

## Hälsa Stockholm

### Så här fyller du i formuläret

Frågorna besvaras genom att sätta ett kryss i en ruta . Om du skulle råka sätta ett kryss i fel ruta, fyll i rutan helt  och sätt därefter ett nytt kryss i rätt ruta.

### Hälsotillstånd

#### 1. Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?

- Mycket gott    Gott    Någorlunda    Dåligt    Mycket dåligt

#### 2. a) Har du någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, funktionshinder eller annat långvarigt hälsoproblem?

- Nej  
 Ja → Om Ja:

#### b) Har dessa besvär medfört att din arbetsförmåga varit nedsatt eller att du hindrats i andra dagliga sysselsättningar?

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

### Covid-19

#### 3. Har du, eller tror du att du haft covid-19?

- Ja, jag har testats positivt för virus under pågående infektion  
 Ja, jag har testats positivt för antikroppar  
 Ja, jag tror det men har inte testat mig eller testats negativt för virus eller antikroppar  
 Nej → Gå till fråga 8

#### 4. När upplevde du de första symtomen på covid-19?

- |                                         |                                        |                                                                              |
|-----------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Februari 2020  | <input type="checkbox"/> Oktober 2020  | <input type="checkbox"/> Juni 2021                                           |
| <input type="checkbox"/> Mars 2020      | <input type="checkbox"/> November 2020 | <input type="checkbox"/> Juli 2021                                           |
| <input type="checkbox"/> April 2020     | <input type="checkbox"/> December 2020 | <input type="checkbox"/> Augusti 2021                                        |
| <input type="checkbox"/> Maj 2020       | <input type="checkbox"/> Januari 2021  | <input type="checkbox"/> September 2021                                      |
| <input type="checkbox"/> Juni 2020      | <input type="checkbox"/> Februari 2021 | <input type="checkbox"/> Oktober 2021                                        |
| <input type="checkbox"/> Juli 2020      | <input type="checkbox"/> Mars 2021     | <input type="checkbox"/> November 2021                                       |
| <input type="checkbox"/> Augusti 2020   | <input type="checkbox"/> April 2021    | <input type="checkbox"/> December 2021                                       |
| <input type="checkbox"/> September 2020 | <input type="checkbox"/> Maj 2021      | <input type="checkbox"/> Jag har inte haft några symtom<br>→ Gå till fråga 8 |

**5. Hur länge hade du symtom?**

Välj det alternativ som stämmer bäst för dig.

- 0–6 veckor → Gå till fråga 8  
 6 veckor till 3 månader  
 4–6 månader  
 7–9 månader  
 10 månader till 1 år  
 Över 1 år  
 Jag har fortfarande symtom, insjuknade för mindre än sex veckor sen → Gå till fråga 8  
 Jag har fortfarande symtom, insjuknade för sex veckor sen eller mer

**6. Vilka långvariga eller återkommande symtom på covid-19 har du haft som varat i 6 veckor eller mer?**

Du kan välja flera alternativ.

- |                                                                |                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Trötthet/utmattning                   | <input type="checkbox"/> Nästäppa eller snuva                                        |
| <input type="checkbox"/> Hosta                                 | <input type="checkbox"/> Illamående                                                  |
| <input type="checkbox"/> Ont i halsen                          | <input type="checkbox"/> Mag- och tarmproblem                                        |
| <input type="checkbox"/> Feber/frossa                          | <input type="checkbox"/> Problem med koncentration och/eller minne                   |
| <input type="checkbox"/> Huvudvärk                             | <input type="checkbox"/> Sömnsvårigheter                                             |
| <input type="checkbox"/> Smak eller luktbortfall               | <input type="checkbox"/> Mensrubbingar                                               |
| <input type="checkbox"/> Problem med ögon och syn              | <input type="checkbox"/> Brännande hud, utslag och klåda                             |
| <input type="checkbox"/> Hjärtklappning eller hög vilopuls     | <input type="checkbox"/> Tinnitus (besvärande ljud i öronen som andra inte kan höra) |
| <input type="checkbox"/> Smärta i bröstet, muskler eller leder | <input type="checkbox"/> Annat: .....                                                |
| <input type="checkbox"/> Andnöd/lufthunger                     |                                                                                      |

**7. Har dessa besvär medfört att din arbetsförmåga varit nedsatt eller att du hindrats i andra dagliga sysselsättningar?**

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

**Fysisk hälsa****8. Hur lång är du?**

Svara i hela centimeter

--	--	--

cm

**9. Hur mycket väger du?**

Svara i hela kilo

--	--	--

kg

**10. a) Har du under de senaste 6 månaderna haft ont i nacken eller skuldrorna?**

Om du har haft ont vid flera tillfällen, försök då uppskatta ett ungefärligt genomsnitt och kryssa i den ruta som ligger närmast.

- Nej  
 Ja, ett par dagar per månad eller mer sällan  
 Ja, ett par dagar per vecka eller oftare



Om Ja:

**b) Har dessa besvär medfört att din arbetsförmåga varit nedsatt eller att du hindrats i andra dagliga sysselsättningar?**

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

**11. a) Har du under de senaste 6 månaderna haft ont i nedre delen av ryggen?**

Om du har haft ont vid flera tillfällen, försök då uppskatta ett ungefärligt genomsnitt och kryssa i den ruta som ligger närmast.

- Nej  
 Ja, ett par dagar per månad eller mer sällan  
 Ja, ett par dagar per vecka eller oftare

Om Ja:

**b) Har dessa besvär medfört att din arbetsförmåga varit nedsatt eller att du hindrats i andra dagliga sysselsättningar?**

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

**12. a) Har du under de senaste 6 månaderna haft återkommande huvudvärk eller migrän?**

Om du har haft ont vid flera tillfällen, försök då uppskatta ett ungefärligt genomsnitt och kryssa i den ruta som ligger närmast.

- Nej  
 Ja, ett par dagar per månad eller mer sällan  
 Ja, ett par dagar per vecka eller oftare

Om Ja:

**b) Har dessa besvär medfört att din arbetsförmåga varit nedsatt eller att du hindrats i andra dagliga sysselsättningar?**

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

**13. Har du sömnsvårigheter?**

- Nej     Ja, lätta besvär     Ja, svåra besvär

Fråga 14 ställs enbart till personer med kvinnligt könsorgan.

**14. Besväras du av**

	Inga besvär	Lätta besvär	Måttliga eller svåra besvär	Inte relevant
a) fysisk smärta i slidöppningen eller andra delar av yttre könsorganen i samband med sex eller efter sex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) fysisk smärta djupt in i slidan eller i magen i samband med sex eller efter sex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Inga besvär	Lätta besvär	Måttliga eller svåra besvär	Menstruerar inte
c) återkommande ökad oro, ångest, nedstämdhet, irritation, humörsvängningar och/eller andra premenstruella symtom, som börjar innan mens och upphör senast inom några dagar efter blödning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Psykisk hälsa

### 15. Under den senaste månaden, hur ofta har du känt dig...

Markera ett alternativ på varje rad.

	Hela tiden	Mesta delen av tiden	Viss del av tiden	Liten del av tiden	Ingen del av tiden
a) ...orolig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ...utan hopp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ...rastlös?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ...så pass nedstämd att inget kunnat muntra upp dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ...som att allting var ansträngande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ...värdelös?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 16. Under de senaste 30 dagarna, hur många dagar av 30 var du totalt oförmögen att arbeta eller utföra dina normala aktiviteter på grund av dessa känslor?

		dagar
--	--	-------

### 17. Under de senaste 2 veckorna, hur ofta har du besvärats av att du?

Markera ett alternativ på varje rad.

	Inte alls	Flera dagar	Mer än hälften av dagarna	Nästan varje dag
a) Haft lite intresse eller glädje av att göra saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Känt dig nedstämd, deprimerad eller upplevt känsla av hopplöshet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Känt dig nervös, orolig, spänd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Inte kunnat sluta oroa dig eller kontrollera din oro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 18. Händer det att du besväras av ensamhet?

- Dagligen
- Flera gånger i veckan
- Någon gång i veckan
- Någon eller några gånger i månaden
- Mer sällan än en gång i månaden

**19. 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

**20. Har du någon gång försökt ta ditt liv?**

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

## Samhälle och trygghet

**21. Vilket förtroende har du för följande institutioner i samhället?**

Markera ett alternativ på varje rad.

	Mycket stort	Ganska stort	Inte särskilt stort	Inget alls	Har ingen åsikt
a) Sjukvården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Riksdagen	<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"/>

**22. Har du någon gång avstått från eller skjutit upp vård på grund av coronapandemin?**

Flera alternativ kan markeras.

- Nej  
 Jag har använt mig av digitala alternativ istället  
 Ja, jag har avstått från eller skjutit upp att besöka sjukvården  
 Ja, jag har avstått från eller skjutit upp att besöka tandvården  
 Ja, jag har avstått från eller skjutit upp att besöka psykolog eller terapeut

**23. Har du under de senaste 12 månaderna avstått från att gå till tandläkare, sjukvården eller att ta ut läkemedel på grund av dålig ekonomi?**

Flera alternativ kan markeras.

- Nej  
 Ja, avstått från att besöka tandläkare på grund av dålig ekonomi  
 Ja, avstått från att besöka sjukvården på grund av dålig ekonomi  
 Ja, avstått från att hämta ut läkemedel på grund av dålig ekonomi

24. Händer det att du avstår från att gå ut ensam av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad?

- Nej  Ja, ibland  Ja, ofta

25. Har du under de senaste 12 månaderna blivit sexuellt trakasserad online eller fysiskt?

*Exempelvis oönskade brev, sms, e-post, telefonsamtal eller bilder med sexuellt innehåll, oönskade sexuella förslag eller kommentarer, sexuellt förtal, eller blottare.*

- Ja, vid upprepade tillfällen  Ja, vid enstaka tillfällen  Nej

26. a) Har du under de senaste 12 månaderna blivit utsatt för fysiskt våld?

- Ja  Nej

Om Ja:

b) Var skedde våldet?

*Flera alternativ kan anges.*

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

## Levnadsvanor

Med "alkohol" menas folköl, mellan- eller starköl, alkoholstark cider, vin, starkvin och sprit.  
 Besvara frågorna så noggrant och ärligt som möjligt.

Med ett "glas" menas något av följande:



27. Hur ofta har du druckit alkohol under de 12 senaste månaderna?

- 4 gånger/veckan eller mer  
 2-3 gånger/vecka  
 2-4 gånger/månad  
 1 gång/månad eller mer sällan  
 Aldrig → Gå till fråga 32

**28. Hur många "glas" (se exempel på föregående sida) drack du en typisk dag då du drack alkohol under de senaste 12 månaderna?**

- 1–2 glas  
 3–4 glas  
 5–6 glas  
 7–9 glas  
 10 glas eller fler  
 Vet inte

**29. Hur ofta drack du 6 "glas" eller fler vid ett och samma tillfälle under de senaste 12 månaderna?**

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

**30. Hur ofta under senaste året har du låtit bli att göra något som du borde för att du drack?**

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

**31. Hur ofta under senaste året har du druckit så mycket att du dagen efter inte kommit ihåg vad du sagt eller gjort?**

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

**32. Har en släkting, vän, läkare eller någon annan inom sjukvården oroat sig över ditt drickande eller antytt att du borde minska på det?**

- Nej  
 Ja, men inte under det senaste året  
 Ja, under det senaste året

**33. a) Röker du?**

*Omfattar tobaksvanor som cigaretter, cigariller och piptobak. E-cigarett ingår ej.*

- Nej  
 Ja, ibland  
 Ja, dagligen



Om Ja:

**b) Hur många cigaretter per dag?**

		st
--	--	----

**34. Använder du e-cigarett eller andra elektroniska rökprodukter?**

- Nej  
 Ja, ibland  
 Ja, dagligen

**35. a) Snusar du?**

- Nej  
 Ja, ibland  
 Ja, dagligen

Om Ja:

**b) Vad snusar du?**

- Vanligt snus  
 Vitt snus (tobaksfritt)

**c) Hur många dosor i veckan?**

		dosor
--	--	-------

**36. Har du någon gång använt cannabis (t.ex. hasch eller marijuana)?**

- Nej  
 Ja, för mer än 12 månader sedan  
 Ja, under de senaste 12 månaderna  
 Ja, under de senaste 30 dagarna  
 Ja, under den senaste veckan

Dina svar på fråga 37–44 kan kanske variera under året. Försök ge ett så genomsnittligt svar som möjligt.

**37. Hur ofta äter du grönsaker och rotfrukter?**

*Gäller alla typer av grönsaker, baljväxter och rotfrukter (utom potatis). Gäller färska, frysta, konserverade, stuvade, grönsaksjuicer, grönsaksoppor m.m.*

- 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  
 Mindre än 1 gång per vecka eller aldrig

**38. Hur ofta äter du frukt och bär?**

*Gäller alla typer av frukt och bär (färska, frysta, konserverade, juicer, kompott m.m.)*

- 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  
 Mindre än 1 gång per vecka eller aldrig



**39. Hur ofta dricker du läsk, saft eller andra sötade drycker?**

- 4 gånger per vecka eller oftare
- 2–3 gånger per vecka
- 1 gång per vecka
- Mindre än 1 gång per vecka
- Aldrig

**40. Hur ofta äter du fisk eller skaldjur som huvudrätt?**

- 4 gånger per vecka eller oftare
- 2–3 gånger per vecka
- 1 gång per vecka
- Mindre än 1 gång per vecka
- Aldrig

**41. Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt fysisk träning som får dig att bli andfådd, till exempel löpning, motionsgymnastik eller bollsport?**

*Frågan handlar om regelbunden motion och träningsaktiviteter som gör att du blir andfådd och svettas. Om din aktivitet varierar under året, försök ta något slags genomsnitt.*

- 0 minuter/ingen tid
- Mindre än 30 minuter
- 30–59 minuter (0,5–1 timme)
- 60–89 minuter (1–1,5 timmar)
- 90–119 minuter (1,5–2 timmar)
- 2 timmar eller mer

**42. Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt vardagsaktiviteter, till exempel promenader, cykling eller trädgårdsarbete? Räkna samman all tid (minst 10 minuter åt gången)**

*Frågan handlar om måttligt ansträngande fysisk aktivitet som får dig att andas något kraftigare än normalt t.ex. promenader i rask takt, trädgårdsarbete, cykling eller simning. Om din aktivitet varierar under året, försök ta något slags genomsnitt.*

- 0 minuter/ingen tid
- Mindre än 30 minuter
- 30–59 minuter (0,5–1 timme)
- 60–89 minuter (1–1,5 timmar)
- 90–149 minuter (1,5–2,5 timmar)
- 150–299 minuter (2,5–5 timmar)
- 5 timmar eller mer

**43. Hur mycket sitter du under ett normalt dygn om man räknar bort sömn?**

- Mer än 15 timmar
- 13–15 timmar
- 10–12 timmar
- 7–9 timmar
- 4–6 timmar
- 1–3 timmar
- Aldrig



Följande frågor handlar om arbetsförhållanden och arbetsmiljö. Hoppa över dessa frågor om du inte har förvärvsarbetat under de senaste 12 månaderna.

**48. Hur många timmar i veckan förvärvsarbetar du sammanlagt?**

Räkna *inte* med hem- och hushållsarbete.

- I genomsnitt mer än 45 timmar per vecka  
 I genomsnitt 36–45 timmar per vecka  
 I genomsnitt 20–35 timmar per vecka  
 I genomsnitt 1–19 timmar per vecka  
 Annan arbetstid

**49. Beskriv ditt nuvarande arbete ur följande aspekter:**

Markera ett alternativ på varje rad.

- |                                                                                                                       | Ja                       | Nej                      | Vet ej                   |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Är det klart och tydligt vem som har ansvar för arbetsmiljöarbetet på din arbetsplats?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Har du tillgång till företagshälsovård genom ditt arbete?                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                       | Mycket god               | Ganska god               | Någorlunda               | Ganska dålig             | Mycket dålig             |
| c) Hur bedömer du att din nuvarande arbetsförmåga är i förhållande till de fysiska krav arbetet ställer?              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Hur bedömer du att din nuvarande arbetsförmåga är i förhållande till de mentala och psykiska krav arbetet ställer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**50. Med tanke på din hälsa – tror du att du kan arbeta i ditt nuvarande yrke även om 2 år?**

- Nej, knappast  
 Kanske  
 Ja, troligtvis

**Tack för att du tog dig tid att fylla i enkäten!**

Posta den i det bifogade svarskuvertet så snart som möjligt.

**Har du förlorat ditt svarskuvert?**

Skicka enkäten portofritt till:  
FRISVAR  
Institutet för kvalitetsindikatorer  
204 65 081  
400 99 GÖTEBORG