



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](http://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](mailto:skanehalsa@scb.se)

Postadress: 701 89 Örebro

[www.scb.se](http://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](mailto: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  
 Fränskild  
 Änka, änklings 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

+

+



+

+

## 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"/>

Om Du inte arbetar → Gå till fråga 18

### 17. a) Har Du varit tvungen att stanna hemma från arbete på grund av sjukdom, skada eller andra besvär under det senaste året?

- Nej, inte alls det senaste året → Gå till fråga 18  
 Ja

### b) Om JA: Hur många arbetsdagar? Räkna bara arbetsdagar!

arbetsdagar

### 18. 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

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

- Ja, utan glasögon  
 Ja, med glasögon  
 Nej

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

- Ja, utan hörapparat  
 Ja, med hörapparat  
 Nej

+

+

+

+

<b>21. Kan Du springa en kortare sträcka (cirka 100 meter)?</b>						
<input type="checkbox"/> Ja						
<input type="checkbox"/> Nej						
<b>22. Är Du på grund av Ditt hälsotillstånd begränsad i någon av följande aktiviteter?</b> <i>Sätt ett kryss på varje rad.</i>						
			Ja	Nej		
a.	Kan Du gå upp ett trappsteg utan besvär? <i>T.ex. stiga på buss eller tåg</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	Kan Du ta en kortare promenad (ca 5 min) i någonlunda rask takt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>23. Om Du svarat JA på någon av ovanstående frågor gällande nedsatt rörelseförmåga, under hur lång tid har Du haft denna begränsning?</b> <i>Markera ett alternativ.</i>						
<input type="checkbox"/>	Mindre än 1 år	<input type="text"/>	(antal)	månader		
<input type="checkbox"/>	Mer än 1 år	<input type="text"/>	(antal)	år		
<b>24. Besvara varje delfråga med det alternativ som stämmer bäst.</b>						
		Nej, inte alls	Ibland	Ofta	Alltid	Vet ej
a.	Har Du för närvarande problem med stamning? <i>T.ex. "st-st-st-stamning", eller låsningar i talet</i>	<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 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 type="text"/>					År
<b>25. Tror Du att Du kan göra något själv för att bevara en god hälsa?</b>						
<input type="checkbox"/> Ja, jag tror att egen insats är mycket betydelsefull						
<input type="checkbox"/> Ja, jag tror att egen insats har viss betydelse						
<input type="checkbox"/> Nej, jag tror inte att egen insats har någon betydelse						
<b>26. Har Du någonsin på grund av sjukdom, skada eller besvär varit tvungen att sluta ett arbete, byta till annat arbete eller andra arbetsuppgifter?</b>						
<input type="checkbox"/> Ja, jag har bytt arbete/arbetsuppgifter						
<input type="checkbox"/> Ja, jag har slutat ett arbete						
<input type="checkbox"/> Ja, jag har först bytt arbete/arbetsuppgifter och sedan slutat arbeta						
<input type="checkbox"/> Nej						

+

+

+

+

**27. 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 dyster 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

**28. 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"/>

+

+



29. 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 30

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

30. 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

31. 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

32. Känner Du Dig stressad i Din vardag?

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

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

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

34. 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







**35. Upplever Du att Du gjort nytta de senaste veckorna?**

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

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

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

**37. Har Du ständigt känt Dig spänd de senaste veckorna?**

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

**38. 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

**39. 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

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

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

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

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

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

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





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

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

44. 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

45. 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     |

46. 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

47. 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

48. 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

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

- Nej → Gå till fråga 51
- Ja



**50. 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:

**51. 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****52. 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, ordinarie 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.

**53. 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



**54. Vill Du öka Din fysiska aktivitet?**

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

**55. 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

**56. 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

**57. a) Röker Du?**

- Ja, dagligen  
 Ja, men inte alla dagar → Gå till fråga 58  
 Nej → Gå till fråga 58

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

cigaretter dagligen

cigarriller dagligen

cigarrer dagligen

gram piptobak i veckan

} Gå till fråga 59

+

+

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

- Nej → Gå till fråga 60  
 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

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

--	--

 år

60. Vill Du sluta röka?

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

61. 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 arbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	På annan plats inomhus, t.ex. hos vänner, i bilen osv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

62. Snusar Du dagligen?

- Nej  
 Ja → Gå till fråga 65

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

- Nej  
 Ja

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

- Nej → Gå till fråga 67  
 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:

--	--	--	--

+

+



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

år

66. Om Du snusar dagligen: Hur mycket snusar Du i genomsnitt?

gram snus i veckan

Snusar ej dagligen

67. Vill Du sluta snusa?

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

68. Har Du någon gång rökt vattenpipa?

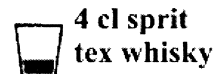
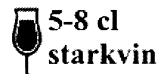
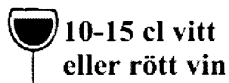
- Ja  
 Nej → Gå till fråga 70

69. 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:



70. 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 82

71. 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



**72. 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

**73. 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

**74. 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"/>

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



antal dagar från 0 till 30

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

- Har ej druckit något det senaste året —————> *Gå till fråga 82*
- Har druckit någon gång under det senaste året, men EJ under de senaste 30 dagarna —————> *Gå till fråga 81*
- Har druckit någon gång under de senaste 30 dagarna

**77. 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





78. 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

79. 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

80. 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

81. Vill Du minska Din alkoholkonsumtion?

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

82. 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





+

+

**83. 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

**84. 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

**85. 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

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

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

- Nej —————> Gå till fråga 89  
 Ja

**87. 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

**88. 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

**89. 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

+

+



**90. 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

**91. 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

**92. 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

**93. 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"/>

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

- I hög grad  
 I viss mån  
 Inte speciellt  
 Inte alls



**95. Känner Du en stark samhörighet med Dina arbetskamrater?**

- Arbetar ej  
 Har inga arbetskamrater  
 I hög grad  
 I viss mån  
 Inte speciellt  
 Inte alls

**96. 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"/> |

**97. 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"/> |

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

- Nej → *Gå till fråga 100*  
 Ja, någon gång  
 Ja, flera gånger

**99. 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     |                                   |





**100. 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

**101. 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

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

- Ja  
 Nej → Gå till fråga 103

**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

**103. Vilket förtroende har Du för följande institutioner i samhället?**

	Sätt ett kryss på varje rad!	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"/>







Nedan följer några frågor till Dig som förvärvsarbetar (även Du som är sjukskriven eller föräldra-/ tjänstledig).

Övriga → Gå till fråga 118

106. a) Har Du förvärvsarbetat under de senaste 12 månaderna?

- Nej  
 Ja

b) Om JA: Hur många månader har Du förvärvsarbetat under de senaste 12 månaderna?

månader

c) Hur många timmar arbetar Du per vecka, i genomsnitt?

timmar

107. Inkluderar Din tjänstgöring något av följande?

*Du kan ange flera alternativ*

- Dagtid  
 Nattarbete  
 Helgarbete  
 Skiftarbete  
 Jour/beredskap  
 Annat

108. Vilken är Din nuvarande anställningsform?

*Ange endast ett alternativ!*

- Egen företagare  
 Fast anställd (tillsvidareanställd)  
 Vikarieanställd  
 Projektanställd  
 Timanställd  
 Anställd på personaluthyrnings- eller bemanningsföretag  
 Provanställd  
 Annan anställning

109. Om Du är anställd eller egen företagare, vilket är Ditt anställningsförhållande?

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

110. a) Har Du varit ofrivilligt arbetslös någon gång under de senaste tre åren?

- Ja  
 Nej

b) Om JA: Ungefär hur lång tid har Du sammanlagt varit arbetslös under de senaste tre åren?

månader

111. Är Du orolig för att förlora Ditt arbete inom det närmaste året?

- Inte alls orolig  
 Inte särskilt orolig  
 Ganska orolig  
 Mycket orolig





**112. Det företag/den arbetsplats Du idag arbetar på, är det den arbetsplats Du önskar arbeta på i framtiden?**

- Ja  
 Nej

**113. Är det yrke Du har idag det yrke Du önskar ha i framtiden?**

- Ja  
 Nej

**114. Hur många gånger under de senaste 12 månaderna har det hänt att Du gått till arbetet trots att Du med tanke på Ditt hälsotillstånd egentligen borde ha sjukskrivit Dig?**

- Ingen gång  
 En gång  
 Några gånger  
 Många gånger

**Om Du inte förvärvsarbetat alls under de senaste 12 månaderna → Gå till fråga 117**

**115. Håller Du med om följande påståenden?**

<i>Sätt ett kryss på varje rad!</i>		Håller inte alls med	Håller inte med	Håller med	Håller med fullständigt
a.	Mitt arbete kräver att jag lär mig nya saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Mitt arbete innebär att jag gör samma sak om och om igen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	I mitt arbete måste man vara påhittig och kreativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	I mitt arbete får jag fatta egna beslut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Mitt arbete kräver stor skicklighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Jag har mycket lite frihet att bestämma hur mitt arbete ska utföras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Jag får göra många olika saker i mitt arbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Jag har mycket att säga till om vad det gäller det som händer på mitt arbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Jag har möjlighet att utveckla min egen förmåga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Mitt arbete kräver att jag arbetar mycket snabbt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.	Mitt arbete kräver att jag arbetar mycket hårt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l.	Man kräver inte för stor arbetsinsats av mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m.	Jag har tillräckligt med tid för att få arbetet utfört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n.	Jag slipper motstridiga krav från andra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o.	I mitt arbete krävs långa perioder av intensiv koncentration på uppgiften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p.	Jag avbryts ofta i mina arbetsuppgifter innan de är färdiga och måste senare ta itu med dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q.	Mitt arbete är mycket hektiskt (stressigt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r.	Jag måste ofta slå av på takten i mitt arbete för att vänta på att arbetskamrater eller andra avdelningar ska bli klara med sina uppgifter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



+

+

**Håller Du med om följande påståenden?**

	Saknar/ saknade arbetsledare	Håller inte alls med	Håller inte med	Håller med	Håller med fullständigt
s. Min arbetsledare (chef) bryr sig om dem som arbetar under honom/henne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t. Min arbetsledare (chef) lyssnar på vad jag har att säga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u. Min arbetsledare (chef) hjälper mig att få jobbet gjort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v. Min arbetsledare (chef) är bra på att få folk att samarbeta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Saknar/ saknade arbets- kamrater	Håller inte alls med	Håller inte med	Håller med	Håller med fullständigt
w. Mina arbetskamrater är duktiga i sina jobb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
x. Mina arbetskamrater är intresserade av mig som människa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
y. Mina arbetskamrater är vänliga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
z. Mina arbetskamrater hjälper till att få jobbet gjort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**116. a) Hur många dagar i veckan pendlar Du?***Med pendling menas att färdas till och från arbete samma dag.*

- Aldrig  
 1-2 dagar  
 3 dagar eller fler  
 Veckopendlar

**b) Hur tar Du dig vanligtvis till arbetet?***Flera alternativ är möjliga.*

- Promenad  
 Cykel  
 Bil  
 Buss  
 Tåg  
 Annat

**c) Hur lång tid tar det att komma till arbetet, enkel resa?**

- Mindre än 15 minuter  
 15-30 minuter  
 30-60 minuter  
 1-1,5 timme  
 1,5-2 timmar  
 Mer än 2 timmar

+

+



+

+

<b>117. Vilken betydelse anser Du att följande faktorer kan ha för Din egen risk att bli sjukskriven?</b>						
<i>Sätt ett kryss på varje rad!</i>		Mycket stor	Ganska stor	Inte särskilt stort	Ingen	Ingen åsikt/ ej aktuellt
a.	En dålig arbetsmiljö på grund av skadliga ämnen, buller, belastande arbetsställningar/lyft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	För stora psykologiska krav i arbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	För lite inflytande över arbetsituationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Dåligt stöd från arbetsledarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Dålig stämning bland arbetskamraterna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Oro för att förlora jobbet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Problem i familjen/privatlivet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Svårt att få tid för behandling av hälsoproblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**118. Hur många timmar per vecka lägger Du ned på arbete i hemmet (som inte är yrkesarbete)?**  
*T.ex. handla, laga mat, sköta ekonomin, tvätta, städa, sköta barn, underhålla bil, hus, trädgård.*

0-2 timmar/vecka  
 3-10 timmar/vecka  
 11-20 timmar/vecka  
 21-30 timmar/vecka  
 31 timmar/vecka eller mer

**119. Hur ofta har det hänt att Du under de senaste 12 månaderna haft svårigheter att klara av Dina räkningar (hyra, el, telefon, räntor, amorteringar, försäkringar etc.)?**

Varje månad  
 Ungefär hälften av årets månader  
 Någon enstaka gång  
 Aldrig

**120. Om Du plötsligt skulle hamna i en oförutsedd situation, där Du på en vecka måste skaffa fram 14 000 kronor, skulle Du klara det?**

Ja  
 Nej

+

+



## Företagshälsovård

Dessa frågor gäller Dig som förvärvsarbetar (även du som är sjukskriven eller föräldra-/tjänstledig).

Övriga *Gå till fråga 122*

121. a) Finns det tillgång till företagshälsovård på Din arbetsplats?

Ja

Nej *Gå till fråga 122*

Vet ej

b) Om det finns företagshälsovård på Din arbetsplats: Har Du själv haft kontakt med företagshälsovården under de senaste två åren?

Ja

Nej *Gå till fråga 122*

c) Om JA, med vad?

*Du kan kryssa i mer än en ruta.*

Ja, i samband med genomgång av arbetsmiljön på min arbetsplats

Ja, för hälsoundersökning

Ja, i rehabiliteringsärende

Ja, i annat ärende

## Hem, hushåll och boendemiljö

122. Vilken typ av bostad bor Du i?

Egen villa/radhus

Bostadsrätt/andelsrätt

Hyresrätt

Inneboende, studentlägenhet/rum

Annat

123. Hur många personer bor i familjens bostad?

person/personer

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

rum

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

år



**126. 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?**
  - 0-6 år
  - 7-12 år
  - 13-17 år
  - 18 år eller äldre

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

- Nej → *Gå till fråga 128*
- Ja

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

--	--

 timmar per vecka
**128. 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

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

- Mycket bra
- Ganska bra
- Ganska dåligt
- Mycket dåligt
- Vet ej

**130. Tänk på omgivningen där Du bor, tycker Du att...***Sätt ett kryss på varje rad!*

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



+

+

**131. 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"/>

**132. 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

133. 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

## Vårdutnyttjande

134. 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"/>

135. 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





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

- Nej —————> *Gå till fråga 138*  
 Ja

**137. 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:

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

- Ja  
 Nej  
 Vet ej

**139. Hur drivs Din vårdcentral?**

- I offentlig regi  
 I privat regi  
 Vet ej

**140. Har Du bytt vårdcentral sedan maj 2009?**

- Ja  
 Nej —————> *Gå till fråga 142*

**141. Om Du bytt vårdcentral, varför gjorde Du det?**

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

**142. Har Du någon gång ordinerats fysisk aktivitet på recept?**

- Ja  
 Nej





## Till sist

**143. 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.

**144. 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

**145. 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!**







+

+

+

+



+

+

+

+

