

VUXENBEFOLKNINGENS HÄLSA, VÄLFÄRD OCH SERVICE (ATH)


Vänligen besvara enkäten så snart som möjligt, helst inom 10 dagar och skicka formuläret i bifogande svarskuvert, som inte behöver frankeras.

Du kan också besvara enkäten på www.thl.fi/ath/vastaa. Logga in med blankettkoden dvs. sifferserien upp-till på enkätformulärets första sida.

Tack för ditt svar!

GÖR SÅ HÄR

Att besvara frågorna:

- Läs noga igenom frågan innan du besvarar den.
- Kryssa för rätt alternativ med kulspetspenna eller fyll i de efterfrågade uppgifterna på angiven plats. **Använd gärna inte blyertspenna.**
-  Om du gör felaktiga anteckningar av misstag, var god och svärta ut hela rutan. Vid varje frågan väljs bara ett svartalternativ som bäst beskriver situationen. Om det särskilt anges, kan man välja flera alternativ.
- Vissa frågor har kompletterande instruktioner.
- Besvara alla frågor – ange även nekande svar tydligt antingen genom att svara in alternativt "nej" eller genom att fylla i "0" i svarsfältet.

EXEMPEL 1.

Markera det alternativ som bästa beskriver ditt nuvarande hälsotillstånd

- mycket gott
- ganska gott
- någorlunda
- ganska dåligt
- dåligt

EXEMPEL 2.

Ditt nuvarande längd och vikt

längd 1 6 5 cm

vikt 6 2 kg

Närmare upplysningar om undersökningen:

www.thl.fi/ath/osallistuvulle (på finska)
avgiftsfritt samtal 0800 97730 (klockan 9-11)
e-post: ath-info@thl.fi

SAMTYCKE TILL ATT DELTA I ATH-UNDERSÖKNINGEN

Jag har satt mig in i dokumentet "Information till deltagarna i undersökningen" som gäller undersökningen och jag har fått en tillräcklig utredning om undersökningen och om insamlingen, hanteringen, samkörningen och utlämnandet av uppgifter i anslutning till undersökningen. Jag förstår att det är frivilligt att delta i undersökningen.

Genom att svara på denna enkät bekräftar jag mitt deltagande i undersökningen.

BAKGRUNDSINFORMATION

1. Är du för närvarande:

- gift eller i registrerat parförhållande
- sambo
- i hemskillnad eller fränskild
- änka/änkling
- ogift

2. Hur många år har du sammanlagt gått i skola eller studerat på heltid?

Folk- och grundskola räknas med.

_____ år

3. Var bor du för tillfället:

- i en ägarbostad
- i en hyreslägenhet
- i ett servicehus, rehabiliteringshem eller äldreboende
- någon annanstans, var: _____

4. Bor du ensam

- ja
- nej, ange här åldern för de **övriga** medlemmarna i ditt hushåll:

_____, år, _____, år, _____, år, _____, år, _____, år,

_____, år, _____, år, _____, år, _____, år, _____, år

5. Är du för närvarande huvudsakligen:

Välj det alternativ som bäst beskriver din situation

- i heltidsarbete
- i deltidsarbete
- ålderspensionerad
- sjukpensionerad eller mottagare av rehabiliteringsstöd
- deltidspensionerad
- arbetslös eller permitterad, den nuvarande perioden har pågått i månader: _____
- familjeledig, hemmamamma eller hemmapappa
- studerande
- annat, vad: _____

6. Har du någon gång under de senaste 12 månaderna:

	nej	ja
varit rädd för att maten tar slut innan du får pengar att köpa mer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
inte haft råd att köpa läkemedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
inte haft råd att gå till läkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Förekommer följande faktorer i närmiljön till din bostad, och i vilken mån upplever du dem som störande?

	nej	ja, men det stör inte	stör i viss mån	mycket störande
farliga korsningar och/eller trafikleder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hala gångvägar vintertid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dåligt belysta gångvägar/trafikleder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
buller, lukt eller damm från trafik eller industri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
långt avstånd till hälso- och sjukvårdstjänster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
långt avstånd till annan service (t.ex. butiker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dåliga kollektivtrafikförbindelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HÄLSA

8. Hur lång är du? _____ cm *ange längden i hela centimeter*

9. Hur mycket väger du i lätt klädsel? _____ kg *ange vikten i hela kilogram*

10. Tycker du att ditt nuvarande hälsotillstånd är:

- bra
 ganska bra
 medelmåttigt
 ganska dåligt
 dåligt

11. Har du någon långvarig sjukdom eller något annat långvarigt hälsoproblem?

- ja
 nej

12. Har du något problem med hälsan som begränsar dig i dina vardagliga sysslor?

- begränsar allvarligt
 begränsar, men inte allvarligt
 begränsar inte alls (*gå vidare till frågan 14*)

13. Har hälsan begränsat dig under de senaste sex månaderna?

- ja
 nej

14. Hur många hela dagar har du på grund av sjukdom varit borta från arbetet eller låtit bli att sköta dina vanliga uppgifter under det senaste året (12 mån.)?

Om du inte kommer ihåg exakt antal, räcker det med en uppskattning. En graviditet räknas inte.

_____ dagar

15. Har du under de senaste 12 månaderna haft följande sjukdomar som konstaterats och behandlats av en läkare?

	ja
förhöjt blodtryck, blodtryckssjukdom	<input type="checkbox"/>
förhöjt kolesterol i blodet	<input type="checkbox"/>
förslitningsskada i ryggen, ischias eller annan ryggsjukdom	<input type="checkbox"/>
depression	<input type="checkbox"/>
annat psykiskt problem	<input type="checkbox"/>
astma	<input type="checkbox"/>
diabetes	<input type="checkbox"/>
hösnuva eller annan allergisk snuva	<input type="checkbox"/>
ingen av ovan nämnda sjukdomar	<input type="checkbox"/>

16. Har du haft följande symtom eller besvär under de senaste 30 dagarna?

	ja
huvudvärk	<input type="checkbox"/>
ledvärk	<input type="checkbox"/>
ont i nacke och skuldror	<input type="checkbox"/>
ryggsmärtor	<input type="checkbox"/>
sömnlöshet	<input type="checkbox"/>
urininkontinens	<input type="checkbox"/>
ringningar i öronen (tinnitus)	<input type="checkbox"/>
inget av ovan nämnda symtom	<input type="checkbox"/>

Följande fem frågor gäller din sinnestämning under de senaste fyra veckorna. Ange på varje rad det alternativ som bäst beskriver hur du känt dig till mods.

17. Hur stor del av tiden under de senaste fyra veckorna har du: Välj ett alternativ på varje rad

	hela tiden	största delen av tiden	en stor del av tiden	en del av tiden	lite av tiden	inte alls
känt dig mycket nervös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
känt dig så nedstämd att ingenting kunnat uppmuntra dig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
känt dig lugn och harmonisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
känt dig dystert och ledsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
känt dig glad och lycklig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Känner du dig ensam:

- aldrig
 mycket sällan
 ibland
 ganska ofta
 hela tiden

19. Har du under de senaste 12 månaderna haft en period som varat åtminstone två veckor och då du under största delen av tiden har

	nej	ja
känt dig ledsen, nedstämd eller deprimerad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tappat intresset för det mesta som du vanligen tycker om att göra, såsom fritidsintressen, arbetet eller andra aktiviteter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Följande fråga handlar om självdestruktiva tankar och känslor (om att göra sig själv illa). Många människor möter i livet tunga motgångar som kan ge upphov till svåra tankar och känslor.

20. Har du haft självmordstankar under de senaste 12 månaderna?

- nej
 ja

FUNKTIONS- OCH ARBETSFORMÅGA

21. Hur ofta har du på angivna sätt kontakt med vänner och släktingar som inte bor i samma hushåll?

	dagligen eller nästan dagligen	1-3 gånger i veckan	1-3 gånger i månaden	mer sällan än en gång i månaden	aldrig
träffas personligen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
per telefon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
via internet (e-post, chat, Skype, Facebook osv.) eller per brev	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Är du med i klubb-, organisations-, förenings- eller hobbyverksamhet eller någon religiös eller andlig rörelse (t.ex. idrottsförening, boendeförening, politiskt parti, sångkör, församling)?

- nej
 ja, aktivt
 ja, då och då

23. Bedöm dina möjligheter att vid behov få hjälp och stöd av närstående. Du kan ange ett eller flera svarsalternativ per fråga.

	partner, sambo	annan närstående	god vän	närstående kollega	närstående granne	någon annan närstående	ingen
vems hjälp kan du verkligen räkna med, vad som än händer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vem kan du få praktisk hjälp av när du behöver?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Hjälper du regelbundet någon i ditt eget hushåll med nedsatt funktionsförmåga eller sjukdom att klara av vardagliga rutiner? Du kan välja flera alternativ.

- nej, (gå vidare till frågan 26)
 ja, min partner
 ja, barn eller barnbarn
 ja, mina föräldrar eller svärföräldrar
 ja, mina eller min partners morföräldrar/farföräldrar
 någon annan, vem? _____

25. Är du officiell närståendevårdare? (avtal)

- nej
 ja

26. Röstade du i förra:

	nej	ja	minns inte
kommunalvalet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
riksdagsvalet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
presidentvalet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EU-parlamentsvalet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Klarar du vanligen av följande aktiviteter?

	ja, utan svårighet	ja, med vissa svårigheter	ja, men det är mycket svårt	nej, inte alls
springa en kortare sträcka (ca 100 meter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gå ungefär en halv kilometers sträcka utan att vila	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
läsa vanlig tidningstext (med eller utan glasögon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uppfatta vad som sägs i ett samtal mellan flera personer (med eller utan hörapparat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Nedan följer frågor som gäller minne, inlärning och koncentrationsförmåga.

	mycket bra	bra	tillfredsställande	dåligt	mycket dåligt
mitt minne fungerar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jag klarar av att lära mig nya saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jag klarar i allmänhet av att koncentrera mig på saker och ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Ange det alternativ nedan som bäst beskriver ditt arbete / senaste arbete

	lätt	ganska lätt	något påfrestande	tämligen påfrestande	mycket påfrestande	jag har aldrig förvärvat arbetat
fysiskt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psykiskt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Stämmer följande påståenden om hem och arbete in på dig? Välj det alternativ som passar dig under varje punkt.

	stämmer exakt	stämmer någotsånär	stämmer inte riktigt	stämmer inte alls	vet ej / gäller inte mig
när jag kommer hem slutar jag tänka på mitt arbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jag känner att jag försummar mitt hem på grund av arbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jag sätter ibland familjen åsido när jag fördjupar mig helt i arbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jag har ibland svårt att koncentrera mig på arbetet på grund av privata angelägenheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jag orkar bättre med barnen om jag också förvärvsarbetar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Vi antar att din arbetsförmåga har fått 10 poäng när den varit som bäst. På skalan 0–10, hur många poäng ger du för din nuvarande arbetsförmåga? Kryssa för den siffra som motsvarar din arbetsförmåga

Helt arbetsförmögen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Bäst arbetsförmåga
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

32. Är din arbetsförmåga: Om du inte längre arbetar ber vi dig tänka på ditt senaste arbete.

	mycket god	ganska god	någorlunda	ganska dålig	mycket dålig	jag har aldrig förvärvat arbetat
i förhållande till de fysiska krav arbetet ställer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i förhållande till de psykiska och intellektuella krav arbetet ställer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Tror du att din hälsa tillåter dig att fortsätta i ditt nuvarande yrke fram till normal pensionsålder?

- nej
- sannolikt inte
- antagligen
- ja
- jag är pensionär

34. Hur fysiskt påfrestande är ditt arbete?

Välj det alternativ som bäst stämmer in på dig.

- jag arbetar inte, eller alternativt utför jag mitt arbete främst sittande och går inte särskilt mycket
- jag går ganska mycket i mitt arbete, men jag behöver inte lyfta eller bära tunga saker
- i mitt arbete är jag tvungen att gå mycket och lyfta mycket eller gå uppför trappor eller ramper
- jag utför tungt kroppsligt arbete, där jag är tvungen att lyfta eller bära tunga föremål, gräva, skyffla eller hugga/hacka osv.

LEVNADSVANOR

Med följande tre frågor (35-37) utreds dina motionsvanor i arbetet, på vägen till och från arbetsplatsen och på fritiden. Om dina motionsvanor varierar beroende på årstid, välj det alternativ som bäst beskriver den genomsnittliga situationen.

35. Hur mycket motionerar du och anstränger dig fysiskt under fritiden?

Inbegrip inte motion på vägen till och från arbetet

- jag läser, ser på tv och gör andra sysslor som inte precis är fysiskt ansträngande
- jag promenerar, cyklar eller utför lätt hem- eller trädgårdsarbete osv. flera timmar i veckan
- jag motionerar eller idrottar aktivt flera timmar i veckan, t.ex. jogging, skidåkning, simning eller bollspel

36. Hur ofta motionerar du på fritiden minst en halv timme så att du blir åtminstone lite andfådd eller svettig? Inbegrip inte motion på vägen till och från arbetet

- dagligen
- 4–6 gånger i veckan
- 3 gånger i veckan
- 2 gånger i veckan
- en gång i veckan
- 2–3 gånger i månaden
- några gånger per år eller mer sällan
- jag kan inte motionera p.g.a. en skada eller sjukdom

37. Hur många minuter promenerar eller cyklar du på vägen till och från arbetet?

Obs. här avses den sammanlagda tiden tur och retur.

- jag arbetar inte eller arbetar hemma
- jag tar mig till arbetsplatsen med motorfordon
- mindre än 15 minuter per dag
- 15–30 minuter per dag
- 30–60 minuter per dag
- över en timme per dag

38. Hur ofta har du under de senaste 7 dagarna använt följande matvaror och drycker?

	inte alls	under 1–2 dagar	under 3–5 dagar	under 6–7 dagar
fet ost (t.ex. Edam, Emmental, Oltermanni)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mager ost (t.ex. Polar-15, Edam 17, grynost)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
färska grönsaker och vegetarisk sallad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
upphettade grönsaker (ej potatis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
frukt och bär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hamburgare, pizza, salta pajer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bullar, wienerbröd, kex, kakor osv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
choklad eller andra sötsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
saft eller läskedrycker som innehåller tillsatt socker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mörkt bröd (råg-, knäckebröd osv.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vegetabilisk olja eller flytande vegetabilisk oljeblandning (t.ex. Flora Culinesse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
smör eller blandning av smör och vegetabilisk olja (t.ex. Oivariini)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
margarin (t.ex. Flora, Keiju)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fettfri mjölk eller surmjölk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. Har du möjlighet att äta lunch i personalmatsal eller elev-/studentmatsal?

- ja
- nej
- jag varken arbetar eller studerar

40. Hur ofta brukar du borsta tänderna / tandprotesen?

- mer än två gånger om dagen
- två gånger om dagen
- en gång om dagen
- mer sällan än varje dag
- aldrig

41. Har någon av nedan nämnda personer under de senaste 12 månaderna uppmanat dig att:

Du kan välja flera alternativ på varje rad.

	ingen	läkare eller tandläkare	hälsovårdare eller annan yrkesperson inom hälso- och sjukvården	familjemedlem	annan
motionera mera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ändra matvanor av hälsoskäl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gå ner i vikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
minska alkoholkonsumtionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sluta röka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. Hur många timmar per dygn sover du vanligen?

I genomsnitt _____ timmar

43. Tycker du att du sover tillräckligt?

- ja, för det mesta
 ja, ofta
 sällan eller nästan aldrig
 vet ej

44. Har du någonsin rökt?

- nej (*om du aldrig rökt, gå vidare till frågan 47*)
 ja

45. Har du någonsin rökt dagligen i minst ett år? Hur många år sammanlagt?

- jag har aldrig rökt dagligen
 jag har rökt dagligen i sammanlagt _____ år

46. Röker du (cigaretter, cigarrer eller pipa)?

- ja, dagligen
 sporadiskt
 nej, inte alls

47. Använder du snus?

- ja, dagligen
 sporadiskt
 inte alls numera
 jag har aldrig snusat

48. Röker du e-cigarett?

- ja, dagligen
 sporadiskt
 inte alls numera
 jag har aldrig rökt e-cigarett

49. Har du använt alkoholdrycker under de senaste 12 månaderna?

- nej (*du kan gå vidare till frågan 54*)
 ja

50. Hur ofta dricker du öl, vin eller andra alkoholdrycker? Räkna också med de gånger du endast druckit små mängder, t.ex. en flaska mellanöl eller lite vin. Välj det alternativ som bäst stämmer in på dig.

- aldrig
 cirka en gång i månaden eller mindre
 2–4 gånger i månaden
 2–3 gånger i veckan
 4 gånger i veckan eller mer

EN ALKOHOLPORTION MOTSVARAR:
 en flaska (33 cl) mellanöl eller cider eller
 ett glas (12 cl) svagvin eller
 ett litet glas (8 cl) starkvin eller
 en restaurangenheter (4 cl) starksprit

51. Hur många portioner alkohol har du i allmänhet druckit de dagar då du druckit alkohol?

Se faktarutan.

- 1–2 portioner
 3–4 portioner
 5–6 portioner
 7–9 portioner
 10 portioner eller mer

EXEMPEL:
 0,5 l mellanöl eller cider = 1,5 portioner
 0,5 l A-öl eller stark cider = 2 portioner
 0,75 l svagvin (12 %) = 6 portioner
 0,5 l starksprit = 13 portioner

52. Hur ofta har du druckit sex alkoholportioner eller mer på en gång?

- aldrig
 mindre än en gång i månaden
 en gång i månaden
 en gång i veckan
 dagligen eller nästan dagligen

53. Hur många glas, flaskor eller alkoholportioner har du under de senaste 7 dagarna druckit av följande drycker: Välj alternativ 0 om du inte alls druckit alkohol.

	under de senaste 7 dagarna
mellanöl (III-öl), medelstark cider eller long drink (säljs i livsmedelsaffärer, alkoholhalt 2,9–4,7 %)	_____ flaskor (à 33 cl)
A-öl, stark cider eller long drink (säljs endast på Alko, alkoholhalt över 4,7%)	_____ flaskor (à 33 cl)
vin	_____ glas (1 glas = ca 12 cl)
brännvin eller annan spritdryck	_____ restaurangenheter (ca 4 cl)

54. Har du använt cannabis (hasch, marijuana)?

- jag har aldrig provat
 ja, under de senaste 12 månaderna
 ja, men inte under de senaste 12 månaderna

Nedan följer frågor som gäller spel om pengar. Till SPEL OM PENGAR hör bland annat lotterispel såsom Lotto eller Keno, spelautomater såsom fruktspel, skraplotter, sporttips och travtips, Veikkaus spel, vadslagning, kasinospel och sådana penningsspel som finns på webben, till exempel nätpoker.

55. Har du under de senaste 12 månaderna haft en känsla av att du kanske har problem med spel om pengar?

- jag spelar inte
 aldrig
 ibland
 ofta
 nästan hela tiden

OLYCKOR OCH VÅLD
56. Har du under de senaste 12 månaderna råkat ut för ett olycksfall där du blivit skadad? När hände olyckan och hurdan vård fick du för dina skador?

Du kan välja flera alternativ.

	nej	ja, jag kurerade mig hemma	ja, jag fick vård av hälsovårdare/sjukskötare	ja, läkarvård	ja, sjukhusvård
på arbetsplatsen eller på vägen till eller från arbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hemma på fritiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
på fritiden i anslutning till idrottsaktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
någon annanstans på fritiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

57. Använder du följande skydds- eller säkerhetsutrustning?

	alltid	ofta	ibland	inte alls	gäller inte mig
hjälm när du cyklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bilbälte i baksätet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
flytväst/räddningsväst i båt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dubbade kängor eller isbroddar när du rör dig ute vid halka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
reflex när det är mörkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

58. Har någon betett sig våldsamt mot dig under de senaste 12 månaderna?

Du kan välja flera alternativ per rad.

	nej, ingen	en obekant person eller en halvbekant	nuvarande sambo eller maka/make eller partner	annan närstående person (familjemedlem, före detta maka/make, vän, bekant, arbetskamrat)
hotat om fysiskt våld per telefon, per brev eller via internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hotat om fysiskt våld ansikte mot ansikte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hållit fast, skuffat eller knuffat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
slagit med öppen hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
slagit med knytnäven eller hårt föremål, tagit strupgrepp eller använt något vapen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tvingat till samlag/våldtagit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tvingat till annat sexuellt umgänge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
försökt tvinga till samlag eller annat sexuellt umgänge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
betett sig våldsamt på annat sätt, beskriv med ett ord: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

59. Har främmande människor på gatan eller något annat ställe (t.ex. i en butik, restaurang) behandlat dig orättvist under de senaste 12 månaderna?

- ja
 nej

60. Har din chef, en arbetskamrat eller en kund behandlat dig orättvist på arbetsplatsen under de senaste 12 månaderna?

- ja
 nej
 jag har inte förvärvat arbetat under de senaste 12 månaderna

TJÄNSTER

61. Vad anser du om följande påståenden gällande social- och hälsovården?

	helt av samma åsikt	delvis av samma åsikt	varken av samma eller annan åsikt	delvis av annan åsikt	helt av annan åsikt
Hälso- och sjukvårdstjänsterna fungerar allmänt taget bra i Finland.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den sociala servicen fungerar allmänt taget bra i Finland.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

62. Har du haft tillräcklig tillgång till följande social- och hälsovårdstjänster eller förmåner under de senaste 12 månaderna? *Beakta både kommunala och privata serviceleverantörer.*

	jag har inte behövt tjänsten eller förmånen	jag hade behövt tjänsten eller förmånen, men har inte haft tillgång till den	jag har anlitat tjänsten eller förmånen, men har inte haft tillräcklig tillgång till den	jag har anlitat tjänsten eller förmånen och har haft tillräcklig tillgång till den
läkarmottagning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tjänster på sjukskötarens eller hälsovårdarens mottagning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tandläkartjänster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tjänster för personer med funktionsnedsättning (t.ex. färdtjänst, personlig assistans, ändringsarbeten i bostaden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mödra- och barnrådgivningstjänster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andra tjänster för barnfamiljer (t.ex. barnskydd, fostrings- och familjerådgivning, hemservice)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
handledning och rådgivning av socialarbetare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stödtjänster för närståendevårdare (t.ex. möjlighet att ta ledigt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vårdarvoden för närståendevård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
utkomststöd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

63. Har följande faktorer stört din tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster under de senaste 12 månaderna?

	alltid	oftast	ibland	aldrig	gäller inte mig
besvärligt avstånd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
höga klientavgifter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

64. Har följande faktorer stört din tillgång till social service under de senaste 12 månaderna?

	alltid	oftast	ibland	aldrig	gäller inte mig
besvärligt avstånd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
höga klientavgifter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65. Hur många gånger du har träffat en läkare, hälsovårdare eller sjukskötare på mottagningen eller hemma på grund av egen sjukdom (eller graviditet eller förlossning) under de senaste 12 månaderna? *Beakta inte de gånger när du har varit intagen som patient på sjukhus.*

	inte en enda gång	en gång	2-3 gånger	4-6 gånger	över 6 gånger
på läkarmottagning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
på hälsovårdarens eller sjukskötarens mottagning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

66. Hur många gånger sammanlagt under de senaste 12 månaderna har du varit i kontakt:

	inte en enda gång	en gång	2-3 gånger	4-6 gånger	över 6 gånger
Per telefon					
med läkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med hälsovårdare eller sjukskötare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med annan yrkesperson inom hälso- och sjukvården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med socialarbetare eller socialhandledare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Via e-tjänster					
med läkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med hälsovårdare eller sjukskötare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med annan yrkesperson inom hälso- och sjukvården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med socialarbetare eller socialhandledare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

67. Har du under de senaste 12 månaderna utnyttjat möjligheten att byta hälsostation (offentlig hälso- och sjukvård)? Tjänsten betraktas här som offentlig även i de fall där kommunen valt en privat serviceproducent för att ansvara för en hälsostations tjänster.

- jag har inte anlitat tjänster vid en hälsostation under de senaste 12 månaderna
 jag har inte bytt hälsostation
 jag har bytt hälsostation

68. Har du under de senaste 12 månaderna använt möjligheten att välja eller byta sjukhus (offentlig hälso- och sjukvård)? Tjänsten betraktas här som offentlig även i de fall där kommunen valt en privat serviceproducent för att ansvara för någon sjukhusvård.

- jag har inte behövt vård eller undersökningar vid polikliniker eller vårdavdelningar inom den specialiserade sjukvården under de senaste 12 månaderna
 jag har inte valt eller bytt sjukhus
 ja, jag har valt eller bytt sjukhus

69. Hur beskriver följande påståenden dina erfarenheter av hälso- och sjukvård, då du anlitat tjänster under de senaste 12 månaderna?

	alltid	oftast	ibland	aldrig	gäller inte mig (jag har inte anlitat hälso- och sjukvårdstjänster)
jag fick tillgång till vård tillräckligt snabbt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jag blev intagen för undersökning tillräckligt snabbt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
servicen motsvarade mitt behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mitt ärende sköttes på ett smidigt sätt och informationen förmedlades personalen emellan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

70. Hur många gånger under de senaste 12 månaderna har du besökt:

	inte en enda gång	en gång	2-3 gånger	4-6 gånger	över 6 gånger
tandläkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tandskötare eller munhygienistmottagning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

71. Har du blivit vaccinerad mot influensa inom de senaste 12 månaderna?

- nej
 ja

72. När har en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården senast mätt eller testat följande på dig: Välj ett alternativ på varje rad.

	under de senaste 12 månaderna	för 1-5 år sedan	för över 5 år sedan	aldrig	vet ej
blodtryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kolesterolhalten i blodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
blodsocker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
midjemått	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

73. Har du under de senaste fem åren varit med om följande undersökningar och kontroller?

	nej	ja, under det senaste året (1 år)	ja, under de senaste 1-5 åren
mammografi (bröstcancerscreening) för kvinnor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAPA-prov för kvinnor (cellprov från livmoderhalsen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
prostataundersökning för män i form av mätning av PSA-värdet genom blodprov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

74. Har du under de senaste 12 månaderna anlitat någon av följande värdenheter på grund av psykiska problem eller missbruk:

	nej	ja, på grund av psykiska problem	ja, på grund av problem med alkohol- och drogbruk
öppenvården (t.ex. företagshälsovården, A-klinik, mentalvårdsbyrå)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
institutionsvården (t.ex. psykiatriskt sjukhus eller avgiftningsbehandling på annat sjukhus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

75. Vilken social service har du anlitat senast under de senaste 12 månaderna?

Välj ett alternativ utgående från vilken service du anlitat senast

- äldreservice (t.ex. boendetjänster, hemservice, äldreomsorg)
 tjänster för personer med funktionsnedsättning (t.ex. färdtjänst, personlig assistans, ändringsarbeten i bostaden)
 tjänster för barnfamiljer (t.ex. barnskydd, hemservice, fostrings- och familjerådgivning)
 handledning eller rådgivning av socialarbetare
 ingen av ovan nämnda tjänster (gå vidare till frågan 77)

76. Hur beskriver följande påståenden dina erfarenheter av sociala service under de senaste 12 månaderna? Utvärdera den service som du anlitat

	alltid	oftast	ibland	aldrig	gäller inte mig (jag har inte anlitat socialvård)
jag fick tillgång till service tillräckligt snabbt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
servicen motsvarade mitt behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mitt ärende sköttes på ett smidigt sätt och informationen förmedlades personalen emellan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LIVSKVALITET

Vid följande frågor (77-79) ber vi dig tänka på ditt liv under de senaste två veckorna.

77. Hur skulle du beskriva din livskvalitet?

- mycket dålig
- dålig
- varken god eller dålig
- god
- mycket god

78. Hur nöjd är du:

	mycket missnöjd	ganska missnöjd	varken nöjd eller missnöjd	nöjd	mycket nöjd
med hälsan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med din förmåga att klara av dagliga sysslor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med dig själv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med dina relationer till andra människor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med bostadsmiljön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

79. I vilken mån har du under de senaste två veckorna upplevt följande saker

	inte alls	lite	i rimlig utsträckning	nästan tillräckligt	helt tillräckligt
har du tillräckligt med energi för ditt dagliga liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
har du tillräckligt med pengar för dina behov?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Följande fem frågeavsnitt anknyter till olycksfall och kartlägger 1) olycksfall i hemmet, 2) olycksfall i samband med idrott och motion, 3) olycksfall i arbetet, 4) trafikolyckor och 5) andra olycksfall på fritiden. Med hjälp av frågorna kartläggs hur olycksfallet inträffat, hurdana skador förorsakades och hurdan vård skadorna krävt

OLYCKSFALL I HEMMET

80. Har du råkat ut för ett olycksfall i hemmet under de senaste 12 månaderna? Ett olycksfall i hemmet avser en olycka som sker i hemmet, på gården, i en semesterbostad, på sommarstugan eller i en annan bostad, såsom en fallolycka som orsakar skador, en brännskada eller en skada från vasst föremål, till exempel en kniv eller krossat glas.

- nej (gå vidare till fråga 87. till avsnittet Olycksfall i samband med idrott och motion)
- ja, hur många gånger sammanlagt under de senaste 12 månaderna? _____ gånger

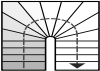

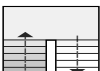
81. Hur inträffade olyckan? Om du råkat ut för flera olycksfall i hemmet under de senaste 12 månaderna, beskriv de tre senaste. Ange ditt svar separat för varje bemyndigade genom att välja ett lämpligt alternativ för varje olycksfall (Olycksfall 1, Olycksfall 2 eller Olycksfall 3). Välj det alternativ som bäst beskriver situationen vid varje olycksfall i hemmet.

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
jag snubblade, föll, halkade eller ramlade från låg höjd (mindre än 1 meter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jag ramlade från över 1 meters höjd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kollision med person eller föremål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
förgiftning eller exponering för annat skadligt ämne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
elektrisk stöt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
avvikande temperaturer: brännskada (eld, brandgas osv.), köldskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
skada på grund av vasst föremål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om annat, vad: _____			

82. Påverkades olyckan av att du hade bråttom, var trött eller slarvig?

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

83. Var inträffade olycksfallet? Välj det alternativ som bäst beskriver situationen för varje olycksfall.

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
boningsrum (vardagsrum, sovrum, barnkammare e.d.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WC, badrum, bastulokaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gård, balkong, terrass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bilgarage, hobbyrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
källare, vind, förråd eller lider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U-trappa inomhus 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rak trappa mellan två våningar inomhus 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U-trappa med vilplan inomhus 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om annan plats, var: _____			

84. Vilken var den allvarligaste skadan till följd av olycksfallet?

Välj det alternativ som bäst beskriver situationen för varje olycksfall.

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
ingen skada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
blåmärken, kontusioner eller sår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stukning, sträckning eller luxation eller muskelskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fraktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hjärnskakning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
skadan till huvudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ögonskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tandskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
brännskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
köldskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psykiskt trauma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om annan skada, vad: _____			

85. Hurdan vård fick du för skadorna?

Välj det alternativ som bäst beskriver situationen för varje olycksfall.

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
egenvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vård av hälsovårdare eller sjukskötare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
läkarvård i jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sjukhusbehandling (avdelningsvård)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sjukhusbehandling (operation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

86. Var du påverkad av alkohol, läkemedel som påverkar funktionsförmågan eller narkotika då olyckan inträffade?

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OLYCKSFALL I SAMBAND MED IDROTT OCH MOTION

87. Har du råkat ut för ett motions- eller idrottsrelaterat olycksfall under de senaste 12 månaderna?

- nej (gå vidare till fråga 96. till avsnittet Trafikolyckor)
- ja, hur många gånger sammanlagt under de senaste 12 månaderna? _____ antal

88. I vilken situation inträffade olycksfallet? Om du har råkat ut för flera motions- eller idrottsrelaterade olycksfall under de senaste 12 månaderna, beskriv de tre senaste.

Ange ditt svar separat för varje olycksfall genom att kryssa för ett alternativ i respektive kolumn (Olycksfall 1, Olycksfall 2 eller Olycksfall 3).

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
på fritiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i en läroanstalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i anslutning till motion på arbetsplatsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

89. Hur inträffade olyckan?

Välj det alternativ som bäst beskriver situationen för varje olycksfall.

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
jag snubblade, föll, halkade eller ramlade från låg höjd (mindre än 1 meter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jag ramlade från över 1 meters höjd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kollision med person eller föremål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
skada orsakad av utrustning eller redskap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
temperatur (hotta, köld)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
prestationsfel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tidigare skada, belastningsskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om annat, vad:	_____	_____	_____

90. Påverkades händelsen av att du hade bråttom, var trött eller slarvig?

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

91. Var inträffade olycksfallet?

Välj det alternativ som bäst beskriver situationen för varje olycksfall.

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
idrottssal eller -hall, bollhall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ishall, skridskoplan eller rink	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
idrottsplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
led för gång-, cykel- och mopedtrafik, skyddsväg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
motionslinga, motionsrutt i terrängen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
skog, åker, strand e.d. terräng eller naturlig omgivning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hav, sjö, å e.d. vattendrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gårdsplan eller parkeringsområde, park, torg e.d.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
motionssal på arbetsplatsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hem eller egen gård, gård vid semesterbostad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
utlandsresa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om annat, vad:	_____	_____	_____

92. Vilken motionsform eller idrottsgren var det fråga om vid olycksfallet?

Välj det alternativ som bäst beskriver situationen för varje olycksfall.

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
fotboll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
innebandy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
volleyboll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ishockey, bandy, ringette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
skridskoåkning, rullskridskoåkning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
motion (löpning, promenad, jogging, stavgång osv.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gymträning, kraftsport, tyngdlyftning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
utflykt, vandring, orientering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
skidning, utförsåkning, snowboarding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
simning och annan vattensport (rodd, paddling, SUP-paddling)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cykling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
motorsport (inkl. vattenskidor, vattenskoter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kampsport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
djursport (t.ex. ridning, hundtävlingar, körsport)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
golf, bowling, petanque, biljard (sportgren där man använder en kompakt boll)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trampolin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om annat, vad:	_____	_____	_____

93. Vilken var den allvarligaste skadan till följd av olycksfallet?

Välj det alternativ som bäst beskriver situationen för varje olycksfall.

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
ingen skada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
blåmärken, kontusioner eller sår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stukning, sträckning eller luxation eller muskelskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fraktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hjärnskakning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
skadan till huvudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ögonskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tandskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
brännskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
köldskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psykiskt trauma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om annan skada, vad:	_____	_____	_____

94. Hurdan vård fick du för skadorna?

Välj det alternativ som bäst beskriver situationen för varje olycksfall.

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
egenvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vård av hälsovårdare eller sjukskötare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
läkarvård i jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sjukhusbehandling (avdelningsvård)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sjukhusbehandling (operation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

95. Var du påverkad av alkohol, läkemedel som påverkar funktionsförmågan eller narkotika då olyckan inträffade?

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TRAFIKOLYCKOR

96. Har du råkat ut för en trafikolycka under de senaste 12 månaderna? En trafikolycka avser en olycka med en bil eller annat fordon eller transportmedel, såsom kollision eller avkörning, samt olycksfall där de inblandade är fotgängare och cyklister.

- nej (gå vidare till fråga 104. till avsnittet Olycksfall i arbetet)
- ja, hur många gånger sammanlagt under de senaste 12 månaderna? _____ antal

97. Hur inträffade trafikolyckan? Om du råkat ut för flera trafikolyckor under de senaste 12 månaderna, beskriv de tre senaste. Ange ditt svar separat för varje trafikolycka genom att välja ett lämpligt alternativ för varje olycksfall (Olycksfall 1, Olycksfall 2 eller Olycksfall 3). Välj det alternativ som bäst beskriver situationen för varje olycksfall.

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
Kollision med ett motorfordon (i rörelse) (inkl. att bli överkörd som fotgängare eller cyklist eller kollision med bil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
singelolycka, dvs. olycksfall utan andra parter (t.ex. avkörning, kollision med ett fast hinder, fallolycka som fotgängare eller cyklist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kollision med parkerat fordon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
olycka med djur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om annat, vad: _____			

98. Hur rörde du dig när trafikolyckan inträffade?

Välj det alternativ som bäst beskriver situationen för varje trafikolycka.

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
till fots	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med cykel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med bil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med motorcykel eller moped	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med annat fordon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

99. Vaikuttiko liikenneonnettomuuteen oma kiire, väsymys tai huolimattomuus?

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

100. Var inträffade trafikolyckan?

Välj det alternativ som bäst beskriver situationen för varje trafikolycka.

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
trottoar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gång- eller cykelväg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
skyddsväg, korsning mellan cykelväg och gata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
väg eller gata i tätort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
väg utanför tätort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
motorväg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
annan plats, t.ex. allmänt parkeringsområde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
höghusgård eller egnahemshusgård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
terräng, skogs- eller åkerområde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hav, sjö, å e.d. vattendrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om annan plats, var: _____			

101. Vilken var den allvarligaste skadan till följd av trafikolyckan?

Välj det alternativ som bäst beskriver situationen för varje trafikolycka.

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
ingen skada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
blåmärken, kontusioner eller sår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stukning, sträckning eller luxation eller muskelskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fraktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hjärnskakning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
skadan till huvudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ögonskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tandskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
brännskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
köldskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psykiskt trauma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om annan skada, vad:	_____	_____	_____

102. Hurdan vård fick du för skadorna?

Välj det alternativ som bäst beskriver situationen för varje trafikolycka.

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
egenvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vård av hälsovårdare eller sjukskötare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
läkarvård i jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sjukhusbehandling (avdelningsvård)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sjukhusbehandling (operation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

103. Var du påverkad av alkohol, läkemedel som påverkar funktionsförmågan eller narkotika då trafikolyckan inträffade?

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OLYCKSFALL I ARBETET

104. Har du råkat ut för ett olycksfall i arbetet under de senaste 12 månaderna? Beakta också olycksfall som skett i samband med arbetsresor, arbetspraktik, studier, volontärarbete eller liknande situationer

- nej (gå vidare till fråga 112. till avsnittet Andra olycksfall på fritiden)
- ja, hur många gånger sammanlagt under de senaste 12 månaderna? _____ gånger

105. Hur inträffade olyckan? Om du råkat ut för flera olycksfall i arbetet under de senaste 12 månaderna, beskriv de tre senaste. Ange ditt svar separat för varje arbetsolycka genom att välja ett lämpligt alternativ för varje olycksfall (Olycksfall 1, Olycksfall 2 eller Olycksfall 3). Välj det alternativ som bäst beskriver situationen för varje olycksfall.

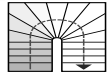


	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
rasande byggnadsstrukturer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jag föll/halkade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jag ramlade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fallande föremål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jag fastnade/blev i kläm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
skada från vasst föremål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
plötslig rörelse, lyftning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om annat, vad:	_____	_____	_____

106. Påverkades olyckan av att du hade bråttom, var trött eller slarvig?

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

107. Var inträffade olycksfallet?

Välj det alternativ som bäst beskriver situationen för varje arbetsolycka.

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
på arbetsplatsen utanför hemmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
på vägen till eller från arbetsplatsen, på en arbetsrelaterad resa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hemma i arbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U-trappa inomhus 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rak trappa mellan två våningar inomhus 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U-trappa med vilplan inomhus 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om annat ställe, var: _____			

108. Vilken var den allvarligaste skadan till följd av arbetsolyckan?

Välj det alternativ som bäst beskriver situationen för varje arbetsolycka.

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
ingen skada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
blåmärken, kontusioner eller sår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stukning, sträckning eller luxation eller muskelskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fraktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hjärnskakning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
skadan till huvudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ögonskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tandskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
brännskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
köldskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psykiskt trauma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om annan skada, vad: _____			

109. Hurdan vård fick du för skadorna?

Välj det alternativ som bäst beskriver situationen för varje arbetsolycka.

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
egenvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vård av hälsovårdare eller sjukskötare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
läkarvård i jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sjukhusbehandling (avdelningsvård)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sjukhusbehandling (operation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

110. Var man medveten om den riskfaktor som orsakade arbetsolyckan?

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

111. Har du möjlighet att påverka frågor som gäller arbets säkerhet på din arbetsplats?

- ja
 nej

ANDRA OLYCKSFALL PÅ FRITIDEN
112. Har du råkat ut för något annat olycksfall på fritiden under de senaste 12 månaderna?

Andra olycksfall under fritiden gäller skador som uppkommit i andra situationer än motions- eller idrottsrelaterade olycksfall, olycksfall i arbetet eller hemmet eller trafikolyckor, såsom att halka på vägen till eller från butiken, en skada i anslutning till talkoarbete eller en skada i samband med camping, en båtutfärd eller i en husvagn.

- nej (gå vidare till fråga 117. till avsnittet Sjukfrånvaro)
 ja, hur många gånger sammanlagt under de senaste 12 månaderna? _____ gånger

113. Hur inträffade olyckan? Om du råkat ut för flera olycksfall på fritiden under de senaste 12 månaderna, beskriv de tre senaste. Ange ditt svar separat för varje fritidsolycka genom att välja ett lämpligt alternativ för varje olycksfall (Olycksfall 1, Olycksfall 2 eller Olycksfall 3). **Välj det alternativ som bäst beskriver situationen för varje olycksfall.**

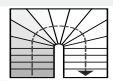

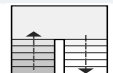
	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
jag snubblade, föll, halkade eller ramlade från låg höjd (mindre än 1 meter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jag ramlade från över 1 meters höjd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kollision med person eller föremål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
förgiftning eller exponering för annat skadligt ämne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
elektrisk stöt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
avvikande temperaturer: brännskada (eld, brandgas osv.), köldskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
skada på grund av vasst föremål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om annat, vad: _____			

114. Påverkades olyckan av att du hade bråttom, var trött eller slarvig?

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

115. Var inträffade olycksfallet?

Välj det alternativ som bäst beskriver situationen för varje olycka.

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
led för gång-, cykel- och mopedtrafik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bilväg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gårdsplan eller parkeringsområde vid offentlig byggnad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gårdsplan eller parkeringsområde vid bostadshus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
terräng, t.ex. skogs- eller åkerområde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
annan plats utomhus, t.ex. station eller hållplats, park eller torg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
innanför en offentlig byggnad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U-trappa inomhus 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rak trappa mellan två våningar inomhus 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U-trappa med vilplan inomhus 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om annat ställe, var: _____			

116. Vilken var den allvarligaste skadan till följd av fritidsolyckan?

Välj det alternativ som bäst beskriver situationen för varje olycka.

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
ingen skada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
blåmärken, kontusioner eller sår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stukning, sträckning eller luxation eller muskelskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fraktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hjärnskakning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
skadan till huvudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ögonskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tandskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
brännskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
köldskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psykiskt trauma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om annan skada, vad: _____			

SJUKFRÅNVARO

Nedan följer frågor som gäller vård och sjukfrånvaro i anknytning till olyckshändelser, olycksfall eller våld. Om du har råkat ut för flera olycksfall under de senaste 12 månaderna, beskriv **de tre senaste**. Ange ditt svar separat för varje olycksfall genom att skriva in antalet dagar i det fält som reserverats för det för varje olycksfall (Olycksfall 1, Olycksfall 2 eller Olycksfall 3).

117. Hur många dagar vistades du på sjukhus på grund av skadorna?

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
Olycksfall i hemmet	_____ dagar	_____ dagar	_____ dagar
Olycksfall i samband med idrott och motion	_____ dagar	_____ dagar	_____ dagar
Trafikolyckor	_____ dagar	_____ dagar	_____ dagar
Olycksfall i arbetet	_____ dagar	_____ dagar	_____ dagar
Andra olycksfall på fritiden	_____ dagar	_____ dagar	_____ dagar
Våld	_____ dagar	_____ dagar	_____ dagar

118. Hur många dagar var det på grund av skadan svårt eller omöjligt för dig att klara av dagliga sysslor och rutiner? (förutom eventuella dagar på sjukhus)

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
Olycksfall i hemmet	_____ dagar	_____ dagar	_____ dagar
Olycksfall i samband med idrott och motion	_____ dagar	_____ dagar	_____ dagar
Trafikolyckor	_____ dagar	_____ dagar	_____ dagar
Olycksfall i arbetet	_____ dagar	_____ dagar	_____ dagar
Andra olycksfall på fritiden	_____ dagar	_____ dagar	_____ dagar
Våld	_____ dagar	_____ dagar	_____ dagar

119. Hur många dagar var du frånvarande från arbetet (inklusive dagar på sjukhus) på grund av skadan?

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
Olycksfall i hemmet	_____ dagar	_____ dagar	_____ dagar
Olycksfall i samband med idrott och motion	_____ dagar	_____ dagar	_____ dagar
Trafikolyckor	_____ dagar	_____ dagar	_____ dagar
Olycksfall i arbetet	_____ dagar	_____ dagar	_____ dagar
Andra olycksfall på fritiden	_____ dagar	_____ dagar	_____ dagar
Våld	_____ dagar	_____ dagar	_____ dagar

VÅLD

120. Har någon krävt dig på pengar eller egendom genom utpressning eller hot under de senaste 12 månaderna? Du kan välja flera alternativ.

- ingen
 en obekant person eller en halvbekant
 min nuvarande sambo eller make/maka eller partner
 annan närstående person (annan familjemedlem, tidigare partner, vän, bekant, arbetskamrat)

121. Ifall du råkat ut för våld under de senaste 12 månaderna, sökte du dig på grund av våldet: Du kan välja flera alternativ.

- till tjänster som drivs av organisationer (t.ex. våldtäktskriscentral, Tukinainen, Flickornas hus, Brottsofferjouren, Monika Naiset, skyddshem, krisjourer, kommunens sexualterapeut eller motsvarande)
 till social- och hälsovårdstjänster (sjukhus- eller hälsovårdscentraljour)
 jag har inte råkat ut för våld under de senaste 12 månaderna. Du kan hoppa över följande fråga.

122. Hur blev du bemött när du besökte ovan nämnda tjänster?

Du kan välja flera alternativ.

- sakligt och sakkunnigt
 tillmötesgående och förståelsefullt
 elakt
 likgiltigt
 på något annat sätt _____

**HÄR SLUTAR ENKÄTEN FÖR MÄNNENS DEL,
TACK FÖR DITT SVAR!**

Glöm inte att lösgör pärmsbladet från enkätdelen innan utskick.

Du kan studera resultaten på www.thl.fi/ath

Följande frågor gäller bara kvinnor.

123. Hur många förlossningar har du genomgått?

Laskekaa mukaan sekä tavalliset synnytykset että keisarileikkaukset

- inga
 sammanlagt _____ förlossningar

124. Har du genomgått abort?

- nej
 ja, _____ gånger

125. Har du haft missfall eller utomkvedshavandeskap (fostret utanför livmodern)?

- nej
 ja, _____ gånger

TACK FÖR DITT SVAR!

Glöm inte att lösgör pärmbudet från enkätdelen innan utskick.

Du kan studera resultaten på www.thl.fi/ath