

Norra Sveriges MONICA-undersökning 2022 - en studie om Norrbottningars och Västerbottningars hälsa

Det frågeformulär som vi nu ber dig att besvara, innehåller frågor rörande bl.a. hälsa, arbete, rök-, alkohol- och motionsvanor.

Alla uppgifter som du lämnar kommer att behandlas konfidentiellt. Dina svar i enkäten kommer ej att läsas av den personal du träffar på hälsoundersökningen. Resultaten kommer att sammanställas på ett sådant sätt att det inte går att identifiera enskilda individer.

Om det är något du undrar över angående frågeformuläret så kontakta gärna någon av MONICA-studiens projektkoordinatorer. Du når oss säkrast på telefon på förmiddagarna.

Carolina Lundholm, 090-7852518/073-0577784

Lena Heldorsson Fjellström, 090-7852522/073-0560490

Vi ber dig att noga läsa igenom frågan och svarsalternativen, innan du besvarar frågorna.

Jag har läst informationen och tagit del av samtyckeshandlingen för MONICA-studien 2022

Ja
 Nej

Vänligen läs igenom informationen och samtyckeshandlingen innan du besvarar enkäten.

Ta med samtyckeshandlingen till hälsoundersökningen för slutlig signatur.

Ange gärna e-postadress och/eller telefonnummer

(e-postadress)

(telefonnummer)

Frågor rörande CIVILSTÅND och BOENDE

Hur definierar du din könsidentitet?

- Kvinna
 Man
 Annan könsidentitet
 Vill inte ange

Vilket beskriver bäst ditt nuvarande civilstånd?

- Ogift
 Gift/ registrerat partnerskap/ sammanboende
 Skild/ tidigare registrerat partnerskap/ separerad
 Änka/ änklings/ efterlevande partner
 Annat civilstånd

Vid annat civilstånd, ange här

Är du i en parrelation för tillfället?

- Ja
 Nej

	Det stämmer helt				Det stämmer inte alls.
Jag är nöjd med jämställdheten i min parrelation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vem i din parrelation har högst utbildning?

- Jag själv
 Min partner
 Lika

Vem i din parrelation tjänar mest (räknat i heltidslön)?

- Jag själv
 Min partner
 Lika

Sammanbor du med någon?

- Ja
 Nej

Hur många vuxna (18 år eller äldre) sammanbor du med?

Hur många barn (< 18 år) sammanbor du med?

Var bor du?

- Större tätort - Umeå, Skellefteå, Luleå, Boden, Piteå, Kiruna, orter med mer än 15000 invånare
 Annan tätort med mer än 1000 invånare
 Ort med mindre än 1000 invånare

I vilket land är du född?

- Sverige
 Finland
 Annat skandinaviskt land
 Övriga Europa
 Annat utomeuropeiskt land

Vilket land?

Hur många år har du bott i Sverige?

Var är du född? (Ange ort och län)

(ort)

- Blekinge län
 - Dalarnas län
 - Gotlands län
 - Gävleborgs län
 - Hallands län
 - Jämtlands län
 - Jönköpings län
 - Kalmar län
 - Kronobergs län
 - Norrbottens län
 - Skåne län
 - Stockholms län
 - Södermanlands län
 - Uppsala län
 - Värmlands län
 - Västerbottens län
 - Västernorrlands län
 - Västmanlands län
 - Västra Götalands län
 - Örebro län
 - Östergötlands län
- (län)

Frågor rörande UTBILDNING OCH SYSSELSÄTTNING

Vilken är den högsta utbildning som du har avslutat?

- Ej avslutat grundskola eller annan grundläggande utbildning
- Grundskola, folkskola, yrkesutbildning eller motsvarande (högst 9 år)
- Läroverk, gymnasium, folkhögskola eller motsvarande
- Universitet eller högskola

Hur många år har du gått i skola eller ägnat dig åt studier på heltid?

(Ange antal år från första klass och framåt)

Vilken är din nuvarande sysselsättning?
Du kan ange flera alternativ.

- Yrkesarbetar
- Tjänstledig eller föräldraledig
- Studerar, praktiserar
- Arbetslös
- I arbetsmarknadsåtgärd
- Ålderspensionär
- Avtalspensionär
- Förtidspensionerad, sjukpensionär
- Långtidssjukskriven (mer än 3 månader)
- Övrigt - icke förvärvsarbetande

(Om övrigt, beskriv)

Jag är

- Anställd
- Egen företagare

Min sysselsättningsgrad är

(Ange % av heltid)

Vilket alternativ passar bäst vad gäller dina nuvarande arbetstider?

- Dagarbete (ca kl. 6-18)
- Kvällsarbete (ca kl. 18-22)
- Nattarbete (ca kl. 22-06)
- Skiftarbete, ej natt
- Skiftarbete inklusive natt
- Turliste-arbete (dvs. arbetstid enligt tjänstgöringsschema), ej natt
- Turliste-arbete (dvs. arbetstid enligt tjänstgöringsschema), inklusive natt
- Annan arbetstid

	Det stämmer helt				Det stämmer inte alls
Jag känner mig trygg i mitt arbete/anställning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag känner mig utmattad av mitt arbete	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Jag skulle vilja byta arbete

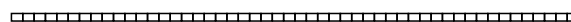
Hur länge har du varit arbetslös? Ange i hur många månader.

_____ (Antal månader)

Hur troligt är det att du inom 12 månader hittar ett arbete som du kan acceptera?

Inte alls troligt

Mycket troligt

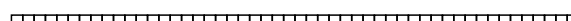


(Place a mark on the scale above)

När vi ser på den närmaste framtiden, hur troligt är det att du inom 3 månader hittar ett arbete som du kan acceptera?

Inte alls troligt

Mycket troligt



(Place a mark on the scale above)

Vilket har varit ditt yrke/din sysselsättning under huvuddelen av ditt yrkesliv?

Är ditt arbete fysiskt (kroppsligt) tungt?

- Ja, ofta
- Ja, ibland
- Nej, sällan
- Nej, så gott som aldrig

Är ditt arbete psykiskt påfrestande?

- Ja, ofta
- Ja, ibland
- Nej, sällan
- Nej, så gott som aldrig

Kräver ditt arbete att du arbetar mycket fort?

- Ja, ofta
- Ja, ibland
- Nej, sällan
- Nej, så gott som aldrig

Har du tillräckligt med tid för att hinna med arbetsuppgifterna?

- Ja, ofta
- Ja, ibland
- Nej, sällan
- Nej, så gott som aldrig

Förekommer det motstridiga krav i ditt arbete?

- Ja, ofta
- Ja, ibland
- Nej, sällan
- Nej, så gott som aldrig

Får du lära dig nya saker i ditt arbete?

- Ja, ofta
- Ja, ibland
- Nej, sällan
- Nej, så gott som aldrig

Kräver ditt arbete skicklighet?

- Ja, ofta
- Ja, ibland
- Nej, sällan
- Nej, så gott som aldrig

Kräver ditt arbete påhittighet?

- Ja, ofta
 Ja, ibland
 Nej, sällan
 Nej, så gott som aldrig

Innebär ditt arbete att man göra samma sak om och om igen?

- Ja, ofta
 Ja, ibland
 Nej, sällan
 Nej, så gott som aldrig

Har du frihet att bestämma hur ditt arbete ska utföras?

- Ja, ofta
 Ja, ibland
 Nej, sällan
 Nej, så gott som aldrig

Har du frihet att bestämma vad som ska utföras i ditt arbete?

- Ja, ofta
 Ja, ibland
 Nej, sällan
 Nej, så gott som aldrig

Har du yrkesarbetat något de senaste 12 månaderna?

- Ja
 Nej

Hur många av de senaste 12 månaderna har du arbetet?
Inkludera även avlönad semester

(Ange antal månader)

Vilket är ditt nuvarande eller senaste yrke/sysselsättning?

Om du plötsligt skulle hamna i en situation, där du på en vecka måste skaffa fram 20 000 kronor, skulle du klara det?

- Ja
 Nej

Har det under de senaste 12 månaderna hänt att du haft svårigheter att klara utgifterna till mat, hyra, räkningar etc.?

- Ja
 Nej

Frågor rörande LEVNADSVANOR

Röker du cigaretter för närvarande?

Ja, regelbundet (1 cigarett eller mer per dag)
 Ibland (mindre än 1 cigarett per dag)
 Nej

Ungefär hur många cigaretter röker du i genomsnitt per dag?

(Ange antal cigaretter/dag)

Hur många dagar i veckan röker du cigaretter?

- Vanligtvis en dag eller mindre
 Vanligtvis 2 till 4 dagar
 Nästan varje dag

Ungefär hur många cigaretter röker du i genomsnitt per vecka?

(Ange antal cigaretter/vecka)

Har du någonsin rökt cigaretter regelbundet?

- Ja, regelbundet (1 cigarett eller mer per dag)
 Nej

Vilket år slutade du att röka cigaretter regelbundet?

(Ange årtal, 4 siffror)

Om du slutade röka under det senaste året, när slutade du?

- För mindre än en månad sedan
 För 1-6 månader sedan
 För 7-12 månader sedan
 Det var mer än 1 år sedan jag slutade röka

Vilket är det högsta antal cigaretter/dag som du rökt under en så lång period som ett år?

(Ange antal cigaretter/dag)

Hur gammal var du när du började röka cigaretter?

(Ange ålder)

Har du någonsin rökt pipa?

- Ja, för närvarande regelbundet
 Jag röker pipa ibland (mindre än 1 gång/dag)
 Tidigare, men inte nu
 Nej

Hur många gram tobak röker du per vecka?
(Ett paket piptobak väger som regel 50 gram)

(Ange antal gram/vecka)

Röker du e-cigarett?

- Ja
 Nej

Hur många gånger har du rökt/"vapat" e-cigarett de senaste 30 dagarna?

- 0 gånger
 1-2 gånger
 3-5 gånger
 5-10 gånger
 Mer än 10 gånger

Började du att röka e-cigarett i samband med att du slutade röka vanliga cigaretter?

- Ja
 Nej
 Jag röker både e-cigarett och vanliga cigaretter

Röker du vattenpipa?

- Ja
 Nej

Hur många gånger har du rökt vattenpipa de senaste 30 dagarna?

- 0 gånger
 1-2 gånger
 3-5 gånger
 5-10 gånger
 Mer än 10 gånger

Har du någonsin använt snus?

- Ja, snusar mindre än 2 dosor per vecka
 Ja, snusar 2-4 dosor per vecka
 Ja, snusar mer än 4 men mindre än 7 dosor per vecka
 Ja, snusar 7 dosor eller fler per vecka
 Ja, snusade tidigare men inte nu
 Nej

För hur många år sedan slutade du att snusa?

_____ (Ange antal år)

Hur många år har du använt snus?

_____ (Ange antal år)

Började du att snusa i samband med att du slutade röka?

- Ja
 Nej
 Jag både rökte och snusade

Vilken typ av snus har du använt mest?

- Lössnus
 Portionsnus
 Miniportionsnus

Hur ofta dricker du alkohol (gäller senaste året)?

- Aldrig
 1 gång i månaden eller mer sällan
 2-4 ggr i månaden
 2-3 ggr i veckan
 4 ggr i veckan eller mer

Med ett "glas" menas:



50 cl folköl



33 cl starköl



10-15 cl vitt eller rött vin



5-8 cl starkvin



4 cl sprit tex whisky

Hur många glas (se bild ovan) dricker du en typisk dag då du dricker alkohol?

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

Hur ofta dricker du sex sådana "glas" eller mer vid samma tillfälle?

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

Hur ofta under det senaste året har du inte kunnat sluta dricka sedan du börjat?

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

Hur ofta under det senaste året har du låtit bli att göra något du borde för att du drack?

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

Hur ofta under det senaste året har du behövt en "drink" på morgonen efter mycket drickande dagen innan?

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

Hur ofta under det senaste året har du haft skuld känslor eller dåligt samvete på grund av ditt drickande?

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

Hur ofta under det senaste året har du druckit så 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

Följande 6 frågor vill vi att du besvarar även om du angivit att du inte druckit alkohol senaste året.

Har du eller någon annan blivit skadad på grund av ditt drickande?

- Ja
- Nej

Har en släkting eller vän, läkare (eller någon annan inom sjukvården) oroat sig över ditt drickande eller antytt att du borde minska det?

- Ja
- Nej

Har du någon gång försökt skära ner på din alkoholkonsumtion?

- Ja
- Nej

Har du förargat någon genom din alkoholkonsumtion?

- Ja
- Nej

Har du haft skuld känslor på grund din alkoholkonsumtion?

- Ja
- Nej

Har du tagit en återställare på morgonen efter att du druckit?

- Ja
- Nej

Frågor rörande HÄLSA

Vilken var din ungefärliga vikt när du var 20 år?
(om du var gravid, ange vikten före graviditeten)

(Ange vikt i kg)

Vilka av dessa sjukdomar har du fått diagnostiserat av en läkare alternativt har du blivit kirurgiskt behandlad för?

Välj alla alternativ som stämmer för dig.

- Hjärtinfarkt (propp i hjärtat)
- Kärkramp
- Förmaksflimmer
- Hjärtsvikt
- Klaffel på hjärtat
- By-pass operation eller ballongvidgning av hjärtats kranskärl
- Åtgärd av förträngningar i pulsåderkärl, t.ex. ben- eller halskärl
- Åtgärd av vidgning av stora kroppspulsådern (aorta)
- Stroke (slaganfall/hjärninfarkt/propp i hjärnan/hjärnblödning)
- Högt blodtryck
- Höga blodfetter (högt kolesterol)
- Diabetes (sockersjuka)
- Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), kronisk bronkit eller emfysem
- Astma
- Annan lungsjukdom (annat än astma, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), kronisk bronkit eller emfysem)
- Tuberkulos
- Sömnapné (andningsuppehåll i sömnen)
- Glutenintolerans (celiaki)
- Morbus Crohn eller ulcerös colit
- Reumatisk sjukdom, t.ex. reumatoid artrit/Bechtrews sjukdom/psoriasisartrit/SLE/Sjögrens syndrom
- Sjukdom i sköldkörteln
- Cancer
- TBE (fästingburen encefalit)
- Borrelia
- Inga av ovanstående sjukdomar

Du angav att du diagnostiserats med
hjärtinfarkt/propp i hjärtat.
Ange årtal för din första och din senaste
hjärtinfarkt.

(Ange årtal första hjärtinfarkt, 4 siffror)

(Ange årtal senaste hjärtinfarkt, 4 siffror)

Du angav att du diagnostiserats med kärkramp. Har du
de senaste 2 veckorna tagit läkemedel mot
kärkramp/angina pectoris?

- Ja
 Nej

Du angav att du diagnostiserats med förmaksflimmer.
Har du under de senaste 2 veckorna tagit läkemedel
mot förmaksflimmer? (Inklusive Waran eller annat
blodförtunnande)

- Ja
 Nej

Du angav att du diagnostiserats med hjärtsvikt. Har
du under de senaste 2 veckorna tagit läkemedel mot
hjärtsvikt?

- Ja
 Nej

Du angav att du diagnostiserats med/opererats för klaffel på hjärtat.

Ange vilken typ av klaffel.

- Aortaklaff
 Mitralisklaff
 Annan klaff
 Flera klaffar

Om klaffopererad, ange årtal.

(Ange årtal, 4 siffror)

Du angav att du opererats med by-pass-operation eller ballongvidgning av hjärtats kranskärl.

Ange vilken typ av åtgärd.

- By-pass operation
 Ballongvidgning
 Både by-pass operation och ballongvidgning

När gjordes åtgärden?

(Ange årtal, 4 siffror)

Du angav att du åtgärdats för förträngning i pulsåderkärl, t.ex. ben eller halskärl.

Ange vilken typ av åtgärd.

- By-pass operation
 Ballongvidgning
 Både by-pass operation och ballongvidgning

När gjordes åtgärden?

(Ange årtal, 4 siffror)

Du angav att du åtgärdats för vidgning av stora kroppspulsådern (aorta). Ange var vidgningen satt.

När gjordes åtgärden?

- Bröstet
 Buken

(Ange årtal, 4 siffror)

Du angav att du diagnostiserats med stroke (slaganfall/hjärninfarkt/propp i hjärnan/hjärnblödning).

Ange första och senaste gången.

(Ange årtal första stroke, 4 siffror)

(Ange årtal senaste stroke, 4 siffror)

Du angav att du diagnostiserats med högt blodtryck. Har du under de senaste 2 veckorna tagit läkemedel mot förhöjt blodtryck?

- Ja
 Nej

Du angav att du diagnostiserats med förhöjda blodfetter. Har du under de senaste 2 veckorna tagit läkemedel mot förhöjda blodfetter/högt kolesterol?

- Ja
 Nej

Du angav att du diagnostiserats med diabetes. Har du under de senaste 2 veckorna tagit läkemedel mot diabetes?

- Ja
 Nej

Vilken typ av diabetes har du?

- Typ 1-diabetes
 Typ 2-diabetes
 Annan _____
 Vet ej

Hur behandlar du din diabetes?

Flera alternativ kan väljas.

- Insulin
 Tabletter
 Kost
 Injektionsläkemedel som inte är insulin (T.ex. Ozempic, Victoza eller Trulicity)
 Ingen behandling
 Annat

Om annat, ange vad

Vilket år började du behandlingen med insulin?

(Ange årtal, 4 siffror)

Vilket år började du behandlingen med tabletter?

(Ange årtal, 4 siffror)

Vilket år började du behandlingen med andra injektionsläkemedel än insulin?

(Ange årtal, 4 siffror)

Hur gammal var du när du fick diabetes?

(Ange ålder)

Du angav att du diagnostiserats med kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), kronisk bronkit eller emfysem.
Ange vilken/vilka sjukdom/sjukdomar:

- Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL)
 Kronisk bronkit
 Emfysem

Har du under de senaste 2 veckorna tagit läkemedel mot kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), kronisk bronkit eller emfysem?

- Ja
 Nej

Du angav att du diagnostiserats med astma.
Hur gammal var du när du fick astma?

(Ange ålder)

Har du fortfarande astma?

- Ja
 Nej

Har du under de senaste 2 veckorna tagit läkemedel mot astma?

- Ja
 Nej

Du angav att du diagnostiserats med annan lungsjukdom (förutom astma, kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), kronisk bronkit eller emfysem).

Vilken lungsjukdom?

Du angav att du har fått diagnosen tuberkulos.
Vilket år fick du diagnosen?

(Ange årtal, 4 siffror)

Har du i samband med detta blivit ordinerad
läkemedelsbehandling för tuberkulos?

- Ja
 Nej

Du angav att du har fått diagnosen sömnapné.
Vilket år fick du diagnosen?

(Ange årtal, 4 siffror)

Har du någon behandling mot sömnapné?

- Ja
 Nej

Vilken typ av behandling har du för närvarande?

- CPAP
 Bettskena
 Operation i svalget
 Annan

Om du har svarat annan behandling, ange typ av
behandling som du har

Du angav att du har fått diagnosen
glutenintolerans/celiaki.
Vilket år fick du diagnosen?

(Ange årtal, 4 siffror)

Äter du glutenfri kost?

- Ja
 Nej

Du angav att du fått diagnosen morbus Crohn eller ulcerös colit

Vilken diagnos?

- Morbus Crohn
 Ulcerös colit

Vilket år fick du diagnosen?

(Ange årtal, 4 siffror)

Har du blivit ordinerad läkemedelsbehandling för
morbus Crohn eller ulcerös colit?

- Ja
 Nej

Du angav att du diagnostiserats med reumatisk sjukdom.

Vilken diagnos/vilka diagnoser?

Vilket/vilka år fick du diagnosen/diagnoserna?

(Ange årtal, 4 siffror)

Har du under de senaste 2 veckorna tagit läkemedel
mot reumatisk sjukdom?

- Ja
 Nej

Du angav att du har diagnostiserats med sjukdom i sköldkörteln.

Vilken diagnos/vilka diagnoser?

Vilket/vilka år fick du diagnosen/diagnoserna?

_____ (Ange årtal, 4 siffror)

Tar du läkemedel för hormonbrist i sköldkörteln (T.ex. Levaxin eller Euthyrox)?

- Ja
 Nej

Du angav att du diagnostiserats med cancer.

Vilken diagnos/vilka diagnoser?

Vilket/vilka år fick du diagnosen/diagnoserna?

_____ (Ange årtal, 4 siffror)

Har du under de senaste 2 veckorna tagit läkemedel mot cancer?

- Ja
 Nej

Du angav att du diagnostiserats med TBE (fästingburen encefalit).
Vilket år fick du diagnosen?

_____ (Ange årtal, 4 siffror)

Du angav att du diagnostiserats med Borrelia.

Vilket år fick du diagnosen?

_____ (Ange årtal, 4 siffror)

Har du tagit någon av följande mediciner under de senaste 2 veckorna?

	Aldrig	Mer sällan än 1 gång i veckan	Ungefär en gång i veckan	Flera gånger i veckan	Ungefär en gång om dagen	Flera gånger om dagen
Alvedon, Panodil, Reliv (paracetamol)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ipren, Ibuprofen (ibuprofen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Voltaren, Diklofenak (diklofenak)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Treo, Magnecyl, Albyl minor (acetylsalicylsyra)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pronaxen, Naproxen (naproxen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Med anledning av pandemin Covid-19, har du undvikit att söka vård för något du i vanliga fall skulle ha sökt vård för?

- Nej, jag har sökt vård som vanligt
 Nej, jag har ej haft anledning att söka vård
 Ja

För vad undvek du att söka vård?

Får du smärtor - stickningar - ont i bröstet när du går uppför backar eller trappor, eller när du går fort på plan mark?

- Ja
 Nej

Får du smärtor - stickningar- ont i bröstet när du går i vanlig takt på plan mark?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
--	---

Om du får smärtor eller obehag i bröstet i samband med att du rör dig, vad brukar du då göra?	<input type="radio"/> Stanna <input type="radio"/> Sakta ner farten <input type="radio"/> Fortsätta i samma takt
---	--

Om du stannar eller saktar ner, hur lång tid tar det innan smärtan försvinner?	<input type="radio"/> Omedelbart <input type="radio"/> Efter mindre än 10 minuter <input type="radio"/> Efter mer än 10 minuter <input type="radio"/> Smärtan finns kvar under lång tid
--	--

Har du någon gång haft svår smärta i bröstet som varat i en halvtimme eller mer?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
--	---

Brukar du få smärtor i vaderna när du går i uppförsbackar, trappor eller på plan mark?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
--	---

Bli du andfådd av att gå två trappor upp eller motsvarande i samma takt som jämnåriga?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
--	---

Har du haft pip eller har det väst i bröstet vid något tillfälle under de senaste 12 månaderna?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
---	---

Har du överhuvudtaget varit det minsta andfådd när du haft detta pip eller väsande ljud i bröstet?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
--	---

Har du haft detta pip eller väsande i bröstet när du inte samtidigt varit förkyld?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
--	---

Hostar eller harklar du upp slem (eller har slem som det är svårt att få upp, trots hosta) de flesta dagar i perioder om minst 3 månader per år?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
--	---

Ange under hur många år du haft detta problem	_____
	(Ange antal år)

Vaknar du nattetid på grund av andfåddhet?	<input type="radio"/> Ja, varje natt <input type="radio"/> Ja, en gång per vecka eller mer <input type="radio"/> Ja, mindre än en gång per vecka (1-3 ggr/mån) <input type="radio"/> Nej
--	---

Frågor om sjukdom i SLÄKTEN

Har eller hade din far, mor, syskon eller barn diabetes? Här avses biologiska föräldrar, syskon och barn.

- Ja
 Nej
 Vet ej

Om ja, markera alla aktuella

- Min mamma
 Min pappa
 Något/några syskon
 Något/några barn

Har eller hade din far, mor, syskon eller barn kronisk bronkit, kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) eller emfysem?
Här avses biologiska föräldrar, syskon och barn.

- Ja
 Nej
 Vet ej

Om ja, markera alla aktuella

- Min mamma
 Min pappa
 Något/några syskon
 Något/några barn

Har din far, mor eller syskon insjuknat/avlidit i hjärtinfarkt (propp i hjärtat)?
Här avses biologiska föräldrar och syskon.

- Ja
 Nej
 Vet ej

Om ja, markera alla aktuella

- Min mamma
 Min pappa
 Något/några syskon

Hur gammal var din mamma då?

_____ (Ange ungefärlig ålder)

Hur gammal var din pappa då?

_____ (Ange ungefärlig ålder)

Har din far, mor eller syskon insjuknat/avlidit i stroke (slaganfall/hjärninfarkt/propp i hjärnan/hjärnblödning)?
Här avses biologiska föräldrar och syskon.

- Ja
 Nej
 Vet ej

Om ja, markera alla aktuella.

- Min mamma
 Min pappa
 Något/några syskon

Hur gammal var din mamma då?

_____ (Ange ungefärlig ålder)

Hur gammal var din pappa då?

_____ (Ange ungefärlig ålder)

Hur tycker du att ditt allmänna hälsotillstånd varit det senaste året?

- Mycket gott
- Ganska gott
- Någorlunda
- Tämligen dåligt
- Dåligt

Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd jämfört med andra personer i din egen ålder?

- Det är bättre
- Det är sämre
- Ungefär likadant

Jämfört med andra personer av samma ålder och kön som du själv, känner du dig "yngre" eller "äldre" än dessa rent kroppsligen?

- Ja, jag känner mig kroppsligen "yngre"
- Jag känner mig kroppsligen i samma ålder som jämnåriga
- Ja, jag känner mig kroppsligen "äldre"
- Vet inte

Brukar andra personer uppfatta att du förefaller "yngre" eller "äldre" än jämnåriga av samma kön?

- Ja, jag uppfattas "yngre"
- Jag uppfattas som jämnårig
- Ja, jag uppfattas "äldre"
- Vet inte

Frågor om FYSISK AKTIVITET

Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt vardagsmotion?
Vardagsmotion = till exempel promenad, cykling eller hushållsarbete.
Räkna samman all tid (minst 10 min åt gången)

- 0 minuter/ingen tid
 Mindre än 30 minuter per vecka
 30-60 minuter (0,5-1 timme) per vecka
 60-90 minuter (1-1,5 timme) per vecka
 90-150 minuter (1,5-2,5 timmar) per vecka
 150-300 minuter (2,5-5 timmar) per vecka
 Mer än 300 minuter (5 timmar eller mer) per vecka

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

- 0 minuter / Ingen tid
 Mindre än 30 minuter per vecka
 30-60 minuter (0,5 - 1 timme) per vecka
 60-90 minuter (1 - 1,5 timme) per vecka
 90-120 minuter (1,5 - 2 timmar) per vecka
 Mer än 120 minuter (2 timmar eller mer) per vecka

Markera i tabellen nedan hur du oftast färdas till och från arbete/studier varje årstid.

	Bil	Buss, tåg, båt	Promenerar	Cyklar
Vår	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sommar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Höst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vinter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hur många kilometer har du till arbetet? (enkel resa)

(Ange antal km)

Markera det alternativ som bäst beskriver ditt arbete

- Stillasittande eller stående
 Lätt men delvis rörligt
 Lätt och rörligt
 Ibland fysiskt tungt
 Fysiskt tungt större delen av tiden

Hur ofta har du tränat eller motionerat i träningskläder de senaste tre månaderna, i syfte att förbättra din kondition och/eller för att må bra?

- Aldrig
 Då och då - regelbundet
 1-2 ggr/vecka
 2-3 ggr/vecka
 Mer än 3 ggr/vecka

Hur mycket har du rört och ansträngt dig kroppsligt på fritiden under de senaste 12 månaderna?

Om din aktivitet varierar mellan t.ex. sommar och vinter, så försök att ta ett genomsnitt.

- 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.
 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 räknas t.ex. promenad eller cykling till och från arbetet, övriga promenader, tyngre hushållsarbete, ordinärt trädgårdsarbete, fiske, bordtennis, bowling.
 MÅTTLIG, REGELBUNDEN MOTION PÅ FRITIDEN Du motionerar regelbundet 1-2 gånger per vecka minst 30 minuter per gång med t.ex. löpning, simning, tennis, badminton eller annan aktivitet som gör att du svettas.
 REGELBUNDEN MOTION OCH TRÄNING. Du ägnar Dig åt t.ex. löpning, simning, tennis, badminton, motionsgymnastik eller liknande vis minst 3 tillfällen per vecka. Varje tillfälle varar minst 30 minuter per gång.

Hur mycket sitter du under ett normalt dygn om du räknar bort sömn?

- Så gott som hela dagen
- 13-15 timmar
- 10-12 timmar
- 7-9 timmar
- 4-6 timmar
- 3 timmar eller mindre

Frågor om SÖMN

Har du de senaste 2 veckorna haft några svårigheter med att somna?

- Inga
- Lindriga
- Måttliga
- Svåra
- Mycket svåra

Har du de senaste 2 veckorna haft problem med att sova en hel natt?

- Inga
- Lindriga
- Måttliga
- Svåra
- Mycket svåra

Har du de senaste 2 veckorna haft problem med att du vaknar för tidigt?

- Inga
- Lindriga
- Måttliga
- Svåra
- Mycket svåra

Hur nöjd/missnöjd är du med ditt nuvarande sömnmönster?

- Mycket nöjd
- Nöjd
- Varken nöjd eller missnöjd
- Missnöjd
- Mycket missnöjd

I vilken utsträckning anser du att dina sömnproblem stör ditt liv (ditt arbete, vid aktiviteter, koncentration, minne, humör o.s.v.)?

- Stör inte alls
- Lite
- Måttligt
- Mycket
- Våldigt mycket

Hur märkbart för andra tror du ditt problem med nedsatt sömnkvalitet är?

- Inte alls märkbart
- Lite
- Måttligt
- Mycket
- Våldigt mycket

Hur oroad eller besvärad är du över ditt sömnproblem?

- Inte alls oroad
- Lite
- Måttligt
- Mycket
- Våldigt mycket

Snarkar du när du sover?

- Ja, alltid
- Ja, nästan alltid
- Ja, ibland
- Nej, nästan aldrig
- Nej, aldrig
- Vet inte om jag snarkar