

FRÅGEFORMULÄR - Allmän del

Vi vill att Ni försöker besvara alla frågorna i det här formuläret. Sätt kryss i lämplig ruta. Om inte något av alternativen under en viss fråga helt skulle passa, ange då det som ligger närmast.

1.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Personnummer

11.

0	2
---	---

13. Är Ni född och huvudsakligen uppväxt i Sverige?

- | | | |
|--|---|---|
| | 1 | Nej, jag är född och uppväxt utomlands |
| | 2 | Nej, jag är född utomlands, men uppväxt i Sverige |
| | 3 | Ja |

14. Vilket år flyttade Ni till Sverige?

år

--	--

16. Om Ni är född utomlands, i vilket land är Ni född?.....
.....

18. Vilken är Er nationalitet?.....
.....

20. Är Ni svensk medborgare?

- | | | |
|--|---|-----|
| | 1 | Nej |
| | 2 | Ja |

21. Var är Ni huvudsakligen uppväxt?

- | | | |
|--|---|-------------------|
| | 2 | I storstad |
| | 3 | I medelstor stad |
| | 4 | I liten stad |
| | 5 | I mindre samhälle |
| | 6 | På landsbygd |

22. Vår har Ni varit bosatt huvudparten av Ert liv?
- 2 I storstad
- 3 I medelstor stad
- 4 I liten stad
- 5 I mindre samhäll
- 6 På landsbygd
23. Vilket är Ert civilstånd?
- 2 Gift
- 3 Gift eller sammanboende
- 4 Anka
- 5 Frånskild/separerad
- 6 Omgift/på nytt sammanboende
24. Vad är Ni bosatt i?
- 2 Hyresrum
- 3 Lägenhet
- 4 Radhus/villa
25. Har Ni sökt läkare på grund av sjukdom de senaste 3 månaderna?
- 1 Nej
- 2 Ja
26. Har Ni genomgått hälsoundersökning de senaste 3 månaderna?
- 1 Nej
- 2 Ja
27. Går Ni på regelbundna kontroller (2 gånger per år eller mer) för sjukdom?
- 1 Nej
- 2 Ja
- Vilken sjukdom?

28. Har Ni varit sjukskriven av läkare någon gång de senaste 3 månaderna?

<input type="checkbox"/>	1	Nej
<input type="checkbox"/>	2	Ja

29. Har någon läkare funnit att Ni haft hjärnblödning eller propp i hjärnan?

<input type="checkbox"/>	1	Nej
<input type="checkbox"/>	2	Ja

Vilket år?

19.....

Vilket sjukhus?.....

30. Har Ni eller har Ni haft magsår som påvisats vid röntgenundersökning, gastroskopi eller operation?

<input type="checkbox"/>	1	Nej
<input type="checkbox"/>	2	Ja

31. Har någon läkare funnit att Ni har eller har haft höga blodfetter?

<input type="checkbox"/>	1	Nej
<input type="checkbox"/>	2	Ja

32. Har någon läkare funnit att Ni har eller har haft någon ämnesomsättningsjukdom (ex. struma)?

<input type="checkbox"/>	1	Nej
<input type="checkbox"/>	2	Ja

33. Har Ni eller har Ni haft behandling med blodförtunnande mediciner för propp i benet/benen?

<input type="checkbox"/>	1	Nej
<input type="checkbox"/>	2	Ja

34. Har Ni eller har Ni haft behandling med blodförtunnande medel mot propp i lungan?

- | | | |
|--------------------------|---|-----|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Nej |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Ja |

35. Har Ni eller har Ni haft behandling mot nervösa besvär?

- | | | |
|--------------------------|---|-----|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Nej |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Ja |

36. Har någon läkare informerat Er om att Ni har eller har haft någon form av cancer (allvarlig tumörsjukdom)?

- | | | |
|--------------------------|---|-----|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Nej |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Ja |

37. Använder Ni regelbundet naturläkemedel, mer än några gånger/vecka?

- | | | |
|--------------------------|---|-----|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Nej |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Ja |

38. Har Ni blivit behandlad för lunginflammation?

- | | | |
|--------------------------|---|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Nej |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Ja, på vänster sida |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Ja, på höger sida |
| <input type="checkbox"/> | 4 | Ja, på båda sidorna |
| <input type="checkbox"/> | 5 | Ja, vet ej vilken sida |

39. Har Ni haft lungsäcksinflammation eller vatten i lung-säcken?

- | | | |
|--------------------------|---|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Nej |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Ja, på vänster sida |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Ja, på höger sida |
| <input type="checkbox"/> | 4 | Ja, på båda sidorna |
| <input type="checkbox"/> | 5 | Ja, vet ej vilken sida |

40. Har Ni någon gång behandlats för luftvägssjukdom som varat mer än en månad?

- | | | |
|--------------------------|---|-----|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Nej |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Ja |

41. Har Ni haft astma under barnåren (upp till 15 år)?

- | | | |
|--------------------------|---|-----|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Nej |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Ja |

42. Har Ni eller har Ni haft astma efter 15 års ålder?

- | | | |
|--------------------------|---|-----|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Nej |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Ja |

43. Har Ni röntgat lungorna eller skärmbildats?

- | | | |
|--------------------------|---|-----|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Nej |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Ja |

 Vilket år (om flera, det senaste)? 19.....

 Var?.....

FRÅGEFORMULÄR - Yrkesdel

47. Har Ni för närvarande mer än ett förvärvsarbete (bi-syssla - extraknäck)?
- 1 Nej
- 2 Ej aktuellt, är ej i yrkesarbete
- 3 Ja, två förvärvsarbeten
- 4 Ja, tre förvärvsarbeten
48. Vilka är Era arbetstider?
- 1 Är ej i förvärvsarbete
- 2 Arbetar enbart kvällar
- 3 Arbetar enbart dagar
- 4 Arbetar enbart nätter
- 5 Arbetar både dagar och kvällar
- 6 Arbetar både dagar och nätter
- 7 Arbetar både kvällar och nätter
49. Hur lång är Er fastställda arbetstid i förvärvsarbete/vecka?
- Antal timmar
51. Hur många år sammanlagt har Ni varit yrkesverksam?
- år
53. Vilken av följande utbildningar har Ni genomgått? (markera med kryss den längsta utbildningen).
- 2 Folkskola
- 3 Realskola
- 4 Flickskola
- 5 Gymnasium
- 6 Folkhögskola
- 7 Akademisk utbildning

FRÅGEFORMULÄR - Yrkesdel

54. Hur många timmar per dag arbetar Ni med hemarbete?

Antal timmar

56. Kommer Ni nästan dagligen i kontakt med lösningsmedel i Ert arbete?

1 Nej
 2 Ja

57. För att klara Era arbetsuppgifter, måste Ni då inta samma arbetsställning?

1 Jag kan själv välja arbetsställning
 2 Jag måste inta några olika arbetsställningar, som jag inte kan välja själv
 3 Jag måste inta samma arbetsställning hela tiden

58. Sitter Ni under arbetsdagen?

1 Sällan eller aldrig (upp till 2 timmar/arbetsdag)
 2 Ibland (2 timmar - 4 timmar/dag)
 3 Ofta (4 timmar eller mer av arbetsdagen)

59. Står Ni i ert arbete?

1 Sällan eller aldrig (upp till 2 timmar/arbetsdag)
 2 Ibland (2 timmar - 4 timmar/dag)
 3 Ofta (4 timmar eller mer av arbetsdagen)

60. Böjer Ni Er framåt under arbetsdagen?

1 Sällan eller aldrig (enstaka gång, ej mer än vardagslivet kräver)
 2 Ibland (mindre än 10 ggr/timme men regelbundet)
 3 Ofta (mer än 10 ggr/arbetstimma)

FRÅGEFORMULÄR - Yrkeslät

61. Behöver Ni vrida Er i Ert arbete?
- 1 Sällan eller aldrig (enstaka gång, ej mer än vardagslivet kräver)
- 2 Ibland (mindre än 10 ggr/timma men regelbundet)
- 3 Ofta (mer än 10 ggr/timma)
62. Är Ni tvungen att lyfta under arbetsdagen?
- 1 Sällan eller aldrig (inga lyft under arbetsdagen, möjligen undantagsvis)
- 2 Ibland (5 kg eller mer måste lyftas ibland men mindre än 10 ggr/tim.)
- 3 Ofta (5 kg eller mer minst 10 ggr/timma).
63. Kan Ni ta pauser förutom Era schemalagda raster?
- 1 Sällan eller aldrig (enstaka gång, ej regelbundet)
- 2 Ibland (några gånger under dagen)
- 3 Ofta (en gång eller mer varje timma)
64. Innebär Ert arbete:
- 2 Uppprepning av samma sak hela dagen
- 3 Uppprepning av samma sak, men med viss omväxling
- 4 Omväxlande arbetsuppgifter
65. Hur pass mycket måste Ni koncentrera Er under arbetet?
- 2 Jag behöver inte koncentrera mig mer under arbetet än vad fritiden kräver
- 3 Jag måste koncentrera mig av och till under arbetsdagen
- 4 Jag måste koncentrera mig hela arbetsdagen
66. Är Ni nöjd med Era arbetsuppgifter?
- 1 Nej, jag trivs inte alls med mina arbetsuppgifter
- 2 Jag är inte helt nöjd med dem, men jag vantrivs inte
- 3 Ja, jag trivs bra med dem

FRÅGEFORMULÄR - Yrkesdel

67. Trivs Ni på arbetsplatsen? (lokaler, ljus, ljud, luft)
- | | | |
|--------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Jag trivs inte med arbetsmiljön |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Jag är inte helt nöjd, men jag tycker inte att arbetsmiljön är dålig. |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Ja, jag tycker arbetsmiljön är bra. |
68. Hur pass tungt upplever Ni att arbetet är för Er rygg?
- | | | |
|--------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Jag upplever aldrig några trötthetskänslor i ryggen under arbetet. |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Ibland blir jag trött i ryggen under arbetet men inte varje dag. |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Jag upplever dagligen trötthetskänslor i ryggen under arbetet. |
69. Är Ni nervös efter arbetet?
- | | | |
|--------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Jag är i allmänhet helt lugn när jag kommer hem från arbete |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Ibland är jag spänd och nervös efter arbetet men det går över efter en stunds vila |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Jag är oftast spänd och nervös hela kvällen efter de dagar jag har arbetat. |
70. Hur pass uttröttad är Ni efter arbetet?
- | | | |
|--------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Jag är i allmänhet lika pigg efter arbetet som efter arbetsfri dag |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Jag har oftast en lätt trötthetskänsla efter arbetet |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Jag är i allmänhet helt uttröttad efter arbetet och orkar inte med mycket när jag kommer hem. |
71. Upplever Ni arbetet omväxlande?
- | | | |
|--------------------------|---|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Enformigt |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Måttligt omväxlande |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Omväxlande |