

+

+

Miljöhälsoenkät 2007



+

+

LITE FAKTA OM UNDERSÖKNINGEN

Hur går undersökningen till?

År 2007

Enkäten skickas ut till ca 43 000 slumpmässigt utvalda individer i Sverige.

År 2008

Enkätsvaren databearbetas och analyseras. Resultaten kommer att presenteras i *Miljöhälsorapport 2009* som planeras vara klar 2009.

Vad händer med ditt svar?

Dina svar skyddas av sekretesslagen (SFS 1980:100, 9 kap. 4§) och personuppgiftslagen. Detta innebär att alla som arbetar med undersökningen har tystnadsplikt. Numret högst upp på enkäten är till för att SCB under insamlingen ska undvika att skicka påminnelse till dem som redan svarat. Uppgifter som finns att hämta i olika myndighetsregister frågar vi inte efter i enkäten. SCB kommer att lägga till dessa.

Från SCB:s register över totalbefolkningen (RTB) hämtas folkbokföringsuppgifter. Från Utbildningsregistret hämtas uppgifter om utbildningsnivå. Från Inkomst och taxeringsregistret hämtas uppgifter om hushållets inkomst och från Lantmäteriet hämtas fastighetskoordinater.

SCB kommer att förvara en identifieringsnyckel, som kan öppnas för att slumpmässigt välja ut personer om undersökningen ska upprepas om några år. Efter avslutad bearbetning hos SCB avlägsnas alla identitetsuppgifter innan materialet överlämnas till Arbets- och Miljömedicin, Stockholms läns landsting för fortsatt bearbetning. Om vi behöver kontakta Er som besvarat enkäten kommer det därför att ske brevlades genom SCB.

SÅ HÄR FYLLER DU I ENKÄTEN:

Att besvara enkäten tar cirka 30 minuter. Enkätsvaren registreras maskinellt, därför är det viktigt att de är ifyllda på rätt sätt.

- Använd en bra penna med svart eller mörkblå färg. Undvik blyertspenna.
- Sätt ett kryss i de rutor du tycker stämmer bäst för dig. Markera inom rutorna.

Så här skall du göra:

- Ja
 Nej

Om du råkar kryssa fel eller vill ändra till ett annat alternativ, fyller du hela rutan med färg. Kryssa sedan i den rätta rutan.

Så här skall du göra:



Har du några frågor?

Om du har praktiska frågor kring enkäten är du välkommen att kontakta SCB: telefon:019-17 62 60

Övriga frågor besvaras av sekretariatet på Arbets- och miljömedicin, Stockholms Läns Landsting via e-post: miljohalsa@sll.se eller via telefon: 08-737 36 66

Svarstid

Vi ber dig svara så fort som möjligt, helst inom några dagar.

Svarskuvert och porto

När du fyllt i enkäten postar du den i det portofria svarskuvertet.

Tack för din medverkan!

Hälsa

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

- 1 Mycket gott
- 2 Gott
- 3 Någorlunda
- 4 Dåligt
- 5 Mycket dåligt

2.

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

Rörlighet

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

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

Huvudsakliga aktiviteter (t. ex. 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

Smärtor/besvär

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

Oro/nedstämdhet

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

3.

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



4. Är du känslig/överkänslig eller allergisk mot något av följande och hur allvarliga är i så fall dina besvär (efter medicinering om du tar någon medicin)?

	Ja, svåra besvär	Ja, lätta besvär	Ja, men utan besvär om jag undviker kontakt eller medicinerar	Nej
	1	2	3	4
<i>Markera ett svar på varje rad</i>				
a. Pollen (lövträd, gräs, gråbo eller andra örter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Katt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Häst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Gnagare (kanin, hamster, råtta eller liknande)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Mögel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Kvalster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Födoämnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Dofter från t.ex. parfym, rengöringsmedel, trycksvärta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Kosmetika eller produkter för hudvård och personlig hygien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Amalgam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Elektriska och magnetiska fält	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Har du eller har du haft någon av följande sjukdomar?

Markera ett svar på varje rad

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

6. Har du de senaste 12 månaderna haft nästäppa?

Räkna även med hösnuva

1 Ja **Har du haft besvär mer än 4 dagar per vecka?** 1 Ja
2 Nej 2 Nej





7. 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

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

- 1 Ja → Hur många dagar? dagar
- 2 Nej

9. Har du av läkare fått diagnosen astma?

- 1 Ja → När fick du diagnosen? År:
- 2 Nej

10. Har du de senaste 12 månaderna haft astmabesvär?

Med astmabesvär menas periodvisa eller anfallsvisa andningsbesvär eller andfåddhet

- 1 Ja
- 2 Nej

11. Har du de senaste 12 månaderna använt någon medicin mot astma?

- 1 Ja, regelbundet
- 2 Ja, endast vid behov
- 3 Nej

12. Brukar du besväras av hosta större delen av tiden under minst tre månader per år?
Gäller både dag- och nattetid

- 1 Ja → Under hur många år har du haft sådan hosta? år
- 2 Nej

13. Besväras du av slem från bröstet större delen av tiden under minst 3 månader per år?
Gäller både dag- och nattetid

- 1 Ja → Under hur många år har du haft slem i bröstet? år
- 2 Nej





14. Har du av läkare fått diagnosen kronisk luftrörskatarr (bronkit) eller emfysem?

1 Ja

2 Nej

15. Hur många gånger kommer dina händer i kontakt med vatten under en dag?

Räkna inte med den tid då du skyddar händerna med handskar

1 Mer än 30 gånger per dag

2 21-30 gånger per dag

3 11-20 gånger per dag

4 1-10 gånger per dag

5 Ingen gång

16. Har du haft eksem som barn?

1 Ja

2 Nej

17. Har du under de senaste 12 månaderna vid något tillfälle haft handeksem?

1 Ja

2 Nej

18. Är du allergisk eller överkänslig mot nickel?

1 Ja

2 Nej

19. Har du av läkare fått diagnosen högt blodtryck?

1 Ja → När fick du diagnosen? År:

--	--	--	--	--

2 Nej

20. Använder du någon medicin mot högt blodtryck?

1 Ja

2 Nej





21. Har du under de senaste 3 månaderna haft något eller några av följande besvär?
Markera ett svar på varje rad

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

	Ja, minst en gång per vecka	Ja, men mer sällan	Nej, aldrig	Ja, utomhusmiljön	Ja, inomhusmiljön i bostaden	Ja, inomhusmiljön på arbetet/i skolan	Nej
	1	2	3	1	1	1	1
a. Trötthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Klåda, sveda, irritation i ögonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Irriterade, täppt eller rinnande näsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Heshet, halstorhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Hosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. 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
	1	2	3
a. Bilavgaser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Vedeldningsrök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Löveldningsrök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Lukt från djurstallar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Lukt från industrier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Annan luftförorening utifrån, vad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. För torr luft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Damm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Andras tobaksrök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Instängd (dålig) luft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Drag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Annat klimatproblem eller luftförorening inifrån bostaden, vad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





23. Har du under de senaste 12 månaderna fått andnöd, pip i bröstet eller svår hosta...

	Ja	Nej
	1	2
a. ...vid ansträngning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ...vid kyla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ...i dammiga miljöer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ...i rökiga miljöer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ...av bilavgaser eller andra luftföroreningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ...av starka dofter, parfym, kryddoft, rengöringsmedel, trycksvärta etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Har du under de senaste 12 månaderna blivit täppt i näsan eller fått rinnande näsa...

	Ja	Nej
	1	2
a. ...vid ansträngning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ...vid kyla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ...i dammiga miljöer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ...i rökiga miljöer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ...av bilavgaser eller andra luftföroreningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ...av starka dofter, parfym, kryddoft, rengöringsmedel, trycksvärta etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Har du nedsatt hörsel?

1 Ja, nedsatt hörsel —————> **Använder du hörapparat eller annat hörhjälpmedel?** 1 Ja
2 Nej 2 Nej

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

- 1 Ja ständigt, ljudet är mycket störande
- 2 Ganska ofta eller ständigt, ljudet stör ibland
- 3 Ibland, ljudet är inte störande
- 4 Nej, inte alls



Rökvanor

27. Röker du?

1 Ja, dagligen



**Hur många cigaretter/
cigarrer/pipstopp per dag?**

1 1-7 per dag

2 8-15 per dag

3 16-25 per dag

4 Mer än 25 per dag

2 Ja, men inte dagligen

3 Nej, jag har slutat för...



1 ...mindre än 1 år sedan

2 ...1 till 5 år sedan

3 ...mer än 5 år sedan

4 Nej, jag har aldrig rökt

28. 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

29. Hur ofta utsätts du för andras tobaksrök i bostaden?

Måndag till fredag

Lördag och söndag

1 I genomsnitt timmar per dag

1 I genomsnitt timmar per dag

2 I genomsnitt mindre än 1 timme per dag

2 I genomsnitt mindre än 1 timme per dag

3 Aldrig

3 Aldrig

30. Hur ofta utsätts du för andras tobaksrök på arbetet?

Måndag till fredag

Lördag och söndag

1 I genomsnitt timmar per dag

1 I genomsnitt timmar per dag

2 I genomsnitt mindre än 1 timme per dag

2 I genomsnitt mindre än 1 timme per dag

3 Aldrig

3 Aldrig



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

- 1 Varje dag
 2 Någon/några gånger per **vecka**
 3 Någon/några gånger per **månad**
 4 Någon/några gånger per **år**
 5 Aldrig

Solvanor

32. Under de senaste 12 månaderna, ungefär hur många timmar var du vanligtvis utomhus mellan kl. 10 och kl. 16 vid vackert sommarväder?

Med vackert sommarväder menar vi att det är klart till halvklart (en del moln, men solen tittar fram)

Markera ett svar på varje rad

	5 tim upp till 6 tim	4 tim upp till 5 tim	3 tim upp till 4 tim	2 tim upp till 3 tim	1 tim upp till 2 tim	Upp till 1 tim	Inte aktuellt
	1	2	3	4	5	6	7
a. En arbetsdag (eller vardag om du ej är yrkesverksam) i Sverige mellan maj och augusti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. En ledig dag (helg, semester, mm) i Sverige mellan maj och augusti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. En ledig dag utomlands .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Hur gör du när det är vackert sommarväder?

Med vackert sommarväder menar vi att det är klart till halvklart (en del moln, men solen tittar fram)

Markera ett svar på varje rad

	Alltid	Ofta	Ibland	Sällan	Aldrig
	1	2	3	4	5
a. Jag undviker att vara ute i solen mitt på dagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Jag använder solhatt med brätte eller keps.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Jag använder solglasögon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Jag använder solskyddskräm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Jag har shorts och t-shirt eller mer på mig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Jag är i skuggan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





34. Ungefär hur många veckor under de senaste 12 månaderna har du varit på semester på en plats där det varit vackert sommarväder större delen av tiden?

Med vackert sommarväder menar vi att det är klart till halvklart (en del moln, men solen tittar fram)

Markera ett svar på varje rad

	Mer än 4 v	3-4 v	2 v	1 v	inte aktuellt
	1	2	3	4	5
a. Sol- och badsemester i Sverige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Annan semester i Sverige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Sol- och badsemester utomlands	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Storstadssemester utomlands	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Annan semester utomlands	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Ungefär hur många gånger under de senaste 12 månaderna har du bränt dig i solen eller i solarium så att huden både blev röd och sved?

Markera ett svar på varje rad

	Mer än 10 ggr	6-10 ggr	3-5 ggr	2 ggr	1 gång	0 ggr
	1	2	3	4	5	6
a. I solarium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. På sjön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. I fjällen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. På idrottsanläggning/golfbana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. I trädgård/på balkong	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. I park	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. I arbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Vid badplats i Sverige (t.ex. hav, sjö, pool)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Vid badplats utomlands (t.ex. hav, sjö, pool)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Andra platser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. Ungefär hur många gånger har du solat under de senaste 12 månaderna?

Med sola utomhus menar vi att man har klätt av sig nästan helt eller helt för att utsätta kroppen för solens strålar

Markera ett svar på varje rad

	Mer än 60 ggr	31-60 ggr	11-30 ggr	4-10 ggr	1-3 ggr	Aldrig/ inte aktuellt
	1	2	3	4	5	6
a. Utomhus i Sverige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Utomhus utomlands	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. I solarium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. I solarium för medicinsk behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





37. Vilken färg har din hud när den inte varit utsatt för sol eller solarium?

- 1 Ljus eller mycket ljus
- 2 Ljust brun
- 3 Brun
- 4 Mörkbrun
- 5 Mycket mörk

Boende och boendemiljö

38. Bor du huvudsakligen på den adress dit enkäten skickats?

- 1 Ja
- 2 Nej



Ange postnummer där du huvudsakligen bor:

--	--	--	--	--

Fråga 39 - 60 rör din permanentbostad, d.v.s. den bostad där du i huvudsak bor.

39. Vilken typ av bostad bor du i?

- 1 Småhus (villa, radhus, kedjehus, gård)
- 2 Flerbostadshus (lägenhet), **bottenvåning**
- 3 Flerbostadshus (lägenhet), **1 trappa upp eller högre**
- 4 Servicehus/servicelägenhet
- 5 Studentbostad
- 6 Annan typ av bostad

40. Äger eller hyr du din bostad?

- 1 Äger själv eller någon annan i familjen (eget hus eller bostadsrätt)
- 2 Hyr (hyresrätt)
- 3 Hyr (inneboende eller i andra hand)
- 4 Annat, skriv i rutan:

--





41. När är huset byggt?

- 1 Före 1941
- 2 1941-1960
- 3 1961-1975
- 4 1976-1985
- 5 1986-1995
- 6 Efter 1995
- 7 Vet inte

42. Hur många rum finns det i bostaden (förutom köket)?

rum

43. Hur många personer, inklusive dig själv, bor regelbundet i bostaden?

Räkna med de vuxna och barn som bor minst halva tiden i bostaden

personer

44. 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

45. Har din bostad fönster som vetter direkt mot...

Ange ett eller flera alternativ

- 1 ... större gata eller trafikled
- 1 ... mindre gata eller lokalgata
- 1 ... järnväg (inkl. tunnelbana, spårvagn etc.)
- 1 ... industri eller industriområde
- 1 ... innergård eller bakgård
- 1 ... trädgård eller park
- 1 ... natur (t.ex. skog, sjö, äng, öppet fält)
- 1 ... annat än det uppräknade, vad?





46. Har ditt sovrum fönster som vetter direkt mot...

Ange ett eller flera alternativ

- 1 ... större gata eller trafikled
- 1 ... mindre gata eller lokalgata
- 1 ... järnväg (inkl. tunnelbana, spårvagn etc.)
- 1 ... industri eller industriområde
- 1 ... innergård eller bakgård
- 1 ... trädgård eller park
- 1 ... natur (t.ex. skog, sjö, äng, öppet fält)
- 1 ... annat än det uppräknade, vad?

47. 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

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

	Mycket bra	Ganska bra	Acceptabel/ varken bra eller dålig	Ganska dålig	Mycket dålig
	1	2	3	4	5
a. Vardagsrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sovrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Bostaden som helhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Utanför bostaden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49. Hur värms din bostad i huvudsak upp?

Svara med alla alternativ som stämmer

- 1 Oljeeldning
- 1 Eldning i panna **med** ackumulatortank (ved, flis, pellets etc.)
- 1 Eldning i panna **utan** ackumulatortank (ved, flis, pellets etc.)
- 1 Eldning i öppen spis, kakelugn, braskamin etc.
- 1 Annan eldning (gas, kol etc.)
- 1 Elvärme
- 1 Annan uppvärmning (fjärrvärme, värmepump, bergvärme etc.)
- 1 Vet inte





50. Har det funnits synlig fuktskada (fläckar och dylikt) i bostaden?

- 1 Ja
- 2 Nej

51. Har det funnits synlig mögelväxt i bostaden de senaste 12 månaderna?

Ytlig växt i kakelfogar eller på väggar i våtutrymmen och dylikt räknas inte.

- 1 Ja
- 2 Nej

52. Har du eller någon annan känt lukt av mögel i bostaden de senaste 12 månaderna?

- 1 Ja
- 2 Nej

53. 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

54. Har du god tillgänglighet till park/grönområde/natur på gångavstånd från din bostad?

Tänk även på sjöar, vattendrag och hav

- 1 Ja
- 2 Nej

55. Finns hästanläggning (t.ex. stall, travbana) i närheten av din bostad?

- 1 Ja —————>
 - 1 närmre än 50 meter
 - 2 51-200 meter
 - 3 201-500 meter
 - 4 längre bort än 500 meter
- 2 Nej



**56. Medför vedrök några av följande störningar?**

	Ja, varje vecka året runt	Ja, varje vecka vissa delar av året	Ja, men mer sällan	Nej, aldrig
	1	2	3	4
a. Svårt att fönstervädra p.g.a. av lukt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Svårt att fönstervädra p.g.a. stoft/sot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Klåda, sveda, irritation i ögonen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Irriterad, täppt eller rinnande näsa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Andnöd, pip i bröstet eller svår hosta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

57. Finns det grannar som eldar med ved i närheten av din bostad, åtminstone varje vecka vissa delar av året?

- 1 Ja, inom 50 meter från bostaden
 2 Ja, inom 100 meter från bostaden men inte så nära som 50 meter
 3 Ja, inom 200 meter från bostaden men inte så nära som 100 meter
 4 Nej
 5 Vet inte

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

	Väldigt mycket	Mycket	Måttligt	Ganska lite	Lite
	1	2	3	4	5
a. ... grannar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... vägtrafik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... tågtrafik (tunnelbana, spårvagn etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... flygtrafik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ... industrier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ... ventilation och fläktar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ... hiss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ... nöjeslokal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. ... byggarbetsplats, vägarbete eller liknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. ... gatustädning, sophämtning och snöröjning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Annat, vad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





För att vi ska kunna göra jämförelser med tidigare undersökningar ställer vi en ytterligare fråga om buller, som är lik fråga 58.

59. 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
	1	2	3
a. Ljud från grannar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Vägtrafikbuller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Tågbuller (inkl. tunnelbana, spårvagn etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Flygbuller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Buller från industrier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Buller från ventilation och fläktar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Buller från hiss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Buller från nöjeslokal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Buller från byggarbetsplats, vägarbete eller liknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Buller från gatustädning, sophämtning och snöröjning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Annat buller, vad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input style="width: 200px; height: 20px;" type="text"/>			

60. Medför trafikbuller (väg-, tåg- eller flygtrafik) några av följande störningar i eller i närheten av din bostad?

	Ja, varje vecka året runt	Ja, varje vecka vissa delar av året	Ja, men mer sällan	Nej, aldrig
	1	2	3	4
a. Svårt att höra <i>radio/TV</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Svårt att föra ett <i>telefonsamtal</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Svårt att föra ett <i>vanligt samtal</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Störs vid <i>vila eller avkoppling</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Svårt att <i>somna</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Blir <i>väckt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Försämrad <i>sömnkvalitet</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Svårt att ha <i>fönster</i> öppet på dagtid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Svårt att <i>sova</i> med öppet fönster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Svårt att vistas på <i>balkong/uteplats</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





Nu vill vi att du tänker på samtliga bostäder (t.ex. fritidshus, hos "särbo", övernattningsbostad, semesterbostad) där du övernattat minst 30 nätter de senaste 12 månaderna. Detta gäller fråga 61 - 68.

61. Hur ofta eldar du i annat syfte än för uppvärmning?

Markera ett svar på varje rad

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

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

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

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

63. Hur ofta besöker du park/grönområde/natur?

Tänk även på sjöar, vattendrag och hav

Under sommarhalvåret

- 1 Varje dag
 2 Någon/några gånger per **vecka**
 3 Någon/några gånger per **månad**
 4 Någon/några gånger per **år**
 5 Aldrig

Under vinterhalvåret

- 1 Varje dag
 2 Någon/några gånger per **vecka**
 3 Någon/några gånger per **månad**
 4 Någon/några gånger per **år**
 5 Aldrig





64. Har du eller någon annan i bostaden...

Markera ett svar på varje rad

	Ja, inomhus	Ja, men endast utomhus	Nej
	1	2	3
a. ...katt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ...hund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ...gnagare (kanning, hamster, råtta eller liknande)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65. Har du regelbunden kontakt med hästar?

Svara med *alla* alternativ som stämmer

- 1 Ja, egen häst
1 Ja, rider regelbundet
1 Ja, annan regelbunden kontakt
1 Ja, har djuranläggning med hästar i närheten av bostaden
1 Nej

66. Har du de senaste 12 månaderna märkt att det ringer, piper, tjuiter eller susar i öronen efter att ha lyssnat på stark musik eller andra starka ljud?

- 1 Ja
2 Nej

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

	Alltid	Ofta	Ibland	Sällan	Aldrig
	1	2	3	4	5
a. ... för att sova bättre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... vid evenemang el. på nöjeslokal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

68. Vad gör du för det mesta med dina överblivna mediciner (tabletter, flytande mediciner etc.)?

Svara med ett alternativ som passar bäst

- 1 Slänger i hushållssoporna
2 Spolar ner i avloppet
3 Lämnar till apoteket
4 Har aldrig varit aktuellt





Livsmedel och vatten

69. Hur ofta äter du i genomsnitt fisk?

	4 ggr per vecka eller mer	2-3 ggr per vecka	1 gång per vecka	2-3 ggr per månad	1 gång per månad	Mer sällan/ aldrig
	1	2	3	4	5	6
a. Totalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Abborre, gädda, gös, stor hälleflundra, tonfisk (ej burk), svärdfisk, marulk eller piggvar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Strömming (strömming eller sill fångad i Östersjön)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Sådana livsmedel kan till exempel vara märkta "KRAV" eller "Ekologiskt Jordbruk"

- 1 Ja, i så stor utsträckning det går
 2 Ja, ibland
 3 Nej

71. Vilken typ av kranvatten har du i din permanentbostad?

- | | | | |
|---|--|--------------------------|--------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> Kommunalt vatten | | Ja | Nej |
| 2 <input type="checkbox"/> Vatten från egen brunn (grävd) | } Har vattnet analyserats de senaste 5 åren? | 1 | 2 |
| 3 <input type="checkbox"/> Vatten från egen brunn (borrad) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 <input type="checkbox"/> Gemensam brunn (vattenförening, tomtägarförening, samfällighet etc.) | | | |

72. Hur mycket kranvatten i form av kaffe och te dricker du vanligtvis i din permanentbostad?

1 kopp motsvarar ca 2 dl

- 1 Mer än 8 koppar per dag
 2 6-8 koppar per dag
 3 3-5 koppar per dag
 4 1-2 koppar per dag
 5 Mindre än 1 kopp per dag/ingen





73. Hur mycket kranvatten dricker du vanligtvis som dricksvatten, måltidsdryck, saft eller liknande i din permanentbostad?

1 glas motsvarar ca 2 dl

- 1 Mer än 8 glas per dag
- 2 6-8 glas per dag
- 3 3-5 glas per dag
- 4 1-2 glas per dag
- 5 Mindre än 1 glas per dag/inget

74. Hur mycket mineralvatten (på flaska) dricker du vanligtvis?

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



Varför dricker du mineralvatten (på flaska)?

- 1 För att det är en god dryck
- 2 För att jag inte litar på kranvattnet
- 3 För att jag inte tycker kranvattnet smakar gott eller ser bra ut
- 4 Annat

Telefoni

75. Använder du mobiltelefon?

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

- 1 Ja → **Hur många år har du använt mobiltelefon?**
 - 1 Mer än 12 år
 - 2 9-12 år
 - 3 5-8 år
 - 4 2-4 år
 - 5 1 år eller mindre
- 2 Nej, jag använder inte mobiltelefon idag, men jag har använt mobiltelefon tidigare
- 3 Nej, jag använder inte mobiltelefon

76. Under de senaste tre månaderna, hur lång tid per vecka har du pratat i mobiltelefon i genomsnitt?

- 1 60 minuter eller mer per vecka
- 2 30-59 minuter per vecka
- 3 5-29 minuter per vecka
- 4 Mindre än 5 minuter per vecka
- 5 Jag använder inte mobiltelefon





77. Hur ofta använder du olika typer av handsfree-utrustning eller telefonens högtalarfunktion när du pratar i mobiltelefon?

	Alltid eller nästan alltid	Mer än halva tiden	Ungefär halva tiden	Mindre än halva tiden	Aldrig eller nästan aldrig
	1	2	3	4	5
a. Hörlurar med sladd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Trådlösa hörlurar/Bluetooth/blåtand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Telefonens högtalarfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Fast installerad utrustning i bilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Annat, vad:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

f. Jag använder inte mobiltelefon

78. Hur ofta använder du trådlöst nätverk för Internet? (s.k. WLAN – wireless local area network, radio-lan eller AirPort)

	Mer än 4 timmar per dag	1-4 timmar per dag	1-3 timmar per dag	Mindre än en timme per dag	Aldrig eller nästan aldrig
	1	2	3	4	5
a. I bostaden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. På arbetet/skola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. På annan plats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. <input type="checkbox"/> Jag använder inte Internet					

79. Hur ofta använder du sladdlös telefon kopplad till fasta nätet (kallas ofta DECT, är ej mobiltelefon)?

	Mer än 3 timmar per vecka	1-3 timmar per vecka	30-59 minuter per vecka	5-29 minuter per vecka	Mindre än 5 minuter per vecka	Aldrig
	1	2	3	4	5	6
a. I bostaden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. På arbetet/skola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. På annan plats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





Hälsa och miljö

80. Vilken påverkan på din hälsa anser du att följande miljöfaktorer har?

Markera ett svar på varje rad	Mycket positiv påverkan	Positiv påverkan	Ingen påverkan	Negativ påverkan	Mycket negativ påverkan	Ej relevant
	1	2	3	4	5	6
a. Andras tobaksrök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Dofter (parfym, hudvårdsprodukter, rengöringsmedel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Inomhusluften i din bostad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Utomhusluften vid din bostad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ljud inomhus i din bostad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Ljud utomhus vid din bostad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Närhet till grönområde/park/natur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Starkt solljus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Föroreningar i mark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Bekämpningsmedel i mat och dricksvatten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Andra föroreningar i mat och dricksvatten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Radon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Elektromagnetiska fält från t.ex. mobiltelefoner, antenner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Elektromagnetiska fält från t.ex. elektriska apparater, kraftledningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Utsläpp från kärnkraftsanläggningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

81. Är du man eller kvinna?

1 Man

2 Kvinna

82. Vilket år är du född?

År:

1	9		
---	---	--	--

Tack för din medverkan!



