

REBUS-93

(FORMULÄR-N)

Uppföljning 1996/97

Frågor om besvär i rygg, leder och muskler

Nacke

1. Hade Du besvär i nacken **vid tiden för REBUS-undersökningen på Arbetsmiljöinstitutet 1993-94?**

Nej Ja Minns ej
₍₁₎ ₍₂₎ ₍₃₎

2. Har Du haft besvär i nacken under tiden som gått **från REBUS-undersökningen på Arbetsmiljöinstitutet 1993-94 fram till nu?**

Nej Ja
₍₁₎ ₍₂₎

3. **Om ja på fråga 2**, hur har besvären i nacken förändrats fram till nu (senaste veckan)?

Ökat mycket ₍₁₎
Ökat något ₍₂₎
Ingen förändring ₍₃₎
Minskat något ₍₄₎
Minskat mycket ₍₅₎
Helt försvunnit ₍₆₎

4. Hur länge har Du **sammanlagt** haft besvär i nacken de senaste 12 månaderna?

₍₁₎ 0 dagar
₍₂₎ 1-7 dagar (1 vecka)
₍₃₎ 8-28 dagar (2-4 veckor)
₍₄₎ 29-90 dagar (2-3 månader)
₍₅₎ 91-180 dagar (4-6 månader)
₍₆₎ >180 dagar (varannan-varje dag)

5. Hur länge har Du **sammanlagt** varit sjukskriven (eller inlagd på sjukhus) för besvär i nacken under de senaste 12 månaderna?

₍₁₎ 0 dagar
₍₂₎ 1-7 dagar (1 vecka)
₍₃₎ 8-14 dagar (2 veckor)
₍₄₎ 15-28 dagar (3-4 veckor)
₍₅₎ 29-90 dagar (1-3 månader)
₍₆₎ 91-180 dagar (4-6 månader)
₍₇₎ > 180 dagar (7-12 månader)

6. Har Du under de senaste 12 månaderna sökt eller behandlats av läkare, sjukgymnast, kiropraktor, naprapat el.motsv. för besvär i nacken?

Nej Ja
₍₁₎ ₍₂₎

Om Du har haft besvär i nacken under sista 12 månaderna vilka konsekvenser har besvärerna haft för Dig?

- | | Nej | Ja | |
|-----|---|---|---|
| 7. | <input type="checkbox"/> ₍₁₎ | <input type="checkbox"/> ₍₂₎ | Inga praktiska konsekvenser |
| 8. | <input type="checkbox"/> ₍₁₎ | <input type="checkbox"/> ₍₂₎ | tillfälligt (minst fyra veckor) ändrat eller avbrutit ordinarie arbetsuppgifter eller arbetsmetoder |
| 9. | <input type="checkbox"/> ₍₁₎ | <input type="checkbox"/> ₍₂₎ | bytt yrke, omskolats |
| 10. | <input type="checkbox"/> ₍₁₎ | <input type="checkbox"/> ₍₂₎ | annat, ange vad |

.....

Skuldror/axlar

11. Hade Du besvär i skuldror/axlar **vid tiden för REBUS-undersökningen på Arbetsmiljöinstitutet 1993-94?**

Nej ₍₁₎ Ja höger ₍₂₎ Ja vänster ₍₃₎ Ja båda ₍₄₎ Minns ej ₍₅₎

12. Har Du haft besvär i skuldror/ axlar under tiden som gått från REBUS-undersökningen på Arbetsmiljöinstitutet 1993-94 fram till nu?

Nej ₍₁₎ Ja höger ₍₂₎ Ja vänster ₍₃₎ Ja båda ₍₄₎

Om ja på fråga 12, hur har besvären i skuldror/ axlar förändrats fram till nu (senaste veckan)?

13. Höger 14. Vänster

Ökat mycket	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₁₎
Ökat något	<input type="checkbox"/> ₍₂₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎
Ingen förändring	<input type="checkbox"/> ₍₃₎	<input type="checkbox"/> ₍₃₎
Minskat något	<input type="checkbox"/> ₍₄₎	<input type="checkbox"/> ₍₄₎
Minskat mycket	<input type="checkbox"/> ₍₅₎	<input type="checkbox"/> ₍₅₎
Helt försvunnit	<input type="checkbox"/> ₍₆₎	<input type="checkbox"/> ₍₆₎

15. Hur länge har Du **sammanlagt** haft besvär i skuldror/ axlar de senaste 12 månaderna?

₍₁₎ 0 dagar
₍₂₎ 1-7 dagar (1 vecka)
₍₃₎ 8-28 dagar (2-4 veckor)
₍₄₎ 29-90 dagar (2-3 månader)
₍₅₎ 91-180 dagar (4-6 månader)
₍₆₎ >180 dagar (varannan-varje dag)

16. Hur länge har Du **sammanlagt** varit sjukskriven (eller inlagd på sjukhus) för besvär i skuldror/ axlar under de senaste 12 månaderna?

₍₁₎ 0 dagar
₍₂₎ 1-7 dagar (1 vecka)
₍₃₎ 8-14 dagar (2 veckor)
₍₄₎ 15-28 dagar (3-4 veckor)
₍₅₎ 29-90 dagar (1-3 månader)

- ₍₆₎ 91-180 dagar (4-6 månader)
₍₇₎ > 180 dagar (7-12 månader)

17. Har Du under de senaste 12 månaderna sökt eller behandlats av läkare, sjukgymnast, kiropraktor, naprapat el.motsv. för besvär i skuldror/ axlar?

- Nej Ja
₍₁₎ ₍₂₎

Om Du har haft besvär i skuldror/ axlar under sista 12 månaderna vilka konsekvenser har besvären haft för Dig?

- Nej Ja
18. ₍₁₎ ₍₂₎ Inga praktiska konsekvenser
19. ₍₁₎ ₍₂₎ tillfälligt (minst fyra veckor) ändrat eller avbrutit ordinarie arbetsuppgifter eller arbetsmetoder
20. ₍₁₎ ₍₂₎ bytt yrke, omskolats
21. ₍₁₎ ₍₂₎ annat, ange vad
-

Handled/ hand

22. Hade Du besvär i handled/hand **vid tiden för REBUS-undersökningen på Arbetsmiljöinstitutet 1993-94?**

Nej ₍₁₎ Ja höger ₍₂₎ Ja vänster ₍₃₎ Ja båda ₍₄₎ Minns ej ₍₅₎

23. Har Du haft besvär i handled/ hand under tiden som gått från REBUS-undersökningen på Arbetsmiljöinstitutet 1993-94 fram till nu?

Nej ₍₁₎ Ja höger ₍₂₎ Ja vänster ₍₃₎ Ja båda ₍₄₎

Om ja på fråga 23, hur har besvären i handled/ hand förändrats fram till nu (senaste veckan)?

24. Höger 25. Vänster

Ökat mycket	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₁₎
Ökat något	<input type="checkbox"/> ₍₂₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎
Ingen förändring	<input type="checkbox"/> ₍₃₎	<input type="checkbox"/> ₍₃₎
Minskat något	<input type="checkbox"/> ₍₄₎	<input type="checkbox"/> ₍₄₎
Minskat mycket	<input type="checkbox"/> ₍₅₎	<input type="checkbox"/> ₍₅₎
Helt försvunnit	<input type="checkbox"/> ₍₆₎	<input type="checkbox"/> ₍₆₎

26. Hur länge har Du **sammanlagt** haft besvär i handled/ hand de senaste 12 månaderna?

₍₁₎ 0 dagar
₍₂₎ 1-7 dagar (1 vecka)
₍₃₎ 8-28 dagar (2-4 veckor)
₍₄₎ 29-90 dagar (2-3 månader)
₍₅₎ 91-180 dagar (4-6 månader)
₍₆₎ >180 dagar (varannan-varje dag)

27. Hur länge har Du **sammanlagt** varit sjukskriven (eller inlagd på sjukhus) för besvär i handled/ hand under de senaste 12 månaderna?

₍₁₎ 0 dagar
₍₂₎ 1-7 dagar (1 vecka)
₍₃₎ 8-14 dagar (2 veckor)
₍₄₎ 15-28 dagar (3-4 veckor)
₍₅₎ 29-90 dagar (1-3 månader)

- ₍₆₎ 91-180 dagar (4-6 månader)
₍₇₎ > 180 dagar (7-12 månader)

28. Har Du under de senaste 12 månaderna sökt eller behandlats av läkare, sjukgymnast, kiropraktor, naprapat el.motsv. för besvär i handled/ hand?

- Nej Ja
₍₁₎ ₍₂₎

Om Du har haft besvär i handled/ hand under sista 12 månaderna vilka konsekvenser har besvärerna haft för Dig?

- Nej Ja
29. ₍₁₎ ₍₂₎ Inga praktiska konsekvenser
30. ₍₁₎ ₍₂₎ tillfälligt (minst fyra veckor) ändrat eller avbrutit ordinarie arbetsuppgifter eller arbetsmetoder
31. ₍₁₎ ₍₂₎ bytt yrke, omskolats
32. ₍₁₎ ₍₂₎ annat, ange vad
-

Ryggens nedre del/ ländrygg

33. Hade Du besvär i ryggens nedre del/ ländrygg **vid tiden för REBUS-undersökningen på Arbetsmiljöinstitutet 1993-94?**

Nej Ja Minns ej
₍₁₎ ₍₂₎ ₍₃₎

34. Har Du haft besvär i ryggens nedre del/ ländrygg under tiden som gått från REBUS-undersökningen på Arbetsmiljöinstitutet 1993-94 fram till nu (senaste veckan)?

Nej Ja
₍₁₎ ₍₂₎

35. **Om ja på fråga 34**, hur har besvären i ryggens nedre del/ ländrygg förändrats fram till nu (senaste veckan)?

Ökat mycket ₍₁₎
Ökat något ₍₂₎
Ingen förändring ₍₃₎
Minskat något ₍₄₎
Minskat mycket ₍₅₎
Helt försvunnit ₍₆₎

36. Hur länge har Du **sammanlagt** haft besvär i ländryggen de senaste 12 månaderna?

₍₁₎ 0 dagar
₍₂₎ 1-7 dagar (1 vecka)
₍₃₎ 8-28 dagar (2-4 veckor)
₍₄₎ 29-90 dagar (2-3 månader)
₍₅₎ 91-180 dagar (4-6 månader)
₍₆₎ >180 dagar (varannan-varje dag)

37. Hur länge har Du **sammanlagt** varit sjukskriven (eller inlagd på sjukhus) för besvär i ländryggen under de senaste 12 månaderna?

₍₁₎ 0 dagar
₍₂₎ 1-7 dagar (1 vecka)
₍₃₎ 8-14 dagar (2 veckor)
₍₄₎ 15-28 dagar (3-4 veckor)
₍₅₎ 29-90 dagar (1-3 månader)
₍₆₎ 91-180 dagar (4-6 månader)
₍₇₎ > 180 dagar (7-12 månader)

38. Har Du under de senaste 12 månaderna sökt eller behandlats av läkare, sjukgymnast, kiropraktor, naprapat el.motsv. för besvär i ländryggen?

Nej Ja
₍₁₎ ₍₂₎

Om Du har haft besvär i ländryggen under sista 12 månaderna vilka konsekvenser har besvären haft för Dig?

- | | Nej | Ja | |
|-----|---|---|---|
| 39. | <input type="checkbox"/> ₍₁₎ | <input type="checkbox"/> ₍₂₎ | Inga praktiska konsekvenser |
| 40. | <input type="checkbox"/> ₍₁₎ | <input type="checkbox"/> ₍₂₎ | tillfälligt (minst fyra veckor) ändrat eller avbrutit ordinarie arbetsuppgifter eller arbetsmetoder |
| 41. | <input type="checkbox"/> ₍₁₎ | <input type="checkbox"/> ₍₂₎ | bytt yrke, omskolats |
| 42. | <input type="checkbox"/> ₍₁₎ | <input type="checkbox"/> ₍₂₎ | annat, ange vad |
-

Höfter

43. Hade Du besvär i någon av höfterna **vid tiden för REBUS-undersökningen på Arbetsmiljöinstitutet 1993-94?**

Nej ₍₁₎ Ja höger ₍₂₎ Ja vänster ₍₃₎ Ja båda ₍₄₎ Minns ej ₍₅₎

44. Har Du haft besvär i någon av höfterna under tiden som gått från REBUS-undersökningen på Arbetsmiljöinstitutet 1993-94 fram till nu?

Nej ₍₁₎ Ja höger ₍₂₎ Ja vänster ₍₃₎ Ja båda ₍₄₎

Om ja på fråga 44, hur har besvären i höfterna förändrats fram till nu (senaste veckan)?

45. Höger 46. Vänster

Ökat mycket	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₁₎
Ökat något	<input type="checkbox"/> ₍₂₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎
Ingen förändring	<input type="checkbox"/> ₍₃₎	<input type="checkbox"/> ₍₃₎
Minskat något	<input type="checkbox"/> ₍₄₎	<input type="checkbox"/> ₍₄₎
Minskat mycket	<input type="checkbox"/> ₍₅₎	<input type="checkbox"/> ₍₅₎
Helt försvunnit	<input type="checkbox"/> ₍₆₎	<input type="checkbox"/> ₍₆₎

47. Hur länge har Du **sammanlagt** haft besvär i höfterna de senaste 12 månaderna?

₍₁₎ 0 dagar
₍₂₎ 1-7 dagar (1 vecka)
₍₃₎ 8-28 dagar (2-4 veckor)
₍₄₎ 29-90 dagar (2-3 månader)
₍₅₎ 91-180 dagar (4-6 månader)
₍₆₎ >180 dagar (varannan-varje dag)

48. Hur länge har Du **sammanlagt** varit sjukskriven (eller inlagd på sjukhus) för besvär i höfterna under de senaste 12 månaderna?

₍₁₎ 0 dagar
₍₂₎ 1-7 dagar (1 vecka)
₍₃₎ 8-14 dagar (2 veckor)
₍₄₎ 15-28 dagar (3-4 veckor)
₍₅₎ 29-90 dagar (1-3 månader)
₍₆₎ 91-180 dagar (4-6 månader)
₍₇₎ > 180 dagar (7-12 månader)

49. Har Du under de senaste 12 månaderna sökt eller behandlats av läkare, sjukgymnast, kiropraktor, naprapat el.motsv. för besvär i höfterna?

Nej Ja
₍₁₎ ₍₂₎

Om Du har haft besvär i någon av höfterna under sista 12 månaderna vilka konsekvenser har besvären haft för Dig?

- | | Nej | Ja | |
|-----|---|---|---|
| 50. | <input type="checkbox"/> ₍₁₎ | <input type="checkbox"/> ₍₂₎ | Inga praktiska konsekvenser |
| 51. | <input type="checkbox"/> ₍₁₎ | <input type="checkbox"/> ₍₂₎ | tillfälligt (minst fyra veckor) ändrat eller avbrutit ordinarie arbetsuppgifter eller arbetsmetoder |
| 52. | <input type="checkbox"/> ₍₁₎ | <input type="checkbox"/> ₍₂₎ | bytt yrke, omskolats |
| 53. | <input type="checkbox"/> ₍₁₎ | <input type="checkbox"/> ₍₂₎ | annat, ange vad |

.....

Levnadshändelser

Har Du under de senaste 12 månaderna varit med om någon/några av följande händelser?

	Ja (2)	Nej (1)
54. Konflikt med maka/make/sambo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Konflikt med nära anhörig eller nära vän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Sjukdom/olyckshändelse hos maka/make/sambo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Sjukdom/olyckshändelse hos nära anhörig eller nära vän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Makas/makes/sambos dödsfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Nära anhörigs eller nära väns dödsfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Egen sjukdom/olyckshändelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Abort (egen eller makas/sambos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Äktenskaplig separation (eller motsvarande)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Ingått äktenskap eller startat samboförhållande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Flyttning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Fått barn eller adopterat barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Byte av arbetsplats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Förändrade arbetsuppgifter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Konflikt på arbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Minskat ansvar i arbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Ökat ansvar i arbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. Försämrade ekonomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ja (2)

Nej (1)

72. Har Du sedan REBUS-undersökningen 1993-94 varit
med om någon händelse som varit kraftigt påfrestande?

72a. Om ja, beskriv händelsen/händelserna

.....

.....

.....

.....

.....

.....

72b. Hur reagerade Du direkt på händelsen/händelserna?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

72c. Hur hanterade Du senare svårigheter som har att göra med händelsen/händelserna?

.....

.....

.....

.....

Olika besvär av mer psykologisk natur som drabbar oss alla av och till

Följande frågor gäller de senaste veckorna.

73. Har Du de senaste veckorna kunnat **koncentrera** Dig på allt Du gjort?

- ⁽¹⁾ Bättre än vanligt
- ⁽²⁾ Som vanligt
- ⁽³⁾ Sämre än vanligt
- ⁽⁴⁾ Mycket sämre än vanligt

74. Har Du haft **svårt att sova** på grund av oro de senaste veckorna?

- ⁽¹⁾ Inte alls
- ⁽²⁾ Inte mer än vanligt
- ⁽³⁾ Mer än vanligt
- ⁽⁴⁾ Mycket mer än vanligt

75. Upplever Du att Du har **gjort nytta** de senaste veckorna?

- ⁽¹⁾ Mer än vanligt
- ⁽²⁾ Som vanligt
- ⁽³⁾ Mindre än vanligt
- ⁽⁴⁾ Mycket mindre än vanligt

76. Har Du de senaste veckorna kunnat **fatta beslut** i olika frågor?

- ⁽¹⁾ Bättre än vanligt
- ⁽²⁾ Som vanligt
- ⁽³⁾ Sämre än vanligt
- ⁽⁴⁾ Mycket sämre än vanligt

77. Har Du känt Dig **spänd**
de senaste veckorna?

- ⁽¹⁾ Inte alls
- ⁽²⁾ Inte mer än vanligt
- ⁽³⁾ Mer än vanligt
- ⁽⁴⁾ Mycket mer än vanligt

78. Har Du de senaste veckorna känt att
Du haft svårt att **klara** Dina **problem**?

- ⁽¹⁾ Inte alls
- ⁽²⁾ Inte mer än vanligt
- ⁽³⁾ Mer än vanligt
- ⁽⁴⁾ Mycket mer än vanligt

79. Har Du de senaste veckorna känt att Du
kunnat **uppskatta** det Du gjort om dagarna?

- ⁽¹⁾ Mer än vanligt
- ⁽²⁾ Som vanligt
- ⁽³⁾ Mindre än vanligt
- ⁽⁴⁾ Mycket mindre än vanligt

80. Har Du de senaste veckorna kunnat **ta**
itu med Dina problem?

- ⁽¹⁾ Bättre än vanligt
- ⁽²⁾ Som vanligt
- ⁽³⁾ Sämre än vanligt
- ⁽⁴⁾ Mycket sämre än vanligt

81. Har Du känt Dig **olycklig** och
nedstämd under de senaste veckorna?

- ⁽¹⁾ Inte alls
- ⁽²⁾ Inte mer än vanligt
- ⁽³⁾ Mer än vanligt
- ⁽⁴⁾ Mycket mer än vanligt

82. Har det hänt att Du de senaste veckorna **förlorat tron** på Dig själv?

- ⁽¹⁾ Inte alls
- ⁽²⁾ Inte mer än vanligt
- ⁽³⁾ Mer än vanligt
- ⁽⁴⁾ Mycket mer än vanligt

83. Har det hänt att Du de senaste veckorna tyckt att Du varit **värdelös**?

- ⁽¹⁾ Inte alls
- ⁽²⁾ Inte mer än vanligt
- ⁽³⁾ Mer än vanligt
- ⁽⁴⁾ Mycket mer än vanligt

84. Har Du på det hela taget känt Dig **lycklig** de senaste veckorna?

- ⁽¹⁾ Mer än vanligt
- ⁽²⁾ Som vanligt
- ⁽³⁾ Mindre än vanligt
- ⁽⁴⁾ Mycket mindre än vanligt

85. Har Du känt Dig deprimerad eller nedstämd de senaste 12 månaderna?

- Ja Nej
 (2) (1)

Frågor om Din aktuella situation

Nedan finner du en uppräknning av några problem man kan möta i vardagslivet.

Sätt ett kryss i ja-rutan för de problem du har just nu.

Sätt ett kryss i nej-rutan för de problem du inte har.

Om du är osäker på om du skall kryssa i ja- eller nej-rutan, sätt ett kryss i den ruta du tycker stämmer bäst in på dig just nu.

OBS! Svara på samtliga frågor.

	Ja ⁽²⁾	Nej ⁽¹⁾
86. Jag känner mig jämt trött	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87. Jag har ont på natten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88. Jag känner mig nere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. Jag har outhärdlig smärta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90. Jag tar tabletter för att kunna sova	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91. Jag har glömt hur det är att ha roligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
92. Jag känner mig spänd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
93. Det gör ont när jag ändrar kroppsställning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
94. Jag känner mig ensam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
95. Jag kan bara röra mig inomhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
96. Jag har svårt att böja mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
97. Allting känns som en ansträngning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
98. Jag brukar vakna mycket tidigt på morgonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
99. Jag är helt oförmögen att gå	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100. Jag har svårt att få kontakt med andra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 101. Dagarna känns långa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 102. Jag har svårt att gå i trappor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 103. Jag har svårt för att sträcka mig efter något | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

OBS! Kom ihåg att om du är osäker på om du skall kryssa i ja- eller nej-rutan,
sätt ett kryss i den ruta som du tycker stämmer bäst in på dig just nu.

- | | Ja ⁽²⁾ | Nej ⁽¹⁾ |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 104. Det gör ont när jag går | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 105. Jag är lätt-irriterad nu för tiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 106. Jag känner det som om ingen står mig nära | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 107. Jag ligger vaken mest hela natten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 108. Det känns som om jag håller på att tappa kontrollen över mig själv | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 109. Det gör ont när jag står | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 110. Jag har svårt att klä på mig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 111. Jag orkar väldigt lite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 112. Jag har svårt att stå länge
(tex vid diskbänken eller busshållplatsen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 113. Jag har ständig smärta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 114. Det tar lång tid för mig att somna | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 115. Jag känner mig som en börda för andra | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 116. Mina bekymmer håller mig vaken på natten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 117. Det känns som om livet inte vore värt att leva | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 118. Jag sover dåligt på natten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 119. Jag har svårt att komma överens med andra | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 120. Jag behöver hjälp för att kunna gå utomhus
(tex något eller någon att stödja mig på) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 121. Det gör ont när jag går i trappor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 122. Jag känner mig nedstämd när jag vaknar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 123. Det gör ont när jag sitter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Nedan finner du en uppräknig av vardagsaktiviteter som kan påverkas av problem med din hälsa.

Sätt ett kryss i ja-rutan för varje aktivitet som påverkas av ditt hälsotillstånd.

Sätt ett kryss i nej-rutan för varje aktivitet som inte påverkas eller som inte gäller dig.

Vållar ditt nuvarande hälsotillstånd problem:

- | | Ja ⁽²⁾ | Nej ⁽¹⁾ |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 124. På din arbetsplats
(dvs ditt förvärvsarbete) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 125. Me dina hushålls-sysslor
(tex städning, matlagning, reparationer
och småsysslor i hemmet) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 126. Med ditt sociala umgänge
(tex när du går på stan, träffar vänner, äter ute mm) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 127. I ditt familjeliv
(dvs dina relationer med övriga familjemedlemmar) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 128. Med det sexuella samlivet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 129. Med dina fritidsintressen
(tex idrott, handarbete, hobbyverksamhet) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 130. Med semestern
(tex sommar- eller vintersemester,
att resa bort över helger) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

131. Är Du för närvarande

- ₍₁₎ Ogift, ej tidigare gift, ej samboende
- ₍₂₎ Gift
- ₍₃₎ Änka/Änkling, ej samboende
- ₍₄₎ Frånskild och ej samboende
- ₍₅₎ Samboende, ej gift

132. Hur många barn bor *stadigvarande* i Din nuvarande bostad? I denna fråga avses *samtliga barn* som för närvarande bor hos Dig. Det kan alltså vara både Dina egna och partners barn.

Antal barn i åldrar

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

..... Inget barn bor stadigvarande

i min bostad

133. Är Du rökare?

- ₍₁₎ Ja, röker regelbundet
- ₍₂₎ Ja, av och till, t.ex. på fester
- ₍₃₎ Nej

134. Om ja, hur mycket röker Du i genomsnitt per dag?

Cigaretter/dag, antal

Cigarrcigaretter/dag, antal

Cigarrer/dag, antal

Piptobak/dag, antal gram

135. Snusar Du?

- ₍₂₎ Ja ₍₁₎ Nej

136. Är Du helnykterist?

- ₍₂₎ Ja ₍₁₎ Nej

137. Ungefär hur mycket alkohol har Du druckit i genomsnitt per vecka under senaste året?

Starköl, antal cl

Vin, antal cl

Starksprit, antal cl

	Flera gånger i veckan	Någon gång i veckan	Någon gång i månaden	Någon gång i kvartalet	Någon enstaka gång	Mera sällan eller
aldrig	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
138. Hur ofta brukar Du träffa och vara tillsammans med någon av Dina grannar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
139. Hur ofta brukar Du på <i>fritid</i> träffa och vara tillsammans med någon arbetskamrat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
140. Hur ofta brukar Du träffa och vara tillsammans med släktingar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
141. Hur ofta brukar Du träffa och vara tillsammans med andra vänner och bekanta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

142. Hur mycket tid har Du för egen avkoppling, utan speciella krav och förpliktelser, i genomsnitt per dag under en arbetsvecka?

- (1) Mindre än 1 timme per dag
- (2) 1 - 2 timmar per dag
- (3) 3 - 4 timmar per dag
- (4) 5 - 6 timmar per dag
- (5) Mer än 6 timmar per dag

	Ofta ⁽¹⁾	Ibland ⁽²⁾	Aldrig ⁽³⁾
143. Har Du svårt att klara Dina dagliga göromål på grund av kroppsliga besvär?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
144. Har Du svårt att klara Dina dagliga göromål på grund av nervösa besvär?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
145. Har Du svårt att klara Dina dagliga göromål på grund av problem på arbetsplatsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
146. Har Du stora svårigheter att få ekonomin att gå ihop?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
147. Ser Du mörkt på framtiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aktuella Motionsvanor

I vilken omfattning utövar Du nedanstående aktiviteter ? Räkna inte in eventuella promenader eller cykling till /från arbetet.

148. Regelbunden hård motion?

Som hård motion räknas idrott, konditionsträning eller fysiskt ansträngande fritidsaktiviteter under minst 15-20 minuter/tillfälle, så att Du **blir andfådd**.
(t ex joggning, cykling, gymnastik, fotboll, handboll, squash, längdskidåkning, löpträning eller liknande)

gånger	inte alls/ mycket lite	ungefär 1 gång i veckan	2-3 gånger i veckan	mer än 3 i veckan
	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)

149. Regelbunden måttlig motion?

Som måttlig motion räknas idrott, konditionsträning eller fysiskt ansträngande fritidsaktiviteter under minst 15-20 minuter/tillfälle, så att Du blir **lite varm**.
(t ex joggning, cykling, gymnastik, dans, tennis, ridning eller liknande)

gånger	inte alls/ mycket lite	ungefär 1 gång i veckan	2-3 gånger i veckan	mer än 3 i veckan
	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)

150. Regelbunden lätt motion under minst 30 minuter/tillfälle?
(t ex promenader)

gånger	inte alls/ mycket lite	ungefär 1 gång i veckan	2-3 gånger i veckan	mer än 3 i veckan
	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)

Aktuell sysselsättning

Vilket eller vilka av följande alternativ passar bäst in på Dina nuvarande

förhållanden?

(OBS!! - det kan vara aktuellt för Dig att markera flera alternativ)

		Ja ₍₂₎	Nej ₍₁₎
Förvärvsarbete (inkl. semester, kortare sjukskrivning) (sammanhängande sjukskrivning under högst 3 månader)	151.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förvärvsarbete inom arbetsvården (Samhall)	152.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oavlönat hushållsarbete (utan samtidigt avlönat arbete)	153.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tjänstledig	154.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Studier inkl. omskolning och vuxenutbildning	155.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Om ja:</u> Är det studier inkl. omskolning och vuxenutbildning pga arbetslöshet?	a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetslös	156.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Om ja:</u> Är Du arbetslös med ALU -arbete	a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetslös med AMS -utbildning	b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetslös med A -kassa eller KAS	c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetslös utan något av ovanstående	d.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Långtids-sjukskriven/ sjukpensionerad (sammanhängande sjukskrivning över 3 månader)	157.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Om ja:</u> Beror din långtids-sjukskrivning eller sjukpensionering på svårigheter att få arbete?	a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Långtids-sjukskriven/sjukpensionerad på grund av besvär i rygg, leder och muskler	b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

från (datum)

Långtids-sjukskriven/sjukpensionerad på grund av annat

vad:

från (datum)

Pensionerad

158.

Om ja: Vilken/ vilka typer av pensioner har Du för närvarande

.....

pensionerad från (datum)

Annat

159.

Vilka yrken eller vilka sysselsättningar har du haft sedan REBUS-undersökningen på Arbetsmiljöinstitutet 1993-94 och fram till nu?

Med yrke menas avlönat arbete (eller eget företag) och med sysselsättning menas t ex att studera, att vara hemma med barn, att vara arbetslös, sjukskriven etc. Om Du bytt mellan likartade arbeten eller likartade sysselsättningar räknas detta som ett och samma yrke respektive sysselsättning. Ta endast upp yrken och sysselsättningar som Du haft i minst 1 år. För yrken ange ungefärligt antal arbetstimmar per vecka inklusive övertid.

160a-h.

Exempel:

<u>Fr o m år</u>	<u>T o m år</u>	<u>Yrke/sysselsättning</u>	<u>Huvudsakliga arbetsuppgifter</u>	<u>Arbetstimmar</u>
1996 -	fortfarande	Snickare	Arbetsledare	45
	tim/vecka			
1995 -	1995	Snickare	Byggde småhus	20
	tim/vecka			
1995 -	1995	Lokalvårdare	Städade skolor	10
	tim/vecka			
1993 -	1994	Arbetslös	-----	-----

Fyll i nedan:

<u>Fr o m år</u>	<u>T o m år</u>	<u>Yrke/sysselsättning</u>	<u>Huvudsakliga arbetsuppgifter</u>	<u>Arbetstimmar</u>
a _____	_____	_____	_____	_____
	tim/v			
b _____	_____	_____	_____	_____
	tim/v			

c _____

tim/v

d _____

tim/v

e _____

tim/v

f _____

tim/v

g _____

tim/v

h _____

tim/v

161. Har Du varit ofrivilligt arbetslös någon gång sedan 1993-94? Ja Nej
⁽²⁾ ⁽¹⁾

162. Hur många gånger sedan 1993-94 har Du varit arbetslös gånger

163. Ungefär hur lång tid har Du sammanlagt varit arbetslös sedan 1993-94? månader

164. Är någon person som Du bor tillsammans med arbetslös för närvarande, t.ex. sambo, någon man, hustru, föräldrar, barn? Ja Nej Sammanbor inte med
⁽²⁾ ⁽¹⁾ ⁽³⁾

165. Har någon av Dina arbetskamrater blivit uppsagda eller finns det varsel om uppsägning på Din arbetsplats sedan 1993-94 på grund av neddragningar i verksamheten? Ja Nej
⁽²⁾ ⁽¹⁾

166. Är Du varslad om uppsägning eller har Du blivit uppsagd från Din arbetsplats fast Du fortfarande arbetar kvar? Ja Nej Om "Ja", hur många veckor innan Du måste slutaveckor
⁽²⁾ ⁽¹⁾

167. Hur stor bedömer Du risken vara att Du själv skall kunna bli arbetslös inom ett år?

- ⁽¹⁾ Stor risk
- ⁽²⁾ Viss risk
- ⁽³⁾ Liten risk
- ⁽⁴⁾ Ingen risk

Du som förvärvs-arbetat minst sex månader de senaste 12 månaderna, gå vidare till sidan 25!

Du som inte har förvärvs-arbetat alls eller mindre än sex månader de senaste 12 månaderna ska ej fylla i ytterligare frågor.

Tack för Din medverkan !!

Nuvarande eller senaste anställning/arbete

168. Hur länge har Du haft nuvarande arbete/anställning?

Antal år Antal månader

169. Hur är Du för närvarande anställd?

- ⁽¹⁾ Egen företagare
- ⁽²⁾ Fast anställd
- ⁽³⁾ Vikarieanställd
- ⁽⁴⁾ Kontraktanställd
- ⁽⁵⁾ Timanställd
- ⁽⁶⁾ Tillfälligt/Extra anställd
- ⁽⁷⁾ Annan

anställningsform

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

- ⁽¹⁾ Dagarbete (mellan 06-18)
- ⁽²⁾ Kvällsarbete (mellan 18-22)
- ⁽³⁾ Nattarbete (mellan 22-06)
- ⁽⁴⁾ 2-skiftsarbete
- ⁽⁵⁾ 3-skiftsarbete med kontinuerlig drift
- ⁽⁶⁾ Turlistetid (oregelbunden förläggning av arbetstiden under dygnet i veckan enligt visst arbetsschema)
- ⁽⁷⁾ Annan

arbetstid:

171. Vilken omfattning har Ditt nuvarande arbete/anställning?

- ⁽¹⁾ Heltid, i genomsnitt minst 35 tim/vecka
- ⁽²⁾ Lång deltid i genomsnitt 20-34 tim/vecka
- ⁽³⁾ Kort deltid, i genomsnitt 1-19 tim/vecka
- ⁽⁴⁾ Annan

arbetstid:

172. Händer det att Du arbetar *overtid* på Ditt nuvarande arbete?

- ⁽¹⁾ Arbetar aldrig övertid
- ⁽²⁾ Arbetar övertid någon gång per månad
- ⁽³⁾ Arbetar ofta övertid

Ange genomsnittligt antal övertidstimmar/vecka

173. Är Du arbetsledare (chef för en eller flera personer) i Ditt nuvarande arbete?

- ⁽¹⁾ Nej ⁽²⁾ Ja Om "Ja", hur många personer är direkt underställda Dig

Förändringar sedan REBUS-undersökningen på Arbetsmiljöinstitutet 1993-94

174. Har du fått nya arbetsuppgifter sedan REBUS-undersökningen på Arbetsmiljöinstitutet 1993-94?

- ⁽¹⁾ Nej
- ⁽²⁾ Ja, en del arbetsuppgifter är nya
- ⁽³⁾ Ja, alla arbetsuppgifter är nya

175. Har arbetsuppgifternas antal förändrats sedan REBUS-undersökningen på Arbetsmiljöinstitutet 1993-94?

- färre
- ⁽¹⁾ Ja, de har blivit färre
 - ⁽²⁾ Nej, oförändrat antal
 - ⁽³⁾ Ja, de har blivit fler

176. Har arbetsuppgifternas svårighetsgrad förändrats sedan REBUS-undersökningen på Arbetsmiljöinstitutet 1993-94?

- kvalificerade
- ⁽¹⁾ Ja, de har blivit mindre kvalificerade
 - ⁽²⁾ Nej, de är lika kvalificerade
 - ⁽³⁾ Ja, de har blivit mer kvalificerade

177. Har det på din arbetsplats förekommit personalminskningar sedan REBUS-undersökningen på Arbetsmiljöinstitutet 1993-94?

- 10%
- ⁽¹⁾ Ja, personalen har minskat med mer än 10%
 - ⁽²⁾ Ja, personalen har minskat med mellan 5-10%
 - ⁽³⁾ Ja, personalen har minskat med mindre än 5%
 - ⁽⁴⁾ Nej, inte alls

Fysisk arbetsmiljö i ditt nuvarande arbete

178. Hur <u>kroppsligt</u> ansträngande upplever Du Ditt nuvarande arbete

Sätt ett kryss över den siffra som motsvarar den kroppsliga ansträngningsgrad som Du upplever i Ditt nuvarande arbete

- 6
- 7 Mycket, mycket lätt
- 8
- 9 Mycket lätt
- 10
- 11 Ganska lätt
- 12
- 13 Något ansträngande
- 14
- 15 Ansträngande
- 16
- 17 Mycket ansträngande
- 18
- 19 Mycket, mycket ansträngande
- 20

I några av de kommande frågorna ber vi Dig markera med ett kryss på en "tids"-axel, som gäller för en typisk arbetsdag. Sätt Ditt kryss på linjen där Du anser att det svarar mot Dina nuvarande arbets-förhållanden.

Exempel:

Hur stor del av Din arbetsdag arbetar Du inomhus?

**Inte
alls**

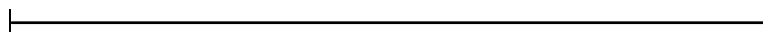
**Hela
tiden**



179. **Hur stor del av arbetsdagen har Du ett stillasittande arbete?**

**Inte
alls**

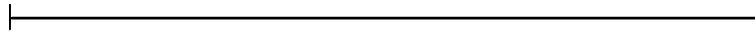
**Hela
tiden**



180. Hur stor del av arbetsdagen arbetar Du vid bildskärm?

**Inte
alls**

**Hela
tiden**

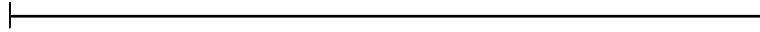


--

181. Hur stor del av arbetsdagen arbetar Du på golv/sits som vibrerar ?
(te x bil, båt, flyg, traktor, truck)

**Inte
alls**

**Hela
tiden**

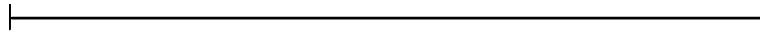


--

182. **Hur stor del av arbetsdagen arbetar Du med handhållna maskiner som vibrerar eller skakar?**
(t ex bormaskin, slipmaskin, bultpistol, motorsåg, spakar, rattar eller liknande)

**Inte
alls**

**Hela
tiden**



183. **Utför Du precisionsarbete sammanlagt mer än 2 timmar per dag?**
(t ex finmekaniskt arbete, urmakeriarbete, arbete som tandtekniker)

Nästan inte
alls/aldrig

(1)

1-3 dagar
per månad

(2)

En dag
per vecka

(3)

2-4 dagar
per vecka

(4)

Varje
arbetsdag

(5)

--
184. Utför Du arbetsuppgifter där händerna är placerade i eller ovanför axelhöjd under sammanlagt mer än 1/2 timme per dag?

Nästan inte
alls/aldrig

(1)

1-3 dagar
per månad

(2)

En dag
per vecka

(3)

2-4 dagar
per vecka

(4)

Varje
arbetsdag

(5)

185. Utför Du arbetsuppgifter där händerna är placerade under knähöjd sammanlagt mer än 1/2 timme per dag?
(t ex golvarbete, markarbete)

Nästan inte alls/aldrig	1-3 dagar per månad	En dag per vecka	2-4 dagar per vecka	Varje arbetsdag
<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)

186. Händer det att Du i Ditt arbete böjer eller vrider kroppen på samma sätt många gånger i timmen?

Nästan inte alls/aldrig	1-3 dagar per månad	En dag per vecka	2-4 dagar per vecka	Varje arbetsdag
<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)

187. Händer det, att Du i Ditt arbete utför samma hand eller fingerrörelser många gånger i minuten under sammanlagt minst 2 timmar under dagen (t ex maskinskrivning, sortering)?

Nästan inte alls/aldrig	1-3 dagar per månad	En dag per vecka	2-4 dagar per vecka	Varje arbetsdag
<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)

188. Lyfter eller bär Du föremål som väger 5-15 kg?

Nästan inte
alls/aldrig

(1)

1-3 dagar
per månad

(2)

En dag
per vecka

(3)

2-4 dagar
per vecka

(4)

Varje
arbetsdag

(5)

189. Lyfter eller bär Du föremål som väger mer än 15 kg?

Nästan inte
alls/aldrig

(1)

1-3 dagar
per månad

(2)

En dag
per vecka

(3)

2-4 dagar
per vecka

(4)

Varje
arbetsdag

(5)

Psykosocial arbetsmiljö i ditt nuvarande arbete

190. Innebär Ditt arbete att Du har att fatta svåra och självständiga beslut?

- ⁽¹⁾ Ja, ofta
⁽²⁾ Ja, ibland
⁽³⁾ Nej, sällan
⁽⁴⁾ Nej, så gott som aldrig

alls

Ja, i stor omfattning (1) I viss mån (2) I liten omfattning (3) Nej, inte (4)

191. Finns det möjligheter till förändringar och arbetsbyten i Ditt arbete, t.ex. byte av någon arbetsuppgift med en kamrat eller någon form av arbetsrotation?

(1) (2) (3) (4)

192. Ger arbetet Dig möjlighet att lära Dig något nytt och att utvecklas i yrket?

(1) (2) (3) (4)

193. Om formella krav finns på yrkeskunskande i Ditt nuvarande arbete hur väl stämmer dessa med Din egen utbildning?

- ⁽¹⁾ Kraven är mycket högre än min egen yrkesutbildning
⁽²⁾ Kraven är något högre än min egen yrkesutbildning
⁽³⁾ Kraven motsvarar min egen yrkesutbildning
⁽⁴⁾ Kraven är något lägre än min egen yrkesutbildning
⁽⁵⁾ Kraven är mycket lägre än min egen yrkesutbildning

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

⁽¹⁾ Ja

Om "Ja", ange hur många dagar

.....

⁽²⁾ Nej

195. Hur ofta har Du arbetsuppgifter som Du inte har tillräckliga yrkeskunskaper till att utföra?

- ⁽¹⁾ Nästan hela tiden
⁽²⁾ Ungefär 3/4 av tiden
⁽³⁾ Halva tiden
⁽⁴⁾ Ungefär 1/4 av tiden
⁽⁵⁾ Lite, kanske 1/10 av tiden
⁽⁶⁾ Nej, inte alls

	Ja, mycket (1)	I det stora hela (2)	I någon mån (3)	Nej inte (4)
alls				
196. Tycker Du att Dina arbetsuppgifter i Ditt nuvarande arbete är engagerande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
197. Känner Du Dig trygg och säker på Dig själv i arbetet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
198. Tycker Du att Ditt arbete är ett betydelsefullt arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
199. Anser Du att Ditt arbete värderas positivt av andra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
200. Känner Du Dig bunden av ett tidschema och viss arbetstakt i Ditt arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Alldeles för mycket (1)	Något för mycket (2)	Lagom mycket (3)	Något för litet (4)	Alldeles för litet (5)
201. Tycker Du att Ditt arbete innebär mycket ansvar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Alltid nade/kamrater (5)	För det mesta	För det mesta inte (1)	Aldrig (2)	Har inga överord- (3) (4)
202. Tycker Du att Du får hjälp och stöd av Dina överordnade då Du har svårigheter i arbetet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
203. Tycker Du att Du får hjälp och stöd av Dina arbetskamrater då Du har svårigheter i arbetet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Stämmer helt och hållet (1)	Stämmer ganska bra (2)	Stämmer inte särskilt bra (3)	Stämmer inte alls (4)	
204. Det är en lugn och behaglig stämning på min arbetsplats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
205. Det är god sammanhållning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
206. Mina arbetskamrater ställer upp för mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
207. Man har förståelse för att jag kan ha en dålig dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
208. Jag kommer bra överens med mina överordnade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
209. Jag trivs bra med mina arbetskamrater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Ja, ofta (1)	Ja, ibland (2)	Nej, sällan (3)	Nej, så gott som aldrig (4)
210. Kräver Ditt arbete att Du arbetar mycket fort?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
211. Kräver Ditt arbete att Du arbetar mycket hårt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
212. Kräver Ditt arbete en för stor arbetsinsats?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
213. Har Du tillräckligt med tid för att hinna med arbetsuppgifterna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
214. Förekommer det ofta motstridiga krav i Ditt arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
215. Får Du lära Dig nya saker i Ditt arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
216. Kräver Ditt arbete skicklighet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
217. Kräver Ditt arbete påhittighet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
218. Innebär Ditt arbete att man gör samma sak om och om igen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
219. Har Du frihet att bestämma <i>hur</i> Ditt arbete skall utföras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
220. Har Du frihet att bestämma <i>vad</i> som skall utföras i Ditt arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tack för Din medverkan !!