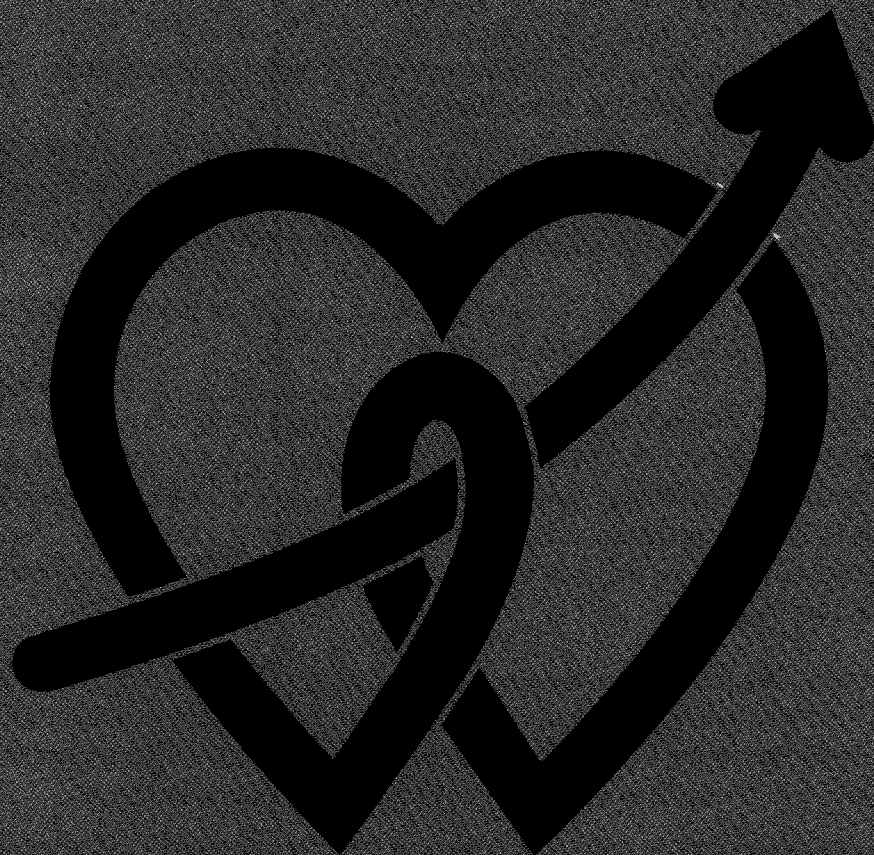


**ARBETSORGANISATION    STRESS    HÄLSA**



**WOLFF**

## Förord

Detta frågeformulär ingår i WOLF-projektets fortsättningsundersökning. Projektet sker i samarbete mellan företagshälsovården och forskare vid Arbetslivsinstitutet, Karolinska Institutet, Norrlands Universitetssjukhus och Sundsvalls sjukhus.

Projektet syftar till att

- \* studera om arbetsplatsförhållanden påverkar risken att utveckla förhöjt blodtryck eller hjärtinfarkt
- \* studera samband mellan stress och hälsa
- \* studera arbetsorganisationens betydelse för hälsa och välbefinnande
- \* vara ett hjälpmedel i arbetsmiljöarbetet

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

I en egen sekretesskyddad databas sammankopplas varje persons frågeformulärsvar med resultaten av hälsoundersökningarna. Denna sammanläggning är nödvändig för att vi ska kunna se eventuella samband mellan våra undersökningsfynd och arbetsförhållandena i de grupper som ingår i undersökningen.

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

Du kan även kontakta någon i projektledningen:

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

Professor Staffan Marklund, Arbetslivsinstitutet, tel 08-730 93 21

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. Vilken är Din nuvarande sysselsättning?

(Flera alternativ kan anges)

1

Yrkesarbetande \_\_\_\_\_ % av heltid

2

Studier \_\_\_\_\_ % av heltid

3

Arbetslös \_\_\_\_\_ % av heltid

4

Arbetsmarknadsåtgärd \_\_\_\_\_ % av heltid

5

Sjukskriven mer än två veckor \_\_\_\_\_ % av heltid

6

Har sjukbidrag/förtidspension \_\_\_\_\_ % av heltid

7

Har ålderspension sedan år \_\_\_\_\_

8

Har avtalspension e dyl \_\_\_\_\_ % av heltid

9

Föräldraledig \_\_\_\_\_ % av heltid

10

Annat. Vad? \_\_\_\_\_



### 2. Vilket är Ditt nuvarande yrke?

\_\_\_\_\_

**Följande frågor är nödvändiga för att kunna undersöka vilken betydelse arbetsorganisationen har för olika yrkesgruppers arbetsmiljö och hälsa. Vi vill påminna om att informationen Du ger i enkäten inte kommer att användas på ett sådant sätt att Du kan bli identifierad som person när resultaten skall redovisas.**

2a. Vilken är Din nuvarande arbetsplats?

\_\_\_\_\_

2b. På vilken avdelning arbetar Du där?

\_\_\_\_\_

2c. Ingår Du i något arbetslag? I så fall vilket?

\_\_\_\_\_

3. Vad har Du för arbetsuppgifter?

---

4. Hur länge har Du haft Ditt nuvarande arbete?

---

5a. **OBS! Besvaras endast av förstagångsdeltagare.**  
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			

5b. **OBS! Besvaras endast av deltagare som deltagit tidigare.**  
 **Vilka anställningar har Du haft under minst 1 år sedan förra gången du deltog (ca 4 år sedan)?**

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

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

- 1  
 Fast anställd
- 2  
 Vikarieanställd
- 3  
 Kontraktsanställd
- 4  
 Timanställd
- 5  
 Tillfälligt/extra anställd
- 6  
 Annan anställningsform. Vilken? \_\_\_\_\_

**7. Vilken typ av lön har Du?**

- 1  
 Timlön
- 2  
 Vecko- eller 14-dagarslön
- 3  
 Månadslön
- 4  
 Fast månadslön kombinerad med prestationslön
- 5  
 Enbart prestationslön (ackord, gruppäckord, provision)
- 6  
 Annan löneform. Vilken? \_\_\_\_\_

**8. Har Du skiftarbete?**

- 1  
 Nej
- 2  
 2-skiftarbete
- 3  
 3-skiftarbete med kontinuerlig drift
- 4  
 Turlistetid utan nattpass (oregelbunden förläggning av arbetstiden under dygnet och veckan enligt visst schema)
- 5  
 Turlistetid där också nattpass förekommer
- 6  
 Permanent nattarbete
- 7  
 Annan uppläggning av skift. Vad? \_\_\_\_\_

**9. Har Du under de senaste 5 åren bytt från**

Skift till dag <sup>1</sup> Nej <sup>2</sup> Ja

Dag till skift <sup>1</sup> Nej <sup>2</sup> Ja

Om "Ja", när skedde detta? År \_\_\_\_\_ månad \_\_\_\_\_

**10. Hur många timmar per vecka omfattar Din arbetstid enligt avtal?**

Antal timmar per vecka \_\_\_\_\_

**11. Är Du nöjd med Din avtalsenliga arbetstid?**

- <sup>1</sup> Ja, jag är nöjd
- <sup>2</sup> Nej, jag skulle vilja arbeta fler timmar per vecka
- <sup>3</sup> Nej, jag skulle vilja arbeta färre timmar per vecka

**12. Hur långa är Dina arbetspass?**

- <sup>1</sup> Kortare än 8 timmar
- <sup>2</sup> 8-10 timmar
- <sup>3</sup> 11-12 timmar
- <sup>4</sup> 13-15 timmar
- <sup>5</sup> 16 timmar eller mer

**13. Hur trivs Du med Dina arbetstider?**

- <sup>1</sup> Mycket bra
- <sup>2</sup> Ganska bra
- <sup>3</sup> Varken bra eller dåligt
- <sup>4</sup> Ganska dåligt
- <sup>5</sup> Mycket dåligt

**14. Hur fördelas Dina arbetstimmar i genomsnitt?**

Antal timmar

- 1  
 Dagarbete (mellan kl 6 och 18) \_\_\_\_\_
- 2  
 Kvällsarbete (mellan kl 18 och 22) \_\_\_\_\_
- 3  
 Nattarbete (mellan kl 22 och 6) \_\_\_\_\_

**15. Händer det att Du arbetar övertid i Ditt arbete?**

- 1  
 Arbetar aldrig övertid
- 2  
 Arbetar övertid någon gång i månaden
- 3  
 Arbetar ofta övertid  
Ange genomsnittligt antal övertidstimmar per vecka \_\_\_\_\_

**16. Hur ofta har Du beordrad övertid?**

- 1  
 Alltid
- 2  
 Nästan alltid
- 3  
 Nästan aldrig
- 4  
 Aldrig

**17. Den person som är min närmast överordnade är**

- 1  
 Man
- 2  
 Kvinna
- 3  
 Jag har ingen överordnad

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

- 1  
 Ja, men jag har i min tur överordnade
- 2  
 Ja, men jag har ingen överordnad
- 3  
 Nej



**19. Ange det av följande som passar bäst in på din arbetsplats:**

- 1  
 Över 90% är kvinnor
- 2  
 Mellan 60 och 90% är kvinnor
- 3  
 Vi är ungefär lika många kvinnor som män
- 4  
 Mellan 10 och 40 % är kvinnor
- 5  
 Mindre än 10% är kvinnor
- 6  
 Annat alternativ \_\_\_\_\_

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

- 1  
 Nej
- 2  
 Ja, i antal dagar \_\_\_\_\_

**21. Förekommer resdagar med övernattning i tjänsten?**

- 1  
 Nej
- 2  
 Ja Om "Nej", gå vidare till fråga 23

**22. Hur många övernattningar har Du i genomsnitt per år?**

- 1  
 mindre än 10
- 2  
 10-29
- 3  
 30-49
- 4  
 50-100
- 5  
 mer än 100

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

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

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

- 1  
 Nej
- 2  
 Ja Om "Nej", gå vidare till fråga 26

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

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

**26. Har du någon gång under de senaste 5 åren varit arbetslös eller permitterad?**

<sup>1</sup>

Nej

<sup>2</sup>

Ja Om "Nej", gå vidare till fråga 28

**27. Om ja, hur lång tid varade din arbetslöshet? Om du har 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, personalnedskärningar, slut på anställningen (t ex vikariat) eller tillfälligt uppsagd/permitterad

<sup>3</sup>

Annat \_\_\_\_\_

Period 2 \_\_\_\_\_ Orsak:

<sup>1</sup>

Slutade själv

<sup>2</sup>

Nedläggning av arbetsplatsen, personalnedskärningar, slut på anställningen (t ex vikariat) eller tillfälligt uppsagd/permitterad

<sup>3</sup>

Annat \_\_\_\_\_

**28. Är Du nu, eller befarrar Du att bli, varslad om permittering eller uppsägning?**

<sup>1</sup>

Nej

<sup>2</sup>

Ja

**29. Hur bedömer Du Dina möjligheter att få ett annat arbete utan att flytta?**

<sup>1</sup>

Stora möjligheter

<sup>2</sup>

Vissa möjligheter

<sup>3</sup>

Små möjligheter

<sup>4</sup>

Inga möjligheter

**30. 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. Hur stor del av Din arbetstid...

	Inte alls/ingen alls	Hela tiden
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
1. har Du ett stillasittande arbete?	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
2. har Du ett så bundet arbete att Du inte kan gå ifrån en kort stund när Du vill?	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
3. använder Du datorutrustning?	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
4. arbetar Du vid en bildskärm?	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
5. har Du ett monotont arbete?	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
6. har Du ett stående arbete där Du rör Dig inom en begränsad yta? (t ex stående receptions-, kassa-, vård-, städarbete, tandvård mm)	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
7. har Du ett rörligt arbete där Du går långt och mycket? (t ex förflyttningar inom och mellan vårdavdelningar, byggarbetsplatser mm)	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
8. arbetar Du i så bullrig arbetsmiljö att man måste skrika eller ställa sig på en meters från den man talar med för att göra sig hörd?	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
9. arbetar Du i en så bullrig arbetsmiljö att Du har svårigheter att koncentrera Dig?	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
10. arbetar Du i lokaler där luften är förorenad av motoravgaser, förbränningsprodukter eller sot?	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
11. arbetar Du tillsammans med arbetskamrater i grupp?	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
12. har Du att göra med personer som inte är anställda på arbetsplatsen (t ex kunder, klienter, passagerare, elever etc)?	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
13. kräver Ditt arbete ständig uppmärksamhet?	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	

	Nästan inte alls/aldrig 1	1-3 dagar per månad 2	En dag per vecka 3	2-4 dagar per vecka 4	Varje dag 5
2. <b>Utför Du precisionsarbete sammanlagt mer än två timmar per dag?</b> (t ex finmekaniskt arbete, urmakeriarbete, arbete som tandtekniker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. <b>Utför Du arbetsuppgifter där händerna är placerade i eller ovanför axelhöjd under sammanlagt mer än 1/2 timme per dag?</b> (t ex takarbete, underhåll, städuppgifter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. <b>Utför Du arbetsuppgifter där händerna är placerade under knähöjd under sammanlagt mer än 1/2 timme per dag?</b> (t ex golvarbete, markarbete)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. <b>Händer det att Du i Ditt arbete böjer eller vrider kroppen på samma sätt många gånger i timmen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. <b>Händer det att Du i Ditt arbete utför samma hand eller fingerrörelser många gånger i minuten under sammanlagt minst två timmar om dagen?</b> (t ex maskinskrivning, sortering)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. <b>Lyfter, bär eller hanterar Du bördor som väger 1-5 kg?</b> (t ex varor, pärmor, böcker, mjölkpaket, spädbarn mm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. <b>Lyfter, bär eller hanterar Du föremål eller personer som väger 5-15 kg?</b> (t ex lite tyngre föremål eller vid vård av småbarn mm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. <b>Lyfter, bär eller hanterar Du föremål eller personer som väger mer än 15 kg?</b> (t ex lite tyngre föremål eller vid vård av personer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**10. Hur pass fysiskt ansträngande tycker Du att Ditt arbete 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

**11. Arbetstakten i mitt arbete bestäms av:**

*Ange ett alternativ på varje fråga*

	Nej	I liten grad	I någon mån	I hög grad
1. Ett löpande band	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2. Maskiner	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3. Arbetskamrater	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
4. Kunder, klienter eller andra	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5. Närmaste chef	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
6. Mig själv	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
7. Något annat	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
7a. Vad? _____				

## 12. Hur är Din ställning på arbetet?

Ange ett alternativ per fråga

	Ja ofta	Ja ibland	Nej sällan	Nej aldrig
	1	2	3	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 mina 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"/>

## 13. Är det möjligt att genomföra Ditt arbete med hjälp av en ersättare (om Du t ex skulle bli sjuk)?

1

Det går bra att sätta in en ersättare

2

Arbetet går hjälpligt att genomföra utan mig

3

Nej, ingen annan kan (i alla fall på kort sikt) göra jobbet förutom jag

## 14. Om Du är frånvarande under högst en vecka pga sjukdom, hur stor del av Dina arbetsuppgifter måste Du ta igen när Du är tillbaka på arbetet igen?

1

Ingen eller endast en liten del

2

Något mindre än hälften

3

Något mer än hälften

4

I stort sett allt

**15. Tycker Du att Du har tillräcklig kunskap om arbetsmiljön, skyddsfrågor och säkerhetsfrågor på Din arbetsplats?**

- 1  
 Nej
- 2  
 Ja

**16. Om det finns brister/problem i arbetsmiljön, säger Du då ifrån till någon ansvarig på arbetsplatsen?**

- 1  
 Ja, absolut
- 2  
 Ja, kanske
- 3  
 Nej, kanske inte
- 4  
 Nej, absolut inte

**17. Får Du gehör från ansvariga för synpunkter som gäller arbetsmiljö och arbetsvillkor?**

- 1  
 Ja, absolut
- 2  
 Ja, kanske
- 3  
 Nej, kanske inte
- 4  
 Nej, absolut inte



**18. 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"/>

## 19. 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"/>

## 20. Frågor om rollförväntningar

	Mycket sällan eller aldrig 1	Ganska sällan 2	Ibland 3	Ganska ofta 4	Mycket ofta eller alltid 5
1. Finns det klart definierade mål för Ditt arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vet Du vilka ansvarsområden Du har?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vet Du precis vad som krävs av Dig i arbetet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Måste Du utföra saker som Du tycker skulle göras annorlunda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Får Du arbetsuppgifter utan att få de resurser som behövs för att utföra dem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ställs det oförenliga krav på Dig från två eller flera personer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Innefattar Ditt arbete arbetsuppgifter som är i konflikt med Dina personliga värderingar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 21.

**Denna fråga gäller förhållanden i Ditt arbete.** Den består av 17 påståenden eller frågor och vi ber Dig ange om Du håller med dem eller inte genom att sätta ett kryss i rutan markerad som fyrkant 1 eller fyrkant 2. Om den svarsruta Du väljer har en pil som pekar åt höger ber vi Dig besvara följdfrågan om i vilken grad Du upplever förhållandet som en belastning. Sätt då en ring kring den siffra (1, 2, 3 eller 4) som bäst svarar mot Din bedömning. Om den svarsruta Du väljer för första påståendet *inte* har någon pil som pekar åt höger behöver Du inte besvara följdfrågan utan kan gå vidare till nästa.

## Belastningsgrad

Ingen    Mindre    Medel    Stor

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

## 22. Frågor om skicklighet i arbetet

	Mycket sällan eller aldrig 1	Ganska sällan 2	Ibland 3	Ganska ofta 4	Mycket ofta eller alltid 5
1. Är Du nöjd med kvaliteten på det arbete Du gör?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Är Du nöjd med den mängd arbete Du gör?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Är Du nöjd med Din förmåga att lösa problem i arbetet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Är Du nöjd med Din förmåga att upprätthålla ett gott förhållande med Dina arbetskamrater?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Får Du information om kvaliteten på det arbete Du utför?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kan Du själv direkt avgöra om Du gör ett bra arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 23. Hur har följande arbetsvillkor förändrats för Din del under det senaste året?

	Minskat 1	Oförändrat 2	Ökat 3
1. Arbetsbelastning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tidspress i arbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Arbetets svårighetsgrad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Övertidsuttag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Omväxling i arbetsuppgifter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kunskapskraven i arbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ansvaret för de egna uppgifterna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Möjligheter att utvecklas och lära nytt i arbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Stöd och uppbackning när Du behöver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Fråga 23 forts.**

	Minskat	Oförändrat	Ökat
10. Samarbete på arbetsplatsen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
11. Delaktigheten i verksamheten i stort	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
12. Inflytande och kontroll över det egna arbetet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
13. Anställningstrygghet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
14. Lön i förhållande till arbetsinsatsen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
15. Möjligheter att förena yrkesarbete och privatliv	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
16. Möjligheter att påverka arbetstiderna	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

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

*Du får gärna ange flera alternativ*

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

**25a. Har det skett (eller pågår det) förändringar eller omorganisation på Din arbetsplats det senaste året?**

1 <input type="checkbox"/>	Nej	2 <input type="checkbox"/>	Ja	Om "Nej", gå vidare till fråga 26
-------------------------------	-----	-------------------------------	----	-----------------------------------

**Om Du har svarat JA på fråga 25:**

**25b. Hur påverkas Du av förändringarna som gjorts på arbetsplatsen under det senaste året?**

	Instämmer helt	Instämmer delvis	Instämmer ej
1. Det är utvecklande och lärororienterat	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
2. Jag kan inte utföra mina arbetsuppgifter så bra som jag skulle vilja	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3. Jag blir osäker på min kompetens	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4. Det innebär nya möjligheter för mig	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
5. Jag blir osäker på om jag ska orka med	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
6. Det blir jobbiga konflikter på arbetsplatsen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
7. Jag blir osäker på om jag får vara kvar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

**26. Frågor om relationer till Din chef**

*Ange ett alternativ på varje fråga*

	Ja ofta	Ja ibland	Nej sällan	Nej aldrig
1. Jag får den information jag behöver av min chef	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2. Min närmaste chef är bra på att driva och genomföra förändringar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <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	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
4. Jag har klart för mig vilka förväntningar som ställs på mig av min närmaste chef	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5. Min närmaste chef visar att han/hon bryr sig om hur jag har det och hur jag mår	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
6. Jag har tillräckliga befogenheter i förhållande till det ansvar jag har	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
7. Min närmaste chef tar sig tid att engagera sig i sina medarbetares yrkesmässiga utveckling.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

**Fråga 26 forts.**

	Ja ofta	Ja ibland	Nej sällan	Nej aldrig
8. Min chef uppmuntrar min medverkan i upp- läggningen av mitt arbete	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
9. Jag får beröm av min chef om jag gjort något bra	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
10. Jag får kritik av min chef om jag gjort något som inte är bra	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

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

*Ange ett alternativ på varje fråga*

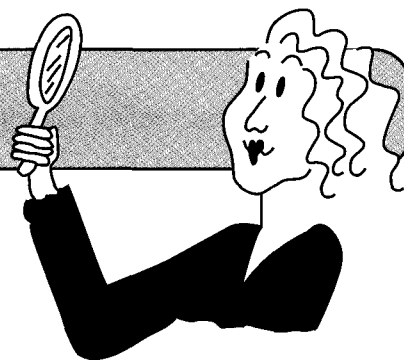
	Stämmer helt	Stämmer nästan	Stämmer knappast	Stämmer inte alls
1. Det är en lugn och behaglig stämning på min arbetsplats	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2. Det är god sammanhållning	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>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

**28. I vilken mån förekommer följande "störningsmoment" i Ditt arbete?**

	Knappast alls	Till viss grad	I hög grad
	1	2	3
1. Oklara eller svårtolkade arbetsuppgifter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Personer som stör direkt eller via telefon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Svårigheter med att få kontakt med uppdrags- giare, arbetsgivare/arbetsledare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tekniska fel på apparater/utrustning/maskiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Brist på resurser (t ex material, maskiner, lokaler)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Personalbrist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Samarbetssvårigheter mellan anställda eller mellan arbetsgrupper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Samarbetssvårigheter mellan anställda och arbetsledningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Krav från kunder, patienter etc, vilka är svåra att tillfredsställa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Annat. Vad? _____			



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



### 1. Vilka av följande alternativ tycker Du stämmer in på Dig?

Ange ett alternativ för 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"/>

Fråga 1 forts.

	Stämmer helt	Stämmer nästan	Stämmer knappast	Stämmer inte alls
	1	2	3	4
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"/>
17. Jag känner att jag har 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 när 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 | <p>1<br/><input type="checkbox"/> Ja, oftast</p> <p>2<br/><input type="checkbox"/> Ja, ibland</p> <p>3<br/><input type="checkbox"/> Nej, sällan</p> <p>4<br/><input type="checkbox"/> Nej, aldrig</p> | <p>1<br/><input type="checkbox"/> Ja, oftast</p> <p>2<br/><input type="checkbox"/> Ja, ibland</p> <p>3<br/><input type="checkbox"/> Nej, sällan</p> <p>4<br/><input type="checkbox"/> Nej, aldrig</p> |
| 2. Går därifrån                            | <p>1<br/><input type="checkbox"/> Ja, oftast</p> <p>2<br/><input type="checkbox"/> Ja, ibland</p> <p>3<br/><input type="checkbox"/> Nej, sällan</p> <p>4<br/><input type="checkbox"/> Nej, aldrig</p> | <p>1<br/><input type="checkbox"/> Ja, oftast</p> <p>2<br/><input type="checkbox"/> Ja, ibland</p> <p>3<br/><input type="checkbox"/> Nej, sällan</p> <p>4<br/><input type="checkbox"/> Nej, aldrig</p> |
| 3. Protesterar direkt                      | <p>1<br/><input type="checkbox"/> Ja, oftast</p> <p>2<br/><input type="checkbox"/> Ja, ibland</p> <p>3<br/><input type="checkbox"/> Nej, sällan</p> <p>4<br/><input type="checkbox"/> Nej, aldrig</p> | <p>1<br/><input type="checkbox"/> Ja, oftast</p> <p>2<br/><input type="checkbox"/> Ja, ibland</p> <p>3<br/><input type="checkbox"/> Nej, sällan</p> <p>4<br/><input type="checkbox"/> Nej, aldrig</p> |
| 4. Resonerar med vederbörande direkt       | <p>1<br/><input type="checkbox"/> Ja, oftast</p> <p>2<br/><input type="checkbox"/> Ja, ibland</p> <p>3<br/><input type="checkbox"/> Nej, sällan</p> <p>4<br/><input type="checkbox"/> Nej, aldrig</p> | <p>1<br/><input type="checkbox"/> Ja, oftast</p> <p>2<br/><input type="checkbox"/> Ja, ibland</p> <p>3<br/><input type="checkbox"/> Nej, sällan</p> <p>4<br/><input type="checkbox"/> Nej, aldrig</p> |
| 5. Skäller ut vederbörande direkt          | <p>1<br/><input type="checkbox"/> Ja, oftast</p> <p>2<br/><input type="checkbox"/> Ja, ibland</p> <p>3<br/><input type="checkbox"/> Nej, sällan</p> <p>4<br/><input type="checkbox"/> Nej, aldrig</p> | <p>1<br/><input type="checkbox"/> Ja, oftast</p> <p>2<br/><input type="checkbox"/> Ja, ibland</p> <p>3<br/><input type="checkbox"/> Nej, sällan</p> <p>4<br/><input type="checkbox"/> Nej, aldrig</p> |

**2 forts.**

6. Talar ut med vederbörande senare när man har lugnat ner sig

A) Chef

1

Ja, oftast

2

Ja, ibland

3

Nej, sällan

4

Nej, aldrig

B) Arbetskamrat

1

Ja, oftast

2

Ja, ibland

3

Nej, sällan

4

Nej, aldrig

**3. Vad händer sedan?**

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

A) Chef

1

Ja, oftast

2

Ja, ibland

3

Nej, sällan

4

Nej, aldrig

B) Arbetskamrat

1

Ja, oftast

2

Ja, ibland

3

Nej, sällan

4

Nej, aldrig

2. Blir sur och vresig hemma

1

Ja, oftast

2

Ja, ibland

3

Nej, sällan

4

Nej, aldrig

1

Ja, oftast

2

Ja, ibland

3

Nej, sällan

4

Nej, aldrig

**4. Kan ej besvara hela eller delar av frågorna 2 och 3 då jag**

- 1  
 inte har någon chef över mig

- 2  
 inte har några arbetskamrater

- 3  
 Annat skäl. Vad? \_\_\_\_\_

## D. Personliga förhållanden och människor i Din omgivning

1. I vilket land är Du född?

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

3. I vilket land är/var Din far född?

\_\_\_\_\_

4. I vilket land är/var Din mor född?

\_\_\_\_\_

5. Vilket är Ditt civilstånd?

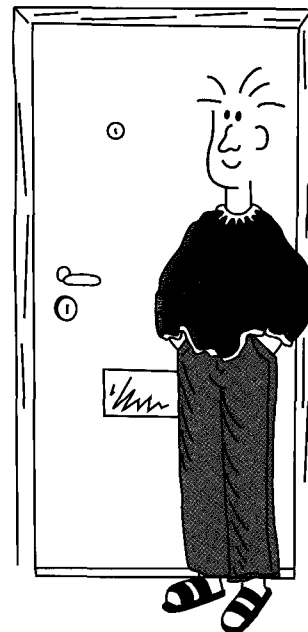
- <sup>1</sup> Gift/sambo       <sup>2</sup> Ogift       <sup>3</sup> Frånskild       <sup>4</sup> Änka/Änkling

6. Har Du hemmavarande barn?

- <sup>1</sup> Nej       <sup>2</sup> Ja      Om "Ja", hur gamla? \_\_\_\_\_

7. 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



## 8. Frågor till sammanboende

1. Om Du är sammanboende, förvärvsarbetar Din partner?  1 Ja, heltid  
 2 Ja, deltid  
 3 Nej
2. Vad har Din partner för arbete nu? \_\_\_\_\_

3. Vem är i första hand ansvarig för att familj och hushåll fungerar?  1 Jag  
 2 Delar lika  
 3 Min partner

4. Vem utför merparten av arbetet med hem och familj?  1 Jag  
 2 Delar lika  
 3 Min partner

9. Hur många människor med samma intressen som Du, känner Du och har kontakt med?
- | 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 |

10. Hur många människor, som Du känner, träffar Du eller samtalar Du med under en vanlig vecka?
- |                                      |                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <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 |
- Räkna inte med människor som Du träffar tillfälligtvis och som Du knappast kommer att återse, t ex kunder i en affär!*

- |   | A) Utanför arbetet                                | B) På arbetet                                     |
|---|---|---|
| <b>11. 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 ostädad eller om Du höll på att äta</b> | 1<br><input type="checkbox"/> Ingen               | 1<br><input type="checkbox"/> Ingen               |
|   | 2<br><input type="checkbox"/> 1-2                 | 2<br><input type="checkbox"/> 1-2                 |
|   | 3<br><input type="checkbox"/> 3-5                 | 3<br><input type="checkbox"/> 3-5                 |
|   | 4<br><input type="checkbox"/> 6-10                | 4<br><input type="checkbox"/> 6-10                |
|   | 5<br><input type="checkbox"/> 11-15               | 5<br><input type="checkbox"/> 11-15               |
|   | 6<br><input type="checkbox"/> Mer än 15           | 6<br><input type="checkbox"/> Mer än 15           |
| <b>12. Hur många finns det, i Din familj och bland Dina vänner, som Du kan tala öppet med utan att behöva tänka Dig för?</b>  | 1<br><input type="checkbox"/> Ingen               | 1<br><input type="checkbox"/> Ingen               |
|   | 2<br><input type="checkbox"/> 1-2                 | 2<br><input type="checkbox"/> 1-2                 |
|   | 3<br><input type="checkbox"/> 3-5                 | 3<br><input type="checkbox"/> 3-5                 |
|   | 4<br><input type="checkbox"/> 6-10                | 4<br><input type="checkbox"/> 6-10                |
|   | 5<br><input type="checkbox"/> 11-15               | 5<br><input type="checkbox"/> 11-15               |
|   | 6<br><input type="checkbox"/> Mer än 15           | 6<br><input type="checkbox"/> Mer än 15           |
| <b>13. Det finns en särskild person som jag känner att jag verkligen kan få stöd av</b>   | 1<br><input type="checkbox"/> Stämmer helt        | 1<br><input type="checkbox"/> Stämmer helt        |
|   | 2<br><input type="checkbox"/> Stämmer ganska bra  | 2<br><input type="checkbox"/> Stämmer ganska bra  |
|   | 3<br><input type="checkbox"/> Stämmer inte så bra | 3<br><input type="checkbox"/> Stämmer inte så bra |
|   | 4<br><input type="checkbox"/> Stämmer inte alls   | 4<br><input type="checkbox"/> Stämmer inte alls   |

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

A) Utanför arbetet

- 1  
 Stämmer helt
- 2  
 Stämmer ganska bra
- 3  
 Stämmer inte så bra
- 4  
 Stämmer inte alls

B) På arbetet

- 1  
 Stämmer helt
- 2  
 Stämmer ganska bra
- 3  
 Stämmer inte så bra
- 4  
 Stämmer inte alls

15. Andra människor visar uppskattning av det jag gör

- 1  
 Stämmer helt
- 2  
 Stämmer ganska bra
- 3  
 Stämmer inte så bra
- 4  
 Stämmer inte alls

- 1  
 Stämmer helt
- 2  
 Stämmer ganska bra
- 3  
 Stämmer inte så bra
- 4  
 Stämmer inte alls

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

- 1  
 Stämmer helt
- 2  
 Stämmer ganska bra
- 3  
 Stämmer inte så bra
- 4  
 Stämmer inte alls

- 1  
 Stämmer helt
- 2  
 Stämmer ganska bra
- 3  
 Stämmer inte så bra
- 4  
 Stämmer inte alls

17. 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

- 1  
 Stämmer helt
- 2  
 Stämmer ganska bra
- 3  
 Stämmer inte så bra
- 4  
 Stämmer inte alls

- 1  
 Stämmer helt
- 2  
 Stämmer ganska bra
- 3  
 Stämmer inte så bra
- 4  
 Stämmer inte alls



- |   | A) Utanför arbetet                                | B) På arbetet                                     |
|---|---|---|
| 18. Ger Du mer stöd till andra än Du får? | 1<br><input type="checkbox"/> Stämmer helt        | 1<br><input type="checkbox"/> Stämmer helt        |
|   | 2<br><input type="checkbox"/> Stämmer ganska bra  | 2<br><input type="checkbox"/> Stämmer ganska bra  |
|   | 3<br><input type="checkbox"/> Stämmer inte så bra | 3<br><input type="checkbox"/> Stämmer inte så bra |
|   | 4<br><input type="checkbox"/> Stämmer inte alls   | 4<br><input type="checkbox"/> Stämmer inte alls   |

19. Händer det att Du känner Dig ensam?

- 1  
 Ja, ofta
- 2  
 Ja, ibland
- 3  
 Nej, sällan
- 4  
 Nej, aldrig

20. Om Du är medlem i en förening skulle Du då säga att Du känner stark samhörighet med denna förening och dess medlemmar?

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

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

- 1  
 Nej
- 2  
 Ja

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

- 1  
 Nej
- 2  
 Ja

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

1

Stämmer helt

2

Stämmer ganska bra

3

Stämmer inte så bra

4

Stämmer inte alls

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

1

Stämmer helt

2

Stämmer ganska bra

3

Stämmer inte så bra

4

Stämmer inte alls

**25. Hur viktigt är det för Dig att förvärvsarbetet är förenligt med fritid och familj?**

1

Mycket viktigt

2

Ganska viktigt

3

Inte så viktigt

**26. Är Ditt nuvarande förvärvsarbete sådant att det går bra att förena arbete och fritid/familj?**

1

Ja, i hög grad

2

I viss grad

3

I låg grad

**27. Påverkar kraven i Ditt arbete Ditt hem- och familjeliv på ett negativt sätt?**

- 1  
 Mycket sällan
- 2  
 Ganska sällan
- 3  
 Ibland
- 4  
 Mycket ofta
- 5  
 Alltid

**28. Påverkar kraven från Ditt hem/Din familj Ditt arbete på ett negativt sätt?**

- 1  
 Mycket sällan
- 2  
 Ganska sällan
- 3  
 Ibland
- 4  
 Mycket ofta
- 5  
 Alltid

**29. Hur är Din ekonomi?**

- 1  
 Mycket god
- 2  
 God
- 3  
 Varken god eller dålig
- 4  
 Ansträngd
- 5  
 Mycket ansträngd

## E. Fysisk aktivitet och motion

1. Hur många timmar per vecka lägger Du ner på arbete i hemmet som inte är yrkesarbete, t ex att handla, laga mat, sköta ekonomin, tvätta, städa, sköta barn, underhålla bil, hus och trädgård?

- 1  
 0-2 timmar per vecka
- 2  
 3-10 timmar per vecka
- 3  
 11-20 timmar per vecka
- 4  
 21-30 timmar per vecka
- 5  
 31 timmar eller mer per vecka

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

Ringa in lämplig siffra mellan 0-14.

*Grad av ansträngning*

mycket, mycket lätt

mycket lätt

ganska lätt

något ansträngande

ansträngande

mycket ansträngande

mycket, mycket ansträngande

0  
1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14



### 3. Hur mycket motionerar Du

Räkna även in eventuell promenad/cykling till och från jobbet

1

Motionerar aldrig

2

Rör mig mycket litet. Tar enstaka promenader

3

Motionerar då och då

4

Motionerar regelbundet

### 4. 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
	1	2	3	4	5
1. Styrketräning med redskap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Måttlig motion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hård motion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Deltar i motions-tävlingar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vad? _____		
5. Tävlrar på elitnivå	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vad? _____		

## F. Kost, rökning och alkohol



### 1. Hur många mål mat brukar Du vanligen äta per dag?

- 1  
 Frukost (gröt, fil och flingor eller liknande) samt minst 2 lagade mål
- 2  
 Frukost samt ett lagat mål
- 3  
 Frukost men inget lagat mål
- 4  
 Ingen frukost men minst 2 lagade mål
- 5  
 Ingen frukost men ett lagat mål

### 2. Till huvudmål brukar jag äta

	Antal gånger/vecka
1. Lagad mat, t ex kött/fisk med potatis/ris/pasta	1 _____
2. "Snabbmat", t ex 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. Till småmål, mellanmål, brukar jag vanligen äta/dricka**

*Sätt ett eller flera kryss*

1

Kaffebröd, t ex bulle, kex, småkakor

2

Bakelser, tårta, wienerbröd

3

Godis, choklad

4

Frukt

5

Glass

6

Smörgås

7

Snacks, t ex chips, jordnötter

8

Kaffe, té

9

Dryck, t ex läsk, saft, juice, fruktsoppa

10

Dryck, t ex chokladdryck, mjölk

11

Fruktyoghurt

12

Öl

13

Annat \_\_\_\_\_

**4. Hur mycket frukt äter Du?**

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

**5. 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 \_\_\_\_\_ st **eller** Antal gånger per vecka \_\_\_\_\_ st

**6. Hur många brödskivor av olika sorter brukar Du äta per dag?**

Antal

Sort

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_



**8. Röker Du för närvarande?**

<sup>1</sup>  
 Nej                      <sup>2</sup>  
 Ja      *Om "Nej", gå vidare till fråga 10*

**9. Ange hur mycket Du har 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                      \_\_\_\_\_

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

<sup>1</sup>  
 Nej                      <sup>2</sup>  
 Ja      *Om "Nej", gå vidare till fråga 13*

**11. Vilket år slutade Du röka?**

år \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ år

**13. Snusar Du för närvarande?**

<sup>1</sup>  
 Nej                      <sup>2</sup>  
 Ja      *Om "Nej", gå vidare till fråga 15*

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

Antal \_\_\_\_\_

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

<sup>1</sup>  
 Nej                      <sup>2</sup>  
 Ja      *Om "Nej", gå vidare till fråga 18*

**16. Vilket år slutade Du snusa?**

år \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ år

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

Antal timmar eller minuter per dag

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

**19. Är Du nykterist/absolutist?**

- <sup>1</sup>  
 Nej
- <sup>2</sup>  
 Ja
- Om "Ja", gå vidare till nästa avsnitt*

**20. Frågor om alkoholvanor: Öl**

*Om Du inte dricker öl, gå vidare till fråga 21.*

1. Hur ofta dricker Du öl, vanligtvis?
- <sup>1</sup>  
 Varje dag
- <sup>2</sup>  
 Minst en gång i veckan, men inte varje dag
- <sup>3</sup>  
 Minst en gång i månaden, men vid färre tillfällen än en gång i veckan
- <sup>4</sup>  
 Fler gånger än en gång per år, men vid färre tillfällen än en gång i månaden
- <sup>5</sup>  
 En gång per år eller mindre
- 
2. När Du dricker öl, hur mycket dricker Du då i genomsnitt, per tillfälle?
- <sup>1</sup>  
 Mer än ett sex-pack (6 burkar eller ölglas)
- <sup>2</sup>  
 5 till 6 burkar eller ölglas
- <sup>3</sup>  
 3 till 4 burkar eller ölglas
- <sup>4</sup>  
 1 till 2 burkar eller ölglas
- <sup>5</sup>  
 Mindre än en burk eller ett ölglas

**21. Frågor om alkoholvanor: Vin**

*Om Du inte dricker vin, gå vidare till fråga 22.*

1. Hur ofta dricker Du vin, vanligtvis?

1

Varje dag

2

Minst en gång i veckan, men inte varje dag

3

Minst en gång i månaden, men vid färre tillfällen än en gång i veckan

4

Fler gånger än en gång per år, men vid färre tillfällen än en gång i månaden

5

En gång per år eller mindre

2. När Du dricker vin, hur mycket dricker Du då i genomsnitt, per tillfälle?

1

Mer än 6 glas vin

2

5 till 6 glas vin

3

3 till 4 glas vin

4

1 till 2 glas vin

5

Mindre än ett glas vin

**22. Frågor om alkoholvanor: Starksprit (whisky, gin, vodka, drinkar, likörer)**

*Om Du inte dricker starksprit, gå vidare till nästa avsnitt.*

1. Hur ofta dricker Du starksprit, vanligtvis?

1

Varje dag

2

Minst en gång i veckan, men inte varje dag

3

Minst en gång i månaden, men vid färre tillfällen än en gång i veckan

4

Fler gånger än en gång per år, men vid färre tillfällen än en gång i månaden

5

En gång per år eller mindre

2. När Du dricker starksprit, hur mycket dricker Du då i genomsnitt, per tillfälle?

1

Mer än 6 drinkar

2

5 till 6 drinkar

3

3 till 4 drinkar

4

1 till 2 drinkar

5

Mindre än en drink

## G. Sömn och vakenhet



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

	Aldrig	Sällan/någon några gånger per år	Ibland/någon några gånger per månad	För det mesta flera gångar/vecka	Alltid, varje dag
	1	2	3	4	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"/>
14. Känsla av att vara utmattad vid uppvaknandet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- 1  
 Nej
- 2  
 Trafikbuller
- 3  
 Egna familjemedlemmar
- 4  
 Störande grannar
- 5  
 Annat. Vad? \_\_\_\_\_

**3. Anser Du att Du får tillräckligt med sömn?**

- 1  
 Ja, definitivt tillräckligt
- 2  
 Ja, i stort sett tillräckligt
- 3  
 Nej, något otillräckligt
- 4  
 Nej, klart otillräckligt
- 5  
 Nej, långt ifrån tillräckligt

**4. Hur mycket tid för egen avkoppling har Du i genomsnitt en vanlig arbetsdag (d v s tid Du rör över själv för att tillgodose Dina behov av rekreation och/eller vila, bortsett från sömn)?**

- 1  
 Mindre än en timme om dagen
- 2  
 Cirka en timme
- 3  
 Cirka två timmar
- 4  
 Cirka tre timmar
- 5  
 Cirka fyra timmar
- 6  
 Mer än fyra timmar

**5. Hur känner Du Dig när Du är på väg till arbetet?**

- 1  
 Glad och tillfredsställd vid tanken på arbetet som väntar
- 2  
 Har en ganska positiv känsla för arbetet
- 3  
 Har vare sig positiva eller negativa känslor inför arbetet
- 4  
 Känner viss olust inför arbetet
- 5  
 Känner stark olust inför arbetet

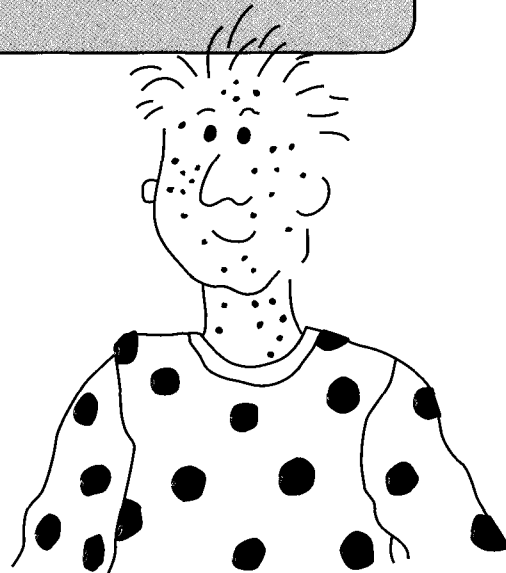
**6. Frågor om nedvarvning och återhämtning**

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ganska ofta	Mycket ofta
1. Känner Du Dig mycket trött under arbetspasset?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2. Känner Du Dig mycket trött efter arbetspasset?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3. Händer det att Du oroar Dig för jobbet och kan inte koppla bort tankarna från det på fritiden?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4. Händer det att Du har svårt att sova därför att tankarna på jobbet håller Dig vaken?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5. Känner Du Dig utvilad och återhämtad när Du börjar arbetspasset på morgonen?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6. Har Du tillräckligt med tid för återhämtning mellan arbetspassen?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

## H. Hälsa och sjukdomar

1. Hur bedömer Du Ditt hälsotillstånd för närvarande?

- 1  
 Mycket bra
- 2  
 Ganska bra
- 3  
 Varken bra eller dåligt
- 4  
 Ganska dåligt
- 5  
 Mycket dåligt



2. Har Du någon långvarig sjukdom, några besvär efter olycksfall, något handikapp eller annan svaghet?

- 1  
 Nej
- 2  
 Ja

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

- 1  
 Nej
- 2  
 Ja Om "Ja": När? \_\_\_\_\_

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

- 1  
 Nej
- 2  
 Ja

5. Har Du fått diagnosen "kärlkramp i hjärtat" av läkare?

- 1  
 Nej
- 2  
 Ja Om "Ja": När? \_\_\_\_\_

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

- 1  
 Nej
- 2  
 Ja Om "Ja": När? \_\_\_\_\_

7. Har Du någon gång haft högt blodtryck?

- 1  
 Nej
- 2  
 Ja Om "Ja": När? \_\_\_\_\_



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

1

Nej (fortsätt till fråga 10)

2

Enbart råd om ändrad livsföring

3

Läkemedel mot högt blodtryck

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

1 Fr om år

2 T o m år

**10. Har Du sockersjuka?**

1

Nej

2

Ja

Om "Nej", gå vidare till fråga 13.

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

1 Antal år

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

1

Enbart diet

2

Diet och tabletter

3

Diet och insulin

4

Annat. Vad? \_\_\_\_\_

**13. OBS! Denna fråga besvaras endast av förstagångsdeltagare!**

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

1

Nej

2

Ja

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

- <sup>1</sup>  
 Nej                      <sup>2</sup>  
 Ja      Om "Nej", gå vidare till fråga 16.

**15. 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? \_\_\_\_\_

**16. Använder Du mediciner regelbundet?**

- <sup>1</sup>  
 Nej                      <sup>2</sup>  
 Ja                      Om "Nej", gå vidare till fråga 18

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

<sup>1</sup> Läkemedel	<sup>2</sup> Sjukdom
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**18. Frågor om värk i kroppens rörelseorgan**

*Om Du har haft ont vid flera tillfällen, försök då att uppskatta ett ungefärligt genomsnitt och kryssa i den ruta som ligger närmast*

1. Har Du under de senaste 12 månaderna haft ont i övre delen av ryggen eller nacken?
- <sup>1</sup>  
 Nej, aldrig  
<sup>2</sup>  
 Ja, ett par dagar det senaste året  
<sup>3</sup>  
 Ja, ett par dagar per månad  
<sup>4</sup>  
 Ja, ett par dagar per vecka  
<sup>5</sup>  
 Ja, varje dag

**Fråga 18 forts.**

2. Har Du under de senaste 12 månaderna haft ont i nedre delen av ryggen?

1

Nej, aldrig

2

Ja, ett par dagar det senaste året

3

Ja, ett par dagar per månad

4

Ja, ett par dagar per vecka

5

Ja, varje dag

3. Har Du under de senaste 12 månaderna haft ont i axlar eller armar?

1

Nej, aldrig

2

Ja, ett par dagar det senaste året

3

Ja, ett par dagar per månad

4

Ja, ett par dagar per vecka

5

Ja, varje dag

4. Har Du under de senaste 12 månaderna haft ont i handleder eller händer?

1

Nej, aldrig

2

Ja, ett par dagar det senaste året

3

Ja, ett par dagar per månad

4

Ja, ett par dagar per vecka

5

Ja, varje dag

5. Har Du under de senaste 12 månaderna haft ont i höfter eller lår?

1

Nej, aldrig

2

Ja, ett par dagar det senaste året

3

Ja, ett par dagar per månad

4

Ja, ett par dagar per vecka

5

Ja, varje dag

**Fråga 18 forts.**

6. Har Du under de senaste 12 månaderna haft ont i knäna?

1

Nej, aldrig

2

Ja, ett par dagar det senaste året

3

Ja, ett par dagar per månad

4

Ja, ett par dagar per vecka

5

Ja, varje dag

7. Har Du under de senaste 12 månaderna haft ont i underben eller fötter?

1

Nej, aldrig

2

Ja, ett par dagar det senaste året

3

Ja, ett par dagar per månad

4

Ja, ett par dagar per vecka

5

Ja, varje dag

**19. Frågor om besvär av tillfällig psykologisk natur**

*Följande frågor gäller de senaste veckorna*

1. Har Du de senaste veckorna kunnat koncentrera Dig på allt Du har 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

**Fråga 19 forts.**

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 ständigt 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 inte kunnat 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

**Fråga 19 forts.**

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 de senaste veckorna känt Dig olycklig och nedstämd?

1

Inte alls

2

Inte mer än vanligt

3

Mer än vanligt

4

Mycket mer än vanligt

10. Har Du de senaste veckorna förlorat tron på Dig själv?

1

Inte alls

2

Inte mer än vanligt

3

Mer än vanligt

4

Mycket mer än vanligt

11. Har Du tyckt att Du har varit värdelös de senaste veckorna?

1

Inte alls

2

Inte mer än vanligt

3

Mer än vanligt

4

Mycket mer än vanligt

12. Har Du på det hela taget känt Dig någorlunda lycklig de senaste veckorna?

1

Mer än vanligt

2

Som vanligt

3

Mindre än vanligt

4

Mycket mindre än vanligt

**20. Frågor om skador och våld.**

1. Har Du någon gång under de senaste 12 månaderna blivit utsatt för hot eller hotelser om våld som var så farliga eller så allvarliga att Du har blivit rädd?

<sup>1</sup>  
 Nej                       <sup>2</sup> Ja      *Om "Nej", gå vidare till fråga 20.2.*

**Om JA:** Var skedde detta?

<sup>1</sup>  
 På arbetsplatsen

<sup>2</sup>  
 I hemmet

<sup>3</sup>  
 Någon annanstans

2. Har Du någon gång under de senaste 12 månaderna blivit utsatt för fysiskt våld?

<sup>1</sup>  
 Nej                       <sup>2</sup> Ja                      *Om "Nej", gå vidare till fråga 21*

**Om JA:** Var skedde detta?

<sup>1</sup>  
 På arbetsplatsen

<sup>2</sup>  
 I hemmet

<sup>3</sup>  
 Någon annanstans

**Om JA:** Ledde detta våld till sådan kroppsskada att Du måste söka läkarvård?

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

## 21. Frågor om sjukskrivning

1. Har Du varit sjukanmäld under de senaste 12 månaderna?

- <sup>1</sup>  
 Nej                      <sup>2</sup>  
 Ja      Om "Nej", gå vidare till fråga 21.2.

**Om JA:** Hur många dagar sammanlagt?

- <sup>1</sup>  
 1-7 dagar  
<sup>2</sup>  
 8-30 dagar  
<sup>3</sup>  
 31-90 dagar  
<sup>4</sup>  
 Mer än 90 dagar

2. Har Du minst en gång det senaste året tagit semester istället för att sjukskriva Dig när Du egentligen har varit sjuk?

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

3. Om Du någon dag t ex känner Dig trött, hängig och har huvudvärk, kan Du då anpassa Ditt arbete till hur Du mår?

- <sup>1</sup>  
 Ofta  
<sup>2</sup>  
 Ibland  
<sup>3</sup>  
 Sällan eller aldrig

4. Kan det på g a arbetet vara svårt för Dig att stanna hemma om Du blir sjuk en eller två dagar?

- <sup>1</sup>  
 Ofta  
<sup>2</sup>  
 Ibland  
<sup>3</sup>  
 Sällan eller aldrig



### Fråga 21 forts.

5. Hur många gånger under de senaste 12 månaderna har det hänt att Du har gått till arbetet trots att Du med tanke på ditt hälsotillstånd egentligen borde ha sjukskrivit Dig?

- 1  
 Många gånger
- 2  
 Några gånger
- 3  
 En gång
- 4  
 Ingen gång

### 22. Frågor om arbetsförmåga

1. Vi antar att Din arbetsförmåga, när den var som bäst, värderades med 10 poäng. Vilket poängtal skulle Du ge Din nuvarande arbetsförmåga? (Kryssa för lämplig siffra)

- |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- helt arbets- oförmögen
- arbets- för- mågan då den var som bäst

2. Vilket poängtal skulle Du ge Din arbetsförmåga om Du jämför den med jämnåriga arbetskamrater? (Kryssa för lämplig siffra)

- |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- mycket sämre än jämn- åriga
- ungefär lika som jämnåriga
- mycket bättre än jämn- åriga

3. Hur bedömer Du Din nuvarande arbetsförmåga vara i förhållande till de fysiska krav arbetet ställer?

- 1  
 Mycket god
- 2  
 Ganska god
- 3  
 Någorlunda
- 4  
 Ganska dålig
- 5  
 Mycket dålig

**Fråga 22 forts.**

4. Hur bedömer Du Din nuvarande arbetsförmåga vara i förhållande till de mentala och psykiska krav som arbetet ställer?

1

Mycket god

2

Ganska god

3

Någorlunda

4

Ganska dålig

5

Mycket dålig

5. Med tanke på Din hälsa, tror Du att Du kan arbeta i Ditt nuvarande yrke även om två år?

1

Ja, ganska säkert

2

Jag är osäker på det

3

Nej, det tror jag inte

## I. 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?

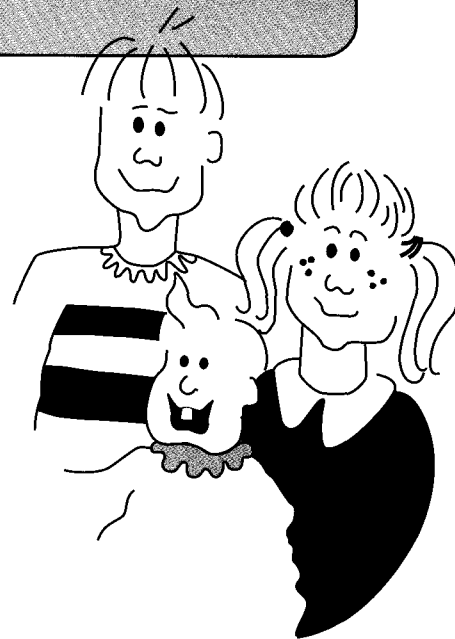
<sup>1</sup>  
 Nej                      <sup>2</sup>  
 Ja

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? \_\_\_\_\_



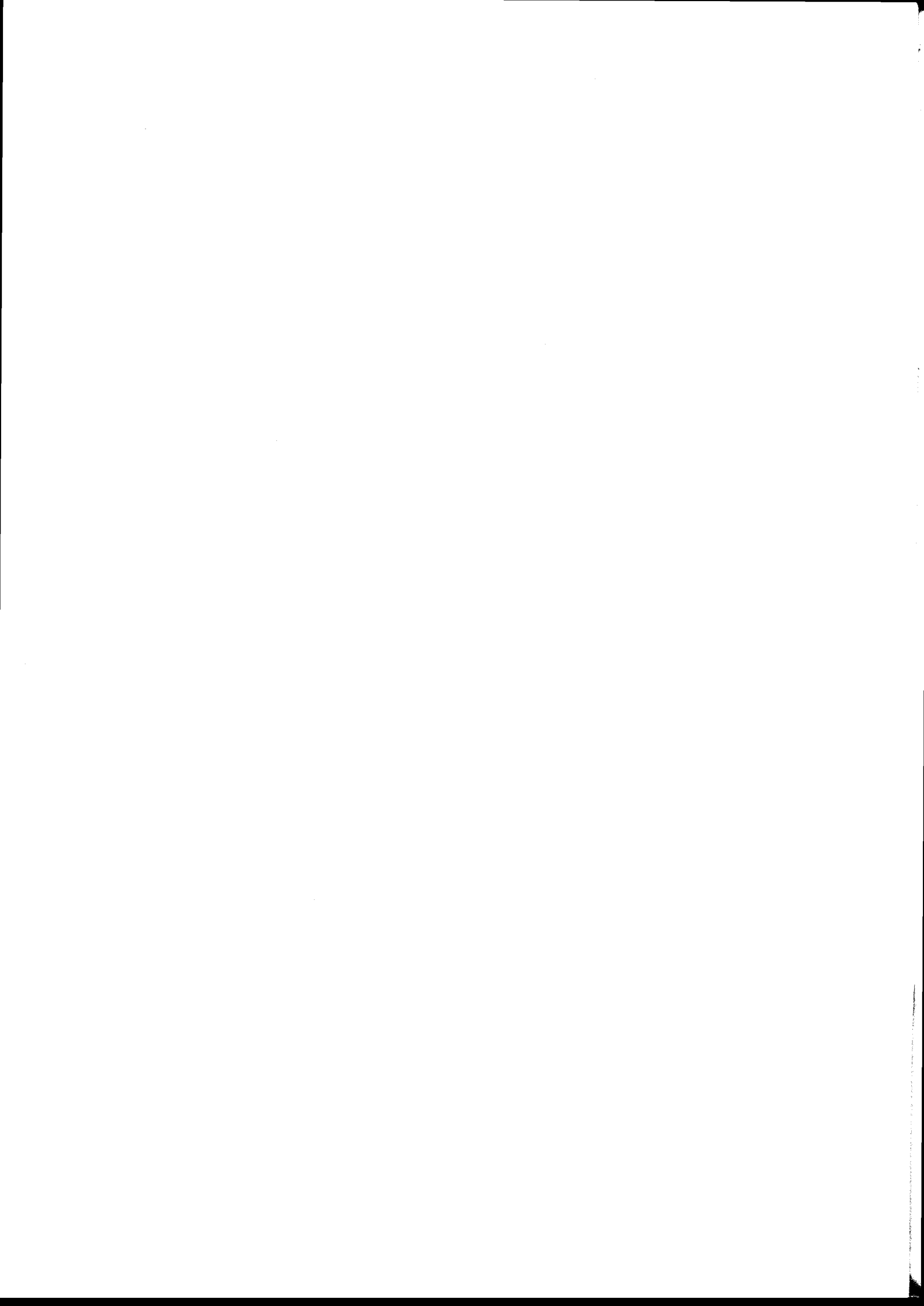
**Vi vill eventuellt återkomma till deltagande grupper för förnyad undersökning eller kompletterande frågor. Går det bra att vi återkommer till dig?**

1  
 Nej

2  
 Ja

**Vi ber Dig gå igenom formuläret och kontrollera att Du har besvarat alla frågor!**

**Tack för Din medverkan!**



## Ifylls av Företagshälsovården

Provtagningsdatum	Löpnummer (fylls i av företagshälsovården i förekommande fall)			

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