



Hälsoenkät 2010

En undersökning om hälsa och levnadsförhållanden i Stockholms län

Varför och hur görs *Hälsoenkät 2010*?

Ökar eller minskar olika hälsoproblem? Vilka grupper är mest drabbade? 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 är enda sättet att besvara frågorna. Därför gör Stockholms läns landsting tillsammans med Karolinska Institutet en sådan undersökning vart fjärde år. Denna gång skickas enkäten ut till 56 000 slumpvis utvalda personer i Stockholms län i åldern 18 år och uppåt. 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, födelseland (på gruppnivå), medborgarskap (på gruppnivå) och boendekområde 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:

■

+

+

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. Inkontinens (urinläckage)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Prostatabesvär?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Reflux (halsbränna, sura uppstötningar)?	<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. 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

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

- Ja, utan hörapparat
 Ja, med hörapparat
 Nej

9. Kan du utan svårighet se och urskilja vanlig text i en dagstidning?

- Ja, utan glasögon
 Ja, med glasögon
 Nej

+

+

+

+

10. Kan du promenera 100 meter någorlunda raskt utan besvär?

- Ja
- Nej

11. Kan du springa en kortare sträcka (cirka 100 meter)?

- Ja
- Nej

12. Kan du gå uppför och nedför trappor utan besvär?

- Ja
- Nej

13. Använder du hjälpmedel, till exempel käpp, rollator eller rullstol, för att förflytta dig utomhus?

- Nej, jag använder inget hjälpmedel
- Ja, käpp(ar), bock(ar)
- Ja, rollator
- Ja, rullstol

- Jag går inte ut

14. Kan du bära 5 kg, till exempel en tung bärkasse, en kortare sträcka, säg 10 meter?

- Ja
- Nej

+

+

+

+

15. 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

16. 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

17. 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

+

+

+

+

18. 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.

a. Diabetes (sockersjuka) Nej Ja
 → Om Ja:
 Hur gammal var du på ett ungefär när du fick diagnosen? år

b. Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) → Om Ja:
 Hur gammal var du på ett ungefär när du fick diagnosen? år

c. Psoriasis → Om Ja:
 Hur gammal var du på ett ungefär när du fick diagnosen? år

d. Förhöjda blodfetter → Om Ja:
 Hur gammal var du på ett ungefär när du fick diagnosen? år

e. Angina pectoris (kärilkramp, kranskärilssjukdom med smärta i bröstet) → Om Ja:
 Hur gammal var du på ett ungefär när du fick diagnosen? år

f. Claudicatio intermittens (fönstertittarsjuka, kärilkramp i benen vid promenad)? → Om Ja:
 Hur gammal var du på ett ungefär när du fick diagnosen? år

g. Stroke (slaganfall) → Om Ja:
 Hur gammal var du på ett ungefär när du fick diagnosen? år

h. Hjärtsvikt → Om Ja:
 Hur gammal var du på ett ungefär när du fick diagnosen? år

19. 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

+

+

+

+

20. Får du för närvarande behandling för högt blodtryck?

- Nej
- Ja, men enbart råd om ändrad livsföring
- Ja, läkemedel mot högt blodtryck

21. a) Har du någon gång under de senaste 6 månaderna sökt läkare, vårdcentral eller sjukhus på grund av att du har fallit omkull och skadat dig?

- Nej → Gå till fråga 22
- Ja, en gång
- Ja, flera gånger

Om du har fallit och skadat dig mer än en gång gäller frågorna den senaste gången.

b) Var föll du?

- Inomhus
- Utomhus

c) Hur gick fallet till?

Flera alternativ kan markeras.

- Jag halkade/snubblade
- Jag fick yrsel
- Det var dåligt sandat/dåligt snöröjt/ojämnheter i gångväg
- Jag blev knuffad
- Det fanns inget speciellt skäl
- Annat

d) Vilken tid på dygnet föll du?

- Förmiddag (06:00-12:00)
- Eftermiddag (12:00-18:00)
- Kväll (18:00-24:00)
- Natt (24:00-06:00)

e) Har skadan/skadorna påverkat dina vardagsaktiviteter?

- Inte alls → Gå till fråga 22
- Ja, i någon grad
- Ja, i hög grad

Om Ja:

f) Hur länge har skadan påverkat dina vardagsaktiviteter?

- 1 vecka eller mindre
- 1-2 veckor
- 2-4 veckor
- 5 veckor eller mer
- Jag är osäker, är nyligen skadad

+

+

+

+

22. 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, hushålls-
sysslor, 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

23. 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.

Sämsta
tänkbara
tillstånd

+

+



Levnadsvanor



24. 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



+

+

25. 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/cykling

- 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/cykling.

- 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

+

+

+

+

26. 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 31

27. Hur gammal var du när du *började* röka dagligen?

Jag var år

28. Röker du för närvarande så gott som dagligen?

Ja

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

Jag var år

29. 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

30. 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

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

Gäller snus som innehåller tobak.

Ja

Nej → Gå till fråga 36

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

Jag var år

33. Snusar du för närvarande så gott som dagligen?

Ja

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

Jag var år

+

+

+

+

34. 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.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

 år

35. Hur mycket har du som regel snusat per vecka?

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

 dosor per vecka

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

Nej —————> Gå till fråga 39

Ja

+

+



37. 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:



4 cl sprit
t ex whiskey



5-8 cl
starkvin



ca 15 cl vitt
eller rött vin
(1 flaska ~ 5 glas)



33 cl starkcider
el. alkoholäsk



50 cl starköl
el. folköl

Illustration: AB Typoform

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	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>
Tisdag	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>
Onsdag	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>
Torsdag	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>
Fredag	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
Lördag	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
Söndag	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tisdag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Onsdag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Torsdag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fredag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lördag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Söndag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



38. 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

39. 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



40. Har det under de senaste 12 månaderna hänt att du avstått från att ge dig ut på kvällen av oro för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad?

- Ja, ofta
- Ja, någon gång
- Nej

+

+

41. a) Har du någon gång *de senaste 12 månaderna* blivit utsatt för fysiskt våld?

- Nej → Gå till fråga 42
 Ja

Om Ja:

b) Var skedde detta?

Flera alternativ kan markeras.

- På arbetsplatsen
 I hemmet
 I bostadsområdet
 På tåg, buss, tunnelbana
 På allmän plats
 På nöjesställe
 Någon annanstans

c) Vilken relation hade du till den/de som utövade våldet?

Flera alternativ kan markeras.

- Nuvarande
 make/maka/sambo/partner
 Tidigare
 make/maka/sambo/partner
 Barn/barnbarn
 Annan släkting
 Annan bekant/granne
 Annan person

d) Vilket kön har den/de som utövade våldet?

Flera alternativ kan markeras.

- Man
 Kvinna
 Vet ej

42. a) Har du någon gång *de senaste 12 månaderna* blivit utsatt för hot eller hotelser om våld som var så farliga eller allvarliga att du blev rädd?

- Nej → Gå till fråga 43
 Ja

Om Ja:

b) Var skedde detta?

Flera alternativ kan markeras.

- På arbetsplatsen
 I hemmet
 I bostadsområdet
 På tåg, buss, tunnelbana
 På allmän plats
 På nöjesställe
 Någon annanstans

c) Vilken relation hade du till den/de som utövade hotet?

Flera alternativ kan markeras.

- Nuvarande
 make/maka/sambo/partner
 Tidigare make/maka/sambo/partner
 Barn/barnbarn
 Annan släkting
 Annan bekant/granne
 Annan person

d) Vilket kön har den/de som utövade hotet?

Flera alternativ kan markeras.

- Man
 Kvinna
 Vet ej

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

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

44. 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

+

+

+

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

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

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

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

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

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

48. **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

49. **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

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

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

+

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

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

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

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

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

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

54. **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

55. **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

56. **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

+

+

+

+

Boende och boendemiljö



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

Ja

Nej → Gå till fråga 58

b) Med vem bor du tillsammans?

Flera alternativ kan markeras.

Föräldrar/syskon

Make/maka/sambo/partner

Andra vuxna

Barn

58. I vilken typ av bostad bor du?

Hyresrätt

Bostadsrätt

Egen villa eller radhus

Servicehus/servicelägenhet

Inneboende

Andrahandsboende

Annat boende

59. Finns det utbud av service i närheten av där du bor, till exempel bank och mataffärer?

Ja

Nej

60. 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



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

Nej

Ja → Om Ja:

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

timmar per vecka

62. 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

63. Klarar du själv eller behöver du hjälp med följande sysslor?

Markera ett alternativ på varje rad.

	Klarar själv	Behöver hjälp
a. Städning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Matinköp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Matlagning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Tvätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Bad eller dusch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Ta dig fram utomhus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

+

+

64. Hur ofta träffar du personligen anhöriga och nära vänner?*Räkna inte de du bor tillsammans med.*

- Dagligen
 Flera gånger i veckan
 Någon gång i veckan
 Någon eller några gånger i månaden
 Mer sällan än en gång i månaden

65. Använder du Internet?

- Ja
 Nej

66. Hur ofta har du kontakt med anhöriga och nära vänner via telefon eller Internet?

- Dagligen
 Flera gånger i veckan
 Någon gång i veckan
 Någon eller några gånger i månaden
 Mer sällan än en gång i månaden

67. Händer det att du besväras av ensamhet?

- Dagligen
 Flera gånger i veckan
 Någon gång i veckan
 Någon eller några gånger i månaden
 Mer sällan än en gång i månaden

68. 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

69. 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"/>

+

+

+

+

70. Röstade du/kommer du rösta i något av valen (riksdags-, landstings- eller kommunalvalen) 2010?

- Ja
 Nej

71. Har det under *de senaste 12 månaderna* hänt att du haft svårigheter att klara de löpande utgifterna för mat, hyra, räkningar, m.m.?

- Nej
 Ja, vid ett tillfälle
 Ja, vid flera tillfällen

72. 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



73. a) Vilket av följande alternativ är huvudsakligen aktuellt för dig *just nu*?
 Markera ett alternativ.

- Arbetar som anställd
 Sköter eget eller delägt företag
 Ålderspensionär → Om du är ålderspensionär:
 Annat

b) Vilken har din huvudsakliga sysselsättning varit tidigare i livet?

- Arbetat som anställd
 Skött eget eller delägt företag
 Skött hemmet
 Annat

+

+

+

+

Bakgrund



76. Vilket år är du född?

	9		
--	---	--	--

77. Är du man eller kvinna?

- Man
 Kvinna

78. Hur definierar du din sexuella läggning?

- Heterosexuell
 Homosexuell
 Bisexuell
 Osäker på min sexuella läggning

79. Har du fått hjälp att fylla i enkäten (helt eller delvis)?

- Nej
 Ja

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

Posta den i det bifogade svarskuvertet så snart som möjligt.

+

+

