

SJÄLVBEDÖMNING AV ARBETSMILJÖ OCH HÄLSA

RÅD FÖR ANVÄNDNINGEN AV SJÄLVBEDÖMNING

- Formuläret är planerat i samråd med företagare och tar endast några minuter att fylla i.
- Stanna upp en stund för att begrunda och bedöma dina arbetsförhållanden och ditt eget välmående i arbetet.
- Besvara varje fråga genom att kryssa för det alternativ du tycker att stämmer bäst ("alltid/ofta" eller "då och då" eller "sällan/aldrig").
- Arbetshälsovården kan ge dig stöd och råd i hur du bäst kan förbättra din nuvarande situation. Mer information om att ordna arbetshälsovården finns på internetsidan www.ttl.fi/sv/foretagshalsovard.

ARBETE OCH ARBETSMILJÖ

Bedöm följande drag hos din arbetsmiljö



En friskare företagare - ett friskare företag

	alltid/ ofta	då och då	sällan/ aldrig
Psykisk och fysisk belastning			
I mitt arbete finns följande psykiska belastningsfaktorer:			
• brådska och pressad tidtabell			
• känsla av stress			
• överdrivet långa arbetsdagar			
• osakligt bemötande			
• hot om våld eller annan kriminalitet			
I mitt arbete finns följande fysiska belastningsfaktorer:			
• tungt fysiskt arbete			
• upprepande av samma arbetsrörelser			
• kontinuerligt stillastående eller kontinuerlig rörelse			
• manuellt utfört lyftande, flyttande eller bärande			
• kutande, vridna eller besvärliga arbetsställningar			
• bildskärmsarbete heltid eller flera timmar per dag			
• sittarbete heltid eller flera timmar per dag			
Arbetsmiljö och olycksfallsrisker i arbetet			
Min arbetslokal är fungerande			
Mina arbetsredskap är trygga och ändamålsenliga			
Min arbetsplats är ren och välordnad			
Belysningen är tillräcklig för mitt arbete			
I mitt arbete finns följande faktorer som påverkar min hälsa:			
• störande, högt, ofta upprepat eller kontinuerligt buller			
• hand-arm-vibrationer och/eller helkroppsvibrationer			
• hetta, kyla, drag, fukt, torr luft, temperaturförändringar			
• rikligt med damm (t.ex. sand, mjöl, metall, fiber)			
• målarfärger, lösningsmedel, gaser, os, svetsånga, tvätt- och rengöringsmedel, kosmetika, andra kemiska ämnen			
• mikrober (bakterier, virus, mögel)			
Vid behov använder jag personlig skyddsutrustning (t.ex. andnings- och hörselskydd, skyddsglasögon, -handskar eller -kläder)			
Vid behov använder jag säkerhetsutrustning (t.ex. skyddshjälm, -skor, -handskar, säkerhetsväst, -sele osv.)			
Beredskap för första hjälpen är ordnad i mitt arbete (utbildning i första hjälpen, ändamålsenlig utrustning och redskap)			
Det har hänt olycksfall i arbetet i mitt företag			
Jag har bedömt riskerna i mitt företag och vidtagit nödvändiga åtgärder			
Jag kan själv påverka mina arbetsvanor och min arbetsmiljö			
Mitt företag har ingått ett avtal om företagshälsovård med någon som erbjuder företagshälsovårdstjänster		X	

HÄLSA OCH LEVNADSSÄTT

Bedöm följande faktorer som påverkar din hälsa



En friskare företagare - ett friskare företag

	alltid/ ofta	då och då	sällan/ aldrig
Psykisk och fysisk hälsa			
Jag är nöjd med mitt hälsotillstånd och min arbetsförmåga			
Jag är nöjd med mitt psykiska välmående			
Jag har tid att ta hand om mina mänskliga kontakter			
Jag är nöjd med min fysiska kondition			
Jag har följande symtom:			
<ul style="list-style-type: none"> sömnstörningar (t.ex. svårigheter att somna, uppvakningar på efternatten, andningsavbrott under sömnen) 			
<ul style="list-style-type: none"> kontinuerlig irritation, spändhet och nervositet 			
<ul style="list-style-type: none"> kontinuerlig känsla av trötthet 			
<ul style="list-style-type: none"> långvarig nedstämdhet 			
<ul style="list-style-type: none"> muskel- eller ledsymptom i armar eller ben, i ryggen, i nacken eller i axlarna 			
<ul style="list-style-type: none"> bröstsmärtor, arytmier 			
<ul style="list-style-type: none"> magbesvär 			
<ul style="list-style-type: none"> luftvägssymptom 			
<ul style="list-style-type: none"> huvudvärk 			
<ul style="list-style-type: none"> svindel 			
<ul style="list-style-type: none"> ögonsymptom, synstörningar 			
Jag vet nivån på mitt blodtryck			
Jag vet värdet på mitt blodkolesterol och mina blodfetter			
Livsvanor			
Jag utövar konditions- och nyttomotion som får mig att svettas minst en halv timme 2 – 3 gånger i veckan			
Jag har tillräckligt många lediga dagar och tillräckligt långa semestrar			
Jag sover tillräckligt			
Jag äter dagligen mångsidigt och regelbundet			
Jag undviker djurfetter i min diet			
Jag undviker socker i min diet			
Min diet består av rikligt med grönsaker, bär och frukter			
Min diet är saltfattig			
Min vikt är normal			
Jag röker dagligen			
Min alkoholförbrukning per vecka överskrider den hälsovådliga mängden (övre gräns för män 24 doser/vecka, för kvinnor 16 doser/vecka. 1 dos är t.ex. en restaurangportion eller en flaska mellanöl)			
Jag kan själv påverka mitt hälsotillstånd			
Min hälsa är viktig för mitt företag			
Jag har en egenläkare, en arbetarhälsovårdsläkare eller en vårdande läkare			

MINA ÅTGÄRDER FÖR ATT FÖRBÄTTRA MIN ARBETSMILJÖ OCH MITT HÄLSOTILLSTÅND

Du har bedömt ditt arbetshälsotillstånd. Det är en god början till att värna om din hälsa i arbetet. I självbedömningen finns som gröna dina styrkor och krafter i ditt arbete, din hälsa och dina levnadssätt - ta vara på dem. Sakerna i röda området behöver förbättras - gör det snabbt.

Kom ihåg att du är den viktigaste resursen för ditt företag!

Fundera på dina svar och vad och när du kommer att göra för att förbättra din arbetsmiljö och/eller ditt hälsotillstånd. Ta ett steg åt gången. Mera information och länkar finns på internetsidan www.syty2000.fi under rubriken "Elän täydesti!" (på finska).

VAD SKA JAG GÖRA?	NÄR SKA JAG GÖRA DET?
Arbete	
1.	
2.	
3.	
Hälsa och livsvanor	
1.	
2.	
3.	

Fyll självbedömningen regelbundet (t.ex. en gång om året) - gör den till en vana.

Färgerna i grå-/svartvit utskrift:

grön

gul

röd