

## Enkätöversikten

Här svarar du på frågor om dig och ditt liv, för att vi ska kunna ta reda på hur dina val, ditt arv, och din livsmiljö påverkar dig. Klicka på en ikon för att sätta igång.



Livsstil



Egenvård



Hem och arbete



Kvinnans hälsa



Mental hälsa



Levnadsvanor



Astma och allergi



Skador



Hälsohistoria



# Sociodemografi

## Innehåll

Innehåll.....	1
Allmänna frågor.....	2
Deltafrågor {skreenar socio-frågorna} .....	2
Boende.....	3
Familj / hushåll.....	4
Utbildning .....	4
Yrke / sysselsättning .....	5
Yrkeshistorik .....	5
Skiftarbete.....	6
Nattarbete .....	6
Arbetslöshet.....	7
Arbetsmiljö .....	8
Fysiologiska besvär / kemisk exponering .....	8
Psykologiska besvär / sociala situationer .....	9
Arbetsrelaterad stress.....	10
Sjukskrivning .....	12
Sömn och privatliv .....	13

## Allmänna frågor

---

### Deltafrågor {skreenar socio-frågorna}

---

{ tillagd }

SC05. Har följande förändrats i ditt liv under de senaste 12 månaderna? (Markera alla aktuella)

- Ja, jag har:
- Gått på kurs/utbildning
  - Ny bostad
  - Andra personer bor i mitt hushåll
  - Nytt civilstånd
  - 
  - Nej, inget av dessa
  - Vet ej / vill ej svara

{ tillagd, visas senare i modulen }

SC07. Förvärvsarbetar du för närvarande heltid eller deltid?

- Ja
- Nej
- Vet ej / vill ej svara

**{ tillagd } Om SC07 är "ja", visa SC08 och SC09**

{ tillagd, visas senare i modulen }

SC08. Har du samma arbetsplats och yrke nu som för 12 månader sedan?

- Ja
- Vet ej / vill ej svara
- Nej

{ tillagd, visas senare i modulen }

SC09a. Hur är din arbetsmiljö nu jämfört med för 12 månader sedan, t.ex. mer/mindre av stress eller kroppsliga besvär på arbetet, eller en bättre/sämre social miljö?

Mycket försämrad		Likvärdig		Mycket förbättrad
1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

{ tillagd, visas senare i modulen }

SC09b. Har du varit sjukskriven under de senaste 12 månaderna?

- Ja    Nej  
 Vet ej / vill ej svara

---

## Boende

---

**{ tillagd } Om SC04 är "ja", visa SC10 till SC50**

SC10. Hur bor du?

- Villa       Radhus / kedjehus  
 Lägenhet    Annat  
 Vet ej / vill ej svara

SC11. Äger du din bostad?

- Ja    Nej  
 Vet ej / vill ej svara

SC20. Hur många rum har din bostad (utöver kök)?

- (Antal) \_\_\_\_\_    Vet ej / vill ej svara

---

## Familj / hushåll

---

{ tillagd } Om SC05 är "ja", visa SC30 och SC20

SC40. Bor du tillsammans med någon?

Ja

Man/fru/fästman/fästmö/partner/sambo

Barn (antal)\_\_\_\_\_

Syskon (antal)\_\_\_\_\_

Föräldrar

Vänner (antal)\_\_\_\_\_

Andra (antal)\_\_\_\_\_

Nej

Vet ej / vill ej svara

SC50. Vilket är ditt nuvarande civilstånd?

Gift

Sambo

Singel

Separerad / skild

Särbo

Änka / änklings

Vet ej / vill ej svara

---

## Utbildning

---

Om SC08 är "ja", visa SC70

SC70. Vilken är den högsta utbildningsnivå du har uppnått eller studerar på för närvarande?

Nioårig grundskola

Gymnasium

Universitet

Annan

Vet ej / vill ej svara

## Yrke / sysselsättning

---

### Yrkeshistorik

---

**{ tillagd } Om SC08 är "nej", visa SC100 till SC115**

SC100. Vilket av följande alternativ beskriver din nuvarande situation bäst?

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> Anställd   | <input type="radio"/> Aktivitets- eller sjukersättning (förtidspension) p.g.a sjukdom / funktionshinder | <input type="radio"/> Tjänstledig            |
| <input type="radio"/> Arbetslös  | <input type="radio"/> Sjukskriven (sedan 2 månader eller längre)  | <input type="radio"/> Hemmafru/ -man         |
| <input type="radio"/> Driver eget företag / arbetar som delägare i företag | <input type="radio"/> Föräldraledig (sedan 2 månader eller längre)                                      | <input type="radio"/> Annat                  |
| <input type="radio"/> Ålderspensionär                                      | <input type="radio"/> Studerande  | <input type="radio"/> Vet ej / vill ej svara |

**Om SC100 inte är "anställd" eller "driver eget företag" eller "arbetar som delägare i företag", visa SC110**

**❖ A. OM [SC100 ÄR "ANSTÄLLD" ELLER "DRIVER EGET FÖRETAG ELLER ARBETAR SOM DELÄGARE I FÖRETAG"] ELLER SC110 ÄR "JA" FORTSÄTT MED NEDANSTÅENDE FRÅGOR**

**Om SC100 är "anställd" eller "driver eget företag eller arbetar som delägare i företag", visa SC115**

SC115. Vilket är ditt nuvarande yrke och typ av arbetsplats?

Yrke (t.ex. ingenjör, sjuksköterska)	Arbetsplats (t.ex. kontor, sjukhus)	{ borttagen } Arbetat antal år	Heltid/ deltid

Yrke (t.ex. ingenjör, sjuksköterska)	Arbetsplats (t.ex. kontor, sjukhus)	{ borttagen} Arbetat antal år	Heltid/ deltid	
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Om SC110 är "ja" eller SC115 är "2 år eller mindre" eller "deltid", visa SC120**

❖ **A. VILLKORET AVSLUTAS**

---

**Skiftarbete**

---

{Ändrad formulering}

SC130. Har du arbetat skift under de senaste 12 månaderna?

- Ja, jag gör det för närvarande     Vet ej / vill ej svara  
 Ja, jag har gjort det tidigare  
 Nej

**Om "ja" visa SC140**

---

**Nattarbete**

---

{Ändrad formulering}

SC150. Har du arbetat natt (dvs. arbete mellan kl. 24.00 – 05.00) under de senaste 12 månaderna?

- Ja, jag gör det för närvarande     Vet ej / vill ej svara

- Ja, jag har gjort det tidigare i år

**Om "ja" visa SC160 och SC170**

SC170. Hur många gånger per månad {arbetar, arbetade} du natt?

- 1 natt eller mindre     4 till 6 nätter  
 2 till 3 nätter         7 till 10 nätter  
                                   Mer än 10 nätter  
                                   Vet ej / vill ej svara

**Om SC150 är "ja, tidigare", visa SC175 och SC177**

---

**Arbetslöshet**

---

{Ändrad formulering}

SC180. Har du varit arbetslös under de senaste 12 månaderna?

- Ja     Nej  
       Vet ej / vill ej svara

**Om "ja" visa SC190, SC200 och SC210**

{Ändrad formulering}

SC210. Hur länge har du varit arbetslös?

- (Antal månader)\_\_\_\_\_     Vet ej / vill ej svara



# Arbetsmiljö

---

## Fysiologiska besvär / kemisk exponering

---

{ tillagd } Om SC09a inte är "ungefär likvärdig", visa SC220 till SC400

{ ändrad formulering }

SC220. Har du under de senaste 12 månaderna under en längre tid haft besvär beroende på något av följande på jobbet?

- Ja
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arbete med dator        | <input type="checkbox"/> Buller              |
| <input type="checkbox"/> Obekväm arbetsställning | <input type="checkbox"/> Kemikalier          |
| <input type="checkbox"/> Tungt kroppsarbete      | <input type="checkbox"/> Vibrationer         |
| <input type="checkbox"/> Värme, kyla, drag       | <input type="checkbox"/>                     |
|  | <input type="radio"/> Nej                    |
|  | <input type="radio"/> Vet ej / vill ej svara |

### ❖ B. FÖR VARJE MARKERAT SVAR I SC220 VISA NEDANSTÅENDE FRÅGOR

SC250. Hur ofta har du besvärats av { markerad fråga } på arbetet?

- Ofta     Sällan  
 Ibland     Vet ej / vill ej svara

SC260. Har { markerad fråga } försvårat ditt arbete?

- Ja     Nej  
 Vet ej / vill ej svara

Om "buller" markerats, visa också SC270

SC270. Använder du hörselskydd mot bullret?

- Alltid
- Sällan
- Ibland
- Aldrig
- Vet ej / vill ej svara

❖ **B. VILLKORET AVSLUTAS**

---

**Psykologiska besvär / sociala situationer**

---

{ändrad formulering}

SC280. Har du utsatts för något av följande på arbetet under de senaste 12 månaderna?

- Ja
- Mobbning
- Diskriminering
- Trakasserier
- Hot eller våld
- 
- Nej
- Vet ej / vill ej svara

❖ **C. FÖR VARJE MARKERAD FRÅGA VISA FÖLJANDE FRÅGOR**

SC300. Hur ofta har du utsatts för {markerat svar} på arbetet?

- Varje dag
- Varje vecka
- Varje månad
- Mindre ofta än varje månad
- Vet ej / vill ej svara

SC310. Har {markerat svar} försvårat ditt arbete?

- Ja
- Nej
- Vet ej / vill ej svara

❖ **C. VILLKORET AVSLUTAS**

❖ **D. OM SC100 ÄR "ANSTÄLLD" ELLER "DRIVER EGET FÖRETAG...", VISA NEDAN FRÅGOR**

SC320. Har du erfarit något av följande problem under de senaste 12 månaderna?

Ja

Olust att gå till arbetet

Oro för att inte klara av arbetet

Osäkerhet på grund av omorganisation

Osäkerhet på grund av varsel eller hot om stängning

Nej

Vet ej / vill ej svara

**Om svaret "olust att gå till arbetet" är markerat i SC320, visa SC330**

SC330. Har dina olustkänslor gjort det svårt för dig att arbeta?

Ja  Nej

Vet ej / vill ej svara

**Om svaret "oro för att inte klara av arbetet" är markerad i SC320, visa SC340**

SC340. Har din oro över att inte klara av jobbet gjort det svårt för dig att arbeta?

Ja  Nej

Vet ej / vill ej svara

---

**Arbetsrelaterad stress**

---

SC350. Frågor om stress på arbetet:

	Sällan eller aldrig	Ibland	För det mesta	Vet ej / vill ej svara
Är du tvungen att arbeta mycket fort eller intensivt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finns det ofta motstridiga krav på ditt arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Måste du göra samma sak om och om igen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kräver ditt arbete en alltför stor ansträngning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SC360.

	För det mesta	Ibland	Sällan eller aldrig	Vet ej / vill ej svara
Kräver ditt arbete stort ansvarstagande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du möjlighet att välja själv hur du utför ditt arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du möjlighet att välja dina arbetsuppgifter själv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du möjlighet att lära dig nya saker i ditt arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SC370.

	För det mesta	Ibland	Sällan eller aldrig	Vet ej / vill ej svara
--	---------------	--------	---------------------	------------------------

	För det mesta	Ibland	Sällan eller aldrig	Vet ej / vill ej svara
Jag tycker om mitt arbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det är bra solidaritet på arbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag trivs med mina arbetskamrater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag kommer väl överens med mina överordnade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SC390. Har du arbetat övertid under de senaste 12 månaderna?

- Ja
- Tidiga mornar
- Under lunch eller raster
- Kvällar
- På helgerna
- Under semestern
- 
- Nej
- Vet ej / vill ej svara

**Om inte "nej", visa SC400**

SC400. Hur många timmar övertid har du i genomsnitt arbetat per vecka?

- 1 till 5 timmar
- 6 till 10 timmar
- 11 till 20 timmar
- 21 till 30 timmar
- Mer än 30 timmar
- Vet ej / vill ej svara

---

### Sjukskrivning

---

**{ tillagd } Om SC09b är "ja", visa SC420**

{ändrad formulering}

SC420. Hur lång tid har du varit sjukskriven (sammanlagt)?

- (Dagar)\_\_\_\_\_  (Månader)\_\_\_\_\_
- (Veckor)\_\_\_\_\_  Vet ej / vill ej svara

---

### Sömn och privatliv

---

SC490. Har du haft sömnsvårigheter på grund av arbetet under de senaste 12 månaderna?

- Ja  Varje eller nästan varje natt
- Några nätter per månad
- En natt per vecka  Nej
- Några nätter per vecka  Vet ej / vill ej svara

❖ **D. VILLKORET AVSLUTAS**

# Livsstil

## Innehåll

Innehåll.....	1
Allmänna frågor.....	2
Allmän hälsa .....	2
Allmän livskvalitet.....	2
Stress .....	2
Smärta.....	3
Trötthet.....	7
Mobil och trådlöst .....	9
Mobiltelefon .....	9
DECT telefon .....	9
Trådlös datoranslutning .....	10

## Allmänna frågor

---

### Allmän hälsa

---

QL60. Vi vill att du på denna skala markerar hur bra eller dåligt ditt nuvarande hälsotillstånd är, som du själv bedömer det. Gör detta genom att klicka på den del av skalan som markerar hur bra eller dåligt ditt nuvarande hälsotillstånd är.

Ditt nuvarande hälsotillstånd

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Sämsta tänkbara hälsotillstånd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bästa tänkbara hälsotillstånd

---

### Allmän livskvalitet

---

QL230. Hur skulle du beskriva din allmänna livskvalitet så som du har känt dig den senaste månaden?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Sämsta tänkbara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bästa tänkbara

---

### Stress

---

QL232. Följande frågor handlar om känslor och tankar under den senaste månaden.



Hur ofta har du:

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ganska ofta	Mycket ofta	Vet ej / vill ej svara
Blivit upprörd över något som skett helt oväntat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Känt att du inte haft kontroll över de viktiga faktorerna i ditt liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Känt dig nervös och stressad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Känt dig säker på din förmåga att hantera dina personliga problem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tyckt att saker och ting har utvecklats som du velat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Känt att du inte kunde hantera allt som måste göras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Känt att du haft kontroll över irriterande moment i ditt liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Känt att du har haft kontroll över saker och ting?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blivit arg över saker som har hänt och som låg utanför din kontroll?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagit itu med dagliga förtret på ett tillfredställande sätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

### Smärta

---

QL235. De flesta människor har någon gång i livet känt smärta (såsom lite huvudvärk, värk från en stukad led eller tandvärk). Har du under den senaste månaden känt någon annan smärta än dessa vanliga typer?

- Ja     Vet ej / vill ej svara  
 Nej

❖ **C. VISA NEDAN FRÅGOR OM SVARET PÅ QL235 ÄR "JA".**

QL236. På vilket eller vilka ställen känner du smärta? (Markera alla aktuella)

- Huvud                                     Vet ej / vill ej svara  
 Nacke  
 Axlar  
 Övre rygg  
 Nedre rygg  
 Bröst  
 Mage  
 Armbågar  
 Händer eller handleder  
 Höft  
 Knän  
 Fötter eller fotleder  
 På annat ställe (ange)\_\_\_\_\_

QL237. Var gör det mest ont?

- Huvud                                     Vet ej / vill ej svara  
 Nacke  
 Axlar  
 Övre rygg  
 Nedre rygg  
 Bröst  
 Mage  
 Armbågar  
 Händer eller handleder  
 Höft  
 Knän  
 Fötter eller fotleder  
 På det andra stället

QL238. Hur lång tid har du haft smärta under den senaste månaden?

- Mindre än en vecka     Vet ej / vill ej svara  
 1 vecka  
 2 veckor  
 3 veckor eller längre

QL240. Gradera den värsta smärta du haft under den senaste månaden.

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

QL250. Gradera den minsta smärta du haft under den senaste månaden.

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

QL260. Gradera den genomsnittliga smärta du har.

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

QL265. Gradera den smärta du har just nu.

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

QL270. Får du behandlingar eller tar du mediciner för din smärta?

- Ja    Vet ej / vill ej svara  
 Nej

**Visa QL280, om QL270 är besvarad "ja"**

QL280. Hur mycket har behandlingen eller medicineringen lindrat smärtan under den senaste månaden?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Ingen lindring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fullständig lindring

❖ **D. VISA NEDAN FRÅGOR OM SVARET PÅ QL240 ÄR "4" ELLER HÖGRE.**

QL290. Gradera hur din smärta inverkat på följande under den senaste månaden:

	Inte alls 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Fullständigt 10	Vet ej / vill ej svara
Vardagliga aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinnesstämning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gångförmåga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalt arbete (inkluderar arbete både i och utanför hemmet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relationer till andra människor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sömn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förmåga att njuta av livet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 OCH D. VILLKOREN AVSLUTAS.**

---

## Trötthet

---

QL360. De flesta människor har någon gång i livet känt sig mycket trötta. Har du under senaste veckan känt dig ovanligt trött?

- Ja    Vet ej / vill ej svara  
 Nej

❖ E. VISA NEDAN FRÅGOR OM SVARET PÅ QL360 ÄR "JA".

QL370. Gradera den trötthet du har just nu.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Ingen trötthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Värsta tänkbara trötthet

QL380. Gradera den trötthet du vanligtvis har.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Ingen trötthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Värsta tänkbara trötthet

QL390. Gradera den värsta trötthet du haft under den senaste veckan.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Ingen trötthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Värsta tänkbara trötthet

❖ F. VISA NEDAN FRÅGOR OM SVARET PÅ QL390 ÄR "4" ELLER HÖGRE.

QL400. Gradera hur din trötthet har inverkat på följande under den senaste veckan.

	Inte alls 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Fullständigt 10	Vet ej / vill ej svara
Vardagliga aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinnesstämning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gångförmåga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalt arbete (inkluderar arbete både i och utanför hemmet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relationer till andra människor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sömn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förmåga att njuta av livet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 OCH F. VILLKOREN AVSLUTAS.

# Livsstil

## Mobil och trådlöst

---

### Mobiltelefon

---

{ändrad formulering}

MO650. Hur lång tid per vecka använder du din mobiltelefon för att ringa med för närvarande?

- Mindre än 5 minuter
- 5 till 29 minuter
- 30 till 59 minuter
- 1 till 3 timmar
- 4 till 6 timmar
- 7 till 9 timmar
- 10 timmar eller mer
- Jag använder inte mobiltelefon varje vecka
- Vet ej / vill ej svara

---

### DECT telefon

---

MO700. Använder du bärbar sladdlös telefon som är ansluten till telefonnätet (DECT) minst en gång i veckan?

- Ja
- Nej
- Vet ej / vill ej svara

#### ❖ B. OM MO700 ÄR "JA" ELLER MO701 ÄR "JA" VISA NEDAN FRÅGOR

MO704. Hur lång tid per vecka {använder du, använde du} sladdlös telefon?

- Mindre än 5 minuter
- 5 till 29 minuter
- 30 till 59 minuter
- 1 till 3 timmar
- 4 till 6 timmar
- Mer än 6 timmar
- Vet ej / vill ej svara

#### ❖ B. VILLKORET AVSLUTAS

---

## Trådlös datoranslutning

---

MO706. Använder du någon av följande trådlösa anslutningar för anslutning till internet på datorer / bärbara datorer i {arbetet, skolan} eller på fritiden?

- Ja
- WLAN  Nej
- 3G  Vet ej / vill ej svara

**❖ C. OM SVARET FÖR "WLAN" ELLER "3G" ÄR MARKERADE I MO706 VISA NEDANSTÅENDE FRÅGOR**

MO720. Hur många timmar per dag använder du trådlös anslutning i {arbetet, skolan} eller på fritiden?

- Mindre än 30 minuter  4 till 6 timmar
- 30 till 59 minuter  7 till 9 timmar
- 1 till 3 timmar  10 till 13 timmar
- Mer än 13 timmar
- Vet ej / vill ej svara

**❖ C. VILLKORET AVSLUTAS**



# Egenvård

## Innehåll

Innehåll.....	1
Receptfria mediciner .....	2

## Receptfria mediciner

{ändrad formulering}

ME10. Har {ditt barn, du} tagit någon av följande mediciner under de senaste 12 månaderna? (Markera alla aktuella)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alvedon, Panodil, Reliv (paracetamol)                                   | <input type="checkbox"/> Hudlotion, salva (t.ex. Fenuril, Essex, Propyless)   |
| <input type="checkbox"/> Iprel, Ibumetin (ibuprofen)   | <input type="checkbox"/> Kortisonkräm (t.ex. Hydrokortison, Mildison, Hyderm, Uniderm)  |
| <input type="checkbox"/> {ålder > 15: Voltaren, Diklofenak (diklofenak)}                         | <input type="checkbox"/> Läkemedel vid förstoppning (t.ex. {om ålder >2, visa Inolaxol, om ålder 2-12, visa Movicol junior} Lactulos) |
| <input type="checkbox"/> {ålder >= 12: Treo, Magnecyl, Albyl-minor (acetylsalicylsyra)}          | <input type="checkbox"/> Medicin som lindrar vid uppsvälld mage (t.ex. Dimetikon, Minifom)  |
| <input type="checkbox"/> {ålder >= 12: Järntillskott}  | <input type="checkbox"/>  |
| <input type="checkbox"/> {>= 15: Nicotinell, Nicorette}  | <input type="radio"/> Ingen av dessa  |
| <input type="checkbox"/> Nässpray eller näsdroppar vid nästäppa (t.ex. Otrivin, Nezerril, Nasin) | <input type="radio"/> Vet ej / vill ej svara  |

### ❖ A. FÖR VARJE MEDICIN I ME10, VISA MOTSVARANDE I NEDAN FRÅGA

ME15. Hur ofta har {ditt barn, du} tagit följande under de senaste 12 månaderna?

	Antal gånger
Alvedon, Panodil, Reliv (paracetamol)	<input type="radio"/> Några gånger per år <input type="radio"/> Ungefär en gång i månaden <input type="radio"/> Flera gånger i månaden <input type="radio"/> Ungefär en gång i veckan <input type="radio"/> Flera gånger i veckan <input type="radio"/> Ungefär en gång om dagen <input type="radio"/> Flera gånger per dag
Iprel, Ibumetin (ibuprofen)	<input type="radio"/> Några gånger per år <input type="radio"/> Ungefär en gång i månaden <input type="radio"/> Flera gånger i månaden <input type="radio"/> Ungefär en gång i veckan

	Antal gånger
	<input type="radio"/> Flera gånger i veckan <input type="radio"/> Ungefär en gång om dagen <input type="radio"/> Flera gånger per dag
{ålder > 15: Voltaren, Diklofenak (diklofenak)}	<input type="radio"/> Några gånger per år <input type="radio"/> Ungefär en gång i månaden <input type="radio"/> Flera gånger i månaden <input type="radio"/> Ungefär en gång i veckan <input type="radio"/> Flera gånger i veckan <input type="radio"/> Ungefär en gång om dagen <input type="radio"/> Flera gånger per dag
{ålder >= 12: Treo, Magnecyl, Albyl-minor (acetylsalicylsyra)}	<input type="radio"/> Några gånger per år <input type="radio"/> Ungefär en gång i månaden <input type="radio"/> Flera gånger i månaden <input type="radio"/> Ungefär en gång i veckan <input type="radio"/> Flera gånger i veckan <input type="radio"/> Ungefär en gång om dagen <input type="radio"/> Flera gånger per dag
{ålder >= 12: Järntillskott}	<input type="radio"/> Några gånger per år <input type="radio"/> Ungefär en gång i månaden <input type="radio"/> Flera gånger i månaden <input type="radio"/> Ungefär en gång i veckan <input type="radio"/> Flera gånger i veckan <input type="radio"/> Ungefär en gång om dagen <input type="radio"/> Flera gånger per dag
{ålder >= 15: Nicotinell, Nicorette}	<input type="radio"/> Några gånger per år <input type="radio"/> Ungefär en gång i månaden <input type="radio"/> Flera gånger i månaden <input type="radio"/> Ungefär en gång i veckan <input type="radio"/> Flera gånger i veckan <input type="radio"/> Ungefär en gång om dagen <input type="radio"/> Flera gånger per dag
Nässpray eller näsdroppar vid nästäppa (t.ex. Otrivin, Nezeril, Nasin)	<input type="radio"/> Några gånger per år <input type="radio"/> Ungefär en gång i månaden <input type="radio"/> Flera gånger i månaden <input type="radio"/> Ungefär en gång i veckan

	Antal gånger
	<input type="radio"/> Flera gånger i veckan <input type="radio"/> Ungefär en gång om dagen <input type="radio"/> Flera gånger per dag
Hudlotion, salva (t.ex. Fenuril, Essex, Propyless)	<input type="radio"/> Några gånger per år <input type="radio"/> Ungefär en gång i månaden <input type="radio"/> Flera gånger i månaden <input type="radio"/> Ungefär en gång i veckan <input type="radio"/> Flera gånger i veckan <input type="radio"/> Ungefär en gång om dagen <input type="radio"/> Flera gånger per dag
Kortisonkräm (t.ex. Hydrokortison, Mildison, Hyderm, Uniderm)	<input type="radio"/> Några gånger per år <input type="radio"/> Ungefär en gång i månaden <input type="radio"/> Flera gånger i månaden <input type="radio"/> Ungefär en gång i veckan <input type="radio"/> Flera gånger i veckan <input type="radio"/> Ungefär en gång om dagen <input type="radio"/> Flera gånger per dag
Läkemedel vid förstoppning (t.ex. {om ålder >2, visa Inolaxol, om ålder 2-12, visa Movicol junior} Lactulos)	<input type="radio"/> Några gånger per år <input type="radio"/> Ungefär en gång i månaden <input type="radio"/> Flera gånger i månaden <input type="radio"/> Ungefär en gång i veckan <input type="radio"/> Flera gånger i veckan <input type="radio"/> Ungefär en gång om dagen <input type="radio"/> Flera gånger per dag
Medicin som lindrar vid uppsvälld mage (t.ex. Dimetikon, Minifom)	<input type="radio"/> Några gånger per år <input type="radio"/> Ungefär en gång i månaden <input type="radio"/> Flera gånger i månaden <input type="radio"/> Ungefär en gång i veckan <input type="radio"/> Flera gånger i veckan <input type="radio"/> Ungefär en gång om dagen <input type="radio"/> Flera gånger per dag

❖ **A. VILLKORET AVSLUTAS**

# Kvinnans hälsa

## Innehåll

Innehåll.....	1
Menstruation / preventivmedel .....	2
Graviditet / födsel.....	3
Gynekologisk kirurgi.....	4
Infertilitet / sjukdomar / vaccin .....	5
Klimakteriet / osteoporos.....	7
Inkontinens .....	9

## Menstruation / preventivmedel

MN20. Har du haft mens under det senaste året?

- Ja
- Nej
- Vet ej / vill ej svara

**Om "nej", visa MN30**

MN30. Vad är orsaken till att du inte har haft mens?

- Graviditet eller amning
- Gynekologisk operation
- Klimakteriet
- Intensiv träning
- Mediciner
- Anorexi / ätstörning
- Preventivmedel
- Annan
- Vet ej / vill ej svara

**Om inte "klimakteriet", visa MN40 till MN100**

{ändrad formulering}

MN50. Har du under de senaste 12 månaderna använt något av följande preventivmedel?

- Ja
- Minipiller
- Kombinationspiller (vanliga p-piller)
- P-spruta
- Hormonspiral
- P-stav
- Annat (vänligen ange) \_\_\_\_\_
- Nej
- Vet ej / vill ej svara

## Graviditet / födsel

Om MN30 inte är "graviditet...", visa MN110

{ändrad formulering}

MN110. Är du gravid för närvarande eller har du varit gravid under de senaste 12 månaderna?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

❖ **B. OM SVARET PÅ MN110 ÄR "JA" ELLER MN30 ÄR "GRAVIDITET..." VISA NEDANSTÅENDE FRÅGOR**

MN120. Är du gravid för närvarande?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

Om MN110 är "ja" eller MN120 är besvarad, visa MN125 och MN127

MN125. Hur lång tid tog det för dig att bli gravid { , (under din senaste graviditet)}?

- 1 till 3 månader  Vet ej / vill ej svara  
 4 till 12 månader  
 Mer än 1 år (ange antal år) \_\_\_\_\_  
 Jag försökte inte bli gravid

Om MN125 är "mer än 1 år" eller kortare tid, visa MN126

MN126. Hur många gånger per månad försökte du och din partner att bli gravid?

- 1 till 4 gånger  Vet ej / vill ej svara  
 5 till 8 gånger  
 9 till 12 gånger

- Mer än 12 gånger
- Jag blev gravid på annat sätt

MN127. På vilket sätt blev du gravid?

- På naturligt sätt [1]
  - Insemination med spermier [7]
  - Provrörsbefruktning - IVF (In Vitro Fertilisering) [3]
  - Provrörsbefruktning - ICSI [4]
  - Provrörsbefruktning med äggdonation [8]
  - Med hjälp av enbart hormonbehandling (stimulerad ägglossning) [5]
  - Annat preparat eller behandling (vänligen ange) [6]\_\_\_\_\_
- Vet ej / vill ej svara

**{ändrad formulering} Om MN30 inte "klimakteriet" och MN120 inte är "ja", visa MN150**

{ändrad formulering}

MN150. Har du fött barn under de senaste 12 månaderna?

- Ja
- Nej
- Vet ej / vill ej svara

**❖ A OCH B. VILLKOREN AVSLUTAS**

## Gynekologisk kirurgi

{ändrad formulering}

MN170. Har du under de senaste 12 månaderna genomgått någon typ av gynekologisk kirurgi (förutom kejsarsnitt)?

- |  |  |
|--|--|
| Ja   | <input type="checkbox"/> Kirurgisk abort                 |
| <input type="checkbox"/> Opererat livmoderhalsen | <input type="checkbox"/> Kemisk abort                    |
| <input type="checkbox"/> Opererat bort livmodern | <input type="checkbox"/> Komplikationer under graviditet |
| <input type="checkbox"/> Opererat bort äggstock  | <input type="checkbox"/> Annan operation                 |
| <input type="checkbox"/> Sterilisering           | <input type="checkbox"/>                                 |
|  | <input type="radio"/> Nej                                |



Vet ej / vill ej svara

## **Infertilitet / sjukdomar / vaccin**

**Om MN127 inte är "...provrörsbefruktning" och ålder  $\geq 18$  och MN30 vare sig är "graviditet..." eller "klimakteriet", visa MN270**

{ändrad formulering}

MN270. Har du undersökts eller behandlats för infertilitet under de senaste 12 månaderna?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

{ändrad formulering}

MN245. Har du fått diagnosen myom under de senaste 12 månaderna?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

**Om Mn245 är "ja", visa MN247**

MN247. Har du fått behandling för myom?

- Ja, kirurgisk  Vet ej / vill ej svara  
 Ja, annan behandling  
 Nej

{ändrad formulering}

MN250. Har du fått diagnosen endometrios under de senaste 12 månaderna?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

{ändrad formulering}

MN260. Har du fått diagnosen polycystiskt ovariesyndrom (PCO/PCOS) under de senaste 12 månaderna?

- Ja
- Nej
- Vet ej / vill ej svara

## Klimakteriet / osteoporos

### ❖ D. OM ÅLDER > 30 OCH EJ GRAVID OCH EJ FÖTT BARN

Om MN30 inte är "klimakteriet" och inte "graviditet...", visa MN280

MN280. Har du kommit in i klimakteriet?

- Ja    Nej  
 Vet ej / vill ej svara

### ❖ E. OM SVARET PÅ MN280 ÄR "JA" ELLER MN30 ÄR "JA" VISA NEDANSTÅENDE FRÅGOR

MN300. Vilka av följande klimakteriesymtom har du haft under de senaste 12 månaderna?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vallningar                        | <input type="checkbox"/> Sömnsvårigheter     |
| <input type="checkbox"/> Torra eller sköra slemhinnor      | <input type="checkbox"/> Depression          |
| <input type="checkbox"/> Humörsvängningar                  | <input type="checkbox"/>                     |
| <input type="checkbox"/> Hjärtrusning eller hjärtklappning | <input type="radio"/> Inget av dessa         |
|  | <input type="radio"/> Vet ej / vill ej svara |

MN310. Har du fått hormonbehandling p.g.a. dina klimakteriebesvär under de senaste 12 månaderna?

- Ja  Nej  
 Behandling med enbart östrogen  Vet ej / vill ej svara  
 Östrogen i kombination med progesteron  
 Östrogen i kombination med gestaden  
 Behandling med enbart gestaden  
 Annan behandling (vänligen ange) \_\_\_\_\_

MN360. Har du använt hormonmedicin för torra eller sköra slemhinnor under de senaste 12 månaderna?

- Ja   
 Ovesterin  Nej

- Vagifem  Vet ej / vill ej svara  
 Annan (ange) \_\_\_\_\_

{om ålder >= 40}

MN460. Har du fått diagnosen osteoporos/benskörhet?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

❖ **D OCH E. VILLKOREN AVSLUTAS**

## Inkontinens

MN390. Har du svårigheter med att kontrollera urinblåsan?

- Ja
- Vet ej / vill ej svara
- Nej

# Levnadsvanor

## Innehåll

Innehåll.....	1
Rökvanor.....	2
Rökningshistorik .....	2
Nuvarande rökning och försök att sluta .....	3
Rökberoende .....	3
Snus.....	5
Snushistorik .....	5
Nuvarande snusning och försök att sluta .....	6
Snusberoende .....	7
Alkohol.....	8
Alkoholdebut .....	8
Nuvarande alkoholkonsumtion .....	8
Alkoholberoende .....	11
Droganvändning .....	13
Nuvarande eller tidigare droganvändning.....	13

## Rökvanor

---

### Rökningshistorik

---

#### Om besvaras av barn, visa SM10

SM10. Har du någonsin rökt en hel cigarett?

- Ja    Vet ej / vill ej svara  
 Nej

#### ❖ A. LÄMNA MODULEN OM SM10 INTE ÄR "JA"

SM30. Har du rökt mer än 100 cigaretter under hela din livstid?

- Ja    Nej  
 Vet ej / vill ej svara

#### ❖ B. LÄMNA MODULEN OM SM30 INTE ÄR "JA"

SM40. När du rökte som mest, hur många cigaretter rökte du då?

- Mindre än 1 cigarett per månad    Minst 1 cigarett per dag  
 Mindre än 1 cigarett per dag men mer än en per månad    Vet ej / vill ej svara

#### ❖ C. OM SM40 ÄR "MINST 1 CIGARETT PER DAG" VISA NEDAN FRÅGOR

SM50. Hur gammal var du när du började röka minst en cigarett per dag?

- (Ålder)\_\_\_\_\_    Vet ej / vill ej svara

SM60. I hur många år under din livstid har du rökt minst en cigarett per dag?

- Mindre än 1 år
- 1 till 5 år
- 6 till 10 år
- 11 till 15 år
- 16 till 20 år
- 21 till 25 år
- 26 till 30 år
- Mer än 30 år
- Vet ej / vill ej svara

SM70. Hur många cigaretter rökte du per dag under denna tid?

- (Antal)\_\_\_\_\_
- Vet ej / vill ej svara

---

### Nuvarande rökning och försök att sluta

---

**Om besvaras av barn och SM30 är "ja" eller om besvaras av vuxen, visa SM130**

{ändrad formulering}

SM130. Röker du för närvarande?

- Ja
- Nej
- Vet ej / vill ej svara

**Om SM130 är "ja", visa SM140**

{ändrad formulering}

SM140. Hur många cigaretter per dag röker du?

- (Antal)\_\_\_\_\_
- Vet ej / vill ej svara

---

### Rökberoende

---

{ändrad formulering till original}



SM80. Hur lång tid efter det att du vaknat röker du din första cigarett?

- Inom 5 minuter     31 till 60 minuter  
 6 till 30 minuter     Efter 60 minuter  
 Vet ej / vill ej svara

{ändrad formulering till original}

SM90. Röker du mer under de första timmarna efter det att du vaknat än under resten av dagen?

- Ja     Nej  
 Vet ej / vill ej svara

{ändrad formulering till original}

SM100. Vilken cigarett ogillar du mest att avstå ifrån?

- Första cigarett på morgonen     Annan  
 Vet ej / vill ej svara

{ändrad formulering till original}

SM110. Tycker du att det är svårt att avstå från att röka på platser där det är förbjudet (skola, kyrka, bibliotek, bio etc.)?

- Ja     Nej  
 Vet ej / vill ej svara

{ändrad formulering till original}

SM120. Röker du även om du är så sjuk att du ligger i sängen större delen av dagen?

- Ja     Nej  
 Vet ej / vill ej svara

❖ **C. VILKORET AVSLUTAS**

# Snus

---

## Snushistorik

---

Om besvaras av barn, visa SN10

SN10. Har du någonsin provat snus?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

❖ **D. LÄMNA MODULEN OM SN10 INTE ÄR "JA"**

SN30. Har du använt mer än 5 dosor snus under din livstid?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

❖ **E. LÄMNA MODULEN OM SN30 INTE ÄR "JA"**

SN40. När du snusade som mest, hur länge räckte en dosa?

- En månad eller mer  Mindre än en vecka  
 En vecka eller mer, men mindre än en månad  Vet ej / vill ej svara

❖ **F. LÄMNA MODULEN OM SN40 RÄCKTE LÄNGRE ÄN "MINDRE ÄN EN VECKA"**

SN50. Hur gammal var du när du började använda minst en dosa snus per vecka?

(Ålder)\_\_\_\_\_  Vet ej / vill ej svara

SN60. I hur många år i ditt liv använde du minst en dosa snus per vecka?

- Mindre än 1 år     16 till 20 år  
 1 till 5 år         21 till 25 år  
 6 till 10 år         26 till 30 år  
 11 till 15 år        Mer än 30 år  
 Vet ej / vill ej svara

SN70. Hur många dagar räckte en dosa snus under denna tid?

- Mindre än 1 dag     4 till 7 dagar  
 1 dag                 Vet ej / vill ej svara  
 2 till 3 dagar

---

### Nuvarande snusning och försök att sluta

---

**Om besvaras av barn och SN30 är "ja" eller om besvaras av vuxen, visa SN130**

{ändrad formulering}

SN130. Snusar du för närvarande?

- Ja     Nej  
 Vet ej / vill ej svara

**Om SN130 är "ja", visa SN140**

SN140. Hur många dagar räcker en dosa snus?

- 1 dag                 4 till 7 dagar  
 2 till 3 dagar       Vet ej / vill ej svara

---

## Snusberoende

---

{ändrad formulering till original}

SN80. Hur snart efter det att du vaknat tar du din första portion snus?

- Inom 5 minuter     31 till 60 minuter  
 6 till 30 minuter     Efter 60 minuter  
 Vet ej / vill ej svara

{ändrad formulering till original}

SN90. Vilken portion snus ogillar du mest att avstå från?

- Första snusen på morgonen     Annan  
 Vet ej / vill ej svara

{ändrad formulering till original}

SN100. Hur många minuter i genomsnitt behåller du en ny portion snus i munnen?

- Mindre än 10 minuter     30 minuter eller längre  
 10 till 19 minuter     Vet ej / vill ej svara  
 20 till 29 minuter

{ändrad formulering till original}

SN120. När du snusar:

	Ja	Nej	Vet ej / vill ej svara
Känner du en stark längtan efter snus när du varit utan det i 2 timmar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snusar du mer på morgonen än under resten av dagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är det svårt för dig att inte snusa i olämpliga situationer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snusar du även då du är så sjuk att du ligger i sängen större delen av dagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Alkohol

---

## Alkoholdebut

---

### Om besvaras av barn, visa AL10

AL10. Har du någonsin druckit alkohol?

- Ja    Nej  
 Vet ej / vill ej svara

### ❖ G. LÄMNA MODULEN OM AL10 INTE ÄR "JA"

---

## Nuvarande alkoholkonsumtion

---

AL30. Om du tänker på de senaste 12 månaderna, hur ofta har du druckit alkohol?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Ingen gång                          | <input type="radio"/> 2 till 3 gånger i veckan       |
| <input type="radio"/> En gång i månaden eller mindre ofta | <input type="radio"/> 4 gånger i veckan eller oftare |
| <input type="radio"/> 2 till 3 gånger i månaden           | <input type="radio"/> Vet ej / vill ej svara         |
| <input type="radio"/> 1 gång i veckan                     |  |

### ❖ H. LÄMNA MODULEN OM AL10 ÄR "ALDRIG".

### ❖ OM AL30 ÄR "2 TILL 3 GÅNGER I MÅNADEN" ELLER MINDRE OFTA, ANVÄND FORMULERINGSBENÄMNINGEN "VARJE MÅNAD" I NEDANSTÅENDE FRÅGOR, ANNARS ANVÄNDS FORMULERINGSBENÄMNINGEN "VARJE VECKA"

AL40. Dricker du någon av följande alkoholhaltiga drycker {varje månad, varje vecka}?  
(Markera alla aktuella)

- |   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| Ja  | <input type="checkbox"/> Vin      |
| <input type="checkbox"/> Folköl (3,5 %)   | <input type="checkbox"/> Sprit    |
| <input type="checkbox"/> Mellanöl (4,5 %) | <input type="checkbox"/> Alkoläsk |
| <input type="checkbox"/> Starköl (5 - 7%) | <input type="checkbox"/>          |

- Extra stark öl (> 7%)     Nej  
 Cider (5 %)                       Vet ej / vill ej svara

❖ **I. LÄMNA MODULEN OM AL10 ÄR "NEJ"**

❖ **J. FÖR VARJE MARKERAT SVAR I AL40 VISA MOTSVARANDE SVARSALTERNATIV NEDAN**

AL50. Hur många flaskor eller burkar av följande alkoholhaltiga drycker dricker du en vanlig { månad, vecka }?

	33 cl	50 cl
Folköl	_____	_____
Mellanöl	_____	_____
Starköl	_____	_____
Extra stark öl	_____	_____
Cider	_____	_____
Alkoläsk	_____	_____

❖ **J. VILLKORET AVSLUTAS**

**Om "vin" är markerat i AL40, visa AL60**

AL60. Dricker du mer än en flaska vin (75 cl) per { månad, vecka }?

- Ja     Nej  
 Vet ej / vill ej svara

**Om AL60 är "nej", visa AL70 och AL90**

AL70. Hur många glas vin dricker du per {månad, vecka}?

- 1 glas    4 glas  
 2 glas    5 eller fler glas  
 3 glas    Vet ej / vill ej svara

**Om AL60 är "ja", visa AL80 och AL90**

AL80. Hur många flaskor vin dricker du per {månad, vecka}?

- 2 flaskor    5 flaskor eller fler  
 3 till 4 flaskor    Vet ej / vill ej svara

AL90. Vilken mängd rött (inklusive rosévin) respektive vitt vin (inklusive mousserande vin) dricker du?

- 100% rödvin    25% rödvin och 75% vitt vin  
 75% rödvin och 25% vitt vin    100 % vitt vin  
 50% rödvin och 50% vitt vin    Vet ej / vill ej svara

**Om "sprit" är markerat i AL40, visa AL100 och AL110**

AL100. Hur mycket sprit innehåller din drink i genomsnitt?

- 4 cl (1 liten snaps)    10 cl  
 6 cl (1 stor snaps)    12 cl  
 8 cl    Vet ej / vill ej svara

AL110. Hur många sådana drinkar dricker du under en normal {månad, vecka}?

- (Antal)\_\_\_\_\_    Vet ej / vill ej svara

**❖ K. FÖR VARJE MARKERAT SVAR I AL40, VISA MOTSVARANDE SVARSALTERNATIV NEDAN**

AL115. Hur mycket av dessa drycker dricker du på helgerna (Fredag till Söndag)

{under en normal vecka, under en normal månad}?

	Din total {per månad, per vecka} "datorn fyller i"	Ange total per helg
Folköl	_____	_____
Mellanöl	_____	_____
Starköl	_____	_____
Extra stark öl	_____	_____
Cider	_____	_____
Vin	_____	_____
Sprit	_____	_____
Alkoläsk	_____	_____

❖ **K. VILLKORET AVSLUTAS**

---

**Alkoholberoende**

---

AL120. Hur ofta har du druckit {män: 5, kvinnor: 4} eller fler "standarddrinkar" vid samma tillfälle under de senaste 12 månaderna?

- Aldrig  Varje vecka  
 Mindre än en gång i månaden  Dagligen eller nästan dagligen  
 Varje månad  Vet ej / vill ej svara

❖ **BILD PÅ "STANDARDDRINKAR"**

- ❖ **L. RÄKNA FRAM ANTALET "STANDARDDRINKAR" FRÅN AL40 ALKOHOLHALTIGA DRUCKER. LÄMNA MODULEN OM [VARJE VECKA <14 STANDARDDRINKAR FÖR MÄN OCH <9 STANDARDDRINKAR FÖR KVINNOR] ELLER AL120 ÄR "VARJE MÅNAD" ELLER OFTARE**



AL130. Hur ofta under det senaste året:

	Aldrig	Mindre än en gång i månaden	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan dagligen	Vet ej / vill ej svara
Har du inte kunnat sluta dricka sedan du börjat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
Har du haft skuld känslor eller samvets kval på grund av ditt drickande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du inte kommit ihåg vad som hände kvällen innan på grund av ditt drickande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AL135. Har en släkting, vän, doktor eller någon annan sjukvårdspersonal oroat sig över ditt drickande eller antytt att du borde minska ned på det?

- Nej  Ja, under det senaste året  
 Ja, men inte under det senaste året  Vet ej / vill ej svara

AL137. Har du eller någon annan blivit skadad på grund av ditt drickande?

- Nej  Ja, under det senaste året  
 Ja, men inte under det senaste året  Vet ej / vill ej svara

# Droganvändning

---

## Nuvarande eller tidigare droganvändning

---

{ändrad formulering}

IL10. Följande frågor handlar om droganvändning utöver medicinskt förskrivna droger.

Har du under de senaste 12 månaderna använt någon annan drog förutom tobak eller alkohol av någon av följande anledningar?

- för att bli hög
- för att må bättre
- för att ändra sinnesstämning
- för att höja prestationen
- för att bygga muskler

- Ja    Nej  
 Vet ej / vill ej svara

### ❖ N. LÄMNA MODULEN OM IL10 ÄR "NEJ"

{ändrad formulering}

IL20. Har du under de senaste 12 månaderna provat någon av följande droger?  
(Markera alla aktuella)

Droger

- Cannabis, marijuana, hash
- 
- Hallucinogena svampar  
(Psilocybin, Psilocin)
- LSD
- Ecstasy
- GHB
- 
- Amfetamin
- Kokain
- 
- Heroin
- Opium
- 

Mediciner

- Codein, Citodon, Treo Comp,  
Panocod
- Tramadol, Tradolan, Tiparol,  
Nobligan
- 
- Sobril, Oxascand, Stesolid,  
Diazepam, Xanor, Alprazolam
- Stilnoct, Zolpidem, Imovan,  
Zopiklon
- 
- Metylfenidat (Ritalin, Concerta)
- 
- Morfin
- Subutex, Suboxone

Ingen av  
dessa

Vet ej / vill  
ej svara

- Tillväxthormon
- Anabola steroider

- 
- Annan drog eller medicin

❖ **O. LÄMNA MODULEN OM IL10 ÄR "INGEN AV DESSA"**

❖ **P. FÖR VARJE MARKERAT SVAR I IL20 VISA NEDANSTÅENDE FRÅGOR**

**Om IL25 är "ja", visa IL40 och IL50**

IL40. Använder du {markerad drog} nu?

- Ja
- Nej
- Vet ej / vill ej svara

{ändrad formulering}

IL50. Hur ofta har du använt {markerad drog} under de senaste 12 månaderna?

- Provat en gång
- 1 gång i månaden eller mindre ofta
- 2 till 4 gånger i månaden
- 2 till 3 gånger i veckan
- 4 gånger i veckan eller oftare
- Vet ej / vill ej svara

❖ **P. VILLKORET AVSLUTAS**

❖ **Q. LÄMNA OM IL40 ÄR "NEJ" FÖR ALLA MARKERADE DROGER I IL20**

**Om IL20 har två eller fler droger markerade och IL40 är "ja" för båda drogerna, visa IL60**

IL60. Hur ofta använder du mer än en typ av drog vid ett och samma tillfälle?

- Aldrig
- En gång i månaden eller mindre ofta
- 2 till 4 gånger i månaden
- 2 till 3 gånger i veckan
- 4 gånger i veckan eller oftare
- Vet ej / vill ej svara

**{ tillagd} Om två eller fler droger ej besvarats "provat en gång" i IL50, visa IL70**

IL70. En typisk dag då du tar droger, under de senaste 12 månaderna, hur många gånger om dagen tar du någon drog?

- 1 till 2 gånger
- 3 till 4 gånger
- 5 till 6 gånger
- 7 gånger eller fler
- Vet ej / vill ej svara

# Hälsohistoria

## Innehåll

Innehåll.....	1
Infektioner.....	2
Vanliga infektioner .....	2
Sjukledighet och mediciner.....	3
Sjukdomar.....	5
{ < 30 år } Ätbeteende .....	13
Inledande frågor .....	13
Reflux, IBS .....	15
Sömn.....	19
Sömnkvalitet och sovtid .....	19
Sömnbesvär, snarkning, sömnapné .....	20
Sömnstörningar .....	21
Hörsel .....	22
Självestimering av hörsel .....	22
Hörlursanvändning.....	22
Tinnitus .....	23

# Infektioner

---

## Vanliga infektioner

---

IF05. Vilka av följande symtom har {ditt barn, du} haft vid något tillfälle under de senaste 7 dagarna? (Markera alla aktuella)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Feber                       | <input type="checkbox"/> Nysningar              |
| <input type="checkbox"/> Huvudvärk                   | <input type="checkbox"/> Kräkningar             |
| <input type="checkbox"/> Ömmande muskler eller leder | <input type="checkbox"/> Diarré                 |
| <input type="checkbox"/> Bröstsmärtor                | <input type="checkbox"/> Trötthet, svaghet      |
| <input type="checkbox"/> Frossa, frysningar          | <input type="checkbox"/> Klåda (t.ex. hudklåda) |
| <input type="checkbox"/> Ont i öronen                |   |
| <input type="checkbox"/> Snuva                       | <input type="radio"/> Inget av dessa            |
| <input type="checkbox"/> Halsont                     | <input type="radio"/> Vet ej / vill ej svara    |
| <input type="checkbox"/> Hosta                       |   |

IF40. Har {ditt barn, du} under de senaste 12 månaderna blivit hastigt sjuk (dvs. inom några timmar) med feber, halsont, snuva, hosta eller muskelvärk?

- Ja     Vet ej / vill ej svara  
 Nej

### Om IF40 är "ja", visa IF45

IF45. Hur många gånger har {ditt barn, du} haft den typen av symtom under de senaste 12 månaderna?

- 1 gång                                     Vet ej / vill ej svara  
 2 gånger  
 3 gånger  
 Mer än 3 gånger (ange)\_\_\_\_\_

IF20. Har {ditt barn, du} haft någon form av svampinfektion (t.ex. under naglar {, i underlivet} eller i munnen) under de senaste 12 månaderna?

- Ja (vänligen ange) \_\_\_\_\_     Vet ej / vill ej svara  
 Nej

IF10. Har {ditt barn, du} fått något fästingbett under de senaste 12 månaderna?

- Ja     Vet ej / vill ej svara  
 Nej

**Om enkäten besvaras av vuxen, visa IF30 (barn får frågor om djur i annan modul)**

IF30. Finns det några husdjur i {ditt barns, ditt} hem?

- Ja                       Annat (vilket)\_\_\_\_\_
- Katt
- Hund                       Nej, inga husdjur
- Gnagare                 Vet ej / vill ej svara
- Fåglar

---

### Sjukledighet och mediciner

---

IF50. Har {ditt barn, du} varit hemma från {dagis, skola, arbete} eller annan daglig sysselsättning på grund av förkylning, influensa eller maginfluensa under de senaste 12 månaderna?

- Ja     Vet ej / vill ej svara
- 1 gång
- 2 gånger
- 3 gånger
- Mer än 3 gånger (ange)\_\_\_\_\_
- Nej

**Om IF50 är "1 gång" eller mer, visa IF60**

IF60. Hur lång tid {, sammanlagt} var {ditt barn, du} hemma under de senaste 12 månaderna på grund av förkylning, influensa eller maginfluensa?

- Mindre än 1 vecka                       Vet ej / vill ej svara
- 1 till 2 veckor
- 3 till 4 veckor
- Mer än 4 veckor

IF70. Har {ditt barn fått, du tagit} medicin för förkylning, influensa eller maginfluensa under de senaste 12 månaderna?

- Ja  Nej  
 1 gång  Vet ej / vill ej svara  
 2 till 3 gånger  
 4 till 5 gånger  
 Fler än 5 gånger

**Om IF70 är "1 gång" eller fler, visa IF75**

IF75. Vilken eller vilka mediciner {fick ditt barn, tog du}? (Markera alla aktuella)

- Febernedsättande medicin  Vet ej / vill ej svara  
 Antibiotika  
 Medicin mot influensa (t.ex. Tamiflu eller Relenza)  
 Annat läkemedel (ange) \_\_\_\_\_

IF65. Har {ditt barn, du} fått vaccin mot influensa under detta eller föregående år?

- Ja, under de senaste 12 månaderna  Nej  
 Ja, för 1 till 2 år sedan  Vet ej / vill ej svara



## Sjukdomar

{ändrad formulering}

DS10. Vilka av följande sjukdomar har du för närvarande eller har du haft under de senaste 12 månaderna?

- |   |   |   |
|---|---|---|
| Hjärta / kärl   | <input type="checkbox"/> Akne                                   | <input type="checkbox"/> Avföringsinkontinens             |
| <input type="checkbox"/> Högt blodtryck                       | <input type="checkbox"/> Eksem                                  | Urologisk sjukdom   |
| <input type="checkbox"/> Höga blodfetter eller kolesterol     | <input type="checkbox"/> Psoriasis                              | <input type="checkbox"/> Återkommande urinvägsinfektioner |
| <input type="checkbox"/> Kärlekskramp (Angina pectoris)       | Endokrina systemet  | <input type="checkbox"/> {om man: Prostatabesvär}         |
| <input type="checkbox"/> Hjärtattack (hjärtinfarkt)           | <input type="checkbox"/> Diabetes                               | <input type="checkbox"/> Njursten                         |
| <input type="checkbox"/> Ojämn hjärtrytm                      | <input type="checkbox"/> Sköldkörtelsjukdom (t.ex. struma)      | <input type="checkbox"/>                                  |
| <input type="checkbox"/> Blodpropp                            | Mage  | <input type="radio"/> Ingen av dessa                      |
| Lungsjukdom   | <input type="checkbox"/> Glutenintolerans (Celiaki)             | <input type="radio"/> Vet ej / vill ej svara              |
| <input type="checkbox"/> Astma                                | <input type="checkbox"/> Laktosintolerans                       | <input type="checkbox"/>                                  |
| <input type="checkbox"/> KOL, kroniskt obstruktiv lungsjukdom | <input type="checkbox"/> Halsbränna, sura uppstötningar         |   |
| Hud   | <input type="checkbox"/> Magsår                                 |   |
| <input type="checkbox"/> Munsår (herpes)                      | <input type="checkbox"/> Magkatarr                              |   |
|   | <input type="checkbox"/> Problem med gallblåsan                 |   |
|   | <input type="checkbox"/> Irritabel tarm (colon irritabile, IBS) |   |
|   | <input type="checkbox"/> Crohns sjukdom                         |   |
|   | <input type="checkbox"/> Ulcerös kolit                          |   |
|   | <input type="checkbox"/> Magsår                                 |   |

### ❖ A. FÖR VARJE MARKERAT SVAR I DS10 VISA MOTSVARANDE FRÅGOR NEDAN

Om "ojämn hjärtrytm" är markerat, visa DS11

DS11. Har en läkare diagnostiserat ojämn hjärtrytm?

- Ja    Nej  
 Vet ej / vill ej svara

Om "blodpropp", visa DS12, DS13 och DS14

DS12. Var i kroppen har (hade) du en blodpropp?

- I ett ben                       På ett annat ställe  
 I lungan/lungorna    Vet ej / vill ej svara

DS13. Har du haft flera blodproppar?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

DS14. Får du (fick du) medicinen Waran (blodförtunnande medel) för blodproppen?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

DS15. Vilken typ av struma eller sköldkörtelsjukdom har (hade) du?

- Giftstruma (ökad mängd sköldkörtelhormon, hyperthyroidism)  Annan struma  
 Låg mängd sköldkörtelhormon (hypothyroidism)  Vet ej / vill ej svara

**Om "halsbränna eller sura uppstötningar/reflux", visa DS16 och DS18**

DS16. Har en läkare ställt diagnosen halsbränna eller sura uppstötningar?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

DS17. Har en läkare diagnostiserat dina prostatabesvär?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

DS18. Har en läkare diagnostiserat dina njurstensbesvär?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

DS19. Har en läkare diagnostiserat dina problem med gallblåsan?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

DS20. Har en läkare ställt diagnosen magsår?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

DS21. Har en läkare ställt diagnosen astma?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

DS22. Har en läkare ställt diagnosen KOL (kroniskt obstruktiv lungsjukdom)?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

DS23. Har en läkare ställt diagnosen psoriasis?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

DS24. Har en läkare ställt diagnosen eksem?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

### **Om "diabetes", visa DS25 och DS26**

DS25. Vilken diabetestyp har (hade) du?

- Barndiabetes (typ I)  Vuxendiabetes (typ II)  Vet ej / vill ej svara

DS26. Vilken behandling har du för din diabetes?

- Insulinsprutor  Diet  
 Tabletter  Annan

### **Om "avföringsinkontinens", visa DS27**

DS27. Hur ofta besväras du av följande problem med avföringsinkontinens?

	Aldrig eller nästan aldrig	Ibland	Vanligtvis	Alltid	Vet ej / vill ej svara
Uppsvälld mage eller gaser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läckage av lös avföring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läckage av fast avföring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behov av att använda blöja vid avföringsinkontinens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ändring av livsstil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### ❖ A. VILLKORET AVSLUTAS

{ändrad formulering}

DS30. Vilka av följande sjukdomar har du för närvarande eller har du haft under de senaste 12 månaderna?

Muskuloskeletal sjukdom

- Ischias
- Ständig ryggvärk (kronisk)
- Ständig värk i axlar (kronisk)
- Artros (t.ex i höfter, knän eller fingrar)
- Ledgångsreumatism
- SLE (Lupus)
- Fibromyalgi
- Neurologi
- Läs- och skrivsvårigheter (dyslexi)
- Svårighet att tala, hitta ord eller förstå tal
- Migrän
- Hortons sjukdom
- Menières sjukdom

- Epilepsi
- MS (multipel skleros)
- Barn och ungdom
- Vattkoppor
- Körtelfeber (mononukleos)
- Psykiatri
- Utbrändhet
- Depression
- Bipolär sjukdom
- Ångestsyndrom
- Panikångest

- Agorafobi
- Social fobi
- Tvångssyndrom
- Posttraumatiskt stressyndrom
- Schizofreni
- Schizoaffektivt syndrom
- Aspergers syndrom
- Autism
- Tourettes syndrom
- Annan sjukdom \_\_\_\_
- 
- Ingen av dessa
- Vet ej / vill ej svara

❖ **B. FÖR VARJE SVAR SOM MARKERATS I DS30 VISA MOTSVARANDE FRÅGOR SOM FINNS NEDAN**

**Om "epilepsi" är markerat i DS30, visa DS30.1 , DS31.2 och DS31.3**

DS30.1. Har en läkare ställt diagnosen epilepsi?

- Ja     Vet ej / vill ej svara  
 Nej

DS31.2. Vilken är den medicinska beteckningen på epilepsin?

- Grand mal epilepsi                       Infantil spasm  
 Petit mal                                       Annan  
 Lokaliserad (fokal) epilepsi     Vet ej / vill ej svara

DS31.3. Hur gammal var du när du fick epilepsi första gången?

- (Ålder)\_\_\_\_\_     Vet ej / vill ej svara

DS31. Har en läkare ställt diagnosen ischias?

- Ja     Nej  
 Vet ej / vill ej svara

**Om "artros" markerats, visa DS32.1 och DS32.2**

DS32.1. Vilka av följande stämmer in på dig för mer än 3 veckor under det senaste året?  
(Markera alla aktuella)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Värk eller smärta i en led  | <input type="radio"/> Inget av dessa         |
| <input type="checkbox"/> Svårighet att böja en led (varit stel i en led)                                       | <input type="radio"/> Vet ej / vill ej svara |
| <input type="checkbox"/> Tagit smärtstillande medicin för värk eller smärta i en led                           |  |
| <input type="checkbox"/> Ändrat dagliga aktiviteter eller fritidsaktiviteter p.g.a. värk eller smärta i en led |  |

DS32.2. Har en läkare ställt diagnosen artros?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

DS33. Har en läkare ställt diagnosen ledgångsreumatism?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

DS34. Har en läkare ställt diagnosen fibromyalgi?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

DS35. Har en läkare ställt diagnosen migrän?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

DS36. Har en läkare ställt diagnosen Hortons sjukdom?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

DS37. Har en läkare ställt diagnosen utbrändhet?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

DS38. Har en läkare ställt diagnosen depression?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

DS39. Har en läkare ställt diagnosen ångestsyndrom?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

DS40. Har en läkare ställt diagnosen panikångest?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

DS41. Har en läkare ställt diagnosen agorafobi?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

DS42. Har en läkare ställt diagnosen social fobi?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

DS43. Har en läkare ställt diagnosen tvångssyndrom?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

DS44. Har en läkare ställt diagnosen posttraumatiskt stressyndrom?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

### Om DS30 är "svårighet att tala..."

DS45. Hur skulle du beskriva dina språkliga färdigheter att på ditt modersmål:

	Mycket svårt	Ganska svårt	Ungefär medel	Ganska lätt	Mycket lätt
Upprepa ord eller fraser såsom andra uttalat dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hitta ord eller kunna namnge saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Mycket svårt	Ganska svårt	Ungefär medel	Ganska lätt	Mycket lätt
Förstå vad andra säger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uttrycka dig med ett flytande tal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uttrycka dig i skrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DS46. Är ditt tal sluddrigt, otydligt eller svagt?

- Ja     Vet ej / vill ej svara  
 Nej

DS47. Har du fått talterapi eller någon annan {barn: habilitering, vuxna: rehabilitering} för talsvårigheter?

- Ja     Vet ej / vill ej svara  
 Nej

### **Om DS30 är "läs- och skrivsvårigheter..."**

DS48. Har en logoped ställt diagnosen dyslexi?

- Ja     Vet ej / vill ej svara  
 Nej

### **❖ B. VILLKORET AVSLUTAS**



## { < 30 år } Ätbeteende

---

### Inledande frågor

---

ED20. Hur mycket väger du nu när du har inomhuskläder på dig?

- (kg)\_\_\_\_\_  Vet ej /vill ej svara

{ ändrad formulering }

ED30. Har du haft anorexi under de senaste 12 månaderna?

- Ja  Nej  
 Osäker  Vill ej svara

{ ändrad formulering }

ED40. Har du haft bulimi under de senaste 12 månaderna?

- Ja  Nej  
 Osäker  Vill ej svara

**Om ED30 är inte "ja" och ED40 är inte "ja", visa ED50**

{ ändrad formulering }

ED50. Har någon under de senaste 12 månaderna misstänkt att du haft en ätstörning?

- Ja  Nej  
 Osäker  Vill ej svara

{ ändrad formulering }

ED60. Har du under de senaste 12 månaderna hetsätit, d.v.s. du åt vad de flesta skulle anse ovanligt mycket mat på kort tid och det kändes som att du inte kunde kontrollera ditt ätande?

- Ja  C  
 Osäker

- Nej
- Vill ej svara

{ändrad formulering}

ED70. Vilken/vilka av följande metoder har du under de senaste 12 månaderna använt dig av för att kontrollera din kroppsform eller vikt?

	Aldrig	Några gånger	Oftare	Vet ej / vill ej svara
Fastat eller inte ätit (i 24 timmar eller mer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Använt bantningspiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tränat i mer än 2 timmar per dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har fått mig själv att kräkas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Använt laxermedel eller vätskedrivande medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Reflux, IBS

[ref\_lastyear]

RE10. Har du haft halsbränna eller sura uppstötningar under det senaste året?

- Ja [1]     Vet ej / vill ej svara [998]  
 Nej [2]

**Om RE10 är "nej", visa RE12**

[ref\_stopped]

RE12. Vid vilken ålder hade du detta / dessa problem senast?

- (Ålder) [yrs]\_\_\_\_\_ [yrs\_other]     Vet ej / vill ej svara [998]

**Om RE12 är "ja", visa RE15 till RE50**

[ref\_behstern]

RE15. Vilket/vilka symtom besväras du av?

- Halsbränna [heart]     Sura uppstötningar [reflux]  
 Vet ej / vill ej svara [998]

[ref\_behstern\_age]

RE20. Hur gammal var du första gången du besvärades av detta / dessa problem?

- (Ålder) [yrs]\_\_\_\_\_ [yrs\_other]     Vet ej / vill ej svara [998]

[ref\_behstern\_frq]

RE30. Hur ofta har du smärta eller besvär på grund av { halsbränna, sura uppstötningar }?

- Mindre än en gång i månaden [4]     Varje vecka [3]  
 Varje månad [3]     Varje dag [2]

Vet ej / vill ej svara [998]

[ref\_behstern\_wakenight]

RE40. Brukar du vakna på natten på grund av {halsbränna, sura uppstötningar}?

- Ja [1]     Vet ej / vill ej svara [998]  
 Nej [2]

[ref\_12mnt\_med]

RE50. Har du under det senaste året tagit någon medicin på grund av {din halsbränna, dina sura uppstötningar}?

- Ja, dagligen [1]     Nej [3]  
 Ja, vid behov [2]     Vet ej / vill ej svara [998]

**Om RE50 är "ja...", visa RE60**

[ref\_12mnt\_med\_whc]

RE60. Vilken/vilka av följande mediciner använder du? (Markera alla aktuella)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Novalucol, Novaluzid, Link, Rennie<br>[nov]                   | <input type="checkbox"/> Omeprazol, Losec MUPS, Nexium,<br>Lansoprazol, Lanso, Pantoloc [ome] |
| <input type="checkbox"/> Andapsin, Sukralfat, Gaviscon [and]                           | <input type="checkbox"/> Annan [oth]  |
| <input type="checkbox"/> Artonil, Ranitidin, Inside, Zantac,<br>Pepcid, Pepcidin [art] | <input type="radio"/> Vet ej / vill ej svara [998]  |

[ibs\_stomrecur]

RE70. Har du haft återkommande magbesvär under det senaste året? {förutom halsbränna eller sura uppstötningar}

- Ja [1]     Vet ej / vill ej svara [998]  
 Nej [2]

❖ **G. OM RE70 ÄR "JA" VISA NEDANSTÅENDE FRÅGOR**

[ibs\_stomrecur\_lastst]

RE80. Har besvären varat i åtminstone 3 dagar per månad? (ej nödvändigtvis 3 dagar i följd)

- Ja [1]     Vet ej / vill ej svara [998]  
 Nej [2]

**Om "ja", visa RE90**

[ibs\_stomrecur\_age]

RE90. För hur länge sedan började dina besvär?

- 1 till 5 år sedan [1]     11 till 20 år [3]  
 6 till 10 år sedan [2]     Mer än 20 år sedan [4]  
 Vet ej / vill ej svara [998]

[ibs\_stomrecur\_discomf]

RE100. När du har magbesvär, brukar du känna något av följande:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ökad mättnadskänsla efter maten [sat] | <input type="checkbox"/> En känsla av att tarmtömingen inte är avslutad [inc] |
| <input type="checkbox"/> Uppkörd/uppblåst mage [blo]           | <input type="checkbox"/> Att tarmtömningen lindrar besvären [all]             |
| <input type="checkbox"/> Förstoppning [con]                    | <input type="checkbox"/>  |
| <input type="checkbox"/> Lös eller vattnig avföring [loo]      | <input type="radio"/> Inget av dessa [996]                                    |
|  | <input type="radio"/> Vet ej / vill ej svara [998]                            |

[ibs\_stomrecur\_where]

RE110. Var känner du smärtan?

- I övre delen av magen [upp]     I både övre och nedre delen av magen [bot]  
 I nedre delen av magen [low]     Vet ej / vill ej svara [998]

[ibs\_stomrecur\_pain]

RE120. Vad händer med smärtan i olika situationer:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Den lindras när jag äter [rel]                | <input type="checkbox"/> Den väcker mig på natten [wak] |
| <input type="checkbox"/> Den sätter igång när jag äter [tir]           | <input type="checkbox"/>                                |
| <input type="checkbox"/> Den sätter igång när jag äter mejeriprodukter | <input type="radio"/> Inget av dessa [996]              |

(laktosintolerans) [lac]

Vet ej / vill ej svara [998]

❖ **G. VILLKOREN AVSLUTAS**

## Sömn

---

### Sömnkvalitet och sovtid

---

SP20. Hur sover du vanligen?

	1	2	3	4	5	
Mycket dåligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mycket bra

SP50. Hur lång tid tar det för dig att somna (efter att du släckt lampan)?

- Mindre än 5 minuter
- 5 till 14 minuter
- 15 till 29 minuter
- 30 till 59 minuter
- 60 minuter eller mer
- Vet ej / vill ej svara

SP60. Hur dags brukar du stiga upp på en arbetsdag?

Klockan                      och (minut)

- 4 eller tidigare
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 eller senare
- 00
- 15
- 30
- 45

SP70. Hur dags brukar du gå och lägga dig (släcka lyset) kvällen före en arbetsdag?

Klockan och (minut)

20 eller tidigare  00

21  15

22  30

23  45

24

1

2 eller senare

---

### Sömnbesvär, snarkning, sömnapné

---

SP100.

	Aldrig eller sällan	1 till 3 gånger i månaden	1 till 3 gånger i veckan	4 gånger eller mer i veckan	Vet ej / vill ej svara
Har du svårt att somna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är din sömn orolig eller störd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaknar du flera gånger och har svårighet att somna om?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaknar du för tidigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Känner du dig <u>inte</u> utsövd när du vaknar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur ofta får du för lite sömn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Känner du dig rastlös i benen när du lägger dig eller när du sover?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snarkar du högt (enligt dig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



själv eller andra)?					
Har du andningsuppehåll eller svårt att andas under sömnen (enligt dig själv eller andra)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Om "har du andningsuppehåll..." i SP100 är besvarad "1 till 3 gånger..." eller oftare, visa SP101**

SP101. Har en läkare någon gång ställt diagnosen sömnapné?

- Ja     Vet ej / vill ej svara  
 Nej

---

### Sömnstörningar

---

SP110. Har du svårt att hålla dig vaken under dagen?

- Sällan eller aldrig     Vet ej / vill ej svara  
 Ibland  
 Ofta

SP113. Är du trött på eftermiddagen?

- Sällan eller aldrig     Vet ej / vill ej svara  
 Ibland  
 Ofta

# Hörsel

---

## Självstimering av hörsel

---

HE10. Hur är din hörsel?

- Bra                       Mycket nedsatt  
 Något nedsatt     Vet ej / vill ej svara

---

## Hörlursanvändning

---

HE20. Använder du ofta hörlurar (t.ex. när du lyssnar på mp3-spelare eller radio eller när du spelar dataspel)?

- Ja     Nej  
 Vet ej / vill ej svara

**❖ J. OM HE20 ÄR "JA" VISA FRÅGORNA NEDAN**

HE30. Hur hög volym har du i hörlurarna?

- Låg     Hög  
 Medel     Vet ej / vill ej svara

HE40. Hur ofta använder du hörlurar?

- Dagligen     Varje månad  
 Varje vecka     Vet ej / vill ej svara

**❖ J. VILLKORET AVSLUTAT**

---

## Tinnitus

---

HE60. Ringer det konstant i öronen eller har du något annat besvärande ljud i öronen (tinnitus)?

Ja

Ibland, men ljudet stör mig inte

Hela tiden, ljudet är mycket störande

Nej

Vet ej / vill ej svara

# Skador

## Innehåll

Innehåll .....	1
Senaste års skadetillfällen .....	2
Skadeorsak .....	3
Skadade kroppsdelar .....	4
Vård sökt för skada .....	7
Långtidseffekter av tidigare skada (senaste 12 månader) .....	7

## Senaste års skadetillfällen

IN1. Har {du, ditt barn} under de senaste 12 månaderna råkat ut för en skada som hindrat {dig, honom/henne} från att utföra {dina, sina} vanliga aktiviteter under en dag eller mer?

Exempel på skadetillfällen:

- En olyckshändelse (t.ex. ett fall, blivit träffad av något föremål, slagit sig mot något, en trafikolycka)
- En skadlig händelse (t.ex. ett bitt, blivit attackerad av annan person, ett kvävningstillbud, ett drunkningstillbud)
- Andra farliga omständigheter (t.ex. svält giftigt ämne, andats in giftiga ångor, blivit utsatt för höga ljud, fått en elektrisk stöt)

- Nej
- Ja, en gång
- Ja, flera gånger
- Vet ej / vill ej svara

**Om IN1 är "ja, flera gånger", visa IN1.5**

IN1.5. Hur många gånger blev {du, ditt barn} skadad under de senaste 12 månaderna?

- Två gånger
- Tre gånger
- Fyra gånger
- Fem gånger
- Sex gånger
- Sju gånger eller mer
- Vet ej / vill ej svara

❖ **B. FÖR VARJE SKADETILLFÄLLE I IN1 VISA NEDANSTÅENDE FRÅGOR**

## Skadeorsak

IN1.6. Varför inträffade skadan {den n:te gången}? (Beskriv med egna ord)

\_\_\_\_\_

IN1.7. Hur utlöstes skadan?

- Slumpmässigt olycksfall
- Någon försökte avsiktligt skada mig
- Försökte skada mig själv
- På annat sätt
- Vet ej / vill ej svara

IN1.8. Hur orsakades skadan?

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fallskada         | <input type="checkbox"/> Av en maskin                 | <input type="checkbox"/> Överansträngning    |
| <input type="checkbox"/> Våldshandling     | <input type="checkbox"/> Bilolycka                    | <input type="checkbox"/> Hett föremål        |
| <input type="checkbox"/> Skärande våld     | <input type="checkbox"/> Cykelolycka                  | <input type="checkbox"/> Eld                 |
| <input type="checkbox"/> Förgiftning       | <input type="checkbox"/> Gångtrafikanolycka           | <input type="checkbox"/> Pistol / gevär      |
| <input type="checkbox"/> Kvävning          | <input type="checkbox"/> Annan typ av transportolycka | <input type="checkbox"/> På annat sätt       |
| <input type="checkbox"/> Drunkningstillbud | <input type="checkbox"/> Miljöolycka                  | <input type="radio"/> Vet ej / vill ej svara |

## Skadade kroppsdelar

IN9. Vilken eller vilka delar av kroppen blev skadade {den n:te gången}?  
(Markera alla aktuella)

- Armar eller ben  Mage / buk  
 Huvud (t.ex. skalle, ögon eller näsa)  Bäckén  
 Hals / nacke  
 Rygg / ryggrad  Vet ej / vill ej svara  
 Bröstkorg

### Om IN9 är "armar eller ben", visa IN9.1 nedan

IN9.1. Vilken slags arm- / benskada drabbades {du, ditt barn} av {den n:te gången}?

- Ytlig skada  Brännskada  
 Sår (annat än brännskada)  Köldskada / förfrysning  
 Ur led, vrickning, stukning  Annan skada  
 Benbrott (fraktur)   
 Käril-/nervskada  Vet ej / vill ej svara

### Om IN9 är "huvud", visa IN9.1 till IN9.6 nedan

IN9.1. Vilken eller vilka delar av huvud blev skadade {den n:te gången}?  
(Markera alla aktuella)

- Skalle  Mun eller tänder  
 Hjärna  Annan del av huvudet (vänligen ange) \_\_\_\_  
 Ögon  
 Öron  Vet ej / vill ej svara  
 Näsa

**För varje markerad skada i IN9.1, visa IN9.2**

IN9.2. Vilken slags {skada} drabbades {du, ditt barn} av {den n:te gången}?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ytlig skada   | <input type="checkbox"/> Brännskada              |
| <input type="checkbox"/> Sår (annat än brännskada)                           | <input type="checkbox"/> Köldskada / förfrysning |
| <input type="checkbox"/> Krosskada / fraktur                                 | <input type="checkbox"/> Annan skada             |
| <input type="checkbox"/> Hjärnskada  | <input type="radio"/>                            |
| <input type="checkbox"/> Nervskada (domningar, försvagning eller förlamning) | <input type="radio"/> Vet ej / vill ej svara     |

IN9.3. Kan huvudskadan som {du, ditt barn} drabbades av {den n:te gången} kopplas till:

	Ja	Nej	Vet ej / vill ej svara
En period av desorientering, förvirring eller nedsatt medvetandegrad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medvetlöshet upp till 30 minuter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minnesrubbingar eller minnesförlust i samband med skadan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kramper eller krampattacker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lättretlighet, apati eller illamående			
Huvudvärk, yrsel, utmattningskänsla eller koncentrationssvårigheter kort efter skadan			

**Om IN9 är "hals/nacke", visa IN9.1 nedan**

IN9.1. Vilken slags hals- / nackskada drabbades {du, ditt barn} av {den n:te gången}?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ytlig skada                        | <input type="checkbox"/> Brännskada              |
| <input type="checkbox"/> Sår (annat än brännskada)          | <input type="checkbox"/> Köldskada / förfrysning |
| <input type="checkbox"/> Sträckning, dislokation (ur led)   | <input type="checkbox"/> Annan skada             |
| <input type="checkbox"/> Benbrott (fraktur)                 | <input type="radio"/>                            |
| <input type="checkbox"/> Nervskada (domningar, försvagning) | <input type="radio"/> Vet ej / vill ej svara     |



eller förlamning)

### Om IN9 är "rygg/rygggrad", visa IN9.1 nedan

IN9.1. Vilken slags rygg- / ryggradsskada drabbades {du, ditt barn} av {den n:te gången}?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ytlig skada   | <input type="checkbox"/> Brännskada              |
| <input type="checkbox"/> Sår (annat än brännskada)                           | <input type="checkbox"/> Köldskada / förfrysning |
| <input type="checkbox"/> Sträckning, dislokation (ur led)                    | <input type="checkbox"/> Annan skada             |
| <input type="checkbox"/> Benbrott (fraktur)                                  | <input type="radio"/>                            |
| <input type="checkbox"/> Nervskada (domningar, försvagning eller förlamning) | <input type="radio"/> Vet ej / vill ej svara     |

### Om IN9 är "bröstkorg", visa IN9.1 nedan

IN9.1. Vilken slags bröstkorgsskada drabbades {du, ditt barn} av {den n:te gången}?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ytlig skada                       | <input type="checkbox"/> Brännskada              |
| <input type="checkbox"/> Sår (annat än brännskada)         | <input type="checkbox"/> Köldskada / förfrysning |
| <input type="checkbox"/> Sträckning, dislokation (ur led)  | <input type="checkbox"/> Annan skada             |
| <input type="checkbox"/> Revbensfraktur (ej ryggradsskada) | <input type="radio"/>                            |
| <input type="checkbox"/> Skador på inre organ              | <input type="radio"/> Vet ej / vill ej svara     |

### Om IN9 är "buk", visa IN9.1 nedan

IN9.1. Vilken slags bukskada drabbades {du, ditt barn} av {den n:te gången}?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ytlig skada               | <input type="checkbox"/> Brännskada              |
| <input type="checkbox"/> Sår (annat än brännskada) | <input type="checkbox"/> Köldskada / förfrysning |
| <input type="checkbox"/> Skador på inre organ      | <input type="checkbox"/> Annan skada             |
|  | <input type="radio"/>                            |
|  | <input type="radio"/> Vet ej / vill ej svara     |

### Om IN9 är "bäcken", visa IN9.1 nedan

IN9.1. Vilken slags bäckenskada drabbades {du, ditt barn} av {den n:te gången}?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ytlig skada               | <input type="checkbox"/> Brännskada              |
| <input type="checkbox"/> Sår (annat än brännskada) | <input type="checkbox"/> Köldskada / förfrysning |
| <input type="checkbox"/> Skador på inre organ      | <input type="checkbox"/> Annan skada             |
| <input type="checkbox"/> Benbrott / fraktur        | <input type="radio"/>                            |
|  | <input type="radio"/> Vet ej / vill ej svara     |

## Vård sökt för skada

IN10. Sökte du dig till någon sjukvårdsinrättning {, för ditt barn} på grund av {skadan, någon skada}?

- Ja    Vet ej / vill ej svara
- Nej

**Om IN10 är "ja", visa IN11**

IN11. Behövde {du, ditt barn} vårdas minst en natt på sjukhus på grund av skadan?

- Ja    Vet ej / vill ej svara
- Nej

**❖ B OCH C. VILLKORET AVSLUTAS**

## Långtidseffekter av tidigare skada (senaste 12 månader)

**Om IN1 är "ja...", visa IN12**

{ändrad formulering}

IN12. Har {du, ditt barn} på grund av någon skada under de senaste 12 månaderna:

	Nej	Ja	Vet ej / vill ej svara
Svårt att se, även med glasögon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svårt att höra, även med hörapparat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problem med minnet eller med koncentrationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svårt att sköta {dig, sig} själv, t.ex. att tvätta eller klä {dig, sig}?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svårt att kommunicera med {ditt, sitt} modersmål?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Om någon fråga i IN12 är "ja", visa IN17**

IN17. Hur länge har {du, ditt barn} haft funktionsnedsättning till följd av skadan?

- Mindre än 1 månad     Mer än 6 månader  
 1 till 6 månader     Vet ej / vill ej svara

# Astma och allergi

## Innehåll

Innehåll.....	1
Astma .....	2
Väsande eller pipande andning.....	2
Andnödsattack.....	3
Astma .....	3
Sjukhusvistelse.....	5
Medicinering.....	5
KOL (kroniskt obstruktiv lungsjukdom) .....	7
Hosta och slem.....	7
Andnöd.....	7
Allergi och kronisk bihåleinflammation .....	9
Allergisk och icke-allergisk snuva .....	9
Födoämnesallergi .....	10
Andra allergier.....	11
Medicinering.....	13
Kronisk bihåleinflammation .....	14

# Astma

---

## Väsande eller pipande andning

---

### Om ålder < 15, visa IA130

{ändrad formulering}

IA130. Har {ditt barn, du} under de senaste 12 månaderna haft pipande eller väsande andning?

- Ja    Nej  
 Vet ej / vill ej svara

### Om ålder >= 15 eller IA130 är "ja", visa IA140

IA140. Har {du, ditt barn} haft pip eller har det väst i bröstet vid något tillfälle under de senaste {6, 12} månaderna?

- Ja  
 Nej  
 Vet ej / vill ej svara

### Om ålder över 1 och IA140 är "ja", visa IA145 och IA146

IA145. Vid vilka tillfällen har {du, ditt barn} pipande eller väsande andning?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vid förkylningar  | <input type="checkbox"/> Vid andra tillfällen |
| <input type="checkbox"/> {ålder < 6: Under eller efter lek eller gråt, Under eller efter fysisk träning} | <input type="radio"/> Vet ej / vill ej svara  |
| <input type="checkbox"/> Vid pollen- eller djurexponering  |   |

IA146. Hur många gånger har {ditt barn, du} haft pipande eller väsande andning under de senaste 12 månaderna?

- 1 till 3 gånger    Vet ej / Vill ej svara

- 4 till 12 gånger
- Mer än 12 gånger

---

## Andnödsattack

---

**Om ålder  $\geq$  4, visa IA150 och IA160**

IA150. Har {du, ditt barn} någon gång under de senaste 12 månaderna haft någon andnödsattack som kommit efter ansträngning?

- Ja
- Nej
- Vet ej / vill ej svara

IA160. Har {du, ditt barn} vaknat av andnödsattack vid något tillfälle under de senaste 12 månaderna?

- Ja
- Nej
- Vet ej / vill ej svara

---

## Astma

---

**Om ålder  $\geq$  1 och C.DS10, C.DS15 eller DS10 inte har besvarats, visa IA165**

IA165. Har {du, ditt barn} astma?

- Ja
- Vet ej / vill ej svara
- Nej

**Om IA165 är "ja", visa IA167**

IA167. Har en läkare ställt diagnosen astma?

- Ja
- Vet ej / vill ej svara
- Nej

**Om IA167 är "ja", visa IA168**

**❖ B. LÄMNA MODULEN OM "ASTMA" EJ ÄR MARKERAD I C.DS10, C.DS15  
ELLER DS10 ELLER IA165 ÄR "NEJ"**

**Om ålder mellan 2 och 15, visa IA175**

IA175. Under de senaste 12 månaderna, har den pipande eller väsande andningen begränsat {talet, ditt tal} till bara ett eller två ord i taget mellan andetag?

- Ja
- Nej
- Vet ej / vill ej svara

IA180. Hur ofta har {du, ditt barn} haft andningssvårigheter på grund av astma under de senaste 12 månaderna?

- Hela tiden
- Ungefär en gång per dag
- Mer än en gång i veckan, men mindre än en gång per dag
- Mindre än en gång i veckan
- Inte alls
- Vet ej / vill ej svara

IA185. Hur många gånger har {du, ditt barn} blivit väckt av {din, sin} astma under de senaste 12 månaderna?

- Varje natt eller nästan varje natt
- Mer än en gång i veckan, men inte de flesta nätter
- Mer än två gånger per månad, men högst en gång i veckan
- Mindre än två gånger per månad
- Inte alls
- Vet ej / vill ej svara

IA190. Hur mycket har {du, ditt barn} störts av {din, sin} astma i {dina, sina} dagliga aktiviteter under de senaste 12 månaderna?

- Inte alls
- Något

- Lite       Mycket  
 Vet ej / vill ej svara

---

### Sjukhusvistelse

---

IA195. Har {du, ditt barn} varit på en akutmottagning på grund av astma under de senaste 12 månaderna?

- Ja  
 Nej  
 Vet ej / vill ej svara

**Om IA195 är "ja", visa IA197**

IA197. Har {du, ditt barn} blivit inlagd på sjukhus för astmabesvär under de senaste 12 månaderna?

- Ja  
 Nej  
 Vet ej / vill ej svara

---

### Medicinering

---

IA200. Tar {du, ditt barn} för närvarande någon astmamedicin (inklusive inhalatorer, sprejer eller tabletter)?

- Ja  
 Nej  
 Vet ej / vill ej svara

**Om IA200 är "ja", visa IA202 och IA204**

IA202. Har {du, ditt barn} tagit snabbverkande luftrörsvidgande medicin, till exempel Bricanyl, Ventoline, Buventol eller Airomir, på grund av astmabesvär mer än två gånger den senaste veckan?

- Ja  
 Nej  
 Vet ej / vill ej svara



IA204. Har {du, ditt barn} under de senaste 12 månaderna använt följande mediciner?

	Ja, regelbundet	Ja, i perioder	Nej	Vet ej / vill ej svara
Kortison för inandning - Pulmicort, Flutide, Becotide, Asmanex, Beclomet, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Långverkande luftrörsvidgande - Serevent, Oxis, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En kombination av långverkande luftrörsvidgande och kortison - Seretide, Symbicort, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Singulair (tabletter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kortisontabletter – Prednisolon, Betapred				

## KOL (kroniskt obstruktiv lungsjukdom)

---

### Hosta och slem

---

❖ **D. OM ÅLDER ÄR  $\geq$  35 ELLER SVARET PÅ DS10 (KOL) ÄR MARKERAD VISA NEDANSTÅENDE FRÅGOR**

IA210. Har du hostat nästan varje dag under åtminstone tre månader under de senaste 12 månaderna?

- Ja    Nej  
 Vet ej / vill ej svara

IA230. När du inte är förkyld, har du fått upp slem från bröstet nästan varje dag under åtminstone tre månader under de senaste 12 månaderna?

- Ja    Nej  
 Vet ej / vill ej svara

---

### Andnöd

---

❖ **E. OM SVARET PÅ IA210 ELLER IA230 ÄR "JA" VISA NEDANSTÅENDE FRÅGOR**

IA250. Besväras du av andnöd när du går och har bråttom eller när du går uppför en mindre backe?

- Ja    Nej  
 Vet ej / vill ej svara

Om "nej", visa IA260

IA260. Blir du andfådd när du går med andra personer i din egen ålder på plan mark?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

**Om "nej", visa IA270**

IA270. Måste du stanna för att andas när du går cirka 100 meter på plan mark?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

**Om "nej", visa IA280**

IA280. Blir du andfådd av att klä av eller på dig?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

**❖ D OCH E. VILLKOREN AVSLUTAS**

# Allergi och kronisk bihåleinflammation

---

## Allergisk och icke-allergisk snuva

---

IA293. Har {ditt barn, du} haft problem med hösnuva eller allergisk snuva under de senaste 12 månaderna?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

**Om IA293 är "ja", visa IA294**

IA294. Har {ditt barn, du} under de senaste 12 månaderna haft problem med hösnuva eller allergisk snuva under mer än 4 dagar under en enskild vecka?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

**Om IA294 är "ja", visa IA295**

IA295. Händes detta under mer än 4 veckor i sträck?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

IA296. Har {ditt barn, du} klåda eller irritation i ögonen samtidigt med {sina, dina} näsbesvär?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

{ändrad formulering}

IA297. Har en läkare någon gång ställt diagnosen hösnuva eller allergisk snuva?

- Ja  Nej

Vet ej / vill ej svara

---

## Födoämnesallergi

---

{ändrad formulering}

IA300. Har {ditt barn, du} under de senaste 12 månaderna blivit sjuk eller reagerat på något annat sätt på något speciellt födoämne?

- Ja    Nej  
 Vet ej / vill ej svara

### Om "ja", visa IA310

IA310. Blir {ditt barn, du} nästan alltid sjuk på samma sätt eller får samma typ av besvär när {han/hon, du} äter detta födoämne?

- Ja    Nej  
 Vet ej / vill ej svara

### ❖ G. OM SVARET PÅ FRÅGORNA IA300 OCH IA310 ÄR "JA" VISA NEDANSTÅENDE FRÅGOR

IA320. Vilket eller vilka födoämnen får {ditt barn, du} dessa besvär av? (Markera alla aktuella)

- Ägg  Vet ej / vill ej svara  
 Fisk, skaldjur  
 Jordnötter  
 Nötter (t.ex. hasselnöt, mandel)  
 Kärn- och stenfrukter (t.ex. äpple, päron, persika, kiwi)  
 Spannmål (t.ex. vete, havre, råg, korn)  
 Mjök  
 Annat

IA330. Vilken reaktion får {ditt barn, du}? (Markera alla aktuella)

- Klåda eller svullnad i mun eller svalg  Annan

- Svullnad på läppar, i ansikte eller öron
- Besvär från ögon eller näsa
- Astma eller andra andningsbesvär
- Magkramp eller kräkningar
- Kliande utslag eller rodnad över större delen av kroppen
- Allergichock (anafylaktisk chock)

**Om IA330 är "allergichock...", visa IA335**

IA335. Har en läkare konstaterat anafylaktisk chock (allergichock)?

- Ja
- Nej
- Vet ej / vill ej svara

**❖ G. VILLKORET AVSLUTAS**

---

**Andra allergier**

---

{ändrad formulering}

IA340. Upplever du att {ditt barn, du} har haft en allergisk reaktion mot något av följande under de senaste 12 månaderna?

- Ja
- Pollen
- Pälsdjur
- Kvalster
- Bi eller geting
- Kontaktallergi
- 
- Nej
- Vet ej / vill ej svara

**❖ H. OM NÅGON ALLERGI ÄR MARKERAD I IA340 VISA NEDAN FRÅGOR**

**Om "pollenallergi", visa IA350 och IA360**

{ändrad formulering}

IA350. Mot vilken typ av pollen har {du, ditt barn} haft en allergireaktion?

- Träd  Gräs

**{tillagd} Om tidigare enkätsvar inte är "pollenallergiker", visa IA360**

{ändrad formulering}

IA360. Har en läkare någon gång ställt diagnosen pollenallergi?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

**{tillagd} Om tidigare enkätsvar inte är "pälsdjursallergiker", visa IA370**

{ändrad formulering}

IA370. Har en läkare någon gång ställt diagnosen pälsdjursallergi?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

**{tillagd} Om tidigare enkätsvar inte är "kvalsterallergiker", visa IA375**

{ändrad formulering}

IA375. Har en läkare någon gång ställt diagnosen kvalsterallergi?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

**{tillagd} Om tidigare enkätsvar inte är "bi eller geting allergiker", visa IA380**

{ändrad formulering}

IA380. Har en läkare någon gång ställt diagnosen bi- eller getingallergi?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

**{tillagd} Om tidigare enkätsvar inte är "kontaktallergiker", visa IA390**

{ändrad formulering}

IA390. Har en läkare någon gång ställt diagnosen kontaktallergi?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

**❖ H. VILLKORET AVSLUTAS**

---

**Medicinering**

---

**❖ I. OM IA290 ÄR "JA...", IA310 ELLER IA340 ÄR "JA" VISA NEDAN FRÅGOR**

IA392. Har {ditt barn, du} under det senaste året använt nässpray som innehåller kortison - till exempel Nasonex, Flutide Nasal, Rhinocort eller Budesonide Nasal - för {sin, din} allergiska snuva?

- Ja, regelbundet  Nej  
 Ja, i perioder  Vet ej / vill ej svara

IA394. Har {ditt barn, du} under det senaste året använt antihistamin-tabletter - till exempel Loratadin, Clarityn, Aerius, Cetirizin, Kestin eller Telfast - för {sin, din} allergiska snuva?

- Ja, regelbundet  Nej  
 Ja, i perioder  Vet ej / vill ej svara



---

## Kronisk bihåleinflammation

---

IA400. Har {ditt barn, du} i mer än 12 veckor under de senaste 12 månaderna haft besvär av något av följande?

Ja

Töppt näsa

Snuva (snor eller slem)

Värk eller tryck runt pannan, näsan och ögonen

Försämrat eller inget luktsinne

Nej

Vet ej / vill ej svara

**{ tillagd } Om tidigare enkätsvar inte är "rinosinuit" och om två eller fler svar är "markerade" i IA400, visa IA410**

IA410. Har en läkare ställt diagnosen kronisk bihåleinflammation (rinosinuit)?

Ja  Nej

Vet ej / vill ej svara

**❖ I. VILLKORET AVSLUTAS**

# Mental hälsa – skreeening och personlighetsfrågor

## Innehåll

Innehåll .....	1
Skreeeningfrågor .....	2
Depression .....	2
Perinatal depression.....	2
Premenstruell dysforisk störning.....	3
Suicidalitet (inkl. följdfrågor).....	5
Generaliserat ångestsyndrom.....	7
Paniksyndrom / panikångest .....	8
Agorafobi .....	9
Tvångssyndrom (OCD) .....	10
Posttraumatiskt stressyndrom .....	11
Social fobi .....	11
Traumatiska livshändelser .....	12
Kroniskt trötthetssyndrom (inkl. följdfrågor).....	14
Spelvanor (inkl. följdfrågor) .....	17
Tourette's syndrom (inkl. följdfrågor) .....	18

## Skreeeningfrågor

---

### Depression

---

{ändrad formulering}

SC21. Har du under de senaste 12 månaderna haft en period som varat i 2 veckor eller längre då du kände dig ledsen, tom eller deprimerad mest hela dagen?

Ja    Vet ej / vill ej svara

Nej

{ändrad formulering}

SC23. Har du under de senaste 12 månaderna haft en period som varat i 2 veckor eller längre då du tappade intresset för sådant som du brukar tycka om som t.ex. arbete, hobbyer och personliga relationer?

Ja    Vet ej / vill ej svara

Nej

❖ **A. OM SC21 ELLER SC23 ÄR "JA" AKTIVERA FÖLJDMODULEN FÖR DEPRESSION**

---

### Perinatal depression

---

{ändrad formulering} Om MN30 är "graviditet..." eller om MN110 är "ja" (dvs. varit gravid under de senaste 12 månaderna), visa PN10

{ändrad formulering}

PN10. Har du känt dig ledsen, olycklig, eller mycket orolig under din (senaste) graviditet? Då avses en period på minst 2 veckor när du inte var dig själv och som definitivt var värre än livets normala svängningar.

- Ja
- Nej
- Vet ej / vill ej svara

**{tillagd} Om MN150 är "ja" (dvs. fött barn under de senaste 12 månaderna), visa PN20**

{ändrad formulering}

PN20. Inom sex månader efter din (senaste) förlossning, hände det att du kände dig ledsen, olycklig, eller mycket orolig? Då menar vi en period på minst 2 veckor när du inte var dig själv och som definitivt var värre än livets normala svängningar.

- Ja
- Nej
- Vet ej / vill ej svara

**❖ B. OM PN10 OCH PN20 ÄR "JA", AKTIVERA FÖLJDMODULEN FÖR PERINATAL DEPRESSION**

---

### **Premenstruell dysforisk störning**

---

**❖ A. AVSLUTA OM KÖN ÄR "MAN" ELLER ÅLDER <15**

### **Om MN20 inte är "nej" (ej haft mens), visa PMS10 och PMS15**

PMS10. Har du, under de flesta menstruationscykler under senaste året, haft humörförändringar och/eller kroppsliga symptom under veckan före menstruationen, dvs. det man brukar kalla PMS?

- Ja    Vet ej / vill ej svara
- Nej

PMS15. Har du under det senaste året tagit medicin för PMS?

- Ja    Vet ej / vill ej svara
- Nej

### **Om PMS10 är "ja", visa PMS20**

PMS20. Har dina PMS-besvär varit så allvarliga att de påverkat dina relationer med andra, eller din förmåga att utföra arbete eller andra aktiviteter?

- Ja    Vet ej / vill ej svara
- Nej

### **Om PMS20 är "ja", visa PMS30**

PMS30. Är du helt säker på att besvären är begränsade till den premenstruella perioden, dvs. att du alltid är helt besvärsfri cirka en vecka efter att menstruationen har startat?

- Ja    Vet ej / vill ej svara
- Nej

**❖ B. AKTIVERA MODULEN OM PREMENSTRUELL DYSFORISK STÖRNING OM PMS30 ÄR "JA"**

---

## Suicidalitet (inkl. följdfrågor)

---

{ ändrad formulering }

SD2. Har du under de senaste 12 månaderna allvarligt funderat på att begå självmord?

- Nej
- Ja, en gång
- Ja, flera gånger
- Vet ej / vill ej svara

❖ **A. LÄMNA MODULEN OM SD2 ÄR "NEJ"**

{ ändrad formulering }

SD4. Har du under de senaste 12 månaderna gjort upp en plan för att begå självmord?

- Nej
- Ja
- Vet ej / vill ej svara

❖ **B. LÄMNA MODULEN OM SD4 ÄR "NEJ"**

{ ändrad formulering }

SD6. Har du under de senaste 12 månaderna försökt att begå självmord?

- Ja
- Nej
- Vet ej / vill ej svara

❖ **C. LÄMNA MODULEN OM SD6 ÄR "NEJ"**

**Om "antal gånger" i SD6a är mer än 1, visa a annars b**

SD9. {**a**: Tänk på det mest allvarliga av dina försök att begå självmord **b**: Tänk på ditt försök att begå självmord}. Vilket av dessa tre påståenden beskriver bäst vad som hände dig?

- Jag gjorde ett allvarligt försök att ta livet av mig och det var bara tur att jag inte lyckades
- Jag försökte ta livet av mig, men jag visste att metoden inte var helt säker
- Mitt självmordsförsök var ett rop på hjälp. Jag hade inte för avsikt att dö
- Vet ej / vill ej svara

SD11. Resulterade det i skada eller förgiftning?

- Ja
- Nej
- Vet ej / vill ej svara

SD12. Krävdes det medicinsk behandling?

- Ja
- Nej
- Vet ej / vill ej svara

**Om SD12 är "ja", visa SD13**

SD13. Krävdes en övernattning på sjukhus?

- Ja
- Nej
- Vet ej / vill ej svara

SD14.2. Vilken metod använde du för att försöka begå självmord? (Markera alla alternativ som är relevanta.)

- Pistol
- Rakblad, kniv eller annat vasst föremål
- Överdosis av receptbelagda mediciner
- Överdosis av receptfria mediciner
- Överdosis av annan drog (t.ex. heroin, crack, alkohol)
- Hängning, strypning, kvävning
- Drunkning
- Hopp från hög plats
- Bilkrasch
- Annan
- Vet ej / vill ej svara

---

### Generaliserat ångestsyndrom

---

{ ändrad formulering }

G1. Har du under de senaste 12 månaderna haft en period på sex månader eller längre när du hade betydligt mer ångest eller var betydligt mer orolig än de flesta andra personer med samma problem som du?

- Ja     Vet ej / vill ej svara
- Nej



**Om G1 är "ja", visa G2**

G2. Kände du dig också deprimerad under hela denna ångestperiod?

- Ja     Vet ej / vill ej svara
- Nej

---

**Paniksyndrom / panikångest**

---

{ändrad formulering}

SC20.1. Har du under de senaste 12 månaderna haft en oväntad attack av rädsla eller panik då du helt plötsligt kände något av följande:

- du kände dig mycket rädd, orolig eller olustig
- du fick svårt att andas, kände dig yr eller fick hjärtklappning
- du trodde att du skulle förlora kontrollen, dö eller bli galen?

- Ja     Vet ej / vill ej svara
- Nej

**Om SC20.1 är "ja", visa SC20.2 och SC20.3**

{ändrad formulering}

SC20.2. Har en sådan attack av oförklarlig rädsla eller panik hänt flera gånger under de senaste 12 månaderna?

- Ja     Vet ej / vill ej svara
- Nej

SC20.3. Har det alltid funnits en rimlig förklaring till varför känslan av rädsla eller panik uppstod?

Ja    Vet ej / vill ej svara

Nej

❖ **A. OM SC20.1, SC20.2 OCH SC20.3 ÄR "JA" AKTIVERA FÖLJDMODULEN FÖR PANIKSYNDROM/PANIKÅNGEST**

---

### Agorafobi

---

❖ **A. OM VILLKORET A I SCREENINGMODULEN FÖR PANIKSYNDROM/PANIKÅNGEST ÄR UPPFYLLT VISA NEDANSTÅENDE FRÅGOR**

{ändrad formulering}

SC30.1. Har det under de senaste 12 månaderna hänt att du blev mycket upprörd eller nervös varje gång du var i folksamlingar, på allmän plats eller på resa?

Ja    Vet ej / vill ej svara

Nej

**Om SC30.1 är "ja", visa SC30.2**

SC30.2. Försökte du undvika dessa situationer närhelst du kunde på grund av din rädsla?

Ja    Vet ej / vill ej svara

Nej

## Om SC30.2 är "ja", visa SC30.3

SC30.3. Tycker du att din rädsla var mycket starkare än den borde ha varit i dessa situationer?

Ja    Vet ej / vill ej svara

Nej

### ❖ A. VILLKORET AVSLUTAS

### ❖ B. OM SC30.1, SC30.2 OCH SC30.3 ÄR "JA", AKTIVERA FÖLJDMODULEN FÖR AGORAFOBI

---

## Tvångssyndrom (OCD)

---

{ändrad formulering}

OC1. Har du under de senaste 12 månaderna besvärats av ologiska tankar som återkom fastän du försökte att inte tänka på dem? Till exempel: att skada någon fastän du verkligen inte ville det eller att du smittas av bakterier eller blir nedsmutsad.

Ja    Vet ej / vill ej svara

Nej

{ändrad formulering}

OC2. Har du under de senaste 12 månaderna känt att det finns något du måste göra upprepade gånger och att du inte kunde låta bli att göra det, som att tvätta händerna om och om igen, att räkna till en viss siffra, eller att kontrollera om och om igen att du har gjort något på rätt sätt.

Ja    Vet ej / vill ej svara

Nej

❖ **A. OM OC1 ELLER OC2 ÄR "JA", AKTIVERA FÖLJDMODULEN FÖR TVÅNGSSYNDROM/OCD**

---

**Posttraumatiskt stressyndrom**

---

{ändrad formulering}

PT1. Ibland händer det saker som är mycket upprörande – det kan vara en livshotande situation som t.ex. en katastrof, en mycket allvarlig olycka eller brand; att bli fysiskt eller sexuellt antastad eller våldtagen, inklusive att bli misshandlad som barn, att se en annan person dö eller dödas, eller bli allvarligt skadad, eller att höra talas om något hemskt som har hänt någon närstående. Har något sådant någonsin hänt dig under de senaste 12 månaderna?

Ja     Vet ej / vill ej svara

Nej

{ändrad formulering}

PT2. Har du under de senaste 12 månaderna deltagit i strid, antingen som militär eller som medlem i en icke militär organisation?

Ja     Vet ej / vill ej svara

Nej

❖ **A. OM PT1 ELLER PT2 ÄR "JA", AKTIVERA FÖLJDMODULEN FÖR POSTTRAUMATISKT STRESSSYNDROM**

---

**Social fobi**

---

{ändrad formulering}

SC29. Har du under de senaste 12 månaderna känt dig mycket rädd för människor eller känt dig väldigt blyg för människor, som till exempel att möta nya människor, att vara i en grupp, att gå på fest, gå på date eller att använda en offentlig toalett?

- Ja    Vet ej / vill ej svara
- Nej

❖ **A. OM SC29 ÄR "JA", AKTIVERA FÖLJDMODULEN FÖR SOCIAL FOBI**

---

### Traumatiska livshändelser

---

{ändrad formulering}

SL1. Har något av följande hänt dig under de senaste 12 månaderna? (Markera alla aktuella)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Egen skilsmässa eller separation                           | <input type="checkbox"/> Inblandad i en allvarlig olycka                                   |
| <input type="checkbox"/> Allvarliga ekonomiska problem (t.ex. inga pengar till mat) | <input type="checkbox"/> Varit med om en naturkatastrof (t.ex. tsunami, orkan, skogsbrand) |
| <input type="checkbox"/> Blivit diskriminerad på ett mycket besvärande sätt         | <input type="checkbox"/> Åkt in i fängelse för ett brott                                   |
| <input type="checkbox"/> Varit utsatt för mobbning                                  | <input type="checkbox"/> Nära familjemedlem som åkt in i fängelse                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |
| <input type="checkbox"/> Bevittnat en allvarlig olycka                              | <input type="radio"/> Inget av dessa   |
| <input type="checkbox"/> Varit involverad i en allvarlig olycka                     | <input type="radio"/> Vet ej / vill ej svara   |

{ändrad formulering}

SL2. Har något av följande hänt dig under de senaste 12 månaderna? (Markera alla aktuella)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> En nära vän som dött | <input type="checkbox"/> Separerats från ditt barn mot din vilja   |
|   | <input type="checkbox"/> Blivit fysiskt försummad (t.ex. inte fått |

mat)

Allvarlig fysisk eller psykisk sjukdom

Blivit känslomässigt misshandlad eller försummad (t.ex. ofta fått skämmas)

En nära familjemedlem med allvarlig fysisk eller psykisk sjukdom

En nära familjemedlem som dött (förutom barn)

Inget av dessa

Vet ej / vill ej svara

Ett barn som dött

{ändrad formulering}

SL3. Har du under de senaste 12 månaderna upplevt något av följande? (Markera alla aktuella)

Varit vittne till ett rån eller personrån

Som vuxen blivit utsatt för sexuellt ofredande eller tvingats till sexuella handlingar

Varit utsatt för ett rån eller personrån

Tvingats att ha sex som vuxen

Blivit förföljd, hotad att bli dödad eller allvarligt skadad

Haft sex i utbyte mot pengar eller droger

Som vuxen varit utsatt (ej sexuellt) eller misshandlad av någon du kände

Inget av dessa

Besvärats eller trakasserats med sexuella tillmälen

Vet ej / vill ej svara

{ändrad formulering}

SL4. Har du under de senaste 12 månaderna varit allvarligt upprörd över att någon närstående varit utsatt för någon av dessa stressande livshändelser?

Ja    Vet ej / vill ej svara

Nej

---

## Kroniskt trötthetssyndrom (inkl. följdfrågor)

---

**{ändrad} Om man, eller kvinna och inte gravid under senaste 12 månaderna (dvs. svarat "ja" på MN110), visa CF10 till CF140**

CF10. Har du känt dig onormalt trött under de senaste sex månaderna?

- Ja    Vet ej / vill ej svara
- Nej

**Om CF10 är "ja", visa CF20**

CF20. Kände du denna trötthet under hela sexmånadersperioden?

- Ja    Vet ej / vill ej svara
- Nej

**Om CF20 är "ja", visa CF30**

CF30. Kände du dig för trött för att leva ett normalt liv under dessa sex månader?

- Ja    Vet ej / vill ej svara
- Nej

**Om kön är "kvinna" och MN150 är "ja", visa CF40**

CF40. Inträffade den ovanliga tröttheten bara under graviditet?

- Ja    Vet ej / vill ej svara

Nej

**❖ A. OM CF10, CF20 OCH CF30 ÄR "JA" OCH OM CF40 ÄR "NEJ" FÖR KVINNA SOM SVARAT "JA" PÅ MN150, VISA NEDANSTÅENDE FRÅGOR**

CF50. Under hur lång tid åt gången har du känt denna onormala trötthet?

(Antal veckor)\_\_\_\_\_  (Antal år)\_\_\_\_\_

(Antal månader)\_\_\_\_\_  Vet ej / vill ej svara

CF70. Lider du av någon sjukdom som orsakar denna långvariga trötthet?

Ja  Vet ej / vill ej svara

Nej

**Om CF70 är "ja", visa CF80**

CF80. Har en läkare ställt diagnosen för denna sjukdom?

Ja  Vet ej / vill ej svara

Nej

CF90. Är din arbetsförmåga nedsatt på grund av tröttheten?

Ja, oförmögen att arbeta eller är sjukskriven eller har förtidspension på grund av trötthet eller smärta

Nej

Ja, delvis nedsatt arbetsförmåga (%)\_\_\_\_\_

Vet ej /vill ej svara



CF100. Medför tröttheten att du har en nedsatt förmåga vad gäller ditt sociala liv, som t.ex. fritidsaktiviteter?

Ja  Vet ej / vill ej svara

Nej

CF110. Under den senaste sexmånadersperioden av onormal trötthet, led du också av följande? (Markera alla aktuella)

Vaknade utan att känna dig riktigt utvilad

Muskelsmärta

Problem med korttidsminnet eller svårigheter med koncentrationen

Värk i flera leder utan rodnad eller svullnad

Mådde illa i 24 timmar eller mer efter ansträngning

Inget av dessa

Ny typ av huvudvärk

Vet ej / vill ej svara

Ont i halsen

Ömhet i lymfkörtlarna i hals eller armhåla

**Om CF110 är "mådde illa i 24 timmar...", visa CF120**

CF120. Under perioden av onormal trötthet efter ansträngning, mådde du illa i mer än 24 timmar?

Ja  Vet ej / vill ej svara

Nej

CF140. Om du skulle vila i några dagar, i vilken utsträckning skulle tröttheten lindras?

Helt och hållet  Inte alls

Något  Vet ej / vill ej svara

❖ A. VILLKORET AVSLUTAS

---

**Spelvanor (inkl. följdfrågor)**

---

GA1. Hur ofta har du spelat under de senaste 12 månaderna?

Då inkluderas att spela på hästar, spela Bingo, spela på Lotto, spela på Postkodlotteriet, spela i sportsliga sammanhang, spela på casino, spela på spelautomater (förutom casino), spela poker för pengar, och att spela på internet.

- Aldrig eller några få gånger     Dagligen  
 Varje månad                             Vet ej / vill ej svara  
 Varje vecka

❖ A. LÄMNA MODULEN OM GA1 ÄR "ALDRIG ELLER NÅGRA GÅNGER"

	Aldrig	Ibland	För det mesta	Nästan alltid	Vet ej / vill ej svara
GA2. Hur ofta har du spelat för mer pengar än du egentligen hade råd att förlora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GA3. Hur ofta har du behövt spela för större summor pengar för att uppnå samma spänningskänsla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GA4. Hur ofta har du gått tillbaka en annan dag för att försöka vinna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Aldrig	Ibland	För det mesta	Nästan alltid	Vet ej / vill ej svara
tillbaka de pengar du förlorat?					
GA5. Hur ofta har du lånat pengar eller sålt något för att få pengar att spela med?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GA6. Hur ofta har du känt att du kan ha spelproblem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GA7. Hur ofta har du känt att spelandet har förorsakat något hälsoproblem, inklusive stress eller oro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GA8. Hur ofta har folk kritiserat ditt spelande eller sagt att du har spelproblem, oavsett om du tyckte att det var sant eller ej?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GA9. Hur ofta har ditt spelande orsakat ekonomiska problem för dig eller för ditt hushåll?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GA10. Hur ofta har du känt skuld över ditt spelande eller vad som händer när du spelar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

### Tourette's syndrom (inkl. följdfrågor)

---

{ändrad formulering}

TO10. Har du under de senaste 12 månaderna haft motoriska tics – d.v.s. upprepade, ofrivilliga rörelser som du inte kan sluta med?

- Ja
- Nej

Vet ej / vill ej svara

{ändrad formulering}

TO20. Har du under de senaste 12 månaderna haft vokala tics – d.v.s. upprepade, ofrivilliga ljud som du inte kan sluta med?

Ja

Nej

Vet ej / vill ej svara

❖ **A. OM TO10 ÄR "JA" VISA TO30 OCH TO35.**

❖ **B. OM TO20 ÄR "JA" VISA TO40 OCH TO45.**

{ändrad formulering}

TO30. Vilken eller vilka av följande motoriska tics har du haft under de senaste 12 månaderna? (Markera alla aktuella)

Överdrivet blinkande med ögonen

Höja ögonbrynen

Skela med ögonen

Rulla med ögonen, upp, ner eller åt sidan

Ha ryckningar i näsan

Spänna ut näsvingarna

Puta med munnen (som vid en puss)

Gapa stort

Nicka med huvudet

Skrynkla ihop ansiktet

Röra axeln med hakan

Sträcka nacken

Rycka på axlarna

- Plötslig rörelse med arm eller ben
- Andra motoriska tics

{ändrad formulering}

TO40. Vilken eller vilka av följande vokala tics har du haft under de senaste 12 månaderna? (Markera alla aktuella)

- Harkla dig
- Överdrivet sniffande
- Hosta vanemässigt
- Sväljande
- Höga pip
- Små ljud som 'Åh', 'Äh', 'Öh'
- Sugande ljud
- Rapar, inte bara när du äter eller dricker
- Ett ord som sägs upprepat och utan sammanhang
- Svärande, utan avsikt och utan att du är irriterad
- Andra vokala tics

# Mental hälsa - uppföljningsfrågor

## Innehåll

Innehåll .....	1
Depression .....	2
Perinatal depression .....	9
Premenstruella symtom .....	11

## Depression

### ❖ A. OM VILLKORET A I SCREENINGMODULEN FÖR DEPRESSION ÄR SANT, VISA NEDANSTÅENDE FRÅGOR

{ändrad formulering}

D2. Du nämnde tidigare att du har haft perioder, under de senaste 12 månaderna, som varade i flera dagar eller längre då du kände dig ledsen, nedstämd eller deprimerad största delen av dagen.

Inträffade perioderna alltid i samband med en speciellt besvärande händelse?

Ja

- Efter att ha förlorat någon närstående
- Efter kroppslig skada eller sjukdom
- Efter annan besvärande händelse
- Nej, inte relaterat till en besvärande händelse
- Vet ej / vill ej svara

D3. För nästkommande frågor, tänk på den tvåveckorsperiod, under de senaste 12 månaderna, då dessa känslor var som värst. Hur länge varade känslan av att vara ledsen, nedstämd eller deprimerad?

- Hela dagen eller större delen av dagen
- Mindre ofta
- Vet ej / vill ej svara

### ❖ B. OM D3 ÄR "HELA DAGEN ELLER NÄSTAN HELA DAGEN", VISA NEDANSTÅENDE FRÅGOR

D4. Under de två veckorna, hur ofta kände du dig ledsen, nedstämd eller deprimerad?

- Varje dag eller nästan varje dag
- Mindre ofta
- Vet ej / vill ej svara

**Om D4 är "varje dag eller nästan varje dag", visa D5 och D6**

D5. Under dessa två veckor, tappade du intresset för det mesta i livet?

- Ja
- Nej
- Vet ej / vill ej svara

❖ **B. VILLKORET AVSLUTAS**

❖ **C. OM D3 ÄR "MINDRE OFTA" VISA NEDANSTÅENDE FRÅGOR**

D8. Tänk på den tvåveckorsperiod då känslan av att ha helt förlorat intresset för allt var som starkast. Hur länge varade känslan av att ha förlorat intresset för allt?

- Hela dagen eller större delen av dagen
- Mindre ofta
- Vet ej / vill ej svara

**Om D8 är "hela dagen eller större delen av dagen", visa D9 och D10**



D9. Hur ofta under de två veckorna kändes det som om du hade förlorat intresset för allt?

- Varje dag eller nästan varje dag
- Mindre ofta
- Vet ej / vill ej svara

❖ **C. VILLKORET AVSLUTAS**

❖ **D. OM D3 ÄR "HELA DAGEN ELLER STÖRRE DELEN AV DAGEN" ELLER D9 ÄR "VARJE DAG ELLER NÄSTAN VARJE DAG", VISA NEDANSTÅENDE FRÅGOR**

D10. Kände du dig konstant trött eller utan energi under dessa två veckor?

- Ja
- Nej
- Vet ej / vill ej svara

D11. Ökade eller minskade din aptit väldigt mycket under den här tiden?

- Aptiten förblev ungefär densamma
- Aptiten ökade mycket
- Aptiten minskade mycket
- Båda – aptiten ökade mycket ibland och aptiten minskade mycket ibland
- Vet ej / vill ej svara

D12. Förändrades din vikt under den här tiden?

- Vikten förblev ungefär densamma
- Du gick upp i vikt
- Du gick ned i vikt

- Du gick både upp och ned i vikt
- Vet ej / vill ej svara

**Om D12 är "gick upp i vikt" eller "gick ned i vikt", visa D13**

D13. Ungefär hur många kilo gick du {upp, ned}?

- 1 kg
- 2 kg
- 3 kg
- 4 kg
- 5 kg eller mer
- Vet ej / vill ej svara

D15. Sov du mycket mindre än vanligt?

- Ja
- Nej
- Vet ej / vill ej svara

**Om D15 är "ja", visa D16 och D17**

D16. Hade du svårare att somna, att fortsätta sova, eller vaknade du för tidigt?

- Ja
- Nej
- Vet ej / vill ej svara

**Om D16 är "ja", visa D17**

D17. Hur ofta hade du svårt att somna under dessa två veckor?

- Varje natt eller nästan varje natt
- Mindre ofta
- Vet ej / vill ej svara

D18. Sov du mycket mer än vanligt?

- Ja
- Nej
- Vet ej / vill ej svara

**Om D18 är "ja", visa D19**

D19. Under dessa två veckor, hur ofta sov du mycket mer än vanligt?

- Varje natt eller nästan varje natt
- Mindre ofta
- Vet ej / vill ej svara

D20. Var det mycket svårare för dig än det brukar vara att kunna tänka eller att koncentrera dig?

- Ja
- Nej
- Vet ej / vill ej svara

D21. Under den här tiden, var du så nervös eller rastlös att du inte kunde sitta stilla så att andra människor lade märke till det?

- Ja
- Nej
- Vet ej / vill ej svara

D22. Under den här tiden, talade du långsammare eller rörde dig långsammare än vanligt så att andra människor lade märke till det?

- Ja
- Nej
- Vet ej / vill ej svara

D23. Människor ser ibland ner på sig själva, känner sig dåliga eller värdelösa. Kände du det så under den här tiden?

- Ja
- Nej
- Vet ej / vill ej svara

D24. Tänkte du mycket på döden under den här tiden – antingen din egen eller någon annans död eller på döden överhuvudtaget?

- Ja
- Nej
- Vet ej / vill ej svara

❖ **E. OM D5 ELLER D10 ÄR "JA" ELLER D12 INTE ÄR "VET EJ / VILL EJ SVARA" ELLER D17 ÄR "VARJE NATT ELLER NÄSTAN VARJE NATT" ELLER [D20, D21, D22, D23 ELLER D24] ÄR "JA"; VISA NEDANSTÅENDE FRÅGOR**

❖ **F. OM D4 ÄR "VARJE DAG ELLER NÄSTAN VARJE DAG", VISA NEDANSTÅENDE FRÅGOR**

D25. Du nämnde tidigare att du hade en period på två veckor i sträck, under de senaste 12 månaderna, då du hade något av följande problem: {var trött och hade ingen energi} {hade problem med aptiten} {hade problem med vikten} {hade sömnproblem} {hade problem med koncentrationen} {var nervös eller rastlös} {talade långsammare eller rörde dig långsammare än vanligt} {hade problem med självförtroendet} {hade tankar om döden}.

I vilken utsträckning hindrade dessa symtom dig i ditt arbete, ditt sociala liv eller dina relationer med andra?

- Helt och hållet eller mycket
- Något
- Litet eller inte alls
- Vet ej / vill ej svara

D26. I vilken utsträckning var du bedrövad av dessa symtom under den här tiden?

- Helt och hållet eller mycket
- Något
- Litet eller inte alls
- Vet ej / vill ej svara

❖ **A, D, E OCH F. VILLKORET AVSLUTAS**

## Perinatal depression

### ❖ A. OM VILLKORET B I MODULEN SCREENING FÖR PERINATAL DEPRESSION ÄR SANT, VISA NEDANSTÅENDE FRÅGOR

{ändrad formulering}

PN30. Tidigare nämnde du att du känt dig ledsen, olycklig eller mycket orolig under din (senaste) {graviditet, förlossning}. Tänk tillbaka på den värsta perioden under {graviditeten, förlossningen}. Under den värsta perioden då du känt dig ledsen, olycklig, eller mycket orolig, hur ofta:

	Ofta	Ibland	Sällan	Aldrig	Vet ej / vill ej svara
Kände du att du kunde skratta eller se det roliga i en situation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunde du se fram emot något med hög förväntan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klandrade du dig själv när något blev fel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var du ängslig eller orolig utan anledning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kände du rädsla eller panik utan anledning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kände du dig överhopad eller nertyngd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var du så olycklig att du hade svårt att sova?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kände du dig ledsen eller olycklig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var du så olycklig att du grät?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kom du på tanken att skada dig själv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

❖ **B. LÄMNA OM ALLA FRÅGORNA I PN30 ÄR "ALDRIG"**

{ändrad formulering}

PN40. Under den värsta perioden då du kände dig ledsen, olycklig, eller mycket orolig under {graviditeten, förlossningen}, orsakade symtomen problem för dig eller störde de ditt dagliga liv?

- Ja
- Nej
- Vet ej / vill ej svara

**Om PN10 är "ja", visa PN51**

**Om PN20 är "ja", visa PN52**

PN51. Hur lång tid efter att du blev gravid började problemen?

- 1 till 3 månader
- 4 till 6 månader
- 7 till 9 månader
- Vet ej / vill ej svara

PN52. Hur lång tid efter förlossningen började problemen?

- 0 till 4 veckor
- 1 till 3 månader
- Mer än 3 månader efter förlossningen
- Vet ej / vill ej svara

PN60. Under den värsta perioden, hur länge varade symtomen?

- Mindre än 2 veckor
- 2 till 4 veckor
- 1 månad eller längre
- Vet ej / vill ej svara

{ändrad formulering}

PN70. Talade du med en läkare eller annan professionell person om att du kände dig ledsen, olycklig eller mycket orolig under graviditeten eller efter förlossningen? Med professionell person menas psykolog, medicinsk eller andlig rådgivare, örtmedicinare, akupunktör, eller annan vårdgivare.

- Ja
- Nej
- Vet ej / vill ej svara

#### ❖ A. VILLKORET AVSLUTAS

## Premenstruella symtom

#### ❖ A. OM VILLKORET B I SCREENINGMODULEN FÖR PREMENSTRUELLA SYMTOM ÄR SANT VISA NEDAN FRÅGOR

PMS40. Du nämnde tidigare att du har besvär som börjar före din menstruation och upphör helt och hållet ungefär en vecka efter att menstruationen börjar.

Vilket/vilka av följande symptom brukar du uppleva i den premenstruella perioden?



	Inte alls	Måttligt	Ganska mycket	Mycket
Ilska / irritabilitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oro / ångest / spänningskänsla / svårighet att koppla av	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ökad benägenhet att gråta / ökad känslighet för kritik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedstämdhet / känsla av hopplöshet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minskat intresse för vardagliga aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Inte alls	Måttligt	Ganska mycket	Mycket
Koncentrationssvårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trötthet / orkeslöshet / brist på energi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ökad eller förändrad aptit / begär efter viss speciell mat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förändrad sömn (ökad eller minskad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Känsla av att inte ha kontroll över tillvaron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bröstspänning / smärta eller svullnad i brösten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svullnadskänsla i kroppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskel- eller ledvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viktuppgång	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

❖ **B. FÖR VARJE FRÅGA I PMS40 SOM ÄR BESVARAD "MÅTTLIGT"  
"GANSKA MYCKET" ELLER "MYCKET" VISA NEDAN MOTSVARANDE  
FRÅGA**

PMS50. Vilket/vilka av följande symtom påverkar din livskvalitet, t.ex. vad gäller relationer med andra, ditt sociala liv eller din förmåga till arbete och hemarbete? (Markera alla aktuella)

Ilska / irriterbarhet	<input type="checkbox"/>
Oro / ångest / spänningskänsla / svårighet att koppla av	<input type="checkbox"/>
Ökad benägenhet att gråta / ökad känslighet för kritik	<input type="checkbox"/>
Nedstämdhet / känsla av hopplöshet	<input type="checkbox"/>
Minskat intresse för vardagliga aktiviteter	<input type="checkbox"/>
Koncentrationssvårigheter	<input type="checkbox"/>
Trötthet / orkeslöshet / brist på energi	<input type="checkbox"/>
Ökad eller förändrad aptit / begär efter viss speciell mat	<input type="checkbox"/>
Förändrad sömn (ökad eller minskad)	<input type="checkbox"/>
Känsla av att inte ha kontroll över tillvaron	<input type="checkbox"/>
Bröstspänning / smärta eller svullnad i bröstet	<input type="checkbox"/>
Svullnadskänsla i kroppen	<input type="checkbox"/>
Huvudvärk	<input type="checkbox"/>
Muskel- eller ledvärk	<input type="checkbox"/>
Viktuppgång	<input type="checkbox"/>

❖ **A OCH B. VILLKOREN AVSLUTAS**

# Barn och förälder

Kompilerad enkät

**ENKÄTEN BESVARAS DELS AV FÖRÄLDRAR OM SINA BARN SOM ÄR FRÅN 0 ÅR  
SAMT AV BARN FRÅN 11 ÅR**

## Innehåll

Innehåll .....	1
Sociodemografi .....	4
Hushållets sammansättning.....	4
Livsstil .....	5
Mobil och trådlöst .....	5
Egenvård.....	6
Receptfria mediciner .....	6
Pubertet.....	7
Kvinnans hälsa.....	9
Tobak, alkohol och droganvändning .....	10
Rökvanor.....	10
Snus.....	11
Alkohol.....	12
Droganvändning .....	14
Hälsohistoria.....	15
Infektioner.....	15

Sjukdomar.....	16
Sömn.....	17
Sovtid .....	17
Sömnpblem.....	17
Hörsel .....	19
Astma och allergi.....	20
Astma .....	20
Allergi .....	21
Eksem.....	22
Skador.....	24
Mental hälsa .....	25
Småbarnsbeteende .....	25
Skreeningfrågor.....	29
Styrkor och svårigheter (SDQ) .....	29
Social förmåga (SAS) .....	35
Separationsångest (A) .....	37
Rädsla i sociala situationer (C) .....	39
Vänskap (Fr) .....	40
Generaliserad ångest (G) .....	42
Depression (H) .....	44
Uppmärksamhet och aktivitet (J).....	47
Besvärlighet och problematiskt uppförande (K) .....	48
Bantning, vikt och kroppsform (P) .....	49
Tics (Q) .....	50
Uppföljningsfrågor .....	51
Depression (H) .....	51



# Sociodemografi

## Hushållets sammansättning

C.SC10. Bor {ditt barn, du} vanligen i en enda familj?

- Ja  Nej, {han/hon, jag} alternerar mellan {sina, mina} föräldrar  
 Vet ej / vill ej svara

C.SC20. {Tänk på de två familjerna där {ditt barn, du} bor den största delen av tiden,}.  
Hur många personer bor {ditt barn, du} tillsammans med {(totalt),}?

Antal vuxna	Antal minderåriga
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1
<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2
<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3
<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4
	<input type="radio"/> 5
	<input type="radio"/> 6
	<input type="radio"/> 7

**Om ålder  $\geq$  4, visa C.SC30, C.SC40 och C.SC50**

C.SC30. Får {ditt barn, du} fickpengar?

- Ja   
 Veckopeng  Nej  
 Månadspeng  Vet ej / vill ej svara

**Om inte "nej", visa C.SC40 och C.SC50**

C.SC40. Hur mycket får {ditt barn, du} i fickpengar varje gång?

- (kr)\_\_\_\_\_  Vet ej / vill ej svara

# Livsstil

## Mobil och trådlöst

### ❖ G. OM ÅLDER MELLAN 5 OCH 10, VISA NEDANSTÅENDE FRÅGOR

C.QL200. Har {ditt barn, du} mobiltelefon?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

#### Om "ja", visa C.QL210 och C.QL220

C.QL210. Hur använder {ditt barn sin, du din} mobiltelefon?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> {Mitt barn, jag} ringer och tar emot samtal | <input type="checkbox"/> {Mitt barn, jag} använder den för internet  |
| <input type="checkbox"/> {Mitt barn, jag} spelar eller laddar musik  | <input type="checkbox"/> {Mitt barn, jag} använder den för SMS / MMS |
| <input type="checkbox"/> {Mitt barn, jag} spelar spel                | <input type="radio"/> Vet ej / vill ej svara                         |

C.QL220. Hur länge brukar mobiltelefonen vara på varje dag?

- 1 timme eller mindre  4 timmar eller mer  
 2 till 3 timmar  Vet ej / vill ej svara

### ❖ H. OM ÅLDER $\geq$ 11, ANVÄND MODULEN TRÅDLÖS UTRUSTNING I DAGLIGA AKTIVITETER FÖR VUXNA. ENDAST BARN SVARAR.



## Egenvård

### Receptfria mediciner

- ❖ **R. BARN ANVÄNDER EN ANPASSAD VERSION AV SEKTIONEN FÖR RECEPTFRIA MEDICINER I TEMAT EGENVÅRD FÖR VUXNA**

Se vuxentemat. (Tilltal anpassat till barn och förälder)

- ❖ **R. VILLKORET AVSLUTAS**

# Puberteten

## ❖ I. OM ÅLDER $\geq$ 10, VISA NEDANSTÅENDE FRÅGOR (FÖRÄLDRAR SVARAR ENDAST VID 10-ÅRS ÅLDER)

Följande frågor handlar om den utveckling och förändring som händer i kroppen under puberteten. Dessa förändringar brukar normalt ske hos unga människor i olika åldrar. Om du inte förstår en fråga eller om du inte kan svaret så kan du markera "Vet ej / vill ej svara".

C.QL230. Skulle du säga att spurten i ditt {,barns} växande...

- har inte ännu börjat
- har enbart börjat
- har definitivt kommit igång
- är avslutad
- Vet ej / vill ej svara

C.QL240. Skulle du säga att {ditt barns, din} kroppsbehåring (armhåle- och könsbehåring)...

- har inte ännu börjat växa
- har nått och jämt börjat växa
- har definitivt kommit igång
- är färdigutväxt
- Vet ej / vill ej svara

C.QL245. Har du lagt märke till {att ditt barn fått,} hudförändringar, speciellt finnar?

- Nej
- Ja, nått och jämnt
- Ja, definitivt
- Hudförändringarna har upphört
- Vet ej / vill ej svara

### Om kön är "man", visa C.QL260 och C.QL270

C.QL260. Har du lagt märke till att {ditt barns, din} röst blivit grövre?

- Nej
- Ja, nått och jämnt
- Ja, definitivt
- Röstförändringarna har upphört
- Vet ej / vill ej svara

C.QL270. Har {ditt barn, du} börjat få skägg?

- Skäggväxten har ännu inte börjat
- Skäggväxten har knappast börjat
- Skäggväxten har definitivt börjat
- Skäggväxten är nu regelbunden
- Vet ej / vill ej svara

**Om kön är "kvinna", visa C.QL280, C.QL290 och C.QL300**

C.QL280. Har du lagt märke till att {ditt barns, dina} bröst börjat växa?

- Nej  Ja, definitivt  
 Ja, nått och jämnt  Bröstillväxten verkar vara avslutad  
 Vet ej / vill ej svara

C.QL290. Har {ditt barn, du} börjat få menstruation?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

C.QL300. Hur många år och månader var {ditt barn, du} vid den första menstruationen?

- (År)\_\_\_\_\_ (Månader)\_\_\_\_\_  Vet ej / vill ej svara

**❖ I. VILLKORET AVSLUTAS**

## Kvinnans hälsa

❖ J. OM ÅLDER  $\geq$  15, ANVÄND TEMAT KVINNANS HÄLSA FÖR VUXNA

Visas som en följd av pubertetsfrågorna för kvinnor

# Tobak, alkohol och droganvändning

## Rökvanor

### ❖ K. OM ÅLDER ÄR FRÅN 0 TILL 10 VISA NEDAN FRÅGOR

SM170. Röker någon i ditt barns hushåll?

- Ja     Vet ej / vill ej svara  
 Nej

#### Om "ja", visa SM180

SM180. Hur många cigaretter röks en vanlig dag i hushållet?

- (Antal) \_\_\_\_\_     Vet ej / vill ej svara

SM190. Var brukar {ni, man} röka?

- Utomhus för det mesta                                       Inomhus för det mesta  
 Ungefär lika mycket utomhus som inomhus     Vet ej / vill ej svara

### ❖ K. VILLKORET AVSLUTAS

### ❖ L. OM ÅLDER ÄR $\geq 11$ OCH BESVARAS AV BARN, ANVÄND ÄVEN MODULEN OM RÖKNING I LEVNADSVANOR FÖR VUXNA

Se vuxenmodulen

## Snus

- ❖ **OM ÅLDER  $\geq$  11 OCH BESVARAS AV BARN, ANVÄND SNUSMODULEN I TEMAT LEVNADSVANOR FÖR VUXNA**

Se vuxenmodulen

## Alkohol

### ❖ M. OM ÅLDER ÄR FRÅN 11 TILL 14 OCH BESVARAS AV BARN, VISA NEDANSTÅENDE FRÅGOR

C.AL10. Har du någonsin smakat alkohol?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

### ❖ N. LÄMNA OM "JA" I C.AL10

C.AL20. Har du någonsin druckit en hel alkoholhaltig dryck?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

### ❖ O. LÄMNA OM "JA" I C.AL20

C.AL30. Har du någonsin druckit alkohol utan att dina föräldrar varit närvarande?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

C.AL40. Hur många alkoholhaltiga drinkar har du druckit som mest under en 24-timmarsperiod?

- (Antal)\_\_\_\_\_  Vet ej / vill ej svara

{ändrad formulering}

C.AL50. Har du under de senaste 12 månaderna varit full eller berusad?

- Ja  Nej  
 Vet ej / vill ej svara

### Om "ja", visa C.AL60

Följande två frågor handlar om ditt drickande under de senaste 12 månaderna.

C.AL70. Hur ofta tar du en alkoholhaltig drink?

- Aldrig
- En gång i månaden eller mindre
- 2 till 3 gånger i månaden
- 1 gång i veckan
- 2 till 3 gånger i veckan
- 4 eller fler gånger i veckan
- Vet ej / vill ej svara

C.AL80. Hur många alkoholhaltiga drinkar dricker du en typisk dag då du dricker?

- 1 till 2
- 3 till 4
- 5 till 6
- 7 till 9
- 10 eller fler
- Vet ej / vill ej svara

❖ **M. VILLKORET AVSLUTAS**

❖ **P. OM ÅLDER  $\geq$  15 ANVÄND ALKOHOLMODULEN I TEMAT  
LEVNADSVANOR FÖR VUXNA**

Se vuxenmodulen



## Droganvändning

- ❖ **Q. OM ÅLDER ÄR  $\geq$  15 ANVÄND DROGMODULEN I TEMAT TOBAK, ALKOHOL OCH DROGANVÄNDNING FÖR VUXNA**

Se vuxenmodulen

# Hälsohistoria

## Infektioner

- ❖ **A. FÖR ÅLDER  $\geq$  4 ANVÄND INFEKTIONSMODULEN I TEMAT MEDICINSK HISTORIA FÖR VUXNA**

Se vuxenmodulen

## Sjukdomar

### Om ålder > 1, visa C.DS15

{ändrad formulering}

C.DS15. Vilka av följande sjukdomar har ditt barn eller han/hon haft under de senaste 12 månaderna?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Förkylning                                     | <input type="checkbox"/> Eksem                                 |
| <input type="checkbox"/> Öroninflammation                               | <input type="checkbox"/> Nässelutslag                          |
| <input type="checkbox"/> Ögoninflammation (conjunctivitis)              | <input type="checkbox"/> Allergi eller intolerans mot födoämne |
| <input type="checkbox"/> Halsfluss                                      | <input type="checkbox"/> {ålder < 10: Feberkramper}            |
| <input type="checkbox"/> {ålder < 10: Falsk krupp}                      | <input type="checkbox"/> Nedsatt immunförsvar                  |
| <input type="checkbox"/> Lunginflammation                               | <input type="checkbox"/> { >= 7: Migrän}                       |
| <input type="checkbox"/> Urinvägsinfektion eller njurbäckeninflammation | <input type="checkbox"/> Annan sjukdom (ange)____              |
| <input type="checkbox"/> Springmask (enterobiasis)                      | <input type="checkbox"/>                                       |
| <input type="checkbox"/> Astma  | <input type="radio"/> Ingen av dessa                           |
|   | <input type="radio"/> Vet ej / vill ej svara                   |

### ❖ A. OM ENKÄT BESVARAS AV BARN, VISA NEDAN FRÅGOR

#### Om ålder >= 1, visa C.DS27

C.DS27. Har ditt barn behandlats med antibiotika för förkylning under det senaste året?

Ja

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> En gång             | <input type="radio"/> Nej                    |
| <input type="radio"/> 2 till 4 gånger     | <input type="radio"/> Vet ej / vill ej svara |
| <input type="radio"/> 5 eller fler gånger |  |

### ❖ A. VILLKORET AVSLUTAS

## Sömn

### ❖ Z1. OM ÅLDER < 6 VISA NEDANSTÅENDE FRÅGOR

---

#### Sovtid

---

### ❖ AA2. OM ÅLDER < 15 VISA NEDAN FRÅGOR

C.SP45. Hur många timmar sover ditt barn varje natt?

- Mindre än 8 timmar
- 8 till 10 timmar
- 11 till 12 timmar
- 13 till 14 timmar
- Mer än 14 timmar
- Vet ej / vill ej svara

C.SP50. Hur lång tid tar det vanligtvis för ditt barn att somna på kvällen?

- Mindre än 5 minuter
- 5 till 14 minuter
- 15 till 29 minuter
- 30 till 59 minuter
- 60 minuter eller mer
- Vet ej / vill ej svara

### ❖ AA2. VILLKORET AVSLUTAS

---

#### Sömnproblem

---

### ❖ AA4. OM ENKÄTEN BESVARAS AV "FÖRÄLDER" VISA NEDAN FRÅGOR

C.SP140. Snarkar ditt barn för närvarande?

- Ja

- Nej
- Vet ej / vill ej svara

**Om C.SP140 är "ja", visa C.SP150 och C.SP160**

C.SP150. Hur ofta snarkar ditt barn?

- Sällan eller aldrig
  - 1 till 3 gånger i månaden
  - 1 till 3 gånger i veckan
  - 4 gånger eller mer i veckan
- Vet ej / vill ej svara

C.SP160. Hur högljutt snarkar ditt barn?

- Ganska tyst
- Måttligt
- Mycket högt
- Vet ej / vill ej svara

**Om C.SP150 är "4 gånger eller mer i veckan", visa C.SP165**

**❖ AA4. VILLKORET AVSLUTAS**

C.SP170. Brukar ditt barn kippa efter andan eller sluta andas i sömnen?

- Aldrig eller sällan
  - 1 till 3 gånger i månaden
  - 1 till 3 gånger i veckan
  - 4 gånger eller mer i veckan
- Vet ej / vill ej svara

**Om ålder  $\geq 4$ , visa C.SP180**

C.SP180. Har ditt barn problem att hålla sig vaken under dagen?

- Aldrig eller sällan
  - 1 till 3 gånger i månaden
  - 1 till 3 gånger i veckan
  - 4 gånger eller mer i veckan
- Vet ej / vill ej svara

**❖ AA5. OM ÅLDER  $\geq 15$ , AKTIVERA SÖMNMODULEN I TEMAT MEDICINSK HISTORIA FÖR VUXNA**

## Hörsel

- ❖ **AC. OM ÅLDER  $\geq$  11, ANVÄND HÖRSELMODULEN I TEMAT MEDICINSK HISTORIA FÖR VUXNA**

Se vuxenmodulen

# Astma och allergi

## Astma

- ❖ **AD. OM ÅLDER  $\geq 0,5$  ANVÄND ASTMAMODULEN I TEMAT INFLAMMATION OCH ALLERGI FÖR VUXNA. ENDAST FÖRÄLDRAR SVARAR.**

Se vuxenmodulen

## Allergi

- ❖ **AI. OM ÅLDER  $\geq$  1, ANVÄND ALLERGIMODULEN I TEMAT INFLAMMATION OCH ALLERGI FÖR VUXNA. ENDAST FÖRÄLDRAR SVARAR.**

Se vuxenmodulen



## Eksem

### ❖ AI. OM ÅLDER $\geq 1$ VISA NEDANSTÅENDE FRÅGOR. ENDAST FÖRÄLDRAR SVARAR.

{ändrad formulering}

C.IA290. Har {ditt barn, du} under de senaste 12 månaderna haft kliande utslag som återkom flera gånger under minst 6 månader?

- Ja
- Nej
- Vet ej / vill ej svara

### Om C.IA290 är "ja", visa C.IA300 och C.IA310

{ändrad formulering}

C.IA300. Har det kliande utslaget förekommit i armbågsveckan, i knäveckan, på framsidan av anklarna, under skinkorna eller runt hals, öron eller ögon?

- Ja
- Nej
- Vet ej / vill ej svara

### ❖ AM. OM C.IA290 ÄR "JA", VISA NEDANSTÅENDE FRÅGOR

### Om enkäten besvaras av "förälder", visa C.IA320

C.IA330. Har utslaget gått bort helt någon gång under de senaste 12 månaderna?

- Ja
- Nej
- Vet ej / vill ej svara

C.IA340. Under de senaste 12 månaderna, hur ofta i genomsnitt, har {ditt barn, du} varit vaken på natten på grund av kliande utslag?

- Aldrig
- En eller fler nätter i veckan
- Mindre än en natt i veckan
- Vet ej / vill ej svara

### ❖ AM. VILLKORET AVSLUTAS

C.IA380. Har {ditt barn, du} torr hud?

- Ja
- Nej
- Vet ej / vill ej svara

{ändrad formulering}

C.IA390. Har {ditt barn, du} under de senaste 12 månaderna haft nässelutslag (urtikaria)?

- Ja
- Nej
- Vet ej / vill ej svara

❖ **AI OCH AL. VILLKOREN AVSLUTAS**

## Skador

Vuxenmodulen används från 0 år. Barnen svarar från 14 år

Se vuxenmodulen. (Frågor adresseras till barn och föräldrar)

# Mental hälsa

## Småbarnsbeteende

### ❖ AO. OM ÅLDER ÄR FRÅN 1 TILL 3 ÅR, VISA NEDANSTÅENDE FRÅGOR

BI10. En typisk vecka, hur mycket tid tillbringar ditt barn med andra småbarn (förutom syskon)?

- (timmar per vecka)\_\_\_\_\_  Vet ej / vill ej svara  
 Ingen kontakt med andra barn

BI20. Använder du någon slags barnomsorg för ditt barn?

- Nej  Vet ej / vill ej svara  
 Ja

### Om "ja", visa nedan fråga

BI30. Hur många timmars barnomsorg använder du en typisk vecka?

- (timmar per vecka)\_\_\_\_\_  Vet ej / vill ej svara

BI40. Många påståenden nedan beskriver normala känslor och beteenden hos småbarn, men en del påståenden beskriver känslor och beteenden som kan vara ett problem. Gör ditt bästa för att svara på varje påstående om ditt barn.

	Sällan	Ibland	Ofta	Gäller ej
1. Visar glädje när han/hon lyckas (t.ex. klappar för sig själv)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Gör illa sig så ofta att du inte kan ta ögonen från honom/henne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Verkar nervös, spänd eller rädd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Är rastlös och kan inte sitta still	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sällan	Ibland	Ofta	Gäller ej
5. Följer regler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Vaknar på natten och behöver hjälp för att somna om	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Gråter eller har raseriutbrott tills han/hon är utmattad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Är rädd för vissa platser, djur eller saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Har mindre roligt än andra barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tittar efter dig (eller den andra föräldern) när han/hon är ledsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sällan	Ibland	Ofta	Gäller ej
11. Gråter eller klänger sig fast vid dig när du försöker gå	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Oroar sig mycket eller är mycket allvarlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Tittar rakt på dig när du säger hans/hennes namn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Reagerar inte när han/hon gör illa sig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Är tillgiven med nära och kära	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Tar inte i vissa saker på grund av hur de känns	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Har svårt att somna eller att fortsätta sova	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Springer iväg på allmänna platser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Leker bra tillsammans med andra barn (förutom syskon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Kan hålla uppmärksamheten länge (förutom när han/hon ser på TV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sällan	Ibland	Ofta	Gäller ej
21. Har svårt att anpassa sig vid förändringar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Försöker att hjälpa när någon gör illa sig (t.ex. ger en leksak)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Blir ofta mycket upprörd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Sätter mat i halsen eller får kväljningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Härmar lekfulla ljud när du ber honom/henne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Vägrar att äta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Slår, knuffar, sparkar eller biter barn (förutom syskon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Är destruktiv. Har sönder eller förstör saker med flit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Pekar för att visa dig något långt borta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Slår, biter eller sparkar dig (eller den andra föräldern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sällan	Ibland	Ofta	Gäller ej
31. Kramar eller matar dockor eller mjukisdjur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Verkar mycket olycklig, ledsen, deprimerad, eller tillbakadragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Försöker skada dig (eller den andra föräldern) med flit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. När han/hon är ledsen, blir han/hon väldigt stilla, stelnar eller rör sig inte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BI50. Följande påståenden beskriver känslor och beteenden som kan vara problem för små barn. En del beskrivningar kan vara lite svåra att förstå, speciellt om du inte sett beteendet hos ditt barn. Gör ditt bästa för att svara på alla påståendena. Vänligen klicka på det svar som bäst beskriver ditt barns beteende under den senaste månaden.

	Sällan	Ibland	Ofta	Gäller ej
35. Lägger/ställer saker i en speciell ordning om och om igen och blir ledsen om han/hon blir avbruten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Upprepar samma agerande eller fras om och om igen utan att ha någon glädje av det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Upprepar samma rörelse om och om igen (som att gunga eller snurra)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Blir okontaktbar. Är helt omedveten om vad som händer runt om honom/henne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Tar inte ögonkontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Undviker fysisk kontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Gör sig själv illa med flit (t.ex. slår i huvudet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Äter eller dricker sådant som inte är ätbart, som papper eller färg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

❖ **AO. VILLKORET AVSLUTAS.**

# Utveckling och välbefinnande

## Skreeeningfrågor

### ❖ OM BARN >= 4 ÅR VISA NEDANSTÅENDE FRÅGOR

---

#### Styrkor och svårigheter (SDQ)

---

[daw\_sdq1]

SDQ1. Det är värdefullt om du besvarar alla frågor, även om du inte är helt säker eller tycker att frågan verkar konstig.

förälder: Frågorna gäller det beteende [Namn] har haft de senaste 6 månaderna.

barn: Frågorna gäller hur du har haft det de senaste 6 månaderna.

	Stämmer inte (1)	Stämmer delvis (2)	Stämmer helt (3)
<u>förälder:</u> Omtänksam, tar hänsyn till andra människors känslor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>barn:</u> Jag försöker vara vänlig mot andra. Jag bryr mig om deras känslor (1)			
<u>förälder:</u> Rastlös, överaktiv, kan inte vara stilla länge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>barn:</u> Jag är rastlös. Jag kan inte vara stilla länge (2)			
<u>förälder:</u> Klagar ofta över huvudvärk, ont i magen eller illamående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>barn:</u> Jag har ofta huvudvärk, ont i magen eller illamående (3)			
<u>förälder:</u> Delar gärna med sig till andra barn (t.ex. godis, leksaker, pennor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>barn:</u> Jag delar ofta med mig till andra (t.ex. godis, spel, pennor) (4)			
<u>förälder:</u> Har ofta raseriutbrott eller häftigt humör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>barn:</u> Jag blir mycket arg och tappas ofta humöret (5)			



	Stämmer inte (1)	Stämmer delvis (2)	Stämmer helt (3)
<u>förälder:</u> Ganska ensam, leker eller håller sig ofta för sig själv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>barn:</u> Jag är ofta för mig själv. Jag gör oftast saker ensam (6)			
<u>förälder:</u> Som regel lydig, följer vanligtvis vuxnas uppmaningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>barn:</u> Jag gör oftast som jag blir tillsagd (7)			
<u>förälder:</u> Oroar sig över mycket, verkar ofta bekymrad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>barn:</u> Jag oroar mig mycket (8)			
<u>förälder:</u> Hjälpsam om någon är ledsen, upprörd eller känner sig dålig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>barn:</u> Jag är hjälpsam om någon är ledsen, upprörd eller känner sig dålig (9)			
<u>förälder:</u> Svårt att sitta stilla, rör och vrider jämt på sig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>barn:</u> Jag har svårt att sitta stilla, jag vill jämt röra och vrida på mig (10)			

[daw\_sdq2]

SDQ2.

	Stämmer inte (1)	Stämmer delvis (2)	Stämmer helt (3)
<u>förälder:</u> Har minst en god vän (kamrat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>barn:</u> Jag har en eller flera kompisar (11)			
<u>förälder:</u> Slåss/bråkar ofta med andra barn eller mobbar dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>barn:</u> Jag slåss eller bråkar mycket. Jag kan tvinga andra att göra som jag vill (12)			
<u>förälder:</u> Ofta ledsen, nedstämd eller tårögd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>barn:</u> Jag är ofta ledsen, nedstämd eller gråtfärdig (13)			
<u>förälder:</u> Vanligtvis omtyckt av andra barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>barn:</u> Jämnåriga verkar gilla mig för det mesta (14)			

	Stämmer inte (1)	Stämmer delvis (2)	Stämmer helt (3)
<u>förälder:</u> Lättstörd, tappas lätt koncentrationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>barn:</u> Jag har svårt att koncentrera mig, jag är lättstörd (15)			
<u>förälder:</u> Nervös eller klängig i nya situationer, blir lätt otrygg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>barn:</u> Jag blir nervös i nya situationer. Jag blir lätt osäker (16)			
<u>förälder:</u> Snäll mot yngre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>barn:</u> Jag är snäll mot yngre barn (17)			
<u>förälder:</u> Ljuger eller fuskar ofta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>barn:</u> Jag blir ofta anklagad för att ljuga eller fuska (18)			
<u>förälder:</u> Blir retad eller mobbad av andra barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>barn:</u> Andra barn eller ungdomar retar eller mobbar mig (19)			
<u>förälder:</u> Ställer ofta upp och hjälper andra (föräldrar, {förskollärare, lärare}, andra barn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>barn:</u> Jag ställer ofta upp och hjälper andra (föräldrar, {förskollärare, lärare}, andra barn) (20)			

[daw\_sdq3]

SDQ3.

	Stämmer inte (1)	Stämmer delvis (2)	Stämmer helt (3)
<u>förälder:</u> Tänker sig för innan han/hon gör olika saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>barn:</u> Jag tänker mig för innan jag gör olika saker (21)			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Stämmer inte (1)	Stämmer delvis (2)	Stämmer helt (3)
<u>förälder:</u> Stjäl hemma, i {förskolan, skolan} eller på andra ställen <u>barn:</u> Jag tar saker som inte tillhör mig, t.ex. från {förskolan, skolan} eller andra ställen (22)			
<u>förälder:</u> Kommer bättre överens med vuxna än med andra barn <u>barn:</u> Jag kommer bättre överens med vuxna än med jämnåriga (23)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>förälder:</u> Rädd för mycket, är lättskrämd <u>barn:</u> Jag är rädd för mycket, jag är lättskrämd (24)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>förälder:</u> Fullföljer uppgifter, bra koncentrationsförmåga <u>barn:</u> Jag kan koncentrera mig, göra klart det jag arbetar med (25)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[daw\_sdq4]

SDQ4.

förälder: Sammantaget, tycker du att [Namn] har svårigheter på ett eller flera av följande områden: med känslor, koncentration, beteende eller med att komma överens och umgås med andra människor?

barn: Tycker du att du har svårigheter på något av följande: dina känslor, din koncentration, ditt beteende eller med att komma överens och umgås med andra människor?

- Nej (1)
- Ja, små svårigheter (2)
- Ja, klara svårigheter (3)
- Ja, allvarliga svårigheter (4)

❖ **A. OM SDQ4 ÄR "JA, SMÅ...", "JA, KLARA..." ELLER "JA, ALLVARLIGA...", VISA NEDANSTÅENDE FRÅGOR**

[daw\_sdq5]

SDQ5.

Hur länge har svårigheterna funnits?

- Mindre än 1 månad (1)
- 1 till 5 månader (2)
- 6 till 12 månader (3)
- Mer än 1 år (4)

[daw\_sdq6]

SDQ6.

förälder: Oroas eller lider [Namn] av sina svårigheter?

barn: Besväras eller oroas du av svårigheterna?

- Inte alls (1)
- Bara lite (2)
- Ganska mycket (3)
- Våldigt mycket (4)

[daw\_sdq7]

SDQ7.

förälder: Stör de svårigheter som [Namn] har hans/hennes vardagsliv inom följande områden?

barn: Stör svårigheterna ditt vardagsliv inom följande områden?

	Inte alls (1)	Bara lite (2)	Ganska mycket (3)	Våldigt mycket (4)
Hemma / i familjen (1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Med kamrater (2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
{Göromåli förskolan, I skolarbetet} (3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vid fritidsaktiviteter (4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[daw\_sdq8]

SDQ8.

förälder: Blir svårigheterna en belastning för dig eller för familjen som helhet?

barn: Tror du att svårigheterna blir jobbiga för människor omkring dig (familj, vänner, lärare etc.)?

- Inte alls (1)
- Bara lite (2)
- Ganska mycket (3)
- Våldigt mycket (4)

❖ **A. VILLKORET AVSLUTAS**

❖ **B. BERÄKNING AV FÖLJANDE SKALOR**

daw\_sdq\_emotscore

daw\_sdq\_condscore

daw\_sdq\_hypescore

daw\_sdq\_peerscore

daw\_sdq\_prosscore

daw\_sdq\_totscore

daw\_sdq\_impascore

daw\_sdq\_peerminuspros\_score

❖ **B. VILLKORET AVSLUTAS**

---

## Social förmåga (SAS)

---

### ❖ A. OM BESVARAD AV "PARENT", VISA NEDANSTÅENDE FRÅGOR

[daw\_sa1\_7]

SAS1-7. Hur är [Namn] jämfört med andra i samma ålder i följande situationer:

	Mycket sämre än medel (1)	Lite sämre än medel (2)	Ungefär medel (3)	Lite bättre än medel (4)	Mycket bättre än medel (5)
Klarar att skoja med andra, kan till exempel acceptera att andra är lättsamt retfulla och reagerar då på ett passande sätt. (1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lätt att prata med även om samtalsämnet inte särskilt intresserar honom/henne. (2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan göra kompromisser och vara flexibel. (3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan säga eller göra det rätta för att ta udden av spända eller genanta situationer (4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tar det med fattning när han/hon inte vinner eller får som han/hon vill. Bra förlorare. (5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andra människor känner sig avspända och hemmastadda ihop med honom/henne. (6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan läsa mellan raderna vad andra verkligen tänker och känner. (7)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[daw\_sa8\_10]

SAS8-10. Hur är [Namn] jämfört med andra i samma ålder i följande situationer:

	Mycket sämre än medel (1)	Lite sämre än medel (2)	Ungefär medel (3)	Lite bättre än medel (4)	Mycket bättre än medel (5)
När han/hon gjort något fel så kan han/hon be om ursäkt, och reda upp situationen så att fortsatt konflikt eller ovänskap undviks. (8)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan ta ledningen utan att andra känner sig kommenderade. (9)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medveten om vad som är passande och opassande i sociala situationer. (10)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Beräkning av skalan daw\_sas\_score

#### ❖ A. VILLKORET AVSLUTAS

---

## Separationsångest (A)

---

[daw\_a1]

förälder: De flesta barn är särskilt fästa vid några få betydelsefulla vuxna som de söker trygghet och tröst hos, och som de vänder sig till när de är ledsna eller har gjort sig illa.

barn: De flesta ungdomar är särskilt fästa vid några få betydelsefulla vuxna som de söker trygghet och tröst hos, och som de vänder sig till när de är upprörda eller har gjort sig illa.

A1.

förälder: Är [Namn] särskilt fäst vid någon av följande vuxna? (Markera alla aktuella)

barn: Är du särskilt fäst vid någon av följande vuxna? (Markera alla aktuella)

- förälder: Mor (biologisk eller adoptiv) barn: Din mor (biologisk eller adoptiv)
- förälder: Far (biologisk eller adoptiv) barn: Din far (biologisk eller adoptiv)
- Annan modersfigur (styvmor, fostermor, pappas partner)
- Annan fadersfigur (styvfar, fosterfar, mammas partner)
- En eller flera mor/farföräldrar
- En eller flera andra vuxna släktingar (t.ex. moster/faster, morbror/farbror, vuxen bror eller syster)
- Dagmamma, barnflicka eller au pair
- En eller flera {förskollärare, lärare}
- förälder: En eller flera andra vuxna som han/hon inte är släkt med (t.ex. en vän till familjen eller granne) barn: En eller flera andra vuxna som du inte är släkt med (t.ex. en vän till familjen eller granne)
- Inte särskilt fäst vid någon vuxen

**Om A1 är "inte särskilt...", visa A1a**

[daw\_a1a]

A1a.

förälder: Är [Namn] särskilt fäst vid följande barn eller unga personer? (Markera alla aktuella)



barn: Är du särskilt fäst vid följande barn eller unga personer? (Markera alla aktuella)

- En eller flera bröder, systrar eller andra unga släktingar
- En eller flera vänner
- Inte särskilt fäst vid någon

### **Om A1a inte är "inte särskilt...", visa A2**

[daw\_a2]

A2.

förälder: Du har just berättat för oss vem [Namn] är särskilt fäst vid. Från och med nu kommer vi att hänvisa till dessa personer som hans/hennes "anknytningspersoner".

I nästa fråga vill vi veta hur mycket [Namn] bekymrar sig för att inte få vara tillsammans med sina "anknytningspersoner". De flesta barn har av och till sådan oro. Det vi vill veta är hur [Namn] är i jämförelse med andra i hans/hennes ålder. Vi är intresserade av hur han/hon är vanligtvis – alltså inte under en enstaka "dålig dag".

Sammantaget för de senaste 4 veckorna, har han/hon varit påtagligt orolig för att inte få vara tillsammans med sina anknytningspersoner?

barn: Du har just berättat för oss vem du är särskilt fäst vid. Från och med nu kommer vi att hänvisa till dessa personer som dina "anknytningspersoner".

I nästa fråga vill vi veta hur mycket du bekymrar dig för att inte kunna vara tillsammans med dina "anknytningspersoner". De flesta ungdomar har av och till sådan oro. Det vi vill veta är hur du är i jämförelse med andra i din ålder. Vi är intresserade av hur du vanligtvis är – alltså inte under en enstaka "dålig dag".

Sammantaget för de senaste 4 veckorna, har du varit påtagligt orolig för att inte kunna vara tillsammans med dina anknytningspersoner?

- Nej (2)
- Ja (1)

### **Beräkning av s1\_c\_mm\_positive\_a**

---

## Rädsla i sociala situationer (C)

---

[daw\_c1]

C1.

förälder: Sammantaget, skulle du säga att [Namn] är särskilt rädd för eller undviker sociala situationer med många människor inblandade, att möta nya människor eller att behöva göra något när andra ser på?

barn: Sammantaget, skulle du säga att du är särskilt rädd för eller undviker sociala situationer med många människor inblandade, att möta nya människor eller att behöva göra något när andra ser på?

- Nej (2)
- Ja (1)

**Beräkning av s1\_c\_mm\_positive\_c**

---

## Vänskap (Fr)

---

[daw\_fr1]

Fr1. Hur är det för [Namn] att få kamrater?

- Har det svårare än medel (1)
- Medel (2)
- Lättare än medel (3)

[daw\_fr2]

Fr2. Hur är det för [Namn] att behålla kamrater?

- Har det svårare än medel (1)
- Medel (2)
- Lättare än medel (3)

[daw\_fr3]

Fr3. Hur är det för [Namn] att behålla kamrater?

- Ingen (1)
- En (2)
- 2 till 4 (3)
- 5 till 9 (4)
- 10 eller fler (5)

**Om Fr3 är "en" eller fler, visa fr4 till fr6**

[daw\_fr4]

Fr4. Har [Namn] intressen som {han, hon} delar med sina kamrater?

- Nej (1)
- Lite (2)
- Mycket (3)

[daw\_fr5]

Fr5. Gör [Namn] och {hans, hennes} kamrater aktiviteter tillsammans, t.ex. sportar, spelar dataspel eller shopper tillsammans?

- Nej (1)
- Lite (2)
- Mycket (3)

[daw\_fr6]

Fr6. Om [Namn] skulle vara mycket stressad, eller om {han, hon} skulle ha ett hemligt bekymmer, tror du att {han, hon} då skulle tala med en kamrat om hur {han, hon} har det?

- Nej (1)
- Kanske (2)
- Definitivt (3)

---

## Generaliserad ångest (G)

---

[daw\_g2]

G2.

förälder: Händer det att [Namn] oroar sig?

barn: Händer det att du oroar dig?

- Nej (2)
- Ja (1)

### Om G2 är "ja", visa g2a

[daw\_g2a]

G2A.

förälder: En del barn/ungdomar oroar sig enbart för enstaka saker. Deras bekymmer kan ha samband med någon specifik rädsla, tvångstankar eller separationsångest. Andra barn/ungdomar oroar sig för många olika sidor av sin tillvaro. Dessa barn/ungdomar kan också ha specifika rädslor, tvångstankar eller separationsångest, men de oroar sig alltså dessutom för mycket annat.

Är [Namn] på det hela taget en som oroar sig?

barn: En del ungdomar oroar sig bara för enstaka saker. Deras bekymmer hör ibland ihop med någon specifik rädsla, tvångstankar eller separationsångest. Andra ungdomar oroar sig för många sidor av sin tillvaro. Dessa ungdomar kan också ha specifika rädslor, tvångstankar eller separationsångest, men de oroar sig alltså dessutom för mycket annat.

Är du på det hela taget en som oroar sig?

- förälder: Nej, han/hon har endast några få specifika bekymmer barn: Nej, jag har bara några få specifika bekymmer (2)
- 
- förälder: Ja, han/hon oroar sig vanligtvis för något barn: Ja, jag oroar mig vanligtvis för något (1)

### Beräkning av visningsvillkor för G3

[daw\_g3]

G3.

förälder: Har [Namn] under de 6 senaste månaderna haft så mycket oro för så många saker, att detta verkligen har upprört honom/henne eller så att det har påverkat hans/hennes liv?

barn: Har du under de 6 senaste månaderna haft så mycket oro för så många saker, att detta verkligen har upprört dig eller påverkat ditt liv?

- Nej (1)
- Kanske (2)
- Definitivt (3)

**Beräkning av s1\_c\_mm\_positive\_g**

---

## Depression (H)

---

[daw\_h1]

H1.

Förälder: Har det under de senaste 4 veckorna funnits stunder då [Namn] varit mycket ledsen, olycklig, nedstämd eller tårögd?

barn: Har det under de senaste 4 veckorna funnits stunder då du varit mycket ledsen, olycklig, nedstämd eller gråtfärdig?

- Nej (2)
- Ja (1)

[daw\_h7]

H7.

förälder: Har det under de senaste 4 veckorna funnits stunder när [Namn] har varit vresig eller irriterad på ett sätt som inte liknar honom/henne?

barn: Har det under de senaste 4 veckorna funnits stunder när du har varit vresig eller irriterad på ett sätt som inte är likt dig?

- Nej (2)
- Ja (1)

[daw\_h13]

H13.

förälder: Har det under de senaste 4 veckorna funnits stunder när [Namn] förlorade intresset och glädjen för allt eller nästan allt, som han/hon normalt tycker om att göra?

barn: Har det under de senaste 4 veckorna funnits stunder när du tappade intresset för allt eller nästan allt, som du normalt tycker om att göra?

- Nej (2)

Ja (1)

❖ **A. OM H1 ÄR "NEJ" OCH H7 ÄR "NEJ" OCH H13 ÄR "NEJ", VISA  
NEDANSTÅENDE FRÅGOR**

[daw\_h22]

H22.

förälder: Har han/hon under de senaste 4 veckorna pratat om att avsiktligt skada sig själv?

barn: Har du under de senaste 4 veckorna tänkt på att avsiktligt skada dig själv?

Nej (2)

Ja (1)

[daw\_h23]

H23.

förälder: Har han/hon under de senaste 4 veckorna försökt skada sig själv?

barn: Har du under de senaste 4 veckorna försökt skada dig själv?

Nej (2)

Ja (1)

[daw\_h24]

H24.

förälder: Har han/hon någonsin talat om att skada sig själv?

barn: Har du någonsin, alltså under hela ditt liv, försökt skada dig själv?

Nej (2)

Ja (1)



**Beräkning av daw\_m1\_h\_del**

**❖ VILLKORET AVSLUTAS**

**Beräkning av s1\_c\_mm\_positive\_h**

---

## Uppmärksamhet och aktivitet (J)

---

Om enkäten besvaras av "förälder", visa J1a

[daw\_j1a]

J1. Tycker du att [Namn] har tydliga problem med överaktivitet och dålig koncentration för sin ålder?

- Nej (2)  
 Ja (1)

Om enkäten besvaras av "barn", visa J1b

[daw\_j1b]

J1-3.

	Nej eller inte tillämpligt (1)	Lite (2)	Mycket (3)
Klagar dina lärare på att du har problem med överaktivitet eller dålig koncentration? (1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klagar din familj på att du har problem med överaktivitet eller dålig koncentration? (2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Och vad tycker du? Har du problem med överaktivitet eller dålig koncentration? (3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beräkning av s1\_c\_mm\_positive\_j

---

## Besvärlighet och problematiskt uppförande (K)

---

### Om enkäten besvaras av "förälder", visa K1a

[daw\_k1a]

K1. Hur har det varit med [Namn] och hans/hennes uppförande under de senaste 6 månaderna jämfört med andra barn i hans/hennes ålder?

- Mindre besvärligt och problematiskt än genomsnittet (1)
- Som genomsnittet (2)
- Mer besvärligt och problematiskt än genomsnittet (3)

### Om enkäten besvaras av "barn", visa K1b

[daw\_k1b]

K1-3.

	Nej eller inte tillämpligt (1)	Lite (2)	Mycket (3)
Klagar dina lärare på att du är jobbig och besvärlig? (1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klagar din familj på att du är jobbig och besvärlig? (2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Och vad tycker du? Är du jobbig och besvärlig? (3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Beräkning av s1\_c\_mm\_positive\_k**

## Bantning, vikt och kroppsform (P)

[daw\_p1]

P1.

	Nej (2)	Ja (1)
a) <u>förälder:</u> Har [Namn] någonsin tyckt att han/hon är tjock även om andra tyckt att han/hon är <i>mycket</i> smal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>barn:</u> Har du någonsin tyckt att du är tjock även om andra sagt att du är <i>mycket</i> smal? (a)		
b) <u>förälder:</u> Skulle [Namn] skämmas om andra visste hur mycket han/hon äter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>barn:</u> Skulle du skämmas om andra visste hur mycket du äter? (b)		
c) <u>förälder:</u> Har [Namn] någonsin själv framkallat kräkningar (spytt)? <u>barn:</u> Har du någonsin med avsikt framkallat kräkningar (spytt)? (c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) <u>förälder:</u> Påverkas hans/hennes liv av oro kring ätandet (Vad? Var? Hur mycket?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>barn:</u> Påverkas ditt liv av oro kring att äta (Vad? Var? Hur mycket?) (d)		
e) <u>förälder:</u> Om [Namn] äter för mycket, anklagar han/hon sig själv mycket för det?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>barn:</u> Om du äter för mycket, anklagar du dig själv mycket för det? (e)		

**Beräkning av daw\_p1\_cond och s1\_c\_mm\_positive\_p**

---

## Tics (Q)

---

### ❖ A. NÄR ENKÄT BESVARAS AV "FÖRÄLDER", VISA NEDANSTÅENDE FRÅGOR

[daw\_q1]

Q1. Har [Namn] under de senaste 12 månaderna haft tics i form av rörelser som han/hon inte verkade kunna kontrollera t.ex. överdrivna blinkningar, grimaser, rörelser kring näsan, huvudnickningar?

- Nej (2)
- Ja (1)

[daw\_q2]

Q2. Har [Namn] under de senaste 12 månaderna haft tics i form av ljud som han/hon inte verkade kunna kontrollera t.ex. överdrivna sniffningar, hostningar eller harklingar?

- Nej (2)
- Ja (1)

### ❖ A. VILLKORET AVSLUTAS

**Beräkning av s1\_c\_mm\_positive\_q**

## Uppföljningsfrågor

❖ OM BARN  $\geq$  4 ÅR VISA NEDANSTÅENDE FRÅGOR

---

### Depression (H)

---

Om H2 är "ja", visa H2 till H5

[daw\_h2]

H2.

förälder: Du nämnde tidigare att det under de senaste 4 veckorna funnits stunder då [Namn] varit mycket ledsen, olycklig, nedstämd eller tårögd.

Har [Namn] under de senaste 4 veckorna haft en period när han/hon varit mycket nedstämd nästan varje dag?

barn: Du nämnde tidigare att det under de senaste 4 veckorna funnits stunder då du varit mycket ledsen, olycklig, nedstämd eller gråtfärdig.

Har du under de senaste 4 veckorna haft en period när du varit mycket nedstämd nästan varje dag?

Nej (2)

Ja (1)

[daw\_h3]

H3.

förälder: Under den tid [Namn] har varit ledsen, har han/hon varit mycket nedstämd större delen av dagen? (dvs. fler timmar med nedstämdhet än utan)

barn: Under den tid du har varit nedstämd, har du då varit mycket nedstämd under större delen av dagen? (dvs. fler timmar med nedstämdhet än utan)

- Nej (2)
- Ja (1)

[daw\_h4]

H4.

förälder: Kunde [Namn] muntras upp när han/hon var nedstämd?

barn: Kunde du muntras upp när du var nedstämd?

- Lätt (1)
- Svårt / bara kortvarigt (2)
- Inte alls (3)

[daw\_h5]

H5.

Förälder: Har han/hon under de senaste 4 veckorna varit mycket nedstämd under en period som varat:

barn: Har du under de senaste 4 veckorna varit mycket nedstämd under en period som pågått:

- Mindre än 2 veckor (1)
- 2 veckor eller mer (2)

**Beräkna daw\_m1\_h\_dep**

**Om H7 är "ja", visa H8 till H11**

[daw\_h8]

H8.

förälder: Du nämnde tidigare att det under de senaste 4 veckorna funnits stunder när [Namn] har varit vresig eller irriterad på ett sätt som inte liknar honom/henne.

Har [Namn] under de senaste 4 veckorna haft en period när han/hon varit mycket vresig och irriterad nästan varje dag?

barn: Du nämnde tidigare att det under de senaste 4 veckorna funnits stunder när du har varit vresig eller irriterad på ett sätt som inte är likt dig.

Har du under de senaste 4 veckorna haft en period när du varit mycket vresig och irriterad nästan varje dag?

Nej (2)

Ja (1)

[daw\_h9]

H9.

förälder: Under den period [Namn] har varit vresig och irriterad, har han/hon varit så under större delen av dagen? (dvs. fler timmar med vresighet än utan)

barn: Under den period du har varit vresig och irriterad, har du varit så under större delen av dagen? (dvs. fler timmar med vresighet än utan)

Nej (2)

Ja (1)

[daw\_h10]

H10.

förälder: Har vissa aktiviteter, t.ex. besök av vänner eller annat kunnat minska irritabiliteten hos [Namn]?

barn: Har vissa aktiviteter, t.ex. besök av vänner eller annat kunnat minska din irritabilitet?

Lätt (1)

Svårt/ bara kortvarigt (2)

Inte alls (3)

[daw\_h11]

H11.

förälder: Har han/hon under de senaste 4 veckorna varit mycket irritabel under en period som varat:



barn: Har du under de senaste 4 veckorna varit mycket irriterad under en period som varat:

- Mindre än 2 veckor (1)
- 2 veckor eller mer (2)

**Beräkna daw\_m1\_h\_irr**

**Om H13 är "ja", visa H14 till H17**

[daw\_h14]

H14.

förälder: Du nämnde tidigare att det under de senaste 4 veckorna funnits stunder när [Namn] förlorade intresset och glädjen för allt eller nästan allt, som han/hon normalt tycker om att göra.

Har det de senaste 4 veckorna funnits en period när hans/hennes minskade intresse och glädje visade sig nästan varje dag?

barn: Du nämnde tidigare att det under de senaste 4 veckorna funnits stunder när du förlorade intresset och glädjen för allt eller nästan allt, som du normalt tycker om att göra.

Har du känt sådant minskat intresse nästan varje dag under de senaste 4 veckorna?

- Nej (2)
- Ja (1)

[daw\_h15]

H15.

förälder: Under de dagar [Namn] förlorade intresset och glädjen för saker och ting, var han/hon så under större delen av dagen? (dvs. fler timmar med problemet än utan)

barn: Under den period då du tappade intresset för saker och ting, var det så under större delen av dagarna? (dvs. fler timmar med problem än utan)

- Nej (2)
- Ja (1)

[daw\_h16]

H16.

förälder: Har [Namn] under de senaste 4 veckorna haft sådant minskat intresse under:

barn: Har du under de senaste 4 veckorna haft sådant minskat intresse under:

- Mindre än 2 veckor (1)
- 2 veckor eller mer (2)

### **Om depression eller irritabilitet, visa H17**

[daw\_h17]

H17.

förälder: Har detta minskade intresse och glädje förekommit under samma period som han/hon för det mesta var mycket nedstämd eller irriterad?

barn: Har du haft sådant minskat intresse samtidigt som du var mycket nedstämd eller irriterad?

- Nej (2)
- Ja (1)

**Beräkna daw\_m1\_h\_los**

### **❖ A. OM DEPRESSION, IRRITABILITET ELLER FÖRLORAT INTRESSET VISA NEDANSTÅENDE FRÅGOR**

[daw\_h18a\_g]

H18.

förälder: Under den period som [Namn] var nedstämd, irriterad och hade minskat intresse och glädje...

barn: Under den period som du var nedstämd, irriterad och hade minskat intresse för att göra saker...

	Nej (2)	Ja (1)
a) <u>förälder:</u> saknade han/hon energi och verkade trött hela tiden? <u>barn:</u> saknade du energi och kände dig trött hela tiden? (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) <u>förälder:</u> åt han/hon mycket mer eller mycket mindre än normalt? <u>barn:</u> åt du mycket mer eller mycket mindre än normalt? (b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) <u>förälder:</u> ökade eller minskade han/hon i vikt? <u>barn:</u> minskade eller ökade du i vikt? (c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) <u>förälder:</u> var det svårt för honom/henne att somna in och sova? <u>barn:</u> var det svårt för dig att somna eller att fortsätta sova under natten? (d)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) <u>förälder:</u> var det svårt för honom/henne att somna in och sova? <u>barn:</u> sov du för mycket? (e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) <u>förälder:</u> var han/hon uppvarvad eller rastlös mycket av tiden? <u>barn:</u> var du uppvarvad eller rastlös mest hela tiden? (f)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) <u>förälder:</u> kände han/hon sig värdelös och onödigt skuldtyngd mycket av tiden? <u>barn:</u> kände du dig värdelös och orimligt skuldtyngd mest hela tiden? (g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[daw\_h18h\_k]

H18.

förälder: Under den period som [Namn] var nedstämd, irriterad och hade minskat intresse och glädje...

barn: Under den period som du var nedstämd, irriterad och hade minskat intresse för att göra saker...

	Nej (2)	Ja (1)
h) <u>förälder:</u> tyckte han/hon det var ovanligt svårt att koncentrera sig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nej (2)	Ja (1)
och att tänka klart?		
<u>barn:</u> hade du ovanligt svårt att koncentrera dig och att tänka klart? (h)		
i) <u>förälder:</u> tänkte han/hon mycket på döden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>barn:</u> tänkte du mycket på döden? (i)		
j) <u>förälder:</u> pratade han/hon om att göra sig själv illa eller ta sitt eget liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>barn:</u> tänkte du på att göra dig själv illa eller att begå självmord? (j)		
k) <u>förälder:</u> försökte han/hon skada sig själv eller ta sitt eget liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>barn:</u> försökte du skada dig själv eller begå självmord? (k)		

[daw\_h18l]

H18L.

förälder: Har han/hon någonsin, alltså under hela sitt liv, försökt skada sig själv eller ta sitt liv?

barn: Har du någonsin, alltså under hela ditt liv, försökt skada dig själv eller begå självmord?

- Nej (2)
- Ja (1)

[daw\_h19]

H19.

förälder: Hur mycket har nedstämdheten, irritabiliteten eller det minskade intresset hos [Namn] upprört eller plågat honom/henne?

barn: Hur mycket har du plågats av din nedstämdhet, irritabilitet eller det minskade intresset?

- Inte alls (1)
- Lite (2)
- Måttligt (3)

Mycket (4)

[daw\_h20]

H20.

förälder: Har hans/hennes nedstämdhet, irritabilitet eller minskade intresse påverkat...

barn: Har din nedstämdhet, irritabilitet eller minskade intresse och glädje påverkat...

	Inte alls (1)	Lite (2)	Måttligt (3)	Mycket (4)
a) <u>förälder:</u> hur bra han/hon kommer överens med dig och resten av familjen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>barn:</u> hur bra du kommer överens med resten av familjen? (1)				
b) kamratrelationer - att få och behålla vänner? (2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) inläring eller {göromål i förskolan, skolarbete}? (3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) lek, hobbies, sport eller andra fritidsaktiviteter? (4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[daw\_h21]

H21.

förälder: Har hans/hennes nedstämdhet, irritabilitet och minskade intresse blivit en belastning för dig eller för familjen som helhet?

barn: Har din nedstämdhet, irritabilitet och minskade intresse blivit jobbigt för dem du har omkring dig (familj, vänner, {förskollärare, lärare} etc.)?

Inte alls (1)

Lite (2)

Måttligt (3)

Mycket (4)

#### ❖ A. VILLKORET AVSLUTAS