

# PART

PSYKISK HÄLSA – ARBETE – RELATIONER

En befolkningsstudie i Stockholms län



PART II



Samhällsmedicin

## Ansvariga för PART-studien är:

- Yvonne Forsell, Docent, Projektansvarig<sup>1,2</sup>
- Tore Hällström, Professor<sup>3,4</sup>
- Kerstin Damström Thakker, Dr. Med.Vet., Projektledare<sup>3,4,5</sup>
- Ingvar Lundberg, Docent<sup>2,6,7</sup>

<sup>1</sup> Karolinska Institutet, Institutionen för folkhälsovetenskap, Avdelningen för Socialmedicin

<sup>2</sup> Psykiatrisk epidemiologi, Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting

<sup>3</sup> Karolinska Institutet, Institutionen för klinisk neurovetenskap, arbetsterapi och äldrevårdsforskning (NEUROTEC), Sektionen för psykiatri

<sup>4</sup> FoUU-enheten för psykiatri, SLPO, Huddinge Universitetssjukhus

<sup>5</sup> Centrum för Alkohol- och Drogpåverkan, Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting

<sup>6</sup> Karolinska Institutet, Institutionen för folkhälsovetenskap, Avdelningen för Yrkesmedicin

<sup>7</sup> Yrkesmedicinska enheten, Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting

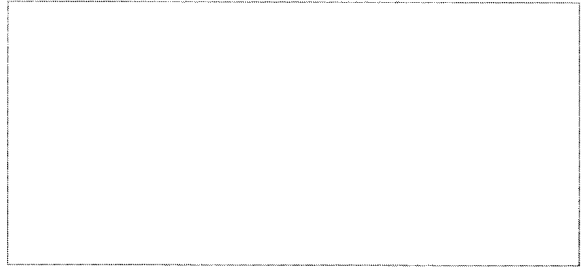
Vid frågor kontakta gärna någon av studiens medarbetare.

**Telefon:** 08-517 781 72

**Fax:** 08-517 781 94

**e-post:** partstudien@smd.sll.se

**Postadress:** Samhällsmedicin, PART-studien, Norrbackabyggnaden, 171 76 Stockholm



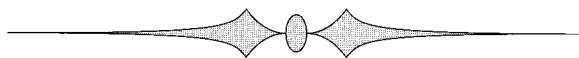
## Enkäten som vi vill be Dig fylla i innehåller frågor om:

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

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

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

Formuläret tar c:a 45 minuter att fylla i. Var vänlig använd bara blå eller svart kulspets- eller bläckpenna när Du fyller i enkäten.



7

## A. Nuvarande familjeförhållanden

### 1. Har Du egna barn?

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

Ja

Nej

Antal söner

Ålder/åldrar

.....

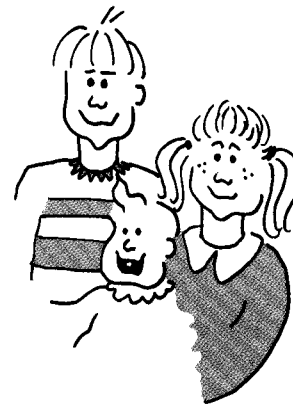
.....

Antal döttrar

Ålder/åldrar

.....

.....



Om Du har svarat "Nej", är barnlösheten:

Frivillig

Ofrivillig

### 2. Bor Du tillsammans med någon annan vuxen person?

Nej

Ja, sammanboende med partner eller maka/make

Ja, sammanboende med förälder/föräldrar

Ja, sammanboende med annan/andra

### 3. Bor några barn hemma hos Dig?

Fyll i det alternativ som passar bäst.

Ja, permanent

Ja, periodvis men ungefär halva tiden

Ja, men betydligt mindre än halva tiden

Nej, sällan eller aldrig

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

0-6 år .....

7-15 år .....

16-17 år .....

18 år och äldre .....

### 4. Är Du eller Din partner gravid?

Ja

Nej

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

Alltid

För det mesta

Ibland

Sällan

Aldrig

## B. Ekonomi

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

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

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

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

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

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

## C. Personliga förhållanden och människor i Din omgivning

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

- Ingen  6-10  
 1-2  11-15  
 3-5  Mer än 15

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

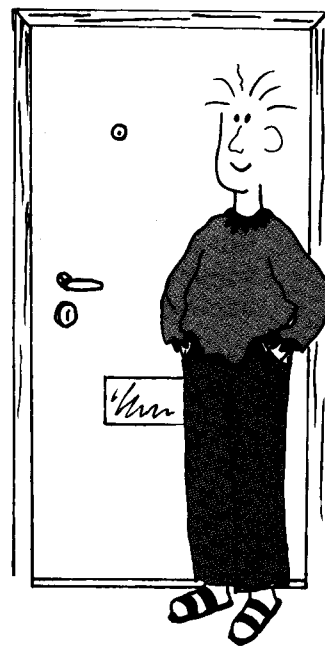
- Ingen  6-10  
 1-2  11-15  
 3-5  Mer än 15

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

- Ingen  6-10  
 1-2  11-15  
 3-5  Mer än 15

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

- Ingen  6-10  
 1-2  11-15  
 3-5  Mer än 15



- |   | Stämmer<br>helt          | Stämmer<br>ganska bra    | Stämmer<br>inte så bra   | Stämmer<br>inte alls     |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. Det finns en särskild person som jag känner att jag verkligen kan få stöd av.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Det finns en särskild person som känner sig stå väldigt nära mig.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Andra människor visar uppskattning för det jag gör.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Det finns människor i min omgivning som jag lätt kan be om saker. (T.ex. låna verktyg eller kökssaker).  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Bortsett från dem hemma, finns det andra som jag kan vända mig till om jag är i svårigheter, någon som jag lätt kan träffa, som jag litar på och kan få verklig hjälp av när jag har det besvärligt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |   | I hög<br>grad            | I viss<br>mån            | Inte<br>speciellt        | Inte alls                |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10. Är Du rotad i, och känner stark samhörighet med det område där Du bor?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Känner Du stark samhörighet med Din släkt? (Utöver make/maka, sambo, barn). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. Har Du under de senaste 12 månaderna p g a sömnsvårigheter, personliga problem eller psykiska besvär haft kontakt med någon av följande:

- |   | Ja                       | Nej                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Kontakter i öppen vård                              |                          |                          |
| – Psykiater inom landstinget .....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Psykiater på privatmottagning .....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Psykolog/psykoterapeut inom landstinget .....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Privatpraktiserande psykolog/psykoterapeut .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Allmänläkare på vårdcentral/husläkarmottagning .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Privatläkare med allmänpraktik .....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Annan medicinsk/psykologisk behandling .....      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Alternativmedicinsk behandling. Vilken?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| .....   |                          |                          |
| .....   |                          |                          |
| Inlagd på sjukhus                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

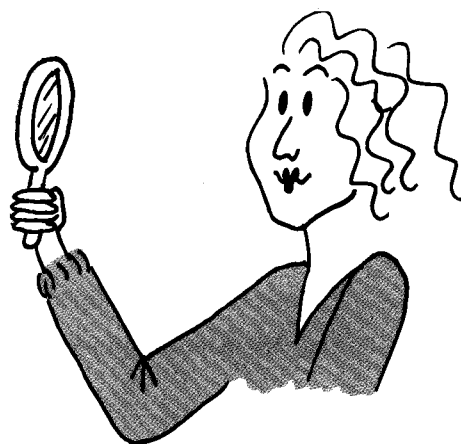
**13. Har Du under de senaste 12 månaderna p g a kroppsliga besvär eller kroppslig sjukdom haft kontakt med någon av följande:**

	Ja	Nej
Kontakter i öppen vård		
– Allmänläkare på vårdcentral/husläkarmottagning..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Privatläkare med allmänpraktik .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Specialistläkare inom landstinget .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Specialistläkare med privatpraktik .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Annan medicinsk behandling .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Alternativmedicinsk behandling. Vilken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
.....		
 Inlagd på sjukhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## D. Ditt sätt att reagera på problem och svårigheter

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

	Stämmer	Stämmer inte
a -1 Jag lägger ned mer tid och energi .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b -2 Jag kan ändå koppla av ibland .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c -3 Jag försöker se situationen som en möjlighet till att utvecklas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d -4 Jag blir irriterad och retlig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e -5 Jag känner mig ganska hjälplös .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f -6 Jag får dåligt samvete .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g -7 Jag blir orolig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h -8 Jag söker stöd och hjälp .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i -9 Jag försöker skaffa information för att kunna ta itu med problem på ett sakligt sätt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j -10 Jag försöker organisera och planera mitt liv bättre ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k -11 Jag avvaktar och hoppas att problemen löser sig ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l -12 Jag tar det lugnt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





2. När Du inte mår bra, t.ex. om Du har personliga problem och besvär, är det då någonting Du gör för att må bättre? Kryssa för det eller de alternativ som passar in på Dig:

- Mår aldrig dåligt .....
- Motionerar (t.ex. tränar, arbetar med kroppen, promenerar) .....
- Söker ensamhet .....
- Äter nyttigare .....
- Dricker alkohol .....
- Använder narkotika .....
- Använder läkemedel .....
- Mediterar .....
- Värnar om mig själv (t.ex. säger ifrån, tänker mer på mig själv) .....
- Ägnar mig åt någon hobby (t.ex. stickar, lyssnar på musik, spelar dataspel) .....
- Ser på TV .....
- Är ute i naturen .....
- Läser böcker eller tidningar .....
- Sover eller vilar .....
- Ägnar mig åt sex .....
- Ägnar mig åt kulturella aktiviteter (t.ex. går på museum, teater, bio, konserter) .....
- Ägnar mig åt sociala aktiviteter (t.ex. går på krogen, möten, föreningar) .....
- Är med någon vän/vänner .....
- Är med någon i familjen .....
- Pratar med någon utomstående, (t.ex. terapeut, läkare, psykolog) .....
- Annat - Vad? .....

## E. Motionsvanor

1. Motionerar du regelbundet, dvs. 2-3 gånger i veckan?

Ja  Nej

Om "Ja", på vilket sätt?.....

.....

## F. Viktiga händelser i livet som kan ha inträffat

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

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

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

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

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



	Ja	Nej
Skilsmässa eller separation .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gift mig eller startat samboförhållande .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flyttat .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fått barn eller adopterat barn .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bytt arbetsplats .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minskat ansvar i arbetet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ökat ansvar i arbetet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andra viktiga händelser – Vilken, vilka?

.....

.....

.....

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

Påverkade mig starkt negativt	Ganska negativt	Betydde inte speciellt mycket	Ganska positivt	Påverkade mig starkt positivt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## G. Sysselsättning, yrke och arbetslöshet

### 1. Vilka är Dina nuvarande sysselsättningar?

Markera alla alternativ som gäller Dig.

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



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

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

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

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

**4. Har Du varit arbetslös någon gång de senaste 3 åren?**

Ja     Nej

Om "Ja", hur många gånger har Du varit arbetslös under de senaste 3 åren?

Antal gånger: .....

Ungefär hur lång tid har Du sammanlagt varit arbetslös under de senaste 3 åren?

Antal månader: .....

Om Du är arbetslös — gå till fråga **I 1**.

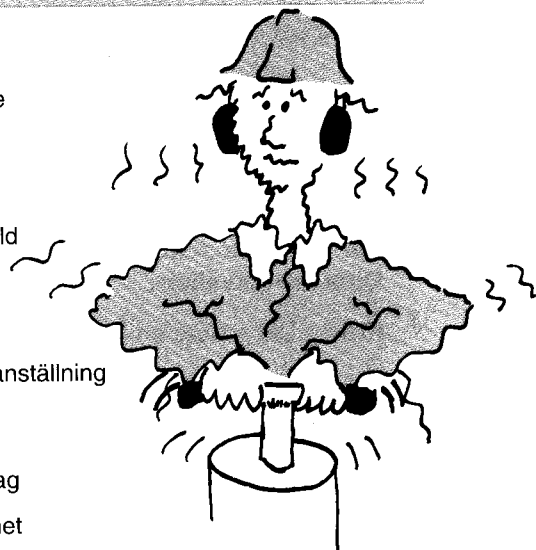
Om Du varken har arbete för närvarande eller är arbetslös — gå till fråga **J 1**.

## H. Frågor till Dig som har arbete för närvarande

### 1. Hur är Du för närvarande anställd?

Om Du har flera arbeten kan flera alternativ anges.

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



### 2. Vem är ägare/huvudman för Din arbetsplats

- Privat ägt företag
- Statlig myndighet
- Statligt ägt företag
- Affärsdrivande verk
- Landsting/landstingsägt bolag
- Kommun/kommunalt ägt bolag
- Annat

### 3. Vilken arbetstid har Du vanligtvis i Ditt nuvarande arbete?

Om Du har flera arbeten kan flera alternativ anges.

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

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

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

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

- Ja
- Nej

### 5. Hur är könsfördelningen på Din arbetsplats?

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

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

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

Ange det alternativ som passar bäst.

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

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

- |   | Ja, ofta                 | Ja, ibland               | Nej, sällan              | Nej, så gott som aldrig  |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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 ofta 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 saker om och om igen? .....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 Har Du frihet att bestämma <u>hur</u> Ditt arbete ska utföras? .....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 Har Du frihet att bestämma <u>vad</u> som ska utföras i Ditt arbete? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

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

- |   | Stämmer helt             | Stämmer ganska bra       | Stämmer inte särskilt bra | Stämmer inte alls        |
|---|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| 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 bra med mina arbetskamrater .....                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |

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

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

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

Ja, i stor omfattning  
 I liten omfattning

I viss mån  
 Nej, inte alls

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

Ja  Nej

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

	Minskat	Oförändrat	Ökat
Arbetsbelastning .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tidspress i arbetet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetets svårighetsgrad .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Övertidsuttag .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omväxling i arbetsuppgifter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunskapskraven i arbetet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansvar för de egna uppgifterna .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möjligheter att utvecklas och lära nytt i arbetet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stöd och uppbackning när Du behöver .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samarbetet på arbetsplatsen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delaktighet i verksamheten i stort .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inflytande och kontroll över det egna arbetet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anställningstrygghet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lön i förhållande till arbetsinsatsen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möjligheter att förena yrkesarbete och privatliv .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Ja  Nej

15. Hur bedömer Du Din nuvarande arbetsförmåga i jämförelse med de kroppsliga krav (t. ex. styrka, uthållighet, rörlighet, fingerfärdighet) som Ditt arbete ställer?

Mycket dålig  Ganska dålig  Någorlunda  
 Ganska god  Mycket god

16. Hur bedömer Du Din nuvarande arbetsförmåga i jämförelse med de psykiska krav (t. ex. kunskaper, påhittighet, ansvarstagande, samarbetsförmåga) som Ditt arbete ställer?

Mycket dålig  Ganska dålig  Någorlunda  
 Ganska god  Mycket god

17. Med tanke på Din hälsa – tror Du att Du kan arbeta i Ditt nuvarande yrke om 2 år?

Troligen inte  
 Jag är osäker på det  
 Ja, ganska säkert

# I. Frågor till Dig som är arbetslös för närvarande

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

Antal månader

1. Sedan hur länge är Du arbetslös?

.....

Antal månader

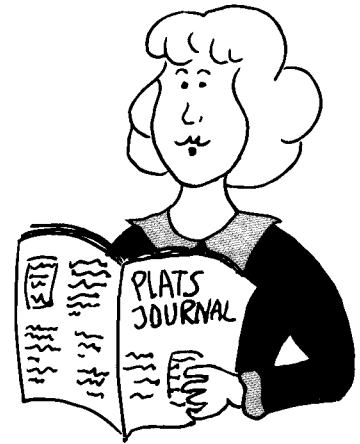
2. Hur lång tid varade Din senaste anställning?

.....

3. I vilken utsträckning söker Du arbete?

Fyll i det/de alternativ som passar bäst.

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



# J. Hälsotillstånd

1. Hur lång är Du? ..... centimeter

2. Ungefär hur mycket väger Du? ..... kg

3. Hur mycket skulle Du vilja väga? ..... kg

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

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

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

	För närvarande	Tidigare
Hjärtinfarkt, kärlkramp i hjärtat .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan hjärtsjukdom .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Högt blodtryck .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärnblödning eller blodpropp i hjärnan .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologisk sjukdom (sjukdom i hjärna, ryggmärg, nervtrådar) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rörelsenedsättning .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Värk i rygg, axlar och/eller nacke .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huvudvärk .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörselnedsättning .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synskada .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	För närvarande	Tidigare
Sockersjuka .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Struma/sköldkörtelsjukdom eller annan ämnesomsättningssjukdom .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma, kronisk luftrörskatarr eller annan lungsjukdom .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magsår .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronisk tarmsjukdom .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronisk leversjukdom .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjukdom i njurar och/eller urinvägar .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjukdom i underlivet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allvarlig infektion .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumör - godartad .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumör - elakartad .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reumatisk sjukdom .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allvarlig kroppsskada i samband med olycksfall .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykisk sjukdom och/eller nervösa besvär .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholproblem .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allvarlig hudsjukdom .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan allvarlig sjukdom - Vilken? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**6. Har Du någon gång under de senaste 30 dagarna varit helt eller delvis sjukskriven?**  Ja  Nej

Om "Ja", antal sjukskrivningsdagar: ..... dagar

**7. Tar Du någon/några mediciner för närvarande?**  Ja  Nej

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

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

## K. Ditt vanliga sätt att handla och känna

I detta avsnitt finns ett antal frågor, som gäller Dina vanor, vad Du anser, hur Du brukar reagera eller känna Dig. Du ska ta ställning till vilket av de fyra möjliga svaren som bäst motsvarar Ditt vanliga sätt att handla eller känna, alltså inte hur Du känner Dig just nu, utan mer hur Du brukar känna Dig i allmänhet.

Arbeta snabbt och fundera inte för länge på någon fråga!

	Stämmer inte alls	Stämmer inte särskilt bra	Stämmer ganska bra	Stämmer precis
1. Ganska ofta kommer jag på mig med att helt utan anledning bita ihop käkarna .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jag har alltför lätt att bli trött och jäktad .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jag har lätt för att komma människor nära inpå livet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jag har haft det ganska besvärligt här i livet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jag känner mig ofta rastlös, som om jag ville något utan att veta vad .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jag kan klara av att bli störd när jag håller på med ett arbete .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jag undviker människor som är intresserade av mina personliga förhållanden .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jag tycks aldrig kunna undvika att råka i trassel ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Jag känner mig ofta stel och spänd i kroppen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. För att få något gjort måste jag förbruka mer krafter än de flesta .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Jag känner mig besvärad då folk kommer till mig med personliga förtroenden .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Jag har ofta råkat illa ut, trots att det inte varit mitt fel .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ibland dunkar hjärtat hårt eller slår oregelbundet utan påtaglig anledning .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Jag brukar kunna koncentrera mig även om omgivningen är störande .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Jag trivs bäst med att hålla människor på ett visst avstånd .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Det ser ut som om jag aldrig skulle få någon chans att komma någonstans här i livet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Jag kan plötsligt börja svettas utan särskild anledning .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Stämmer inte alls	Stämmer inte särskilt bra	Stämmer ganska bra	Stämmer precis
18. Jag blir lätt stressad när jag uppmanas att skynda på med ett arbete .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Jag föredrar att slippa engagera mig i andra människors problem .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Jag tycks oftare än andra göra saker som jag sedan får ångra .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Jag rycker till häftigt för oväntade ljud .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Jag känner mig lugn och säker även om jag ställs inför nya uppgifter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Jag är nog snarare reserverad och lite kylig än hjärtlig och varm .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Det har hänt att jag avundats folk som har haft tur här i livet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ibland får jag en känsla av att inte få tillräckligt med luft för att kunna andas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Jag tycker att jag orkar mindre än de flesta i min bekantskapskrets .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Människor brukar ofta komma till mig med sina bekymmer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Jag känner det ofta som om jag gjort något illa eller orätt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# L. Välbefinnande

## Hur har Du mått den senaste veckan?

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

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

1      2      3      4



Höga P =  
Läst välbef

## M. Besvär och oro

De följande frågorna handlar om problem och besvär som människor ibland har. Läs varje problem och ta ställning till hur mycket det besvärat eller plågat Dig **den sista veckan**. Sätt sedan ett kryss i kolumnen under det svarsalternativ som stämmer bäst för Dig. Markera bara ett alternativ för varje problem.

Hur mycket besvärades du av:	Inte alls	Lite grann	Mått- ligt	En hel del	Extremt mycket
1. Nervositet eller invärtes oro .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Förlust av sexuellt intresse eller njutning .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Att lätt känna Dig förargad eller irriterad .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Att känna Dig energilös eller trög .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tankar på att göra slut på Ditt liv .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Att darra .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Att ha lätt för att börja gråta .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Att känna Dig snärjd eller fångad .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Att plötsligt bli skräckslagen utan anledning .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Vredesutbrott som Du inte kunnat kontrollera .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Att förebrå Dig själv saker .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Att känna Dig ensam .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Att känna Dig nedstämd .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Att oroa Dig för mycket för saker .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Att inte känna något intresse för saker .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Att känna Dig rädd .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Att hjärtat dunkar eller Du får hjärtklappning .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Att känna hopplöshet inför framtiden .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Att känna Dig spänd eller uppjagad .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Att ha impulser att slå, såra eller skada någon .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Att ha impulser att slå sönder eller krossa saker .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Att allt känns som en ansträngning .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Perioder av skräck eller panik .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Att ofta hamna i dispyter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Att känna Dig så rastlös att Du inte kunnat sitta still .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Känslor av värdelöshet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Att känna att välkända saker är främmande eller överkliga .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Att skrika eller kasta saker .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Att känna Dig pressad att få saker gjorda .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# N. Sinnesstämning

## Hur har Du känt Dig de senaste 14 dagarna?

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

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

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

## O. Rökvanor

### 1. Röker Du?

- Ja, röker regelbundet
- Ja, röker ibland
- Nej, slutade röka år .....
- Nej, jag har aldrig rökt

### 2. Hur mycket röker Du?

Antal ..... cigaretter per dag

Antal ..... cigarrer eller cigarrcigaretter per dag

Antal ..... gram piptobak per vecka

## P. Alkoholvanor

Med ett "glas" menas i det följande:



33 cl starköl



45 cl folköl



1 glas vin



1 litet glas starkvin



4 cl starksprit

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

- Ja  Nej

Om "Ja", gå till fråga 2. Om "Nej", gå till fråga Q1.

2. Hur ofta dricker Du alkohol?

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

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

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

- |   | Aldrig  | Mer sällan<br>än 1 gång<br>i månaden | Varje<br>månad           | Varje<br>vecka           | Dagligen<br>eller nästan<br>varje dag |
|---|---|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| 4. Hur ofta dricker Du sex sådana "glas" eller mer vid samma tillfälle?   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              |
| 5. Hur ofta under senaste året har Du inte kunnat sluta dricka sedan Du börjat?   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              |
| 6. Hur ofta under senaste året har Du låtit bli att göra något som Du borde för att Du drack?   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              |
| 7. Hur ofta under senaste året har Du behövt en "drink" på morgonen efter mycket drickande dagen innan?   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              |
| 8. Hur ofta under senaste året har Du haft skuld-känslor eller samvetsförebräelser på grund av Ditt drickande?                                    | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              |
| 9. Hur ofta under senaste året har Du druckit så att Du dagen efter inte kommit ihåg vad Du sagt eller gjort?                                     | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              |
| 10. Har Du eller någon annan blivit skadad på grund av Ditt drickande?  | <input type="checkbox"/> Nej<br><input type="checkbox"/> Ja, men inte under senaste året<br><input type="checkbox"/> Ja, under det senaste året |                                      |                          |                          |                                       |
| 11. Har en släkting eller vän, en läkare eller någon annan inom sjukvården oroat sig över Ditt drickande eller antytt att Du borde minska på det? | <input type="checkbox"/> Nej<br><input type="checkbox"/> Ja, men inte under senaste året<br><input type="checkbox"/> Ja, under det senaste året |                                      |                          |                          |                                       |

## Q. Drogvanor

1. Har Du någon gång använt narkotika?  
(gäller inte lugnande medel och sömnmedel).
- Ja     Nej, aldrig
- Om "Nej", gå till fråga R1.
2. När använde Du senast narkotika?  
(gäller inte lugnande medel och sömnmedel)
- I dag  
 Senaste veckan  
 Senaste månaden  
 Senaste 12 månaderna  
 För mer än 12 månader sedan
3. Vilket/vilka preparat har Du någon gång använt? Flera alternativ kan anges.
- Cannabis (hasch eller marijuana)  
 Centralstimulantia (t.ex. amfetamin)  
 Opiater (opium, heroin, morfin, crack, etc.)  
 Hallucinogener (t.ex. LSD)  
 Kokain  
 Ecstasy  
 Annat, nämligen .....





# **PART**

PSYKISK HÄLSA – ARBETE – RELATIONER

En befolkningsstudie i Stockholms län