

Supplementary file 1 – Swedish version of the Burnout Assessment Tool

Arbetsrelaterad version av BAT

Instruktion

Följande påståenden handlar om din arbetsituation och hur du upplever denna situation. Vänligen ange hur ofta varje påstående gäller för dig.

Skattning

Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
1	2	3	4	5

Primära symptom

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
Utmattning					
1. När jag är på arbetet känner jag mig psykiskt utmattad*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Allting jag gör på arbetet kräver stor ansträngning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Det är svårt för mig att återhämta mig efter en dag på arbetet*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. När jag är på arbetet känner jag mig fysiskt utmattad*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jag saknar energi för en ny dag på arbetet när jag går upp på morgonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jag vill vara aktiv på arbetet men trots det klarar jag inte av det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. När jag anstränger mig på arbetet blir jag trött fortare än vanligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Vid arbetsdagens slut känner jag mig psykiskt utmattad och slutkörd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Känslomässig distansering					
9. Jag får kämpa för att uppbringa entusiasm för mitt arbete*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. När jag är på arbetet går jag på autopilot och tänker inte på vad jag håller på med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Jag känner stark motvilja för mitt arbete*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12. Jag känner likgiltighet inför mitt arbete | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Jag känner mig cynisk inför vad mitt arbete har för betydelse för andra* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
Kognitiv nedsättning					
14. På arbetet har jag svårt att vara fokuserad*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. På arbetet har jag svårt att tänka klart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Jag är glömsk och distraherad på arbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. När jag arbetar har jag svårt att koncentrera mig*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Jag gör misstag på arbetet eftersom jag tänker på annat*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedsatt känsloreglering					
19. På arbetet känner jag mig oförmögen att kontrollera mina känslor*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Jag känner inte igen mig själv i hur jag reagerar känslomässigt på arbetet*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. När jag arbetar blir jag lätt irriterad när saker inte går som jag vill	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Jag blir upprörd eller ledsen på arbetet utan att veta varför	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. På arbetet händer det att jag överreagerar utan att mena det*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observera: * = Kort version

Sekundära symptom

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
Psykisk påfrestning					
1. Jag har svårt att somna eller fortsätta sova när jag väl har somnat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jag oroar mig lätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jag känner mig spänd och stressad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jag känner mig ängslig och/eller lider av panikattacker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jag blir störd av mycket folk och ljud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykosomatiska besvär					
6. Jag lider av hjärtklappning eller bröstsmärtor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jag lider av mag- och/eller tarmbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jag lider av huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Jag lider av muskelsmärter, t.ex. i nacken, skuldrorna eller ryggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Jag blir ofta sjuk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>