



# Hälsa på lika villkor?

EN UNDERSÖKNING OM HÄLSA  
OCH LIVSVILLKOR I SVERIGE 2010

## LITE FAKTA OM UNDERSÖKNINGEN

### Hur går undersökningen till?

Enkätundersökningen görs i samarbete mellan Statens folkhälsoinstitut (FHI), Gotlands kommun, Göteborgs stad, Jämtlands läns landsting, Landstinget Dalarna, Landstinget Gävleborg, Landstinget Västernorrland, Norrbottens läns landsting och Västerbottens läns landsting. Undersökningen genomförs med hjälp av Statistiska centralbyrån (SCB).

Undersökningen pågår under våren 2010 och enkäten finns då också tillgänglig via internet på webbadressen [www.insamling.scb.se](http://www.insamling.scb.se). Logga in med användar-id och lösenord som finns på följebrevet.

De besvarade post- och webbenkäterna samlas in av SCB som registrerar svaren och överlämnar materialet i form av datafiler till FHI och respektive landsting för vidare bearbetning. Materialet avidentifieras innan det lämnar SCB.

Efter det att materialet har sammanställts och analyserats kommer det att ligga till grund för flera rapporter om folkhälsan.

### Vill du ändra dina svar?

Du har möjlighet till rättelse fram till augusti. Eftersom SCB avlägsnar alla identitetsuppgifter kan rättelser inte ske efter det att materialet utlämnats till FHI och landstingen.

### Kan någon se dina svar?

Dina uppgifter skyddas enligt 24 kap. 8 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) samt personuppgiftslagen (1998:204). Det innebär bl.a. att alla som arbetar med undersökningen har tystnadsplikt. I de resultat som redovisas framgår aldrig vad enskilda personer har svarat. Numret högst upp på blanketten är till för att SCB under insamlingen ska kunna se vilka som har svarat och vilka som ska få en påminnelse. Efter avslutad bearbetning hos SCB avlägsnas alla identitetsuppgifter innan materialet överlämnas till FHI och respektive landsting för fortsatt bearbetning.

Datamaterial från undersökningen kan endast lämnas ut till andra landsting än de ovanstående eller forskare efter sekretessprövning.

### Svarskuvert och porto

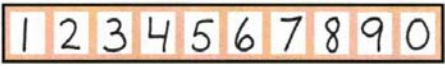
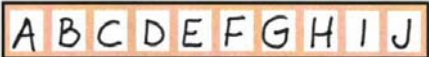

Skicka enkäten i det bifogade frankerade svarskuvertet eller besvara den via internet.

***Vi ber dig svara så snart som möjligt!***

**Tack för din medverkan!**

### Instruktioner:

**Enkäten kommer att läsas maskinellt. När du besvarar enkäten ber vi dig därför tänka på att:**

- Använda kulspetspenna med svart eller blå färg, inte röd. Använd inte blyertspenna!
- Skriva tydliga siffror: 
- Skriva tydliga och STORA bokstäver: 
- Markera dina svar med kryss, så här  och INTE så här
- Om du vill ändra ditt svar, täck hela rutan: 
- Om du vill skriva mer text än vad som får plats på de anvisade raderna/boxarna eller om du vill förklara/förtydliga något:

- skriv inte mellan eller i närheten av svarsrutorna
- skriv i stället på eventuell kommentarsida



## Hälsa

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

- 1  Mycket bra
- 2  Bra
- 3  Någorlunda
- 4  Dåligt
- 5  Mycket dåligt

### 2. Om du tänker på din kroppsliga hälsa, hur många dagar *den senaste 30-dagarsperioden* skulle du säga att den inte varit god (pga. sjukdom, kroppsliga besvär eller skador)? *Ange antal dagar mellan 0 och 30.*

dagar

### 3. Om du tänker på din psykiska hälsa, hur många dagar *den senaste 30-dagarsperioden* skulle du säga att den inte varit god (t.ex. pga. stress, nedstämdhet eller oro)? *Ange antal dagar mellan 0 och 30.*

dagar

### 4. Hur många dagar *den senaste 30-dagarsperioden* hindrade dålig kroppslig eller psykisk hälsa din arbetsförmåga eller dina dagliga aktiviteter? *Ange antal dagar mellan 0 och 30.*

dagar

### 5. Har du under de senaste tre månaderna råkat ut för olycksfall som lett till att du sökt sjukvård eller tandvård?

- 1  Nej
- 2  Ja, en gång
- 3  Ja, flera gånger

### 6. Har du någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, någon nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem?

- 1  Nej
- 2  Ja



Medför dessa besvär att din arbetsförmåga är nedsatt *eller* hindrar dig i dina andra dagliga sysselsättningar?

- 1  Nej, inte alls
- 2  Ja, i någon mån
- 3  Ja, i hög grad



+

+


**7. Kan du utan svårighet se och urskilja vanlig text i en dagstidning?**

- 1  Ja, utan glasögon  
 2  Ja, med glasögon  
 3  Nej

**8. Kan du utan svårighet höra vad som sägs i samtal mellan flera personer?**

- 1  Ja, utan hörapparat  
 2  Ja, med hörapparat  
 3  Nej

**9. Kan du springa en kortare sträcka (ca 100 m)?**

- 1  Ja  Gå vidare till fråga 11  
 2  Nej

**10. Är du på grund av ditt hälsotillstånd begränsad i någon av följande aktiviteter?**

Sätt ett kryss på varje rad.

	Ja 1	Nej 2
a) Kan du gå upp ett trappsteg utan besvär? <i>t.ex. stiga på buss eller tåg</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Kan du ta en kortare promenad (ca 5 min) i någorlunda rask takt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Behöver du hjälpmedel eller hjälp av någon annan person för att förflytta dig utomhus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**11. Har du någon/några av följande sjukdomar?**

Sätt ett kryss på varje rad.

	Nej 1	Ja, men inga besvär 2	Ja, lätta besvär 3	Ja, svåra besvär 4
a) Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Allergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Högt blodtryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**12. Hur lång är du?**

Svara i hela centimeter.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm
----------------------	----------------------	----------------------	----

**13. Hur mycket väger du?**

Svara i hela kilo. Om du är gravid ange  
hur mycket du brukar väga.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	kg
----------------------	----------------------	----------------------	----

+

+





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

**a) Värk i skuldror, nacke eller axlar?**

- 1  Nej
- 2  Ja, lätta besvär
- 3  Ja, svåra besvär

**b) Ryggsmärtor, ryggvärk, höftsmärtor eller ischias?**

- 1  Nej
- 2  Ja, lätta besvär
- 3  Ja, svåra besvär

**c) Värk eller smärtor i händer, armbågar, ben eller knän?**

- 1  Nej
- 2  Ja, lätta besvär
- 3  Ja, svåra besvär

**d) Huvudvärk eller migrän?**

- 1  Nej
- 2  Ja, lätta besvär
- 3  Ja, svåra besvär

**e) Ängslan, oro eller ångest?**

- 1  Nej
- 2  Ja, lätta besvär
- 3  Ja, svåra besvär

**f) Trötthet?**

- 1  Nej
- 2  Ja, lätta besvär
- 3  Ja, svåra besvär

**g) Sömnsvårigheter?**

- 1  Nej
- 2  Ja, lätta besvär
- 3  Ja, svåra besvär

**h) Eksem eller hudutslag?**

- 1  Nej
- 2  Ja, lätta besvär
- 3  Ja, svåra besvär

**i) Öronsus (tinnitus)?**

- 1  Nej
- 2  Ja, lätta besvär
- 3  Ja, svåra besvär

**j) Inkontinens (urinläckage)?**

- 1  Nej
- 2  Ja, lätta besvär
- 3  Ja, svåra besvär

**k) Återkommande mag-/tarmbesvär?**

- 1  Nej
- 2  Ja, lätta besvär
- 3  Ja, svåra besvär

**l) Övervikt, fetma?**

- 1  Nej
- 2  Ja, lätta besvär
- 3  Ja, svåra besvär





## Välbefinnande

15. Har du *de senaste veckorna* kunnat koncentrera dig på allt du gjort?

- 1  Bättre än vanligt
- 2  Som vanligt
- 3  Sämre än vanligt
- 4  Mycket sämre än vanligt

17. Har du haft svårt att sova på grund av oro *de senaste veckorna*?

- 1  Inte alls
- 2  Inte mer än vanligt
- 3  Mer än vanligt
- 4  Mycket mer än vanligt

19. Upplever du att du har gjort nytta *de senaste veckorna*?

- 1  Mer än vanligt
- 2  Som vanligt
- 3  Mindre än vanligt
- 4  Mycket mindre än vanligt

21. Har du *de senaste veckorna* kunnat fatta beslut i olika frågor?

- 1  Bättre än vanligt
- 2  Som vanligt
- 3  Sämre än vanligt
- 4  Mycket sämre än vanligt

23. Har du ständigt känt dig spänd *de senaste veckorna*?

- 1  Inte alls
- 2  Inte mer än vanligt
- 3  Mer än vanligt
- 4  Mycket mer än vanligt

25. Har du *de senaste veckorna* känt att du inte kunnat klara dina problem?

- 1  Inte alls
- 2  Inte mer än vanligt
- 3  Mer än vanligt
- 4  Mycket mer än vanligt

16. Har du *de senaste veckorna* känt att du kunnat uppskatta det du gjort om dagarna?

- 1  Mer än vanligt
- 2  Som vanligt
- 3  Mindre än vanligt
- 4  Mycket mindre än vanligt

18. Har du *de senaste veckorna* kunnat ta itu med dina problem?

- 1  Bättre än vanligt
- 2  Som vanligt
- 3  Sämre än vanligt
- 4  Mycket sämre än vanligt

20. Har du ständigt *de senaste veckorna* känt dig olycklig och nedstämd?

- 1  Inte alls
- 2  Inte mer än vanligt
- 3  Mer än vanligt
- 4  Mycket mer än vanligt

22. Har du *de senaste veckorna* förlorat tron på dig själv?

- 1  Inte alls
- 2  Inte mer än vanligt
- 3  Mer än vanligt
- 4  Mycket mer än vanligt

24. Har du tyckt att du varit värdelös *de senaste veckorna*?

- 1  Inte alls
- 2  Inte mer än vanligt
- 3  Mer än vanligt
- 4  Mycket mer än vanligt

26. Har du på det hela taget känt dig någorlunda lycklig *de senaste veckorna*?

- 1  Mer än vanligt
- 2  Som vanligt
- 3  Mindre än vanligt
- 4  Mycket mindre än vanligt





**27. Känner du dig för närvarande stressad?**

*Med stress menas ett tillstånd då man känner sig spänd, rastlös, nervös, orolig eller okoncentrerad.*

- 1  Inte alls
- 2  I viss mån
- 3  Ganska mycket
- 4  Våldigt mycket

**28. Har du någon gång under de senaste 12 månaderna kommit i den situationen att du allvarligt övervägt att ta ditt liv?**

- 1  Nej
- 2  Ja, en gång
- 3  Ja, flera gånger

**29. Har du någon gång under de senaste 12 månaderna försökt ta ditt liv?**

- 1  Nej
- 2  Ja, en gång
- 3  Ja, flera gånger

## Läkemedel

**30. Har du under de senaste tre månaderna använt något eller några av följande läkemedel?**

*Sätt ett kryss på varje rad.*

	Nej	Ja
	1	2
a) Magsårs/magkatarrsmedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Astma/allergimedien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Diabetesmedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Blodtryckssänkande medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Sömnmedel/insomningsmedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Antidepressiv medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Lugnande/ångestdämpande medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Smärtstillande medicin med recept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Smärtstillande medicin utan recept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Blodfettssänkande medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Annan medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**31. a) Har du under de senaste tre månaderna avstått från att köpa medicin som du fått recept på?**

- 1  Nej      **—————▶** Gå vidare till fråga 32
- 2  Ja



+

+

**b) Vilken är den främsta orsaken till att du inte köpte medicin?***Flera alternativ kan anges.*

- 1  Blev frisk  
 1  Hade inte råd  
 1  Hade medicin så det räckte  
 1  Hade för långt till apoteket  
 1  Trodde inte medicinen skulle hjälpa  
 1  Annan orsak

**Vårdutnyttjande****32. Har du under de senaste tre månaderna haft kontakt med sjukvården?***Gäller egna besvär eller sjukdom.*

- 1  Nej  
 2  Ja

**33. Har du under de senaste tre månaderna besökt eller besökts av någon av följande?***Gäller egna besvär eller sjukdom. Sätt ett kryss på varje rad.*

	Nej	Ja, en gång	Ja, flera gånger
	1	2	3
a) Läkare på sjukhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Läkare på vårdcentral, privat-, företagsläkare och dyl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Distriktssköterska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ungdomsmottagning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Kurator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Psykolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Sjukgymnast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Naprapat, kiropraktor, homeopat och dyl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Varit inlagd på sjukhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+


+



+

+

34. a) Har du under de senaste tre månaderna ansett dig vara i behov av läkarvård men ändå avstått från att söka vård?

- 1  Nej       Gå vidare till fråga 35  
2  Ja

b) Vilken var orsaken/orsakerna till att du inte sökte läkarvård?

*Flera alternativ kan anges.*

- 1  Besvären gick över  
1  För långa väntetider  
1  Svårt komma fram på telefon  
1  Fick inte besökstid snabbt nog  
1  Negativa erfarenheter från tidigare besök  
1  Ekonomiska skäl  
1  Hade inte tid  
1  Visste inte vart jag skulle vända mig  
1  Annan orsak

## Tandhälsa


35. Hur tycker du att din tandhälsa är?

- 1  Mycket bra  
2  Ganska bra  
3  Varken bra eller dålig  
4  Ganska dålig  
5  Mycket dålig

36. När var du senast hos tandläkare/tandhygienist?

- 1  För mindre än ett år sedan  
2  För ett till två år sedan  
3  För tre till fem år sedan  
4  För mer än fem år sedan  
5  Har aldrig varit hos tandläkare/tandhygienist  
6  Vet inte/kommer inte ihåg

37. a) Har du under de senaste tre månaderna ansett dig vara i behov av tandläkarvård men ändå avstått från att söka vård?

- 1  Nej       Gå vidare till fråga 38  
2  Ja

b) Vilken var orsaken/orsakerna till att du inte sökte tandläkarvård?

*Flera alternativ kan anges.*

- 1  Besvären gick över  
1  Ekonomiska skäl  
1  Drar mig för att gå (tandläkarskräck)  
1  Hade inte tid  
1  Annan orsak

+

+



## Levnadsvanor

### 38. 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. Obs! Kryssa endast i ett alternativ.

1  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.

2  Måttlig motion på fritiden

Du promenerar, cyklar eller rör dig på annat sätt under minst 2 timmar i veckan oftast utan att svettas. I detta inräknas också promenad eller cykling till och från arbetet, övriga promenader, ordinarie trädgårdsarbete, fiske, bordtennis, bowling.

3  Måttlig, regelbunden motion på fritiden

Du motionerar regelbundet 1-2 gånger per vecka minst 30 minuter per gång med löpning, simning, tennis, badminton eller annan aktivitet som gör att du svettas.

4  Regelbunden motion och träning

Du ägnar dig åt t.ex. löpning, simning, tennis, badminton, motionsgymnastik eller liknande vid i genomsnitt minst 3 tillfällen per vecka. Vardera tillfället varar minst 30 minuter per gång.

### 39. Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt måttligt ansträngande aktiviteter som får dig att bli varm?

T.ex. promenader i rask takt, trädgårdsarbete, tyngre hushållsarbete, cykling, simning. Det kan variera under året, men försök ta något slags genomsnitt. Ange ett alternativ.

1  5 timmar per vecka eller mer

2  Mer än 3 timmar, men mindre än 5 timmar per vecka

3  Mellan 1 till 3 timmar per vecka

4  Högst en timme per vecka

5  Inte alls

### 40. Vill du öka din fysiska aktivitet?

1  Ja, och jag tror att jag kan klara det själv

2  Ja, men jag behöver stöd

3  Nej

### 41. a) Hur ofta äter du grönsaker och rotfrukter?

Gäller alla typer av grönsaker, baljväxter och rotfrukter (utom potatis). Gäller färska, frysta, konserverade, stuvade, grönsaksjuicer, grönsakssoppor mm. Det kanske varierar under året, men försök ta något slags genomsnitt. Ange ett alternativ.

1  3 gånger per dag eller oftare

2  2 gånger per dag

3  1 gång per dag

4  5-6 gånger per vecka

5  3-4 gånger per vecka

6  1-2 gånger per vecka

7  Några gånger per månad eller aldrig



+

+

**b) Hur ofta äter du frukt och bär?**

Gäller alla typer av frukt och bär (färska, frysta, konserverade, juicer, kompott, mm). Det kanske varierar under året, men försök ta något slags genomsnitt. Ange ett alternativ.

- 1  3 gånger per dag eller oftare
- 2  2 gånger per dag
- 3  1 gång per dag
- 4  5-6 gånger per vecka
- 5  3-4 gånger per vecka
- 6  1-2 gånger per vecka
- 7  Några gånger per månad eller aldrig


**42. Vill du öka ditt intag av frukt och grönsaker?**

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

## Rök- och snusvanor

Frågorna omfattar alla rökverk, dvs. cigaretter, cigariller, cigarrer och pipor.

**43. Röker du dagligen?**

- 1  Ja  Gå vidare till fråga 46
- 2  Nej

**44. Händer det att du röker någon gång då och då?**

- 1  Nej
- 2  Ja


**45. Har du tidigare rökt dagligen under minst 6 månader?**

- 1  Nej
- 2  Ja

**46. Vill du sluta röka?**

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

**47. Snusar du dagligen?**

- 1  Ja  Gå vidare till fråga 50
- 2  Nej

**48. Händer det att du snusar någon gång då och då?**

- 1  Nej
- 2  Ja

+

+

+

+

49. Har du tidigare snusat dagligen under minst 6 månader?

- 1  Nej  
2  Ja

50. Vill du sluta snusa?

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

51. Hur ofta vistas du inomhus i lokaler där andra personer röker eller nyss har rökt?

Sätt ett kryss på varje rad.

	Varje dag	Någon/några gånger/vecka	Någon/några gånger/mån	Mer sällan eller aldrig
	1	2	3	4
a) I ditt hem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) På arbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) På café, bar eller restaurang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) På annan plats inomhus, t.ex. hos vänner, i bilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

52. Har du någon gång använt hasch eller marijuana?

- 1  Nej  
2  Ja, för mer än ett år sedan  
3  Ja, det senaste året  
4  Ja, den senaste månaden

## Spelvanor

53. Har du någon gång under de 12 senaste månaderna köpt lotter eller satsat pengar på spel? Med spel menas t.ex. trisslott, bingolotto, kasinospel, tips, spel på hästar eller liknande och spel om pengar över Internet såsom poker eller vadslagning.

- 1  Nej      **—————>** Gå vidare till fråga 56  
2  Ja

54. Hur mycket pengar har du satsat på spel de senaste 7 dagarna?

Har spelat för  kronor

- 1  Har inte satsat några pengar de senaste 7 dagarna

+

+

+

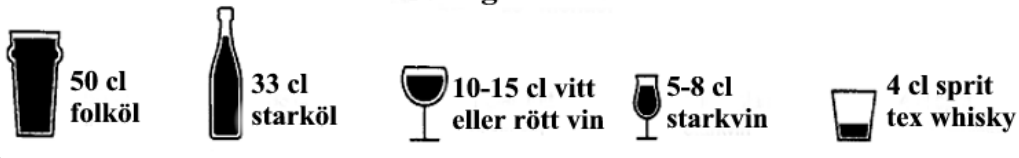
+

**55. Hur många gånger har du under de senaste 12 månaderna ...***Sätt ett kryss på varje rad.*

	Aldrig	1-2 ggr	3 ggr eller fler
	1	2	3
a) ... försökt minska ditt spelande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ... känt dig rastlös och irriterad om du inte kunnat spela?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ... ljugit om hur mycket du spelat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Alkoholvanor**

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

**Med ett "glas" menas:****56. Hur ofta har du druckit alkohol under de senaste 12 månaderna?**

- 1  4 gånger/vecka eller mer  
 2  2-3 gånger/vecka  
 3  2-4 gånger/månad  
 4  1 gång/månad eller mer sällan  
 5  Aldrig → Gå vidare till fråga 61

**57. Hur många "glas" (se exempel) dricker du en typisk dag då du dricker alkohol?**

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

**58. Hur ofta dricker du sex "glas" eller fler vid samma tillfälle?**

- 1  Dagligen eller nästan varje dag  
 2  Varje vecka  
 3  Varje månad  
 4  Mer sällan än en gång i månaden  
 5  Aldrig

+

+

+

+

59. Hur ofta har du under *de senaste 12 månaderna* druckit så mycket alkohol att du varit berusad?

- 1  Dagligen eller nästan dagligen  
 2  Några gånger/vecka  
 3  1 gång/vecka  
 4  2-3 gånger/månad  
 5  1 gång/månad  
 6  Någon eller några gånger per halvår  
 7  Mer sällan eller aldrig

60. Vill du minska din alkoholkonsumtion?

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

## Ekonomiska förhållanden

61. Om du plötsligt skulle hamna i en oförutsedd situation, där du på *en vecka* måste skaffa fram 15 000 kronor, skulle du klara det?

- 1  Ja  
 2  Nej

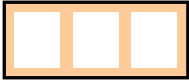
62. Har det under *de senaste 12 månaderna* hänt att du haft svårigheter att klara de löpande utgifterna för mat, hyra, räkningar m.m.?

- 1  Nej  
 2  Ja, vid ett tillfälle  
 3  Ja, vid flera tillfällen

## Arbete och sysselsättning

63. Vilken är din nuvarande sysselsättning?

*Flera alternativ kan anges.*

- 1  Arbetar som anställd →  % av heltid  
 1  Egen företagare  
 1  Tjänstledig eller föräldraledig  
 1  Studerar, praktiserar  
 1  Arbetsmarknadsåtgärd  
 1  Arbetslös  
 1  Ålderspensionär  
 1  Sjuk-/aktivitetsersättning (förtids-, sjukpensionerad)  
 1  Långtidssjukskriven (mer än 3 månader)  
 1  Sköter eget hushåll  
 1  Annat, skriv i rutan:

+

+







## Trygghet och Sociala relationer

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

- 1  Nej
- 2  Ja, ibland
- 3  Ja, ofta

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

- 1  Ja
- 2  Nej      **—————>** Gå vidare till fråga 70

b) Var skedde våldet?

*Flera alternativ kan anges.*

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

70. Har du under *de senaste 12 månaderna* blivit utsatt för hot eller hotelser om våld så att du blev rädd?

- 1  Ja
- 2  Nej

71. Har du under *de senaste tre månaderna* blivit behandlad/bemött på ett sätt så att du känt dig kränkt?

- 1  Nej      **—————>** Gå vidare till fråga 73
- 2  Ja, någon gång
- 3  Ja, flera gånger

72. Hade den kränkande behandlingen/bemötandet samband med något av följande?

*Flera alternativ kan anges.*

- 1  Etnisk tillhörighet
- 1  Kön
- 1  Sexuell läggning
- 1  Ålder
- 1  Funktionsnedsättning
- 1  Religion
- 1  Hudfärg
- 1  Utseende
- 1  Könsidentitet eller/och könsuttryck
- 1  Annat
- 1  Vet ej



+

+

**73. Har du någon du kan dela dina innersta känslor med och anförtro dig åt?**

- 1  Ja  
2  Nej

**74. Kan du få hjälp av någon/några personer om du har praktiska problem eller är sjuk?**  
*T.ex. få råd, låna saker, hjälp med matinköp, reparationer etc.*

- 1  Ja, alltid  
2  Ja, för det mesta  
3  Nej, för det mesta inte  
4  Nej, aldrig

**75. Tycker du att man i allmänhet kan lita på de flesta människor?**

- 1  Ja  
2  Nej

**76. Har du deltagit i någon av följande aktiviteter under de senaste 12 månaderna?**  
*Flera alternativ kan anges.*

- 1  Studiecirkel/kurs på din arbetsplats  
1  Studiecirkel/kurs på din fritid  
1  Fackföreningsmöte  
1  Annat föreningsmöte  
1  Teater/bio  
1  Konstutställning  
1  Religiös sammankomst  
1  Sporttillställning  
1  Skrivit insändare i tidning/tidskrift  
1  Demonstration av något slag  
1  Offentlig tillställning *t.ex. nattklubb, danstillställning eller liknande*  
1  Större släktsammankomst  
1  Privat fest hos någon  
1  Inget av ovanstående

+

+

+

+

**77. Vilket förtroende har du för följande institutioner/politiker i samhället?**

Sätt ett kryss på varje rad.

	Mycket stort	Ganska stort	Inte särskilt stort	Inget alls	Har ingen åsikt
	1	2	3	4	5
a) Sjukvården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Polisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Socialtjänsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Arbetsförmedlingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Försäkringskassan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Domstolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Riksdagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Politiker i ditt landsting/region	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Politiker i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Fackföreningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bakgrund****78. Vilket år är du född?**År: **79. Är du man eller kvinna?**

- 1  Man  
2  Kvinna

**80. Vilken är din sexuella läggning?**

- 1  Heterosexuell  
2  Bisexuell  
3  Homosexuell  
4  Osäker på min sexuella läggning

**81. Hur bor du?**

- 1  Egen villa/radhus  
2  Bostadsrätt/andelsrätt  
3  Hyresrätt  
4  Inneboende, studentlägenhet/rum  
5  Annat

+

+



## Har du några frågor?

Om du vill veta mer om undersökningen eller om hur du ska besvara enkäten får du gärna ringa eller skriva e-post till Statistiska centralbyrån, Statens folkhälsoinstitut eller till ditt landsting.



**Statistiska centralbyrån**  
Statistics Sweden

019-17 67 80

folkhalsa@scb.se

---



Statens  
**folkhälso**institut

063-19 96 19  
063-19 96 45

folkhalsoenkaten@fhi.se

---



**GOTLANDS  
KOMMUN**

Ledningskontoret

0498-26 90 17

hakan.jonsson@gotland.se

---



Landstinget  
DALARNA

023-49 01 40

mats.granvik@ltdalarna.se

---



**Samhällsmedicin**  
Landstinget Gävleborg

026-15 50 24

johanna.alfredsson@lg.se