Att Du är uppmärksam på mycket på en gång och kan hålla mycket information i huvudet	<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"/>
g) Att Du kan koncentrera Dig på arbetet även om miljön är störande	<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"/>
h) Att Du kan fatta svåra beslut	<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) Att Du kan låta bli att visa Dina känslor även om Du är arg, irriterad eller ledsen	<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"/>
j) Att Du kan ge information i frågor som kräver stora (djupa) kunskaper	<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"/>
k) Att Du har stor erfarenhet av arbetet	<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"/>
l) Att Du hittar på egna lösningar på kundernas frågor och problem	<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"/>
m) Att Du arbetar mycket hårt och intensivt	<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"/>

45. Hur ofta har följande gällt för Ditt arbete under den *senaste månaden* ?

(Markera det alternativ som bäst passar in)

	% av arbetstiden										Hela tiden
	Aldrig					Halva					
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
a) Du känner Dig nöjd och stolt över Din arbetsprestation	<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"/>
b) Du känner Dig nöjd och stolt över Ditt kundservice företag (call center)	<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"/>
c) Du gör samma sak på rutin om och om igen	<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"/>
d) Du har ingen arbetslust	<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"/>
e) Du har de resurser och befogenheter som arbetsuppgiften kräver	<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"/>
f) Du måste utföra saker som Du tycker skulle göras annorlunda	<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"/>
g) Du vet vilka uppgifter som Du ansvarar för	<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"/>
h) Du gör Ditt jobb och orkar inte bry Dig om vad kunderna tycker	<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) Du får lära Dig nytt och utvecklas i arbetet	<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"/>
j) Du har <i>inte</i> tillräckligt med tid för att hinna med arbetsuppgifterna	<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"/>
k) Du tycker att kunderna är besvärliga och krävande	<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"/>
l) Du har frihet att bestämma <i>hur</i> Ditt arbete skall utföras	<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"/>
m) Du har frihet att bestämma <i>vad</i> som skall göras i Ditt arbete	<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"/>
n) Du har frihet att bestämma <i>när</i> Du skall arbeta eller ta paus/rast	<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"/>
o) Du får använda Din kompetens och erfarenhet i Ditt arbete	<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"/>
p) Du känner oro för att Din arbetssituation skall förändras p g a omorganisationer, helt nya arbetssätt o dyl	<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"/>
q) Du känner oro för att förlora arbetet	<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"/>

Samtalsmätning och medlyssning

46. Förekommer det samtalsmätningar på Din arbetsplats (dvs mätning av Dina kundsamtal, samtalens längd, in- och utloggningstid) ?

- Nej → gå till fråga 47
 Ja → gå till fråga 46 B
 Vet ej → gå till fråga 47

46B → Vad är Din åsikt och reaktion på sådan samtalsmätning ?

(Besvara varje delfråga)

	Nej	Ja
Det får mig att arbeta effektivare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ett bra sätt att visa min arbetsprestation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner mig övervakad och kontrollerad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag blir stressad, orolig eller nervös av det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag blir irriterad eller arg av det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag mår kroppsligt eller psykiskt dåligt av det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat – vad? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har ingen åsikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. Förekommer det att arbetsledaren (eller annan) lyssnar på Dina kundsamtal (=av/medlyssning) ?

- Nej → gå till fråga 48
 Ja, sitter bredvid mig och lyssnar → gå till fråga 47 B
 Ja, sitter annanstans och lyssnar via telefonlinjen → gå till fråga 47 B
 Vet ej → gå till fråga 48

47 B → Vad är Din åsikt och reaktion på sådan av/medlyssning ?

(Besvara varje delfråga)

	Nej	Ja
Ett bra sätt att utveckla mina kundsamtal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ett bra sätt att visa kvaliteten på min service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner mig övervakad och kontrollerad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag blir stressad, orolig eller nervös av det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag blir irriterad eller arg av det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag mår kroppsligt eller psykiskt dåligt av det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat – vad? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har ingen åsikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stress och trötthet

48. Hur har du känt Dig **under en typisk arbetsdag** den *senaste månaden* ?
(Markera det alternativ som bäst passar in)

		Inte alls	Knappast alls	Något	Ganska	Mycket	Mycket mycket
a)	Avslappnad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	Aktiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)	Stressad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)	Energisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e)	Ineffektiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f)	Avspänd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g)	Pressad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h)	Passiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i)	Slut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j)	Dåsig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k)	Gäspar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l)	Uttömd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m)	Sömnig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n)	Utarbetad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o)	Irriterad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p)	Orolig eller nervös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q)	Arg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r)	Osäker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s)	Nedstämd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t)	Olust när Du går till arbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sömn

49. Hur länge per natt har Du i allmänhet sovit den *senaste månaden* ?

timmar / natt

50. Hur ofta har nedanstående hänt under den *senaste månaden* ?

(Markera det alternativ som bäst passar

in)

	% av dagarna										
	Aldrig	Hälften								Varje dag	
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
a) Du har svårigheter att somna	<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"/>
b) Du vaknar upp för tidigt och har svårigheter att somna om	<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"/>
c) Du är ej utsövd vid uppvaknandet	<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"/>
d) Du får mindre än 6 timmars sömn/natt	<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"/>
e) Du är sömning under arbetet eller fritiden	<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"/>
f) Du somnar oavsiktligt under arbetet	<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"/>
g) Du somnar oavsiktligt under fritiden	<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"/>

Nedvarvning och återhämtning

51. Hur har Du känt Dig efter en typisk arbetsdag den *senaste månaden* ?

(Markera det alternativ som bäst passar in)

	% av dagarna										
	Aldrig	Hälften								Varje dag	
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
a) Du tänker på arbetet trots att Du försöker låta bli	<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"/>
b) Du har svårt att somna eller sova för att Du tänker på arbetet	<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"/>
c) Du är så trött efter arbetet att Du inte orkar göra något som kräver ansträngning eller koncentration	<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"/>

52. Hur utvilad eller trött brukar Du vara ?

(Markera det alternativ som bäst passar

in)

	Pigg och helt utvilad	Ganska pigg	Varken pigg eller trött	Ganska trött	Trött och helt slut
a) Efter arbetsdagens slut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Nästa arbetsdags morgon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Efter en helg eller annan 2-dagars ledighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) <i>Efter en semester på minst en vecka</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Balans mellan arbete och privatliv?

53. Hur har arbetet påverkat Din tid och ork för Ditt övriga liv under den *senaste månaden* ?

(Markera det alternativ som bäst passar in)

	Ingen påverkan	Något inskränkt	Kraftigt inskränkt	Hinner/ orkar inte alls	Ej relevant Vet ej
a) Hushållsarbetet (matlagning, tvätt, städ etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Hobby, musik, TV, radio, läsa, bio etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Motion, idrott, fysisk träning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Facklig, politisk eller förenings verksamhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Kurser och utbildning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Inköp, post/bankärenden, (tand-) läkarbesök o dyl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Umgänge med partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Engagemang och umgänge med barnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Umgänge med släkt och vänner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Avkoppling och tid för Dig själv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54. Och motsatsen

	Ingen påverkan	Något inskränkt	Kraftigt inskränkt	Hinner/ orkar inte alls	Vet ej
Hur har Ditt privatliv (t ex problem) påverkat Dina arbetsprestationer under den <i>senaste månaden</i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sammanfattningsvis

55. Vad uppskattar Du mest i Ditt nuvarande arbete ? _____

56. Vad tycker Du minst om i Ditt nuvarande arbete ? _____

57. Vill Du fortsätta med Ditt nuvarande arbete ?

Ja, **med nuvarande arbetsuppgifter** i detta företag

Ja, men med **andra arbetsuppgifter** eller **annan position** i detta företag

Nej, jag vill byta till ett annat företag och **fortsätta med liknande arbete**

Nej, jag **vill inte alls** arbeta med den typ av arbete jag har idag

Hälsa

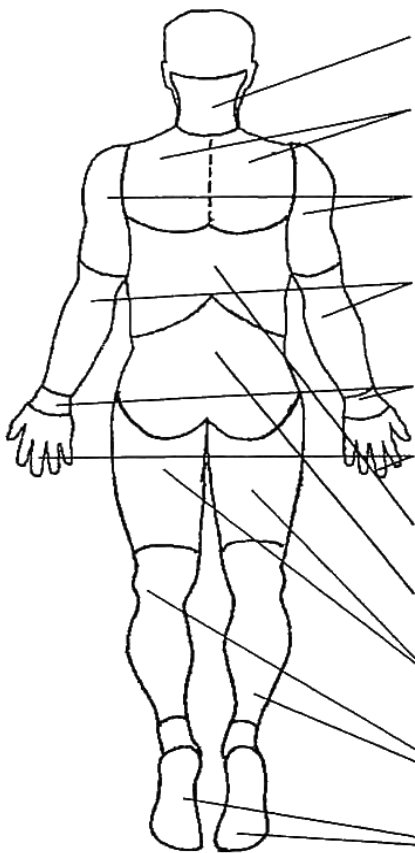
58. Har Du haft något av följande besvär under den *senaste månaden* ?

Ange för varje besvärstyp "Nej" eller "Ja". Om "Ja", ange även hur många dagar Du sammanlagt haft besvären den senaste månaden samt om Du tror att besvären har samband med Ditt arbete.

Besvärstyp	Besvär ?		Hur länge ? Antal dagar	Samband arbetet ?		Vet ej
	Nej	Ja		Nej	Ja	
a) Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ögon- eller synbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Öron- eller hörselbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Hals- eller röstbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Hudbesvär i ansiktet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Domningar i en eller båda händerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

59. Har Du haft smärta eller värk eller andra besvär i någon av de kroppsdelar som markerats på figuren under den *senaste månaden* ?

Kroppsdel	Besvär ?		Hur länge ? Antal dagar	Samband arbetet ?		Vet ej
	Nej	Ja		Nej	Ja	
a) Nacke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Skuldra Vä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Skuldra Hö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Axel/överarm Vä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Axel/överarm Hö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Armbåge/underarm Vä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Armbåge/underarm Hö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Handled Vä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Handled Hö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Hand Vä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Hand Hö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Bröstrygg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Ländrygg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Höfter/lår Vä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
o) Höfter/lår Hö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
p) Knä/underben Vä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
q) Knä/underben Hö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
r) Fotled/fot Vä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
s) Fotled/fot Hö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				



Om Du INTE haft något besvär och svarat NEJ på samtliga frågor på föregående sida
➔ gå vidare till fråga 62

Om Du haft något av besvären och svarat JA på någon av delfrågorna på föregående sida
➔ besvara följande frågor.

60. Har Du vidtagit några av följande åtgärder under den *senaste månaden* för att **minska besvären**?
 (Besvara varje delfråga)

Nej Ja

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a) Sökt hjälp hos företagshälsovården | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Sökt hjälp på vårdcentralen el annan läkare, sjukgymnast, kiropraktor el dyl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Tagit medicin, t ex värktabletter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Varit sjukskriven (Hur många dagar den senaste månaden ? <input type="text"/> dagar) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Tränat, stretchat, tai-chi, mediterat, avslappningsövningar el dyl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Minskat arbetstakten (tagit det lugnare, tagit färre kunder, tagit mer pauser) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Minskat arbetstiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Vilat mig extra mycket under fritiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) Bett om hjälp av ledning/arbetskamrater | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j) Bytt arbetsuppgifter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k) Ändrat arbetssättet, arbetsmetoder, arbetsställning (med bibehållna arbetsuppgifter) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l) Ändrat på utrustningen, stol, bord, datorn, head-set etc | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m) Annat – vad ? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

61. Hur har **besvären** påverkat Din arbetsförmåga eller Ditt liv under den *senaste månaden*?

(Markera det alternativ som bäst passar in)

	Opåverkat	Klarar det, men med mer ansträngning	Nedsatt kvantitet el kvalitet	Klarade knappt alls	Ej relevant Vet ej
a) Arbetet på kundservice företaget (call centret)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Hushållsarbetet (matlagning, tvätt, städ etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Hobby, musik, TV, radio, läsa, bio etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Motion, idrott, fys träning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Facklig, politisk el förenings verksamhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Kurser och utbildning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Inköp, post/bankärenden, (tand-)läkarbesök etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Umgänge med partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Engagemang och umgänge med barnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Umgänge med släkt och vänner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Sömn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Annat –vad ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

62. Hur ofta under den *senaste månaden* har Du lagt märke till:

(Markera det alternativ som bäst passar in)

	% av dagarna										
	Aldrig	Hälften									Alla dagar
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
a) Att Du känner Dig spänd i musklerna t ex rynkar pannan, drar upp axlarna?	<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"/>
b) Att Du känner hjärtklappning eller tryck över bröstet?	<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"/>
c) Att Du känner oro, sveda eller smärta i magen?	<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"/>
d) Att Du är trög eller förstoppad i tarmen?	<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"/>
e) Att Du känner yrsel eller ostadighet?	<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"/>
f) Andra kroppsliga eller psykiska obehag?	<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"/>

➔ Vad? _____

63. Har Du gjort någon arbetsskadeanmälan på grund av olycksfall eller sjukdom som Du ådragit Dig på Ditt nuvarande arbete under de **senaste 12 månaderna** ?

Nej

Ja Vad ? _____

64. Har Du varit borta från arbetet på grund av egen sjukdom under den *senaste månaden* ?

a) Nej

Ja

→ b) Hur många

sammanlagt under den *senaste månaden* ?

c)

Var Du sjukskriven ?

Tog Du ut semesterdagar för att du var sjuk ?

Tog Du ut kompdagar för att du var sjuk ?

Tog Du ut tjänstledighet för att du var sjuk ?

65. Har Du gått till arbetet den *senaste månaden* trots att Du varit så sjuk så att Du egentligen borde stannat hemma?

a) Nej

Ja → b) Hur många dagar sammanlagt under den *senaste månaden* ?

Vet ej

66. Har Du genomgått synundersökning med anledning av datorarbete ?

a) Nej

Ja → b) Behövdes nya glasögon för datorarbete ? Nej

Ja → c) Har du fått sådana ?

Nej

Ja

67. Hur skulle Du sammanfattningsvis beskriva Din nuvarande hälsa?

(Markera det alternativ som bäst passar in)

Mycket bra

Ganska bra

Varken bra eller dålig

Ganska dålig

Mycket dålig

68. Är det något ytterligare som Du vill berätta om Ditt arbete, Dina arbetsförhållanden eller Din hälsa?

Tack för hjälpen !