



Genom att besvara
folkhälsoenkäten gör du
också andras medverkan
mer meningsfull

Medverka till att ge
kommuner och Region
Skåne ett bra underlag för
insatser som bidrar till hälsa
och förebygger sjukdom.

Dina enkätsvar är
sekretessbelagda.

Folkhälsa i Skåne 2012

Du är en av de personer i Skåne som inbjuds att delta i en undersökning av skåningarnas hälsa och miljö. Frågeformuläret innehåller frågor om ditt hälsotillstånd och viktiga faktorer av betydelse för hälsan.

Varför är det viktigt att just du svarar på frågorna?

Undersökningen genomförs för att få en aktuell bild av skåningarnas hälsa och levnads- och miljöförhållanden. Ditt och alla andras svar ger ett underlag som hjälper både kommunerna och Region Skåne att förbättra förutsättningarna för en god hälsa i Skåne. År 2000, 2004 och 2008 genomfördes också folkhälsoundersökningar i Skåne vilket gör det möjligt att följa utvecklingen och resultaten av insatta åtgärder. Ditt deltagande är frivilligt men ju fler som svarar desto bättre och säkrare blir underlaget. Därför är din medverkan viktig! När du besvarar enkäten gör du också alla andras medverkan mer meningsfull.

Du kan besvara frågorna via www.insamling.scb.se
Logga då in med användarnamn och lösenord.

Om du istället vill besvara frågorna via pappersblanketten skickar du in den i det portofria svarskuvertet.

Användarid:

Lösenord:

Vem gör undersökningen?

Region Skåne är ansvarig för undersökningen och har gett Statistiska centralbyrån, SCB, uppdraget att utföra utskick och insamling av frågeformulär samt sammanställningar av materialet. Enheten för Folkhälsa och Social hållbarhet, Region Skåne, kommer därefter att genomföra analyser av materialet. Din kommun och Region Skåne får tillgång till analyserna för att kunna arbeta för att förbättra folkhälsan i Skåne. Insamlade data kommer även att användas för att bedriva forskning av sambanden mellan sociodemografiska faktorer, psykosociala faktorer, levnadsförhållanden/livsstil, fysisk miljö och hälsan i vuxenlivet.

Vad händer med dina svar?

Din identitet och alla uppgifter om dig kommer givetvis att vara sekretessbelagda. All information som sammanställs kommer att redovisas i tabeller där det är helt omöjligt att identi fiera någon enskild individ.

Undrar du över något?

Om du vill veta mer om undersökningen eller vill tala med oss om något i samband med att du svarar på frågorna är du välkommen att skicka mejl eller ringa något av de nummer som finns angivna på nästa sida.

Tack på förhand för din medverkan!

Elisabeth Bengtsson
Folkhälsochef
Region Skåne

Mer fakta om undersökningen

Dina uppgifter 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 sammanställd form 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 Enheten för Folkhälsa och Social hållbarhet, Region Skåne, för fortsatt bearbetning. Dina enkätsvar och registeruppgifter kommer även att ligga till grund för forskning. Forskningen omfattas också av statistiksekretessen och måste vara godkänd av etikprövningsnämnd innan uppgifterna används.

För att minska antalet frågor i enkäten kommer enkätsvaren kompletteras med registeruppgifter. Från SCB:s register hämtas uppgifter om kön, ålder, civilstånd, födelseland (grupperade), medborgarskap (grupperade), invandringsår, utbildning, sysselsättning, inkomst, bidrag, sjuk- eller arbetslöshetsersättning, boendeområde samt vilken typ av fastighet du bor i (t.ex. småhus eller hyreshus). Från Socialstyrelsens och Region Skånes register hämtas uppgifter om sjukvårdsutnyttjande.

SCB kommer att behålla en ”identifieringsnyckel” med personnummer och frågeblankettens löpnummer i tio år framåt. Detta görs bland annat för att kunna följa hälsoläget i framtiden. Det är enbart vissa utvalda personer hos SCB som kommer att ha tillgång till dessa uppgifter.

Om du har frågor kring datainsamlingen är du välkommen att ringa SCB:

telefonnummer 019-17 69 30 mellan kl 08.00-16.30

eller skicka e-post till skanehalsa@scb.se

Postadress: 701 89 Örebro

www.scb.se

Om du har frågor kring undersökningen är du välkommen att ringa till:

Mathias Grahn, Enheten för Folkhälsa och social hållbarhet, Region Skåne, telefonnummer 040 – 39 14 09 kl. 13-14.30 eller Birgit Modén, Enheten för Folkhälsa och social hållbarhet, Region Skåne, telefonnummer 040 – 39 13 96 kl. 13-14.30 eller skicka e-post till fhs2012@skane.se.

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:
- Om du vill skriva mer text än vad som får plats på de anvisade raderna/boxarna eller om du vill förklara/förtydliga något:
 - skriv inte mellan eller i närheten av svarsrutorna
 - skriv i stället på eventuell kommentarsida

Vi ber dig svara på frågorna så snart som möjligt.

Tack för din medverkan!



Bakgrundsdata

1. Vilket år är Du född?

År:

2. Är Du man eller kvinna?

- Man
 Kvinna

3. Hur lång är Du? Hela cm.

cm

4. Hur mycket väger Du? Hela kg.

kg

5. Vilket är Ditt civilstånd?

- Gift, registrerat partnerskap eller sambo
 Ogift
 Frånskild
 Änka, änking eller efterlevande partner

6. a) Är Du född i Sverige?

- Ja → Gå till fråga 7
 Nej

b) Om NEJ: Vilket land är Du född i?

c) Om NEJ: När flyttade du till Sverige?

År:

7. a) Är Dina föräldrar födda i Sverige?

- Ja, båda → Gå till fråga 8
 Nej, en av föräldrarna är född i annat land
 Båda föräldrarna är födda i annat land

b) OM NÅGON ÄR FÖDD UTOMLANDS: I vilket eller vilka länder?

Faderns födelseland:

Moderns födelseland:





8. Vilket språk används huvudsakligen i Ditt hushåll?

- Svenska
- Annat språk
- Svenska och annat språk lika mycket

9. Vilken är den högsta utbildningen Du har?

Om Du studerar kryssa i den utbildning Du går. Sätt bara ett kryss!

- Folkskola eller grundskola
- Realskola
- 2-årigt gymnasium, yrkesskola eller flickskola
- 3-4-årigt gymnasium
- Universitet eller högskola, mindre än 3 år (mindre än 180 hp)
- Universitet eller högskola, 3 år eller längre (180 hp eller mer)

Annan utbildning, vilken? Skriv i rutan:

10. Betraktar Du dig idag som...

- ...heterosexuell?
- ...bisexuell?
- ...homosexuell?

...annat, vad? Skriv i rutan:

Uppväxten

11. Hade Din familj det svårt ekonomiskt under Din uppväxttid?

- Nej, inga nämnvärda ekonomiska problem
- Ja, lätta och/eller relativt kortvariga perioder med ekonomiska problem
- Ja, svåra och/eller långvariga perioder med ekonomiska problem

12. Genomgick Dina föräldrar skilsmässa eller separation någon gång under Din uppväxttid fram till 18 års ålder?

- Ja
- Nej → Gå till fråga 14

13. Hur gammal var Du när Dina föräldrar skilde sig/separerade?

- 0-4 år
- 5-9 år
- 10-14 år
- 15-18 år





14. Vilket huvudsakligt yrke eller sysselsättning hade Dina föräldrar under Din uppväxttid?

Försök att lämna en yrkesbeskrivning som noggrant beskriver arbetsuppgifterna.
I stället för chaufför, skriv t.ex. busschaufför, lastbilschaufför etc.

Exempel: I stället för chaufför skriv t.ex.:

B U S S C H A U F F Ö R

Faderns yrke:

[Empty grid for father's occupation]

Moderns yrke:

[Empty grid for mother's occupation]

Hälsa

15. Hur bedömer Du Ditt nuvarande hälsotillstånd i allmänhet?

- Mycket bra
- Bra
- Någorlunda
- Dåligt
- Mycket dåligt

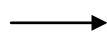
16. Har Du något/några av följande hälsoproblem?

Sätt ett kryss på varje rad!

	Nej	Ja, men inga besvär	Ja, lätta besvär	Ja, svåra besvär
a. Allergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Högt blodtryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Har Du någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, någon nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem?

- Nej
- Ja



Medför dessa besvär att Din arbetsförmåga är nedsatt eller hindrar Dig i Dina andra dagliga sysselsättningar?

- Nej, inte alls
- Ja, i någon mån
- Ja, i hög grad





18. Kan Du utan svårigheter se och urskilja vanlig text i en dagstidning?

- Ja, utan glasögon
- Ja, med glasögon
- Nej

19. Kan Du utan svårigheter höra vad som sägs i samtal mellan flera personer?

- Ja, utan hörapparat
- Ja, med hörapparat
- Nej

20. Är Du på grund av Ditt hälsotillstånd begränsad i någon av följande aktiviteter?

Sätt ett kryss på varje rad.

	Ja	Nej
a. Kan Du gå upp ett trappsteg utan besvär? T.ex. stiga på buss eller tåg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Kan Du ta en kortare promenad (ca 5 min) i någorlunda rask takt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Behöver Du hjälpmedel eller hjälp av någon annan person för att förflytta dig utomhus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Om Du svarat JA på någon av ovanstående frågor gällande nedsatt rörelseförmåga, under hur lång tid har Du haft denna begränsning?

Markera ett alternativ.

- Mindre än 1 år (antal) månader
- Mer än 1 år (antal) år

22. Besvara varje delfråga med det alternativ som stämmer bäst.

	Nej, inte alls	Ibland	Ofta	Alltid	Vet ej
a. Har Du för närvarande problem med stamning? T.ex. "st-st-st-stamning", eller låsningar i talet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Har Du tidigare haft problem med stamning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungefär i hur många år: <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/> År					
c. Är det ett problem att Du talar så fort att Du snubblar över ord och utelämnar stavelser (skenande tal)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Har Du tidigare haft problem med att Du talar så fort att Du snubblar över ord och utelämnar stavelser (skenande tal)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungefär i hur många år: <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/> År					





23. Tror Du att Du kan göra något själv för att bevara en god hälsa?

- Ja, jag tror att egen insats är mycket betydelsefull
 Ja, jag tror att egen insats har viss betydelse
 Nej, jag tror inte att egen insats har någon betydelse

24. Har Du någonsin på grund av sjukdom, skada eller besvär varit tvungen att sluta ett arbete, byta till annat arbete eller andra arbetsuppgifter?

- Ja, jag har bytt arbete/arbetsuppgifter
 Ja, jag har slutat ett arbete
 Ja, jag har först bytt arbete/arbetsuppgifter och sedan slutat arbeta
 Nej

25. Frågorna här handlar om hur Du känner Dig och hur Du haft det under de senaste fyra veckorna. Ange för varje fråga det svarsalternativ som bäst beskriver hur Du känt Dig.

Hur stor del av tiden under de senaste fyra veckorna...

Hela tiden

Största delen av tiden

En hel del av tiden

En del av tiden

Lite av tiden

Inget av tiden

a.	...har Du känt Dig riktigt pigg och stark?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	...har Du känt Dig mycket nervös?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	...har Du känt Dig så nedstämd att ingenting har kunnat muntra upp Dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	...har Du känt Dig lugn och harmonisk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	...har Du varit full av energi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	...har Du känt Dig dystert och ledsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	...har Du känt Dig utsliten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	...har Du känt Dig glad och lycklig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	...har Du känt Dig trött?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





Läkemedel

26. Har Du under de tre senaste månaderna använt något av följande läkemedel eller preparat?

Sätt minst ett kryss på varje rad!

Nej

Ja, senaste tre
månaderna

Ja, senaste 14
dagarna

- | | | | | |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. | Blodtryckssänkande medicin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. | Medicin mot astma/allergi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. | Smärtstillande medel, köpt utan recept | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. | Smärtstillande medel, köpt med recept | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. | Antibiotika | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. | Sömnmedel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. | Nervlugnande medicin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. | Medel mot depression | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. | Magsårsmedicin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. | Östrogenpreparat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. | Vitaminer/Mineraler | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. | Naturläkemedel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. | Annat, skriv i rutan nedan: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

27. a) Har Du under de tre senaste månaderna någon gång fått recept utskrivet, men inte hämtat ut det på apoteket?

- Ja, en gång
 Ja, flera gånger
 Nej → Gå till fråga 28

b) Om JA: Varför hämtade Du inte ut medicinen?

Du kan ange flera alternativ.

- Jag blev frisk
 Jag hade medicin så det räckte
 Jag hade inte råd
 Jag hade för lång väg till apoteket
 Medicinen hjälper ändå inte

Annat, skriv i rutan:





Sömn och välbefinnande

28. Tycker Du att Du får tillräckligt med sömn för att känna Dig utvilad?

- Ja, som regel
- Ja, men inte tillräckligt ofta
- Nej, aldrig eller nästan aldrig

29. Har Du under de senaste 14 dagarna störts av sömnbesvär eller sömnproblem och hur besvärad har Du i så fall varit av dem?

- Ja, mycket besvärad
- Ja, lite besvärad
- Nej

30. Känner Du Dig stressad i Din vardag?

- Ja, ofta
- Ja, ibland
- Nej, (nästan aldrig)

31. Har Du de senaste veckorna kunnat koncentrera Dig på allt Du gjort?

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

32. 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

33. Upplever Du att Du gjort nytta de senaste veckorna?

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

34. Har Du de senaste veckorna kunnat fatta beslut i olika frågor?

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

35. Har Du ständigt känt Dig spänd de senaste veckorna?

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





36. 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

37. 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

38. Har Du de senaste veckorna kunnat ta itu med Dina problem?

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

39. Har Du de senaste veckorna känt Dig olycklig och nedstämd?

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

40. Har Du de senaste veckorna förlorat tron på Dig själv?

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

41. Har Du tyckt att Du varit värdelös de senaste veckorna?

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

42. 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

43. Hur känner Du Dig just nu, fysiskt och psykiskt, om Du ser till Din hälsa och Ditt välbefinnande? Kryssa i lämplig ruta mellan 1 och 7 (1=mycket dålig, 7=mycket bra)

- | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Mycket dålig | | | | | Mycket bra | |
| | Kunde inte må sämre | | | | | Kunde inte må bättre | |





44. 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

45. Har Du någon gång försökt att ta Ditt liv?

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

Tandhälsa

46. När var Du senast hos tandläkare/tandhygienist?

- För mindre än 1 år sedan
- För 1-2 år sedan
- För 3-5 år sedan
- För mer än fem år sedan
- Har aldrig varit hos tandläkare/tandhygienist

47. Har Du under de senaste tre månaderna ansett Dig vara i behov av tandläkarvård, men inte sökt vård?

- Nej —————> *Gå till fråga 49*
- Ja

48. Vilken var orsaken/orsakerna till att Du inte sökte vård?

Du kan ange flera alternativ.

- Besvären gick över
- Hade inte råd
- Drar mig för att gå (tandläkarskräck)
- Hade inte tid
- Annan orsak? Skriv i rutan:

49. Har Du något/några av följande besvär?

Sätt ett kryss på varje rad!

	Nej	Ja, lätta besvär	Ja, svåra besvär
a. Besvär med karies (hål i tänderna)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Tandlossning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Tuggsvårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





Levnadsvanor

- 50. Hur mycket har Du rört Dig och ansträngt Dig kroppsligt på fritiden under de senaste 12 månaderna? Om Din aktivitet varierar mellan t.ex. sommar och vinter, försök att ta ett genomsnitt. Kryssa endast i ett alternativ!**
- Regelbunden motion och träning.** Du ägnar Dig åt t.ex. löpning, simning, tennis, badminton motionsgymnastik eller liknande vid i genomsnitt minst 3 tillfällen per vecka. Vardera tillfället varar minst 30 minuter per gång.
- Måttlig, regelbunden motion på fritiden.** Du motionerar regelbundet 1-2 gånger per vecka minst 30 minuter per gång med löpning, simning, tennis, badminton eller annan aktivitet som gör att Du svettas.
- Måttlig motion på fritiden.** Du promenerar, cyklar eller rör Dig på annat sätt under minst 2 timmar i veckan oftast utan att svettas. I detta inräknas också promenad eller cykling till och från arbetet, övriga promenader, ordinärt trädgårdsarbete, fiske, bordtennis, bowling.
- Stillasittande fritid.** Du ägnar Dig mest åt läsning, TV, bio eller annan stillasittande sysselsättning på fritiden. Du promenerar, cyklar eller rör Dig på annat sätt mindre än 2 timmar i veckan.
- 51. Hur mycket tid ägnar Du en vanlig vecka åt måttligt ansträngande aktiviteter som får Dig att bli varm, t.ex. promenader i rask takt, trädgårdsarbete, tyngre hushållsarbete, cykling, simning? Det kanske varierar under året, men försök ta något slags genomsnitt. Ange ett alternativ!**
- 5 timmar per vecka eller mer
- Mer än 3 timmar, men mindre än 5 timmar per vecka
- Mellan 1 och 3 timmar per vecka
- Högst en timme per vecka
- Inte alls
- Vet inte/kan inte ta ställning
- 52. Vill Du öka Din fysiska aktivitet?**
- Ja, och jag tror att jag kan klara det själv
- Ja, men jag behöver stöd
- Nej
- 53. Hur ofta äter Du grönsaker och rotfrukter? Gäller alla typer av grönsaker, baljväxter och rotfrukter utom potatis (färska, frysta, konserverade, stuvade, juicer, soppor m.m.) Det kanske varierar under året, men försök ta något slags genomsnitt. Ange ett alternativ!**
- 3 gånger per dag eller oftare
- 2 gånger per dag
- 1 gång per dag
- 5-6 gånger per vecka
- 3-4 gånger per vecka
- 1-2 gånger per vecka
- Några gånger per månad eller aldrig





54. Hur ofta äter Du frukt och bär? Gäller alla typer av frukt och bär (färska, frysta, konserverade, juicer, kompott m.m.)

Det kanske varierar under året, men försök ta något slags genomsnitt. Ange ett alternativ!

- 3 gånger per dag eller oftare
- 2 gånger per dag
- 1 gång per dag
- 5-6 gånger per vecka
- 3-4 gånger per vecka
- 1-2 gånger per vecka
- Några gånger per månad eller aldrig

55. a) Röker Du?

- Ja, dagligen
- Ja, men inte alla dagar → *Gå till fråga 56*
- Nej → *Gå till fråga 56*

b) Om JA DAGLIGEN: Hur mycket röker Du i genomsnitt?

cigaretter dagligen

cigarriller dagligen

cigarrer dagligen

gram piptobak i veckan

Gå till fråga 57

56. a) Har Du tidigare rökt dagligen under minst 6 månader?

- Nej → *Gå till fråga 58*
- Ja

b) Om JA: För hur länge sedan slutade Du röka dagligen?

- Mindre än 6 månader sedan
- Mellan 6 och 12 månader sedan
- Mer än 1 år sedan, ange vilket år:

c) Hur slutade Du röka?

- På egen hand utan nikotinersättningsmedel
- På egen hand med hjälp av nikotinersättningsmedel
- Har fått professionell hjälp
- Började snusa i stället

57. Hur gammal var Du när Du började röka dagligen?

år



+

+

58. Vill Du sluta röka?

- Röker ej
 Ja, och jag tror att jag kan klara det själv
 Ja, men jag behöver stöd
 Nej

59. Hur ofta vistas Du i lokaler där andra personer röker eller nyss har rökt?*Sätt ett kryss på varje rad!*

	Varje dag	Någon/några gånger i veckan	Någon/några gånger i månaden	Mer sällan eller aldrig
a. I Ditt hem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. På annan plats inomhus, t.ex. hos vänner, i bilen osv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

60. Snusar Du dagligen?

- Nej
 Ja → *Gå till fråga 63*

61. Händer det att Du snusar någon gång då och då?

- Nej
 Ja

62. a) Har Du tidigare snusat dagligen under minst 6 månader?

- Nej → *Gå till fråga 65*
 Ja

b) Om JA: För hur länge sedan slutade Du snusa dagligen?

- Mindre än 6 månader sedan
 Mellan 6 och 12 månader sedan
 Mer än 1 år sedan, ange vilket år:

--	--	--	--	--

63. Hur gammal var Du när Du började snusa dagligen?

--	--	--

 år
64. Om Du snusar dagligen: Hur mycket snusar Du i genomsnitt?

--	--	--	--	--

 gram snus i veckan

- Snusar ej dagligen

65. Vill Du sluta snusa?

- Snusar ej
 Ja, och jag tror att jag kan klara det själv
 Ja, men jag behöver stöd
 Nej

+

+

+

+

66. Har Du någon gång rökt vattenpipa?

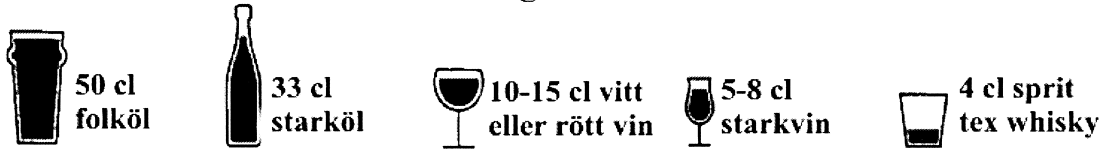
- Ja
 Nej → Gå till fråga 68

67. Hur ofta under de senaste 12 månaderna har Du rökt vattenpipa?

- Aldrig
 1 gång
 2-6 gånger
 7-12 gånger
 Mer än 12 gånger

Här kommer några frågor om Dina alkoholvanor. Vi är tacksamma om Du besvarar dem så noggrant och ärligt som möjligt genom att markera det alternativ som gäller för Dig. Med "alkohol" menas folköl, mellan-/starköl, alkoholstark cider, vin, starkvin och sprit.

Med ett "glas" menas:



68. Hur ofta har Du druckit alkohol under de senaste 12 månaderna?

- 4 gånger/vecka eller mer
 2-3 gånger/vecka
 2-4 gånger/månad
 1 gång/månad eller mer sällan
 Aldrig → Gå till fråga 80

69. Hur många "glas" (se exempel) dricker Du en typisk dag då Du dricker alkohol?

- 1-2
 3-4
 5-6
 7-9
 10 eller fler

70. Hur ofta dricker Du sex "glas" eller fler vid samma tillfälle?

- Dagligen eller nästan varje dag
 Varje vecka
 Varje månad
 Mer sällan än en gång i månaden
 Aldrig

+

+



71. Hur ofta under de senaste 12 månaderna har Du druckit så mycket alkohol att Du varit berusad?

- Dagligen eller nästan dagligen
- Några gånger/vecka
- 1 gång/vecka
- 2-3 gånger/månad
- 1 gång/månad
- Någon eller några gånger per halvår
- Mer sällan eller aldrig

72. Besvara varje delfråga.

	Ja	Nej
a. Har Du under de senaste 12 månaderna känt att Du behöver minska din alkoholkonsumtion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Har någon under de senaste 12 månaderna reagerat negativt på Ditt sätt att dricka alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Har Du under de senaste 12 månaderna haft dåligt samvete eller känt Dig skyldig för att Du dricker alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Har Du under de senaste 12 månaderna startat dagen med alkohol (öl, vin, sprit) för att stilla nerverna eller för att bli av med en baksmälla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

73. Hur många dagar sammanlagt under de senaste 30 dagarna drack Du vin, sprit eller öl (ej lättöl)?

antal dagar från 0 till 30

74. När drack Du senast vin, sprit eller öl (ej lättöl)?

- Har ej druckit något det senaste året —————> *Gå till fråga 80*
- Har druckit någon gång under det senaste året, men EJ under de senaste 30 dagarna —————> *Gå till fråga 79*
- Har druckit någon gång under de senaste 30 dagarna

75. Hur många dagar under de senaste 30 dagarna drack Du öl (ej lättöl)?

antal dagar från 0 till 30

Om Du DRUCKIT ÖL: Hur mycket öl (ej lättöl) drack Du i genomsnitt?

flaskor öl (33 cl) per dag

burkar öl (45 cl) per dag





76. Hur många dagar under de senaste 30 dagarna drack Du vin?

antal dagar från 0 till 30

Om Du DRUCKIT VIN: Hur mycket vin drack Du i genomsnitt?

glas (12 cl) per dag

halvflaskor (37 cl) per dag

helflaskor (75 cl) per dag

77. Hur många dagar under de senaste 30 dagarna drack Du sprit, t.ex. vodka, brännvin eller whisky?

antal dagar från 0 till 30

Om Du DRUCKIT SPRIT: Hur mycket sprit drack Du i genomsnitt?

drinkar/glas (4-6 cl) per dag

halvflaskor (37 cl) per dag

helflaskor (75 cl) per dag

78. a) Hur många dagar under de senaste 30 dagarna hände det, att Du på en dag drack 5 flaskor öl eller 4 burkar öl (ej lättöl) eller mer?

dagar

b) Hur många dagar under de senaste 30 dagarna hände det, att Du på en dag drack 1 flaska vin eller mer?

dagar

c) Hur många dagar under de senaste 30 dagarna hände det, att Du på en dag drack 37 cl sprit eller mer?

dagar

79. Vill Du minska Din alkoholkonsumtion?

- Ja, och jag tror att jag kan klara det själv
- Ja, men jag behöver stöd
- Nej





80. Har Du under de senaste 12 månaderna tagit med Dig alkohol hem till Sverige när Du kom hem från en utlandsresa?

- Har inte varit utomlands de senaste 12 månaderna
- Ja
- Nej

81. Har Du under de senaste 12 månaderna inköpt märkessprit av en privatperson till ett lägre pris än vad som gäller i Systembolagets butiker?

Med märkessprit menas flaska med etikett från officiell sprittillverkare.

- Ja, regelbundet
- Ja, flera gånger
- Ja, någon gång
- Nej, aldrig

82. Har Du någonsin använt anabola steroider/hormondopningsmedel?

- Nej
- Ja, inom den senaste månaden
- Ja, inom det senaste året
- Ja, för mer än ett år sedan

83. Har Du någonsin rökt hasch eller marijuana?

- Nej
- Ja, inom den senaste månaden
- Ja, inom det senaste året
- Ja, för mer än ett år sedan

84. Har Du någon gång under de senaste 12 månaderna köpt lotter eller satsat pengar på spel?

Med spel menas t.ex. trisslott, bingo, kasinospel, tips, spel på hästar eller liknande.

- Nej → Gå till fråga 87
- Ja

85. Hur mycket pengar har Du satsat på spel de senaste 7 dagarna?

- Har spelat för

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

 kronor
- Har inte satsat några pengar de senaste 7 dagarna

86. Hur många gånger har Du under de senaste 12 månaderna ...

Sätt ett kryss på varje rad!

	Aldrig	1-2 gånger	3 gånger eller fler
a. ...försökt minska Ditt spelande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ...känt Dig rastlös och irriterad om Du inte kunnat spela?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ...ljugit om hur mycket Du spelat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





Sociala relationer

87. Känner Du att Du har någon eller några personer som kan ge Dig ett ordentligt personligt stöd för att klara av livets stress och problem?

- Ja, helt säkert
 Ja, troligen
 Inte helt säkert
 Nej

88. Kan Du få hjälp av någon eller några personer vid sjukdom eller praktiska problem (låna småsaker, hjälp till reparation, hjälp att skriva en skrivelse, få råd eller information)?

- Ja, utan tvekan
 Ja, troligen
 Nej, troligen inte
 Nej, inte alls

89. Hur ser Du på framtiden för din personliga del?

- Jag ser mycket ljust på framtiden
 Jag ser ganska ljust på framtiden
 Jag ser varken ljust eller mörkt på framtiden
 Jag ser ganska mörkt på framtiden
 Jag ser mycket mörkt på framtiden

**90. 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"/>

**91. Hur ofta träffar Du personligen anhöriga och nära vänner?
 Räkna inte med 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

92. Använder Du Internet?

- Ja
 Nej



+

+

93. 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

94. 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

95. Har Du under de senaste 12 månaderna ...*Kryss kan sättas i flera rutor!*

- ... deltagit i studiecirkel/kurs på Din arbetsplats
 ... deltagit i studiecirkel/kurs på Din fritid
 ... deltagit i fackföreningsmöte
 ... deltagit i annat föreningsmöte
 ... varit på teater/bio
 ... varit på konstutställning
 ... deltagit i religiös sammankomst
 ... varit på sportevenemang
 ... skrivit insändare i tidning/tidskrift
 ... deltagit i demonstration av något slag
 ... besökt offentlig tillställning, exempelvis nattklubb, danstillställning eller liknande
 ... deltagit i större släktsammankomst
 ... varit på privat fest hos någon
 ... inget av ovanstående

96. Hur ofta brukar Du använda dator för att...*Sätt ett kryss på varje alternativ, om du aldrig använder datorn till detta markera rutan Aldrig.*

	Nästan varje dag	3-4 dagar/vecka	1-2 dagar/vecka	Ett par gånger/månad	Aldrig
a. Kommuniera med andra t.ex. Facebook, MSN, mail, ICQ eller liknande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Lyssna på musik, titta på film eller serier t.ex. Spotify, Voddler, Youtube eller liknande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Leta information, läsa tidningar eller liknande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Annat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

**97. Är Du rotad i och känner en stark samhörighet med Ditt bostadsområde?**

- I hög grad
 I viss mån
 Inte speciellt
 Inte alls

98. Ta ställning till följande påståenden:*Sätt ett kryss på varje rad!*Håller inte alls
med

Håller inte med

Håller med

Håller med
fullständigt

- | | | | | | |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. | De flesta människor skulle utnyttja Dig om de fick chansen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. | De flesta människor försöker vara i grunden rättvisa. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. | Man kan lita på de flesta människor. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. | Man kan inte vara nog försiktig när man har med andra människor att göra. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. | Människor är för det mesta hjälpsamma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

99. Här följer ett antal påståenden som uttrycker vad man skulle kunna kalla för social sammanhållning eller tillit till människor i ett bostadsområde.**Hur pass väl tycker Du att de stämmer överens med den plats där Du bor?***Sätt ett kryss på varje rad!*Stämmer
mycket välStämmer
ganska välStämmer inte
särskilt välStämmer inte
alls

- | | | | | | |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. | Man kan lita på de flesta människor som bor i det här bostadsområdet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. | Man kan inte vara nog försiktig när man har med andra människor att göra i det här bostadsområdet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. | Människorna i det här bostadsområdet agerar tillsammans om deras gemensamma miljö eller trygghet hotas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. | Människorna i det här bostadsområdet känner varandra ganska väl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

100. Har Du under de senaste tre månaderna blivit behandlad/bemött på ett sätt så att Du känt Dig kränkt?

- Nej —————> *Gå till fråga 102*
 Ja, någon gång
 Ja, flera gånger

101. Hade den kränkande behandlingen/bemötandet samband med något av följande?*Flera alternativ kan anges.*

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Etnisk tillhörighet | <input type="checkbox"/> Religion |
| <input type="checkbox"/> Kön | <input type="checkbox"/> Hudfärg |
| <input type="checkbox"/> Sexuell läggning | <input type="checkbox"/> Utseende |
| <input type="checkbox"/> Ålder | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| <input type="checkbox"/> Funktionshinder | |





102. Vilka av följande alternativ anser Du vara bland de viktigaste målen för svensk politik?
(Välj två alternativ):

- Upprätthålla lag och ordning i landet
- Ge folk mer inflytande över politiska beslut
- Bekämpa ökande priser
- Försvara yttrandefriheten

Hot och våld

103. Har Du någon gång under de senaste tolv månaderna blivit utsatt för hot eller hotelser om våld som var så farliga eller så allvarliga att Du blev rädd?

- Ja
- Nej

104. a) Har Du någon gång under de senaste tolv månaderna blivit utsatt för fysiskt våld?

- Ja
- Nej → Gå till fråga 105

b) Om JA: Var skedde detta? Du får kryssa flera alternativ!

- På arbetsplatsen/i arbetet/skolan
- I hemmet
- I annans bostad/i bostadsområdet
- På allmän plats/på nöjesställe/på tåg, buss, tunnelbana
- Någon annanstans

c) Om JA: Ledde detta våld till sådan kroppsskada att Du måste söka läkarvård?

- Ja
- Nej



+

+

Förtroende för samhällsinstitutioner

105. Vilket förtroende har Du för följande institutioner i samhället?

<i>Sätt ett kryss på varje rad!</i>		Mycket stort	Ganska stort	Inte särskilt stort	Inte alls	Har ingen åsikt
a.	Sjukvården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Skolan	<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.	Socialtjänsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Arbetsförmedlingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Försäkringskassan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Domstolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Riksdagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Politiker i Din region	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Politiker i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.	Massmedia, TV, tidningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Arbete, sysselsättning och ekonomi

106. a) Vilket av följande alternativ är huvudsakligen aktuellt för dig just nu?

Markera ett alternativ

- Arbetar som anställd
 Sköter eget eller delägt företag
 Ålderspensionär →
 Annat

Om du är ålderspensionär

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

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

+

+



Hem, hushåll och boendemiljö

111. Vilken typ av bostad bor Du i?

- Egen villa/radhus
- Bostadsrätt/andelsrätt
- Hyresrätt
- Inneboende
- Vårdhem
- Annat

112. Hur många personer bor i Din bostad?

person/personer

113. Hur många rum finns i bostaden? *Räkna inte med kök, hall, badrum/toalett*

rum

114. Hur länge har Du bott i Din nuvarande bostad? *Ange antal år.*

år

115. Med vem delar Du bostad?

Dvs. bor tillsammans med under större delen av veckan. Du kan ange flera alternativ.

- Ingen
- Föräldrar/Syskon
- Make/Maka/Sambo/Partner
- Andra vuxna
- Barn → Hur gamla är de barn som bor hemma?
 - Yngre än 18 år
 - 18 år eller äldre

116. a) Har Du någon gammal, sjuk eller funktionshindrad närstående som Du behöver hjälpa med vardagliga sysslor, se till eller vårda?

- Nej → Gå till fråga 117
- Ja

b) Om JA: Hur många timmars bundenhet/arbete per vecka innebär detta för Dig?

timmar per vecka

117. Hur säker och trygg känner Du Dig när Du går ensam i Ditt bostadsområde när det är mörkt?

- Mycket säker
- Ganska säker
- Ganska osäker
- Mycket osäker
- Är aldrig ute ensam när det är mörkt



**118. Hur trivs Du i området där Du bor?**

- Mycket bra
 Ganska bra
 Ganska dåligt
 Mycket dåligt
 Vet ej

119. Tänk på omgivningen där Du bor, tycker Du att...

Sätt ett kryss på varje rad!

	Ja	Nej	Ingen åsikt
a. ... servicen är bra? t.ex. närhet till butiker, bank, post, barnomsorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... kulturutbudet är bra? t.ex. närhet till bibliotek, bio, teater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... fritidsmöjligheterna är bra? t.ex. närhet till simhall, idrottsanläggningar, motionsspår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... de allmänna kommunikationerna är tillfredsställande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ... det finns störande ljud? t.ex. trafik/flygbuller, industrier, krogar, grannar, flåktar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ... det finns besvärande luftföroreningar? t.ex. avgaser, lukt, damm, sot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

120. Tänk på utemiljön inom 5-10 minuters gångavstånd från där Du bor. Håller du med om följande påståenden?

Sätt ett kryss på varje rad!

Utemiljön där jag bor ...	Håller inte alls med	Håller inte med	Håller med	Håller med fullständigt	Vet ej/ kan ej ta ställning
a. ... är rofylld, man kan höra naturens egna ljud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... har natur som är vild och fascinerande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... har en stor mångfald av djur- och växtarter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... bildar ett stort och sammanhängande område, avskilt från omvärlden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ... gör att man upplever det historiska arvet t.ex. fornminnen, gamla träd eller byggnader	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ... har en öppen yta för exempelvis bollspel eller picknick	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ... har en ombonad och trygg plats för avkoppling eller barns fria lekar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ... har en mötesplats med nöjesaktiviteter, folk i rörelse, servering eller kiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





**121. Om Du tänker på de senaste 12 månaderna, när Du befinner Dig hemma, hur mycket störs eller besväras Du av:
Sätt ett kryss på varje rad.**

	Störs inte alls	Störs inte särskilt mycket	Störs ganska mycket	Störs mycket	Störs oerhört mycket
a. Buller från vägtrafik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Buller från tågtrafik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Buller från flygtrafik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ljud från grannar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Bilavgaser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Vedeldningsrök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Lukt från industrier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Vindkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Livskvalitet

122. Markera genom att kryssa i en ruta i varje nedanstående grupp, vilket påstående som bäst beskriver Ditt hälsotillstånd i dag.

a) Rörlighet

- Jag går utan svårigheter
 Jag kan gå 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: t.ex. arbete, studier, hushållssysslor, familje- och fritidsaktiviteter

- Jag klarar 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



+

+

123. Har bristande tillgång till transportmedel under det senaste året inskränkt Dina...

	Ja	Nej
a. aktiviteter (t.ex. kontakt med barn, vänner)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. möjligheter till inköp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. möjligheter till besök på t.ex. vårdcentral, tandläkare, apotek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vårdutnyttjande

124. Har Du under de senaste tre månaderna för egna besvär eller sjukdom ...*Sätt ett kryss på varje rad!*

	Nej	Ja
a. ... varit inlagd på sjukhus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... besökt läkare på sjukhusmottagning, vårdcentral eller liknande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... besökt akutmottagning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... besökt distriktssköterska?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

125. a) Har Du någon gång under de senaste 12 månaderna testat Dig och fått provsvar för HIV eller någon annan sexuellt överförbar sjukdom (STD)?

- Ja
 Nej
 Minns inte

b) Om JA, vilken/vilka?

- Hiv
 Klamydia
 Syfilis
 Gonorré
 Annan

+

+



126. a) Har Du någon gång under de senaste 6 månaderna sökt läkare, vårdcentral eller sjukhus på grund av att Du fallit omkull och skadat Dig?

- Nej —————> *Gå till fråga 127*
- Ja, en gång
- Ja, flera gånger

Om du 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 eller 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 127*
- Ja, i någon grad
- Ja, i hög grad

f) Om JA: 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





127. Har Du under de senaste tre månaderna ansett Dig vara i behov av läkarvård, men inte sökt vård?

- Nej —————> *Gå till fråga 129*
 Ja

128. Vilken var orsaken/orsakerna till att Du inte sökte vård?

Du kan ange flera alternativ.

- Besvären gick över
 Hade inte råd
 För långa väntetider
 Tycker inte jag kan få någon hjälp
 Kom inte fram på telefon
 Fick inte tag på någon läkare
 Kände inte till någon bra läkare
 Hade inte tid
 Ville vänta ett tag
 Annan orsak, vad? Skriv i rutan:

129. Har Du själv valt Din vårdcentral (aktiv listning)?

- Ja
 Nej
 Vet ej

130. Hur drivs Din vårdcentral?

- I offentlig regi
 I privat regi
 Vet ej

131. Har Du bytt vårdcentral sedan maj 2009?

- Ja
 Nej —————> *Gå till fråga 133*

132. Om Du bytt vårdcentral, varför gjorde Du det?

- Ändrad bostadsadress
 Vårdcentralen ligger närmare mitt arbete
 Vårdcentralen lades ner
 Öppettiderna passade bättre
 Följde med "min läkare" till ny vårdcentral
 Var inte nöjd med vårdcentralen (bemötande, utbud etc.)
 Annat

133. Har Du någon gång ordinerats fysisk aktivitet på recept?

- Ja
 Nej





Till sist

134. Ett viktigt syfte med undersökningen är att analysera hur bostadsmiljön påverkar Din hälsa. För att kunna göra noggranna beräkningar av exempelvis trafikbuller och luftföroreningar kring din bostad så behöver vi tillgång till din adresskoordinat. Om du godkänner detta, kommer SCB att hämta din adresskoordinat från Lantmäteriets register och koppla den till dina enkätsvar och registeruppgifter, samt lämna ut uppgifterna till Region Skåne. De insamlade uppgifterna kommer alltid att presenteras så att ingen enskild persons svar kan utläsas.

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

135. Kan Du tänka dig att bli kontaktad för att svara på kompletterande frågor. Om Du går med på det, vänligen fyll i uppgifter om namn, adress och telefonnummer. Om Du inte vill bli kontaktad kryssar Du för Nej och utelämnar namn, adress o.s.v.

- Ja
- Nej

Förnamn

Efternamn

Gatuadress

Postnummer

Ort

Telefonnummer

Riktnummer

Nummer

136. Finns det något övrigt som Du vill påpeka och som handlar om Din hälsa, hälsorisker i Din hemkommun eller saker som Du skulle vilja göra för att Din hemkommun ska bli en bättre kommun att leva och bo i?

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



+

+

+

+

+

+

+

+

