

(v.R908.18)



REBUS-93

(FORMULÄR-D)

Psykosocial
Enkät

Del 1 Bakgrund

Civilstånd

1. 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

Medborgarskap

2. Är Du svensk medborgare?

- Ja Nej Om "Nej", vilket är Din medborgarskap?

3. Är Du född i Sverige?

- Ja Nej Om "Nej", i vilket land är Du född?

4. Har Du invandrat till Sverige?

- Ja Nej Om "Ja", från vilket land har Du invandrat?
- (1) (2)

Bostad

5. Hur bor Du för närvarande?

- (1) Inneboende/hyresrum
 (2) Lägenhet i andra hand, rivningslägenhet
 (3) Lägenhet med förstahandskontrakt (hyresrätt, bostadsrätt e.d.)
 (4) Radhus/villa
 (5) Annat boende:

6. Bor Du ensam eller tillsammans med någon?

- (1) Ensamboende
 (2) Ensamstående med barn
 (3) Sammanboende med partner eller maka/make
 (4) Sammanboende med föräldrar
 (5) Bostadskollektiv
 (6) Institution
 (7) Annat boende:

7. Är Du uppvuxen i Storstockholm?
(Bott större delen av barndom och skoltid i Storstockholm)

Ja (1) Nej (2) Om "Nej", var är Du uppvuxen?
.....

8. Hur länge har Du bott i Storstockholm?

Antal år

9. Finns det i det område där Du bor någon/några som Du brukar utbyta tjänster med t.ex. ta emot varor åt eller lånar småsaker av?

(1) Ja, flera personer/familjer
 (2) Ja, en person/familj
 (3) Nej, ingen

10. Är det vanligt i det område där Du bor att grannar pratar, byter några ord med varandra när man möts?

(1) Ja, mycket vanligt
 (2) Ja, ganska vanligt
 (3) Nej, ganska ovanligt
 (4) Nej, mycket ovanligt
 (0) Vet ej

Barn

11. Har Du *egna* barn?

Ja (1) Nej (2) (Om "Nej" fortsätt till fråga 13)

12. Om Du svarat "Ja" ovan, hur många och i vilka åldrar är Dina egna barn?

Antal barn i åldrar

0-6 år 7-15 år 16-18 år

18 år och äldre

.....

.....

13. 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

Skola/utbildning

14. Vilken av följande skolor/utbildningar har Du *fullföljt*? Ange den "högsta" utbildning eller den som Du gick i sist.

- ₍₁₎ Folkskola Antal år.....
₍₂₎ Grundskola/Enhetskola
₍₃₎ Realskola
₍₄₎ Flickskola. Normalkompetens
₍₅₎ Fackskola
₍₆₎ Yrkeskola
₍₇₎ Gymnasium/Gymnasieskola-teoretiska linjer
₍₈₎ Gymnasieskola-praktiska linjer

15. Har Du läst på folkhögskola

- Ja Nej Om "Ja", hur många terminer?
 (1) (2)

16. Har Du avlagt hel examen vid universitet eller högskola?

- Ja Nej Om "Ja", ange vilken examen
 (1) (2)

17. Har Du läst enstaka kurser vid universitet eller högskola som ej ingår i examen? Ange antal *avtenterade* poäng

- Ja Nej Om "Ja", ange hur många poäng sammanlagt.
 (1) (2)

18. Har Du genomgått annan typ av yrkesutbildning i form av längre kurser eller längre utbildningar än de som nämnts i frågorna 14-17? Med längre kurs avses studier om *minst en studietermi*n.

- Ja Nej Om "Ja", ange vilka kurser och ungefärlig tid
 (1) (2)

Tobak/Alkohol

19. Är Du rökare?

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

20. Har Du tidigare varit rökare?

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

21. Om Du tidigare rökt, när slutade Du att röka?

Årtal.....

22. Om Du röker eller tidigare har rökt, hur gammal var Du då Du mer regelbundet började röka?

Ange ålder då Du började röka.....

23. Hur mycket röker Du, eller rökte Du tidigare, i genomsnitt per dag?

Cigaretter/dag, antal (1) *FA237**x 2* Cigarrcigaretter/dag, antal (2) *~ 2**x 5* Cigarrer/dag, antal (3) *2 3*Piptobak/dag, antal gram (4) *2 4*

24. Snusar Du?

- Ja Nej Om "Ja", hur många dagar räcker en dosa?
 (1) (2)

25. Har Du tidigare snusat?

- Ja Nej
 (1) (2)

26. Är Du helnykterist?

- Ja Nej
 (1) (2)

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

570 Starköl, antal cl (1) *FA 277**600* Vin, antal cl (2) *11 B**400* Starksprit, antal cl (3) *11-0*

28. Har Du under någon tidigare period som vuxen druckit betydligt mer alkohol än senaste året?

- Ja Nej
(1) (2)

29. Händer det att Du dricker ett par öl eller något starkare när Du känner Dig spänd i kroppen eller har ont någonstans?

- (1) Ja
 (2) Ja, någon gång
 (3) Nej, aldrig

30. Brukar Du dricka ett par öl eller något starkare på vardagskvällarna för att koppla av?

- (1) Ja
 (2) Ja, någon gång
 (3) Nej, aldrig

31. Har Du någon gång sökt hjälp för alkoholproblem?

- Ja Nej Om "Ja", vilket år var det?
(1) (2)

Föreningar/Umgänge

Är Du nu medlem i några föreningar typ fackföreningar eller idrottsförening och hur mycket deltar Du i dess verksamhet? Sätt ett kryss för de olika typerna av föreningar samt ange hur Du deltar i dess arbete.

	Är ej medlem	Är medlem	Går på möten någon gång/år	Går regelbundet på möten	Har förtroendeuppdrag i föreningen
32. Fackförening eller motsvarande för företagare	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
33. Bostadsintresseförening (Bostadsförening, villaägarförening eller mtosv)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
34. Yrkes- eller utbildningsförening	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
35. Idrottsförening	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
36. Annan intresseförening	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)

- | | Flera gånger i veckan | Någon gång i veckan | Någon gång i månaden | Någon gång i kvartalet | Någon enstaka gång | Mera sällan eller aldrig |
|---|--|---|---|---|---|---|
| 37. Hur ofta brukar Du träffa och vara tillsammans med någon av Dina grannar? | <input type="checkbox"/> ₍₁₎ | <input type="checkbox"/> ₍₂₎ | <input type="checkbox"/> ₍₃₎ | <input type="checkbox"/> ₍₄₎ | <input type="checkbox"/> ₍₅₎ | <input type="checkbox"/> ₍₆₎ |
| 38. Hur ofta brukar Du på <i>fritid</i> träffa och vara tillsammans med någon arbetskamrat? | <input type="checkbox"/> ₍₁₎ | <input type="checkbox"/> ₍₂₎ | <input type="checkbox"/> ₍₃₎ | <input type="checkbox"/> ₍₄₎ | <input type="checkbox"/> ₍₅₎ | <input type="checkbox"/> ₍₆₎ |
| 39. Hur ofta brukar Du träffa och vara tillsammans med släktingar? | <input type="checkbox"/> ₍₁₎ | <input type="checkbox"/> ₍₂₎ | <input type="checkbox"/> ₍₃₎ | <input type="checkbox"/> ₍₄₎ | <input type="checkbox"/> ₍₅₎ | <input type="checkbox"/> ₍₆₎ |
| 40. Hur ofta brukar Du träffa och vara tillsammans med andra vänner och bekanta? | <input type="checkbox"/> ₍₁₎ | <input type="checkbox"/> ₍₂₎ | <input type="checkbox"/> ₍₃₎ | <input type="checkbox"/> ₍₄₎ | <input type="checkbox"/> ₍₅₎ | <input type="checkbox"/> ₍₆₎ |
| 41. Hur mycket tid har Du för egen avkoppling, utan speciala krav och förpliktelser, i genomsnitt per dag under en arbetsvecka? | <input type="checkbox"/> ₍₁₎ Mindre än 1 timme per dag
<input type="checkbox"/> ₍₂₎ 1 - 2 timmar per dag
<input type="checkbox"/> ₍₃₎ 3 - 4 timmar per dag
<input type="checkbox"/> ₍₄₎ 5 - 6 timmar per dag
<input type="checkbox"/> ₍₅₎ Mer än 6 timmar per dag | | | | | |

Del 2 Arbetsmiljö

Besvaras av alla som varit förvärvsarbetande under någon del av de senaste 12 månaderna.

Allmänna arbetsförhållanden

1. Vilket är Ditt nuvarande/senaste yrke/arbete?
2. Hur länge har Du haft nuvarande arbete/anställning? Antal år
3. Hur länge har Du haft motsvarande yrke/arbetsuppgifter som Du nu har fast Du varit anställd på annan/andra arbetsplatser? Antal år
4. Har Du sammanhängande under minst ett år arbetat i annat yrke/yrken eller med andra arbetsuppgifter än Dina nuvarande? Ange vilka yrke/arbetsuppgifter samt hur länge Du haft respektive
.....
.....
.....
.....
5. Vilken är Din nuvarande arbetsgivare?
 (1) Statlig myndighet/verk
 (2) Av staten helägt företag (bolag eller stiftelse)
 (3) Primärkommun
 (4) Landsting
 (5) Annan offentlig institution
 (6) Privat företag/organisation
 (7) Egen företagare
 (8) Annan arbetsgivare:
6. Hur är Du för närvarande anställd?
 (1) Egen företagare
 (2) Fast anställd
 (3) Vikarieanställd
 (4) Kontraktsanställd
 (5) Timanställd
 (6) Tillfälligt/Extra anställd
 (7) Annan anställningsform

7. Vilken typ av lön har Du i Din nuvarande anställning (arbete)?

- ₍₁₎ Fast lön - Timlön
₍₂₎ Fast lön - Vecko-, 14 dagars- eller månadslön
₍₃₎ Fast lön kombinerad med individuell prestationslön (ackord, provision, bonus)
₍₄₎ Fast lön kombinerad med gruppbaserad prestationslön (gruppäckord, -provision, -bonus)
₍₅₎ Enbart prestationslön (ackord, gruppäckord, provision)
₍₆₎ Annan löneform:

8. 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:

9. 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:

10. Händer det att Du arbetar *övertid* på Ditt nuvarande arbete?

- ₍₁₎ Arbetar aldrig övertid
₍₂₎ Arbetar övertid någon gång per månad
₍₃₎ Arbetar ofta övertid
 Ange genomsnittligt antal övertidstimmar/vecka

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

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

12. Hur många personer arbetar just på Din arbetsplats (på Din avdelning e.d.)?

- ₍₁₎ Jag arbetar ensam
₍₂₎ Det är ytterligare en person på min arbetsplats
₍₃₎ Det är 3-10 personer
₍₄₎ Det är 11-20 personer
₍₅₎ Det är 21-30 personer
₍₆₎ Det är 31 eller fler personer

Extraarbete

13. Har Du under någon period eller hela tiden under de senaste tre åren haft något *extraarbete* vid sidan av Ditt nuvarande arbete (anställning)?

₍₁₎ Ja Om "Ja" beskriv med några få ord vilka arbetsuppgifter

.....

₍₂₎ Nej, fortsatt till fråga 16.

14. Hur länge har Du haft någon typ av extraarbete vid sidan av nuvarande arbete (anställning)?

₍₁₎ Har i viss omfattning kontinuerligt haft extraarbete de senaste tre åren

₍₂₎ Har under vissa perioder av de tre senaste åren haft extraarbete

₍₃₎ Har endast under det senaste året haft extraarbetet

₍₄₎ Har tidigare två men ej det senaste året haft extraarbete

15. Utför Du Ditt extraarbete med i genomsnitt lika många timmar per vecka eller är extraarbetet förlagt till vissa perioder under året?

₍₁₎ Utför mitt extraarbete med i genomsnitt 1-5 tim/vecka

₍₂₎ Utför mitt extraarbete med i genomsnitt 6-10 tim/vecka

₍₃₎ Utför mitt extraarbete med i genomsnitt 11-15 tim/vecka

₍₄₎ Utför mitt extraarbete i vissa perioder under året
 Ange i vilka perioder och i vilken omfattning arbetet utförs per år

.....

₍₅₎ Utför mitt extraarbete med i genomsnitt mer än 16 tim/vecka. (Har Du kryssat för detta alternativ skall Du vara vänlig att fylla i ett helt "Arbetsmiljöformulär" också för Ditt extraarbete. Be försöksledaren om ytterligare formulär.

Arbetets krav på kunskaper och utbildning

16. Finns det krav på viss skolutbildning efter den ordinarie grundskolan (tidigare folkskolan) för Ditt nuvarande arbete?

- ₍₁₎ Inget krav på viss skolutbildning
- ₍₂₎ Krav på tvåårig gymnasieskola (tidigare fackskola eller yrkesskola)
- ₍₃₎ Krav på tre- eller fyraårig gymnasieskola
- ₍₄₎ Krav på viss högskoleutbildning, ett eller två år
- ₍₅₎ Krav på högskoleutbildning, tre år eller mera
- ₍₆₎ Krav på annan formell skolutbildning:

Ange hur lång utbildningstid

.....

.....

17. Finns det förutom den skolutbildning Du angett i fråga 16 ytterligare krav på yrkesutbildning, för att vara behörig för Ditt nuvarande arbete?

- ₍₁₎ Inget krav på speciell yrkesutbildning
- ₍₂₎ Krav på några dagars-1 månads yrkesutbildning
- ₍₃₎ Krav på 1 mån-1 års yrkesutbildning eller internutbildning
- ₍₄₎ Krav på 1-2 års yrkesutbildning eller internutbildning
- ₍₅₎ Krav på mer än två års yrkesutbildning eller internutbildning
- ₍₆₎ Andra krav på speciell yrkesutbildning:

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

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

19. 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

- | | Ja, i stor omfattning | I viss mån | I liten omfattning | Nej, inte alls |
|--|---|---|---|---|
| 20. Finns det möjligheter till förändringar och arbetsbyten i Ditt arbete, t.ex. byte av någon arbetsuppgift med en kamrat eller någon form av arbetsrotation? | <input type="checkbox"/> ₍₁₎ | <input type="checkbox"/> ₍₂₎ | <input type="checkbox"/> ₍₃₎ | <input type="checkbox"/> ₍₄₎ |
| 21. Ger arbetet Dig möjlighet att lära Dig något nytt och att utvecklas i yrket? | <input type="checkbox"/> ₍₁₎ | <input type="checkbox"/> ₍₂₎ | <input type="checkbox"/> ₍₃₎ | <input type="checkbox"/> ₍₄₎ |
| 22. Finns det i Ditt arbete tillgång till internutbildning som Du kan delta i? | <input type="checkbox"/> ₍₁₎ | <input type="checkbox"/> ₍₂₎ | <input type="checkbox"/> ₍₃₎ | <input type="checkbox"/> ₍₄₎ |
| 23. Har Du under de senaste 12 månaderna fått utbildning på betald arbetstid? | <input type="checkbox"/> ₍₁₎ Ja | Om "Ja", ange hur många dagar
..... | | |
| | <input type="checkbox"/> ₍₂₎ Nej | | | |

24. 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

Arbetsförhållanden

25. Kan Du delvis själv bestämma när eller i vilken ordning olika arbetsuppgifter skall göras? (t.ex. genom att välja att jobba lite fortare del av dagen eller vissa dagar och ta det lite lugnare andra dagar)

- ₍₁₎ Alltid
₍₂₎ För det mesta
₍₃₎ För det mesta inte
₍₄₎ Aldrig

26. Händer det att Du är med och beslutar om uppläggningsen av Ditt arbete?

- ₍₁₎ Alltid
₍₂₎ För det mesta
₍₃₎ För det mesta inte
₍₄₎ Aldrig

27. Har Du möjlighet att själv bestämma Din arbetstakt?

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

28. Vad är typiskt för arbetstempot i Ditt nuvarande arbete en vanlig arbetsdag?

- ₍₁₎ Ett högt och konstant arbetstempo under i stort sett hela dagen
₍₂₎ Ett måttligt och jämnt arbetstempo under hela dagen
₍₃₎ Ett lågt och konstant arbetstempo under hela dagen
₍₄₎ Ett varierande arbetstempo med vissa perioder av högt tempo, andra med måttligt eller lågt tempo under arbetsdagen
₍₅₎ Andra kombinationer av högt, måttligt och lågt arbetstempo under en vanlig arbetsdag

Ange kortfattat hur

.....

29. Förekommer det hinder eller avbrott i Dina arbetsuppgifter som Du måste ta igen genom *att arbeta övertid, arbeta på ett riskabelt sätt eller arbeta så att arbetsresultatet blir påtagligt försämrat?*

- (1) Flera gånger om dagen
- (2) 1 gång/dag
- (3) Flera gånger/vecka
- (4) 1 gång/vecka
- (5) Mera sällan eller aldrig

30. Om Du blir hindrad eller avbruten i Ditt arbete beror det på

(Du kan kryssa i flera svarsalternativ)

- (1) Oklara eller svårtolkade arbetsuppgifter
- (2) Personer som stör direkt eller via telefon
- (3) Svårigheter att få kontakt med uppdragsgivare arbetsgivare/arbetsledare
- (4) Tekniska fel på apparater
- (5) Brist på resurser (material, apparater, lokaler e.dyl)
- (6) Egna bristande kunskaper
- (7) Annat, vad

.....

31. Ingår i Ditt arbete att Du samarbetar med arbetskamrater?

- (1) Nästan hela tiden
- (2) Ungefär 3/4 av tiden
- (3) Ungefär halva tiden
- (4) Ungefär 1/4 av tiden
- (5) Lite, kanske 1/10 av tiden
- (6) Nej, har inget direkt samarbete

32. Om Du samarbetar med arbetskamrater, hur sker detta vanligen?

- (1) Något samarbete ingår ej i mitt arbete
- (2) Samarbetet sker vanligen med en person i taget
- (3) Samarbetet sker vanligen tillsammans med två andra personer
- (4) Samarbetet sker vanligen tillsammans med 3-5 andra
- (5) Samarbetet sker vanligen i en grupp med 6-10 andra
- (6) Samarbetet sker vanligen i ett lag med fler än 10 andra
- (7) Samarbetet sker vanligen i grupperingar med olika många personer

33. Har Du i Ditt arbete något att göra med personer som inte är anställda på arbetsplatsen? (t.ex. kunder, klienter, passagerare, elever etc.)

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

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

- ₍₁₎ Varje dag
₍₂₎ Ett par dagar i veckan
₍₃₎ En dag per vecka
₍₄₎ Ett par dagar per månad
₍₅₎ Inte alls, eller sällan de senaste 3 månaderna

35. Finns i Ditt arbete risker för skador och olycksfall?

- Ja Nej Om "Ja" ange vilken typ av risker
₍₁₎ ₍₂₎

36. Tycker Du att Dina arbetsuppgifter i Ditt nuvarande arbete är engagerande?

- | Ja, mycket | I det stora hela | I någon mån | Nej inte alls |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ₍₁₎ | <input type="checkbox"/> ₍₂₎ | <input type="checkbox"/> ₍₃₎ | <input type="checkbox"/> ₍₄₎ |

37. Känner Du Dig trygg och säker på Dig själv i arbetet?

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ₍₁₎ | <input type="checkbox"/> ₍₂₎ | <input type="checkbox"/> ₍₃₎ | <input type="checkbox"/> ₍₄₎ |
|---|---|---|---|

38. Tycker Du att Ditt arbete är ett betydelsefullt arbete?

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ₍₁₎ | <input type="checkbox"/> ₍₂₎ | <input type="checkbox"/> ₍₃₎ | <input type="checkbox"/> ₍₄₎ |
|---|---|---|---|

39. Anser Du att Ditt arbete värderas positivt av andra?

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ₍₁₎ | <input type="checkbox"/> ₍₂₎ | <input type="checkbox"/> ₍₃₎ | <input type="checkbox"/> ₍₄₎ |
|---|---|---|---|

40. Känner Du Dig bunden av ett tidsschema och viss arbetstakt i Ditt arbete?

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ₍₁₎ | <input type="checkbox"/> ₍₂₎ | <input type="checkbox"/> ₍₃₎ | <input type="checkbox"/> ₍₄₎ |
|---|---|---|---|

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

42. Har Du mycket att göra på Ditt arbete?	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎	<input type="checkbox"/> ₍₃₎	<input type="checkbox"/> ₍₄₎	<input type="checkbox"/> ₍₅₎
--	---	---	---	---	---

43. Har Du sådan tidspress i Ditt arbete att Du tycker att det är svårt att hinna med Dina arbetsuppgifter?

- ₍₁₎ Nästan alltid
₍₂₎ Ofta
₍₃₎ Ibland
₍₄₎ Aldrig

	Alltid	För det mesta	För det mesta inte	Aldrig	Har inga överordnade/kamrater
44. Tycker Du att Du får hjälp och stöd av Dina överordnade då Du har svårigheter i arbetet?	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎	<input type="checkbox"/> ₍₃₎	<input type="checkbox"/> ₍₄₎	<input type="checkbox"/> ₍₅₎

45. Tycker Du att Du får hjälp och stöd av Dina arbetskamrater då Du har svårigheter i arbetet?	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎	<input type="checkbox"/> ₍₃₎	<input type="checkbox"/> ₍₄₎	<input type="checkbox"/> ₍₅₎
---	---	---	---	---	---

	Mycket bra	Ganska bra	Mindre bra	Inte alls bra	Har inga kamrater
46. Hur tycker Du att Du och Dina arbetskamrater kommer överens i arbetet?	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎	<input type="checkbox"/> ₍₃₎	<input type="checkbox"/> ₍₄₎	<input type="checkbox"/> ₍₅₎

47. Tycker Du att det går bra att ta kontakt och prata med Dina arbetskamrater under arbetet?	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎	<input type="checkbox"/> ₍₃₎	<input type="checkbox"/> ₍₄₎	<input type="checkbox"/> ₍₅₎
---	---	---	---	---	---

	Ja, ofta	Ja, ibland	Nej, sällan	Nej, så gott som aldrig
48. Brukar Dina överordnade tala om för Dig hur Du utför Ditt arbete?	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎	<input type="checkbox"/> ₍₃₎	<input type="checkbox"/> ₍₄₎
49. Får Du negativ kritik för Ditt arbete?	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎	<input type="checkbox"/> ₍₃₎	<input type="checkbox"/> ₍₄₎
50. Får Du veta om Du gör ett bra arbete?	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎	<input type="checkbox"/> ₍₃₎	<input type="checkbox"/> ₍₄₎
51. Kräver Ditt arbete att Du arbetar mycket fort?	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎	<input type="checkbox"/> ₍₃₎	<input type="checkbox"/> ₍₄₎
52. Kräver Ditt arbete att Du arbetar mycket hårt?	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎	<input type="checkbox"/> ₍₃₎	<input type="checkbox"/> ₍₄₎
53. Kräver Ditt arbete en för stor arbetsinsats?	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎	<input type="checkbox"/> ₍₃₎	<input type="checkbox"/> ₍₄₎
54. Har Du tillräckligt med tid för att hinna med arbetsuppgifterna?	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎	<input type="checkbox"/> ₍₃₎	<input type="checkbox"/> ₍₄₎
55. Förekommer det ofta motstridiga krav i Ditt arbete?	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎	<input type="checkbox"/> ₍₃₎	<input type="checkbox"/> ₍₄₎
56. Får Du lära Dig nya saker i Ditt arbete?	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎	<input type="checkbox"/> ₍₃₎	<input type="checkbox"/> ₍₄₎
57. Kräver Ditt arbete skicklighet?	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎	<input type="checkbox"/> ₍₃₎	<input type="checkbox"/> ₍₄₎
58. Kräver Ditt arbete påhittighet?	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎	<input type="checkbox"/> ₍₃₎	<input type="checkbox"/> ₍₄₎
59. Innebär Ditt arbete att man gör samma sak om och om igen?	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎	<input type="checkbox"/> ₍₃₎	<input type="checkbox"/> ₍₄₎

	Ja, ofta	Ja, ibland	Nej, sällan	Nej, så gott som aldrig
60. Har Du frihet att bestämma <i>hur</i> Ditt arbete skall utföras?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)
61. Har Du frihet att bestämma <i>vad</i> som skall utföras i Ditt arbete?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)

Positiva och psykosociala faktorer i arbetsmiljön

	Stämmer helt och hållet	Stämmer ganska bra	Stämmer inte särskilt bra	Stämmer inte alls
62. Det är en lugn och behaglig stämning på min arbetsplats	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)
63. Det är god sammanhållning	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)
64. Mina arbetskamrater ställer upp för mig	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)
65. Man har förståelse för att jag kan ha en dålig dag	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)
66. Jag kommer bra överens med mina överordnade	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)
67. Jag trivs bra med mina arbetskamrater	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)

Del 3

Sömn och vakenhet

Har Du haft känningar av följande besvär under den senaste tiden (sista året)?

	Aldrig	Sällan någon/ några gånger per år	Ibland någon/ några gånger per mån	För det mesta flera gånger per vecka	Alltid varje dag
1. Svårigheter att somna	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎	<input type="checkbox"/> ₍₃₎	<input type="checkbox"/> ₍₄₎	<input type="checkbox"/> ₍₅₎
2. Svårigheter att vakna	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎	<input type="checkbox"/> ₍₃₎	<input type="checkbox"/> ₍₄₎	<input type="checkbox"/> ₍₅₎
3. Upprepade uppvaknanden med svårigheter att somna om	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎	<input type="checkbox"/> ₍₃₎	<input type="checkbox"/> ₍₄₎	<input type="checkbox"/> ₍₅₎
4. Kraftiga snarkningar	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎	<input type="checkbox"/> ₍₃₎	<input type="checkbox"/> ₍₄₎	<input type="checkbox"/> ₍₅₎
5. Mardrömmar	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎	<input type="checkbox"/> ₍₃₎	<input type="checkbox"/> ₍₄₎	<input type="checkbox"/> ₍₅₎
6. Ej utsövd vid uppvaknandet	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎	<input type="checkbox"/> ₍₃₎	<input type="checkbox"/> ₍₄₎	<input type="checkbox"/> ₍₅₎
7. För tidigt (slutligt) uppvaknande	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎	<input type="checkbox"/> ₍₃₎	<input type="checkbox"/> ₍₄₎	<input type="checkbox"/> ₍₅₎
8. Störd/orolig sömn	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎	<input type="checkbox"/> ₍₃₎	<input type="checkbox"/> ₍₄₎	<input type="checkbox"/> ₍₅₎
9. Trött/sömnig under arbete eller fritid	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎	<input type="checkbox"/> ₍₃₎	<input type="checkbox"/> ₍₄₎	<input type="checkbox"/> ₍₅₎
10. Irritation/trötthet i ögonen	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎	<input type="checkbox"/> ₍₃₎	<input type="checkbox"/> ₍₄₎	<input type="checkbox"/> ₍₅₎
11. Ofrivilliga sömnepisoder (tillnickning) under arbetet	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎	<input type="checkbox"/> ₍₃₎	<input type="checkbox"/> ₍₄₎	<input type="checkbox"/> ₍₅₎
12. Ofrivilliga sömnepisoder (tillnickning) under fritiden	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎	<input type="checkbox"/> ₍₃₎	<input type="checkbox"/> ₍₄₎	<input type="checkbox"/> ₍₅₎
13. Trött i huvudet	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎	<input type="checkbox"/> ₍₃₎	<input type="checkbox"/> ₍₄₎	<input type="checkbox"/> ₍₅₎

Under arbetsveckan, kl

Under ledighet, kl

14. Vilken tid går Du normalt till sängs?

.....

.....

15. Vilken tid stiger Du normalt upp?

.....

.....

Under arbetsveckan, min

Under ledighet, min

16. Hur lång tid ligger Du vaken innan Du somnar?

.....

.....

17. Hur ofta tar Du Dig en tupplur?

- (1) Aldrig
 (2) Sällan (någon/några ggr/år)
 (3) Ibland (någon/några ggr/mån)
 (4) För det mesta (flera ggr/vecka)
 (5) Alltid (varje dag)

Ange antal timmar och minuter

18. Om Du tar en tupplur, hur lång brukar den vara?

.....

Del 4

Levnadshändelser

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

	Ja	Nej
1. Konflikt med maka/make/sambo	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎
2. Konflikt med nära anhörig eller nära vän	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎
3. Sjukdom/olyckshändelse hos maka/make/sambo	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎
4. Sjukdom/olyckshändelse hos nära anhörig eller nära vän	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎
5. Makas/makes/sambos dödsfall	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎
6. Nära anhörigs eller nära väns dödsfall	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎
7. Egen sjukdom/olyckshändelse	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎
8. Abort (egen eller makas/sambos)	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎
9. Äktenskaplig separation (eller motsvarande)	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎
10. Ingått äktenskap eller startat samboförhållande	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎
11. Flyttning	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎
12. Fått barn eller adopterat barn	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎
13. Byte av arbetsplats	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎
14. Förändrade arbetsuppgifter	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎
15. Konflikt på arbetet	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎
16. Minskat ansvar i arbetet	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎
17. Ökat ansvar i arbetet	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎
18. Försämrade ekonomi	<input type="checkbox"/> ₍₁₎	<input type="checkbox"/> ₍₂₎

Del 5

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

Följande frågor gäller de senaste veckorna.

1. 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

2. 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

3. 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

4. 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

5. 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

6. 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

7. 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

8. 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

9. 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

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

Ja
 (1)

Nej
 (2)

Om "Ja", hur många veckor innan Du måste sluta
.....veckor

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

(1) Stor risk

(2) Viss risk

(3) Liten risk

(4) Ingen risk

Tack för Din medverkan !!