

Ung i Luleå 1981



- en 39-årsuppföljning om arbete och hälsa



Du är en av drygt tusen elever som gick i årskurs nio i Luleå kommun år 1981 och har deltagit sedan dess i studien Ung i Luleå 1981. Det har nu gått 39 år sedan studiens start och under den tiden har uppföljningar gjorts åren 1983, 1986, 1995 och 2007. Nu genomför vi en ny uppföljning och frågar Dig om Du vill delta igen?

I detta frågeformulär kommer Du att få svara på frågor om arbetsförhållanden, arbetsmiljön, vardagslivet och hälsan. Syftet med studien är att utreda hur arbetsförhållanden och andra livsvillkor påverkar hälsotillståndet under livet.

Vi som genomför undersökningen är Arbetsmedicin på Karolinska Institutet i Solna i samarbete med Umeå universitet. Mer information om studien och tidigare resultat finns på studiens hemsida: <https://ki.se/imm/ung-i-lulea-1981>.

Dina svar är viktiga

Det är frivilligt att delta i undersökningen. Dina tidigare svar från när Du var 16 år och framåt ska jämföras med hur Du svarar nu och därför är Din medverkan mycket viktig. Dina svar kan inte ersättas av någon annans.

Genom att delta i undersökningen hjälper Du oss att producera viktig kunskap som kan förbättra livsvillkor och därigenom främja hälsan under livsloppet. Resultaten ifrån studien har under årens lopp fått stort genomslag i såväl forskning som i folkhälsoarbete och legat till grund för en rad förändringar för att förbättra arbetslivet såväl i Sverige som internationellt.

Så här gör Du

Det tar cirka 20 till 30 minuter att svara på frågorna. Använd kulspeppenna. Om Du skriver fel, fyll rutan helt ■ och sätt kryss i den rätta rutan ☒.

Sist i formuläret finns en samtyckesblankett som jag ber Dig fylla i. Stoppa ner det ifyllda frågeformuläret i det portofria svarskuvertet och posta så snart som möjligt.

När vi får Ditt brev kommer Du, inom ramen för samma forskningsprojekt, att få en skriftlig inbjudan till en gratis hälsoundersökning.

Stort tack på förhand för Din medverkan!



Med vänliga hälsningar

Anne Hammarström
Professor, distriktsläkare, projektledare

ARBETE, STUDIER, ARBETSLÖSHET



1. Vilken är Din arbetsmarknadssituation (ett eller flera kryss)

- Förvärvsarbetar → Gå till fråga 2
- Studerar på universitet, högskola.
- Studerar på annan skola (ex KOMVUX)
- Arbetsmarknadsåtgärd
- Arbetslös } Gå till fråga 3
- Förtidspensionerad/sjukersättning
- Sköter eget hushåll på heltid
- Inget av ovanstående utan

2. Hur många timmar i veckan förvärvsarbetar Du för närvarande?

 timmar

3. Hur många timmar i veckan förvärvsarbetade Du före coronakrisen?

 timmar

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

 timmar

5. Är Du för närvarande

- | | Ja | Nej |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Sjukskriven (sjuk mindre än 1 år) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Har sjukersättning, tidsbegränsad (sjuk minst 1 år) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Har sjukersättning, permanent (sjuk minst 1 år) | <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 sjukvård, handel, byggarbetsplats, 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 högst genomförda.

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

10. Vilken arbetstid har Du vanligtvis? Svara utifrån Ditt senaste jobb om Du inte förvärvsarbetar nu (ett eller flera kryss).

- Dagarbete (ca 06-18)
- Kvällsarbete (ca 18-22)
- Nattarbete (ca 18-06)
- Skiftarbete
- Turlistearbete (dvs arbetstid enligt tjänstgöringsschema)
- Förtroendearbetstid / oreglerad arbetstid
- Annan arbetstid: _____

11. Några frågor om Ditt förvärvsarbete. Svara utifrån Ditt senaste jobb om Du inte förvärvsarbetar nu (ett eller flera kryss).

| | 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"/> |

12. 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"/> |

13. Under vilka perioder har Du haft tillsvidare- resp. olika former av tidsbegränsade anställningar eller varit utanför arbetsmarknaden sedan 2008?

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.

| Viktig händelse | 2008 | | 2009 | | 2010 | | 2011 | | 2012 | | 2013 | | 2014 | | 2015 | | 2016 | | 2017 | | 2018 | | 2019 | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | vt | ht | vt | ht | vt | ht | vt | ht | vt | ht | vt | ht | vt | ht | vt | ht | vt | ht | vt | ht | vt | ht | vt | ht |
| Börsras i september | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Obama president | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kronprin- sessbröllop | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Utøya attack | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Loreen vann ESC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VM vinst i ishockey | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Regerings skifte | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Flykting- kris | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OS i Rio de Janeiro | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Terroråd | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Drottningg | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Jämt riksdagsval | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 nobelpris i litteratur | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Anställning | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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"/> |
| Tillfälligt anställd | <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"/> |
| Egen 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"/> |
| 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"/> |
| Arbetsmarknads-åtgärd | <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 pension, studier) | <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"/> |
| Anställning | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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"/> |
| Tillfälligt anställd | <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"/> |
| Egen 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"/> |
| Jobbat hemma | <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"/> |
| Varslad | <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"/> |
| Permitterad | <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"/> |
| Arbetsmarknads-åtgärd | <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 | <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"/> |

14. Är Du nöjd med kvaliteten på det arbete Du utför nu (eller på Ditt senaste jobb)?

Alltid För det mesta För det mesta inte Aldrig

15. Hur är stämningen på Din nuvarande eller senaste arbetsplats?

| | 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"/> |

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

Stor risk Viss risk Liten risk Ingen risk

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

Mycket lätt Ganska lätt Ganska svårt Mycket svårt



18. 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. 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"/> |
| k. 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"/> |

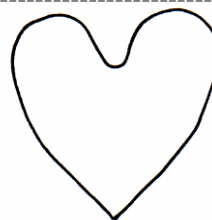
1. **Tror Du att Du kommer att fortsätta arbeta tills Du uppnår Din pensionsålder?**

- Jag har aldrig förvärvsarbetat
- Jag förvärvsarbetar inte längre
- Nej, jag tror inte att jag kommer att fortsätta tills pensionsålder
- Ja, jag tror att jag kommer att fortsätta tills pensionsålder
- Ja, jag tror att jag kommer att fortsätta arbeta efter pensionsåldern

HÄLSOTILLSTÅND

2. **Hur bedömer Du ditt allmänna hälsotillstånd?**

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Gott | Dåligt | Något däremellan |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



3. **Vi antar att Din arbetsförmåga, då den var som bäst, värderas med 10 poäng och att 0 betyder att Du inte alls kan arbeta. Vilket poängtal skulle Du ge Din nuvarande arbetsförmåga?**

- | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. **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

5. **Har Du under de senaste 12 månaderna gått till jobbet trots att Du pga. hälsotillståndet borde ha sjuknått Dig?**

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

6. **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 hälsobesvär? _____

7. **Om Du någon dag känner Dig trött eller hängig, kan Du då anpassa Ditt arbete till hur Du mår? (om Du inte arbetar just nu, svara utifrån Ditt senaste arbete)**

- Aldrig
 - Sällan
 - Ibland
 - Ofta
-

26. Hur lång är Du?

cm (Svara i hela cm)

27. Vad väger Du?

kg (Svara i hela kg)

28. Har Du haft sömnproblem de senaste 12 månaderna?

- Aldrig
- Av och till
- Ganska ofta
- Ständigt

29. Får Du tillräckligt med sömn?

- Ja, definitivt tillräckligt
- Ja, i stort sett tillräckligt
- Nej, något otillräckligt
- Nej, klart otillräckligt
- Nej, långt ifrån tillräckligt



30. Utöver sömnen, tycker Du att Du får tillräckligt med vila / avkoppling mellan arbetsdagar?

- Ja, definitivt tillräckligt
- Ja, i stort sett tillräckligt
- Nej, något otillräckligt
- Nej, klart otillräckligt
- Nej, långt ifrån tillräckligt

31. Nedan följer ett antal påståenden om känslor som kan uppstå i samband med arbete. Svara utifrån Ditt senaste jobb om Du inte förvärvsarbetar 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"/> |

32. 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 luftvägssjukdom | <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, stroke) | <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"/> |
| a16. Försämrad luktformåga | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a17. Försämrat minne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a18. Covid 19 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Endast kvinnor: | | | |
| a19. Klimakteriebesvär | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a20. Mensbesvär | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a21. Andra underlivsbesvär (flytningar, smärtor, framfall mm) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

33. Har Du nu eller under de senaste 12 månaderna haft några andra sjukdomar än de ovan uppräknade?

- Nej
 Ja, vilka? _____
-

34. Har coronakrisen påverkat:

| | Försämrat | Opåverkad | Förbättrat |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Ditt hälsotillstånd? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Dina anhörigs hälsotillstånd? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Arbetstakten på Ditt jobb? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Den psykiska arbetsbelastningen på jobbet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Din fysiska arbetsmiljö? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Din arbetsmiljö i övrigt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Din anställningstrygghet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Din ekonomi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Dina nära relationer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Din fysiska aktivitet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Din framtidstro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

35. Vad har coronakrisen inneburit för Dig?

| | Ja | Nej |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Har Du blivit permitterad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Har Du blivit varslad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Har Du blivit arbetslös? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Har det företag Du arbetade på gått i konkurs? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Neddragning av personal på Din arbetsplats? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Har Du bytt jobb? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Har Du känt dig ensam? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Har Du blivit orolig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Har Du blivit deprimerad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Har Du ökat Din alkoholkonsumtion? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

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

- Aldrig
 Av och till
 Ganska ofta
 Ständigt
-

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

- Aldrig
 Av och till
 Ganska ofta
 Ständigt

39. 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"/> |

40. 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. Hormonersättning pga. klimakteriebesvär | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Blodtryckssänkande medel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Medel mot höga blodfetter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Medel mot diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



41. Har någon av Dina biologiska släktingar (föräldrar, syskon) haft följande sjukdomar:

| | Ja | Nej |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Högt blodtryck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Höga blodfetter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Diabetes, sockersjuka | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Propp i hjärnan (slaganfall) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Propp i hjärtat (hjärtinfarkt) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Elakartad tumör, cancer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Svår psykisk ohälsa (psykos, depression mm) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Alkoholproblem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

42. När var Du senast hos tandläkaren?

- Under de senaste två åren
- För 2-5 år sedan
- För 5-10 år sedan
- Aldrig efter 20 års ålder



43. 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 47

44. Hur många gånger?

- Någon enstaka gång
 - Några gånger
 - Upprepade gånger
-

45. Var skedde detta huvudsakligen?

- På arbetsplatsen
 - I hemmet
 - Någon annanstans
-

46. 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"/> |
-

47. 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 52
-

48. Hur många gånger?

- Någon enstaka gång
 - Några gånger
 - Upprepade gånger
-

49. Var skedde detta huvudsakligen?

- På arbetsplatsen
 - I hemmet
 - Någon annanstans
-

50. 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"/> |
-

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

- Ja
 - Nej
-

LEVNADSVANOR

52. 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"/> |

53. 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"/> |

54. 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"/> |

55. 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"/> |

56. 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"/> |

57. 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"/> |

58. 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, cigarrcigarett
-

59. 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

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

timmar

61. Hur ofta har Du idrottat eller motionerat de senaste tolv månaderna?

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

62. 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

63. 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. Försök ta något slags genomsnitt.

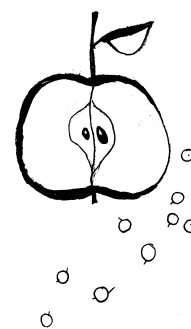
- 3 gånger per dag eller oftare
- 2 gånger per dag
- 1 gång per dag
- 5-6 gånger per vecka
- 3-4 gånger per vecka
- 1-2 gånger per vecka
- Några gånger per månad eller aldrig



64. 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

65. Är Du gift, sambo, särbo?

- Ja
 Nej. Gå till fråga 69
-

66. Vilken är Din partners arbetsmarknadssituation för närvarande (ett eller flera kryss)

- Förvärvsarbetar
 Studerar
 I arbetsmarknadsåtgärd
 Arbetslös
 Varslad
 Permitterad
 Sjukersättning, pensionerad
 Inget av ovanstående utan _____
-

67. 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

68. Hur jämställd anser Du att Din parrelation är?

Helt
jämställd

Ganska
jämställd

Någorlunda
jämställd

Inte särskilt
jämställd

Inte
jämställd alls

69. 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)



70. Har Du barn?

- Nej. Gå till fråga 73.

| Född år | Född år | Född år | Född år | Född år | Född år |
|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | | | | | |

- Ja. Vilket / vilka år är de födda?
-

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

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

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

- Inget
- Mindre än hälften
- Hälften
- Mer än hälften

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

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



74. Hur bor Du?

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

75. Hur använder Du tiden en normal vecka?

| | Ingen tid | < 1 timmar | 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 (städning, 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 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"/> |
| g. Motion som gör dig andfädd | <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. Sitta still | <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. Tid för intressen (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"/> |

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

- Nej
- Om ja: Hur många timmar ägnar Du en genomsnittlig vecka till att hjälpa / vårda denna person (de personerna)?

timmar

77. Några frågor om balans mellan arbete och fritid

| | Mycket sällan | Ganska sällan | Ibland | Mycket ofta | Alltid |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Påverkar kraven i Ditt arbete Ditt hem- och familjeliv på ett negativt sätt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Påverkar kraven från Ditt hem /Din familj Ditt arbete på ett negativt sätt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Har Du tillräckligt med tid för de sysslor som måste göras i hemmet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

78. 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"/> |

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

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

80. Har Du skilt Dig eller brutit upp från något långvarigt samboförhållande sedan 42 års-åldern?

- Nej.
 Ja, vid åldern _____ år

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

| | Ja | Nej |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Allvarlig och/eller långvarig sjukdom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Dödsfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Bråk och slitningar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Arbetslöshet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



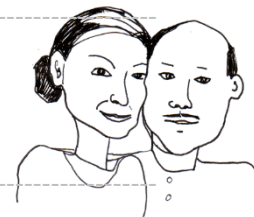
82. Här kommer några frågor om socialt stöd

| | Ingen | 1-2 | 3-5 | 6-10 | 11-15 | Mer än 15 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Hur många människor med samma intressen som 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"/> |

| | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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 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"/> |
| j. Jag ger mer stöd till andra än jag får från dem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- Ja
 Nej



84. Medför trafikbuller (väg-, tåg- eller flygtrafik) några av följande störningar nära Din bostad?

| | Ja, dagligen | Ja, varje vecka året runt | Ja, varje vecka vissa delar av året | Ja, men mer sällan | Aldrig |
|---|--------------------------|---------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Svårt att vistas på balkong/uteplats | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Svårt att föra ett vanligt samtal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Svårt att somna | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Blir väckt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Svårt att ha fönster öppet på dagtid | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Svårt att sova med öppet fönster | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

FRITID och ALLMÄNNA FRÅGOR

85. Är fritiden meningsfull för Dig?

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

86. 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

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

- Ja Ja, med tvekan Nej, knappast Absolut inte

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

Ja, oftast

Ja, rätt ofta

Nej, mer sällan

Nej, nästan aldrig

89. 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

90. 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

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

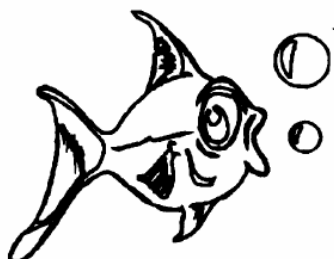
Ja, mycket ofta

Ja, rätt ofta

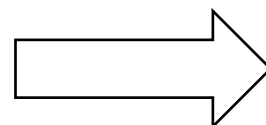
Nej, mer sällan

Nästan aldrig

Tack för att Du har svarat!



OBS: Glöm inte att fylla i samtyckesblanketten!





Kontakta mig gärna om Du vill veta mer om undersökningen!
anne.hammarstrom@ki.se

Samtyckesblankett

Om Du vill vara med i studien, ber jag Dig att kryssa för bägge rutorna samt skriva under innan Du skickar iväg frågeformuläret i bifogat portofria kuvert.

Samtycke till att delta i studien

Jag har fått skriftlig informationen om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

- Jag samtycker till att delta i studien Ung i Luleå 1981

- Jag samtycker till att uppgifter om mig behandlas på det sätt som beskrivs i forskningspersonsinformation.

| Plats och datum | Underskrift |
|-----------------|-------------|
| | |