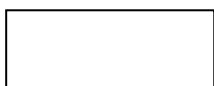


Ung i Luleå 1981



– en 26-årsuppföljning om arbete och hälsa



Det var 26 år sedan det började

Våren 1981 medverkade Du för första gången i forskningsprojektet "Ung i Luleå 1981" som handlar om hur arbete och arbetslöshet påverkar Din hälsa. Det har nu gått 26 år sedan dess. Vid tre andra tillfällen har Du deltagit i undersökningen: 1983, 1986 och 1995. Vi har efter varje undersökningsomgång skickat Dig en sammanfattning av de viktigaste fynden från studierna. Resultaten ifrån projektet har fått stort genomslag i såväl forskning som i övriga samhället och legat till grund för en rad förändringar för att förbättra folkhälsan såväl i Sverige som internationellt.

Som framgick av inbjudan till klassträffarna är det nu dags för en uppföljning.. Här kommer nu enkäten. För att minska antalet frågor i formuläret, och för att inte belasta Dig med frågor om uppgifter som redan finns insamlade kommer de svar Du lämnat att kompletteras med registeruppgifter från Statistiska centralbyrån (SCB). Från början av 1990-talet kommer vi att hämta årliga uppgifter om sysselsättning, yrke, antal dagar med föräldraledighet, sjukpenning och arbetslöshet. Uppgifterna hämtas från LISA-databasen, en longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier.

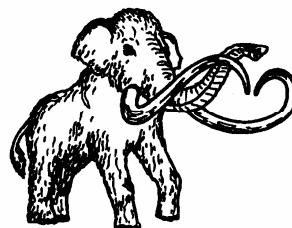
Aktuella studier har visat att förhållanden vid födelsen kan ha betydelse för hälsan som vuxen. Vi har också fått medel ifrån Vetenskapsrådet för att samla in data från förlösnings- och BB-journalen (om framförallt Din längd och vikt vid födelsen).

Nytt för i år är att vi erbjuder Dig en gratis hälsoundersökning. Du som bor i Norrbotten kommer att kontaktas av projektledningen och få en tid för provtagning. Ni andra får med detta brev en remiss till vårdcentral samt viktiga instruktioner för hur stresshormoner i saliven ska mätas.

Det frågeformulär som Du ska besvara är som tidigare försett med ett personligt nummer. Inga obehöriga har tillgång till Dina data. Numret behövs för att vi ska se vilka som ska få en påminnelse. Numret behövs också för att vi ska kunna sätta ihop dina svar denna gång med Dina tidigare svar. Slutligen behövs numret för att SCB ska kunna koppla registerdata till Ditt enkätsvar. SCB har ingen kodnyckel till enkäten så den person som kopplar samman dessa data kan inte veta vad Du har svarat. Alla identitetsuppgifter avlägsnas av SCB innan materialet återsänds till oss. Det innebär att när vi får tillbaka datafilen kan vi inte urskilja hur just Du har svarat. Du har rätt att när som helst avbryta din medverkan i projektet. Projektet har godkänts med etik tillstånd ifrån Regionala etikprövningsnämnden i Umeå.

Med vänliga hälsningar

Anne Hammarström
(Kontaktuppgifter sista sidan)



Kryssa i rutorna så tydligt som möjligt. Använd blyertspenna. Ange ett svarsalternativ om inte annat anges.

ARBETE, STUDIER, ARBETSLÖSHET

1. Vilken är Din arbetsmarknadssituation för närvarande

- Förvärvsarbetar → Gå till fråga 2
- Studerar på universitet, högskola.
 Studerar på annan skola (ex KOMVUX)
 Arbetsmarknadsåtgärd
 Arbetslös
 Förtidspensionerad/sjukersättning
 Sköter eget hushåll på heltid
 Inget av ovanstående utan
- } Gå till fråga 4



2. Vilken anställningsform har Du?

- Egenföretagare
 Fast/tillsvidareanställning
Någon av följande tidsbegränsade anställningar:
 projekt/objektanställd
 vikariat
 provanställd
 behovsanställd (rycker in vid behov, beroende på arbetsanhopning)
 säsongsanställd (ex vinterjobb på skidanläggning eller sommarjobb på jordbruk, restaurant)
 annan tidsbegränsad anställning. Vilken?

3. Hur många timmar i veckan förvärvsarbetar Du i genomsnitt?

	timmar
	timmar

4. Hur många timmar i veckan skulle Du vilja förvärvsarbeta?

5. Är Du för närvarande

- | | Ja | Nej |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| Föräldraledig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sjukskriven | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Vilket är ditt yrke? Ange Ditt senaste yrke om Du inte förvärvsarbetar nu. Ange yrket så specifikt som möjligt, ex vårdbiträde inom äldreomsorgen, stränggjutare på SSAB, gymnasielärare

7. Vad för slags verksamhet eller produktion finns det på Din arbetsplats(ex. handel, sjukhus, byggarbetsplats eller grundskola)? Svara utifrån ditt senaste arbete om Du inte förvärvsarbetar nu.

8. Gör Du vad Du helst vill?

- Ja
 Nej Vad vill Du göra _____

9. Vad har Du för utbildning? Ange den längsta utbildningen.

- Grundskola
 Tvåårig gymnasieutbildning
 Tre- till fyraårig gymnasieutbildning
 Akademisk grundexamen (ex. fil. kand.)
 Annan eftergymnasial utbildning (ange vilken _____)

10. Några frågor om Ditt förvärvsarbete. Om Du inte förvärvsarbetar nu, så svara utifrån Ditt senaste jobb.

	Varje dag	Ett par dagar per vecka	En dag per vecka	Ett par dagar per månad	Sällan eller aldrig
a. Händer det att Du inte kan koppla av tankarna från arbetet när Du är ledig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Händer det att Du känner olust när Du går till arbetet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Är Du utsatt för personlig förföljelse genom elaka ord och handlingar från chefer eller arbetskamrater?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Är Du utsatt för sexuella trakasserier på arbetsplatsen genom ovälkomna närmanden eller kränkande anspelningar kring sådant man allmänt förknippar med sex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Frågor om krav och inflytande i Din verksamhet? Med verksamhet menas här Din huvudsakliga sysselsättning (förvärvsarbete, studier, arbetslöshet etc).

	Ja, ofta	Ja, ibland	Nej, sällan	Nej, så gott som aldrig
a. Är Din verksamhet kroppsligt tungt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Kräver Din verksamhet att Du arbetar mycket fort?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Är Din verksamhet psykiskt påfrestande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Kräver Din verksamhet att Du arbetar mycket hårt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Kräver Din verksamhet en för stor arbetsinsats?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Har Du tillräckligt med tid för att hinna med Dina uppgifter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Förekommer det motstridiga krav i Din verksamhet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Får Du lära Dig nya saker i Din verksamhet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Kräver Din verksamhet skicklighet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Kräver Din verksamhet påhittighet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Innebär Din verksamhet att man gör samma sak om och om igen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Har Du frihet att bestämma hur Du ska göra saker och ting i Din verksamhet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Har Du frihet att bestämma vad som skall utföras i Din verksamhet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Om Dina uppgifter är svåra har Du då möjlighet att få råd och hjälp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Under vilka perioder har Du haft tillsvidare- resp. olika former av tidsbegränsade anställningar eller varit utanför arbetsmarknaden sedan 1996? Svara med ett eller flera kryss för varje vårtermin (=vt) från januari till och med juli och hösttermin (=ht) från augusti till och med december. Till hjälp för Ditt minne finns vissa händelser inlagda resp. år.

Viktig händelse	1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007	
	OS i Atlanta		Prinsessan Diana dör		Vinter OS i Japan				OS i Sydney		11 sept. attack		Val: S, MP och V vinner		Anna Lind mördas, EMU omröstning		OS i Aten		Tsunamin		Val, regerings-skifte			
Anställning	vt	ht	vt	ht	vt	ht	vt	ht	vt	ht	vt	ht	vt	ht	vt	ht	vt	ht	vt	ht	vt	ht	vt	ht
Tillsvidareanställd	<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"/>
Företagare	<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"/>
<i>Tillfälligt anställd:</i>																								
projekt/objekt anst	<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"/>
vikariat	<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"/>
provanställd	<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"/>
behovsanställd	<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"/>
säsongsanställd	<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"/>
annan tidsbegr.	<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"/>
Arbetslös	<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"/>
Arbetsmarknadsåtgärder	<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"/>
Utanför arbetsmarknaden (ex studier, resor mm)	<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"/>

13. Hur länge har Du sammanlagt varit arbetslös sedan januari 2005?

Månader

14. Hur länge har Du sammanlagt varit i arbetsmarknadsåtgärder sedan januari 2005?

Månader

15. Är Du nöjd med kvaliteten på det arbete Du utför? (om Du inte förvärvsarbetar just nu, svara utifrån ditt senaste arbete)

Alltid För det mesta För det mesta inte Aldrig

16. Hur är stämningen på Din arbetsplats? (om Du inte arbetar just nu, svara utifrån ditt senaste arbete)

	Stämmer helt	Stämmer nästan	Stämmer knappast	Stämmer inte alls
a. Det är en lugn och behaglig stämning på min arbetsplats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Det är god sammanhållning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Mina arbetskamrater ställer upp för mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Man har förståelse för att jag kan ha en dålig dag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Jag kommer bra överens med mina överordnade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Jag trivs med mina arbetskamrater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Det är lätt att på ett öppet sätt diskutera med arbetskamraterna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Det är accepterat för kvinnor att vara föräldralediga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Det är accepterat för män att vara föräldralediga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Hur sannolikt är det att något av nedanstående skulle kunna inträffa på Din nuvarande arbetsplats inom de närmaste 12 månaderna?

	Mycket osannolikt	Osannolikt	Varken eller	Troligt	Mycket troligt
Att Du får ett bättre jobb inom nuvarande organisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att Du får ett sämre jobb inom nuvarande organisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att antalet timmar Du jobbar varierar från vecka till vecka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att Du förlorar ditt nuvarande jobb men hittar ett annat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Hur stor bedömer Du risken att Du kommer att bli ofrivilligt arbetslös?

Stor risk Viss risk Liten risk Ingen risk

19. Hur lätt skulle det vara för Dig att få ett annat likvärdigt jobb, utan att behöva flytta (dvs. att byta bostad)?

Mycket lätt Ganska lätt Ganska svårt Mycket svårt



20. Håller Du med om dessa påståenden?

	Håller inte alls med				Håller helt med		
	1	2	3	4	5	6	7
a. Det är mycket viktigt för mig att ha ett förvärvsarbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Även om jag vann en stor summa pengar på tipset, skulle jag vilja jobba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Jag avskyr (skulle avsky) att vara arbetslös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Jag blir väldigt snabbt uttråkad om jag inte har något att göra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Bland det viktigaste i livet är att få ett jobb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Om arbetslöshetsunderstödet var högt skulle jag ändå föredra att jobba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Jag har fullt upp att göra hela tiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Jag behöver mycket sällan vara punktlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Större delen av dagen har jag saker att göra på regelbundna tider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Jag sysslar med sådant som är viktigt att det blir utträttat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Ibland känns det som om folk ser ner på mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HÄLSOTILLSTÅND

21. Hur bedömer Du ditt allmänna hälsotillstånd?

- Gott Dåligt Något däremellan



22. Har Du varit sjukfrånvarande i kortare perioder (färre än 14 dagar i följd) under de senaste 12 månaderna?

- Nej
 Ja, en gång
 Ja, 2-4 gånger
 Ja, 5-9 gånger
 Ja, 10 gånger eller fler

23. Har Du under de senaste 12 månaderna gått till jobbet trots att Du pga. hälsotillståndet borde ha sjukanmält Dig?

- Nej
 Ja, en gång
 Ja, 2-4 gånger
 Ja, 5-9 gånger
 Ja, 10 gånger eller fler

24. Finns det några arbeten som Du inte kan ta för att Du är sjuk eller för att Du får hälsobesvär av det?

- Nej
 Ja, vilka besvär eller sjukdomar?



25. Har Du (eller har Du de senaste 12 månaderna haft) något av följande:

	Nej	Ja, lätt	Ja, svår
a. Huvudvärk, migrän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Förkylning, influensa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Långvarig luftrörskatarr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Synbesvär/ögonsjukdom trots glasögon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Hörselnedsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Magkatarr (sura uppstötningar, halsbränna), magsår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Annan magvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Illamående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Avmagring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Diarré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Förstoppning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Dålig matlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Gallbesvär eller gallsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Hemorrojder, smärtor i ändtarmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Ljumsckbräck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. Värk i skuldror eller axlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. Värk i händer, armbågar, ben eller knän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s. Ryggvärk, höftsmärtor eller ischias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t. Blåskatarr eller liknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u. Njurbesvär eller njursten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v. Blodbrist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
x. Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
y. Allergiska besvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
z. Eksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
å. Andra utslag eller psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ä. Epilepsi eller annan neurologisk sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ö. Struma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a1. Högt blodtryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a2. Höga blodfetter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a3. Diabetes, sockersjuka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a4. Övervikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a5. Smärtor eller värk i bröstet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a6. Propp i hjärnan (slaganfall)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a7. Propp i hjärtat (hjärtinfarkt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a8. Elakartad tumör, cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a9. Ängslan, oro eller ångest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a10. Sömnsvårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a11. Nedstämdhet, depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a12. Andfåddhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a13. Yrsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a14. Överansträngning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a15. Allmän trötthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsättning på fråga 25

Endast kvinnor:

	Nej	Ja, lätt	Ja, svår
a16. Komplikationer vid graviditet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a17. Mensbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a18. Andra underlivsbesvär (flytningar, smärtor, framfall mm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Har Du nu eller under de senaste 12 månaderna haft någon annan sjukdom än de ovan uppräknade?

- Nej
 Ja, vilken? _____

27. Hur lång är Du?

cm (Svara i hela cm)

28. Vad väger Du?

kg (Svara i hela kg. Om du är gravid, ange vad du brukar väga).

29. Har Du haft sömnproblem de senaste 12 månaderna?

- Aldrig
 Av och till
 Ganska ofta
 Ständigt



30. Har Du haft nervösa besvär de senaste 12 månaderna?

- Nej
 Ja. Sätt ett kryss framför varje besvär Du haft
- Kämt Dig rastlös
 - Haft koncentrationssvårigheter
 - Kämt Dig orolig, ängslig
 - Haft hjärtklappning eller känningar i magen
 - Haft ångest eller känt panik
 - Annat

31. Hur ofta har Du haft nervösa besvär under de senaste 12 månaderna?

- Aldrig
 Av och till
 Ganska ofta
 Ständigt

32. Hur ofta har Du känt Dig ledsen och nedstämd de senaste 12 månaderna?

- Aldrig
 Av och till
 Ganska ofta
 Ständigt

33. Har Du under de senaste veckorna:

	Inte alls	Som vanligt	Litet mer än vanligt	Mycket mer än vanligt
a. Kunnat koncentrera Dig på det Du gör?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Haft svårt att sova p.g.a. oro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Upplevt att Du gjort någon nytta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Kunnat fatta beslut i olika frågor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Känt Dig spänd och pressad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Haft svårt att klara av Dina problem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Kunnat uppskatta det Du gjort om dagarna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Tagit itu med Dina problem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Känt Dig olycklig och nedstämd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Förlorat tron på Dig själv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Tyckt att Du är värdelös?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. På det hela taget känt Dig någorlunda lycklig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Nedan följer ett antal påståenden om känslor som kan uppstå i samband med arbete. Svara utifrån ditt senaste jobb om Du inte förvärsarbetar just nu.

	Varje dag	Några gånger per vecka	Någon gång per vecka	Några gånger per månad	Någon gång per månad	Några gånger per år eller mindre/ Aldrig
a. Jag känner mig känslomässigt tömd av mitt arbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Jag känner mig helt slut när arbetsdagen är över	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Jag känner mig trött när jag går upp på morgonen för att möta en ny arbetsdag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Att arbeta under en hel dag är verkligen påfrestande för mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Jag känner mig utbränd av mitt arbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Har Du använt någon av följande mediciner de senaste två veckorna?

	Ja	Nej
a. Smärtstillande medel (t.ex. Alvedon, Ipren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Medel mot magkatarr, sura uppstötningar (Losec mm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Antidepressiva medel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sömnmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. P-piller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Blodtryckssänkande medel Vilka? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Medel mot höga blodfetter Vilka? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Medel mot diabetes? Vilka? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. När var Du senast hos tandläkaren?

- Under de senaste två åren
- För 2-5 år sedan
- För 5-22 år sedan
- Aldrig efter 20 års ålder



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

- Ja
- Nej. Gå till fråga 41

38. Hur många gånger?

- Någon enstaka gång
- Några gånger
- Upprepade gånger

39. Var skedde detta huvudsakligen?

- På arbetsplatsen
- I hemmet
- Någon annanstans

40. Av vem?

- | | | | | | |
|--------------------------------|---------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Patienter, klienter,
kunder | Chefer/
arbetskamrater | Nuvarande
make/maka/partner | Före detta
make/maka/partner | Annan | Okänd |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

41. Har Du någon gång under de senaste 12 månaderna blivit utsatt för fysiskt våld (exempelvis knuffad, sparkad, slagen, dragen i håret)

- Ja
- Nej. Gå till fråga 46

42. Hur många gånger?

- Någon enstaka gång
- Några gånger
- Upprepade gånger

43. Var skedde detta huvudsakligen?

- På arbetsplatsen
- I hemmet
- Någon annanstans

44. Av vem?

- | | | | | | |
|--------------------------------|---------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Patienter, klienter,
kunder | Chefer/
arbetskamrater | Nuvarande
make/maka/partner | Före detta
make/maka/partner | Annan | Okänd |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

45. Ledde detta till sådan kroppsskada så att Du behövde söka läkarvård?

- Ja
- Nej

LEVNADSVANOR

46. Hur ofta brukar Du dricka starköl?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Dricker inte starköl | Varje eller varannan dag | 1-2 gånger i veckan | Någon gång i månaden | Mera sällan |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

47. Hur mycket starköl dricker Du ungefär vid varje tillfälle? (1 flaska =33 cl)

- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| Dricker inte starköl | En flaska eller mindre | En burk (1-1,5 flaskor) | Två burkar (2-3 flaskor) | 3-4 burkar (4-6 flaskor) | 5-10 burkar (7-15 flaskor) | Mer än 10 burkar (15 flaskor) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

48. Hur ofta brukar Du dricka vin?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Dricker inte vin | Varje eller varannan dag | 1-2 gånger i veckan | Någon gång i månaden | Mera sällan |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

49. Hur mycket vin dricker Du ungefär vid varje tillfälle?

- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Dricker inte vin | 2-5 cl | 10-20 cl (1-2 vinglas) | En halvflaska | 60 cl | En helflaska | Mer än en helflaska. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

50. Hur ofta brukar Du dricka starksprit? Med starksprit avses brännvin, vodka, gin, konjak, whisky, likör, punsch och liknande. Även starksprit som ingår i exempelvis drink eller grogg

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Dricker inte starksprit | Varje eller varannan dag | 1-2 gånger i veckan | Någon gång i månaden | Mera sällan |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

51. Hur mycket starksprit dricker Du ungefär vid varje tillfälle?

- | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Dricker inte starksprit | 2 cl | 4-6 cl (ungefär en snaps) | 8-12 cl | 18 cl (1 kvarts flaska) | 37 cl (1 halvflaska) | 60 cl | 75 cl (1 hel flaska) | Mer än en hel flaska. |
| <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"/> |

52. Röker Du?

- Nej, jag har aldrig rökt
- Nej, jag har slutat
- Ja. Hur mycket röker Du? (Ett eller flera alternativ.)
 - Mer än 20 cigaretter/dag
 - 11-20 cigaretter/dag
 - 1-10 cigaretter/dag
 - Mindre än 1 cigarett/dag
 - Röker pipa, cigarr, cigarill

53. Snusar Du?

- Nej, jag har aldrig snusat
- Nej, jag har slutat
- Ja. Hur ofta brukar Du snusa?
 - 5 gånger om dagen eller oftare
 - 3-4 gånger om dagen
 - Någon gång i veckan
 - Någon gång i månaden eller mer sällan

54. Hur många timmar sover Du i genomsnitt per dygn?

 timmar

55. Hur ofta har Du idrottat eller motionerat de senaste 12 månaderna?

- Dagligen
- Flera gånger i veckan
- Någon gång i veckan
- Flera gånger i månaden
- Någon gång i månaden
- Sällan/aldrig

56. Hur ofta äter Du godis, sötsaker, bakelser m.m.?

- Flera gånger dagligen
- Någon gång dagligen
- Flera gånger i veckan
- Någon gång i veckan
- Mer sällan

57. Hur ofta äter Du grönskar och rotfrukter?

Gäller alla typer av grönsaker, baljväxter och rotfrukter utom potatis. Gäller färska, frysta, konserverade, stuvade, grönsaksjuicer, grönsakssoppor mm. Det kanske varierar under året, men försök ta något slags genomsnitt.

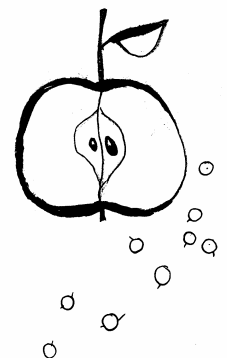
- 3 gånger per dag eller oftare
- 2 gånger per dag
- 1 gång per dag
- 5-6 gånger per vecka
- 3-4 gånger per vecka
- 1-2 gånger per vecka
- Några gånger per månad eller aldrig



58. Hur ofta äter Du frukt och bär?

Gäller alla typer av frukt och bär (färska, frysta, konserverade, juicer, kompott, mm). Det kanske varierar under året, men försök ta något slags genomsnitt.

- 3 gånger per dag eller oftare
- 2 gånger per dag
- 1 gång per dag
- 5-6 gånger per vecka
- 3-4 gånger per vecka
- 1-2 gånger per vecka
- Några gånger per månad eller aldrig



HEM- OCH FAMILJEFÖRHÅLLANDEN

59. Är Du gift/sambo?

- Ja
- Nej. Om du inte har någon partner gå fråga 63

60. Vilken är Din partners arbetsmarknadssituation för närvarande

- Förvärvsarbetar
- Studier
- Arbetsmarknadsåtgärd
- Arbetslös
- Förtidspensionerad/sjukersättning
- Inget av ovanstående utan

61. Vilket yrke är Din partner verksam inom? Om partnern inte har något arbete för tillfället, ange det senaste yrket så specifikt som möjligt, ex vårdbiträde inom äldreomsorgen, stränggjutare på SSAB, gymnasielärare

62. Hur jämställd anser Du att Din parrelation är?

Helt
jämställd

Ganska
jämställd

Någorlunda
jämställd

Inte särskilt
jämställd

Inte
jämställd alls

63. Bor Du i tätort eller i glesbygd?

- I glesbygd
- I samhälle med högst 500 invånare
- I samhälle med 500-2 000 invånare
- I småstad med 2 000 - 10 000 invånare
- I mellanstor stad (10 000 - 150 000 invånare)
- I storstad (Stockholm, Göteborg, Malmö, motsv. utomlands)



64. Har Du/ni barn som ni bor eller har bott tillsammans med?

- Ja. Vilket/vilka år är de födda?
- Nej. Gå till fråga 68

Född år	Född år	Född år	Född år	Född år	Född år

65. Bor Du för närvarande tillsammans med något/några av barnen?

- Ja, hela tiden
- Ja, delar av tiden
- Nej

66. Hur stor del av omvårdnaden om barnet/barnen tar Du ansvar för?

- Inget
- Mindre än hälften
- Hälften
- Mer än hälften
- Hela ansvaret

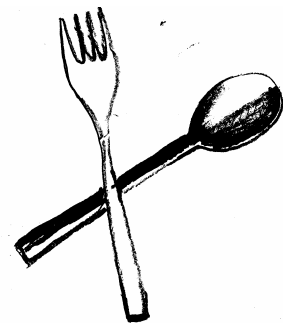
67. Hur fördelades föräldraledigheten för det yngsta barnet mellan Dig och den andra föräldern? (Uppskatta antalet månader)

Du mån

Andra föräldern mån

68. Hur stor del av ansvaret för hem- och hushållsarbete tar Du?

- Inget
- Mindre än hälften
- Hälften
- Mer än hälften
- Hela ansvaret



69. Hur bor Du?

- Hyreslägenhet
- Insats/bostadsrättslägenhet
- Villa/hus
- Annat. Vad? _____

70. Hur använder Du tiden en normal vecka?

	Ingen tid	< 1 timma	1-3 timmar	4-7 timmar	8-14 timmar	15-21 timmar	22-35 timmar	Mer än 35 tim.
a. Omvårdnad/tillsyn av barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hjälpa släkt och vänner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hemarbete (städa, laga mat, tvätta mm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Underhåll, reparationer av bostad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Skötsel av bil, mc mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Handla mat	<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. Motion, idrott	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Tid för andra intressen än motion (ex musik, jakt, handarbete)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

71. Vårdar Du någon anhörig som pga. långvarig sjukdom, invaliditet, hög ålder inte kan ta hand om sig själv?

- Ja
- Nej

72. Har Du tvingats att undvara något av följande under de senaste 12 månaderna på grund av dålig ekonomi?

	Ofta	Sällan	Aldrig	Ej aktuellt
a. Äta en lagad måltid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Köpa kläder som Du själv eller någon annan i familjen behöver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Betala hyra eller andra räkningar i tid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Gå på bio, konsert, teater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Bjuda hem gäster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Resa till släkt eller vänner på annan ort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Köpa presenter som Du gärna vill ge bort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Åka på semester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Prenumerera på en tidning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Ägna Dig åt någon fritidsverksamhet eller hobby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Gå på restaurang eller pub	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

73. Skulle Du kunna skaffa fram 15 000 kronor på en vecka?

- Nej
- Ja, egna tillgångar
- Ja, lån
- Ja, på annat sätt.



74. Har Du skilt Dig eller brutit upp från något långvarigt samboförhållande sedan 30 års-åldern?

- Ja
- Nej

75. Har något av följande hänt Dig eller Dina närmaste de senaste fem åren?

	Ja	Nej
Allvarlig och/eller långvarig sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dödsfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bråk och slitningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetslöshet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

76. Tycker Du att man i allmänhet kan lita på de flesta människor?

- Ja
- Nej



77. Här kommer några frågor om socialt stöd

	Ingen	1-2	3-5	6-10	11-15	Mer än 15
a. Hur många människor med samma intressen Du, känner Du och har kontakt med?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Hur många finns det, i Din familj och bland Dina vänner, som Du kan tala öppet med utan att behöva tänka Dig för?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Stämmer helt	Stämmer ganska bra	Stämmer inte så bra	Stämmer inte alls		
e. 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"/>		
f. Det finns en särskild person som känner sig stå väldigt nära mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
g. Andra människor visar uppskattning av det jag gör.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
h. Det finns människor i min omgivning som jag lätt kan be om saker, t.ex. låna verktyg eller köksgrejor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
i. 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 litat på och kan få verklig hjälp av när jag har det besvärligt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
j. Jag ger mer stöd till andra än jag får från dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

FRITID och ALLMÄNNA FRÅGOR

78. Är fritiden meningsfull för Dig?

Ja, i hög grad Ja, i viss grad Varken ja eller nej Nej, inte särskilt Nej, inte alls

79. Hur ofta är Du med i föreningsaktiviteter?

Flera gånger i veckan Någon gång i veckan Någon gång varannan vecka Någon gång i månaden Sällan eller aldrig

80. Tycker Du att Du tillräckligt ofta själv får bestämma hur saker och ting ska vara?

Ja	Ja, med tvekan	Nej, knappast	Absolut inte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

81. Känner Du att Du i stort kan säga vad Du tycker och tänker?

Ja, oftast	Ja, rätt ofta	Nej, mer sällan	Nej, nästan aldrig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

82. Tycker Du att människor i allmänhet uppskattar vad Du gör?

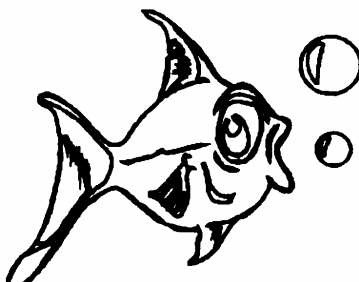
Ja, de flesta människor	Ja, många människor	Nej, bara en del människor	Nej, bara ett fåtal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

83. Tycker Du att det kan vara svårt att få folk att verkligen lyssna till vad Du säger?

Ja, mycket ofta	Ja, rätt ofta	Nej, mer sällan	Nästan aldrig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

84. Händer det att Du blir missmodig när Du tänker på framtiden?

Ja, mycket ofta	Ja, rätt ofta	Nej, mer sällan	Nästan aldrig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Frågor inför hälsoundersökningen:

85. Vilket är Ditt telefonnummer hem samt Ditt mobilnummer? (för att boka tid för provtagning)

86. Vilken är Din mejladress (för svar på blodprover och för utskick av resultat ifrån studien)?

87. Får jag ditt tillstånd att mejla Dig svaren på blodproven?

- Ja
- Nej

Tack för att Du har svarat!

Kan Du titta igenom formuläret och se att Du har svarat på alla frågorna?





Forskningshuvudman och personuppgiftsansvarig är Umeå universitet
umea.universitet@adm.umu.se, telefon: 090-786 50 00.

Jag är tacksam för om Du svarar snarast möjligt och skickar tillbaka enkäten i
det portofria kuvert som bifogas. Kontakta mig gärna om Du vill veta mer om
undersökningen!

Anne Hammarström

Professor, distriktsläkare och projektledare
Mejladress: anne.hammarstrom@fammed.umu.se
Telefon: 090-785 35 47

Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, enheten för allmänmedicin
Umeå universitet
901 85 Umeå