



Hur påverkas vår hälsa av miljön vi lever i?

Miljöhälsoenkät 2015



Folkhälsomyndigheten



Karolinska
Institutet



Statistiska centralbyrån
Statistics Sweden



WWW.KLIMATNEUTRALT.SE

Tryckt hos ett klimatneutralt företag Edita Bobergs AB



+

+

Hjälp oss att underlätta bearbetningen av dina svar

Enkäten läses maskinellt. När du besvarar enkäten ber vi dig därför att:

- Använda kulspetspenna med svart eller blå färg
- Skriva tydliga siffror, så här: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
- Markera dina svar med kryss, så här: X
- Om du svarat fel täck hela rutan med det felaktiga krysset, så här:

Hälsa

1. Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd, jämfört med andra i din ålder?

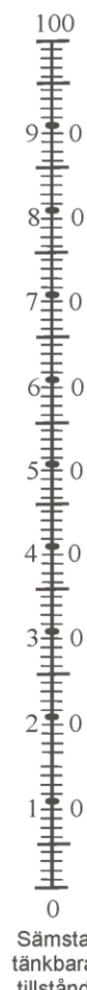
- Mycket gott
 Gott
 Någorlunda
 Dåligt
 Mycket dåligt

2. Ange hur bra eller dålig din hälsa är idag.

Det bästa hälsotillstånd du kan tänka dig är markerat med 100 och det sämsta hälsotillstånd du kan tänka dig är markerat med 0.

Bästa
tänkbara
tillstånd

Ange hur du skulle bedöma ditt nuvarande hälsotillstånd, mellan 0 och 100



+

+

+

+

3. Har du eller har du haft någon av följande sjukdomar?
Markera ett svar på varje rad.

| | Ja | Nej |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Astma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Allergiska besvär | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Hösnuva eller någon annan form av allergisk snuva | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Andra besvär från näsan (ofta återkommande nysning, klåda, nästäppa m.m.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Typ 2 - diabetes (tidigare kallat åldersdiabetes) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Stroke | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Hjärtinfarkt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Annan hjärt-kärlsjukdom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Kronisk luftrörskatarr (bronkit) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. KOL (kronisk obstruktiv lungsjukdom, emfysem) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Under de senaste 12 månaderna, har du haft nästäppa utan att vara förkyld?
Räkna även med hösnuva.

Ja → Om Ja: Har du haft besvär mer än 4 dagar under en enskild vecka?
 Nej Ja
 Nej

Hände detta under mer än 4 veckor i sträck?

Ja
 Nej

5. Under de senaste 12 månaderna, har du blivit täppt i näsan eller fått rinnande näsa...

| | Ja | Nej |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. ... vid ansträngning? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ... vid kyla? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ... i dammiga miljöer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. ... i rökiga miljöer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. ... av bilavgaser eller andra luftföroreningar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. ... av starka dofter, parfym, kryddoft, rengöringsmedel, trycksvärta, etc.? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Under de senaste 3 månaderna, har du vaknat på grund av andningssvårigheter eller hosta?

Ja, fler än 2 gånger
 Ja, 1-2 gånger
 Nej

+

+

+

+

7. Under de senaste 3 månaderna, har du haft sådana besvär från luftvägarna (näsa, hals eller luftrör) att det någon dag hindrat dig i ditt dagliga liv?

Ja → Om Ja: Hur många dagar?
 Nej

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

8. Har du av läkare fått diagnosen asthma?

Ja → Om Ja: Vilket år fick du diagnosen?
 Nej

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

V.g. skriv årtal med fyra siffror, ex. 1955, 2007.

9. Under de senaste 12 månaderna, har du fått andnöd, pip i bröstet, eller svår hosta...

- | | Ja | Nej |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. ... vid ansträngning? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ... vid kyla? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ... i dammiga miljöer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. ... i rökiga miljöer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. ... av bilavgaser eller andra luftföroreningar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. ... av starka dofter, parfym, kryddoft, rengöringsmedel, trycksvärta, etc.? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10. Under de senaste 12 månaderna, har du använt någon medicin mot astma?

Ja, regelbundet
 Ja, vid behov
 Nej

11. Har du av läkare fått diagnosen högt blodtryck?

Ja → Om Ja: Vilket år fick du diagnosen?
 Nej

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

V.g. skriv årtal med fyra siffror, ex. 1955, 2007.

12. Använder du någon medicin mot högt blodtryck?

Ja
 Nej

13. Har du nedsatt hörsel?

Ja → Om Ja: Använder du hörapparat eller annat hörhjälpmittel?
 Nej Ja
 Nej

14. Har du öronsus (tinnitus) eller andra ljud i öronen?

Ja ständigt, ljudet är mycket störande
 Ganska ofta eller ständigt, ljudet stör ibland
 Ibland, ljudet är inte störande
 Nej, inte alls

+

+

+

+

15. Under de senaste 12 månaderna, har du märkt att du fått lock för öronen eller att det ringer, piper, tjuter eller susar i öronen efter att ha lyssnat på musik på hög volym eller utsatts för andra höga ljud?

- Ja, vid flera tillfällen
- Ja, vid något enstaka tillfälle
- Nej

16. Hade du eksem som barn?

- Ja
- Nej
- Vet ej

17. Under de senaste 12 månaderna, har du vid något tillfälle haft handeksem?

- Ja
- Nej

18. Är du allergisk eller överkänslig mot nickel?

- Ja
- Nej

19. Har du någon gång färgat håret?

- Ja → Om Ja: Har du någon gång fått hudbesvär vid hårfärgning?
- Ja
 - Nej

20. Har du någon permanent tatuering?

- Ja → Om Ja: Har du någon gång fått hudbesvär av en permanent tatuering?
- Ja
 - Nej

21. Har du någon gång haft en tillfällig tatuering?

Målad på huden med henna eller svart henna.

- Ja → Om Ja: Har du någon gång fått hudbesvär av en tillfällig tatuering?
- Ja
 - Nej

+

+

+

+

22. Är du känslig/överkänslig eller allergisk mot något av följande och hur allvarliga är i så fall dina besvär?

Markera ett svar på varje rad.

| | Ja, svåra besvär | Ja, lätta besvär | Ja, men med mindre besvär om jag medicinerar | Nej, inte känslig/ överkänslig eller allergisk |
|--|--------------------------|--------------------------|--|---|
| a. Pollen (lövträd, gräs, gråbo eller andra örter) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Katt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Hund | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Häst | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Gnagare (kanin, hamster, råtta eller liknande) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Mögel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Kvalster | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Födoämnen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Nya kläder och andra textilier (luftvägsreaktioner) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Nya kläder och andra textilier (hudreaktioner) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Ny inredning t.ex. nya möbler elektronikprodukter etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Plast-, gummi-, latexhandskar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Rengörings-, tvätt-, diskmedel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n. Dofter från t.ex. parfym, rengöringsmedel, trycksvärta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| o. Kosmetika eller produkter för hudvård och personlig hygien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| p. Nybyggda eller nyrenoverade byggnader, bygg- och hobbyprodukter (t.ex. målarfärg, lim, rengöringsmedel) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

+

+

+

+

- 23. Vilket är ditt midjemått uppmätt i höjd med naveln?**
Svara i hela centimeter.

centimeter

 Vet inte

- 24. Vilken är din vikt och längd?**
Svara i hela kilo och centimeter.

kilo

centimeter

 Vet inte

- 25. Brukar du följa någon pollenprognos (t.ex. på internet, tv, tidningar eller annan form av media)?**

- Ja, under hela pollenperioden (från vår till höst)
- Ja, under specifika perioder för en viss pollentyp (t.ex. när björken blommar)
- Ja, sporadiskt
- Finns ingen pollenprognos där jag bor
- Nej

Om Ja: Varför följer du pollenprognoserna?

- För att anpassa medicinering mot pollenallergi
- För att anpassa mina aktiviteter eller hålla mig inomhus
- Annat

- 26. Under de senaste 3 månaderna, har du känt dig besvärad av något av följande utomhus i närlheten av din bostad?**

Med "utomhus i närleten av din bostad" menas utomhus aldeles i närleten, som t.ex. på balkong, på innergård, i trädgård eller vid entrén.

| | Dagligen | Ja, minst 1 gång per vecka | Ja, men mer sällan | Nej, aldrig |
|---|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Bilavgaser | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Vedeldningsrök | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Löveldningsrök | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Lukt från djurställar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Lukt från industrier | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Damm | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Andras tobaksrök | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Annan luftförorening, skriv i rutan: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | |

+

+

+

+

27. Under de senaste 3 månaderna, har du känt dig besvärad av något av följande inomhus i din bostad?

| | Dagligen | Ja, minst en gång per vecka | Ja, men mer sällan | Nej, aldrig |
|---|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Bilavgaser | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Vedeldningsrök | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Löveldningsrök | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Lukt från djurställar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Lukt från industrier | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. För torr luft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Damm | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Andras tobaksrök | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Instängd (dålig, unken) luft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Drag | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Grannars matos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Eget matos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Fukt och/eller mögel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n. Annat klimatproblem eller luftförorening, skriv i rutan: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**28. Under de senaste 3 månaderna, har du haft något eller några av följande besvär?
Markera ett svar på varje rad.**

Om ja:

Tror du att det beror på miljön som du vistas i?
Svara med alla alternativ som stämmer.

| | Ja, minst en gång per vecka | Ja, men sällan | Nej, aldrig | Ja, utomhus-miljön | Ja, inomhus-miljön i bostaden | Ja, inomhus-miljön på arbetet/i skolan | Nej |
|---|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|--|--------------------------|
| a. Trötthet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Huvudvärk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Klåda, sveda, irritation i ögonen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Irriterande, täppt eller rinnande näsa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Heshet, halstorrhett | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Hosta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Allergiska hudreaktioner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

+

+

+

+

Boende och boendemiljö

Frågorna avser din permanentbostad, d.v.s. den bostad där du i huvudsak bor.

29. Vilken typ av bostad bor du i?

- Småhus (villa, radhus, kedjehus, gård)
- Flerbostadshus, bottenvåning
- Flerbostadshus, 1 trappa upp eller högre
- Annan typ av bostad, skriv i rutan:

30. Äger eller hyr du eller någon annan familjemedlem bostaden?

- Äger
- Hyr
- Annat, skriv i rutan:

31. När är huset byggt?

- Före 1941
- 1941 – 1960
- 1961 – 1975
- 1976 – 1985
- 1986 – 1995
- 1996 – 2005
- 2006 –
- Känner inte till när huset är byggt

32. Hur länge har du bott i din nuvarande bostad?

- Mindre än 1 år
- 1-4 år
- 5-10 år
- Mer än 10 år

33. Besväras du av att du i din bostad har...

| | Dagligen | Ja, minst en gång per vecka | Ja, men mer sällan | Nej, aldrig |
|---|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. ... svårt att reglera inomhustemperaturen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ... för varmt under sommarhalvåret? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ... för kallt under vinterhalvåret? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

+

+

+

+

34. Hur tycker du att luftkvaliteten i stort sett är i och i närheten av din bostad?

Med ”i eller i närhet av din bostad” menas inomhus samt utomhus alldeles i närheten, som t.ex. på balkong, på innergård, i trädgård eller vid entrén.

| | Mycket bra | Ganska bra | Acceptabel/ varken bra eller dålig | Ganska dålig | Mycket dålig |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Vardagsrum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Sovrum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Bostaden som helhet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Utanför bostaden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

35. Sover du med öppet fönster?

Gäller även vädringslucka, vädringsfönster, fönster på glänt.

- Ja, så gott som varje natt
- Ja, men enbart sommartid
- Ja, ibland
- Nej, aldrig

Om Nej: Varför inte?

- Behövs inte
- Buller
- Dålig luft eller lukt
- För kallt ute
- Annan orsak, skriv i rutan:

36. Finns det ventiler för tillförsel av luft i ditt sovrum?

- Ja
- Nej

37. Efter en varm dusch, hur lång tid tar det för imma/kondens att försvinna från speglar i ditt badrum?

- Det blir aldrig någon imma/kondens
- Upp till 2 minuter
- 2-5 minuter
- 5-10 minuter
- Mer än 10 minuter
- Inte aktuellt (ingen dusch)

38. Har det funnits synlig fuktskada (fläckar och dylikt) i din bostad?

- Ja
- Nej

+

+

+

+

- 39. Under de senaste 12 månaderna, har det funnits synlig mögelväxt i din bostad?**
Ytlig växt i kakelfogar eller på väggar i våtutrymmen och dyligt räknas inte.

Ja
 Nej

- 40. Under de senaste 12 månaderna, har du eller någon annan känt lukt av mögel i din bostad?**

Ja
 Nej

- 41. Under de senaste 12 månaderna, har du eller någon annan känt annan främmande lukt i din bostad?**

Ja
 Nej

- 42. Har radonhalten i luften mätts någon gång i din bostad?**

Ja → **Om Ja: Vilket värde uppmättes?**
 Nej Under gränsvärdet
 Vet inte Över gränsvärdet, men har nu åtgärdats
 Över gränsvärdet, inte åtgärdat
 Vet inte

- 43. Har din bostad något fönster som är vänt direkt mot ...**
Markera ett svar på varje rad.

| | Ja | Nej |
|---|--|--------------------------|
| a. ... större gata eller trafikled? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ... väg/gata utan genomfartstrafik? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ... järnväg (inkl. tunnelbana, spårvagn etc.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. ... industri eller industriområde? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. ... innergård? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. ... trädgård eller park? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. ... natur (t.ex. skog, sjö, äng, öppet fält)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. ... annat än det uppräknade, skriv i rutan: | <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> | |

+

+

+

+

44. Har ditt sovrum något fönster som är vänt direkt mot...
Markera ett svar på varje rad.

| | Ja | Nej |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. ... större gata eller trafikled? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ... väg/gata utan genomfartstrafik? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ... järnväg (inkl. tunnelbana, spårvagn etc.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. ... industri eller industriområde? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. ... innergård? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. ... trädgård eller park? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. ... natur (t.ex. skog, sjö, äng, öppet fält)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. ... annat än det uppräknade, skriv i rutan: | | |

45. Har det genomförts åtgärder i din bostad för att minska bullernivån inomhus?

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ja | → Om Ja: Vilken typ av åtgärd? |
| <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Komplettering av befintligt fönster med extra ljudruta |
| <input type="checkbox"/> Vet inte | <input type="checkbox"/> Byte av fönster och/eller friskluftsventiler |
| | <input type="checkbox"/> Isolering av fasad och/eller tak |

46. Har din bostad tillgång till en tomt eller avgränsad uteplats?

Med avgränsad uteplats menas balkong (ej inglasad), terrass, innergård eller liknande.

- | | |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ja | → Om Ja: Hur ofta vistas du på din uteplats under sommarhalvåret? |
| <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Dagligen |
| | <input type="checkbox"/> Flera gånger i veckan |
| | <input type="checkbox"/> Någon gång i veckan |
| | <input type="checkbox"/> Mer sällan |
| | <input type="checkbox"/> Aldrig |

47. Finns det pälsdjur i din bostad?

- | | |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ja | → Om Ja: Vilket eller vilka djur? |
| <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Katt |
| | <input type="checkbox"/> Hund |
| | <input type="checkbox"/> Gnagare (marsvin, kanin, hamster, råtta, mus, eller liknade) |

48. Eldar du regelbundet med ved eller andra fasta bränslen i din bostad under delar av året?

- | | |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ja | → Om Ja: Var eldar du? |
| <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> I öppen spis, kakelugn, braskamin etc. |
| | <input type="checkbox"/> I panna |

+

+

+

+

49. Finns det grannar som eldar regelbundet med ved eller andra fasta bränslen i närheten av din bostad under delar av året?

- Ja, inom 50 meter från bostaden
- Ja, mellan 50 och 100 meter från bostaden
- Ja, mellan 100 och 200 meter från bostaden
- Nej
- Vet inte

50. Medför rök från eldning av ved eller andra fasta bränslen något av följande?

| | Dagligen | Ja, varje vecka året runt | Ja, varje vecka vissa delar av året | Ja, men mer sällan | Nej, aldrig |
|---|--------------------------|---------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Svårt att fönstervädra p.g.a. av lukt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Svårt att fönstervädra p.g.a. stoft/sot | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Buller

51. Under den senaste månaden, har du lyssnat på musik på hög volym eller andra höga ljud i hörlurar?

- Ja, så gott som dagligen
- Ja, ibland
- Nej, sällan eller aldrig

52. Använder du öronproppar eller något annat hörselskydd...

| | Dagligen | Minst en gång per vecka | Ja, men mer sällan | Aldrig | Ej relevant |
|--|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. ... på arbetet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ... för att sova bättre? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| c. ... vid konserter och andra evenemang eller på nöjeslokaler? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. ... vid andra fritidsaktiviteter? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

+

+

+

+

53. Om du tänker på de senaste 12 månaderna, i eller i närheten av din bostad, hur mycket störs eller besväras du av buller eller andra ljud från...

Med ”*i eller i närheten av din bostad*” menas *inomhus samt utomhus alldeles i närheten, som t.ex. på balkong, på innergård, i trädgård eller vid entrén.*

| | Väldigt mycket | Mycket | Måttligt | Ganska lite | Inte alls lite |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. ... grannar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ... vägtrafik? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ... tågtrafik (tunnelbana, spårvagn etc.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. ... flygtrafik? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. ... industrier? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. ... hamn? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. ... vindkraft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. ... ventilation och fläktar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. ... hiss? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. ... nöjeslokal? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. ... byggarbetsplats, vägarbete eller liknande? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. ... gatustädning, sophämtning och snöröjning? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. ... annat, skriv i rutan: | <input style="width: 150px; height: 40px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

54. Om du tänker på de senaste 12 månaderna, i din bostad med stängda fönster och dörrar, hur mycket störs eller besväras du av buller eller andra ljud från...

| | Väldigt mycket | Mycket | Måttligt | Ganska lite | Inte alls lite |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. ... grannar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ... vägtrafik? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ... tågtrafik (tunnelbana, spårvagn etc.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. ... flygtrafik? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. ... industrier? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. ... hamn? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. ... vindkraft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. ... ventilation och fläktar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. ... hiss? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. ... nöjeslokal? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. ... byggarbetsplats, vägarbete eller liknande? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. ... gatustädning, sophämtning och snöröjning? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. ... annat, skriv i rutan: | <input style="width: 150px; height: 40px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

+

+

+

+

55. **Medför trafikbuller (väg-, tåg- eller flygtrafik), i eller i närheten av din bostad, några av följande störningar?**
Med "i eller i närhet av din bostad" menas inomhus samt utomhus alldeles i närheten, som t.ex. på balkong, på innergård, i trädgård eller vid entrén.

| | Dagligen | Ja, varje vecka året runt | Ja, varje vecka vissa delar av året | Ja, men mer sällan | Nej, aldrig |
|---|--------------------------|---------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Svårt att höra radio/TV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Svårt att föra ett telefonsamtal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Svårt att föra ett vanligt samtal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Störs vid vila eller avkoppling | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Svårt att somna | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Blir väckt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Försämrad sömnkvalitet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Svårt att ha fönster öppet på dagtid | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Svårt att sova med öppet fönster | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Svårt att vistas på balkong/uteplats | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Tobaksrök

56. Röker du?

Ja, dagligen → Hur många cigaretter/cigarrer/pipstopp per dag?

- 1-7 per dag
- 8-15 per dag
- 16-25 per dag
- Mer än 25 per dag

Ja, men inte dagligen

Nej, jag har slutat... → ... för mindre än 1 år sedan

- ... för 1 till 5 år sedan
- ... för mer än 5 år sedan

Nej, jag har aldrig rökt

57. Hur ofta utsätts du för andras tobaksrök i bostaden, på arbetet eller på annan plats?

| | Dagligen, i genomsnitt mer än 1 timme per dag | Dagligen, men i genomsnitt mindre än 1 timme per dag | Någon/några gånger per vecka | Någon/några gånger per månad | Aldrig/nästan aldrig |
|---|---|---|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| a. Inomhus i bostaden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. På balkong/uteplats vid bostaden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. På arbetet under arbetstiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. På annan plats (t.ex. vid besök hos vänner eller i bilen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Utomhus (t.ex. vid uteserveringar, hållplatser, entréer) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

+

+

+

+

Resor, fritid och utomhusvistelse

58. Hur tar du dig vanligtvis till och från arbete, fritidsaktiviteter, inköp, besök etc.? Svara med alla alternativ som stämmer med hur det vanligtvis är.

- Går
- Cyklar
- Åker bil eller dylikt
- Åker med allmänna färdmedel (buss, tunnelbana eller lokaltåg)
- Annat färdmedel

59. Hur lång tid använder du sammanlagt - en vanlig vardag - för att komma till och från olika aktiviteter?

Räkna tid till och från arbete, fritidsaktiviteter, inköp, besök etc.

- Mer än 4 timmar
- 3-4 timmar
- 1-2 timmar
- 30-60 minuter
- Mindre än 30 minuter
- Inte aktuellt

60. Finns det park/grönområde/natur på gångavstånd från bostaden?

Tänk även på sjöar, vattendrag och hav.

- Ja
- Nej

61. a) Hur ofta besöker du park/grönområde/natur under sommarhalvåret?

Tänk även på sjöar, vattendrag och hav.

- Varje dag
- Någon/några gånger per vecka
- Någon/några gånger per månad
- Någon/några gånger per år
- Aldrig

- b) Hur ofta besöker du park/grönområde/natur under vinterhalvåret?

Tänk även på sjöar, vattendrag och hav.

- Varje dag
- Någon/några gånger per vecka
- Någon/några gånger per månad
- Någon/några gånger per år
- Aldrig

+

+

+

+

62. Hur ofta skyddar du dig på följande sätt mot solen när du är i Sverige eller i andra länder med liknande solstyrka?

Markera ett svar på varje rad.

| | Alltid | Ofta | I bland | Sällan | Aldrig |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Badutflykter och dyl. undviks mitt på dagen | <input type="checkbox"/> |
| b. Kläder, t.ex. T-shirt och keps | <input type="checkbox"/> |
| c. Solskyddskläder | <input type="checkbox"/> |
| d. Vistas i skugga | <input type="checkbox"/> |
| e. Solskyddskräm | <input type="checkbox"/> |

63. Hur ofta skyddar du dig på följande sätt mot solen om du är i länder med starkare sol (t.ex. södra Europa)?

Markera ett svar på varje rad.

| | Alltid | Ofta | I bland | Sällan | Aldrig | Ej relevant |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Badutflykter och dyl. undviks mitt på dagen | <input type="checkbox"/> |
| b. Kläder, t.ex. T-shirt och keps | <input type="checkbox"/> |
| c. Solskyddskläder | <input type="checkbox"/> |
| d. Vistas i skugga | <input type="checkbox"/> |
| e. Solskyddskräm | <input type="checkbox"/> |

64. Under de senaste 12 månaderna, ungefär hur många gånger har du bränt dig i solen så att huden både blev röd och sved?

- Mer än 5 gånger
- 3-5 gånger
- 1-2 gånger
- Aldrig

65. Under de senaste 12 månaderna, ungefär hur många gånger har du solat i solarium?

- Mer än 60 gånger
- 31-60 gånger
- 11-30 gånger
- 4-10 gånger
- 1-3 gånger
- Aldrig

Om du solat solarium, har du bränt dig någon gång i solarium så att huden både blev röd och sved under de senaste 12 månaderna?

- Mer än 5 gånger
- 3-5 gånger
- 1-2 gånger
- Aldrig

+

+

+

+

Matvanor

66. Hur ofta brukar du äta följande livsmedel?

| | Mer än 3 gånger per vecka | 2-3 gånger per vecka | 1 gång per vecka | 1-3 gånger per månad | 4-6 gånger per år | 2-3 gånger per år | Aldrig eller nästan aldrig |
|--|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| a. Fisk totalt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Insjöfisk (abborre, gädda, gös, lake, mm) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Strömming eller sill fångad i Östersjön | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Köttfärs och grytbitar från älg, hjort, vildsvin och rådjur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Mat förpackad i konservburkar av metall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

67. Väljer du aktivt att handla livsmedel som producerats utan användning av kemiska bekämpningsmedel?

Kan till exempel vara märkta "KRAV" eller "Ekologiskt Jordbruk".

- Ja, i så stor utsträckning det går
- Ja, ibland
- Nej

68. Vilken typ av kranvatten dricker du hemma?

Välj det alternativ som passar bäst.

- Kommunalt vatten
- Vatten från egen brunn (grävd)
- Vatten från egen brunn (borrad)
- Gemensam brunn (vattenförening, tomtägarförening, samfällighet, etc.)
- Dricker inte kranvatten

Om vattnet kommer från egen brun, har vattnet analyserats de senaste 3 åren?

- Ja
- Nej
- Vet inte

Om Ja: Vilket var analyssvaret?

- Tjänligt
- Tjänligt med anmärkning
- Otjänligt
- Vet inte

+

+

+

+

Övrigt

69. Använder du mobiltelefon?

Med användning menar vi minst en gång per vecka för att ringa eller ta emot samtal.

Ja →

Om Ja: Hur många år har du använt mobiltelefon?

Nej, jag använder inte mobiltelefon

- Mer än 15 år
- 10-14 år
- 5-9 år
- 0-4 år

Ungefär hur lång tid - per vecka - pratar du i mobiltelefon?

- Mer än 6 timmar per vecka
- 4-6 timmar per vecka
- 1-3 timmar per vecka
- 30-59 minuter per vecka
- 5-29 minuter per vecka
- Mindre än 5 minuter per vecka

Hur ofta använder du olika typer av handsfree-utrustning eller telefonens högtalarfunktion vid samtal i mobiltelefon?

- Alltid/nästan alltid
- Mer än halva tiden
- Ungefär halva tiden
- Mindre än halva tiden
- Aldrig/nästan aldrig

Ungefär hur lång tid - per vecka - använder du mobiltelefon för att skicka SMS eller surfa på internet?

- Mer än 6 timmar per vecka
- 4-6 timmar per vecka
- 1-3 timmar per vecka
- 30-59 minuter per vecka
- 5-29 minuter per vecka
- Mindre än 5 minuter per vecka
- Jag använder inte mobiltelefonen för att skicka SMS, surfa på internet, etc.

70. Påverkar kemikaliediskussionen i samhället din användning av produkter med plast?

Ja, i stor utsträckning

Ja, delvis

Nej

+

+

+

+

71. Vilken påverkan på din hälsa anser du att följande miljöfaktorer har?
Markera ett svar på varje rad.

| | Mycket positiv påverkan | Positiv påverkan | Ingen påverkan | Negativ påverkan | Mycket negativ påverkan | Ej relevant |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Andras tobaksrök | <input type="checkbox"/> |
| b. Dofter (parfym, hudvårdsprodukter, rengöringsmedel) | <input type="checkbox"/> |
| c. Inomhusluften i din bostad | <input type="checkbox"/> |
| d. Utomhusluften vid din bostad | <input type="checkbox"/> |
| e. Ljud inomhus i din bostad | <input type="checkbox"/> |
| f. Ljud utomhus vid din bostad | <input type="checkbox"/> |
| g. Närhet till grönområde/park/natur | <input type="checkbox"/> |
| h. Starkt solljus | <input type="checkbox"/> |
| i. Föroringar i mark | <input type="checkbox"/> |
| j. Bekämpningsmedel i mat och dricksvatten | <input type="checkbox"/> |
| k. Andra föroringar i mat och dricksvatten | <input type="checkbox"/> |
| l. Radon | <input type="checkbox"/> |
| m. Elektromagnetiska fält från t.ex. mobiltelefoner, antenner | <input type="checkbox"/> |
| n. Elektromagnetiska fält från t.ex. elektriska apparater, kraftledningar | <input type="checkbox"/> |
| o. Utsläpp från kärnkraftsanläggningar | <input type="checkbox"/> |

72. Ett viktigt syfte med undersökningen är att analysera hur bostadsmiljön påverkar din hälsa. Vi skulle därför vilja använda din adresskoordinat.

För att kunna göra noggranna beräkningar av exempelvis trafikbuller och luftföroreningar kring din bostad så behöver vi som arbetar med analyserna tillgång till din adresskoordinat. Om du godkänner detta, kommer SCB att hämta din adresskoordinat från Lantmäteriets register, koppla den till dina enkätsvar och registeruppgifter, samt lämna ut uppgifterna till Folkhälsomyndigheten. De insamlade uppgifterna kommer alltid att presenteras så att ingen enskild persons svar kan utläsas.

- Ja, jag godkänner att SCB kopplar på min adresskoordinat och lämnar ut uppgifterna till Folkhälsomyndigheten
- Nej, jag godkänner inte att SCB kopplar på min adresskoordinat

Tack för att du svarade på enkäten!

+

+

+

+

+

21

+

+

+

SCB

+

+

SCB15008, Örebro 2015.03