

II PART

PSYKISK HÄLSA – ARBETE – RELATIONER

En befolkningsstudie i Stockholms län

PART I

Ansvariga för PART-projektet är:

- Tore Hällström, Professor, Projektansvarig^{1,2}
- Yvonne Forsell, Docent^{1,3}
- Kerstin Damström Thakker, Dr. Med.Vet., Projektledare^{1,2}
- Ingvar Lundberg, Docent^{4,5}

¹ Karolinska Institutet, Institutionen för klinisk neurovetenskap, arbetsterapi och äldrevårdsforskning (NEUROTEC), Sektionen för psykiatri

² FoUU-enheten för psykiatri, SVPO, Huddinge sjukhus

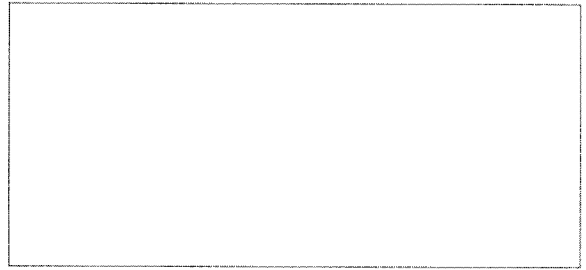
³ Enheten för psykisk hälsa, psykiatrisk epidemiologi, Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting

⁴ Karolinska Institutet, Institutionen för folkhälsovetenskap, Avdelningen för Yrkesmedicin

⁵ Yrkesmedicinska enheten, Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting

Vid frågor kontakta gärna någon av projektets samordnare
Eija Airaksinen eller Jenny Wodelius.

telefonnummer: 08-402 39 40 **faxnummer:** 08-402 39 54
adress: PART-projektet, Box 1083, 101 39 Stockholm



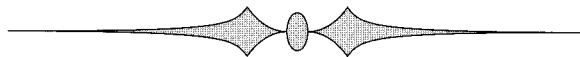
Enkäten som vi vill be Dig fylla i innehåller frågor om:

- Dina uppväxtförhållanden och familjeförhållanden
- Din utbildning och ekonomi
- Personliga förhållanden, människor i Din omgivning och händelser Du varit med om på senare tid
- Arbetsförhållanden och arbetslöshet
- Psykisk hälsa (hur Du mår, hur Du hanterar problem och olika upplevelser)
- Ätande och viktkontroll
- Alkohol- och drogvanor.

Svaren på frågorna som ställs i enkäten kommer att användas för att undersöka samband mellan livsvillkor och psykisk hälsa.

Vissa frågor kan vara svåra att svara på t.ex. för att Du inte tycker att det finns något svarsalternativ som exakt passar in på Din situation. Försök ändå att alltid ge ett svar. Observera även att frågorna ibland gäller någon viss tidsperiod, t.ex. de senaste 30 dagarna.

Formuläret är relativt omfattande och tar c:a 45 minuter att fylla i.



┌

└

A. Uppväxtförhållanden

1. Är Du född i Sverige?

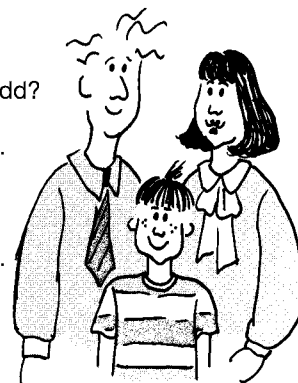
Ja Nej

Om "Nej", i vilket land är Du född?

.....

Vilket år kom Du till Sverige?

.....



2. Var bodde Du under större delen av Din uppväxttid? (innan Du fyllde 18 år).

- I Stockholms län
 I annan del av Sverige
 Utomlands, i vilket land?

3. Har någon av Dina föräldrar invandrat till Sverige?

Ja, mor Ja, far Nej

Om "Ja", från vilket land?

.....

4. Vem/vilka vuxna växte Du huvudsakligen upp tillsammans med? (innan Du fyllde 18 år)
Ange både manlig och kvinnlig person.

- | Manlig person | Kvinnlig person |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Saknades | <input type="checkbox"/> Saknades |
| <input type="checkbox"/> Biologisk far | <input type="checkbox"/> Biologisk mor |
| <input type="checkbox"/> Fosterfar | <input type="checkbox"/> Fostermor |
| <input type="checkbox"/> Styvfar | <input type="checkbox"/> Styvmor |
| <input type="checkbox"/> Adoptivfar | <input type="checkbox"/> Adoptivmor |
| <input type="checkbox"/> Annan släkting | <input type="checkbox"/> Annan släkting |
| <input type="checkbox"/> Annan manlig | <input type="checkbox"/> Annan kvinnlig |

5. Vilket av det följande stämmer bäst in på Din uppväxt? (innan Du fyllde 18 år).

- Mina föräldrar var gifta och/eller sammanboende under hela min uppväxttid
 Mina föräldrar var aldrig gifta eller sammanboende
 Mina föräldrar skilde sig och/eller flyttade isär
 Någon/båda av mina föräldrar avled

6. Hade Din familj det svårt ekonomiskt under Din uppväxttid? (innan Du fyllde 18 år).

- Nej, inga nämnvärda ekonomiska problem
 Ja, lätta och/eller relativt kortvariga perioder med ekonomiska problem
 Ja, svåra och/eller långvariga perioder med ekonomiska problem

7. Förekom det allvarliga slitningar i Din familj under uppväxten? (innan Du fyllde 18 år).

- Nej, inga nämnvärda slitningar
 Ja, lätta och/eller relativt kortvariga perioder av slitningar
 Ja, svåra och/eller långvariga perioder av slitningar

B. Nuvarande familjeförhållanden

1. Har Du egna barn?

Ja Nej

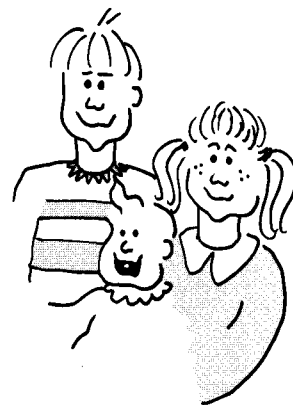
Om "Ja", hur många barn har Du och hur gamla är de?

Antal söner Ålder/åldrar

.....

Antal döttrar Ålder/åldrar

.....



Om Du har svarat "Nej", är barnlösheten:

Frivillig Ofrivillig

2. Bor Du tillsammans med någon annan vuxen person?

- Nej
 Ja, sammanboende med partner eller maka/make
 Ja, sammanboende med förälder/föräldrar
 Ja, sammanboende med annan/andra

3. Bor några barn hemma hos Dig?

Fyll i det alternativ som passar bäst.

- Ja, permanent
 Ja, periodvis men ungefär halva tiden
 Ja, men betydligt mindre än halva tiden
 Nej, sällan eller aldrig

Om Du har svarat "Ja" ovan, hur många barn bor i Din bostad för närvarande? I denna fråga avses samtliga barn som bor hos Dig.

0-6 år 7-15 år
16-17 år 18 år och äldre

4. Hur ofta kan Du få hjälp med olika sysslor i hemmet (t.ex. barn) när kraven känns betungande?

- Alltid För det mesta Ibland
 Sällan Aldrig

5. Har Du för närvarande ansvar för vården av någon långvarigt sjuk eller handikappad anhörig?

- Inte alls I viss mån I hög grad

Om Du svarat "I viss mån" eller "I hög grad" ovan:

- | | I hög grad | I viss mån | Inte alls |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Begränsas Dina möjligheter till arbete eller fritidsaktiviteter av detta vårdansvar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Begränsas Dina möjligheter till umgänge med vänner och familj av detta vårdansvar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leder Ditt vårdansvar till konflikter med familj eller vänner? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

C. Utbildning och ekonomi

1. Vilken/vilka av följande skolor/utbildningar har Du gått?

(Flera alternativ kan anges).

	Påbörjat	Fullföljt
Folkskola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundskola/enhetsskola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realskola, flickskola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fackskola, yrkesskola, gymnasieskola - praktiska linjer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gymnasieskola - teoretiska linjer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eftergymnasial utbildning, minst 2 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Universitets- eller högskoleexamen med minst 3 års utbildning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Vilken är den sammanlagda årsinkomsten före skatt och utan bidrag i Ditt hushåll?

- Mindre än 100 000 kronor
- 100 000 - 149 000 kronor
- 150 000 - 199 000 kronor
- 200 000 - 299 000 kronor
- Mer än 300 000 kronor

3. Om Du plötsligt skulle hamna i en oförutsedd situation, där Du på en vecka måste skaffa fram 14.000 kronor, skulle Du klara det?

- Ja, helt säkert
- Ja, troligen
- Nej, troligen inte
- Nej

4. Har det under de senaste 12 månaderna hänt att lönen/pengarna tagit slut och att Du blivit tvungen att låna från släkt och vänner för att klara matkontot eller hyran?

- Ja, vid flera tillfällen
- Ja, vid ett tillfälle
- Nej

5. Har det under de senaste 12 månaderna hänt att lönen/pengarna tagit slut och att Du blivit tvungen att begära socialhjälp för att kunna klara matkontot eller hyran?

- Ja, vid flera tillfällen
- Ja, vid ett tillfälle
- Nej

D. Personliga förhållanden och människor i Din omgivning

1. Hur många människor med samma intressen som Du, känner Du och har Du kontakt med? (Det gäller kontakter både i arbetet och på fritiden).

- | | |
|--------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ingen | <input type="checkbox"/> 6-10 |
| <input type="checkbox"/> 1-2 | <input type="checkbox"/> 11-15 |
| <input type="checkbox"/> 3-5 | <input type="checkbox"/> Mer än 15 |

2. Hur många människor som Du känner, träffar Du eller samtalar Du med under en vanlig vecka? (Räkna inte med människor som Du träffar tillfälligtvis och som Du knappast kommer att återse, t.ex. kunder i en affär).

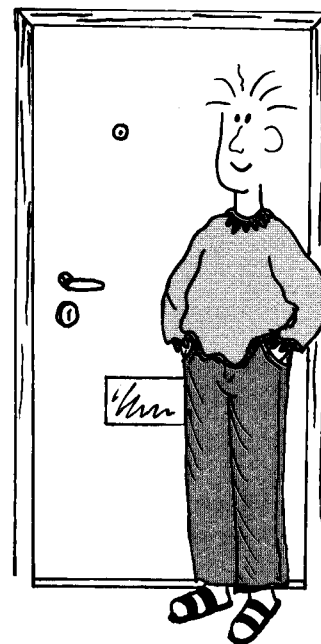
- | | |
|--------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ingen | <input type="checkbox"/> 6-10 |
| <input type="checkbox"/> 1-2 | <input type="checkbox"/> 11-15 |
| <input type="checkbox"/> 3-5 | <input type="checkbox"/> Mer än 15 |

3. Hur många vänner har Du som kan komma hem till Dig när som helst och känna sig hemma? De skulle inte bry sig om, om det var ostädad eller om Du höll på att äta.

- | | |
|--------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ingen | <input type="checkbox"/> 6-10 |
| <input type="checkbox"/> 1-2 | <input type="checkbox"/> 11-15 |
| <input type="checkbox"/> 3-5 | <input type="checkbox"/> Mer än 15 |

4. Hur många finns det i Din familj och bland Dina vänner som Du kan tala öppet med utan att behöva tänka Dig för?

- | | |
|--------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ingen | <input type="checkbox"/> 6-10 |
| <input type="checkbox"/> 1-2 | <input type="checkbox"/> 11-15 |
| <input type="checkbox"/> 3-5 | <input type="checkbox"/> Mer än 15 |



5. Det finns en särskild person som jag känner att jag verkligen kan få stöd av.

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Stämmer helt | Stämmer ganska bra | Stämmer inte så bra | Stämmer inte alls |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Det finns en särskild person som känner sig stå väldigt nära mig.

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

7. Andra människor visar uppskattning för det jag gör.

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

8. Det finns människor i min omgivning som jag lätt kan be om saker. (T.ex. låna verktyg eller kökssaker).

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

9. Bortsett från dem hemma, finns det andra som jag kan vända mig till om jag är i svårigheter, någon som jag lätt kan träffa, som jag litat på och kan få verklig hjälp av när jag har det besvärligt.

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

10. Är Du rotad i, och känner stark samhörighet med det område där Du bor?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| I hög grad | I viss mån | Inte speciellt | Inte alls |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

11. Känner Du stark samhörighet med Din släkt? (Utöver make/maka, sambo, barn).

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

12. Har Du under de senaste 12 månaderna haft kontakt med någon av följande:

	Ja	Nej	Om "Ja", – hur blev Du bemött?		
			Jag fick den information, stöd eller hjälp jag behövde	Jag fick viss information, stöd eller hjälp	Jag fick ingen information, stöd eller hjälp
Hälso- och sjukvården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Socialtjänsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetsförmedlingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barns skola/daghem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Försäkringskassan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan samhällsverksamhet Vilken/vilka?					
.....	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E. Ditt sätt att reagera på problem och svårigheter

1. Människor reagerar olika på problem och svårigheter. När Du får problem som är viktiga för Dig, hur brukar Du då reagera? Var god ta ställning till hur varje påstående stämmer för Din del.

	Stämmer	Stämmer inte
Jag lägger ned mer tid och energi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag kan ändå koppla av ibland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag försöker se situationen som en möjlighet till att utvecklas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag blir irriterad och retlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner mig ganska hjälplös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag får dåligt samvete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag blir orolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag söker stöd och hjälp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag försöker skaffa information för att kunna ta itu med problem på ett sakligt sätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag försöker organisera och planera mitt liv bättre ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag avvaktar och hoppas att problemen löser sig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tar det lugnt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

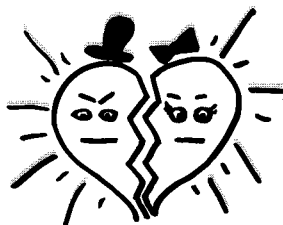


F. Viktiga händelser i livet som kan ha inträffat

1. Har Du under de senaste 12 månaderna varit med om något av följande?

	Ja	Nej		Ja	Nej
Allvarlig konflikt med make/maka/sambo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nära anhörigs eller nära väns dödsfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allvarlig konflikt med barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allvarlig konflikt på arbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allvarlig konflikt med nära anhörig eller vän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mycket försämrad ekonomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blivit slagen eller misshandlad av annan vuxen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blivit arbetslös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svår sjukdom/olyckshändelse hos make/maka/sambo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blivit bostadslös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svår sjukdom/olyckshändelse hos barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abort (egen eller makas/sambos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svår sjukdom/olyckshändelse hos nära anhörig eller vän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Själv blivit utsatt för allvarligt brott (t.ex. inbrott, våldsbrott)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egen sjukdom/olyckshändelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Make/maka/sambo blivit utsatt för allvarligt brott (t.ex. inbrott, våldsbrott)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Makes/makas/sambos död	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Barn blivit utsatt för allvarligt brott (t.ex. inbrott, våldsbrott)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barns död	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Barn blivit mobbat i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Barn haft allvarliga problem (t.ex. missbruk, upprepat skolk, brott)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Har Du under de senaste 12 månaderna varit med om någon av följande händelser?



Om "Ja" markera hur betydelsefull händelsen var för Dig.

	Ja	Nej	Påverkade mig starkt negativt	Ganska negativt	Betydde inte speciellt mycket	Ganska positivt	Påverkade mig starkt positivt
Skilsmässa eller separation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gift mig eller startat samboförhållande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flyttat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fått barn eller adopterat barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bytt arbetsplats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minskat ansvar i arbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ökat ansvar i arbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andra viktiga händelser – Vilken, vilka?

.....	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G. Sysselsättning, yrke och arbetslöshet

1. Vilka är Dina nuvarande sysselsättningar?

Markera alla alternativ som gäller Dig.

	Heltid	Deltid
Anställning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sköter eget eller delägt företag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tjänstledig (inkl. för studier och barnledighet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Studerar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetslös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetsmarknadspolitiska åtgärder (Går på AMI, har beredskapsarbete, har ALU-arbete, går på arbetsmarknadsutbildning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förtidspension eller sjukbidrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ålderspension (inkl. förtida uttag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjukskriven sedan mer än en månad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat – Vad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



2. Vilket är Ditt yrke eller Dina arbetsuppgifter? Om Du är arbetslös eller förtidspensionerad, vilket var det yrke eller de arbetsuppgifter Du hade senast?

Försök att lämna en yrkesbeskrivning som så noggrant som möjligt beskriver Dina huvudsakliga arbetsuppgifter. Här följer några exempel:

- Skriv istället för assistent t.ex. inköpsassistent, redovisningsassistent, reklamassistent.
- Skriv istället för fabriksarbetare t.ex. bilmontör, elektronikarbetare, packare.
- Skriv istället för lärare t.ex. förskollärare, lågstadielärare, textillärare.
- Skriv istället för chaufför t.ex. busschaufför, taxichaufför, lastbilschaufför.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Vilka yrken och arbetsuppgifter har Du haft som varat mer än 6 månader under de senaste 5 åren? Vi har lämnat utrymmen för sex olika perioder för sysselsättningar/anställningar som Du eventuellt haft. När Du bytt anställning/arbetsplats eller yrke/arbetsuppgifter börjar Du på nästa period. Fyll även i ditt aktuella yrke om Du haft det mer än 6 månader.

PERIOD 1					
Fr o m år			Heltid	Deltid	Yrke eller arbetsuppgifter
19	<input type="checkbox"/> Anställd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T o m år	<input type="checkbox"/> Företagare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	<input type="checkbox"/> Annat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PERIOD 2					
Fr o m år			Heltid	Deltid	Yrke eller arbetsuppgifter
19	<input type="checkbox"/> Anställd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T o m år	<input type="checkbox"/> Företagare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	<input type="checkbox"/> Annat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PERIOD 3					
Fr o m år			Heltid	Deltid	Yrke eller arbetsuppgifter
19	<input type="checkbox"/> Anställd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T o m år	<input type="checkbox"/> Företagare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	<input type="checkbox"/> Annat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PERIOD 4					
Fr o m år			Heltid	Deltid	Yrke eller arbetsuppgifter
19	<input type="checkbox"/> Anställd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T o m år	<input type="checkbox"/> Företagare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	<input type="checkbox"/> Annat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PERIOD 5					
Fr o m år			Heltid	Deltid	Yrke eller arbetsuppgifter
19	<input type="checkbox"/> Anställd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T o m år	<input type="checkbox"/> Företagare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	<input type="checkbox"/> Annat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PERIOD 6					
Fr o m år			Heltid	Deltid	Yrke eller arbetsuppgifter
19	<input type="checkbox"/> Anställd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T o m år	<input type="checkbox"/> Företagare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	<input type="checkbox"/> Annat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. Har Du varit arbetslös någon gång de senaste 5 åren?

Ja Nej

Om "Ja", hur många gånger har Du varit arbetslös under de senaste 5 åren?

Antal gånger:

Ungefär hur lång tid har Du sammanlagt varit arbetslös under de senaste 5 åren?

Antal månader:

5. Har någon person som Du sammanbor med varit arbetslös mer än tre månader senaste året? (t.ex. sambo, man, hustru, föräldrar, barn).

Ja Nej

Om Du är arbetslös — gå till fråga I 1.

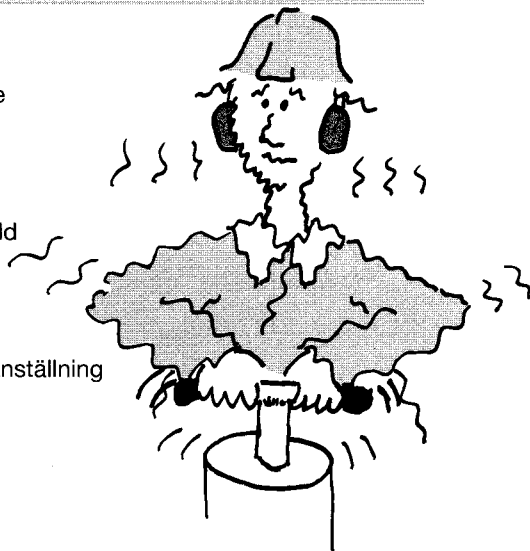
Om Du varken har arbete för närvarande eller är arbetslös — gå till fråga J 1.

H. Frågor till Dig som har arbete för närvarande

1. Hur är Du för närvarande anställd?

Om Du har flera arbeten kan flera alternativ anges.

- Egen företagare
- Fast anställd
- Vikarieanställd
- Kontraktsanställd
- Timanställd
- Projektanställd
- Annan tillfällig anställning



2. Vilken arbetstid har Du vanligtvis i Ditt nuvarande arbete?

Om Du har flera arbeten kan flera alternativ anges.

- Dagarbete
- Kvällsarbete
- Nattarbete
- Skiftarbete (som inkl. nattarbete)
- Skiftarbete (som ej inkl. nattarbete)
- Turlistetid (oregelbunden förläggning av arbetstiden under dygnet i veckan enligt visst arbetschema)
- Annan arbetstid

3. Har det hänt att Du arbetat övertid på Ditt arbete senaste året?

- Arbetar aldrig övertid
- Arbetar övertid åtminstone vid något tillfälle
- Arbetar övertid någon gång per månad
- Arbetar ofta övertid
- Har ej reglerad arbetstid

Om Du har arbetat övertid, kan Du vanligen själv bestämma när Du vill förlägga övertiden?

Ja Nej

4. Hur är könsfördelningen på Din arbetsplats?

Om Du har flera arbeten, svara för den arbetsplats där Du arbetar mest.

- Det är nästan bara kvinnor (minst 90%)
- Det är flest kvinnor, d.v.s. 70-90% kvinnor
- Ungefär lika, d.v.s. mellan 30-70% av vardera könet
- Det är flest män, d.v.s. 70-90% är män
- Det är nästan bara män (minst 90%)

5. Hur stämmer kraven i Ditt arbete med Dina kunskaper och färdigheter?

Ange det alternativ som passar bäst.

- Kraven är mycket högre än mina kunskaper och färdigheter
- Kraven är något högre än mina kunskaper och färdigheter
- Kraven motsvarar mina kunskaper och färdigheter
- Kraven är något lägre än mina kunskaper och färdigheter
- Kraven är mycket lägre än mina kunskaper och färdigheter

6. Var vänlig ta ställning till följande frågor om Dina arbetsvillkor:

	Ja, ofta	Ja, ibland	Nej, sällan	Nej, så gott som aldrig
Kräver Ditt arbete att Du arbetar mycket fort?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kräver Ditt arbete att Du arbetar mycket hårt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kräver Ditt arbete en för stor arbetsinsats?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har Du tillräckligt med tid för att hinna med arbetsuppgifterna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förekommer det ofta motstridiga krav i Ditt arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Får Du lära Dig nya saker i Ditt arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kräver Ditt arbete skicklighet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kräver Ditt arbete påhittighet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innebär Ditt arbete att man gör samma saker om och om igen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har Du frihet att bestämma <u>hur</u> Ditt arbete ska utföras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har Du frihet att bestämma <u>vad</u> som ska utföras i Ditt arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Känner Du att Dina arbetsinsatser uppskattas som ett led i att verksamheten ska fungera bra?

	Inte alls	I ganska liten grad	I viss mån	I hög grad
Av ev. överordnade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Av ev. underordnade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Av ev. arbetskamrater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Av kunder, patienter, klienter, elever eller motsvarande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Hur är stämningen på Din arbetsplats?

	Stämmer helt	Stämmer ganska bra	Stämmer inte särskilt bra	Stämmer inte alls
Det är en lugn och behaglig stämning på min arbetsplats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det är god sammanhållning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mina arbetskamrater ställer upp för mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Man har förståelse för att jag kan ha en dålig dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag kommer bra överens med mina överordnade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag trivs bra med mina arbetskamrater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Är Du utsatt för våld eller hot om våld i Ditt arbete?

- Varje dag
 Ett par gånger i veckan
 En gång i veckan
 Ett par gånger i månaden
 Ett par gånger per år
 Inte alls

10. Känner Du Dig utfrusen av vissa chefer t.ex. genom att de utesluter Dig från information, inte hälsar eller inte svarar på frågor?

- Ja, i stor omfattning
 I liten omfattning
 I viss mån
 Nej, inte alls

11. Känner Du Dig utfrusen av vissa arbetskamrater t.ex. genom att de utesluter Dig från information, inte hälsar eller inte svarar på frågor?

- Ja, i stor omfattning
 I liten omfattning
 I viss mån
 Nej, inte alls

12. Har det skett, eller pågår det förändring eller omorganisation på Din arbetsplats under det senaste året?

- Ja Nej

13. Hur har följande arbetsvillkor förändrats för Din del under senaste året?

	Minskat	Oförändrat	Ökat
Arbetsbelastning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tidspress i arbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetets svårighetsgrad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möjligheter att utvecklas och lära nytt i arbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stöd och uppbackning när Du behöver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samarbetet på arbetsplatsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inflytande och kontroll över det egna arbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anställningstrygghet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möjlighet att förena yrkesarbete och privatliv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Är Du varslad om uppsägning eller har Du blivit uppsagd från Din arbetsplats fast Du fortfarande arbetar kvar?

- Ja Nej

I. Frågor till Dig som är arbetslös för närvarande

Om Du har arbete, eller av annat skäl än arbetslöshet (t.ex. pension) inte har arbete, fortsätt till fråga J 1.



1. Sedan hur länge är Du arbetslös?

Antal månader

.....

2. Hur lång tid varade Din senaste anställning?

Antal månader

.....

3. I vilken utsträckning söker Du arbete?

Fyll i det/de alternativ som passar bäst.

- Så gott som varje dag
- Läser platsannonser och söker det som passar mig
- Läser platsannonser men söker inte ofta något
- Går till arbetsförmedlingen när det krävs
- Söker inget arbete aktivt

4. Ägnar Du Dig åt regelbundet återkommande aktiviteter under veckorna? (från promenader till studiecirkel och ideellt arbete).

- Större delen av tiden
- En mindre del av tiden
- Ungefär halva tiden
- Sällan eller inte alls

5. Har Du varit med om att människor varit irriterade på Dig därför att Du går utan arbete?

- Ja, många gånger
- Ja, någon enstaka gång
- Ja, några gånger
- Nej, aldrig

6. Har Du efter det att Du blev arbetslös varit med om att andra talat nedsättande om de som är arbetslösa?

- Ja, många gånger
- Ja, någon enstaka gång
- Ja, några gånger
- Nej, aldrig

7. Har Du upplevt att andra hållit sig undan Dig därför att Du går utan arbete?

- Ja, många gånger
- Ja, någon enstaka gång
- Ja, några gånger
- Nej, aldrig

8. Har Du känt att andra betraktat Dig som mindre kunnig för att Du går utan arbete?

- Ja, många gånger
- Ja, någon enstaka gång
- Ja, några gånger
- Nej, aldrig

9. Har Du känt att andra betraktat Dig som lat därför att Du går utan arbete?

- Ja, många gånger
- Ja, någon enstaka gång
- Ja, några gånger
- Nej, aldrig

10. Har Du känt att andra inte brytt sig om det Du har sagt eller det Du har gjort, därför att Du är arbetslös?

- Ja, många gånger
- Ja, någon enstaka gång
- Ja, några gånger
- Nej, aldrig

J. Hälsotillstånd

1. Hur bedömer du ditt hälsotillstånd vara för närvarande? Är det...

- Mycket bra
 Ganska bra
 Varken bra eller dåligt
 Ganska dåligt
 Mycket dåligt

2. Ange om Du för närvarande eller tidigare har behandlats av läkare eller vårdats på sjukhus för något av nedanstående:

	För närvarande	Tidigare
Hjärtinfarkt, kärlkramp i hjärtat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan hjärtsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Högt blodtryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärnblödning eller blodpropp i hjärnan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologisk sjukdom (sjukdom i hjärna, ryggmärg, nervtrådar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rörelsenedsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Värk i rygg, axlar och/eller nacke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörselnedsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sockersjuka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Struma/sköldkörtelsjukdom eller annan ämnesomsättningssjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma, kronisk luftrörskatarr eller annan lungsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magsår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronisk tarmsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronisk leversjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjukdom i njurar och/eller urinvägar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjukdom i underlivet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allvarlig infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumör- godartad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumör - elakartad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reumatisk sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allvarlig kroppsskada i samband med olycksfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykisk sjukdom och/eller nervösa besvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allvarlig hudsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan allvarlig sjukdom		
- Vilken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



3. Har Du någon gång under de senaste 30 dagarna varit helt eller delvis sjukskriven?

- Ja Nej

Om "Ja", antal sjukskrivningsdagar:

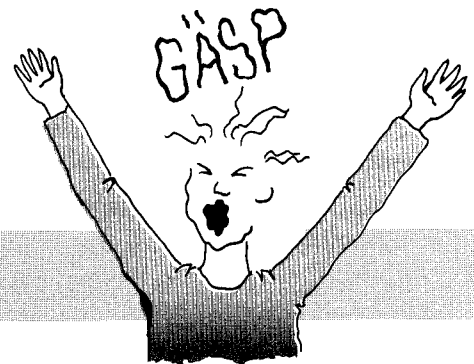
..... dagar

4. Tar Du någon/några mediciner för närvarande?

Ja Nej

Om "Ja", vilken/vilka mediciner tar Du för närvarande, och i vilken dos?

Medicinens namn	Styrka	Antal gånger per dag	Mot vilka besvär tar du denna medicin?



K. Välbefinnande

Hur har du mått den senaste veckan?

Sätt ett kryss i den ruta som stämmer bäst för varje påstående.

	Hela tiden	Ofta	Ibland	Aldrig
1. Jag har känt mig ledsen och nere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jag har känt mig lugn och avspänd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jag har känt mig energisk, aktiv eller företagsam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. När jag har vaknat upp har jag känt mig pigg och utvilad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jag har känt mig lycklig eller nöjd och belåten med mitt personliga liv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jag känner mig tillfreds med min livssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jag lever det slags liv jag vill leva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jag har varit pigg på att ta itu med dagens arbete eller fatta nya beslut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Jag har känt att jag kan klara av allvarliga problem eller större förändringar i mitt liv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Jag har känt att livet är fullt av intressanta saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L. Kroppsliga besvär och oro

Sätt ett kryss i rutan för det svarsalternativ som bäst beskriver hur mycket varje problem besvärat Dig under **de senaste 30 dagarna**.

	Inte alls	Lite grann	Måttligt	En hel del	Väldigt mycket
1. Svimmingskänslor eller yrsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Svaghetskänsla i benen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Darrning eller skakning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ostadighetskänsla eller svindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Svårigheter att andas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Att hjärtat bultar eller att Du får hjärtklappning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Kvävningkänsla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Smärtor i hjärta eller bröst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. En klumpkänsla i halsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Domningskänslor eller stickningar i någon del av kroppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Frossa eller värmevallningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Illamående eller orolig mage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Trött, svag eller blir lätt utmattad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Svetteningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Omgivningen känns överklig eller som i dimma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Känsla av att du står vid sidan av dig själv; att inte riktigt vara med.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Plötsliga och oväntade attacker av intensiv oro eller panik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Rädsla för att mista kontrollen eller bli tokig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Rädsla för att Du håller på att dö eller att något hemskt håller på att hända	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Om Du har haft något/några av ovanstående problem (svarat annat än "Inte alls"), hur mycket ängslas Du i så fall över att de skall återkomma? ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



M. Rädsla på vissa platser eller i vissa situationer

Känner Du Dig rädd eller orolig för att befinna Dig på vissa platser eller i vissa situationer?
Medför rädslan eller oron att Du försöker undvika dessa platser eller situationer?

- | | Nej,
aldrig | Ja,
ibland | Ja,
ofta | Ja, myc-
ket ofta | Ja,
alltid |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Jag undviker att åka buss, tåg, tunnelbana eller bil på grund av rädsla eller oro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Jag undviker att besöka varuhus, gå på bio eller stå i kö på grund av rädsla eller oro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Jag undviker att gå över stora öppna platser på grund av rädsla eller oro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Jag undviker att äta, dricka eller skriva när andra tittar på, på grund av rädsla eller oro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Jag undviker att bli iakttagen eller vara i centrum för uppmärksamheten på grund av rädsla eller oro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Jag undviker att vara tillsammans med andra därför att jag är mycket självkritisk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Finns det andra situationer som du undviker för att de kan medföra attacker av oro eller panik? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Om "Ja", i vilka situationer?

.....
.....

N. Besvärande tankar och vanor

Frågorna nedan gäller under de 30 senaste dagarna.

- | | Ja | Nej |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Tycker Du själv att Du tvättar dig onödigt mycket? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Tycker Du själv att Du måste kontrollera kranar, dörrar och lås onödigt mycket? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Har Du påträngande tankar med obehagligt innehåll som Du har svårt att slå bort? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Anser Du att dessa besvär (1 - 3 ovan) har inneburit ett påtagligt lidande för Dig under de senaste 30 dagarna? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



O. Sinnesstämning

Hur har Du känt Dig de senaste 14 dagarna?

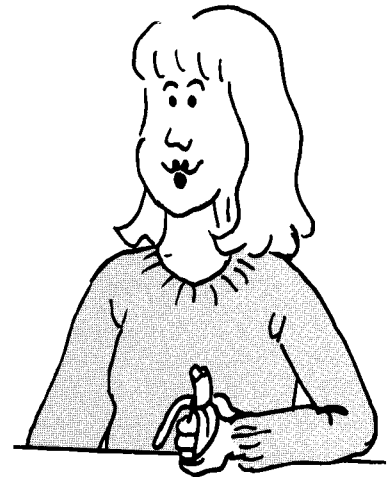
	Hela tiden	Större delen av tiden	Drygt halva tiden	Knappt halva tiden	Mindre del av tiden	Inte alls
1. Har Du känt Dig ledsen och nere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Har Du tappat intresset för Dina dagliga sysslor? ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Har Du saknat kraft och energi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Har Du känt minskat självförtroende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Har Du känt Dig värdelös, haft dåligt samvete eller skuldkänslor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Har Du känt att livet inte är värt att leva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Har Du känt som om Du ville ta livet av Dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Har Du haft besvär med att koncentrera Dig, när Du t.ex. läst tidning eller sett på TV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Har Du haft svårt att bestämma Dig, fatta beslut? ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Har Du känt dig rastlös och uppskruvad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Har Du känt Dig trög och långsam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Har Du haft besvär med att sova på natten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Har Du behövt sova mer än vanligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Har Du haft nedsatt aptit eller ofrivilligt gått ned i vikt den senaste tiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Har Du haft ökad aptit eller gått upp i vikt den senaste tiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Om Du har eller har haft något/några av besvären ovan, har de inneburit ett påtagligt lidande för Dig under de senaste 14 dagarna? Ja Nej

17. Hur länge har besvären ovan varit minst lika svåra som den senaste tiden, utan några längre avbrott? Mindre än 2 veckor Mer än 2 veckor Mer än 6 månader Mer än 1 år Mer än 2 år

P. Ätande och viktkontroll

1. Hur lång är Du? centimeter
2. Ungefär hur mycket väger Du? kg
3. Hur mycket skulle Du vilja väga? kg



Följande frågor gäller de senaste 30 dagarna

4. Har Du tänkt så mycket på mat eller kalorier att det påtagligt stört Din förmåga att koncentrera Dig på saker som Du är intresserad av? (t.ex. läsa, se på TV eller följa ett samtal).
- Aldrig under de senaste 30 dagarna
- 1-5 dagar under de senaste 30 dagarna
- 6-12 dagar under de senaste 30 dagarna
- 13-15 dagar under de senaste 30 dagarna
- 16-22 dagar under de senaste 30 dagarna
- 23-27 dagar under de senaste 30 dagarna
- Varje dag under de senaste 30 dagarna

5. Hur ofta har Du känt skuld- eller skamkänslor efter att Du har ätit, på grund av Din vikt eller kroppsform?
- Aldrig
- Sällan
- Mindre än hälften av gångerna
- Hälften av gångerna
- Mer än hälften av gångerna
- Nästan varje gång
- Varje gång

6. Har det under de senaste 30 dagarna hänt att Du har ätit mer än de flesta skulle göra i en liknande situation? (även kakor, glass, godis m.m. räknas)

Ja Nej

Om Du svarat "Ja" på fråga 6, hur många dagar har Du då ätit så mycket och dessutom känt att det varit omöjligt att förhindra eller avbryta ätandet?

..... dagar

7. Har Du under de senaste 30 dagarna någon gång gjort så att Du kräcks för att kontrollera Din vikt eller kroppsform eller för att motverka matens inverkan?

Ja Nej

Om Du svarat "Ja", på fråga 7, hur många dagar?

..... dagar

Q. Alkoholvanor

Med ett "glas" menas i det följande:



33 cl starköl



45 cl folköl



1 glas vin



1 litet glas starkvin



4 cl starksprit

1. Har Du någon gång under de senaste 12 månaderna druckit minst ett glas alkohol?

Ja Nej

Om "Ja", gå till fråga 2. Om "Nej", gå till fråga R1.

2. Hur ofta dricker Du alkohol?

1 gång i månaden eller mer sällan
 2-4 gånger i månaden
 2-3 gånger i veckan
 4 gånger/vecka eller mer

3. Hur många "glas" dricker Du en typisk dag då Du dricker alkohol? (se exempel ovan).

1 - 2
 3 - 4
 5 - 6
 7 - 9
 10 eller fler

4. Hur ofta dricker Du sex sådana "glas" eller mer vid samma tillfälle?

Aldrig	Mer sällan än 1 gång i månaden	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan varje dag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Hur ofta under senaste året har Du inte kunnat sluta dricka sedan Du börjat?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

6. Hur ofta under senaste året har Du låtit bli att göra något som Du borde för att Du drack?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

7. Hur ofta under senaste året har Du behövt en "drink" på morgonen efter mycket drickande dagen innan?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

8. Hur ofta under senaste året har Du haft skuld-känslor eller samvetsförebräelser på grund av ditt drickande?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

9. Hur ofta under senaste året har Du druckit så att Du dagen efter inte kommit ihåg vad Du sagt eller gjort?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

10. Har Du eller någon annan blivit skadad på grund av ditt drickande?

- Nej
 Ja, men inte under senaste året
 Ja, under det senaste året

11. Har en släkting eller vän, en läkare eller någon annan inom sjukvården oroat sig över ditt drickande eller antytt att Du borde minska på det?

- Nej
 Ja, men inte under senaste året
 Ja, under det senaste året

R. Drogvanor

1. Har Du någon gång använt narkotika? (gäller inte lugnande medel och sömnmedel).

- Ja Nej, aldrig

Om "Nej", gå till fråga S1.

2. När använde Du senast narkotika? (gäller inte lugnande medel och sömnmedel)

- I dag
 Senaste veckan
 Senaste månaden
 Senaste 12 månaderna
 För mer än 12 månader sedan

3. Vilket/vilka preparat har Du någon gång använt? Flera alternativ kan anges.

- Cannabis (hasch eller marijuana)
 Centralstimulantia (t.ex. amfetamin)
 Opiater (opium, heroin, morfin, crack, etc.)
 Hallucinogener (t.ex. LSD)
 Kokain
 Ecstasy
 Annat, nämligen

S. Hur har du påverkats av personliga problem och besvär.

Frågorna nedan avser **de senaste 30 dagarna**.

1. Har personliga besvär/problem lett till att Du har minskat eller slutat att göra sådant Du brukar hålla på med på fritiden?

- Nej, inte alls
 Ja, ibland eller litet
 Ja, ofta
 Ja, fullständigt

2. Har sådana besvär/problem medfört att Du inte kunnat göra sådant som ingår i den dagliga rutinen?

- Nej, har kunnat göra allt
 Ja, ibland har det varit svårt
 Ja, ofta
 Ja, nästan omöjligt

3. Har sådana besvär/problem minskat Din arbetsmotivation?

- Nej, inte alls
 Ja, ibland eller litet
 Ja, ofta
 Ja, totalt

4. Har sådana besvär/problem minskat Din effektivitet när Du utför Dina arbetsuppgifter t.ex. på arbetet, i skolan eller hemma?

- Nej, inte alls
 Ja, ibland eller litet
 Ja, ofta
 Ja, mycket

5. Har Dina relationer till vänner, arbetskamrater eller andra personer försämrats?

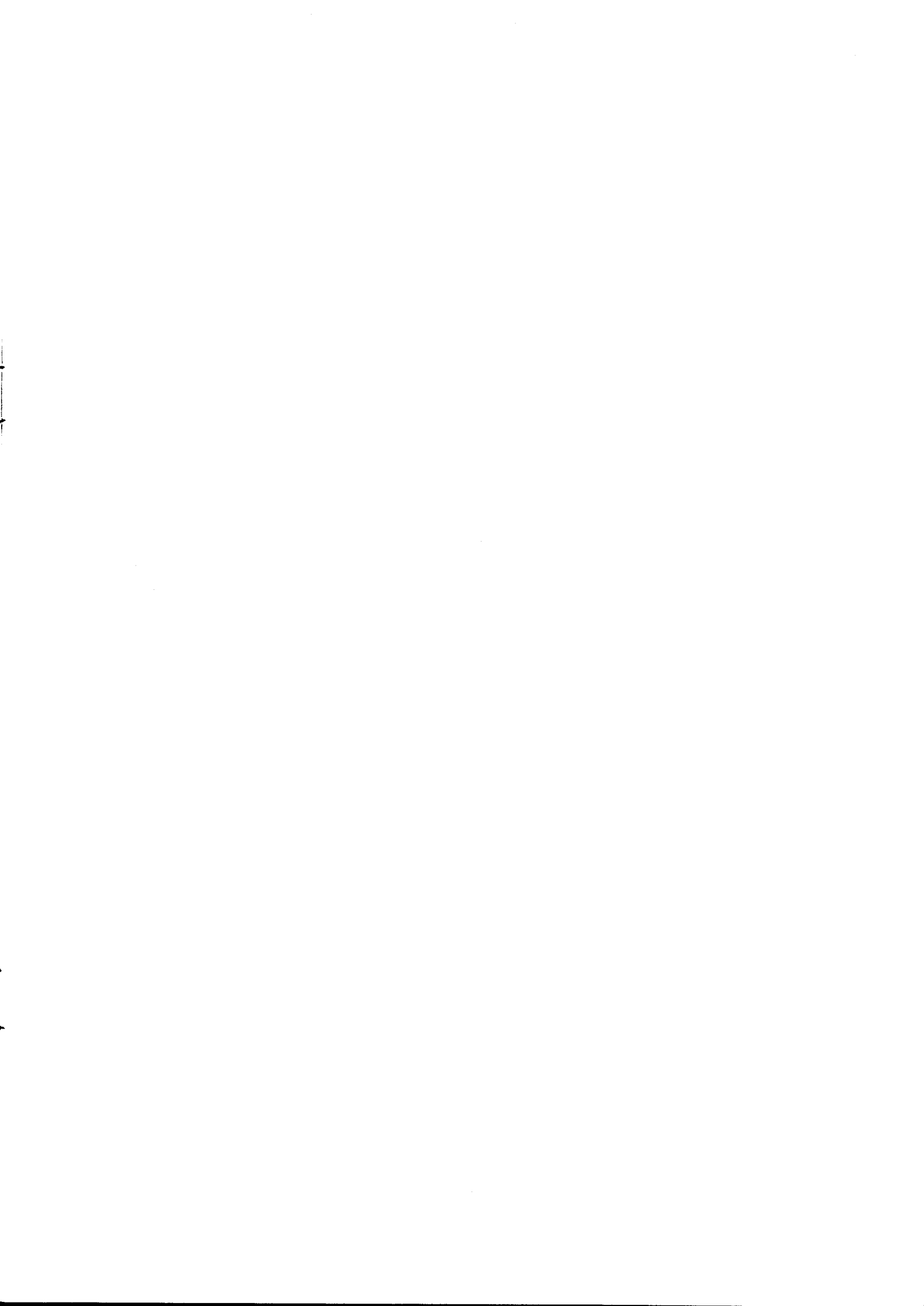
- Nej, inte alls
 Ja, ibland eller litet
 Ja, ofta
 Ja, mycket

6. Har Du under de senaste 30 dagarna varit så påverkad av besvär/problem att Du inte kunnat utföra Dina vanliga sysslor helt och hållet?

- Ja Nej

Om Du svarat "Ja" på fråga 6,
hur många dagar har det varit så?

..... dagar



II PART

PSYKISK HÄLSA – ARBETE – RELATIONER

En befolkningsstudie i Stockholms län