

# FRÅGE- FORMULÄR



**Malmö • Kost • Cancer**

Claesgatan 7, 2 vån, 214 01 Malmö  
Tel 040-33 60 20

## Bäste deltagare i Malmö Kost Cancer!

Du deltar just nu i Sveriges största kost och cancer undersökning. Vi vill med denna undersökning ta reda på vad i vår mat som skyddar mot eller ökar risken för cancer. Orsaker till cancer varierar beroende på vilket organ som drabbas och ett flertal olika livsstilsfaktorer som t.ex kostvanor och rökning har sannolikt stor betydelse.

För att öka kunskapen om hur cancer uppkommer behöver vi få svar på en rad olika frågor utöver **kostvanor** och näringsintag. **Tidigare och nuvarande sjukdomar** och **fysiska aktivitet** kan påverka Dina kostvanor varför vi ställer frågor om detta. Frågor kring **släktingars sjukdomar** skall belysa ärftlighetens roll för risken att utveckla cancer.

Kan **yrke** eller **arbetsplats** ha betydelse för uppkomst av cancer? Dessa och många andra frågor söker vi svaren på med hjälp av frågor kring både den **fysiska** och den **psykiska miljön** såväl på arbete som under fritid.

Försök att besvara alla frågor så fullständigt som möjligt. All information i detta formulär är sekretessbelagd. Endast Du själv och vi som arbetar i studien har tillgång till den information som Du lämnar.

**Endast Du kan hjälpa oss att få en ökad kunskap om det komplicerade samspel som kan finnas mellan olika livsstilsfaktorer och cancer.**



**Malmö • Kost • Cancer**

Claesgatan 7, 2 vån, 214 01 Malmö  
Tel 040-33 60 20

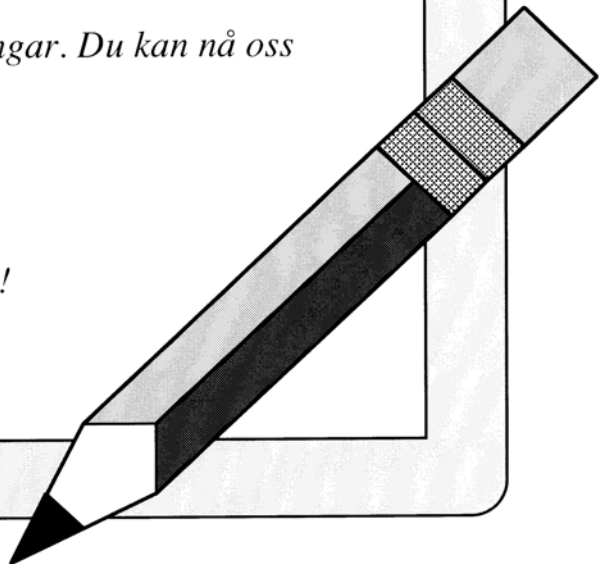
## **Så här fyller Du i frågeformuläret:**

*De flesta frågorna besvaras med ett kryss för det svarsalternativ som stämmer bäst in på Dig själv. I några fall kan Du kryssa i flera svarsalternativ på samma fråga. I så fall står det angivet direkt efter frågan.*

*Fyll i frågeformuläret hemma och tag med det vid Ditt andra besök.*

*Om Du undrar över något i formuläret står vi gärna till tjänst med upplysningar. Du kan nå oss på telefon 33 60 20.*

*Stort tack för Din medverkan!*



## Utbildning - Yrke

### 1. Kryssa för det av alternativen som bäst motsvarar den högsta utbildning Du fått

*Endast ett svarsalternativ!*

- 1 Ej fullständig folkskola eller oavslutad grundskola
- 2 Folkskola, normalt 6-8 år
- 3 Grundskola, realexamen (även praktisk, högre folkskola, flickskola, folkhögskola)
- 4 Studentexamen (även 2-, 3- eller 4-årigt gymnasium)
- 5 Utbildning minst ett år utöver studentexamen (t ex folkskolläraryrket, högskola eller universitet utan examen)
- 6 Examen från universitet eller högskola

### 2. Vilket av följande stämmer bäst in på Dig?

*Endast ett svarsalternativ!*

- 1 Hemarbetande (arbetar ej utanför hemmet)
- 2 Förvärvsarbetande, **antal timmar per vecka** |\_\_|\_\_|\_\_|  
(ange antalet timmar per vecka så exakt som möjligt, såväl om Du har deltidsarbete som om Du har *mer än ett* arbete)
- 3 Pensionär (förtidspension, sjukbidrag/sjukpension, ålderspension)
- 4 Studerande
- 5 Arbetslös, sedan |\_\_|\_\_|\_\_| månader

### 3. Hur många timmar i veckan arbetar Du i genomsnitt med "hushållsarbete" (inkl att gå ut och handla)?

Antal |\_\_|\_\_|\_\_| timmar per vecka

### 4. Är Du för närvarande sjukskriven?

- 1 Nej
- 2 Ja, sedan när? 19 |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|

*Ange år och månad när sjukskrivningen inleddes*

**5. När Du växte upp, vilket yrke hade familjeförsörjaren (vanligtvis far)?**

YK80-kod |\_\_|\_\_|\_\_|

SEI |\_\_|\_\_|

a) Yrke/Arbete

.....

b) Huvudsakliga arbetsuppgifter

.....

.....

c) Vad gör/gjorde eller tillverkade Din fader (alternativt moder)?

.....

.....

d) Anställningsförhållande:

1 Anställd

2 Egen företagare utan anställda

3 Egen företagare med 1-9 anställda

4 Egen företagare med 10 eller fler anställda

**Vilka förvärvsarbeten/yrken har Du haft i Ditt yrkesverksamma liv?**

*Om Du bytt mellan snarlika yrken, räkna detta som **ett enda** yrke. Ta inte med arbeten Du haft under kortare tid än två år. Börja med det senaste eller nuvarande och gå sedan bakåt i tiden.*

**6 a). Har Du haft något arbete längre än två år?**

1 Ja, jag har arbetat under sammanlagt |\_\_|\_\_| år

2 Nej (Om nej gå till fråga nr 56)

**6 b). Hur många förvärvsarbeten/yrken har Du haft?**

Antal |\_\_|\_\_|

**7. Yrke nr 1 (senaste eller nuvarande yrket/arbetet)**

a) Fr o m 19 \_\_\_\_|\_\_\_\_ T o m 19 \_\_\_\_|\_\_\_\_ YK80-kod \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|  
SEI \_\_\_\_|\_\_\_\_

b) Yrke/Arbete

.....

c) Huvudsakliga arbetsuppgifter (Vad gjorde eller tillverkade Du?)

.....  
.....

d) Vad gjorde man eller tillverkade man på arbetsplatsen?

.....  
.....

e) Arbetsplatsens (arbetsplatsernas) namn och adress (inkl ort)

.....  
.....  
.....

f) Anställningsförhållande:

- 1 Anställd
- 2 Egen företagare utan anställda
- 3 Egen företagare med 1-9 anställda
- 4 Egen företagare med 10 eller fler anställda

**8. Yrke nr 2**

a) Fr o m 19 |\_\_|\_\_| T o m 19 |\_\_|\_\_| YK80-kod |\_\_|\_\_|\_\_|  
SEI |\_\_|\_\_|

b) Yrke/Arbete  
.....

c) Huvudsakliga arbetsuppgifter (Vad gjorde eller tillverkade Du?)  
.....  
.....

d) Vad gjorde man eller tillverkade man på arbetsplatsen?  
.....  
.....

- e) Anställningsförhållande:
- 1 Anställd
  - 2 Egen företagare utan anställda
  - 3 Egen företagare med 1-9 anställda
  - 4 Egen företagare med 10 eller fler anställda

**9. Yrke nr 3**

a) Fr o m 19 |\_\_|\_\_| T o m 19 |\_\_|\_\_| YK80-kod |\_\_|\_\_|\_\_|  
SEI |\_\_|\_\_|

b) Yrke/Arbete  
.....

c) Huvudsakliga arbetsuppgifter (Vad gjorde eller tillverkade Du?)  
.....  
.....

d) Vad gjorde man eller tillverkade man på arbetsplatsen?  
.....  
.....

- e) Anställningsförhållande:
- 1 Anställd
  - 2 Egen företagare utan anställda
  - 3 Egen företagare med 1-9 anställda
  - 4 Egen företagare med 10 eller fler anställda

**Frågorna 10-55 gäller Ditt nuvarande eller senaste yrke/arbete (enligt fråga 7, yrke nr 1)**

*För Dig som **inte** är i arbete just nu, dvs Du som är pensionerad, sjukskriven, arbetslös eller studerande, gäller frågorna 10-55 Ditt **senaste** arbete*

**Medför och kräver Ditt arbete att Du:**

**10. Sitter?**

- 1 Nästan inte/Inte alls  
 2 Något  
 3 Mycket

**11. Står stilla?**

- 1 Nästan inte/Inte alls  
 2 Något  
 3 Mycket

**12. Går?**

- 1 Nästan inte/Inte alls  
 2 Något  
 3 Mycket

**13. Ligger?**

- 1 Nästan inte/Inte alls  
 2 Något  
 3 Mycket

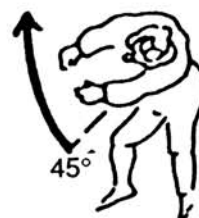
**14. Står på ett eller två knä eller sitter på huk?**

- 1 Nästan inte/Inte alls  
 2 Något  
 3 Mycket



**15. Arbetar med kraftigt vriden rygg?**

- 1 Nästan inte/Inte alls  
 2 Något  
 3 Mycket



**16. Arbetar med ryggen kraftigt framåtböjd?**

- 1 Nästan inte/Inte alls  
 2 Något  
 3 Mycket





**17. Arbetar med huvudet bakåtböjt?**

- 1 Nästan inte/Inte alls  
 2 Något  
 3 Mycket



**18. Arbetar med huvudet något framåtböjt?**

- 1 Nästan inte/Inte alls  
 2 Något  
 3 Mycket

**19. Arbetar med huvudet kraftigt framåtböjt?**

- 1 Nästan inte/Inte alls  
 2 Något  
 3 Mycket



**20. Arbetar med lyftade och/eller framåtsträckta armar?**

- 1 Nästan inte/Inte alls  
 2 Något  
 3 Mycket



**21. Utför samma fingerrörelser många gånger per minut (t ex tangentbordsarbete)?**

- 1 Nästan inte/Inte alls  
 2 Något  
 3 Mycket

**22. Utför samma armrörelser många gånger per minut (t ex förpackningsarbete, målning, fönsterputsning)?**

- 1 Nästan inte/Inte alls  
 2 Något  
 3 Mycket

**23. Utför noggranna rörelser (t ex musiker, mikroskopist, tandläkare, finmekaniker)?**

- 1 Nästan inte/Inte alls  
 2 Något  
 3 Mycket

**24. Arbetar på underlag som skakar t ex förarstol?**

- 1 Nästan inte/Inte alls  
 2 Något  
 3 Mycket

**25. Arbetar med handhållna maskiner som vibrerar?**

- 1 Nästan inte/Inte alls  
 2 Något  
 3 Mycket

**26. Med egen muskelkraft lyfter/hanterar föremål som väger några hekto?**

- 1 Nästan inte/Inte alls  
 2 Något  
 3 Mycket

**27. Med egen muskelkraft lyfter/hanterar föremål som väger 1-5 kg?**

- 1 Nästan inte/Inte alls  
 2 Något  
 3 Mycket

**28. Med egen muskelkraft lyfter/hanterar föremål som väger 6-15 kg?**

- 1 Nästan inte/Inte alls  
 2 Något  
 3 Mycket

**29. Med egen muskelkraft lyfter/hanterar föremål som väger 16-45 kg?**

- 1 Nästan inte/Inte alls  
 2 Något  
 3 Mycket

**30. Med egen muskelkraft lyfter/hanterar föremål som väger mer än 45 kg?**

- 1 Nästan inte/Inte alls  
 2 Något  
 3 Mycket

**31. Hoppas, kliver eller genomför liknande förflyttning mellan olika höjder?**

- 1 Nästan inte/Inte alls  
 2 Något  
 3 Mycket

**32. Utsätts för plötsligt oväntat stora belastningar ("olyckstillbud")?**

- 1 Nästan inte/Inte alls  
 2 Ibland  
 3 Ofta

**33. Vilken grad av fysisk aktivitet krävs vanligtvis i Ditt arbete?**

- 1 **Mycket lätt**  
Sittande arbete (ex köra fordon, läsa, kontorsarbete, undervisning)
- 2 **Lätt**  
Stå med liten muskelaktivitet (ex matning, utdelning av medicin i vård, diska, finmekaniskt servicearbete)
- 3 **Medeltungt**  
Muskelarbete med medeltung intensitet (ex gå omkring, lyfta/bära mindre än 5 kg, tvätta, bädda, städa, snickeriarbete, barn tillsyn)
- 4 **Tungt**  
Muskelarbete med ganska hög intensitet och ökad andhämtning (ex underhåll, tyngre servicearbete, lyfta, bära, vända patienter i vård, sopa gator, tyngre trädgårdsarbete, lasta och lossa varor)
- 5 **Mycket tungt**  
Muskelarbete med hög intensitet och kraftigt ökad andhämtning (ex betonggjutning, timmermansarbete, skyffla jord, sand, lyfta, bära mer än 25 kg)

**34. Hur kroppsligt ansträngande upplever Du vanligtvis Ditt arbete?**

*Kryssa i lämplig ruta mellan 0 och 14*

- 0
- 1 Mycket, mycket lätt
- 2
- 3 Mycket lätt
- 4
- 5 Ganska lätt
- 6
- 7 Något ansträngande
- 8
- 9 Ansträngande
- 10
- 11 Mycket ansträngande
- 12
- 13 Mycket, mycket ansträngande
- 14

**35. Hur stor del av Din arbetstid är förlagd utomhus?**

- 1 Ingen
- 2 Ganska lite
- 3 Lika mycket ute och inne
- 4 Ganska mycket
- 5 All

**36. Kräver Ditt arbete att Du arbetar mycket fort?**

- 1 Ja, ofta
- 2 Ja, ibland
- 3 Nej, sällan
- 4 Nej, så gott som aldrig

**37. Kräver Ditt arbete att Du arbetar mycket hårt?**

- 1 Ja, ofta
- 2 Ja, ibland
- 3 Nej, sällan
- 4 Nej, så gott som aldrig

**38. Kräver Ditt arbete en *för stor* arbetsinsats?**

- 1 Ja, ofta
- 2 Ja, ibland
- 3 Nej, sällan
- 4 Nej, så gott som aldrig

**39. Har Du tillräckligt med tid för att hinna med arbetsuppgifterna?**

- 1 Ja, ofta
- 2 Ja, ibland
- 3 Nej, sällan
- 4 Nej, så gott som aldrig

**40. Förekommer det ofta motstridiga krav i Ditt arbete?**

- 1 Ja, ofta
- 2 Ja, ibland
- 3 Nej, sällan
- 4 Nej, så gott som aldrig

**41. Får Du lära Dig nya saker i Ditt arbete?**

- 1 Ja, ofta
- 2 Ja, ibland
- 3 Nej, sällan
- 4 Nej, så gott som aldrig

**42. Kräver Ditt arbete skicklighet?**

- 1 Ja, ofta
- 2 Ja, ibland
- 3 Nej, sällan
- 4 Nej, så gott som aldrig

**43. Kräver Ditt arbete påhittighet?**

- 1 Ja, ofta
- 2 Ja, ibland
- 3 Nej, sällan
- 4 Nej, så gott som aldrig

**44. Innebär Ditt arbete att man gör samma sak om och om igen?**

- 1 Ja, ofta
- 2 Ja, ibland
- 3 Nej, sällan
- 4 Nej, så gott som aldrig

**45. Har Du frihet att bestämma *hur* Ditt arbete skall utföras?**

- 1 Ja, ofta
- 2 Ja, ibland
- 3 Nej, sällan
- 4 Nej, så gott som aldrig

**46. Har Du frihet att bestämma *vad* som skall utföras i Ditt arbete?**

- 1 Ja, ofta
- 2 Ja, ibland
- 3 Nej, sällan
- 4 Nej, så gott som aldrig

**47. Hur ofta innebär Ditt arbete övertidsarbete?**

- 0 *Saknar fastlagd arbetstid*
- 1 Regelbundet, varje vecka
- 2 Relativt ofta, varje månad
- 3 Relativt sällan, någon gång om året
- 4 Aldrig

**48. Innebär Ditt arbete att Du har obekväma arbetstider eller skiftarbete?**

- 1 Ja  
 2 Nej

**49. Är Du rotad och känner en stark samhörighet med Dina arbetskamrater?**

- 0 Saknar arbetskamrater  
 1 I hög grad  
 2 I viss mån  
 3 Inte speciellt  
 4 Inte alls

**50. Det är en lugn och behaglig stämning på min arbetsplats**

- 0 Saknar arbetskamrater  
 1 Stämmer helt och hållet  
 2 Stämmer ganska ofta  
 3 Stämmer inte särskilt bra  
 4 Stämmer inte alls

**51. Det är god sammanhållning**

- 0 Saknar arbetskamrater  
 1 Stämmer helt och hållet  
 2 Stämmer ganska ofta  
 3 Stämmer inte särskilt bra  
 4 Stämmer inte alls

**52. Mina arbetskamrater ställer upp för mig**

- 0 Saknar arbetskamrater  
 1 Stämmer helt och hållet  
 2 Stämmer ganska ofta  
 3 Stämmer inte särskilt bra  
 4 Stämmer inte alls

**53. Man har förståelse för att jag kan ha en dålig dag**

- 0 *Saknar arbetskamrater*
- 1 Stämmer helt och hållet
- 2 Stämmer ganska ofta
- 3 Stämmer inte särskilt bra
- 4 Stämmer inte alls

**54. Jag kommer bra överens med mina överordnade**

- 0 *Saknar överordnade*
- 1 Stämmer helt och hållet
- 2 Stämmer ganska ofta
- 3 Stämmer inte särskilt bra
- 4 Stämmer inte alls

**55. Jag trivs bra med mina arbetskamrater**

- 0 *Saknar arbetskamrater*
- 1 Stämmer helt och hållet
- 2 Stämmer ganska ofta
- 3 Stämmer inte särskilt bra
- 4 Stämmer inte alls

## Nationalitet

**56. Är Du född i Sverige?**

- 1 Ja       2 Nej – a) Vilket land är Du född i? .....
- b) Flyttade till Sverige år 19 |\_\_|\_\_|

**57. Hur många år har Du bott i Malmö?**

Antal år |\_\_|\_\_|

## Socialt nätverk och socialt stöd

58. Vilket är Ditt *civilstånd*?

- 1 Gift
- 2 Ogift
- 3 Frånskild
- 4 Änka/Änkling

59. Bor Du ensam?

- 1 Ja
- 2 Nej, tillsammans med make/maka/sambo **utan** barn
- 3 Nej, tillsammans med make/maka/sambo **med** barn
- 4 Nej, tillsammans med barn **utan** annan vuxen
- 5 Nej, tillsammans med föräldrar
- 6 Nej, tillsammans med annan

60. Har Du sista tiden känt Dig stressad eller psykiskt pressad på grund av problem eller krav utanför arbetet?

- 1 Ja
- 2 Nej

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

- 1 Ja, utan tvekan
- 2 Ja, troligen
- 3 Nej, troligen inte
- 4 Nej, inte alls

62. Hur många personer tycker Du att Du känner väl och kan prata med om det mesta (släktingar, vänner, grannar, arbetskamrater).

- 0 0
- 1 1-3
- 2 4-6
- 3 7-9
- 4 10-15
- 5 16-30
- 6 Fler än 30



**63. 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?**

- 1 Ja, helt säkert
- 2 Ja, troligen
- 3 Inte helt säkert
- 4 Nej

**64. Har Du någon person som Du känner att Du kan vara Dig helt själv inför, som accepterar Dig med alla Dina förtjänster och brister?**

- 1 Ja, helt säkert
- 2 Ja, troligen
- 3 Inte helt säkert
- 4 Nej

**65. Händer det att Du känner Dig ensam?**

- 1 Ofta
- 2 Ibland
- 3 Sällan
- 4 Aldrig

**66. Om Du är medlem i en förening, skulle Du kunna säga att Du känner en stark *samhörighet* med denna förening och dess medlemmar?**

- 0 *Är ej föreningsmedlem*
- 1 I hög grad
- 2 I viss mån
- 3 Inte speciellt
- 4 Inte alls

**67. Känner Du en stark *samhörighet* med Din släkt (utöver make, maka, sambo och barn)?**

- 0 *Saknar släkt*
- 1 I hög grad
- 2 I viss mån
- 3 Inte speciellt
- 4 Inte alls

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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 deltagit i studiecirkel/kurs på Din arbetsplats? | <input type="checkbox"/> 8 varit på sporttillställning  |
| <input type="checkbox"/> 2 deltagit i studiecirkel/kurs på Din fritid?      | <input type="checkbox"/> 9 skrivit insändare i tidning/tidskrift?   |
| <input type="checkbox"/> 3 deltagit i fackföreningsmöte?                    | <input type="checkbox"/> 10 deltagit i demonstration av något slag?   |
| <input type="checkbox"/> 4 deltagit i annat föreningsmöte?                  | <input type="checkbox"/> 11 besökt offentlig tillställning, exempelvis nattklubb, danstillställning eller liknande? |
| <input type="checkbox"/> 5 varit på teater/bio?                             | <input type="checkbox"/> 12 deltagit i större släktsammankomst?   |
| <input type="checkbox"/> 6 varit på konstutställning?                       | <input type="checkbox"/> 13 varit på privat fest hos någon?   |
| <input type="checkbox"/> 7 varit i kyrkan?                                  | <input type="checkbox"/> 14 inget av ovanstående  |

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

- |                            |                |
|----------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | I hög grad     |
| <input type="checkbox"/> 2 | I viss mån     |
| <input type="checkbox"/> 3 | Inte speciellt |
| <input type="checkbox"/> 4 | Inte alls      |

**70. Är Du med i en grupp av vänner som har eller gör något gemensamt som t ex spelar kort, lyssnar på musik, gör utflykter etc?**

- |                            |     |
|----------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> 1 | Ja  |
| <input type="checkbox"/> 2 | Nej |

## Frågor om känslor och tankar senaste månaden

Vi frågar Dig nu **hur ofta** Du känt eller tänkt på ett visst sätt. Även om några av frågorna är ganska lika, finns det skillnader mellan dem och vi ber Dig ta ställning till var och en av dem. Försök att välja det alternativ som Du tycker är en rimlig sammanfattande bedömning.

**71. Under senaste månaden: Hur ofta har Du känt att Du *inte* kunde kontrollera viktiga saker i Ditt liv?**

- 1 Aldrig
- 2 Nästan aldrig
- 3 Ibland
- 4 Ganska ofta
- 5 Mycket ofta

**72. Under senaste månaden: Hur ofta har Du känt Dig *osäker* på Din förmåga att hantera Dina personliga problem?**

- 1 Aldrig
- 2 Nästan aldrig
- 3 Ibland
- 4 Ganska ofta
- 5 Mycket ofta

**73. Under senaste månaden: Hur ofta har Du tyckt att saker och ting *inte* blivit som Du önskat?**

- 1 Aldrig
- 2 Nästan aldrig
- 3 Ibland
- 4 Ganska ofta
- 5 Mycket ofta

**74. Under senaste månaden: Hur ofta har Du känt att svårigheterna vuxit Dig över huvudet?**

- 1 Aldrig
- 2 Nästan aldrig
- 3 Ibland
- 4 Ganska ofta
- 5 Mycket ofta

## Fysisk aktivitet – på fritiden

### 75. Motion på fritiden och förflyttning till och från arbetet

Frågorna gäller dels aktiviteter på fritiden och dels hur Du tar Dig till och från arbetet, men **inte** aktiviteter i arbetet.

Ange i tabellen nedan hur många **minuter** Du i genomsnitt **per vecka** ägnar Dig åt de uppräknade aktiviteterna **under de olika årstiderna**. Du ska försöka uppskatta den **aktiva tiden** förutom omklädning, duschning och liknande. Om Du saknar något kan Du själv lägga till det i slutet av tabellen.

EXEMPEL	Vår	Sommar	Höst	Vinter
	Antal minuter per vecka			
Promenad (minuter/vecka) (även till och från arbetet)	<u>195</u>	<u>315</u>	<u>20</u>	<u>225</u>

Kryssa här för de aktiviteter som Du sällan eller aldrig deltar i		Vår	Sommar	Höst	Vinter
	↓	Antal minuter per vecka			
<b>Ange antalet minuter per vecka</b>	↓				
Badminton (minuter/vecka)	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	.....
Bordtennis (minuter/vecka)	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	.....
Fotboll/handboll (minuter/vecka)	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	.....
Golf (minuter/vecka)	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	.....
Jogging/löpning (minuter/vecka)	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	.....
Motionsgymnastik (minuter/vecka)	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	.....
Orientering (minuter/vecka)	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	.....
Simning (minuter/vecka)	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	.....
Tennis (minuter/vecka)	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	.....
Cykel (minuter/vecka) (även till och från arbetet)	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	.....
Promenad (minuter/vecka) (även till och från arbetet)	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	.....
Gång i trappa (minuter/vecka)	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	.....
Gammaldans (minuter/vecka)	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	.....
Sällskapsdans (minuter/vecka)	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	.....
Gräsklippning (handgräsklippning) (minuter/vecka)	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	.....
Grävning (för hand) (minuter/vecka)	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	.....
Trädgårdsarbete (minuter/vecka)	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	.....
..... (minuter/vecka)		.....	.....	.....	.....

**76. Hur många timmar brukar Du sova:**

**a) under en *typisk vardag* (måndag-fredag)?**

Antal timmar    |\_\_|\_\_|

**b) under en *typisk lördag eller söndag*?**

Antal timmar    |\_\_|\_\_|

**77. Hur stora problem har Du med att:**

**a) somna på kvällen?**

- 1    Inga
- 2    Små
- 3    Medelmåttiga
- 4    Mycket stora

**Hur stora problem har Du med att:**

**b) Du vaknar under natten?**

- 1    Inga
- 2    Små
- 3    Medelmåttiga
- 4    Mycket stora

**Hur stora problem har Du med att:**

**c) Du vaknar för tidigt?**

- 1    Inga
- 2    Små
- 3    Medelmåttiga
- 4    Mycket stora

**Hur stora problem har Du med att:**

**d) sömnen inte gör Dig utvilad?**

- 1    Inga
- 2    Små
- 3    Medelmåttiga
- 4    Mycket stora

78. Hur många timmars sömn anser Du att Du behöver per natt? |\_\_|\_\_| tim

79. Vaknar Du under natten?

1 Nej, aldrig

2 Ja, |\_\_|\_\_| gånger  
(antal)

## Tobakskonsumtion

### 80. Röker Du?

- 1 Ja, röker regelbundet  
 2 Ja, röker ibland  
 3 Nej, slutade röka år 19 |\_\_|\_\_|  
 4 Nej, har aldrig rökt

### 81. Hur många år har Du sammanlagt rökt regelbundet?

- 0 Aldrig rökt

Antal år |\_\_|\_\_|

### 82. Hur mycket röker Du?

- 0 Röker ej

Antal |\_\_|\_\_| cigaretter per dag

Antal |\_\_|\_\_| cigarrer eller cigarrcigaretter per dag

Antal |\_\_|\_\_| gram piptobak per vecka

### 83. Snusar Du?

- 1 Ja, antal snusdosor per vecka |\_\_|\_\_|  
 2 Nej

### 84. Tuggar Du tobak?

- 1 Ja  
 2 Nej

### 85. Använder Du nikotintuggummi?

- 1 Ja  
 2 Nej

### 86. Rökte några av Dina föräldrar när Du var barn?

- 1 Ja  
 2 Nej

**87. Röker eller har den/de Du sammanbor med rökt i bostaden?**

- 1 Nej
- 2 Ja, mindre än 10 år
- 3 Ja, 10-20 år
- 4 Ja, mer än 20 år

**88. Vistas Du regelbundet eller har Du regelbundet vistats i arbetslokaler (utom bostaden) där man röker?**

- 1 Nej
- 2 Ja, mindre än 10 år
- 3 Ja, 10-20 år
- 4 Ja, mer än 20 år



## Alkoholkonsumtion

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

- 0 Har ej druckit något det senaste året (*gå till fråga 98*)
- 1 Har druckit någon gång under det senaste året, men EJ under de senaste 30 dagarna (*gå till fråga 98*)
- 2 Har druckit någon gång under de senaste 30 dagarna

Följande frågor gäller Din alkoholkonsumtion de senaste 30 dagarna.  
Om Du inte druckit något gå till fråga 98.

90. Hur många dagar sammanlagt under 30-dagarsperioden drack Du öl (ej lättöl), vin eller sprit?      
Antal dagar (max 30)

91. Hur många dagar av 30-dagarsperioden drack Du öl (ej lättöl)?      
Antal dagar

92. Hur mycket öl (ej lättöl) drack Du i allmänhet på en sådan dag?

Antal 33 cl flaskor                      Antal 45 cl burkar

93. Hur många dagar av 30-dagarsperioden drack Du vin?      
Antal dagar

94. Hur mycket vin drack Du i allmänhet på en sådan dag?

Antal glas (12 cl)                      Antal halvflaskor (37 cl)                      Antal helflaskor (75 cl)

95. Hur många dagar av 30-dagarsperioden drack Du sprit, t ex vodka, brännvin eller whisky?      
Antal dagar

96. Hur mycket sprit drack Du i allmänhet på en sådan dag?

Antal glas (4-6 cl)/drinkar                      Antal halvflaskor (37 cl)                      Antal helflaskor (75 cl)

97. Hur många dagar av 30-dagarsperioden hände det, att Du på en dag drack

- a) 5 flaskor öl eller 4 burkar öl (ej lättöl) eller mer?      
Antal dagar
- b) 1 flaska vin eller mer?      
Antal dagar
- c) 37 cl sprit eller mer?      
Antal dagar

## Hälsotillstånd

98. Hur mycket vägde Du vid 20 års ålder?

|\_|\_|\_|\_| kg

99. Hur har Din vikt ändrat sig sedan 20 års ålder?

- 1 Vikten har varit densamma
- 2 Successivt ökat i vikt
- 3 Successivt minskat i vikt
- 4 Vikten har gått upp och ned

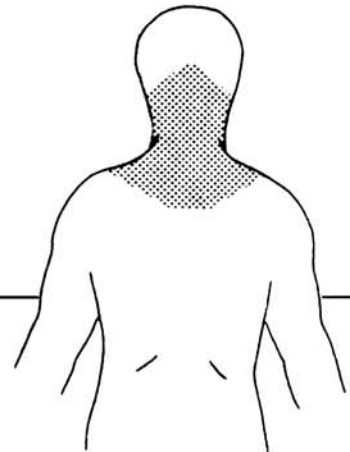
100. Hur känner Du Dig just nu, fysiskt och psykiskt, om Du ser till Din hälsa och Ditt välbefinnande?

Kryssa i lämplig ruta mellan 1 och 7

- 1 Mår mycket dåligt, kunde inte må sämre
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7 Mår mycket bra, kunde inte må bättre

101. Har Du haft besvär i *nacken* (smärta, värk, obehag) någon gång under de senaste 12 månaderna?

- 1 Nej, aldrig
- 2 Ja, någon gång
- 3 Ja, ibland
- 4 Ja, ofta
- 5 Ja, hela tiden



102. Har Du besvär i *nacken* just nu?

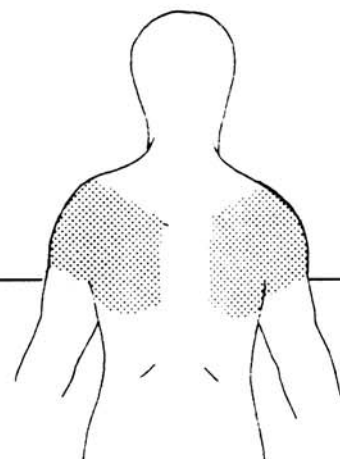
- 1 Ja
- 2 Nej

103. Har Du de senaste 12 månaderna varit sjukskriven för *nackbesvären*?

- 0 Har ej haft nackbesvär
- 1 Nej, inte varit sjukskriven
- 2 Ja, 1-7 dagar
- 3 Ja, 8-30 dagar
- 4 Ja, 31-90 dagar
- 5 Ja, mer än 90 dagar

**104. Har Du haft besvär i axlar/skuldror (smärta, värk, obehag) någon gång under de senaste 12 månaderna?**

- 1 Nej, aldrig
- 2 Ja, någon gång
- 3 Ja, ibland
- 4 Ja, ofta
- 5 Ja, hela tiden



**105. Har Du besvär i axlar/skuldror just nu?**

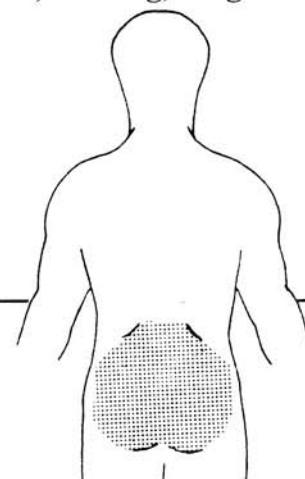
- 0 Har ej haft besvär i axlar/skuldror
- 1 Ja
- 2 Nej

**106. Har Du de senaste 12 månaderna varit sjukskriven för besvären i axlar/skuldror?**

- 0 Har ej haft besvär i axlar/skuldror
- 1 Nej, inte varit sjukskriven
- 2 Ja, 1-7 dagar
- 3 Ja, 8-30 dagar
- 4 Ja, 31-90 dagar
- 5 Ja, mer än 90 dagar

**107. Har Du haft besvär i länd-/korsryggen (smärta, värk, obehag) någon gång under de senaste 12 månaderna?**

- 1 Nej, aldrig
- 2 Ja, någon gång
- 3 Ja, ibland
- 4 Ja, ofta
- 5 Ja, hela tiden



**108. Har Du besvär i länd-/korsryggen just nu?**

- 1 Ja
- 2 Nej

**109. Har Du de senaste 12 månaderna varit sjukskriven för besvären i länd-/korsryggen?**

- 0 Har ej haft besvär i länd-/korsryggen
- 1 Nej, inte varit sjukskriven
- 2 Ja, 1-7 dagar
- 3 Ja, 8-30 dagar
- 4 Ja, 31-90 dagar
- 5 Ja, mer än 90 dagar

**110. Har Du haft besvär i händer, handleder eller armbågar någon gång under de senaste 12 månaderna?**

- 1 Nej, aldrig
- 2 Ja, någon gång
- 3 Ja, ibland
- 4 Ja, ofta
- 5 Ja, hela tiden

**111. Har Du besvär i händer, handleder eller armbågar just nu?**

- 1 Ja
- 2 Nej

**112. Har Du de senaste 12 månaderna varit sjukskriven för besvären i händer, handleder eller armbågar?**

- 0 *Har ej haft besvär i händer, handleder eller armbågar*
- 1 Nej, inte varit sjukskriven
- 2 Ja, 1-7 dagar
- 3 Ja, 8-30 dagar
- 4 Ja, 31-90 dagar
- 5 Ja, mer än 90 dagar

**113. Har Du behandlats eller vårdats för någon eller några av följande sjukdomar?**

**Hjärtinfarkt (propp i hjärtat)**

- 1 Nej
- 2 Ja → Antal gånger |\_\_|\_\_| Senast 19 |\_\_|\_\_|

**Slaganfall (hjärnblödning, propp i hjärnan)**

- 1 Nej
- 2 Ja → Antal gånger |\_\_|\_\_| Senast 19 |\_\_|\_\_|

**Kärlkramp i benen (fönstertittarsjuka)**

- 1 Nej
- 2 Ja → Behandlats sedan 19 |\_\_|\_\_|

**Högt blodtryck**

- 1 Nej
- 2 Ja → Behandlats sedan 19 |\_\_|\_\_|

**Diabetes**

- 1 Nej  
 2 Ja → Behandlats sedan 19 |\_\_|\_\_|

**Struma**

- 1 Nej  
 2 Ja → När? År 19 |\_\_|\_\_|

**Magsår (funnet på röntgen eller vid gastroscopi)**

- 1 Nej  
 2 Ja → Antal gånger |\_\_|\_\_| Senast 19 |\_\_|\_\_|

**Cancer**

- 1 Nej  
 2 Ja → Senast år 19 |\_\_|\_\_|

**Astma/kronisk luftrörskatarr**

- 1 Nej  
 2 Ja → Sedan 19 |\_\_|\_\_|

**Ledgångsreumatism**

- 1 Nej  
 2 Ja → Sedan 19 |\_\_|\_\_|

**Inflammatorisk tarmsjukdom**

- 1 Nej  
 2 Ja → Sedan 19 |\_\_|\_\_|

**Njursten**

- 1 Nej  
 2 Ja → Röntgenundersökning 19 |\_\_|\_\_|

**114. Har Du de sista två veckorna haft förkylning eller luftvägsinfektion?**

- 1 Ja  
 2 Nej

**115. Har Du väsentligen ändrat Dina kostvanor på grund av sjukdom eller annan orsak?**

- 1 Ja  
 2 Nej gå till fråga 120

**116. Om ja, sedan när?** År 19 |\_\_|\_\_|

**117. Om ja, varför har Du ändrat Dina kostvanor?**

*(Fler än ett alternativ kan förkryssas)*

**a) Hälsa/sjukdom**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Högt blodtryck  | <input type="checkbox"/> 7 Hålla vikten      |
| <input type="checkbox"/> 2 Högt blodfett   | <input type="checkbox"/> 8 Rör mig mindre    |
| <input type="checkbox"/> 3 Övervikt        | <input type="checkbox"/> 9 Hjärt-kärlsjukdom |
| <input type="checkbox"/> 4 Rör mig mer     | <input type="checkbox"/> 10 Mag-tarmbesvär   |
| <input type="checkbox"/> 5 Sockersjuka     | <input type="checkbox"/> 11 Psykisk ohälsa   |
| <input type="checkbox"/> 6 Högt blodsocker | <input type="checkbox"/> 12 Allergi          |

**b) Andra faktorer**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Ändrade arbetstider    | <input type="checkbox"/> 6 Äter numera tillsammans med med flera |
| <input type="checkbox"/> 2 Fysiskt tyngre arbete  | <input type="checkbox"/> 7 Försämrade ekonomi                    |
| <input type="checkbox"/> 3 Äter numera ensam      | <input type="checkbox"/> 8 Pension                               |
| <input type="checkbox"/> 4 Arbetslöshet           | <input type="checkbox"/> 9 Anhörigs sjukdom                      |
| <input type="checkbox"/> 5 Fysiskt lättare arbete |  |
| <input type="checkbox"/> 10 Annan orsak           |  |

**118. Vem eller vad var viktigast för att Du skulle ändra Dina kostvanor?**

*(Kryssa bara i ett alternativ)*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Sjukdom               | <input type="checkbox"/> 5 Dietist                     |
| <input type="checkbox"/> 2 Läkareundersökning    | <input type="checkbox"/> 6 Ändrade arbetsförhållanden  |
| <input type="checkbox"/> 3 Hälsoundersökning     | <input type="checkbox"/> 7 Ändrade levnadsförhållanden |
| <input type="checkbox"/> 4 Kost/hälsainformation | <input type="checkbox"/> 8 Anhörig                     |
| <input type="checkbox"/> 9 Annan orsak           |  |

**119. Om ja, hur har Du ändrat Dina kostvanor?**

(Fler än ett alternativ kan förkryssas)

Äter **mer** av:

- 1 kött
- 2 grönsaker
- 3 frukt
- 4 fett
- 5 fiber
- 6 all mat (större portioner)
- 7 vitamin-/hälsopreparat
- 8 vegetarisk kost
- 9 äter fler lagade mål

Äter **mindre** av:

- 1 kött
- 2 grönsaker
- 3 frukt
- 4 fett
- 5 fiber
- 6 all mat (mindre portioner)
- 7 vitamin-/hälsopreparat
- 8 vegetarisk kost
- 9 slopar något av målen

**120. Hur är Dina kostvanor just nu?**

Äter:

- 1 all typ av mat
- 2 vegetarisk mat (ej fisk och kött)
- 3 vegan kost (enbart livsmedel från växtriket)
- 4 diabeteskost
- 5 annan kost (t ex glutenfri kost, fettreducerad kost)

**121. Vilka mediciner utskrivna på recept använder Du regelbundet (även lugnande medicin och sömnmedel)?**

- 0 Tar inga mediciner alls

Namn	Mot vad (sjukdom)	Styrka	Antal tabletter per dag	Vilket år påbörjades medicineringen?
.....	.....	.....	_ _	19  _ _
.....	.....	.....	_ _	19  _ _
.....	.....	.....	_ _	19  _ _
.....	.....	.....	_ _	19  _ _
.....	.....	.....	_ _	19  _ _

**122. Vilka mediciner (även vitaminer) som Du själv köpt på apotek utan recept använder Du regelbundet?**

0 Tar inga mediciner alls

Namn	Mot vad (sjukdom)	Styrka	Antal tabletter per dag	Vilket år påbörjades medicineringen?
.....	.....	.....	_ _	19  _ _
.....	.....	.....	_ _	19  _ _
.....	.....	.....	_ _	19  _ _
.....	.....	.....	_ _	19  _ _
.....	.....	.....	_ _	19  _ _

**123. Använder Du vitaminer, naturmedel, örtmediciner eller andra preparat inköpta på annat ställe än apotek (t ex hälsokostaffär, livsmedelsaffär, på postorder)?**

1 Ja, regelbundet

2 Ja, ibland

3 Nej, aldrig



## Sjukdomar i släkten

### 124. Far har haft/har

cancer	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	vet ej <input type="checkbox"/>
hjärtinfarkt (propp i hjärtat)	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	vet ej <input type="checkbox"/>
slaganfall (hjärnblödning, propp i hjärnan)	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	vet ej <input type="checkbox"/>

Far är född år |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| mån |\_\_|\_\_| dag |\_\_|\_\_|

Är i livet ja  nej  → avliden år |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

### 125. Mor har haft/har

cancer	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	vet ej <input type="checkbox"/>
hjärtinfarkt (propp i hjärtat)	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	vet ej <input type="checkbox"/>
slaganfall (hjärnblödning, propp i hjärnan)	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	vet ej <input type="checkbox"/>

Mor är född år |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| mån |\_\_|\_\_| dag |\_\_|\_\_|

Är i livet ja  nej  → avliden år |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

### Fråga 126-133 gäller Dina syskon

Om Du har fler än 7 syskon, skriv **i första hand** upp de syskon som har eller har haft någon av sjukdomarna **i frågan**

126. Har inga syskon  gå till fråga 134

127. Min bror  – halvbror  – syster  – halvsysster

har haft/har:

cancer	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	vet ej <input type="checkbox"/>
hjärtinfarkt (propp i hjärtat)	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	vet ej <input type="checkbox"/>
slaganfall (hjärnblödning, propp i hjärnan)	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	vet ej <input type="checkbox"/>

Mitt syskon är fött år |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| mån |\_\_|\_\_| dag |\_\_|\_\_|

Är i livet ja  nej  → avliden år |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**128.** Min bror  - halvbror  - syster  - halvsystem

har haft/har:

cancer	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	vet ej <input type="checkbox"/>
hjärtinfarkt (propp i hjärtat)	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	vet ej <input type="checkbox"/>
slaganfall (hjärnblödning, propp i hjärnan)	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	vet ej <input type="checkbox"/>

**Mitt syskon** är fött år |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| mån |\_\_|\_\_| dag |\_\_|\_\_|

Är i livet ja  nej  → avliden år |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**129.** Min bror  - halvbror  - syster  - halvsystem

har haft/har:

cancer	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	vet ej <input type="checkbox"/>
hjärtinfarkt (propp i hjärtat)	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	vet ej <input type="checkbox"/>
slaganfall (hjärnblödning, propp i hjärnan)	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	vet ej <input type="checkbox"/>

**Mitt syskon** är fött år |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| mån |\_\_|\_\_| dag |\_\_|\_\_|

Är i livet ja  nej  → avliden år |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**130.** Min bror  - halvbror  - syster  - halvsystem

har haft/har:

cancer	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	vet ej <input type="checkbox"/>
hjärtinfarkt (propp i hjärtat)	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	vet ej <input type="checkbox"/>
slaganfall (hjärnblödning, propp i hjärnan)	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	vet ej <input type="checkbox"/>

**Mitt syskon** är fött år |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| mån |\_\_|\_\_| dag |\_\_|\_\_|

Är i livet ja  nej  → avliden år |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**131.** Min bror  - halvbror  - syster  - halvsystem

har haft/har:

cancer	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	vet ej <input type="checkbox"/>
hjärtinfarkt (propp i hjärtat)	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	vet ej <input type="checkbox"/>
slaganfall (hjärnblödning, propp i hjärnan)	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	vet ej <input type="checkbox"/>

**Mitt syskon** är fött år |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| mån |\_\_|\_\_| dag |\_\_|\_\_|

Är i livet ja  nej  → avliden år |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

132. Min bror  - halvbror  - syster  - halvsystem

har haft/har:

cancer	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	vet ej <input type="checkbox"/>
hjärtinfarkt (propp i hjärtat)	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	vet ej <input type="checkbox"/>
slaganfall (hjärnblödning, propp i hjärnan)	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	vet ej <input type="checkbox"/>

Mitt syskon är fött år |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| mån |\_\_|\_\_| dag |\_\_|\_\_|

Är i livet ja  nej  → avliden år |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

133. Min bror  - halvbror  - syster  - halvsystem

har haft/har:

cancer	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	vet ej <input type="checkbox"/>
hjärtinfarkt (propp i hjärtat)	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	vet ej <input type="checkbox"/>
slaganfall (hjärnblödning, propp i hjärnan)	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	vet ej <input type="checkbox"/>

Mitt syskon är fött år |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| mån |\_\_|\_\_| dag |\_\_|\_\_|

Är i livet ja  nej  → avliden år |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**OBS! Glöm inte fråga 134 angående sjukdomar som drabbat Ditt/Dina barn!**

134. Något av mitt/mina barn har haft/har

cancer	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	vet ej <input type="checkbox"/>
hjärtinfarkt (propp i hjärtat)	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	vet ej <input type="checkbox"/>
slaganfall (hjärnblödning, propp i hjärnan)	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	vet ej <input type="checkbox"/>

Saknar barn

## Följande frågor gäller endast kvinnor

135. Använder Du eller har Du använt p-piller?

- <sub>1</sub> Ja  
<sub>2</sub> Nej (Om nej gå till fråga 138)

136. När började Du använda p-piller?

År 19 |\_\_|\_\_|

137. Hur många år har Du använt p-piller?

Antal år |\_\_|\_\_|

138. Vilket år började Dina menstruationer?

År 19 |\_\_|\_\_|

139. Vilket år upphörde Dina menstruationer?

<sub>0</sub> Har ej upphört

År 19 |\_\_|\_\_|

140. Hur många barn har Du fött och hur länge ammade Du?

Antal barn |\_\_|\_\_| <sub>0</sub> Har ej fött några barn

	Födelseår	Ammat antal månader
1	19  __ __	__ __
2	19  __ __	__ __
3	19  __ __	__ __
4	19  __ __	__ __
5	19  __ __	__ __

141. Har Du haft något missfall?

- <sub>1</sub> Nej  
<sub>2</sub> Ja, antal |\_\_|\_\_| st