

Miljöhälsoenkät 1999

1. Är Du man eller kvinna?1 Man2 Kvinna**2. Vilket år är Du född?**

19

3. Vilket datum fyller Du i enkäten?

år månad dag

Boende**4. Vilken typ av bostad bor Du i?**1 Småhus (friliggande hus/gård/villa/radhus/kedjehus)2 Lägenhet i flerbostadshus3 Annat, vad? _____**5. Hur stor boendeyta har Din bostad?** m²**6. När är huset byggt?**1 Före 19412 1941-19603 1961-19754 1976-19855 Efter 19856 Känner inte till när huset byggdes

7. Vilken typ av fönster har Din bostad?

Svara med alla typer som finns i bostaden

- 1 2-glasfönster
- 1 3-glasfönster
- 1 Annat, vad? _____
- 1 Känner inte till fönstertypen

8. Har Din bostad fönster som vetter direkt mot...

- 1 ... större gata eller trafikled
- 1 ... mindre gata eller villagata
- 1 ... industri eller industriområde
- 1 ... gård, trädgård, vatten eller grönområde
- 1 ... något annat, vad?

9. Har Ditt sovrum fönster som vetter direkt mot...

- 1 ... större gata eller trafikled
- 1 ... mindre gata eller villagata
- 1 ... industri eller industriområde
- 1 ... gård, trädgård, vatten eller grönområde
- 1 ... något annat, vad?

10. Förekommer kondens (imma/fukt) på insidan av fönsterrutor vintertid i sovrum eller vardagsrum?

Det skall vara minst 2 cm högt på fönstrets nederkant

- 1 Ja
- 2 Nej

11. Sover Du med öppet fönster?

Med öppet fönster menar vi vanligt fönster eller vädringsfönster (vädringslucka) helt öppet eller på glänt

- 1 Ja, alltid
2 Ja, sommartid
3 Ja, ibland
4 Nej, aldrig

12. Hur många personer, förutom Du själv, bor permanent i bostaden?

personer

13. Hur många av dessa är under 18 år?

personer under 18 år

14. Hur länge har Du bott i Din nuvarande bostad?

- 1 Mindre än 1 år
2 1-4 år
3 5-10 år
4 Mer än 10 år

15. Äger eller hyr Du Din bostad?

- 1 Äger själv eller någon annan i familjen (eget hus eller bostadsrätt)
2 Hyr (hyresrätt, inneboende eller i andra hand)
3 Annat, vad? _____

16. Har Du eller någon annan i bostaden katt?

- 1 Ja, inomhus
2 Ja, men endast utomhus
3 Nej

17. Har Du eller någon annan i bostaden hund?

- 1 Ja, inomhus
2 Ja, men endast utomhus

3 Nej

18. Har Du eller någon annan i bostaden gnagare (kanin, hamster, råtta eller liknande)?

1 Ja, inomhus

2 Ja, men endast utomhus

3 Nej

19. Har Du eller någon annan i bostaden nära regelbunden kontakt med hästar?

1 Ja, minst 1 gång per vecka

2 Ja, men mer sällan

3 Aldrig

20. Vilken typ av grund har huset?

1 Källare/suterränghus

2 Kryp-/torpargrund

3 Platta på marken

4 Annat, vad? _____

5 Känner inte till vilken typ av grund det är på huset

21. Hur ventileras Din bostad?

1 Endast självdrag

2 Självdrag samt köksfläkt och/eller badrumsfläkt

3 Fläktsystem med mekanisk **frånluft** eller "förstärkt självdrag"

4 Fläktsystem med mekanisk **från- och tilluft**

5 Annat, vad? _____

6 Känner inte till ventilationstypen

22. Hur värms Din bostad i huvudsak upp?

- 1 Oljeeldning
- 2 Eldning i panna **med** ackumulatortank (ved, flis, pellets etc.)
- 3 Eldning i panna **utan** ackumulatortank (ved, flis, pellets etc.)
- 4 Annan eldning (gas, kol etc.)
- 5 Annan uppvärmning (fjärrvärme, elvärme, värmepump, bergvärme etc.)
- 6 Känner inte till hur bostaden värms upp

23. Eldar Du någonsin i annat syfte än uppvärmning av bostaden?*Besvara varje rad*

	Ja, varje dag	Ja, varje vecka men inte varje dag	Ja, men mer sällan	Nej, aldrig
Matlagning på gasspis	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Matlagning på vedspis	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Trivseldning (öppen spis, kakelugn, braskamin etc?)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Eldning av löv kvistar utomhus?		2	3	4

24. Har eller har Du haft synlig fuktskada (fläckar och dylikt) i bostaden?

- 1 Ja, ständigt eller återkommande
- 2 Ja, endast tillfälligt
- 3 Nej

25. Har Du under de senaste 12 månaderna haft synlig mögelväxt i Din bostad?

- 1 Ja
- 2 Nej

26. Har Du under de senaste 12 månaderna känt lukt av mögel i bostaden?

- 1 Ja
- 2 Nej

27. Har radonhalten mätts någon gång i Din bostad?

- 1 Ja — på vems initiativ gjordes mätningen? 1 Eget initiativ (jag själv eller tidigare bostadsinnehavare)
- 2 Kommunen
- 3 Annans initiativ, vems? _____
- 2 Nej
- 3 Känner inte till om någon radonmätning gjorts

28. Använder Du mobiltelefon eller trådlös telefon?

- 1 Ja — Vilken typ? *Kryssa för alla typer Du använder* 1 Handhållen mobiltelefon (GSM eller NMT)
- 1 Mobiltelefon med "handsfree"-utrustning
- 1 Mobiltelefon med bilmonterad yttre antenn
- 1 Trådlös telefon
- 1 Annan, vad? _____
- 2 Nej

29. Har Du tillgång till bil?

- 1 Ja, privat
- 2 Ja, genom arbetet
- Nej

Besvär

30. Har Du under de senaste 3 månaderna haft något eller några av följande besvär?

Besvara varje rad

Om ja: Tror Du att det beror på miljön som Du vistas i?

	Ja, minst en gång per vecka	Ja, men mer sällan	Nej, aldrig	Ja, utomhusmiljön	Ja, inomhusmiljön i bostaden	Ja, inomhusmiljön på arbetet/i skolan	Nej, beror inte på miljön
Trötthet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Tung i huvudet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Huvudvärk	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Illamående/yrsel	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Koncentrations-svårigheter	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Klåda, sveda, irritation i ögonen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Irriterad, täppt eller rinnande näsa	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Hetta eller brännande känsla i huden	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Nedsatt luktsinne	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Heshet, halstorrhet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Hosta	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

31. Har Du de senaste 3 månaderna känt Dig besvärad av något av följande i eller i närheten av Din bostad?

	Ja, minst 1 gång per vecka	Ja, men mer sällan	Nej, aldrig
Ljud från grannar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Vägtrafikbuller	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Tågbuller	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Flygbuller	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Buller från industrier	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Fläktbuller i fastigheten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Buller från nöjeslokaler	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Annat buller, vad? _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

Bilavgaser	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Vedeldningsrök	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Löveldningsrök	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Lukt från djurstallar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Lukt från industrier	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Annan luftförorening utifrån, vad? _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

För torr luft	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Damm	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Andras tobaksrök	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Instängd (dålig) luft	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Drag	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Annat klimatproblem eller luftföroreningar inifrån bostaden, vad? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Medför trafikbuller (väg-, tåg- eller flygtrafik) några av följande störningar?

	Ja, varje vecka året runt	Ja, varje vecka vissa delar av året	Ja, men mer sällan	Nej, aldrig
Svårt att höra radio/TV	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Telefonsamtal hindras	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Vanligt samtal hindras	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Vila/avkoppling störs	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Svårt att somna	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Blir väckt	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Hälsa

33. Har Du eller har Du haft någon av följande sjukdomar?

Besvara varje rad

Astma	1 <input type="checkbox"/> Ja	2 <input type="checkbox"/> Nej
Allergiska ögonbesvär	1 <input type="checkbox"/> Ja	2 <input type="checkbox"/> Nej
Hösnuva eller någon annan form av allergisk snuva	1 <input type="checkbox"/> Ja	2 <input type="checkbox"/> Nej
Andra besvär från näsan (ofta återkommande nysning, klåda, nästäppa m.m.)	1 <input type="checkbox"/> Ja	2 <input type="checkbox"/> Nej
Kronisk luftrörskatarr (bronkit) eller emfysem	1 <input type="checkbox"/> Ja	2 <input type="checkbox"/> Nej

34. Har Du av läkare fått diagnosen kronisk luftrörskatarr (bronkit) eller emfysem?

1 Ja

2 Nej

35. Brukar Du hosta dagtid eller nattetid de flesta dagar under så mycket som 3 månader per år?

1 Ja → Under hur många år har Du haft sådan hosta? år

2 Nej

36. Brukar Du hosta upp eller harkla upp slem från bröstet eller har Du slem i bröstet som Du har svårt att få upp dagtid eller nattetid de flesta dagar under så mycket som 3 månader per år?

1 Ja → Under hur många år har Du haft slem i bröstet? år

2 Nej**37. Har Du av läkare fått diagnosen astma?**1 Ja2 Nej**38. Har Du de senaste 12 månaderna haft astmabesvär?***Med astmabesvär menas periodvisa eller anfallsvisa andningsbesvär eller andfåddhet.*1 Ja2 Nej**39. Använder Du någon medicin mot astma?**1 Ja, regelbundet2 Ja, endast vid behov3 Nej**40. Har Du under det senaste året fått andnöd, pip i bröstet eller svår hosta...**...vid ansträngning 1 Ja 2 Nej...vid kyla 1 Ja 2 Nej...i dammiga miljöer 1 Ja 2 Nej...i rökiga miljöer 1 Ja 2 Nej...av bilavgaser eller andra luftföroreningar 1 Ja 2 Nej...av starka dofter, parfym, kryddoft, rengöringsmedel, trycksvärta etc. 1 Ja 2 Nej**41. Har Du under det senaste året blivit täppt i näsan eller fått rinnande näsa...**...vid ansträngning 1 Ja 2 Nej...vid kyla 1 Ja 2 Nej...i dammiga miljöer 1 Ja 2 Nej...i rökiga miljöer 1 Ja 2 Nej...av bilavgaser eller andra luftföroreningar 1 Ja 2 Nej...av starka dofter, parfym, kryddoft, rengöringsmedel, trycksvärta etc. 1 Ja 2 Nej

42. Är Du känslig/överkänslig eller allergisk mot något av följande och hur allvarliga är dina besvär (efter medicinering om Du tar någon medicin)?

Besvara varje rad

	Ja, med svåra besvär	Ja, med lätta besvär	Ja, men utan besvär, undviker kontakt eller medicinerar	Nej, inte känslig/över- känslig eller allergisk
Pollen (lövträd, gräs, gråbo eller andra örter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Katt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gnagare (kanin, hamster, råtta eller liknande)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dofter från t.ex. parfym, rengöringsmedel, trycksvärta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mögel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kvalster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Födoämnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gluten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nickel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kosmetika eller produkter för hudvård och personlig hygien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penicillin eller andra antibiotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läkemedel mot smärta/värk, feber eller inflammationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amalgam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektriska eller magnetiska fält	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat, vad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. Har Du de senaste 3 månaderna vaknat på grund av andningssvårigheter eller hosta?

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

44. Har Du de senaste 2 veckorna haft sådana besvär från luftvägarna (näsa, hals eller luftrör) att det någon dag hindrat Dig i Ditt dagliga liv?

- 1 Ja → dagar
2 Nej

45. Har Du haft eksem som barn?

- 1 Ja
2 Nej
3 Minns inte

46. Har Du eller har Du haft handeksem?

- 1 Ja
2 Nej

47. Har Du haft handeksem vid något tillfälle de senaste 12 månaderna?

- 1 Ja
2 Nej

48. Har Du av läkare fått diagnosen högt blodtryck (under de senaste 5 åren)?

- 1 Ja
2 Nej

49. Använder Du någon medicin mot högt blodtryck?

- 1 Ja
2 Nej

50. Har Du nedsatt hörsel?

- 1 Ja
 Nej

51. Har Du någon gång under de senaste 12 månaderna blivit sjuk efter att Du ätit mat hemma som Du tror orsakat matförgiftning?

1 Ja

2 Nej

52. Har Du någon gång under de senaste 12 månaderna blivit sjuk efter att Du ätit mat på restaurang i Sverige som Du tror orsakat matförgiftning?

1 Ja

2 Nej

53. Har det någon gång under de senaste 12 månaderna skett en olycka i Ditt hem med hushållskemikalier (maskindiskmedel, rengöringsprodukter etc.), som krävt kontakt med sjukvården?

1 Ja

2 Nej

54. Hur bedömer Du Ditt allmänna hälsotillstånd jämfört med andra i Din ålder?

1 Mycket gott

2 Gott

3 Någorlunda

4 Dåligt

5 Mycket dåligt

Rökning

55. 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
 ...1 till 5 år sedan
 ...mer än 5 år sedan
- Nej, jag har aldrig rökt

56. Röker någon annan person i Ditt hushåll?

- 1 Ja, dagligen i bostaden
- 2 Ja, dagligen i bostaden men bara under köksfläkten eller i dörr- eller fönsteröppningen
- 3 Ja, dagligen men inte i bostaden
- 4 Ja, men inte dagligen
- 5 Nej

57. Hur ofta utsätts Du för andras tobaksrök i hemmet?

- | Måndag till fredag | Lördag och söndag |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> I genomsnitt <input type="text"/> timmar per dag | 1 <input type="checkbox"/> I genomsnitt <input type="text"/> timmar per dag |
| 2 <input type="checkbox"/> I genomsnitt mindre än 1 timme per dag | 2 <input type="checkbox"/> I genomsnitt mindre än 1 timme per dag |
| 3 <input type="checkbox"/> Aldrig | 3 <input type="checkbox"/> Aldrig |

58. Hur ofta utsätts Du för andras tobaksrök på arbetet?

- | Måndag till fredag | Lördag och söndag |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> I genomsnitt <input type="text"/> timmar per dag | 1 <input type="checkbox"/> I genomsnitt <input type="text"/> timmar per dag |
| 2 <input type="checkbox"/> I genomsnitt mindre än 1 timme per dag | 2 <input type="checkbox"/> I genomsnitt mindre än 1 timme per dag |

3 Aldrig3 Aldrig

59. Hur ofta utsätts Du för andras tobaksrök på annan plats (café, bar, restaurang, i bilen etc.)?

1 Varje dag2 Någon/några gånger per **vecka**3 Någon/några gånger per **månad**4 Någon/några gånger per **år**5 Aldrig

Kost

60. Vilket av följande alternativ passar bäst för Dig?

- 1 Jag äter blandad kost (med kött, fisk etc.)
- 2 Jag äter lakto-vegetarisk kost (vegetarisk kost **med** mjölk och ost)
- 3 Jag äter vegankost (vegetarisk kost **utan** mjölk och ost)

61. Hur ofta äter Du i genomsnitt insjöfisk (abborre, gädda, gös eller lake) som Du fångat själv eller fått av någon som fångat den själv?

- 1 Varje vecka
- 2 Någon eller några gånger per månad
- 3 Mer sällan än varje månad

62. Hur ofta äter Du strömning?

Med strömning menas strömning/sill fångad i Östersjön.

- 1 Varje vecka
- 2 Någon eller några gånger per månad
- 3 Mer sällan än varje månad

63. Hur ofta äter Du i genomsnitt viltkött (älg, ren, rådjur etc.) från djur som Du fällt eller fått av någon som fällt det själv?

- 1 Varje vecka
- 2 Någon eller några gånger per månad
- 3 Mer sällan än varje månad

64. Vilken typ av kranvatten har Du hemma?

- 1 Kommunalt vatten
- 2 Vatten från egen brunn (**grävd**)
- 3 Vatten från egen brunn (**borrad**)

65. Hur mycket mineralvatten (på flaska) dricker Du vanligtvis?

- 1 1 liter eller mer per dag
- 2 Mindre än 1 liter per dag
- 3 Inget

66. Hur mycket kranvatten dricker Du vanligtvis i bostaden som dricksvatten?1 1 liter eller mer per dag2 Mindre än 1 liter per dag3 Inget**67. Hur mycket kranvatten i form av kaffe, te, saft etc. dricker Du vanligtvis i bostaden?**1 1 liter eller mer per dag2 Mindre än 1 liter per dag3 Inget

Arbete och utbildning

68. Vilket eller vilka av följande alternativ stämmer bäst in på Dig?

- Arbetar som anställd
- Hushållsarbete i hemmet
- Sköter eget eller delägt företag
- Förtidspensionär eller sjukpensionär
- Ålderspensionär
- Tjänstledig, inklusive studie- och föräldraledig
- Studerande, praktikant
- Arbetslös
- Sjukskriven (tre månader eller mer)
- Annat, vad? _____

69. Har Du sådana arbetstider att Du ofta sover på dagtid?

- Ja
- Nej

70. Vilken omfattning har Din nuvarande anställning?

- 1 Heltid, i genomsnitt minst 35 timmar/vecka
- 2 Lång deltid, i genomsnitt 20-34 timmar/vecka
- 3 Kort deltid, i genomsnitt 1-19 timmar/vecka
- 4 Annan arbetstid
- 5 Arbetar för närvarande inte som anställd

71. Hur lång utbildning har Du?**A. Grundskola, gymnasium eller liknande utbildning**

- 1-8 år (t.ex. folkskola)
- 9 år (t.ex. grundskola)
- 10-11 år (t.ex. grundskola + 2-årigt gymnasium)
- 12-13 år (t.ex. grundskola + 3 eller 4-årigt gymnasium)

B. Universitets- eller högskoleutbildning

- Kortare än 3 år
- 3 år eller mer
- Ingen universitets- eller högskoleutbildning

Tack för Din medverkan!

För att ännu bättre kunna följa utvecklingen av miljö- och hälsosituationen i landet kommer fortsatta studier göras under de närmaste åren. Vi som analyserar svaren från denna enkät vet inte vilka som ingår i undersökningen. Om Du vill medverka i framtida studier om miljö och hälsa kan du, genom att kryssa i rutan nedan och fylla i namn, adress och personnummer, ge ditt godkännande till att vi kan inkludera Dig i framtida undersökningar.

- Ja, jag godkänner att Institutet för miljömedicin inkluderar mig i framtida studier av miljörelaterade orsaker till sjukdom (information från olika register kan komma att inhämtas om mig av Institutet för miljömedicin).

Namn:

Adress:

Personnummer: