

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.

Bakgrund

1. Vilket år är du född?

(t.ex. 1975)

--	--	--	--

2. Är du man eller kvinna?

Den här frågan ställer vi för att undersöka juridiskt kön. I Sverige finns i dagsläget två juridiska kön, man och kvinna. Det utesluter inte att personer identifierar sig på annat sätt.

Man

Kvinna

Hälsotillstånd

3. Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?

Mycket gott

Gott

Någorlunda

Dåligt

Mycket dåligt

4. 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

Inte alls

5. Markera genom att kryssa i en ruta i varje nedanstående grupp, vilket påstående som bäst beskriver ditt hälsotillstånd idag.

a) Rörlighet

- Jag går utan svårigheter
 Jag kan gå men 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

(till exempel arbete, studier, hushållssysslor, familje- och fritidsaktiviteter)

- Jag klarar av 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

6. Ange hur bra eller dålig din hälsa är idag. Det bästa hälsotillstånd du kan tänka dig är markerat med 100 och det sämsta hälsotillstånd du kan tänka dig är markerat med 0.

Ange hur du skulle bedöma ditt nuvarande hälsotillstånd, mellan 0 och 100.

--	--	--

Bästa tänkbara tillstånd

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

Sämsta tänkbara tillstånd

Covid-19

7. 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/antikroppar
 Nej → *Gå till fråga 12*

8. 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
→ <i>Gå till fråga 12</i> |

9. Hur länge hade du symtom?

Välj det alternativ som stämmer bäst för dig

- 0–6 veckor → *Gå till fråga 12*
 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 12*
 Jag har fortfarande symtom, insjuknade för sex veckor sen eller mer

10. Vilka långvariga eller återkommande symtom på Covid-19 har du haft som varat i sex 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"/> Mensrubbningar |
| <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 | |

11. 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

12. Hur lång är du?

Svara i hela centimeter

--	--	--

cm

13. Hur mycket väger du?

Svara i hela kilo

--	--	--

kg

14. Har du något/några av följande besvär eller symtom?

Markera ett alternativ på varje rad.

	Nej	Ja, lätta besvär	Ja, svåra besvär
a) Ihållande trötthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Sömnsvårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Tinnitus (pip, tjut eller susande ljud i öronen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. a) Har du under de senaste 6 månaderna haft ont i nacken eller skulderna?

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

16. 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

17. 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

18. Får du för närvarande behandling för högt blodtryck?

- Nej
 Ja, men enbart råd om ändrad livsföring
 Ja, läkemedel mot högt blodtryck

19. Har du av läkare fått någon eller några av följande diagnoser?

Svara med ett kryss antingen "Nej" eller "Ja" för varje diagnos. Om du svarar "Ja" ber vi dig också att uppge ungefär hur gammal du var när du fick diagnosen.

- | | Nej | Ja | |
|--|--------------------------|--------------------------|--|
| a. Diabetes (sockersjuka) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | → Om Ja:
Hur gammal var du på ett ungefär när du fick diagnosen? <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> år |
| b. Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | → Om Ja:
Hur gammal var du på ett ungefär när du fick diagnosen? <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> år |
| c. Psoriasis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | → Om Ja:
Hur gammal var du på ett ungefär när du fick diagnosen? <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> år |
| d. Förhöjda blodfetter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | → Om Ja:
Hur gammal var du på ett ungefär när du fick diagnosen? <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> år |
| e. Angina pectoris (kärlkramp, kranskärlssjukdom med smärta i bröstet) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | → Om Ja:
Hur gammal var du på ett ungefär när du fick diagnosen? <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> år |
| f. Hjärtsvikt (försämrad pumpfunktion) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | → Om Ja:
Hur gammal var du på ett ungefär när du fick diagnosen? <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> år |
| g. Astma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | → Om Ja:
Hur gammal var du på ett ungefär när du fick diagnosen? <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> år |

20. Kan du utan svårighet höra vad som sägs i samtal med flera personer?

- Ja, utan hörapparat Ja, med hörapparat Nej

21. Har du under de senaste 12 månaderna vaccinerat dig mot influensa? (Inte covid-19)

- Ja
 Nej

Fråga 22 och 23 ställs enbart till personer med kvinnligt könsorgan.

22. Besvärar 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"/> |

23. Har du något/några av följande besvär?

Markera ett alternativ på varje rad

- | | Aldrig | Nästan aldrig | 1-3 ggr per månad | 1-3 ggr per vecka | Dagligen |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Har du en känsla av att något buktar ut ur slidan? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Har du urinläckage eller ofrivillig urinavgång (inkontinens)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Händer det att du har svårt att tömma tarmen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Händer det att du behöver hålla emot bakre slidväggen eller mellangården för att tömma tarmen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Har du svårt att hålla avföring eller gaser? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Psykisk hälsa

24. 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) Vördelös | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

25. 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
--	--	-------

26. Under de senaste 2 veckorna, hur ofta har du besvärats av följande problem?

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"/>

27. Ange här hur väl påståendena nedan stämmer överens med hur du upplevt din situation de senaste 2 veckorna.

	Alltid	Oftast	Ibland	Sällan	Aldrig
a) Jag har haft en positiv syn på framtiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Jag har känt att jag har varit till nytta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Jag har känt mig lugn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Jag har hanterat problem på ett bra sätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Jag har tänkt på ett klart sätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Jag har känt mig nära andra människor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Jag har själv kunnat bestämma mig om saker och ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. På en skala från 1 till 8, där 1 står för ingen återhållsamhet med maten (äter vad jag vill, när jag vill) och 8 står för total återhållsamhet (begränsar ständigt matintaget och ger aldrig efter), vilken siffra skulle du ge dig själv?

Sätt ett kryss under den siffra som passar bäst in på dig.

Äter vad jag vill, när jag vill								Begränsar ständigt matintaget, ger aldrig efter
	1	2	3	4	5	6	7	8
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. 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

**30. a) Har du någon gång med flit skadat dig själv utan avsikt att dö?
(t ex skurit, ristat, bränt eller slagit dig själv)**

Nej, aldrig

Ja, för mer än ett år sedan

Ja, under det senaste året → **b) Vid sammantaget:**

1 – 4 dagar

5 – 10 dagar

Fler än 11 dagar

31. 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

32. 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

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:



33. 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 38*

34. Hur många "glas" (se exempel ovan) drack du en typisk dag då du drack alkohol under de senaste 12 månaderna?

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

35. 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

36. 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

37. 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

38. Har en släkting eller vän, en 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

39. Har du någon gång rökt så gott som dagligen, under *minst* 6 månader?

Gäller cigaretter, pipa, cigarrer såväl som cigariller.

- Ja
 Nej → *Gå till fråga 44*

40. Hur gammal var du när du *började* röka dagligen?

Jag var år

41. Röker du för närvarande så gott som dagligen?

- Ja
 Nej → Hur gammal var du när du *slutade* röka dagligen? Jag var år

42. I hur många år har du sammanlagt rökt så gott som dagligen?

Räkna inte med perioder där du haft ett längre uppehåll, dvs. 6 månader eller mer.

år

43. Hur mycket har du som regel rökt per dag?

Räkna enbart den tid då du rökt så gott som dagligen.

cigaretter, pipstopp, cigarrer och/eller cigariller per dag

44. Använder du e-cigarett eller andra elektroniska rökprodukter?

- Nej
 Ja, ibland
 Ja, dagligen

45. Har du någon gång snusat så gott som dagligen, under *minst* 6 månader?

Gäller snus som innehåller tobak.

- Ja
 Nej → *Gå till fråga 50*

46. Hur gammal var du när du *började* snusa dagligen?

Jag var år

47. Snusar du för närvarande så gott som dagligen? Ja Nej → Hur gammal var du när du *slutade* snusa dagligen? Jag var år**48. I hur många år sammanlagt har du snusat så gott som dagligen?***Räkna inte med perioder där du haft ett längre uppehåll, dvs. 6 månader eller mer.* år**49. Hur mycket har du som regel snusat per vecka?***Räkna enbart med den tid då du snusat så gott som dagligen.* dosor per vecka**50. 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**51. Hur ofta äter du grönsaker och rotfrukter?***Gäller alla typer av grönsaker, baljväxter och rotfrukter (utom potatis). Gäller färska, frysta, konserverade, stuvade, grönsaksjuicer, grönsakssoppor 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**52. 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**53. 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

54. 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

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

- 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

56. 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)

- 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

57. Hur ofta besöker du park/grönområde/natur?

Tänk även på sjöar, vattendrag och hav

- | Varje dag | Någon eller några gånger per vecka | Någon eller några gånger per månad | Någon eller några gånger per år | Aldrig |
|--------------------------|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

58. 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

59. Hur värderar du ditt sexliv?

Med sexliv menas att ha sex ensam eller med en eller flera partner. Vi ber dig svara på frågan oavsett om du har något sexliv eller inte.

Tycker du att det är:

- | Mycket tillfredställande | Ganska tillfredställande | Varken tillfredställande eller otillfredställande | Ganska otillfredställande | Mycket otillfredställande |
|--------------------------|--------------------------|---|---------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Samhälle, trygghet och ekonomi

60. 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"/>

61. Röstade du i något av valen (riksdags-, landstings- eller kommunalvalen) 2018?

- Ja
 Nej

62. Har du under de senaste 12 månaderna mer eller mindre regelbundet deltagit i aktiviteter tillsammans med flera andra?

Exempelvis sport, musik/teater, studiecirkel, religiös sammankomst, sångkör, syförening, politisk förening eller annan föreningsverksamhet.

- Ja
 Nej

63. 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 eller skjutit upp att besöka tandvården
 Ja, jag har avstått från eller skjutit upp att besöka psykolog/terapeut

64. 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

65. a) Har du någon närstående som du hjälper med vardagliga sysslor, ser till eller vårdar?

Räkna inte med minderåriga barn som du bor tillsammans med.

- Nej
 Ja → Om Ja:

b) Hur många timmars arbete per vecka innebär detta i genomsnitt för dig?

timmar per vecka

66. Har du någon eller några personer som kan ge dig ett personligt stöd för att klara av personliga problem eller kriser i ditt liv?

- Ja, alltid
 Ja, för det mesta
 Nej, för det mesta inte
 Nej, aldrig

67. Har du under de senaste 12 månaderna blivit sexuellt trakasserad online och/eller fysiskt?
(exempelvis oönskade brev/sms/e-post/telefonsamtal och/eller bilder med sexuellt innehåll, oönskade sexuella förslag eller kommentarer, sexuellt förtal, eller blottare)

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

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

- Ja → Om Ja:
 Nej → Gå till fråga 69

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

69. 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

70. Har du under de senaste 12 månaderna haft svårigheter att klara de löpande utgifterna för mat, hyra, räkningar, m.m.?

- Nej
 Ja, vid ett tillfälle
 Ja, vid flera tillfällen

71. a) Äger du eller din make, maka eller sambo något av följande: bostad, bostadsrätt, fritidshus, tomt, mark eller skog?

- Nej
 Ja → Om Ja:

b) Vad är det ungefärliga marknadsvärdet på dessa tillgångar, om de skulle säljas idag?

kronor

72. a) Har du eller din make, maka eller sambo några lån på bostad, bostadsrätt, fritidshus, tomt, mark eller skog?

Nej

Ja → Om Ja:

b) Ungefär hur stora är dina och din makes, makas eller sambos skulder för detta?

kronor

73. Vad är det sammanlagda ungefärliga värdet på dina och din makes, makas eller sambos finansiella tillgångar, dvs banktillgodohavanden, kontanter, aktier, obligationer och andra värdepapper?

Dra ifrån eventuella skulder som inte har att göra med bostad, bostadsrätt, fritidshus, tomt, mark eller skog.

kronor

Familj

74. Vilken/vilka av följande personer bodde du med när du var barn/tonåring?

- Biologisk mamma
- Biologisk pappa
- Adoptivmamma
- Adoptivpappa
- Styvmamma
- Styvpappa
- Fosteramma
- Fosterpappa
- Annan vuxen

75. Vilken är/var din pappas högsta utbildning?

Tänk på den person som du huvudsakligen bodde tillsammans med under din uppväxt, d.v.s. din biologiske pappa, adoptivpappa, styvpappa eller fosterpappa.

- Grundskola, folkskola, realskola eller liknande
- Gymnasieutbildning
- Universitets- eller högskoleutbildning
- Vet ej

76. Vilken är/var din mammas högsta utbildning?

Tänk på den person som du huvudsakligen bodde tillsammans med under din uppväxt, d.v.s. din biologiska mamma, adoptivmamma, styvmamma eller fosteramma.

- Grundskola, folkskola, realskola eller liknande
- Gymnasieutbildning
- Universitets- eller högskoleutbildning
- Vet ej

Boende och boendemiljö

77. a) Bor du tillsammans med någon under större delen av veckan?

- Ja
 Nej → *Gå till fråga 78*

b) Vem bor du tillsammans med?

Flera alternativ kan markeras.

- Föräldrar/syskon
 Make/maka/sambo/partner
 Andra vuxna
 Barn → *Besvara även fråga c*

c) Hur många barn och i vilka åldrar?

Räkna med de barn som bor hos dig halva tiden eller mer.

0–5 år

6–12 år

13–19 år

20 år eller äldre

78. I vilken typ av bostad bor du?

- Hyresrätt
 Bostadsrätt (lägenhet eller radhus)
 Egen villa eller radhus
 Servicehus/servicelägenhet
 Inneboende/studentlägenhet
 Andrahandsboende
 Annat boende

79. Hur pass väl tycker du att följande påstående stämmer överens med den plats där du bor?

Man kan lita på de flesta människor som bor i det här bostadsområdet.

- Stämmer mycket väl
 Stämmer ganska väl
 Stämmer inte särskilt väl
 Stämmer inte alls

Frågorna 83-88 handlar om arbetsförhållanden och arbetsmiljö. Gå vidare till fråga 89 om du inte har förvärvsarbetat under de senaste 12 månaderna.

83. Har du varit sjukfrånvarande i kortare perioder (färre än 14 dagar i följd) under de senaste 12 månaderna?

Gäller ej vård av sjukt barn

- Nej
 Ja, 1 gång
 Ja, 2–4 gånger
 Ja, 5–9 gånger
 Ja, 10 gånger eller fler

84. Hur många dagar har du sammanlagt varit sjukfrånvarande under de senaste 12 månaderna?

- Ej varit sjukfrånvarande
 1–7 dagar
 8–30 dagar
 31–90 dagar
 Mer än 90 dagar

85. Beskriv ditt arbete ur följande aspekter.

Markera ett alternativ på varje rad

	Mycket god	Ganska god	Någorlunda	Ganska dålig	Mycket dålig
a) 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"/>
b) 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"/>

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

- Nej, knappast
 Kanske
 Ja, troligtvis

87. Är det klart och tydligt vem som har ansvar för arbetsmiljöarbetet på din arbetsplats?

- Ja
 Nej
 Vet ej

88. Har du tillgång till företagshälsovård genom ditt arbete?

- Ja
 Nej
 Vet ej

Sexuell identitet och könsidentitet

89. Är eller har du varit transperson?

Transperson är ett samlingsbegrepp som brukar användas för att beskriva personer vars könsidentitet och/eller könsuttryck tidvis eller alltid skiljer sig från normen för det kön som registrerades för dem vid födseln.

- Ja Nej Vet inte

90. Jag skulle vilja förändra min kropp med hormoner och/eller operationer så att den stämmer överens med min upplevda könsidentitet.

- Stämt tidigare, men inte längre
 Stämmer varken nu eller tidigare
 Stämmer lite eller ibland
 Stämmer ganska bra
 Stämmer helt

91. Hur definierar du din sexuella identitet?

- Heterosexuell
 Homosexuell
 Bisexuell
 Inget av ovanstående

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