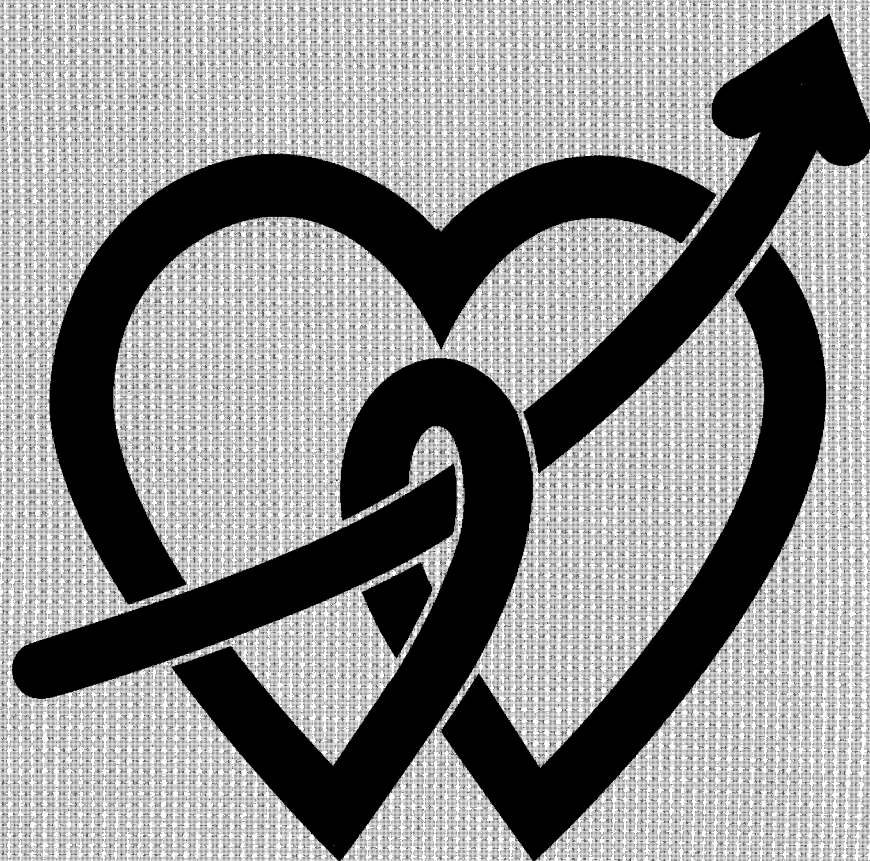


**HJÄRTA ARBETE LIVSMILJÖ**



**WOLF-N**

## Förord

Detta frågeformulär ingår i WOLF-projektet som är ett samarbete mellan företagshälsovården och forskare vid Arbetslivsinstitutet, Institutet för Psykosocial Miljömedicin, Karolinska Institutet, Karolinska sjukhuset, Norrlands Universitetssjukhus och Sundsvalls sjukhus.

Projektet syftar till att

- studera om arbetsplatsförhållanden påverkar risken att utveckla förhöjt blodtryck eller sådana rubbningar i blodets sammansättning som kan leda till hjärtinfarkt.
- studera hur olika förhållanden på arbetet och på fritiden kan inverka på kostvanor, rökning, fysisk aktivitet m.m.
- vara ett hjälpmedel för företagshälsovården i arbetsmiljöarbetet.

De ifyllda formulären registreras och sammanställs gruppvis på persondator på Arbetslivsinstitutet. Informationen hanteras av personer som har tystnadsplikt. Inga enskilda personer kan identifieras i sådana gruppsammanställningar. Företagshälsovården får sammanställningarna och kan enligt lokal överenskommelse avrapportera till respektive avdelning.

I en speciell sekretesskyddad databas sammankopplas varje persons frågeformulärssvar med värdena på blodanalyser, blodtryck, längd, vikt, midje- och stussmått. Denna sammanställning är nödvändig för att vi skall kunna nå dig vid eventuell förnyad undersökning.

Om du har några frågor om hälsoundersökningen och frågeformuläret kan du vända dig till din företagshälsovård.

Du kan även kontakta någon i projektledningen:

Projektsamordnare Inger Nyman, Sundsvalls sjukhus, tel 060 - 18 19 49

Docent Anders Knutsson, Norrlands universitetssjukhus, tel 090 - 785 23 40

Klinikchef Tohr Nilsson, Sundsvalls sjukhus, tel 060 - 18 19 27

Docent Lars Alfredsson, Karolinska Institutet, tel 08 - 728 74 88

Professor Peter Westerholm, Arbetslivsinstitutet, tel 08 - 730 90 29

## A. Yrke och anställning

1. Vilket är ditt nuvarande yrke?

\_\_\_\_\_

2. Vad har du för arbetsuppgifter?

\_\_\_\_\_

3. Hur länge har du haft nuvarande arbete?

\_\_\_\_\_



4. Vilka anställningar har Du haft tidigare under minst 1 år?

Företag/arbetsgivare	Yrke	Arbetsuppgifter	Från år - till år
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

**5. Vilken är Din nuvarande anställningsform?**

- <sup>1</sup>  
 Fast anställd
- <sup>2</sup>  
 Vikarieanställd
- <sup>3</sup>  
 Kontraktsanställd
- <sup>4</sup>  
 Timanställd
- <sup>5</sup>  
 Tillfälligt/extra anställd
- <sup>6</sup>  
 Annan anställningsform \_\_\_\_\_

**6. Vilken typ av lön har Du?**

- <sup>1</sup>  
 Timlön
- <sup>2</sup>  
 Vecko- eller 14-dagarslön
- <sup>3</sup>  
 Månadslön
- <sup>4</sup>  
 Fast månadslön kombinerad med prestationslön
- <sup>5</sup>  
 Enbart prestationslön (ackord, gruppäckord, provision)
- <sup>6</sup>  
 Annan löneform: \_\_\_\_\_

**7. Har Du skiftarbete?**

- <sup>1</sup>  
 Nej
- <sup>2</sup>  
 2-skiftsarbete
- <sup>3</sup>  
 3-skiftsarbete med kontinuerlig drift
- <sup>4</sup>  
 Turlistetid (oregelbunden förläggning av arbetstiden under dygnet och veckan enligt visst arbetsschema)
- <sup>5</sup>  
 Annan uppläggning av skift: \_\_\_\_\_

**8. Hur många timmar arbetar Du normalt per vecka inklusive övertid?**

Antal timmar: \_\_\_\_\_

**9. Hur fördelas dessa timmar i genomsnitt?**

Antal timmar

<sup>1</sup>  
 Dagarbete (mellan kl 6 och 18) \_\_\_\_\_

<sup>2</sup>  
 Kvällsarbete (mellan kl 18 och 22) \_\_\_\_\_

<sup>3</sup>  
 Nattarbete (mellan kl 22 och 6) \_\_\_\_\_

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

<sup>1</sup>  
 Arbetar aldrig övertid

<sup>2</sup>  
 Arbetar övertid någon gång per månad

<sup>3</sup>  
 Arbetar ofta övertid  
Ange genomsnittligt antal övertidstimmar/vecka: \_\_\_\_\_

**10N. Den person som är min närmaste överordnade är**

<sup>1</sup>  
 Man

<sup>2</sup>  
 Kvinna

<sup>3</sup>  
 Jag har ingen överordnad

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

<sup>1</sup>  
 Ja, men jag har i min tur överordnade

<sup>2</sup>  
 Ja, men jag har ingen överordnad

<sup>3</sup>  
 Nej

**12. Har Du fått utbildning på betald arbetstid under det senaste året?**

<sup>1</sup>  Nej      <sup>2</sup>  Ja, i antal dagar: \_\_\_\_\_

**13. Förekommer resdagar med övernattnig i tjänsten?**

<sup>1</sup>  Nej      <sup>2</sup>  Ja      Om "Nej" fortsätt till fråga 15

**14. Hur många övernattningar har Du i genomsnitt per år**

<sup>1</sup>  mindre än 10      <sup>2</sup>  10-29      <sup>3</sup>  30-49      <sup>4</sup>  50-100      <sup>5</sup>  mer än 100

**15. Tycker Du att Du har kunskaper och färdigheter för att klara Ditt arbete?**

- <sup>1</sup>  
 Anser mig mycket överkvalificerad för mitt arbete
- <sup>2</sup>  
 Anser mig i vissa avseenden vara överkvalificerad för mitt arbete
- <sup>3</sup>  
 Anser mig helt kvalificerad för mitt arbete
- <sup>4</sup>  
 Anser att jag saknar vissa kunskaper som behövs i mitt arbete
- <sup>5</sup>  
 Anser att jag saknar mycket kunskap som behövs i mitt arbete

**16. Har Du något avlönat extraarbete vid sidan av Ditt huvudsakliga arbete?**

- <sup>1</sup>  Nej      <sup>2</sup>  Ja      *Om "Nej" fortsätt till fråga 18*

**17. Om Du har ett extraarbete, hur många timmar per vecka ägnar Du åt det i genomsnitt?**

Antal timmar: \_\_\_\_\_

**18. Har Du någon gång under de senaste 5 åren varit arbetslös eller permitterad?**

- <sup>1</sup>  Nej      <sup>2</sup>  Ja

*Om "Nej" fortsätt till fråga 19*

**18N. Om ja, hur lång tid varade Din arbetslöshet? Om Du varit arbetslös flera gånger ange de två längsta perioderna med månad och år t ex mars 93 - okt 93.**

Period 1 ..... Orsak:

- <sup>1</sup> Slutade själv
- <sup>2</sup> Nedläggning av arbetsplatsen
- <sup>3</sup> Personalnedskärningar på arbetsplatsen
- <sup>4</sup> Arbetsmarknadspolitisk åtgärd slut
- <sup>5</sup> Anställningen slut (t ex vikariat, projektanställning)
- <sup>6</sup> Tillfälligt uppsagd/permitterad
- <sup>7</sup> Annat .....
- <sup>8</sup> Vet ej
- <sup>9</sup> Vill ej svara

Period 2 ..... Orsak:

- <sup>1</sup> Slutade själv
- <sup>2</sup> Nedläggning av arbetsplatsen
- <sup>3</sup> Personalnedskärningar på arbetsplatsen
- <sup>4</sup> Arbetsmarknadspolitisk åtgärd slut
- <sup>5</sup> Anställningen slut (t ex vikariat, projektanställning)
- <sup>6</sup> Tillfälligt uppsagd/permitterad
- <sup>7</sup> Annat .....
- <sup>8</sup> Vet ej
- <sup>9</sup> Vill ej svara

**19. Är Du nu, eller befarar Du att bli, varslad om permittering eller uppsägning?**

<sup>1</sup> Nej       <sup>2</sup> Ja

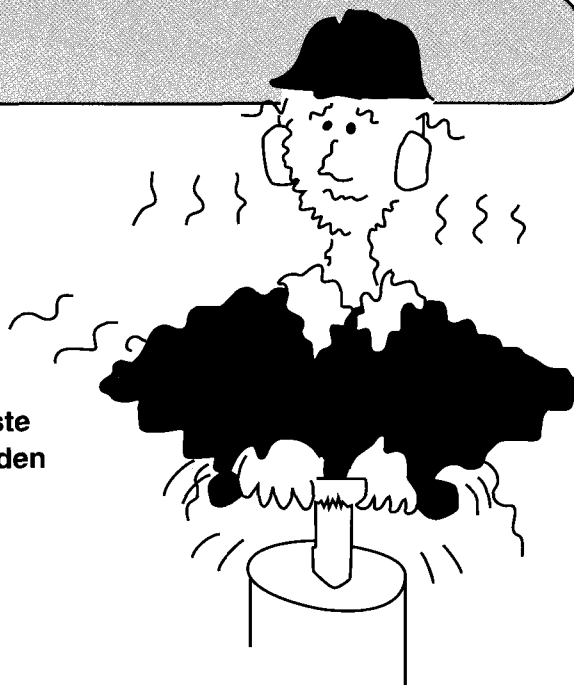
**20 Vilken av följande skolor/utbildningar har Du genomgått?**

*Du kan kryssmarkera flera rutor.*

- 1  Folkskola
- 2  Grundskola/enhetsskola
- 3  Realskola
- 4  Flickskola, normalskolekompetens
- 5  Fackskola
- 6  Yrkesskola
- 7  Gymnasium/gymnasieskola - praktiska linjer
- 8  Gymnasieskola - teoretiska linjer
- 9  Universitet eller högskola
- 10  Annat. Vad? \_\_\_\_\_



## B. Arbetsmiljö



1. Arbetar Du, i så bullrig arbetsmiljö att man måste skrika eller ställa sig på 1 meters avstånd från den man talar med för att göra sig hörd?

<sup>1</sup> Nej      <sup>2</sup> Ja

2. Arbetar Du, i en så bullrig arbetsmiljö att Du har svårigheter att koncentrera Dig?

<sup>1</sup> Nej      <sup>2</sup> Ja

3. Arbetar Du, i lokaler där luften är förorenad av motoravgaser, förbränningsprodukter eller sot?

<sup>1</sup> Nej      <sup>2</sup> Ja

4. Arbetstakten i mitt arbete bestäms av:

*Ange ett alternativ på varje fråga*

	Nej 1	I liten grad 2	I någon mån 3	I hög grad 4
1. ett löpande band	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. maskiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. arbetskamrater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. kunder, klienter eller andra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. närmaste chef	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. mig själv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. något annat,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. vad? _____				

**5. Frågor om ansvar, beslut och konflikter.**

Ange ett alternativ på varje fråga

	Ja ofta 1	Ja ibland 2	Nej sällan 3	Nej aldrig 4
1. Har Du i ditt arbete ansvar för andra människors liv och säkerhet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Har Du i Ditt arbete ansvar för stora materiella värden där det finns risk också för materiella skador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Innebär Ditt arbete att Du har att fatta svåra och självständiga beslut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Är Du indragen i någon form av konflikt eller bråk på Din arbetsplats?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Är Du utsatt för våld eller hot om våld i Ditt arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6. Olika händelser eller förändringar kan inträffa på arbetet. Finns det något som Du känner speciell oro inför?**

Du får gärna ange flera alternativ

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Nej  | <input type="checkbox"/> 2 Införande av ny teknik                   |
| <input type="checkbox"/> 3 Att drabbas av olycksfall i arbetet.             | <input type="checkbox"/> 4 Att arbetsplatsen flyttar till annan ort |
| <input type="checkbox"/> 5 Att bli sjuk på arbetet                          | <input type="checkbox"/> 6 Att bli uppsagd                          |
| <input type="checkbox"/> 7 Att göra något misstag så att någon annan skadas | <input type="checkbox"/> 8 Annat alternativ                         |
| <input type="checkbox"/> 9 Omorganisation på arbetsplatsen                  |   |

**6N. Ange det av följande som passar bäst in på Din arbetsplats.**

- 1 Över 60% av mina närmaste arbetskamrater är män
- 2 Över 60% av mina närmaste arbetskamrater är kvinnor
- 3 Vi är ungefär lika många män och kvinnor
- 4 Har inga arbetskamrater
- 5 Annat alternativ

## 7. Hur är Din ställning på arbetet?

Ange ett alternativ på varje fråga.

	Ja ofta 1	Ja ibland 2	Nej sällan 3	Nej aldrig 4
1. Bestämmer själv mitt arbetstempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bestämmer själv förläggnen av mina raster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bestämmer själv förläggnen av min semester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Deltar i tillsättandet av min närmaste chef	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Deltar i valet av arbetskamrater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Deltar i utformningen av min fysiska miljö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 8. Frågor om krav i Ditt arbete.

Ange ett alternativ på varje fråga.

	Ja ofta 1	Ja ibland 2	Nej sällan 3	Nej aldrig 4
1. Kräver Ditt arbete att Du arbetar mycket fort?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kräver Ditt arbete att Du arbetar mycket hårt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kräver Ditt arbete en för stor arbetsinsats?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Har Du tillräckligt med tid för att hinna med arbetsuppgifterna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Förekommer det motstridiga krav i Ditt arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Får Du lära Dig nya saker i Ditt arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Kräver Ditt arbete skicklighet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Kräver Ditt arbete påhittighet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Innebär Ditt arbete att man gör samma sak om och om igen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Har Du frihet att bestämma hur Ditt arbete ska utföras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Har Du frihet att bestämma vad som ska utföras i Ditt arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Om Dina arbetsuppgifter är svåra har Du då möjlighet att få råd och hjälp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**8N. Besvara följande påståenden och frågor med ja eller nej. Ange dessutom i vilken grad Du känner att respektive situation utgör en belastning.**

			<i>Jag tycker att det är:</i>			
	Nej	Ja	En stor belastning	En belastning	En mindre belastning	Ingen belastning alls
	1	2	3	4	5	6
1. Jag arbetar ofta under tidspress på grund av den höga arbetsbelastningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jag blir ofta avbruten och störd i mitt arbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jag har ett stort ansvar i mitt arbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jag är ofta tvungen att arbeta övertid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mitt arbete är fysiskt påfrestande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jag har fått allt mer att göra på arbetet under de senaste åren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tycker Du att Du får det erkännande av Dina arbetskamrater som Du förtjänar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tycker Du att Du får det erkännande av Dina överordnade som Du förtjänar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Får Du det stöd Du behöver i svåra situationer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Blir Du orättvist behandlad i Ditt arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Har Du dåliga möjligheter till avancemang inom Ditt område?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Upplever Du för närvarande eller förväntar Du Dig en negativ förändring i Din arbetssituation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Är Din egen arbetsplats i farozonen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Anser Du att Du har ett arbete som rimligen svarar mot Din utbildning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Med tanke på allt Du har presterat, tycker Du då att Du har en rimlig lön?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Med tanke på allt Du har presterat och utträttat, tycker Du då att Du får det erkännande och den respekt Du förtjänar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Med tanke på allt Du har presterat och utträttat, tycker Du då att Du har fått rimliga möjligheter till personligt avancemang i Ditt yrkesliv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 9. Frågor om relationer till Din chef.

Ange ett alternativ på varje fråga.

	Ja ofta 1	Ja ibland 2	Nej sällan 3	Nej aldrig 4
1. Jag får den information jag behöver av min chef	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Min närmaste chef är bra på att driva och genomföra förändringar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Min närmaste chef förklarar mål och delmål för vår verksamhet så att jag förstår vad det betyder för just mitt arbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jag har klart för mig vilka förväntningar som ställs på mig av min närmaste chef	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Min närmaste chef visar att han/hon bryr sig om hur jag har det och hur jag mår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jag har tillräckliga befogenheter i förhållande till det ansvar jag har	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Min närmaste chef tar sig tid att engagera sig i sina medarbetares yrkesmässiga utveckling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Min chef uppmuntrar min medverkan i uppbyggnaden av mitt arbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Jag får beröm av min chef om jag gjort något bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Jag får kritik av min chef om jag gjort något som inte är bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 10. Hur stor del av arbetstiden arbetar Du tillsammans med arbetskamrater i grupp?

- 1 Nästan hela tiden
- 2 Ungefär 3/4 av tiden
- 3 Ungefär halva tiden
- 4 Ungefär 1/4 av tiden
- 5 Högst 1/10 av tiden
- 6 Har inget direkt samarbete

**11. Hur stor del av arbetstiden har Du att göra med personer som inte är anställda på arbetsplatsen (t ex kunder, klienter, passagerare, elever etc)?**

- <sup>1</sup>  
 Nästan hela tiden
- <sup>2</sup>  
 Ungefär 3/4 av tiden
- <sup>3</sup>  
 Ungefär halva tiden
- <sup>4</sup>  
 Ungefär 1/4 av tiden
- <sup>5</sup>  
 Högst 1/10 av tiden
- <sup>6</sup>  
 Ingen kontakt med sådana personer

**12. Hur är stämningen på Din arbetsplats?**

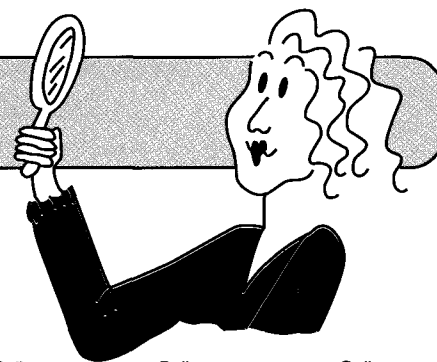
*Ange ett alternativ på varje fråga.*

	Stämmer helt 1	Stämmer nästan 2	Stämmer knappast 3	Stämmer inte alls 4
1. Det är en lugn och behaglig stämning på min arbetsplats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Det är god sammanhållning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mina arbetskamrater ställer upp för mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Man har förståelse för att jag kan ha en dålig dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jag kommer bra överens med mina överordnade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jag trivs med mina arbetskamrater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Det är lätt att på ett öppet sätt diskutera med arbetskamraterna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**13. Hur känner Du dig vanligtvis när du är på väg till arbetet?**

- <sup>1</sup>  
 Känner mig glad och tillfredsställd vid tanken på arbetet som väntar
- <sup>2</sup>  
 Har en ganska positiv känsla för arbetet
- <sup>3</sup>  
 Vare sig positiva eller negativa känslor inför arbetet
- <sup>4</sup>  
 Känner en viss olust inför arbetet
- <sup>5</sup>  
 Känner en stark olust inför arbetet

## C. Hur Du tycker att Du är som person



1. Vilka av följande påståenden tycker Du stämmer på Dig?  
Ange ett alternativ på varje fråga.

	Stämmer helt 1	Stämmer nästan 2	Stämmer knappast 3	Stämmer inte alls 4
1. Jag är mycket känslig för kritik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jag blir lätt upphetsad då mina ambitioner drar iväg med mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Även den minsta störning irriterar mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. När en arbetsuppgift ska göras noggrant är det bäst att jag gör den själv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Det roar mig att påvisa andras felaktigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Att vara en aning bättre eller snabbare än andra är som en sport för mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jag kan bli mycket upprörd när någon hindrar mig från att fullfölja mina uppgifter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jag blir arg på andra oftare än vad som är passande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. När jag arbetar kommer jag lätt i tidsnöd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Det händer mig ofta att jag redan då jag vaknar börjar tänka på arbetsproblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Jag blir arg då jag misslyckas med att lösa mina uppgifter till 100%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Jag låter aldrig andra göra mina arbetsuppgifter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Jag blir mycket besviken då mina arbetsprestationer inte uppskattas till fullo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Jag blir rasande om inte andra fattar omedelbart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. När jag kommer hem kan jag lätt koppla av från arbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Min make/a eller sambo säger att jag ägnar mig för mycket åt mitt arbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Stämmer helt 1	Stämmer nästan 2	Stämmer knappast 3	Stämmer inte alls 4
17. Jag känner att jag lyckats först då resultatet av mitt arbete överträffar mina förväntningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Vid svåra arbetsuppgifter säger kollegorna om mig: "han/hon kan klara det"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Jag vill alltid ha full kontroll över situationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Familjen är viktigare än arbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Jag blir rasande om någon kollega under samarbete betvivlar min kompetens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Jag blir inte distraherad om mina vanliga arbetsrutiner störs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Jag försöker alltid uppnå mer än vad som är möjligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Jag blir aldrig kvitt arbetet, även på kvällarna tänker jag på det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Även den minsta uppmuntran sporrar mig mycket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Jag blir inte upprörd av att andra är bättre än jag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Jag tycker egentligen ganska bra om att då och då bli störd så att jag inte kan arbeta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. I mina tankar är jag alltid på nästa uppgift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Om jag tvingas skjuta på en uppgift som borde vara klar till nästa dag så kan jag inte sova på natten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**2. Hur brukar Du oftast reagera om Du blir orättvist behandlad eller råkar i konflikt med A) en arbetsledare/chef, eller B) en arbetskamrat?**

*Ange ett alternativ för chef och ett för arbetskamrat på varje fråga*

- |   | A) Chef  | B) Arbetskamrat  |
|---|--|--|
| 1. Låter saken passera utan att säga något                  | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> Ja, oftast<br><input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Ja, ibland<br><input type="checkbox"/> <sup>3</sup> Nej, sällan<br><input type="checkbox"/> <sup>4</sup> Nej, aldrig | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> Ja, oftast<br><input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Ja, ibland<br><input type="checkbox"/> <sup>3</sup> Nej, sällan<br><input type="checkbox"/> <sup>4</sup> Nej, aldrig |
| 2. Går därifrån   | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> Ja, oftast<br><input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Ja, ibland<br><input type="checkbox"/> <sup>3</sup> Nej, sällan<br><input type="checkbox"/> <sup>4</sup> Nej, aldrig | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> Ja, oftast<br><input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Ja, ibland<br><input type="checkbox"/> <sup>3</sup> Nej, sällan<br><input type="checkbox"/> <sup>4</sup> Nej, aldrig |
| 3. Protesterar direkt                                       | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> Ja, oftast<br><input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Ja, ibland<br><input type="checkbox"/> <sup>3</sup> Nej, sällan<br><input type="checkbox"/> <sup>4</sup> Nej, aldrig | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> Ja, oftast<br><input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Ja, ibland<br><input type="checkbox"/> <sup>3</sup> Nej, sällan<br><input type="checkbox"/> <sup>4</sup> Nej, aldrig |
| 4. Resonerar med vederbörande direkt                        | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> Ja, oftast<br><input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Ja, ibland<br><input type="checkbox"/> <sup>3</sup> Nej, sällan<br><input type="checkbox"/> <sup>4</sup> Nej, aldrig | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> Ja, oftast<br><input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Ja, ibland<br><input type="checkbox"/> <sup>3</sup> Nej, sällan<br><input type="checkbox"/> <sup>4</sup> Nej, aldrig |
| 5. Skäller ut vederbörande direkt                           | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> Ja, oftast<br><input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Ja, ibland<br><input type="checkbox"/> <sup>3</sup> Nej, sällan<br><input type="checkbox"/> <sup>4</sup> Nej, aldrig | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> Ja, oftast<br><input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Ja, ibland<br><input type="checkbox"/> <sup>3</sup> Nej, sällan<br><input type="checkbox"/> <sup>4</sup> Nej, aldrig |
| 6. Talar med vederbörande senare när man har lugnat ner sig | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> Ja, oftast<br><input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Ja, ibland<br><input type="checkbox"/> <sup>3</sup> Nej, sällan<br><input type="checkbox"/> <sup>4</sup> Nej, aldrig | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> Ja, oftast<br><input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Ja, ibland<br><input type="checkbox"/> <sup>3</sup> Nej, sällan<br><input type="checkbox"/> <sup>4</sup> Nej, aldrig |

### 3. Vad händer sedan?

1. Mår dåligt (huvudvärk, ont i magen etc)

A) Chef

<sup>1</sup>  
 Ja, oftast

<sup>2</sup>  
 Ja, ibland

<sup>3</sup>  
 Nej, sällan

<sup>4</sup>  
 Nej, aldrig

B) Arbetskamrat

<sup>1</sup>  
 Ja, oftast

<sup>2</sup>  
 Ja, ibland

<sup>3</sup>  
 Nej, sällan

<sup>4</sup>  
 Nej, aldrig

2. Blir sur och vresig hemma

<sup>1</sup>  
 Ja, oftast

<sup>2</sup>  
 Ja, ibland

<sup>3</sup>  
 Nej, sällan

<sup>4</sup>  
 Nej, aldrig

<sup>1</sup>  
 Ja, oftast

<sup>2</sup>  
 Ja, ibland

<sup>3</sup>  
 Nej, sällan

<sup>4</sup>  
 Nej, aldrig

### 4. Kan ej besvara hela/delar av frågorna 2 och 3 då jag

<sup>1</sup>  
 inte har någon chef över mig

<sup>2</sup>  
 inte har några arbetskamrater

<sup>3</sup>  
 Annat skäl. Vad? \_\_\_\_\_

## D. Personliga förhållanden och människor i Din omgivning

### 1. Vilket är Ditt civilstånd?

- <sup>1</sup> Gift/Sambo     <sup>2</sup> Ogift     <sup>3</sup> Frånskild     <sup>4</sup> Änka/Änkling

### 2. Bor Du ensam?

- <sup>1</sup> Ja
- <sup>2</sup> Nej, tillsammans med make/maka/sambo utan barn
- <sup>3</sup> Nej, tillsammans med make/maka/sambo med barn
- <sup>4</sup> Nej, tillsammans med barn utan annan vuxen
- <sup>5</sup> Nej, tillsammans med föräldrar
- <sup>6</sup> Nej, tillsammans med annan



### 3. Hur många människor med samma intressen som Du, känner Du och har kontakt med?

A) Utanför arbetet

- <sup>1</sup> Ingen
- <sup>2</sup> 1 - 2
- <sup>3</sup> 3 - 5
- <sup>4</sup> 6 - 10
- <sup>5</sup> 11 - 15
- <sup>6</sup> Mer än 15

B) På arbetet

- <sup>1</sup> Ingen
- <sup>2</sup> 1 - 2
- <sup>3</sup> 3 - 5
- <sup>4</sup> 6 - 10
- <sup>5</sup> 11 - 15
- <sup>6</sup> Mer än 15

### 4. 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!*

A) Utanför arbetet

- <sup>1</sup> Ingen
- <sup>2</sup> 1 - 2
- <sup>3</sup> 3 - 5
- <sup>4</sup> 6 - 10
- <sup>5</sup> 11 - 15
- <sup>6</sup> Mer än 15

B) På arbetet

- <sup>1</sup> Ingen
- <sup>2</sup> 1 - 2
- <sup>3</sup> 3 - 5
- <sup>4</sup> 6 - 10
- <sup>5</sup> 11 - 15
- <sup>6</sup> Mer än 15

5. Hur många vänner har Du som kan komma hem till Dig när som helst och känna sig hemma? De skulle inte bry sig ifall det var ostädlat eller om Du höll på att äta
- |                                      |                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| A) Utanför arbetet                   | B) På arbetet                        |
| <input type="checkbox"/> 1 Ingen     | <input type="checkbox"/> 1 Ingen     |
| <input type="checkbox"/> 2 1 - 2     | <input type="checkbox"/> 2 1 - 2     |
| <input type="checkbox"/> 3 3 - 5     | <input type="checkbox"/> 3 3 - 5     |
| <input type="checkbox"/> 4 6 - 10    | <input type="checkbox"/> 4 6 - 10    |
| <input type="checkbox"/> 5 11 - 15   | <input type="checkbox"/> 5 11 - 15   |
| <input type="checkbox"/> 6 Mer än 15 | <input type="checkbox"/> 6 Mer än 15 |
6. Hur många finns det, i Din familj och bland Dina vänner, som Du kan tala öppet med utan att behöva tänka Dig för?
- |                                      |                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| A) Utanför arbetet                   | B) På arbetet                        |
| <input type="checkbox"/> 1 Ingen     | <input type="checkbox"/> 1 Ingen     |
| <input type="checkbox"/> 2 1 - 2     | <input type="checkbox"/> 2 1 - 2     |
| <input type="checkbox"/> 3 3 - 5     | <input type="checkbox"/> 3 3 - 5     |
| <input type="checkbox"/> 4 6 - 10    | <input type="checkbox"/> 4 6 - 10    |
| <input type="checkbox"/> 5 11 - 15   | <input type="checkbox"/> 5 11 - 15   |
| <input type="checkbox"/> 6 Mer än 15 | <input type="checkbox"/> 6 Mer än 15 |
7. Det finns en särskild person som jag känner att jag verkligen kan få stöd av
- |  |  |
|--|--|
| A) Utanför arbetet                             | B) På arbetet                                  |
| <input type="checkbox"/> 1 Stämmer helt        | <input type="checkbox"/> 1 Stämmer helt        |
| <input type="checkbox"/> 2 Stämmer ganska bra  | <input type="checkbox"/> 2 Stämmer ganska bra  |
| <input type="checkbox"/> 3 Stämmer inte så bra | <input type="checkbox"/> 3 Stämmer inte så bra |
| <input type="checkbox"/> 4 Stämmer inte alls   | <input type="checkbox"/> 4 Stämmer inte alls   |
8. Det finns en särskild person som känner sig stå väldigt nära mig
- |  |  |
|--|--|
| A) Utanför arbetet                             | B) På arbetet                                  |
| <input type="checkbox"/> 1 Stämmer helt        | <input type="checkbox"/> 1 Stämmer helt        |
| <input type="checkbox"/> 2 Stämmer ganska bra  | <input type="checkbox"/> 2 Stämmer ganska bra  |
| <input type="checkbox"/> 3 Stämmer inte så bra | <input type="checkbox"/> 3 Stämmer inte så bra |
| <input type="checkbox"/> 4 Stämmer inte alls   | <input type="checkbox"/> 4 Stämmer inte alls   |

9. Andra människor visar uppskattning av det jag gör

A) Utanför arbetet

- <sup>1</sup> Stämmer helt
- <sup>2</sup> Stämmer ganska bra
- <sup>3</sup> Stämmer inte så bra
- <sup>4</sup> Stämmer inte alls

B) På arbetet

- <sup>1</sup> Stämmer helt
- <sup>2</sup> Stämmer ganska bra
- <sup>3</sup> Stämmer inte så bra
- <sup>4</sup> Stämmer inte alls

10. Det finns människor i min omgivning som jag lätt kan be om saker, t ex låna verktyg eller köksgrejor

A) Utanför arbetet

- <sup>1</sup> Stämmer helt
- <sup>2</sup> Stämmer ganska bra
- <sup>3</sup> Stämmer inte så bra
- <sup>4</sup> Stämmer inte alls

B) På arbetet

- <sup>1</sup> Stämmer helt
- <sup>2</sup> Stämmer ganska bra
- <sup>3</sup> Stämmer inte så bra
- <sup>4</sup> Stämmer inte alls

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

A) Utanför arbetet

- <sup>1</sup> Stämmer helt
- <sup>2</sup> Stämmer ganska bra
- <sup>3</sup> Stämmer inte så bra
- <sup>4</sup> Stämmer inte alls

B) På arbetet

- <sup>1</sup> Stämmer helt
- <sup>2</sup> Stämmer ganska bra
- <sup>3</sup> Stämmer inte så bra
- <sup>4</sup> Stämmer inte alls

12. Ger Du mer stöd till andra än Du får?

A) Utanför arbetet

- <sup>1</sup> Stämmer helt
- <sup>2</sup> Stämmer ganska bra
- <sup>3</sup> Stämmer inte så bra
- <sup>4</sup> Stämmer inte alls

B) På arbetet

- <sup>1</sup> Stämmer helt
- <sup>2</sup> Stämmer ganska bra
- <sup>3</sup> Stämmer inte så bra
- <sup>4</sup> Stämmer inte alls

**13. Händer det att Du känner Dig ensam?**

- <sup>1</sup>  
 Ja, ofta
- <sup>2</sup>  
 Ja, ibland
- <sup>3</sup>  
 Nej, sällan
- <sup>4</sup>  
 Nej, aldrig

**14. Om Du är medlem i en förening skulle Du säga att Du känt stark samhörighet med denna förening och dess medlemmar?**

- <sup>1</sup>  
 Är ej medlem
- <sup>2</sup>  
 Stämmer helt
- <sup>3</sup>  
 Stämmer ganska bra
- <sup>4</sup>  
 Stämmer inte så bra
- <sup>5</sup>  
 Stämmer inte alls

**15. Har Du under det senaste året deltagit i studiecirklar/kurser, idrottsaktiviteter, spelat musik eller utövat andra liknande aktiviteter tillsammans med andra människor?**

- <sup>1</sup>  Nej      <sup>2</sup>  Ja

**16. Är Du med i en grupp vänner som gör något tillsammans, t ex spelar kort, lyssnar på musik, gör utflykter?**

- <sup>1</sup>  Nej      <sup>2</sup>  Ja

**17. Är Du rotad och känner en stark samhörighet med Ditt bostadsområde?**

- <sup>1</sup>  
 Stämmer helt
- <sup>2</sup>  
 Stämmer ganska bra
- <sup>3</sup>  
 Stämmer inte så bra
- <sup>4</sup>  
 Stämmer inte alls

**18. Känner Du stark samhörighet med Dina arbetskamrater?**

<sup>1</sup>  
 Stämmer helt

<sup>2</sup>  
 Stämmer ganska bra

<sup>3</sup>  
 Stämmer inte så bra

<sup>4</sup>  
 Stämmer inte alls

**19. Känner Du stark samhörighet med Din arbetsplats/företag?**

<sup>1</sup>  
 Stämmer helt

<sup>2</sup>  
 Stämmer ganska bra

<sup>3</sup>  
 Stämmer inte så bra

<sup>4</sup>  
 Stämmer inte alls

**20. Känner Du stark samhörighet med Din släkt (utöver make/maka, sambo, barn)?**

<sup>1</sup>  
 Stämmer helt

<sup>2</sup>  
 Stämmer ganska bra

<sup>3</sup>  
 Stämmer inte så bra

<sup>4</sup>  
 Stämmer inte alls

## E. Viktiga levnadshändelser som kan ha inträffat

### 1A. Har Du under senaste 12 månaderna varit med om någon av följande händelser?

- |  | Nej<br>1                 | Ja<br>2                  |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Konflikt med make/<br>maka/sambo              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Konflikt med nära<br>anhörig eller nära vän   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Sjukdom/olyckshändelse<br>hos make/maka/sambo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Makes/makas/<br>sambos dödsfall               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Nära anhörigs eller<br>nära väns dödsfall     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Försämrad ekonomi                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Konflikt på arbetet                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- |   | Nej<br>1                 | Ja<br>2                  |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Äktenskaplig separa-<br>tion eller motsvarande     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ingått äktenskap eller<br>startat samboförhållande | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Flyttning  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Fått barn eller adop-<br>terat barn                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Byte av arbetsplats                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Minskat ansvar i<br>arbetet                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ökat ansvar i arbetet                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 1B. Om Du har upplevt en händelse kan Du då markera hur betydelsfull denna var för Dig då den inträffade.

- |  | Påverkade<br>mig starkt<br>3 | Var<br>kännbart<br>4     | Betydde inte<br>speciellt mycket<br>5 |
|--|------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| 1. Konflikt med make/<br>maka/sambo              | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              |
| 2. Konflikt med nära<br>anhörig eller nära vän   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              |
| 3. Sjukdom/olyckshändelse<br>hos make/maka/sambo | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              |
| 4. Makes/makas/<br>sambos dödsfall               | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              |
| 5. Nära anhörigs eller<br>nära väns dödsfall     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              |
| 6. Försämrad ekonomi                             | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              |
| 7. Konflikt på arbetet                           | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              |

### 2B. Om Du har upplevt en händelse kan Du då markera hur betydelsfull denna var för Dig då den inträffade.

- |   | Påverkade<br>mig starkt<br>negativt<br>3 | Ganska<br>negativt<br>4  | Betydde inte<br>speciellt<br>mycket<br>5 | Ganska<br>positivt<br>6  | Påverkade<br>mig starkt<br>positivt<br>7 |
|---|--|--------------------------|--|--------------------------|--|
| 1. Äktenskaplig separa-<br>tion eller motsvarande     | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                 |
| 2. Ingått äktenskap eller<br>startat samboförhållande | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                 |
| 3. Flyttning  | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                 |
| 4. Fått barn eller adop-<br>terat barn                | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                 |
| 5. Byte av arbetsplats                                | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                 |
| 6. Minskat ansvar i<br>arbetet                        | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                 |
| 7. Ökat ansvar i arbetet                              | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                 |



## F. Fysisk aktivitet och motion

### 1. Hur pass rörligt är Ditt yrkesarbete?

- |  | Nej                      | Ja                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Sitter mer än halva arbetstiden   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Lyfter/bär Du bördor som väger mer än 5 kg under minst 2 timmar/arbetsdag?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Lyfter/bär Du mycket tunga bördor (över 20 kg för kvinnor, 30 kg för män) minst 5 gånger/arbetsdag? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 2. Hur pass fysiskt ansträngande tycker Du att Ditt arbete är?

Ringa in lämplig siffra mellan 0-14.

Grad av ansträngning

- |                             |    |
|-----------------------------|----|
| mycket, mycket lätt         | 0  |
|                             | 1  |
|                             | 2  |
| mycket lätt                 | 3  |
|                             | 4  |
| ganska lätt                 | 5  |
|                             | 6  |
| något ansträngande          | 7  |
|                             | 8  |
| ansträngande                | 9  |
|                             | 10 |
| mycket ansträngande         | 11 |
|                             | 12 |
| mycket, mycket ansträngande | 13 |
|                             | 14 |



### 3. Vem sköter det huvudsakliga hushållsarbetet?

- <sup>1</sup> Jag själv
- <sup>2</sup> Jag själv tillsammans med någon annan
- <sup>3</sup> Någon annan

### 4. Förekommer tyngre moment såsom snöskottning, gräsklippning eller liknande i Din del av hushållsarbetet?

- <sup>1</sup> Nej  <sup>2</sup> Ja

**5. Hur pass fysiskt ansträngande tycker Du att Ditt hemarbete är?**

*Ringa in lämplig siffra mellan 0-14.*

*Grad av ansträngning*

	0
mycket, mycket lätt	1
	2
mycket lätt	3
	4
ganska lätt	5
	6
något ansträngande	7
	8
ansträngande	9
	10
mycket ansträngande	11
	12
mycket, mycket ansträngande	13
	14

**6. Hur mycket motionerar Du?**

*Räkna även in eventuell promenad/cykling till och från arbetet.*

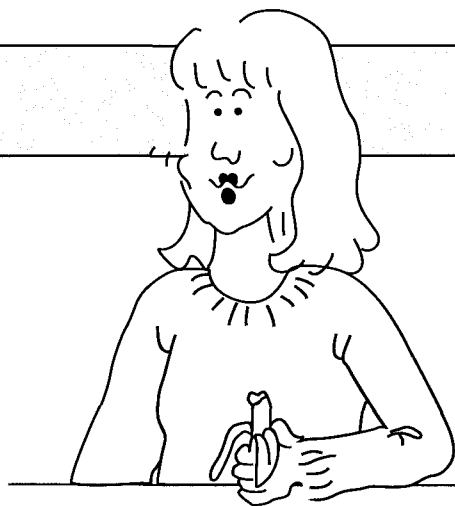
- <sup>1</sup>  
 Motionerar aldrig
- <sup>2</sup>  
 Rör mig mycket litet. Tar enstaka promenader
- <sup>3</sup>  
 Motionerar då och då
- <sup>4</sup>  
 Motionerar regelbundet

**7. Om Du motionerar regelbundet, besvara också nedanstående frågor:**

*Du får gärna ange flera alternativ*

	Nej	Ja	1 gång/ vecka	2-3 ggr/ vecka	Mer än 3 ggr/ vecka	
	<sup>1</sup>	<sup>2</sup>	<sup>3</sup>	<sup>4</sup>	<sup>5</sup>	
1. Styrketräning med redskap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vad: _____
2. Måttlig motion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vad: _____
3. Hård motion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vad: _____
4. Deltar i motions-tävlingar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Vad: _____
5. Tävlrar på elitnivå	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Vad: _____

## G. Kost, rökning och alkohol



1. Hur många gånger per vecka brukar Du äta ett huvudmål på arbetet?

Antal gånger per vecka: \_\_\_\_\_

2. Till huvudmål på arbetet brukar jag äta

Antal gånger/vecka

- |   |         |
|---|---------|
| 1. Lagad mat typ kött/fisk med potatis/ris/pasta      | 1 _____ |
| 2. "Snabbmat" typ hamburgare, korv, kebab, pizza, paj | 2 _____ |
| 3. Vegetariska rätter                                 | 3 _____ |
| 4. Pastarätter  | 4 _____ |
| 5. Fil/yoghurt och/eller smörgåsar                    | 5 _____ |
| 6. Soppa  | 6 _____ |
| 7. Sallad   | 7 _____ |
| 8. Annat _____  | 8 _____ |

3. Under arbetsdagen småäter /dricker jag  
*t ex karameller, tuggummi, kaffe*

- <sup>1</sup>  
 Nästan jämt
- <sup>2</sup>  
 Då och då
- <sup>3</sup>  
 Så gott som aldrig

4. Småmål, mellanmål på arbetet brukar jag äta/dricka  
*typ kafferast, glass efter maten*

Antal gånger per dag: \_\_\_\_\_

**5. Till småmål, mellanmål på arbetet brukar jag vanligen äta/dricka**

*Sätt ett eller flera kryss.*

- <sup>1</sup> Kaffebröd, typ bulle, kex, småkakor
- <sup>2</sup> Bakelser, tårta, wienerbröd
- <sup>3</sup> Godis, choklad
- <sup>4</sup> Frukt
- <sup>5</sup> Glass
- <sup>6</sup> Smörgås
- <sup>7</sup> Snacks, typ chips, jordnötter
- <sup>8</sup> Kaffe, té
- <sup>9</sup> Dryck, typ läsk, saft, juice, fruktsoppa
- <sup>10</sup> Dryck, typ chokladdryck, mjölk
- <sup>11</sup> Fruktyoghurt
- <sup>12</sup> Öl
- <sup>13</sup> Annat \_\_\_\_\_

**6. Den sista måltid jag äter/dricker innan jag går och lägger mig är**

- <sup>1</sup> Lagad mat
- <sup>2</sup> Dryck och smörgås
- <sup>3</sup> Dryck och kaffebröd
- <sup>4</sup> Enbart dryck
- <sup>5</sup> Kylskåpsplock
- <sup>6</sup> Godis
- <sup>7</sup> Snacks
- <sup>8</sup> Glass
- <sup>9</sup> Frukt
- <sup>10</sup> Annat \_\_\_\_\_

**OBS! Frågorna 7-21 gäller all mat Du äter, både på arbetet och på fritiden.**

**7. Hur många brödskivor äter Du per dag?**

Antal st per dag: \_\_\_\_\_

**8. Hur många brödskivor av olika sorter brukar Du äta?**

Antal skivor per dag

- |                                     |         |
|-------------------------------------|---------|
| 1. Vitt bröd                        | 1 _____ |
| 2. Limpa, lantbröd                  | 2 _____ |
| 3. Grovt rågröd, kavring            | 3 _____ |
| 4. Fullkornsbröd, (nyckelhålsmärkt) | 4 _____ |
| 5. Knäckebröd                       | 5 _____ |

**9. Vilket matfett använder Du vanligen på Dina brödskivor?**

På antal skivor per dag

- |  |         |
|--|---------|
| 1. Smör, Bregott   | 1 _____ |
| 2. Smörgåsmargarin, 80% fett,<br>typ Vår, Flora, Tre Ess                     | 2 _____ |
| 3. Smörgåsmargarin, 60% fett,<br>typ Lätta, Flora, Bords Eve,<br>Runda Bords | 3 _____ |
| 4. Lättmargarin, 40% fett,<br>typ Lätta, Lätt och Lagom                      | 4 _____ |
| 5. Inget matfett   | 5 _____ |

**10. Hur mycket matfett har Du vanligen på en brödskiva?**

*För att kunna uppskatta mängden, jämför med en 10 grams portionsförpackning, t ex smör (grön), Bregott, Lätta.*

1. Inget matfett
2. Mindre än hälften av en portionsförpackning
3. Ungefär en halv portionsförpackning
4. En portionsförpackning eller mer

**11. Hur mycket mjölk, fil, yoghurt dricker eller äter Du sammanlagt per dag?**

*Ett dricksglas rymmer ca 2 dl. Räkna även med mjölk som används i kaffe, te och choklad.*

	Antal dl per dag
Lättmjölk, minimjölk, lättfil, lättoghurt	_____
Mellanmjölk, mellanfil, BRA-mjölk	_____
Vanlig (röd) mjölk, filmjölk, yoghurt, kefir, A-fil	_____
Gammaldags mjölk	_____

**12. Hur många ostsmörgåsar äter Du?**

Antal per dag: \_\_\_\_\_ st      **eller**      Antal per vecka: \_\_\_\_\_ st

**13. Hur mycket frukt äter Du?**

Antal per dag: \_\_\_\_\_ st      **eller**      Antal per vecka: \_\_\_\_\_ st

**14. Hur ofta äter Du en portion grönsaker eller rotfrukter?**

*Räkna inte med små mängder som ett salladsblad, några skivor inlagda rödbetor eller en paprikaring på en smörgås.*

Antal gånger per dag: \_\_\_\_\_ **eller**      Antal gånger per vecka: \_\_\_\_\_

**15. Hur ofta äter Du gröt, flingor, müsli?**

<sup>1</sup>  
 Så gott som dagligen

<sup>2</sup>  
 Några gånger i veckan

<sup>3</sup>  
 En gång i veckan

<sup>4</sup>  
 Sällan eller aldrig

**16. Hur ofta äter Du kött, köttfärs, fläsk?**

<sup>1</sup>  
 Så gott som dagligen

<sup>2</sup>  
 Några gånger i veckan

<sup>3</sup>  
 En gång i veckan

<sup>4</sup>  
 Sällan eller aldrig

**17. Hur ofta äter Du korv (till huvudrätt)?**

- <sup>1</sup>  
 Ett par gånger i veckan eller mer
- <sup>2</sup>  
 En gång i veckan
- <sup>3</sup>  
 Ett par gånger i månaden
- <sup>4</sup>  
 Sällan eller aldrig

**18. Hur ofta äter Du fisk?**

- <sup>1</sup>  
 Ett par gånger i veckan eller mer
- <sup>2</sup>  
 En gång i veckan
- <sup>3</sup>  
 Ett par gånger i månaden
- <sup>4</sup>  
 Sällan eller aldrig

**19. Hur ofta äter Du stekt potatis, pommes frites?**

- <sup>1</sup>  
 Så gott som dagligen
- <sup>2</sup>  
 Några gånger i veckan
- <sup>3</sup>  
 En gång i veckan
- <sup>4</sup>  
 Sällan eller aldrig

**20. Hur ofta äter Du grädde, creme fraiche (även i såser o dyl)?**

- <sup>1</sup>  
 Ett par gånger i veckan eller mer
- <sup>2</sup>  
 En gång i veckan
- <sup>3</sup>  
 Ett par gånger i månaden
- <sup>4</sup>  
 Sällan eller aldrig

**21. Hur ofta dricker Du kaffe?**

*1 kopp = 1,5 dl*

Antal koppar per dag: \_\_\_\_\_ eller Antal koppar per vecka: \_\_\_\_\_

- Sällan eller aldrig

**22. Röker Du för närvarande?**

<sup>1</sup> Nej    <sup>2</sup> Ja    *Om "Nej" fortsätt till fråga 24*

**23. Ange hur mycket Du rökt i genomsnitt under det senaste året.**

Antal per dag:

<sup>1</sup> Cigaretter    \_\_\_\_\_

<sup>2</sup> Cigarrer/cigariller    \_\_\_\_\_

Gram per vecka

<sup>3</sup> Piptobak    \_\_\_\_\_

**24. Har Du tidigare rökt under minst ett års tid?**

<sup>1</sup> Nej    <sup>2</sup> Ja    *Om "Nej" fortsätt till fråga 27*

**25. Vilket år slutade Du röka?**

år: \_\_\_\_\_

**26. I hur många år har Du rökt sammanlagt?**

\_\_\_\_\_ år

**27. Snusar Du?**

<sup>1</sup> Nej    <sup>2</sup> Ja    *Om "Nej" fortsätt till fråga 29*

**28. Hur många dosor snus använder Du i genomsnitt per vecka?**

Antal: \_\_\_\_\_

**29. Har Du tidigare snusat dagligen under minst ett års tid?**

<sup>1</sup> Nej    <sup>2</sup> Ja    *Om "Nej" fortsätt till fråga 32*

**30. Vilket år slutade Du snusa?**

år: \_\_\_\_\_

**31. I hur många år har Du snusat sammanlagt?**

\_\_\_\_\_ år



**32. Under hur lång tid utsätts Du för andras tobaksrök dagligen i genomsnitt?**

Antal timmar eller minuter per dag

1. I arbetet \_\_\_\_\_
2. Utanför arbetet \_\_\_\_\_

**33. Hur mycket alkoholhaltiga drycker har Du använt i genomsnitt under de senaste 12 månaderna?**

Sätt kryss för hur ofta och ange hur mycket.

	Hur ofta				Hur mycket per tillfälle	
	Aldrig 1 <input type="checkbox"/>	ggr/år _____	ggr/månad _____	ggr/dag _____	Flaskor 33 cl _____	Burkar 45 cl _____
1. Folköl klass II	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	flask. (33 cl) _____	burk. (45 cl) _____
2. Starköl	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	glas (10 cl) _____	halvfl. (37 cl) _____
3. Vin	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	glas (4 cl) _____	halvfl. (37 cl) _____
4. Starkvin, t ex sherry/ portvin/vermouth	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	glas (4 cl) _____	halvfl. (37 cl) _____
5. Starksprit	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____

**34. Har Du någon gång under de senaste 10 åren sökt hjälp på grund av alkoholproblem?**

- Nej       Ja

## H. Sömn och vakenhet

### 1. Har Du haft känning av följande besvär under de senaste 12 månaderna?

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

### 2. Om Du blivit störd i sömnen, har det haft någon särskild anledning?

1 Nej

2 Trafikbuller

3 Egna familjemedlemmar

4 Störande grannar

5 Annat, vad? \_\_\_\_\_

## I. Hälsa och sjukdomar

1. Hur mycket vägde Du vid 20 års ålder?

\_\_\_\_\_ kg

2. Har Du vårdats för hjärtinfarkt eller fått upplysning om att Du haft en hjärtinfarkt?

<sup>1</sup> Nej      <sup>2</sup> Ja

3. Har Du besvär av bröstsmärtor som kommer vid fysisk ansträngning eller psykisk anspänning och som försvinner i vila?

<sup>1</sup> Nej      <sup>2</sup> Ja

4. Har Du fått diagnosen "Kärlkramp i bröstet"?

<sup>1</sup> Nej      <sup>2</sup> Ja

5. Har Du besvär med kärlkramp i vaderna (fönstertittarsjuka)?

<sup>1</sup> Nej      <sup>2</sup> Ja

6. Har Du någon gång haft hjärtsvikt (svagt hjärta med dålig pumpförmåga som gjort Dig anfådd eller lett till svullnader i kroppen)?

<sup>1</sup> Nej      <sup>2</sup> Ja

7. Har Du någon gång drabbats av slaganfall (hjärnblödning eller propp i hjärnan)?

<sup>1</sup> Nej      <sup>2</sup> Ja

8. Har Du någon gång haft högt blodtryck?

<sup>1</sup> Nej      <sup>2</sup> Ja

**9. Har Du fått behandling för högt blodtryck?**

<sup>1</sup>  
 Nej (fortsätt till fråga 11)

<sup>2</sup>  
 Enbart råd om ändrad livsföring

<sup>3</sup>  
 Läkemedel mot högt blodtryck

**10. Mellan vilka år har Du tagit läkemedel mot för högt blodtryck?**

1 From år      2 To m år

\_\_\_\_\_

**11. Har Du sockersjuka?**

<sup>1</sup>  Nej      <sup>2</sup>  Ja    Om "Nej" fortsätt till fråga 14

**12. Hur länge har Du haft sockersjuka?**

1 Antal år

\_\_\_\_\_

**13. Vilken typ av behandling för sockersjuka har Du?**

<sup>1</sup>  
 enbart diet

<sup>2</sup>  
 diet och tablett

<sup>3</sup>  
 diet och insulin

<sup>4</sup>  
 annat, Vad? \_\_\_\_\_

**14. Har Du någon gång tidigare låtit mäta Dina blodfettsvärden (exempelvis kolesterol)?**

<sup>1</sup>  Nej      <sup>2</sup>  Ja

**15. Har Du någon gång haft förhöjda blodfettsvärden?**

<sup>1</sup>  Nej      <sup>2</sup>  Ja    Om "Nej" gå vidare till fråga 17

**16. Vilken behandling har Du fått för förhöjda blodfetter?**

- <sup>1</sup>  
 ingen behandling
- <sup>2</sup>  
 enbart dietråd
- <sup>3</sup>  
 läkemedel
- <sup>4</sup>  
 annat, Vad? \_\_\_\_\_

**17. Använder Du mediciner regelbundet?**

- <sup>1</sup>  Nej
- <sup>2</sup>  Ja

**18. Vilken/vilka mediciner använder Du?**

1 Läkemedel

2 Sjukdom

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## J. Frågor till kvinnor

1. Använder Du P-piller?

<sup>1</sup> Nej      <sup>2</sup> Ja

2. Har Du tidigare använt P-piller?

<sup>1</sup> Nej      <sup>2</sup> Ja    Om "Nej" gå vidare till fråga 5.

3. När började Du använda P-piller?

år: \_\_\_\_\_

4. Hur många år sammanlagt har Du använt P-piller?

\_\_\_\_\_ år

5. Behandlas Du med andra hormonpreparat än P-piller?

<sup>1</sup> Nej      <sup>2</sup> Ja

6. Hur många barn har Du fött?

<sup>1</sup> Inga barn      <sup>2</sup> Antal barn: \_\_\_\_\_

7. Har Din menstruation upphört?

<sup>1</sup> Nej      <sup>2</sup> Ja    Om "Ja" vilket år? \_\_\_\_\_

## K. Dina biologiska föräldrar

1. I vilket land är Du född?

\_\_\_\_\_

2. Om Du är född utomlands hur länge har du bott i Sverige?

\_\_\_\_\_ år

3. I vilket land är/var Din far född?

\_\_\_\_\_

4. Lever Din far?

Om "Ja" hur gammal är Din far?

<sup>1</sup>  
 Ja \_\_\_\_\_

Om "Nej" hur gammal var Din far när han dog?

<sup>2</sup>  
 Nej \_\_\_\_\_

5. Om "Nej" ovan, vad var dödsorsaken?

<sup>1</sup>  
 Hjärtinfarkt eller plötslig hjärtdöd

<sup>2</sup>  
 Slaganfall (hjärnblödning, propp i hjärnan)

<sup>3</sup>  
 Annan orsak. Vad? \_\_\_\_\_

<sup>4</sup>  
 Vet ej

6. Hade Din far före 65 års ålder något av nedanstående hälsoproblem?

*Kryssa för det eller de alternativ som stämmer med Din fars situation*

<sup>1</sup>  
 Nej, min far var i stort sett frisk fram till 65 års ålder

<sup>2</sup>  
 Hjärtinfarkt

<sup>3</sup>  
 Kärlekskramp i hjärtat

<sup>4</sup>  
 Sockersjuka

<sup>5</sup>  
 Högt blodtryck

<sup>6</sup>  
 Höga blodfetter

<sup>7</sup>  
 Slaganfall (hjärnblödning, propp i hjärnan)

<sup>8</sup>  
 Annat. Vad? \_\_\_\_\_

<sup>9</sup>  
 Vet ej

**7. I vilket land är/var Din mor född?**

\_\_\_\_\_

**8. Lever Din mor?**

Om "ja" hur gammal är Din mor?

<sup>1</sup>  
 Ja \_\_\_\_\_

Om "Nej" hur gammal var Din mor när hon dog?

<sup>2</sup>  
 Nej \_\_\_\_\_

**9. Om "Nej" ovan, vad var dödsorsaken?**

<sup>1</sup>  
 Hjärtinfarkt eller plötslig hjärtdöd

<sup>2</sup>  
 Slaganfall (hjärnblödning, propp i hjärnan)

<sup>3</sup>  
 Annan orsak. Vad? \_\_\_\_\_

<sup>4</sup>  
 Vet ej

**10. Hade Din mor före 65 års ålder något av nedanstående hälsoproblem?**

*Kryssa för **det eller de** alternativ som stämmer med Din mors situation*

<sup>1</sup>  
 Nej, min mor var i stort sett frisk fram till 65 års ålder

<sup>2</sup>  
 Hjärtinfarkt

<sup>3</sup>  
 Kärlekskramp i hjärtat

<sup>4</sup>  
 Sockersjuka

<sup>5</sup>  
 Högt blodtryck

<sup>6</sup>  
 Höga blodfetter

<sup>7</sup>  
 Slaganfall (hjärnblödning, propp i hjärnan)

<sup>8</sup>  
 Annat. Vad? \_\_\_\_\_

<sup>9</sup>  
 Vet ej



Vi vill eventuellt återkomma till deltagande grupper för förnyad undersökning eller kompletterande frågor. Har Du något emot det?

<sup>1</sup> Nej       <sup>2</sup> Ja

Gå igenom formuläret och kontrollera att Du besvarat alla frågor.

Tack för Din medverkan!



## Ifylls av Företagshälsovården

Provtagningsdag	Löpnummer		
-----------------	-----------	--	--

Fått hjälp med ifyllandet av formuläret	Om "Ja", av vem?
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	

Födelseår	Kön			
	<input type="checkbox"/> Kvinna	<input type="checkbox"/> Man		
Blodtryck	Systolisk	Diastolisk	Anm. t ex sittande	
	Antal timmar efter måltid			
Blodprov				
Kroppsmått	Längd	Vikt	Midjemått	Stussmått