



LUNDS  
UNIVERSITET

Jubileumsinstitutionen  
Avdelningen för onkologi

SOL

0  
+

1990-1992

lä 25-65 år

40 000 kontroller

## Melanom – vem och varför?

- **Uppföljningsenkät**

ka eubät  
nästan likadant

tid-sjd. (lista, diagnosålder)

längd-vikt      födelse  
18 år  
nu

civilstånd -

nuv. yoke

fys. akt.

total-alkohol

grav - amning

## Angående enkät om faktorer, som kan vara av betydelse för uppkomsten av tumörsjukdomen malignt melanom

Vi har tidigare tacksamt tagit emot Ert svar på ett frågeformulär om olika riskfaktorer för uppkomsten av malignt melanom (den tumörsjukdom som ökar mest i Sverige). Ni besvarade den enkäten i egenskap av frisk jämförelseperson för 8–10 år sedan. Forskningsprojektet fortsätter framåt i tiden och vi skulle vilja ställa några kompletterande frågor om bland annat solvanor de senaste tio åren (det vill säga under den tid som förflutit sedan föregående intervju).

Det skulle vara till stor hjälp för oss som forskar i dessa frågor om Ni kunde hjälpa till och besvara samma enkät en gång till precis så noga som Ni tidigare gjort.

Undersökningen har stöd av Cancerfonden och lokala forskningsfonder i Lund. All information som Ni lämnar är givetvis konfidentiell och skyddas av sekretesslagen. Svaren kommer att databearbetas på ett sådant sätt att några uppgifter ej kan relateras till enskild person.

Frågeformulären återsändes i bifogat svarskuvert. Vid behov kommer Ni att kontaktas per telefon för komplettering av frågor.

Skulle Ni inte vilja delta är vi tacksamma om Ni skickar åter formuläret oifyllt i bifogat svarskuvert.

Stort tack på förhand.

Med vänlig hälsning

*Håkan Olsson*

Professor, överläkare

Onkologiska kliniken

*Christian Ingvar*

Docent, överläkare

Kirurgiska kliniken

*Johan Westerdahl*

Docent, avd läkare

Kirurgiska kliniken

*Torgil Möller*

Docent, överläkare

Regionala Tumörregistret

Universitetssjukhuset i Lund

221 85 Lund

Vid frågor ring gärna 046-17 75 52

## **Frågeformulär över eventuella faktorer som kan vara av betydelse för uppkomst av hudtumörsjukdomen malignt melanom**

Datum för ifyllande av enkäten: .....

Namn: .....

Ålder: .....

Adress: .....

Postnummer: ..... Postadress: .....

Telefonnummer: .....

Frågeformuläret ifylles med kryss för rätt alternativ eller med korta textsvar.

## Tidigare sjukhistoria

1. Har Ni haft eller har Ni någon av följande sjukdomar?	ja	nej	vet ej
Cancersjukdom eller elakartad tumörsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Godartad tumörsjukdom (t ex meningeom, prostataförstoring)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Missbildning (t ex läpp-gomspalt, ryggmärgsbråck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärt/kärlsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (sockersjuka)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärnblödning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endokrina sjukdomar (t ex sköldkörtelsjukdom, struma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hormonrubbingar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reumatiska sjukdomar (t ex reumatoid arthrit, SLE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykisk sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hudsjukdom (t ex psoriasis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan kronisk sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat handikapp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan sjukdom, vad .....	<input type="checkbox"/>		

Om Ni kryssade **Ja** vid någon sjukdom var god ange vad den kallas och hur gammal Ni var när den upptäcktes, det vill säga ålder vid diagnos.

Sjukdom	Ålder vid diagnos
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

**2. Har Ni fått blodtransfusion?**

- Nej  
 Ja, vilket år? .....

**3. Har Ni behandlats med något läkemedel längre än en månad?**

- Nej  
 Ja, vilket läkemedel?

Läkemedel	Hur länge?	När?
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

## Konstitution, matvanor och diet

**4. Födelse, längd och vikt**

**Föddes Ni på beräknad tid?**

- Ja  Vet ej  
 Nej, jag föddes ..... veckor *innan* beräknad tid  
jag föddes ..... veckor *efter* beräknad tid

- Hur lång var Ni vid födelsen ..... cm  Vet ej  
Hur lång var Ni vid 18 års ålder ..... cm  Vet ej  
Hur lång är Ni nu? ..... cm  
Hur mycket vägde Ni vid födelsen ..... g  Vet ej  
Hur mycket vägde Ni vid 18 års ålder ..... kg  Vet ej  
Hur mycket väger Ni nu ..... kg

**5. För Ni speciell diet (exempelvis vegetarian)?**

- Nej  
 Ja, ange vilken .....

**6. Undviker Ni någon födotyp?**

- Nej  
 Ja, ange vilken .....

## Släkt

7. Har Ni någon första grads släkting (far, mor, syster, bror, dotter eller son) som har eller har haft tumörsjukdomen melanom?

Nej

Ja, hur är Ni släkt? .....

Vid vilken ålder fick släktingen sin sjukdom? .....

8. Har någon annan släkting opererats för melanom?

Nej

Ja, hur är Ni släkt? .....

9. Har någon släkting haft mer än ett melanom?

(Besvaras om fråga 7 eller 8 besvarats med ja).

Nej

Ja, hur är Ni släkt? .....

10. Har Ni någon första grads släkting (far, mor, syster, bror, dotter eller son) som har eller har haft annan tumör- eller cancersjukdom?

Nej

Ja, hur är Ni släkt och vilken sjukdom har släktingen drabbats av?

Släkting ..... Sjukdom .....

Släkting ..... Sjukdom .....

## Civilstånd och yrke

11. Vilket är Ert civilstånd?

Ogift

Gift, sammanboende

Frånskild

Änka, änklings

12. Har Ni förvärvsarbete?

Nej

Ja, ange Ert nuvarande yrke .....

Namn på företag/arbetsplats .....

## Fysisk aktivitet

**13. Är/var Ni fysiskt aktiv, om Ni ej räknar in utövande av sport/idrott?**

De senaste åren

aldrig  då och då  mer än en timma per vecka

I 18–30 års åldern

aldrig  då och då  mer än en timma per vecka

I barndomen (yngre än 18 år)

aldrig  då och då  mer än en timma per vecka

**14. Bedriver Ni förutom Er dagliga sysselsättning även regelbunden motion?**

- Nej
- Ja, promenad någon gång i veckan
- Ja, promenader flera gånger i veckan
- Ja, cykling, simning, motionsgymnastik, motionsdans eller dylikt en eller flera gånger i veckan

**15. Har Ni sysslat med aktiv tävlingsidrott under uppväxttiden eller i vuxen ålder?**

- Nej
- Ja, nämn vilken idrott och vilket år.

---

---

## Solvanor

**16. När Ni vistas i starkt solsken för första gången varje år, hur brukar då Er hud reagera efter första dagens solexponering?**

- Brun direkt
- Först lätt röd, därefter brun
- Rödbränd med eventuell sveda som försvinner inom första dygnet
- Ordentligt rödbränd (med eventuella blåsor) och smärta/sveda under två dagar

**17. Hur brukar Er hud reagera efter flera dagars upprepad vistelse i starkt solsken?**

- Djup solbränna (mörkt brunbränd)
- Moderat solbränna (moderat brunbränd)
- Lätt solbränna (lätt brunbränd)
- Ingen solbränna alls

18. Hur ofta brukar Ni sola under ett sommarhalvår (april – september)?

- Aldrig
- 1 – 14 gånger
- 15 – 30 gånger
- Mer än 30 gånger

19. Hur länge brukar Ni då som regel sola vid varje tillfälle?

- Mindre än 30 minuter
- 30 minuter – 1 timme
- 1 timme – 3 timmar
- Mer än 3 timmar

20. Brukar Ni sola under vinterhalvåret t ex i samband med semester i fjällen/alperna?

- Nej
- 0 – 3 soldagar
- 4 – 10 soldagar
- Mer än 10 soldagar

21. Brukar Ni under semestern åka utomlands för att sola och bada?

- Aldrig
- Någon enstaka gång, vart eller vartannat år
- Vanligen 1 gång årligen
- Två eller flera gånger per år

22. Har Ni bränt Er riktigt ordentligt röd med ordentlig sveda i skinnet i samband med solning?

- | Under barndomen<br>före 15 års ålder        | I ungdomen<br>15 – 19 års ålder             | I vuxen ålder<br>20 års ålder och senare    |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aldrig             | <input type="checkbox"/> Aldrig             | <input type="checkbox"/> Aldrig             |
| <input type="checkbox"/> Högst 2 gånger/år  | <input type="checkbox"/> Högst 2 gånger/år  | <input type="checkbox"/> Högst 2 gånger/år  |
| <input type="checkbox"/> 3 – 9 gånger/år    | <input type="checkbox"/> 3 – 9 gånger/år    | <input type="checkbox"/> 3 – 9 gånger/år    |
| <input type="checkbox"/> Minst 10 gånger/år | <input type="checkbox"/> Minst 10 gånger/år | <input type="checkbox"/> Minst 10 gånger/år |



**23. Besvaras endast om Ni bränt Er ordentligt tidigare av solen.**

Har det bildats blåsor i huden?

Nej

Ja

Har det blivit vätskande sår?

Nej

Ja

**24. När Ni vistas i solsken, använder Ni då någon form av solskyddsmedel?**

Aldrig

Någon enstaka gång

Oftast, i så fall med solskyddsfaktor: .....

Alltid, i så fall med solskyddsfaktor: .....

**25. Brukar Ni bränna Er trots att Ni använt skyddskräm?**

Aldrig

Någon gång

Alltid

**26. Varför brukar/brukade Ni använda solskyddskräm? (ange det huvudsakliga skälet)**

På grund av tidigare dålig erfarenhet av solen i form av till exempel solexem eller rödbrändhet

För att förebygga till exempel solexem

För att kunna solbada längre

Med anledning av myndigheters och hälsokampanjers rekommendationer

Annat skäl, ange vilket .....

**27. Brukar Ni använda solarium?**

Aldrig – fortsätt till fråga 33.

0 – 3 gånger/år

4 – 10 gånger/år

Mer än 10 gånger/år

**28. Hur länge brukar/brukade Ni sola solarium varje gång?**

1–15 min

16–30 min

31–45 min

Mer än 45 min

29. När Ni solar/solade solarium, hur många gånger per vecka gör/gjorde Ni det?

- 1 gång  
 2 gånger  
 3 eller flera gånger

30. Hur många veckor per år brukar/brukade Ni sola solarium?

- 1–5 veckor  
 6–10 veckor  
 11–15 veckor  
 16–20 veckor  
 21–30 veckor  
 31–40 veckor  
 41–52 veckor

31. När på året brukar/brukade Ni utnyttja solarium?

- Vinterhalvåret (oktober – mars)  
 Sommarhalvåret (april – september)  
 Hela året

32. När Ni solar solarium har Ni då bränt Er någon gång?

- Aldrig  
 Någon gång  
 Alltid

33. Vistas Ni utomhus i Ert arbete under sommarhalvåret (april – september)

- Nej, aldrig  
 Ja

Om ja, hur stor del av arbetstiden?

- Högst 5 timmar per vecka  
 6 – 20 timmar per vecka  
 Mer än 20 timmar per vecka

Om ja, hur stor del av sommarhalvåret?

- Mindre än 1 månad  
 1 – 2 månader  
 4 – 6 månader

Typ av utomhusarbete: .....

34. Har Ni under de senaste 10 åren varit bosatt utomlands i solrika områden  
t ex vid Medelhavet eller i länder med tropiskt klimat?

- Nej  
 Ja, i hur många månader .....

35. Var har Ni varit bosatt den största delen av Ert vuxna liv?

.....

## Rökvanor

36. Hur ser Era rökvanor ut?

- Jag har aldrig rökt  
 Jag röker/har rökt  
 Jag röker/har rökt pipa eller cigarr

37. Om Ni har rökt cigaretter, försök att ange hur mycket Ni  
i genomsnitt rökt per dag från 1990 och framåt:

Antal cigaretter per dag .....

## Alkoholvanor

38. Är Ni helnykterist?

- Nej  
 Ja, sedan vilken ålder .....

Om nej, hur ofta dricker Ni?

	Starksprit	Vin	Starköl	Folk/ mellanöl
Mindre än 1 gång/månad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 gång/månad – 1 gång/vecka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mer än 1 gång/vecka, men ej dagligen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dagligen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hur mycket dricker Ni per månad?

Folk/mellanöl ..... cl (Dricksglas ungefär 15 cl,  
Starköl ..... cl öflaska 33 cl och snapsglas 4 cl eller 6 cl)  
Vin ..... cl  
Starksprit ..... cl

## Hormonella förhållanden

39. Vid vilken ålder upphörde menstruationerna? (Besvaras endast om menstruationen upphört)

Ålder .....

Upphörde menstruationen spontant?

Ja

Nej

Upphörde menstruationen efter operation?

Ja

Nej

40. Har Ni varit gravid?

Nej

Ja

Om ja, hur många gånger har Ni varit gravid? .....

Hur många barn har Ni fött? .....

Vid vilken ålder fick Ni Ert/Era barn .....

Om Ni fått missfall, hur gammal var Ni då? .....

Om Ni genomgått abort, hur gammal var Ni då? .....

41. Har Ni ammat Ert/Era barn?

Nej

Ja

Hur länge ammande Ni respektive barn? Månader .....

42. Har Ni använt/använder Ni p-piller?

Nej

Ja

Under vilka år har Ni använt p-piller och vad hette preparatet?

Från och med / till och med

Total användningstid

Namn på preparatet

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

**43. Har Ni fått hormonell behandling för övergångsbesvär?**

Nej

Ja, under vilka år har Ni fått behandling och vad hette preparatet?

Från och med / till och med

Total användningstid

Namn på preparatet

.....

.....

.....

.....

**44. Har Ni fått hormonell behandling av andra skäl**

**(t ex för att bli gravid, nedläggning av amning, annan sjukdom, p-spruta)?**

Nej

Ja, under vilka år har Ni fått sådan behandling och vad hette preparatet?

Från och med / till och med

Total användningstid

Namn på preparatet

.....

.....

.....

.....

*Tack så mycket för att Ni ville fylla i enkäten!*