

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 tobaksvanor

Svaren på frågorna som ställs i enkäten kommer att användas för att undersöka olika 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 e x de senaste 30 dagarna

Instruktioner:

Enkäten kommer att läsas maskinellt. När du besvarar enkäten ber vi dig därför tänka på att:

- Använda kulspetspenna med svart eller blå färg, inte röd. Använd inte blyertspenna!

- Skriva tydliga siffror:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

- Skriva tydliga och STORA bokstäver:

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

- Markera dina svar med kryss, så här och INTE så här

- Om du vill ändra ditt svar, täck hela rutan:

■

- Om du vill skriva mer text än vad som får plats på de anvisade raderna/boxarna eller om du vill förklara/förtydliga något:

- skriv inte mellan eller i närheten av svarsrutorna
- skriv i stället på kommentarsidan sist i enkäten

A Uppväxtförhållanden

1. a) Är Du född i Sverige?

1 Ja

2 Nej

→ **OM NEJ:**

b) I vilket land är Du född?

c) Vilket år kom Du till Sverige? 19

2. Var bodde Du under större delen av Din uppväxttid?

Innan Du fyllde 18 år

1 I Stockholms län

2 I annan del av Sverige

3 Utomlands

3. Har någon av Dina föräldrar invandrat till Sverige?

1 Nej

2 Ja, mor

3 Ja, far

4. Vem/vilka vuxna växte Du huvudsakligen upp tillsammans med? (Innan Du fyllde 18 år)

Ange både manlig och kvinnlig person

a) Manlig person

b) Kvinnlig person

1 Saknades

1 Saknades

2 Biologisk far

2 Biologisk mor

3 Fosterfar

3 Fostermor

4 Styvfar

4 Styvmor

5 Adoptivfar

5 Adoptivmor

6 Annan släkting

6 Annan släkting

7 Annan manlig person

7 Annan kvinnlig person

5. Vilket av det följande stämmer bäst in på Din uppväxt? (Innan Du fyllde 18 år)

1 Mina föräldrar var gifta och/eller sammanboende under hela min uppväxt

2 Mina föräldrar var aldrig gifta eller sammanboende

3 Mina föräldrar skilde sig och/eller flyttade isär

4 Någon/båda av mina föräldrar avled

6. Hade Din familj det svårt ekonomiskt under Din uppväxttid? (Innan Du fyllde 18 år)

1 Nej, inga nämnvärda ekonomiska problem

2 Ja, lätta och/eller relativt kortvariga perioder med ekonomiska problem

3 Ja, svåra och/eller långvariga perioder med ekonomiska problem

7. Förekom det allvarliga slitningar i Din familj under uppväxten? (Innan Du fyllde 18 år)

1 Nej, inga nämnvärda slitningar

2 Ja, lätta och/eller relativt kortvariga perioder med slitningar

3 Ja, svåra och/eller långvariga perioder av slitningar

B Nuvarande familjeförhållanden

1. a) Har Du egna barn?

1 Nej

2 Ja



OM JA: Hur många barn har Du och hur gamla är de?

Ange antal söner / döttrar. Kryssa för rutan / rutorna motsvarande deras ålder

b) Antal söner Han/de är 0-6 år 7-15 år 16-17 år 18 år och äldre

c) Antal döttrar Hon/de är 0-6 år 7-15 år 16-17 år 18 år och äldre

2. Bor Du ihop med någon annan vuxen person?

1 Nej

2 Ja, sammanboende med partner eller maka/make av *motsatt* kön som jag

3 Ja, sammanboende med partner eller maka/make av *samma* kön som jag

4 Ja, sammanboende med förälder/föräldrar

5 Ja, sammanboende med annan/andra

3. Bor några barn hemma hos Dig?

Fyll i det alternativ som passar bäst

1 Ja, permanent

2 Ja, periodvis men ungefär halva tiden

3 Ja, men betydligt mindre än halva tiden

4 Nej, sällan eller aldrig

4. OM JA på fråga 3. Hur många barn bor i Din bostad för närvarande?

I denna fråga avses *samtliga* barn som bor hos Dig. Ange antal barn i respektive ålder

0 - 6 år

7 - 15 år

16 - 17 år

18 år och äldre

5. Hur många dagar har Du varit hemma med sjukt barn de senaste 30 dagarna?

1 0

2 1 - 3

3 >3

6. Om Du är sammanboende, vilken är Din partners sysselsättning?

1 Arbetar som anställd % av heltid

1 Egen företagare

1 Studerande

1 Pensionär (ålders-, sjuk- och förtidspensionär)

1 Långtidssjukskriven (mer än 3 månader)

1 Tjänstledig eller föräldrarledig

1 Arbetsökande eller i arbetsmarknadspolitisk åtgärd

1 Hemarbetande, sköter hushållet

1 Annat - Vad?

Skriv i rutan

C Utbildning och ekonomi

1. Vilken/vilka av följande skolor/utbildningar har Du gått?

Flera alternativ kan anges

	Påbörjat	Fullföljt
1 Grundskola/enhetsskola eller motsvarande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Fackskola, yrkesskola, gymnasieskola – praktiska linjer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Gymnasieskola – teoretiska linjer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Eftergymnasial utbildning, minst 2 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Universitets- eller högskoleutbildning med minst 3 års utbildning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Om Du plötsligt skulle hamna i en oförutsedd situation, där Du på en vecka måste skaffa fram 15 000 kronor, skulle Du klara det?

1 Ja, helt säkert

2 Ja, troligen

3 Nej, troligen inte

4 Nej

3. 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?

1 Ja, vid flera tillfällen

2 Ja, vid ett tillfälle

3 Nej

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

- 1 Ja, vid flera tillfällen
2 Ja, vid ett tillfälle
3 Nej

D Personliga förhållanden och människor i Din omgivning

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

Det gäller kontakter både i arbetet och på fritiden.

- 1 Ingen
2 1 – 2
3 3 – 5
4 6 – 10
5 11 – 15
6 Mer än 15

2. Hur många människor som Du känner, träffar Du eller samtalar med under en vanlig vecka?

Räkna inte med människor som Du träffar tillfälligtvis och som Du knappast kommer att återse, till exempel kunder i en affär.

- 1 Ingen
2 1 – 2
3 3 – 5
4 6 – 10
5 11 – 15
6 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.

- 1 Ingen
2 1 – 2
3 3 – 5
4 6 – 10
5 11 – 15
6 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?

- 1 Ingen
2 1 – 2
3 3 – 5
4 6 – 10
5 11 – 15
6 Mer än 15

Markera ett alternativ i varje fråga 5 – 9.

	Stämmer helt	Stämmer ganska bra	Stämmer inte så bra	Stämmer inte alls
	1	2	3	4
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 (Till exempel låna verktyg eller köks saker)	<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"/>

E Motionsvanor

1. Hur mycket har Du rört Dig och ansträngt Dig kroppsligt på fritiden under de senaste 12 månaderna?

Om Din aktivitet varierar mellan till exempel sommar och vinter, så försök att ta ett genomsnitt. Markera ett alternativ.

1 Stillasittande fritid

Du ägnar Dig mest åt läsning, TV, bio eller annan stillasittande sysselsättning på fritiden. Du promenerar, cyklar eller rör Dig på annat sätt mindre än 2 timmar i veckan.

2 Måttlig motion på fritiden

Du promenerar, cyklar eller rör Dig på annat sätt under minst 2 timmar i veckan oftast utan att svettas. I detta inräknas också promenad eller cykling till och från arbetet, övriga promenader, ordinärt trädgårdsarbete, fiske, bordtennis, bowling.

3 Måttlig, regelbunden motion på fritiden

Du motionerar regelbundet 1–2 gånger per vecka minst 30-minuter per gång med löpning, simning, tennis, badminton eller annan aktivitet som gör att Du svettas.

4 Regelbunden motion och träning

Du ägnar Dig åt till exempel löpning, simning, tennis, badminton, motionsgymnastik eller liknande som gör att Du svettas vid i genomsnitt minst 3 tillfällen per vecka. Vardera tillfället varar minst 30 minuter per gång.

2. Hur många dagar under en vanlig vecka ägnar Du minst 30 minuter åt fysisk aktivitet som får Dig att bli varm?

Räkna motionsträning såväl som promenader i rask takt, trädgårdsarbete, tyngre hushållsarbete, cykling, simning och liknande. Det kan variera under året, men försök ta något slags genomsnitt.

dagar i veckan

F Viktiga händelser i livet som kan ha inträffat

1. Hur var Din tonårstid?

- 1 Inga bekymmer
 2 Inga svåra bekymmer
 3 Kortvariga perioder av svåra bekymmer
 4 Långvariga perioder av svåra bekymmer

2. Hur hade Du det under skolåren?

- 1 Inga problem med vänner eller lärare
 2 Kortvariga problem med vänner eller lärare
 3 Långvariga problem med vänner eller lärare

3. Tyckte Du att Du fick tillräcklig uppmärksamhet?

- | | | Ja
1 | Nej
2 |
|---|---|--------------------------|--------------------------|
| 1 | I klassen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Av Dina vänner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Hemma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | I andra sammanhang, exempelvis idrottsklubb | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- | | 1
Ja | 2
Nej | | 1
Ja | 2
Nej |
|----|--------------------------|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | |
| 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | |
| 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | |
| 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | |
| 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | |
| 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | |
| 7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | |
| 8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | |
| 9 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 20 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | |
| 10 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 21 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | |
| 11 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 22 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | |

G Sysselsättning, yrke och arbetslöshet

1. Vilken är Din nuvarande sysselsättning? Du kan ange flera alternativ!

Arbetar som anställd % av heltid

Egen företagare

Studerande

Pensionär (ålders-, sjuk- och förtidspensionär)

Långtidssjukskriven (mer än 3 månader)

Tjänstledig eller föräldrarledig

Arbetsökande eller i arbetsmarknadspolitisk åtgärd

Hemarbetande, sköter hushållet

Annat - Vad?

Skriv i rutan

2. a. Vilket är ditt huvudsakliga yrke?

Ange det yrke som du huvudsakligen har. Försök att lämna en så detaljerad yrkestitel som möjligt.

Till exempel: Skriv istället för assistent, inköpsassistent. Var god texta!

Exempel: Istället för chaufför skriv t.ex.:

BUSSCHAUFFÖR

Ditt yrke:

b. Vilka är dina huvudsakliga arbetsuppgifter?

Beskriv dina huvudsakliga arbetsuppgifter. Om du t ex är projektledare eller liknande skriv då vad du gör, exempelvis "är ansvarig för att förbättra arbetsmiljön i åldringsvården". Är du t ex fabriksarbetare skriv då vad du gör/tillverkar.

c. Vilken slags verksamhet eller produktion finns det på din arbetsplats?

d. Hur många anställda finns det på din arbetsplats?

- 1 1-10
2 11 eller flera

H Frågor till Dig som har arbete för närvarande

1. Hur är Du för närvarande anställd?

Flera alternativ kan markeras

- 1 Egen företagare
1 Fast anställd/ tillsvidareanställd
1 Vikarieanställd
1 Kontraktanställd
1 Timanställd
1 Projektanställd
1 Annan tillfällig anställning

2. Vem är ägare/huvudman för Din arbetsplats?

Flera alternativ kan markeras

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

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

Flera alternativ kan markeras

- 1 Dagarbete
1 Kvällsarbete
1 Nattarbete
1 Skiftarbete (som inkluderar nattarbete)
1 Skiftarbete (som *inte* inkluderar nattarbete)
1 Turlistetid (oregelbunden förläggning av arbetstiden under dygnet i veckan enligt visst arbetsschema)
1 Annan arbetstid

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

- 1 Arbetar aldrig övertid
2 Arbetar övertid åtminstone vid något tillfälle
3 Arbetar övertid någon gång per månad
4 Arbetar ofta övertid
5 Har inte reglerad arbetstid

5. Hur uppfattar Du Din arbetsgivares inställning till följande?

Markera ett alternativ på varje rad

	Negativ 1	Neutral 2	Positiv 3	Vet ej 4
1 Deltidsarbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Frånvaro på grund av sjukt barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Föräldraledighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Var vänlig ta ställning till följande frågor om Dina arbetsvillkor

Markera ett alternativ på varje rad

	Ja, ofta 1	Ja, ibland 2	Nej, sällan 3	Nej, så gott som aldrig 4
1 Kräver Ditt arbete att Du arbetar mycket fort?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Kräver Ditt arbete att Du arbetar mycket hårt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Kräver Ditt arbete en för stor arbetsinsats?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Har Du tillräcklig 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"/>
12 Har Du frihet att bestämma <u>när</u> Ditt arbete ska utföras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Markera ett alternativ på varje rad

	Inte alls 1	I ganska liten grad 2	I viss mån 3	I hög grad 4
1 Av eventuella överordnade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Av eventuella underordnade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Av eventuella arbetskamrater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Av kunder, patienter, klienter, elever eller motsvarande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Hur är stämningen på Din arbetsplats?

Markera ett alternativ på varje rad

	Stämmer helt	Stämmer ganska bra	Stämmer inte särskilt bra	Stämmer inte alls
	1	2	3	4
1 Det är en lugn och behaglig stämning på min arbetsplats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Det är en 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"/>

9. Känner Du Dig utfrusen av vissa chefer till exempel genom att de utesluter Dig från information, inte hälsar eller inte svarar på frågor?

- 1 Ja, i stor omfattning
- 2 I viss mån
- 3 I liten omfattning
- 4 Nej, inte alls

10. Känner Du Dig utfrusen av vissa arbetskamrater till exempel genom att de utesluter Dig från information, inte hälsar eller inte svarar på frågor?

- 1 Ja, i stor omfattning
- 2 I viss mån
- 3 I liten omfattning
- 4 Nej, inte alls

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

Markera ett alternativ på varje rad

	Minskat	Oförändrat	Ökat
	1	2	3
1 Arbetsbelastning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Tidspress i arbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Arbetets svårighetsgrad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Övertidsuttag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Omväxling i arbetsuppgifter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Kunskapskraven i arbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Ansvaret för de egna arbetsuppgifterna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Möjligheter att utvecklas och lära nytt i arbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Stöd och uppbackning när Du behöver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Samarbetet på arbetsplatsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Delaktighet i verksamheten i stort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Inflytande och kontroll över det egna arbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Anställningstrygghet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Lön i förhållande till arbetsinsatsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Möjlighet att förena yrkesarbete och privatliv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Hur bedömer Du Din nuvarande arbetsförmåga i jämförelse med de kroppsliga krav som Ditt arbete ställer?

(Exempelvis styrka, uthållighet, rörlighet, fingerfärdighet)

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

13. Hur bedömer Du Din nuvarande arbetsförmåga i jämförelse med de psykiska krav som Ditt arbete ställer?

(Exempelvis kunskaper, påhittighet, ansvarstagande, samarbetsförmåga)

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

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

- 1 Troligen inte
2 Jag är osäker på det
3 Ja, ganska säkert

I Hälsotillstånd

1. Hur lång är Du?

Svara i hela centimeter

 cm

2. Ungefär hur mycket väger Du?

Svara i hela kilo. Om Du är gravid, ange hur mycket Du brukar väga.

 kg

3. Hur bedömer Du Ditt hälsotillstånd vara för närvarande? Är det...

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

4. Jämfört med mitt allmänna hälsotillstånd *de senaste 12 månaderna* är mitt hälsotillstånd idag...

Markera ett alternativ

- 1 Bättre
2 Oförändrat
3 Sämre

5. Hur mycket smärta upplever Du just nu?

Svara genom att kryssa i rutan ovanför den siffra som bäst motsvarar hur mycket du för närvarande plågas!

<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"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ingen smärta										Värsta tänkbara smärta

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

	För närvarande 1	Tidigare 2
1 Hjärtinfarkt, kärlkramp i hjärtat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Annan hjärtsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Högt blodtryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Hjärnblödning eller blodpropp i hjärnan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Neurologisk sjukdom (sjukdom i hjärna, ryggmärg, nervtrådar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Rörelsenedsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Värk i rygg, axlar och /eller nacke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Hörselnedsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Synskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Struma/sköldkörtelsjukdom eller annan ämnesomsättningssjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Astma, kronisk luftrörskatarr eller annan lungsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Magsår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Kronisk tarmsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Kronisk leversjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Sjukdom i njurar och/eller urinvägar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Sjukdom i underlivet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Allvarlig infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Tumör – godartad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Tumör – elakartad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Reumatisk sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Allvarlig kroppsskada i samband med olycksfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Psykisk sjukdom och/eller nervösa besvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Alkoholproblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 Allvarlig hudsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 Annan allvarlig sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vilken? <input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Vilket påstående beskriver bäst Ditt hälsotillstånd idag?

Markera ett alternativ inom varje grupp a - e

a) Rörlighet

- 1 Jag går utan svårigheter
- 2 Jag kan gå men med viss svårighet
- 3 Jag är sängliggande

b) Hygien

- 1 Jag behöver ingen hjälp med min dagliga hygien, mat eller påklädning
- 2 Jag har vissa problem att tvätta eller klä mig själv
- 3 Jag kan inte tvätta eller klä mig själv

c) Huvudsakliga aktiviteter

(till exempel arbete, studier, hushållssysslor, familje- och fritidsaktiviteter)

- 1 Jag klarar av mina huvudsakliga aktiviteter
- 2 Jag har vissa problem med att klara av mina huvudsakliga aktiviteter
- 3 Jag klarar inte av mina huvudsakliga aktiviteter

d) Smärtor/besvär

- 1 Jag har varken smärtor eller besvär
- 2 Jag har måttliga smärtor eller besvär
- 3 Jag har svåra smärtor eller besvär

e) Oro/nedstämdhet

- 1 Jag är inte orolig eller nedstämd
- 2 Jag är orolig eller nedstämd i viss utsträckning
- 3 Jag är i högsta grad orolig eller nedstämd

J Sjukdomar i familjen

1. a) Har någon i Din biologiska släkt drabbats av psykisk sjukdom?

1 Nej, ingen

2 Ja, mor

3 Ja, far

4 Ja, syskon

—————> **OM JA:** b) Hur många av syskonen? Ange antal

5 Ja, barn

—————> **OM JA:** c) Hur många av barnen? Ange antal

5 Ja, annan släkting

—————> **OM JA:** d) Vilken?

(t.ex. moster, kusin etc.)

2. Om Dina föräldrar inte är i livet, vid vilken ålder avled de?

a) Mor avled när hon var: under 50 år 50-65 år 65-70 år över 70 år

b) Far avled när han var: under 50 år 50-65 år 65-70 år över 70 år

c) Av vilken orsak

Mor: 1 Hjärt/kärlsjukdom

2 Stroke

3 Cancer

4 Olycka/infektion

5 Annan orsak. Vilken?

Far: 1 Hjärt/kärlsjukdom

2 Stroke

3 Cancer

4 Olycka/infektion

5 Annan orsak. Vilken?

K Dina personegenskaper

1. För varje egenskapspar ange den egenskap som Du tycker passar in bäst på Dig själv genom att kryssa för en lämplig ruta på varje rad.

	Stämmer precis			Varken eller			Stämmer precis			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1 Blyg	<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"/>	Social
2 Tystlåten	<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"/>	Pratsam
3 Inåtriktad	<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"/>	Utåtriktad
4 Tillbakadragen	<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"/>	Sällskaplig
5 Enstöring	<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"/>	Gruppmänniska



	Stämmer precis			Varken eller			Stämmer precis			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
6 Reserverad	<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"/>	Välvillig
7 Bekymrad	<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"/>	Obekymrad
8 Orolig	<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"/>	Avslappnad
9 Ängslig	<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"/>	Lugn
10 Spänd	<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"/>	Avspänd

	Stämmer precis			Varken eller			Stämmer precis			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
11 Osäker	<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"/>	Själsäker
12 Sårbar	<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"/>	Hård
13 Viljesvag	<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"/>	Självdisciplinerad
14 Lat	<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"/>	Arbetsam
15 Slarvig	<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"/>	Grundlig

	Stämmer precis			Varken eller			Stämmer precis			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
16 Ansvarslös	<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"/>	Ansvarfull
17 "Ger upp lätt"	<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"/>	Uthållig
18 Oorganiserad	<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"/>	Metodisk
19 Okreativ	<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"/>	Kreativ
20 Jordnära	<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"/>	Fantasirik

	Stämmer precis			Varken eller			Stämmer precis			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
21 Okonstnärlig	<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"/>	Konstärilig
22 Konventionell	<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"/>	Originell
23 Realistisk	<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"/>	Filosofisk
24 Ej nyfiken	<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"/>	Nyfiken
25 Oangenäm	<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"/>	Angenäm

	Stämmer precis			Varken eller			Stämmer precis			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
26 Hämndlysten	<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"/>	Förlåtande
27 Envis	<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"/>	Flexibel
28 Egensinnig	<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"/>	Mild
29 Kritisk	<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"/>	Överseende
30 Motståndsaktig	<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"/>	Medgörlig



L Välbefinnande

1. 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	2	3	4
1 Jag har känt mig ledsen och nere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input 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 allvarliga 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"/>

M Kroppsliga besvär och oro

1. Sätt ett kryss i rutan för det svarsalternativ som bäst beskriver hur mycket varje problem besvärat Dig under de senaste 30 dagarna

Markera ett alternativ på varje rad

	Inte alls	Lite grann	Måttligt	En hel del	Väldigt mycket
	1	2	3	4	5
1 Svimmingskänslor eller yrsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Svaghetskänsla i benen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Darrning eller skakning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Ostadighetskänsla eller svindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Svårigheter att andas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Att hjärtat bultar eller att Du får hjärklappning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Kvävningkänsla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Smärtor i hjärta eller bröst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 En klumpkänsla i halsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Domningskänslor eller stickningar i någon del av kroppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Frossa eller värmevallningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Illamående eller orolig mage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Trött, svag eller blir lätt utmattad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Inte alls	Lite grann	Måttligt	En hel del	Väldigt mycket
	1	2	3	4	5
14 Svetteningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Omgivningen känns överklig eller som i dimma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Känsla av att Du står vid sidan av Dig själv; att inte riktigt vara med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Plötsliga och oväntade attacker av intensiv oro eller panik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Rädsla för att mista kontrollen eller bli tokig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Rädsla för att Du håller på att dö eller att något hemskt håller på att hända	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Om Du haft något/några av ovanstående problem (svarat annat än "Inte alls"), hur mycket ängslas Du i så fall över att de ska återkomma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N Rädsla på vissa platser eller i vissa situationer

1. Känner Du Dig rädd eller orolig för att befinna Dig på vissa platser eller i vissa situationer? Medför rädslan eller oron att Du försöker undvika dessa platser eller situationer?

	Nej, aldrig	Ja, ibland	Ja, ofta	Ja, mycket ofta	Ja, alltid
	1	2	3	4	5
1 Jag undviker att åka buss, tåg, tunnelbana eller bil på grund av rädsla eller oro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Jag undviker att besöka varuhus, gå på bio eller stå i kö på grund av rädsla eller oro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Jag undviker att gå över stora öppna platser på grund av rädsla eller oro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Jag undviker att äta, dricka eller skriva när andra tittar på, på grund av rädsla eller oro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Jag undviker att bli iakttagen eller vara i centrum för uppmärksamhet på grund av rädsla eller oro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Jag undviker att vara tillsammans med andra därför att jag är mycket självkritisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. a) Finns det andra situationer som Du undviker för att de kan medföra attacker av oro eller panik?

1 Nej

2 Ja → **OM JA:** b) Vilka situationer?

O Besvärande tankar och vanor

Frågorna nedan gäller under de senaste 30 dagarna

1. Tycker Du själv att Du tvättar Dig onödigt mycket?
1 Ja
2 Nej
2. Tycker Du själv att Du måste kontrollera kranar, dörrar och lås onödigt mycket?
1 Ja
2 Nej
3. Har Du påträngande tankar med obehagligt innehåll som Du har svårt att slå bort?
1 Ja
2 Nej
4. Anser Du att dessa besvär (1-3) har inneburit ett påtagligt lidande för Dig under de senaste 30 dagarna?
1 Ja
2 Nej

P Sinnesstämning

1. 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	2	3	4	5	6
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 till exempel 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"/>

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

- 1 Ja
2 Nej

3. Hur länge har besvären ovan varit minst lika svåra som den senaste tiden, utan några längre avbrott?

- 1 Mindre än 2 veckor
2 Mer än 2 veckor
3 Mer än 6 månader
4 Mer än 1 år
5 Mer än 2 år

Q Tobaksvanor

1. Röker Du dagligen?

- 1 Nej
2 Ja → Gå till fråga 3

2. a) Har Du tidigare rökt dagligen under *minst 6 månader*?

- 1 Nej
2 Ja → **OM JA:**

b) För hur länge sedan slutade Du röka dagligen?

- 1 Mindre än 6 månader sedan
2 Mellan 6 och 12 månader sedan
3 Mer än 1 år sedan Ange årtal:

3. Snusar Du dagligen?

- 1 Nej
2 Ja → Gå till nästa avsnitt Alkohol

4. a) Har Du tidigare snusat dagligen under *minst 6 månader*?

- 1 Nej
2 Ja → **OM JA:**

b) För hur länge sedan slutade Du snusa dagligen?

- 1 Mindre än 6 månader sedan
2 Mellan 6 och 12 månader sedan
3 Mer än 1 år sedan Ange årtal:

R 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?

1 Nej \longrightarrow **Gå till fråga 12**

2 Ja

2. Hur ofta dricker Du alkohol?

1 1 gång i månaden eller mer sällan

2 2–4 gånger i månaden

3 2–3 gånger i veckan

4 4 gånger per vecka eller mer

3. Hur många "glas" dricker Du en typisk dag då Du dricker alkohol? *Se exempel ovan*

1 1–2

2 3–4

3 5–6

4 7–9

5 10 eller fler

	Aldrig	Mer sällan än 1 gång i månaden	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan varje dag
	1	2	3	4	5
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 <i>senaste året</i> 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 <i>senaste året</i> 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 <i>senaste året</i> 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 <i>senaste året</i> har Du haft skuld känslor eller samvetsförebåelser på grund av Ditt drickande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hur ofta under <i>senaste året</i> 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?

- 1 Nej
2 Ja, men inte under senaste året
3 Ja, under 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?

- 1 Nej
2 Ja, men inte under senaste året
3 Ja, under senaste året

12. a) Har Du någon gång under *de senaste 12 månaderna* sökt hjälp för att minska Din alkoholkonsumtion?

- 1 Nej
2 Ja

→ **b) OM JA:**

Flera alternativ kan markeras

- 1 Ja, på vårdcentral, husläkar- eller distriktsläkarmottagning
1 Ja, inom landstingets öppna beroendevård (ej inläggning på beroendeklinik)
1 Ja, inom annan öppen hälso- och sjukvård (ej inläggning på sjukhus)
1 Ja, på akutmottagning på sjukhus
1 Ja, har varit inlagd på tillnyktringsenhet eller beroendeklinik
1 Ja, har varit inlagd på annan klinik på sjukhus
1 Ja, inom socialtjänsten
1 Ja, annan professionell hjälp (t ex terapi eller stödsamtal)
1 Ja, någon självhjälpgrupp (t ex AA eller Länkarna)
1 Ja, något självhjälpprogram (t ex Alkoholhjälpen)
1 Ja, på annat sätt

Ange på vilket sätt

--

S Hur har Du påverkats av personliga problem och besvär?

Frågorna nedan avser de senaste 30 dagarna

1. Har personliga besvär/problem lett till att Du har minskat eller slutat att göra sådant Du brukar hålla på med på fritiden?
 - 1 Nej, inte alls
 - 2 Ja, ibland eller litet
 - 3 Ja, ofta
 - 4 Ja, fullständigt

2. Har sådana besvär/problem medfört att Du inte kunnat göra sådant som ingår i den dagliga rutinen?
 - 1 Nej, har kunnat göra allt
 - 2 Ja, ibland har det varit svårt
 - 3 Ja, ofta
 - 4 Ja, nästan omöjligt

3. Har sådana besvär/problem minskat Din arbetsmotivation?
 - 1 Nej, inte alls
 - 2 Ja, ibland eller litet
 - 3 Ja, ofta
 - 4 Ja, totalt

4. Har sådana besvär/problem minskat Din effektivitet när Du utför Dina arbetsuppgifter till exempel på arbetet, i skolan eller hemma?
 - 1 Nej, inte alls
 - 2 Ja, ibland eller litet
 - 3 Ja, ofta
 - 4 Ja, mycket

5. Har Dina relationer till vänner, arbetskamrater eller andra personer försämrats?
 - 1 Nej, inte alls
 - 2 Ja, ibland eller litet
 - 3 Ja, ofta
 - 4 Ja, mycket

6. a) Har Du under de senaste 30 dagarna varit så påverkad av besvär/problem att Du inte kunnat utföra Dina vanliga sysslor helt och hållet?
 - 1 Nej
 - 2 Ja → OM JA:
 - b) Hur många dagar har det varit så?

+

7. Vi är mycket tacksamma för alla slags kommentarer:

A large rectangular box with a black border, containing several horizontal dashed lines for writing comments.

Tack för att Du tog Dig tid att fylla i enkäten!

Posta den i det stora bifogade svarskuvertet, så snart som möjligt