



Hälsoenkät 2010

En undersökning om hälsa och levnadsförhållanden i Stockholms län

Användarid:

Lösenord:

Varför och hur görs *Hälsoenkät 2010*?

Samhället och människors levnadsvanor förändras. Vilka är orsakerna till vår tids ohälsa? Hur ser livsvillkoren för personer som drabbats av sjukdom ut idag? Frågorna är viktiga, exempelvis för att hälso- och sjukvården ska bli så bra som möjligt eller för att skolan i framtiden ska lyckas ge barn och unga förutsättningar för ett friskt liv.

En enkätundersökning där människor följs över tid är enda sättet att besvara frågorna. Därför görs nu *Hälsoenkät 2010*, en fortsättning av undersökningen *Hälsa Stockholm*. Enkäten skickas ut till er ca 60 000 studiedeltagare som besvarat tidigare enkäter. Svaren samlas in av Statistiska centralbyrån (SCB).

Vad innebär din medverkan?

Du deltar i undersökningen genom att fylla i frågeformuläret. För att minska antalet frågor kommer vi att använda registeruppgifter som redan finns hos SCB. Det är uppgifter om födelseår, kön, födelse land (på grupp nivå), medborgarskap (på grupp nivå) och boendeområde samt information om genomförd utbildning. Även uppgifter om inkomst, yrke, och sysselsättning och arbetsställe samlas in på detta sätt. När du besvarar enkäten innebär det att du godkänner att både de uppgifter som du lämnar i enkäten och registeruppgifterna används. Din medverkan är frivillig och du kan när som helst avbryta den. Det gör du genom att ringa telefonnummer 019-17 69 30. Ange numret högst upp i mitten på enkätens framsida, så att vi vet att det är du och ingen annan som vill utgå.

Så skyddas dina svar

De uppgifter som du lämnar och även de uppgifter som samlas in från register skyddas enligt 24 kap. 8 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) samt personuppgiftslagen (1998:204). Det innebär att alla som arbetar med undersökningen har tystnadsplikt och att de insamlade uppgifterna endast redovisas i tabeller där ingen enskild persons svar kan utläsas. Numret högst upp på blanketten är till för att SCB under insamlingen ska kunna se vilka som har svarat och vilka som ska få en påminnelse. Efter avslutad bearbetning hos SCB avlägsnas alla identitetsuppgifter innan materialet överlämnas till Stockholms läns landsting. Dina enkätsvar och registeruppgifter kommer också att ligga till grund för forskning vid Karolinska Institutet om orsaker till och konsekvenser av ohälsa. Forskningen omfattas också av statistiksekretessen och måste vara godkänd av Etikprövningsnämnden innan uppgifterna används.

Vad händer sen?

Undersökningens första resultat rapporteras redan nästa år. Genom att hälsoutvecklingen hos deltagarna följs över tid kommer undersökningen efterhand ge viktiga svar på varför sjukdomar och besvär uppkommer och hur de kan förebyggas. Vi kan därför komma att behöva kontakta dig med kompletterande frågor om några år. Medverkan är alltid frivillig, och du bestämmer vid varje tillfälle om du vill delta. För att kunna skicka ut nya enkäter i framtiden behåller SCB ett register över vilka personer som deltar i *Hälsa Stockholm*. Uppgifterna sparas avskilda från enkätsvar och annan registerinformation.

Instruktioner:

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

- Använda kulspeppenna med svart eller blå färg, inte röd. Använd inte blyertspenna!
- Skriv tydliga siffror:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
- Skriv tydliga och STORA bokstäver:

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
- Markera dina svar med kryss, så här och INTE så här:
- Om du vill ändra ditt svar, täck hela rutan:

--

+

+

Hälsa och sjukdom



1. Hur mycket väger du?

Svara i hela kilo. Om du är gravid, svara med hur mycket du brukar väga.

--	--	--	--

 kg

2. Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd? Är det:

- Mycket gott
- Gott
- Någorlunda
- Dåligt
- Mycket dåligt

3. a) Har du någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, handikapp eller annat långvarigt hälsoproblem?

Nej

Ja → Om Ja:

b) Medför dessa besvär att din arbetsförmåga är nedsatt eller hindrar dig i dina andra dagliga sysselsättningar?

- Ja, i hög grad
- Ja, i någon mån
- Inte alls

+

+



4. Markera genom att kryssa i en ruta i varje nedanstående grupp, vilket påstående som bäst beskriver ditt hälsotillstånd idag.

a) Rörlighet

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

b) Hygien

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

c) Huvudsakliga aktiviteter

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

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

d) Smärtor/besvär

- Jag har varken smärtor eller besvär
- Jag har måttliga smärtor eller besvär
- Jag har svåra smärtor eller besvär

e) Oro/nedstämdhet

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

5. Har du något/några av följande besvär eller symtom?

Markera ett alternativ på varje rad.

	Nej	Ja, lätta besvär	Ja, svåra besvär
a. Huvudvärk eller migrän?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ihållande trötthet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Sömnsvårigheter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ängslan, oro eller ångest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Snarkningar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Tinnitus (pip, tjut eller susande ljud i öronen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Ljudkänslighet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Reflux (halsbränna, sura uppstötningar)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Finger- eller fotvårtor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Herpesinfektion i munnen (sår på läppar eller i mungipa)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Blir din röst trött, ansträngd eller hes när du talar?

Bortse från besvär som beror på att du är förkyld/har en luftvägsinfektion. Besvaren kan variera, men försök ange ett genomsnitt.

- Nej
- Ja, i liten utsträckning
- Ja, i stor utsträckning



+

+

7. Använder du bärbar ljudspelare (till exempel radio, MP3-spelare, CD-spelare, mobiltelefon, minidisk eller bärbar kassettspelare)?

- Ja, mer än 2 timmar per dag
 Ja, dagligen men mindre än 2 timmar per dag
 Ja, någon eller några timmar per vecka
 Ja, någon eller några timmar per månad eller mindre
 Nej

8. Kan du utan svårighet höra vad som sägs i samtal med flera personer?

- Ja, utan hörapparat
 Ja, med hörapparat
 Nej

9. Har du under *de senaste 12 månaderna* vaccinerat dig mot influensa?

- Ja, mot vanlig influensa
 Ja, mot svininfluensa
 Ja, mot både vanlig influensa och svininfluensa
 Nej

10. Besväras du av urininkontinens eller framfall?

Markera ett alternativ på varje rad.

	Inte alls	Lite	Måttligt	Mycket
a. Att du kissar ofta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Urinläckage vid urinträngning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Urinläckage vid fysisk ansträngning, hosta osv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Små mängder av urinläckage (droppar)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Svårighet att tömma urinblåsan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Värk eller obehag i nedre delen av buken eller underlivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. a) Har du under *de senaste 6 månaderna* haft ont i övre delen av ryggen eller nacken?

Om du har haft ont vid flera tillfällen, försök då uppskatta ett ungefärligt genomsnitt och kryssa i den ruta som ligger närmast.

- Nej
 Ja, ett par dagar per månad eller mer sällan
 Ja, ett par dagar per vecka eller oftare

Om Ja:
b) Har dessa besvär medfört att din arbetsförmåga varit nedsatt eller att du hindrats i andra dagliga sysselsättningar?

- Ja, i hög grad
 Ja, i någon mån
 Inte alls

+

+



12. a) Har du under de senaste 6 månaderna haft ont i nedre delen av ryggen?

Om du har haft ont vid flera tillfällen, försök då uppskatta ett ungefärligt genomsnitt och kryssa i den ruta som ligger närmast.

- Nej
- Ja, ett par dagar per månad eller mer sällan
- Ja, ett par dagar per vecka eller oftare



Om Ja:

b) Har dessa besvär medfört att din arbetsförmåga varit nedsatt eller att du hindrats i andra dagliga sysselsättningar?

- Ja, i hög grad
- Ja, i någon mån
- Inte alls

13. a) Har du under de senaste 6 månaderna haft ont i axlar eller armar?

Om du har haft ont vid flera tillfällen, försök då uppskatta ett ungefärligt genomsnitt och kryssa i den ruta som ligger närmast.

- Nej
- Ja, ett par dagar per månad eller mer sällan
- Ja, ett par dagar per vecka eller oftare



Om Ja:

b) Har dessa besvär medfört att din arbetsförmåga varit nedsatt eller att du hindrats i andra dagliga sysselsättningar?

- Ja, i hög grad
- Ja, i någon mån
- Inte alls

14. Hur många gånger varje år brukar du få en rejäl förkylning, influensa eller annan luftvägsinfektion?

Räkna med infektioner som medför att din arbetsförmåga är nedsatt eller att du hindras i dina andra dagliga sysselsättningar. Ange ett genomsnitt under vuxenlivet.

- Mer sällan än en gång per år
- 1 gång per år
- 2-4 gånger per år
- 5 eller fler gånger per år

15. Har du under de senaste 12 månaderna av en läkare eller barnmorska fått någon eller några av följande diagnoser?

	Nej	Ja
a. Klamydia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Gonorré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Könsherpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Kondylom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





16. Har du av läkare fått någon eller några av följande diagnoser?

Svara med ett kryss antingen "Nej" eller "Ja" för varje diagnos. Om du svarar "Ja" skall du också svara på hur gammal, på ett ungefär, du var när du fick diagnosen.

	Nej	Ja		
a. Diabetes (sockersjuka)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ Om Ja: Hur gammal var du på ett ungefär när du fick diagnosen?	<input type="text"/> år
b. Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ Om Ja: Hur gammal var du på ett ungefär när du fick diagnosen?	<input type="text"/> år
c. Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ Om Ja: Hur gammal var du på ett ungefär när du fick diagnosen?	<input type="text"/> år
d. Förhöjda blodfetter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ Om Ja: Hur gammal var du på ett ungefär när du fick diagnosen?	<input type="text"/> år
e. Angina pectoris (kärlkramp, kranskärllsjukdom med smärta i bröstet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ Om Ja: Hur gammal var du på ett ungefär när du fick diagnosen?	<input type="text"/> år
f. Claudicatio intermittens (fönstertittarsjuka, kärlkramp i benen vid promenad)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ Om Ja: Hur gammal var du på ett ungefär när du fick diagnosen?	<input type="text"/> år
g. Stroke (slaganfall)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ Om Ja: Hur gammal var du på ett ungefär när du fick diagnosen?	<input type="text"/> år
h. Hjärtsvikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ Om Ja: Hur gammal var du på ett ungefär när du fick diagnosen?	<input type="text"/> år
i. Celiaki (glutenintolerans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ Om Ja: Hur gammal var du på ett ungefär när du fick diagnosen?	<input type="text"/> år
j. Inflammatorisk tarmsjukdom (ulcerös kolit eller Crohns sjukdom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ Om Ja: Hur gammal var du på ett ungefär när du fick diagnosen?	<input type="text"/> år

17. Har du av läkare fått diagnosen depression?

Nej

Ja, en gång. Jag var då cirka år gammal

Ja, flera gånger. Jag var vid senaste tillfället cirka år gammal

18. Får du för närvarande behandling för högt blodtryck?

Nej

Ja, men enbart råd om ändrad livsföring

Ja, läkemedel mot högt blodtryck





Uppväxtvillkor

19. Vilken/vilka av följande personer bodde du med när du var barn/tonåring?

Svara med att kryssa för alla personer du bott med, även om det bara gällde delar av din uppväxttid.

- Biologisk mamma
- Biologisk pappa
- Styvmamma
- Styvpappa
- Foster mamma
- Foster pappa
- Adoptivmamma
- Adoptivpappa
- Annan vuxen

20. Vilken är/var din pappas högsta utbildning?

Tänk på den person som du huvudsakligen bodde tillsammans med under din uppväxt, d.v.s. din biologiske pappa, styvpappa, fosterpappa eller adoptivpappa. Ange endast ett alternativ.

- Grundskola, folkskola, realskola eller liknande
- Gymnasieutbildning
- Universitets- eller högskoleutbildning
- Vet ej

21. Vilken är/var din mammas högsta utbildning?

Tänk på den person som du huvudsakligen bodde tillsammans med under din uppväxt, d.v.s. din biologiska mamma, styvmamma, fostermamma eller adoptivmamma. Ange endast ett alternativ.

- Grundskola, folkskola, realskola eller liknande
- Gymnasieutbildning
- Universitets- eller högskoleutbildning
- Vet ej

22. Rökte någon av följande personer i din familj när du var barn/tonåring?

Tänk på alla typer av rökvanor hos personer som du räknar som medlemmar av din familj under uppväxten. Svara med ett alternativ på varje rad.

	Ja	Nej	Vet ej/ minns ej	Ej aktuellt/ personen inte medlem av familjen
a. Mamma (biologisk-, foster-, eller adoptivmamma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Pappa (biologisk-, foster-, eller adoptivpappa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Styvmamma (pappas sambo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Styvpappa (mammans sambo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Annan vuxen i familjen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Någon bror/styvbror	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Någon syster/styvsyster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



+

+










23. Snusade någon av följande personer i din familj när du var barn/tonåring?

Tänk på alla typer av snusvanor hos personer som du räknar som medlemmar av din familj under uppväxten. Svara med ett alternativ på varje rad.

	Ja	Nej	Vet ej/ mins ej	Ej aktuellt/ personen inte medlem av familjen
a. Mamma (biologisk-, foster-, eller adoptivmamma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Pappa (biologisk-, foster-, eller adoptivpappa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Styvmamma (pappas sambo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Styvpappa (mammans sambo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Annan vuxen i familjen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Någon bror/styvbror	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Någon syster/styvsyster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



















24. Vilken figur beskriver bäst *din* kroppsbyggnad när du var 7 år, 18 år och idag?

Markera ett alternativ på varje rad.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Vet ej
Dig själv										<input type="checkbox"/>
7 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Vilken figur beskriver bäst *dina biologiska föräldrars* kroppsbyggnad när de var cirka 50 år?

Markera ett alternativ på varje rad.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Vet ej
Biologisk mamma 50 år										<input type="checkbox"/>
Biologisk pappa 50 år										<input type="checkbox"/>

+

+

+

+

Levnadsvanor



26. Nedan följer en lista med olika matvaror. Hur ofta brukar du äta dessa matvaror?
Svara per månad eller per vecka eller per dag.

Ha de senaste 12 månaderna i tankarna. Markera endast ett alternativ per rad.

	Gånger per månad				Gånger per vecka						Gånger per dag			
	<1*	1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4 el. fler
a. Grönsaker, baljväxter, rotfrukter (färska, frysta, konserv, stuvade mm) – men ej potatis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Frukt och bär (färska, frysta, konserv, juice mm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Fisk, skaldjur till huvudrätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Korv till huvudrätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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. Choklad och godis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Bullar, kakor, kex, tårta, mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Ost, 24-40 % fett (ej mager ost)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Läsk/saft sötad med socker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Mer sällan än 1 gång per månad eller aldrig

+

+

+

+

27. Ange din fysiska aktivitet under de senaste 12 månaderna.*Nivån kan variera över året och under veckan, men försök ange ett genomsnitt.***a) Daglig sysselsättning och/eller arbete**

- Mest stillasittande
- Sitter ca hälften av tiden
- Mest stående
- Går mest, lyfter, bär lite
- Går mest, lyfter, bär mycket
- Tungt kroppsarbete

b) Hem-, hushålls- och trädgårdsarbete

- Mindre än 1 timme per dag
- 1-2 timmar per dag
- 2-3 timmar per dag
- 3-4 timmar per dag
- 4-5 timmar per dag
- Mer än 5 timmar per dag

c) Sitta/titta på TV/läsa, på fritiden

- Mindre än 1 timme per dag
- 1-2 timmar per dag
- 2-3 timmar per dag
- 3-4 timmar per dag
- 4-5 timmar per dag
- 5-6 timmar per dag
- Mer än 6 timmar per dag

d) Gång/cyklning

- Nästan aldrig
- Mindre än 20 minuter per dag
- 20-40 minuter per dag
- 40-60 minuter per dag
- 1-1,5 timmar per dag
- Mer än 2 timmar per dag

e) Motion*Förutom det du angivit under gång/cyklning.*

- Nästan aldrig
- Mindre än 1 timme per vecka
- 1-2 timmar per vecka
- 2-3 timmar per vecka
- 3-4 timmar per vecka
- 4-5 timmar per vecka
- Mer än 5 timmar per vecka

28. Har du någon gång rökt så gott som dagligen, under minst 6 månader?*Gäller cigaretter, pipa, cigarrer såväl som cigariller.*

- Ja
- Nej → Gå till fråga 33

29. Hur gammal var du när du började röka dagligen?Jag var år

+

+

+

+

30. Röker du för närvarande så gott som dagligen?

Ja

Nej → Hur gammal var du när du *slutade* röka dagligen?

Jag var år

31. I hur många år har du sammanlagt rökt så gott som dagligen?

Räkna inte med perioder där du haft ett längre uppehåll, dvs. 6 månader eller mer.

år

32. Hur mycket har du som regel rökt *per dag*?

Räkna enbart den tid då du rökt så gott som dagligen.

cigaretter, pipstopp, cigarrer och/eller cigariller per dag

33. Har du någon gång snusat så gott som dagligen, under *minst 6 månader*?

Gäller snus som innehåller tobak.

Ja

Nej → Gå till fråga 38

34. Hur gammal var du när du *började* snusa dagligen?

Jag var år

35. Snusar du för närvarande så gott som dagligen?

Ja

Nej → Hur gammal var du när du *slutade* snusa dagligen?

Jag var år

36. I hur många år sammanlagt har du snusat så gott som dagligen?

Räkna inte med perioder där du haft ett längre uppehåll, dvs. 6 månader eller mer.

år

37. Hur mycket har du som regel snusat *per vecka*?

Räkna enbart den tid då du snusat så gott som dagligen.

dosor per vecka

38. Har du någon gång använt hasch eller marijuana?

Nej

Ja, för mer än ett år sedan

Ja, det senaste året

Ja, den senaste månaden

39. Har du *de senaste 12 månaderna* någon gång druckit minst 1 glas sprit, starkvin, lättvin, starköl, folköl, starkcider eller alkoholäsk?

Nej → Gå till fråga 42

Ja

+

+



40. Hur ser dina alkoholvanor ut under en *normalvecka*?

Det kan variera under året, men försök ta ett genomsnitt. Tänk först igenom dag för dag hur mycket du brukar dricka av de olika dryckerna.

Ange i tabellen vad du kommit fram till i ungefärligt antal "glas". Med ett glas menas:



Exempel: Om du skulle dricka enligt följande:

En flaska folköl till lunch *måndag-torsdag*. På *tisdag* kväll ett glas starkvin. På *onsdag* kväll två burkar starköl. På *fredag* kväll tre glas vin. På *lördag* kväll ett glas vin och en drink. På *söndag* lunch en snaps och en burk starköl.

Då fyller du i tabellen på följande sätt:

	Spritdrycker	Starkvin	Vin	Starkcider el. alkoholäsk	Starköl	Folköl
Måndag	0	0	0	0	0	1
Tisdag	0	1	0	0	0	1
Onsdag	0	0	0	0	2	1
Torsdag	0	0	0	0	0	1
Fredag	0	0	3	0	0	0
Lördag	1	0	1	0	0	0
Söndag	1	0	0	0	1	0

Fyll i nedanstående tabell: Fyll i alla rutor. För den/de dagar du inte druckit skall 0 (noll) anges.

	Spritdrycker	Starkvin	Vin	Starkcider el. alkoholäsk	Starköl	Folköl
Måndag						
Tisdag						
Onsdag						
Torsdag						
Fredag						
Lördag						
Söndag						





41. Hur ofta under de senaste 12 månaderna har det hänt att du vid ett och samma tillfälle druckit alkohol motsvarande minst:

- 1 flaska vin
- **eller** 5 snapsar eller motsvarande mängd starksprit
- **eller** 4 burkar starköl
- **eller** 6 burkar folköl
- Nästan varje dag (minst 5 dagar per vecka)
- Några gånger per vecka (3-4 gånger per vecka)
- Någon gång per vecka (1-2 gånger per vecka)
- 2-3 gånger per månad
- 1 gång per månad
- 1-6 gånger per år
- Aldrig

42. Hur många timmar sover du vanligtvis en normal vardagsnatt?

Om du jobbar natt/skift fyller du i det genomsnittliga antalet timmar du vanligtvis sover under ett dygn. Svara i hela timmar.

timmar

43. Hur värderar du ditt sexliv?

Vi ber dig svara på frågan oavsett om du har något sexliv eller inte.

Tycker du att det är:

- Mycket tillfredsställande
- Ganska tillfredsställande
- Varken tillfredsställande eller otillfredsställande
- Ganska otillfredsställande
- Mycket otillfredsställande



Psykisk hälsa och trygghet

44. Hur har du mått under de senaste 2 veckorna?

Markera ett alternativ på varje rad.

	Hela tiden	Mestadels	Mer än halva tiden	Mindre än halva tiden	Ibland	Aldrig
a. Jag har känt mig glad och på gott humör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Jag har känt mig lugn och avslappnad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Jag har känt mig aktiv och kraftfull	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Jag har känt mig pigg och utvilad när jag vaknat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Mitt vardagsliv har varit fyllt av sådant som intresserar mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





45. Har du *de senaste veckorna* kunnat koncentrera dig på allt du gjort?

- Bättre än vanligt
- Som vanligt
- Sämre än vanligt
- Mycket sämre än vanligt

46. Har du haft svårt att sova på grund av oro *de senaste veckorna*?

- Inte alls
- Inte mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

47. Upplever du att du har gjort nytta *de senaste veckorna*?

- Mer än vanligt
- Som vanligt
- Mindre än vanligt
- Mycket mindre än vanligt

48. Har du *de senaste veckorna* kunnat fatta beslut i olika frågor?

- Bättre än vanligt
- Som vanligt
- Sämre än vanligt
- Mycket sämre än vanligt

49. Har du ständigt känt dig spänd *de senaste veckorna*?

- Inte alls
- Inte mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

50. Har du *de senaste veckorna* känt att du inte kunnat klara dina problem?

- Inte alls
- Inte mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

51. Har du *de senaste veckorna* känt att du kunnat uppskatta det du gjort om dagarna?

- Mer än vanligt
- Som vanligt
- Mindre än vanligt
- Mycket mindre än vanligt



52. Har du *de senaste veckorna* kunnat ta itu med dina problem?

- Bättre än vanligt
- Som vanligt
- Sämre än vanligt
- Mycket sämre än vanligt

53. Har du ständigt *de senaste veckorna* känt dig olycklig och nedstämd?

- Inte alls
- Inte mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

54. Har du *de senaste veckorna* förlorat tron på dig själv?

- Inte alls
- Inte mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

55. Har du tyckt att du varit värdelös *de senaste veckorna*?

- Inte alls
- Inte mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

56. Har du på det hela taget känt dig någorlunda lycklig *de senaste veckorna*?

- Mer än vanligt
- Som vanligt
- Mindre än vanligt
- Mycket mindre än vanligt

57. Har du någon gång allvarligt övervägt att ta ditt liv, kanske till och med planerat hur du i så fall skulle göra?

- Nej, aldrig
- Ja, för mer än ett år sedan
- Ja, under det senaste året
- Ja, under den senaste veckan

58. Har du någon gång försökt ta ditt liv?

- Nej, aldrig
- Ja, för mer än ett år sedan
- Ja, under det senaste året
- Ja, under den senaste veckan





Nedanstående avsnitt handlar om matvanor och hungerkänslor. Läs varje påstående eller fråga och bestäm vilket svar som passar bäst in på dig.

Sätt ett kryss i rutan till vänster om det svar som passar bäst in på dig.

59. Jag tar med avsikt små portioner för att hålla vikten nere.

- Stämmer precis
- Stämmer ganska bra
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer inte alls

60. När jag känner mig orolig upptäcker jag ofta att jag äter.

- Stämmer precis
- Stämmer ganska bra
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer inte alls

61. Ibland när jag sätter igång att äta tycks jag helt enkelt inte kunna sluta.

- Stämmer precis
- Stämmer ganska bra
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer inte alls

62. När jag känner mig nedstämd äter jag ofta för mycket.

- Stämmer precis
- Stämmer ganska bra
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer inte alls

63. Jag undviker viss mat för att den gör mig fet.

- Stämmer precis
- Stämmer ganska bra
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer inte alls

64. Om jag är tillsammans med någon som äter blir jag ofta själv så sugen att jag också börjar äta.

- Stämmer precis
- Stämmer ganska bra
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer inte alls

65. När jag är spänd eller "uppskruvad" känner jag ofta ett behov av att äta.

- Stämmer precis
- Stämmer ganska bra
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer inte alls

66. Jag blir så sugen på mat att magen ofta känns som en bottenlös grop.

- Stämmer precis
- Stämmer ganska bra
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer inte alls

67. Jag är alltid sugen så det är svårt för mig att sluta äta innan jag ätit upp allt på tallriken.

- Stämmer precis
- Stämmer ganska bra
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer inte alls

68. När jag känner mig ensam tröstar jag mig själv med att äta.

- Stämmer precis
- Stämmer ganska bra
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer inte alls

69. Jag håller medvetet igen vid måltiderna för att inte gå upp i vikt.

- Stämmer precis
- Stämmer ganska bra
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer inte alls

70. När jag känner doften av en biff som fräser i pannan eller ser en saftig köttbit, är det mycket svårt att låta bli att äta, även om jag just innan avslutat en måltid.

- Stämmer precis
- Stämmer ganska bra
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer inte alls





Här fortsätter avsnittet om matvanor och hungerkänslor. Läs varje påstående eller fråga och bestäm vilket svar som passar bäst in på dig.

Sätt ett kryss i rutan till vänster om det svar som passar bäst in på dig.

71. Jag är alltid tillräckligt sugen för att äta när som helst.

- Stämmer precis
- Stämmer ganska bra
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer inte alls

72. Om jag känner mig illa till mods försöker jag dämpa min olust genom att äta.

- Stämmer precis
- Stämmer ganska bra
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer inte alls

73. När jag ser något riktigt gott blir jag ofta så sugen att jag måste äta det med en gång.

- Stämmer precis
- Stämmer ganska bra
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer inte alls

74. När jag känner mig dyster eller ledsen vill jag ha något att äta.

- Stämmer precis
- Stämmer ganska bra
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer inte alls

75. Hur ofta undviker du att ha frestande mat tillgänglig?

- Nästan aldrig
- Sällan
- Oftast
- Nästan alltid

76. Hur sannolikt är det att du medvetet äter mindre än du vill ha?

- Osannolikt
- Inte särskilt sannolikt
- Måttligt sannolikt
- Mycket sannolikt

77. Fortsätter du att äta massor trots att du inte är hungrig?

- Aldrig
- Sällan
- Ibland
- Minst en gång i veckan

78. Hur ofta känner du dig sugen på mat?

- Bara vid måltiderna
- Ibland mellan måltiderna
- Ofta mellan måltiderna
- Nästan alltid

79. På en skala från 1 till 8, där 1 står för ingen återhållsamhet med maten (äter vad jag vill, när jag vill) och 8 står för total återhållsamhet (begränsar ständigt matintaget och ger aldrig efter), vilken siffra skulle du ge dig själv?

Sätt ett kryss under den siffra som passar bäst in på dig.

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

äter vad jag vill när jag vill

begränsar ständigt matintaget, ger aldrig efter





Boende och boendemiljö



80. a) Bor du tillsammans med någon under större delen av veckan?

- Ja
 Nej —————> Gå till fråga 81

b) Med vem bor du tillsammans?
Flera alternativ kan markeras.

- Föräldrar/syskon
 Make/maka/sambo/partner
 Andra vuxna
 Barn —————> Besvara även fråga c

c) Hur många barn och i vilka åldrar?
Räkna med de barn som bor minst halva tiden hos dig.

<input type="checkbox"/>	0-5 år
<input type="checkbox"/>	6-12 år
<input type="checkbox"/>	13-19 år
<input type="checkbox"/>	20 år eller äldre

81. I vilken typ av bostad bor du?

- Hyresrätt
 Bostadsrätt
 Egen villa eller radhus
 Servicehus/servicelägenhet
 Inneboende/studentlägenhet
 Andrahandsboende
 Annat boende

82. Hur pass väl tycker du att följande påstående stämmer överens med den plats där du bor?

Man kan lita på de flesta människor som bor i det här bostadsområdet.

- Stämmer mycket väl
 Stämmer ganska väl
 Stämmer inte särskilt väl
 Stämmer inte alls



Familj, ekonomi och samhälle



83. a) Har du någon närstående som du hjälper med vardagliga sysslor, ser till eller vårdar?

Räkna inte med minderåriga barn som du bor tillsammans med.

Nej

Ja



Om Ja:

b) Hur många timmars arbete per vecka innebär detta i genomsnitt för dig?

timmar per vecka

84. Har du någon eller några personer som kan ge dig ett personligt stöd för att klara av personliga problem eller kriser i ditt liv?

Ja, alltid

Ja, för det mesta

Nej, för det mesta inte

Nej, aldrig

85. Har du under de senaste 12 månaderna mer eller mindre regelbundet deltagit i aktiviteter tillsammans med flera andra?

Exempelvis sport, musik/teater, studiecirkel, religiös sammankomst, sångkör, syförening, politisk förening eller annan föreningsverksamhet.

Ja

Nej

86. Vilket förtroende har du för följande institutioner i samhället?

Markera ett alternativ på varje rad.

	Mycket stort	Ganska stort	Inte särskilt stort	Inget alls	Har ingen åsikt
a. Sjukvården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Socialtjänsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Polisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Riksdagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Regeringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Politikerna i din kommun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

87. Röstade du/kommer du att rösta i något av valen (riksdags-, landstings- eller kommunalvalen) 2010?
- Ja
 Nej
88. Har du under *de senaste 12 månaderna* haft svårigheter att klara de löpande utgifterna för mat, hyra, räkningar, m.m.?
- Nej
 Ja, vid flera tillfällen
 Ja, vid ett tillfälle
89. Har du under *de senaste 12 månaderna* avstått från hemtjänst, att gå till tandläkare, sjukvården eller att ta ut läkemedel på grund av dålig ekonomi?
Flera alternativ kan markeras.
- Nej
 Ja, avstått från hemtjänst på grund av dålig ekonomi
 Ja, avstått från att besöka tandläkare på grund av dålig ekonomi
 Ja, avstått från att besöka sjukvården på grund av dålig ekonomi
 Ja, avstått från att hämta ut läkemedel på grund av dålig ekonomi

Arbete och sysselsättning



90. Har du samma arbete och anställningsförhållanden idag som du hade 2006?
- Ja → Gå till fråga 93
 Nej
91. Vilken är din huvudsakliga sysselsättning just nu?
Obs! Ange endast ett alternativ.
- Tillsviareanställning
 Tidsbegränsad anställning (till exempel projektanställning, timanställning, vikariat, provanställning)
 Egen företagare
 Sjukskriven sedan mer än 30 dagar
 Förtidspensionär/innehar sjukersättning eller aktivitetsersättning
 Ålders- eller avtalspensionär
 Studerande
 Tjänstledig eller föräldraledig
 Arbetsökande eller i arbetsmarknadspolitisk åtgärd
 Hemarbetande/sköter hushållet
 Annat

+

+

+

+

92. a) Vilket är/var ditt yrke eller dina arbetsuppgifter?

Försök att lämna en så detaljerad yrkesbeskrivning som möjligt. Om du inte arbetar nu, ange yrke/arbetsuppgifter som du huvudsakligen hade i ditt tidigare förvärvsarbete.

Här följer några exempel: Skriv istället för assistent till exempel inköpsassistent, redovisningsassistent eller reklamassistent. Skriv istället för lärare till exempel förskollärare, lågstadielärare eller textillärare. Skriv istället för chaufför till exempel busschaufför, taxichaufför eller lastbilschaufför.

Yrke:

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

b) Beskriv din huvudsakliga arbetsuppgift så noggrant som möjligt:

Om du är projektledare skriv då exempelvis "ansvarig för att förbättra arbetsmiljön i äldreomsorgen", eller "ansvarig för att utveckla system för att förkorta väntetider i call-centerverksamhet".

93. Har du varit arbetslös någon gång under de senaste två åren?

- Nej
 Ja

+

+

Arbetsförhållanden och arbetsmiljö

Frågorna 94-100 handlar om arbetsförhållanden och arbetsmiljö. Gå vidare till fråga 101 om du inte har förvärvsarbetat under de senaste 12 månaderna.



94. Har du en arbetsledande befattning?

- Nej
 Ja

95. Hur många timmar i veckan förvärvsarbetar du sammanlagt?

Räkna inte med hem- och hushållsarbete.

- I genomsnitt mer än 45 timmar per vecka
 I genomsnitt 36–45 timmar per vecka
 I genomsnitt 20–35 timmar per vecka
 I genomsnitt 1–19 timmar per vecka
 Annan arbetstid

96. Har du varit sjukfrånvarande under de senaste 12 månaderna?

Gäller ej vård av sjukt barn.

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

97. Hur många dagar har du sammanlagt varit sjukfrånvarande under de senaste 12 månaderna?

- Ej varit sjukfrånvarande
 1-7 dagar
 8-30 dagar
 31-90 dagar
 Mer än 90 dagar

98. Hur bedömer du att din nuvarande arbetsförmåga är i förhållande till de fysiska krav arbetet ställer?

- Mycket god
 Ganska god
 Någorlunda
 Ganska dålig
 Mycket dålig

+

+

99. Hur bedömer du att din nuvarande arbetsförmåga är i förhållande till de mentala och psykiska krav arbetet ställer?

- Mycket god
- Ganska god
- Någorlunda
- Ganska dålig
- Mycket dålig

100. Med tanke på din hälsa – tror du att du kan arbeta i ditt nuvarande yrke även om 2 år?

- Nej, knappast
- Kanske
- Ja, troligtvis

Bakgrund



101. Vilket år är du född?

	9		
--	---	--	--

102. Är du man eller kvinna?

- Man
- Kvinna

103. Hur definierar du din sexuella läggning?

- Heterosexuell
- Homosexuell
- Bisexuell
- Osäker på min sexuella läggning

Tack för att du tog dig tid att fylla i enkäten!

Posta den i det bifogade svarskuvertet så snart som möjligt.

+

+

