



FINRISKI 2012

NATIONELL HÄLSOUNDERSÖKNING

FRÅGEBLANKETT till Er som deltagit i FINRISKI-undersökningen

Denna blankett sänds till Institutet för hälsa och välfärd i det kuvert som Ni fick på undersökningsplatsen. Portot är redan betalt.

ANVISNINGAR TILL ER SOM SVARAR

Besvara frågorna genom att kryssa för numret framför det lämpliga alternativet eller genom att skriva in uppgiften i det för ändamålet reserverade utrymmet.

Läs noga igenom frågan innan Ni besvarar den.

- EXEMPEL 1. Har Ni någonsin haft allergiska ögonbesvär?
- nej
- ja, under de senaste 12 månaderna
- ja, senast för över ett år sedan

Vi ber Er besvara alla frågor - ange även nekande svar tydligt antingen genom att kryssa i alternativet "nej" eller genom att fylla i "0" i svarsfältet.

- EXEMPEL 2. Hur många medlemmar i Ert hushåll är
- under 7 år
- 7-17 år
- (Anteckna 0 om ingen.)

En del av frågorna har efter alternativen anvisningen: "Gå vidare till fråga ...", varvid Ni direkt fortsätter till denna fråga och lämnar frågorna däremellan obesvarade.

Vi ber Er att vid ifyllandet noga följa anvisningarna och undvika att göra extra markeringar i frågeformuläret.

Ange datum då Ni huvudsakligen
fyllde i detta formulär:

2012
dag månad

ANLITANDE AV HÄLSOTJÄNSTER

1. Hur många gånger har Ni under det senaste året (12 kk) besökt läkarmottagning? Tandläkarbesök räknas inte med. (Anteckna 0, om inte en enda gång.)

gånger

2. Hur många gånger har Ni under det senaste året (12 mån) har Ni besökt hälsovårdares, sjukskötares eller företagshälsovårdares mottagning eller har hälsovårdare gjort hembesök hos Er? (Anteckna 0, om inte en enda gång.)

gånger

3. Hur många dagar har Ni tillbringat i sjukhusvård under de senaste året (12 mån)? (Om inte alls, anteckna 0.)

dagar

4. Hur många hela dagar var Ni under det senaste året (12 mån) frånvarande från arbetet eller lät bli att sköta Era vanliga sysslor på grund av sjukdom? (Om inte alls, anteckna 0.)

dagar

5. Får Ni sjukpension på grund av någon sjukdom eller skada?

- nej
 ja, deltidspension
 ja, tidsbegränsad pension
 ja, bestående pension

6. När har Ni senast varit på hälsokontroll eller läkarundersökning, som inte föranletts av sjukdomssymtom eller sjukdom (t.ex. lagstadgad kontroll inom företagshälsovården, körkortsundersökning, kontroll på rådgivningsbyrå)?

- under det senaste halvåret
 för ½ – 1 år sedan
 för 1 år – 5 år sedan
 för över 5 år sedan
 aldrig

7. Har Ni någon kronisk sjukdom eller annat hälsoproblem (som varat eller antas vara i 6 mån eller mer)?

- nej
 ja

8. I vilken mån har Ert liv under det senaste halvåret begränsats av någon omständighet som gäller hälsan?

- inte alls
 begränsat i någon mån
 begränsat i betydlig grad

BLODTRYCKSMÄTNING HEMMA

9. Mäter Ni blodtrycket hemma med blodtrycksmätare?

- nej (gå vidare till fråga 25)
 ja

10. Använder Ni då

- en mätare som mäter blodtrycket från överarmen
 märke och modell: _____
 mätare som mäter från handleden,
 märke och modell: _____

11. Hur stor manschett använder Ni på överarmen?

- en liten manschett för vuxna (den vanligaste, bredd 12–13 cm)
 en medelstor manschett för vuxna (bredd 14–16 cm)
 en stor manschett (bredd ca 18 cm)

12. Undviker Ni att röka och dricka koffeinhaltiga drycker (kaffe, te, coladrycker) en halv timme före mätningen?

- nej
 ja

13. Mäter Ni blodtrycket vanligen

- i liggande ställning
 i sittande ställning
 när Ni står

14. Mäter Ni blodtrycket

- endast på morgonen (kl. 6–9)
- endast dagtid (kl. 9–18)
- endast på kvällen (kl. 18–21)
- morgon (kl. 6–9) och kväll (kl. 18–21)
- morgon (kl. 6–9) och dagtid (kl. 9–18)
- dagtid (kl. 9–18) och kväll (kl. 18–21)
- vanligen annan tid, vilken

15. På mätningplatsen före den första mätningen

- jag fäster manschetten på överarmen och gör mätningarna omedelbart
- jag sitter mindre än 5 minuter, men över 2 minuter med manschetten på överarmen
- jag sitter minst 5 minuter med manschetten på överarmen

16. Hur många mätningar gör Ni på en gång?

- en mätning
- två mätningar
- tre mätningar eller fler

17. Skriver Ni upp

- alla mätresultat
- endast det lägsta mätresultatet
- endast det sista mätresultatet
- jag brukar inte skriva upp mätresultaten
- annan praxis, vilken

18. Gör Ni mätningarna

- oregelbundet, gånger per år
- regelbundet i flera dagars mätningsserier (ange vilka av nedanstående):
 - 2–3 dagars mätningsserie
 - 4–7 dagars mätningsserie
 - 8 eller flera dagars mätningsserie

19. Hur många gånger per år gör Ni ovan nämnda regelbundna mätningsserie av blodtrycket?

- En gång
- 2–3 gånger
- 4–5 gånger
- 6–7 gånger
- 8 gånger eller oftare

20. Räknar Ni själv eller räknar någon annan medeltalen av de regelbundna mätningsserierna?

- nej
- ja, jag själv
- ja, en familjemedlem eller bekant
- ja, en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården

21. Utnyttjar Ni resultatet av blodtrycksmätningen som Ni gjort hemma? *Ni kan välja flera alternativ.*

- nej, jag utnyttjar dem inte
- ja, för att bedöma livsstilens inverkan på blodtrycket
- ja, för att bedöma läkemedlens inverkan på blodtrycket
- på annat sätt, vilket

22. Skriver en läkare eller sköterska in resultaten av Era egna blodtrycksmätningar i Er hälsojournal (hälsovårdens datasystem)?

- nej
- ja
- jag vet inte

23. Använder Er läkare resultaten av Era egna mätningar för att bedöma vårdbehovet (läkemedelsbehandling och behov att ändra den)?

- nej
- ja
- jag vet inte

24. Vilket är enligt Er egen åsikt det önskvärda resultatet av Er blodtrycksmätning hemma?

- under 120/80 mmHg
- under 130/85 mmHg, men över 120/80 mmHg
- under 140/90 mmHg, men över 130/85 mmHg
- under 150/95 mmHg, men över 140/90 mmHg
- under 160/100 mmHg, men över 150/95 mmHg
- under 160/100 mmHg

VIKT

25. Har Ni någonsin på allvar försökt gå ner i vikt (banta)? Om svaret är ja, hur många gånger?

- jag har aldrig försökt gå ner i vikt (gå vidare till fråga 29)
- 1–2 gånger
- 3–5 gånger
- 6 gånger eller oftare

26. Vilket har varit Ert bästa resultat i samband med viktminskning?

- under 2 kg
- 2–5 kg
- 6–10 kg
- över 10 kg

27. Hur många gånger under de senaste 10 åren har Ni gått ner i vikt minst 5 kg?

- inte en enda gång (gå vidare till fråga 29)
- gånger

28. Hur många gånger av dessa har alla förlorade kilon kommit tillbaka?

- inte en enda gång
- gånger

29. Försöker Ni för närvarande gå ner i vikt?

- ja
- nej (gå vidare till fråga 31)

30. På vilket sätt försöker Ni för närvarande gå ner i vikt? *Välj ett eller flera alternativ.*

- med hjälp av diet
- genom att motionera
- med bantningsmediciner som ordinerats av läkare
- med andra bantningsmedel (naturmedel osv.)
- på andra sätt (akupunktur osv.)

FRÅGOR SOM GÄLLER HÄLSOTILLSTÅND, OLYCKOR OCH ARBETSFÖRMÅGA

31. Har Ni under den senaste månaden (30 dagar) haft följande symtom eller besvär?

	ei	kyllä
Ledvärld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ont i ryggen, ryggvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svullnad i benen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Åderbräck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förstoppning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läckage av urin, inkontinens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Återkommande magbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Illamående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svårigheter att gå eller haltande på grund av knäbesvär eller knäskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Har Er diabetesrisk under det senaste året (12 mån) utvärderats till exempel med risktest för diabetes eller genom mätning av blodsockervärden?

- nej
- ja

33. Har Er risk för hjärtsjukdom utvärderats under det senaste året (12 mån) till exempel med FINRISKI-räknare eller med riskpunktsblankett?

- nej
- ja

34. Har Ni under det senaste året (12 mån) råkat ut för någon av följande olyckor varvid Ni har behövt läkarvård?

	nej	ja
Trafikolycka där ett motorfordon varit inblandat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan trafikolycka (t.ex. med cykel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetsolycka på arbetsplatsen eller annanstans inomhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetsolycka utomhus (inte under resan till och från arbetet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olycka under resan till eller från arbetet (om inte trafikolycka)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olycka i hemmet inomhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olycka i hemmets omedelbara omgivning utomhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idrottsolycka inomhus (under motion eller idrott)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idrottsolycka utomhus (under motion eller idrott)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan fritidsolycka inomhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan fritidsolycka utomhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Hur många hela dagar var det svårt eller omöjligt för Er att klara av Era sedvanliga dagliga uppgifter och rutiner på grund av olycksskadorna? (Om inga dagar alls, anteckna 0.)

dagar

36. Oberoende av om Ni förvärvsarbetar eller inte, ge en bedömning av Er arbetsförmåga för närvarande. Är Ni:

- helt arbetsför
 delvis arbetsförmögen
 helt arbetsförmögen

37. Anta att Er arbetsförmåga som bäst har fått 10 poäng. Hur många poäng skulle Ni ge Er nuvarande arbetsförmåga? (0=helt arbetsförmögen, 10=den bästa arbetsförmågan).

poäng

38. Arbetsbelastning och möjligheter att påverka

Hur väl beskriver följande påståenden Ert nuvarande arbete? Om Ni inte förvärvsarbetar, bedöm Ert senaste arbete. Instämmer Ni eller inte med påståendena?

Kryssa för det alternativ för varje påstående som bäst beskriver Er åsikt

	helt av samma åsikt	delvis av samma åsikt	varken eller	delvis av annan åsikt	helt av annan åsikt
Jag kan fatta självständiga beslut i mitt arbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har mycket att säga till om i mitt eget arbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har mycket lite frihet att bestämma hur jag gör mitt arbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitt arbete kräver att jag arbetar mycket hårt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Man förutsätter att jag arbetar orimligt mycket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiden räcker inte till för mina arbetsuppgifter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SJUKDOMAR I DEN NÄRMASTE SLÄKTEN

39. Har hos Er far konstaterats

	nej	ja	jag vet inte
Hjärtinfarkt (blodpropp i hjärtat) när han var <u>under 60 år gammal</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärtinfarkt (blodpropp i hjärtat) när han var <u>över 60 år gammal</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärnslag (stroke) när han var <u>under 75 år</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (sockersjuka)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förhöjt blodtryck, blodtryckssjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. Har hos Er mor konstaterats

	nej	ja	jag vet inte
Hjärtinfarkt (blodpropp i hjärtat) när hon var under 65 år gammal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärtinfarkt (blodpropp i hjärtat) när hon var över 65 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärnslag (stroke) när hon var under 75 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (sockersjuka)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förhöjt blodtryck, blodtryckssjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. Hur många bröder eller halvbröder har Ni eller har haft?
(om inga, anteckna 0 och gå vidare till fråga 43)

42. Har hos minst en av Era bröder eller halvbröder konstaterats:

	nej	ja	jag vet inte
Hjärtinfarkt (blodpropp i hjärtat) när han var under 60 år gammal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärtinfarkt (blodpropp i hjärtat) när han var över 60 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärnslag (stroke) när han var under 75 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (sockersjuka)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förhöjt blodtryck, blodtryckssjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. Hur många systrar eller halvsystrar har Ni eller har haft?
(om inga, anteckna 0 och gå vidare till fråga 45)

44. Har hos minst en av Era systrar eller halvsystrar konstaterats:

	nej	ja	jag vet inte
Hjärtinfarkt (blodpropp i hjärtat) när hon var under 65 år gammal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärtinfarkt (blodpropp i hjärtat) när hon var över 65 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärnslag (stroke) när hon var under 75 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (sockersjuka)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förhöjt blodtryck, blodtryckssjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MOTION

45. Hur ofta motionerar Ni på fritiden minst 20 minuter så att Ni blir åtminstone lindrigt andfådd och svettas? *Räkna inte in motion under resan till och från arbetet.*

- jag kan på grund av skada eller sjukdom inte motionera
- mer sällan än en gång i veckan
- en gång i veckan
- 2 gånger i veckan
- 3 gånger i veckan
- 4 gånger i veckan
- 5 gånger i veckan eller oftare

46. Hur länge motionerar Ni vanligen på fritiden per gång?

- jag motionerar inte på fritiden
- mindre än 15 minuter
- 15–29 minuter
- 30–59 minuter
- en timme eller längre

47. Hurdan anser Ni Er fysiska kondition vara för tillfället?

- mycket bra
- ganska bra
- nöjaktig
- ganska dålig
- mycket dålig

48. Hur mycket motionerar Ni sammanlagt per vecka i arbetet, på arbetsresor eller på fritiden?

Tänk på det senaste året (12 mån). Räkna med sådan regelbunden, varje vecka återkommande fysisk belastning som pågår minst 10 minuter i gången.

Kryssa för alla alternativ som motsvarar Er situation i punkterna 2–6 och anteckna i det tomma utrymmet hur mycket av den ifrågavarande motionen Ni sysslar med (dagar i veckan, timmar och minuter sammanlagt i veckan).

Om Ni inte just alls motionerar regelbundet per vecka, välj alternativ 1 och lämna de öviga punkterna tomma.

1. inte just alls någon regelbunden motion varje vecka
2. långsam och lugn uthållighetsmotion (=utan svettning och andfåddhet, t.ex. lugn promenad)
|_|_| dagar i veckan, sammanlagt |_|_| timmar |_|_| minuter i veckan
3. rask och rejäl uthållighetsmotion (= lite svettning och/eller andfåddhet, t.ex. rask promenad)
|_|_| dagar i veckan, sammanlagt |_|_| timmar |_|_| minuter i veckan
4. kraftig och påfrestande uthållighetsmotion (=kraftig svettning och/eller andfåddhet, t.ex. jogging eller löpning)
|_|_| dagar i veckan, sammanlagt |_|_| timmar |_|_| minuter i veckan
5. muskelträning (= t.ex. motionsgrupp eller träning i konditionssal, där rörelser som påverkar olika muskelgrupper upprepas minst 8–12 gånger)
|_|_| dagar i veckan, sammanlagt |_|_| timmar |_|_| minuter i veckan
6. balansträning (= t.ex. tai chi, dans, motionsspel, balansträningar till exempel på ett ben, på ojämn yta eller i krypande ställning)
|_|_| dagar i veckan, sammanlagt |_|_| timmar |_|_| minuter i veckan

RÖKNING

49. Rökning har ytterligare begränsats i Finland under de senaste åren. Nedan följer påståenden som gäller rökning och begränsning av rökning. Kryssa för det alternativ på varje rad som är lämpligast för Er.

	helt av annan åsikt	delvis av annan åsikt	mitt- emellan	delvis av samma åsikt	helt av samma åsikt
Samhället förhåller sig positivt till rökning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rökfrihet på arbetsplatserna genomförs bra i Finland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rökare tar hänsyn till icke-rökare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det är svårt för minderåriga att få tobaksprodukter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begränsningarna av tobaksrökning övervakas tillräckligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rökning bland unga ska begränsas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Säljplatser för tobak ska minska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vårdpersonalen måste få röka under arbetstid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lärare måste få röka under arbetstid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rökning ska inte vara tillåten i några som helst yrken under arbetstid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag gillar att röka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag gillar tobakslukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rökning på balkongen bör förbjudas genom lag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
All rökning är inte skadlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En rökfri människa kan bli sjuk av att andas in tobaksrök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varningstexterna på cigarettpaketerna är nyttiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det är lätt att skaffa nikotinersättningsprodukter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nikotinersättningsprodukterna är för dyra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samhället borde ge sitt stöd till dem som blivit sjuka av tobak och slutar röka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samhället borde ge sitt stöd till alla som slutar röka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rökning är ett medvetet val, och det är onödigt att beskylla tobaksindustrin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smugglad tobak finns till buds i min livsmiljö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den som slutar röka behöver stöd av yrkesmänniskor inom hälso- och sjukvården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det viktigaste hindret för att sluta röka är otillräcklig kunskap om tobaksrökningens risker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det viktigaste hindret för att sluta röka är att man inte vill sluta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Följande frågor gäller personer som röker eller som någon gång i sitt liv varit rökare. Om Ni aldrig har rökt, gå vidare till fråga 57.

50. Vad anser Ni om Er rökning för närvarande?

Anser Ni att Ni röker

- alldeles för mycket
- lite för mycket
- måttligt
- jag röker inte för närvarande

51. Vill Ni sluta röka?

- nej
- ja
- svårt att säga
- jag röker inte för närvarande

Nedan ber vi Er berätta om Era rökvanor. Också om Ni har slutat, tänk efter hur Ni rökte innan Ni slutade röka.

52. Är det svårt för Er att låta bli att röka på platser där rökning är förbjuden?

- ja
 nej

53. Vilken cigarett har Ni allra svårast att avstå ifrån?

- morgonens första
 någon annan

54. Brukar Ni vanligen röka eller snusa oftare under de första timmarna efter att Ni vaknat än andra tider av dagen?

- ja
 nej

55. Röker Ni när Ni är så sjuk, att Ni måste ligga i sängen under största delen av dagen?

- ja
 nej
 svårt att säga

56. Vilket är det största antalet cigaretter som Ni någonsin rökt inom loppet av ett dygn?

stycken

57. Använder Ni nu för närvarande elektriska cigaretter?

- dagligen
 oregelbundet
 aldrig

58. Vilken betydelse har följande omständigheter som gäller viktkontroll för Er rökning eller vilken betydelse har de haft? *Om Ni inte längre röker cigaretter, svara enligt den tiden då Ni senast rökte.*

	inte alls eller mycket lite	lite	i någon mån	ganska mycket	väldigt mycket
Hur viktigt är det för Er att gå ner i vikt eller bevara den nuvarande vikten jämfört med andra faktorer som påverkar hälsan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur stor betydelse har rökning för Er när det gäller viktkontrollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur mycket hjälper rökning Er i viktkontrollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om Ni slutade röka hur orolig vore Ni över viktökningen efter rökstoppet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om Ni skulle sluta röka hur sannolikt är det att Ni skulle öka i vikt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur stor betydelse har det för Er viktkontroll att Ni ersätter måltider med en cigarett / snus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

59. Om Ni har slutat röka, ökade Ni i vikt efter rökstoppet?

- nej
 ja. Hur mycket: kg

KOST

60. Vilka av följande beskriver Era matval?

Kryssa för siffran som bäst beskriver Er åsikt om varje påstående.

Det är viktigt för mig ...	inte alls viktigt	inte särskilt viktigt	spelar ingen roll	viktigt	mycket viktigt
att maten är snabblagad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att maten härstammar från närmiljön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att maten är ekologisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att maten inte kostar mycket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att maten smakar gott	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att min diet innehåller mycket kött, kyckling eller korv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att undvika bröd, potatis och pasta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att min diet innehåller fisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att maten endast innehåller lite tillsatser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att äta måttligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att välja livsmedel som är snåla på fett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att gynna fiberrika livsmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att undvika livsmedel med stora mängder salt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att följa en diet med låga mängder kolhydrat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att gynna växtoljor och brebara växtfetter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att äta rikligt med grönsaker, frukt och bär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att trösta mig själv med mat (när jag är ledsen eller stressad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att välja mat som hjälper att hålla mig frisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att välja mat som är bra för hud, naglar och hår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att tugga maten ordentligt eller äta långsamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att maten är likadan som den jag vanligtvis äter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att måltiden är färggrann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

61. Hur ofta tillsätter Ni salt i maten vid matbordet?

- aldrig
- vanligen när maten inte smakar tillräckligt salt
- nästan alltid

62. Hurdan salt används huvudsakligen hemma hos Er?

- vanlig matsalt som innehåller jod (t.ex. Jozo)
- ojoderad havssalt, rossalt, fingersalt
- mineralsalt (t.ex. Pansalt, Seltin)
- kryddsalt, örtsalt (t.ex. aromsalt, Herbamare)
- salt används inte

63. När Ni äter utanför hemmet är maten jämfört med den hemlagade maten

- saltare
- lika salt
- mindre salt

64. Anser Ni att färdiglagad mat (färdiga portioner, fryst mat) jämfört med hemlagad mat är

- saltare
- lika salt
- mindre salt

ALKOHOLKONSUMTION

65. Hur ofta drack Ni följande alkoholmängder under en och samma dag under de senaste 12 månaderna?

Anvisning: Börja svara på den översta svarsraden. Kryssa för rutan som passar alternativet 'Hur ofta?' bäst. Fortsätt sedan en rad i gången nedåt på samma sätt.

Kom ihåg att kryssa för endast ett alternativ på varje rad.

Till exempel "5–7 portioner" betyder minst fem och högst sju portioner.

1 portion = en flaska/ burk (1/3 liter) mellanöl
 eller ett glas (12 cl) svagt vin
 eller ett glas (8 cl) starkvin
 eller ett glas (4 cl) starksprit eller annan stark alkoholdryck

En flaska/burk (0,33 l) A-öl, Gin Long Drink eller stark cider = 1,25 portioner

En stor flaska/burk (0,5 l) mellanöl eller medelstark cider = 1,5 portioner

En stor flaska/burk (0,5 l) A-öl = 2 portioner

En flaska (0,75 l) vin = 7 portioner

En flaska (0,75 l) starkvin = 10 portioner

En flaska (0,5 l) stark alkoholdryck (t.ex.. Koskenkorva) = 12 annosta

portioner per dag	minst 4 gånger i veckan	2–3 gånger i veckan	cirka en gång i veckan	1–2 gånger i månaden	3–10 gånger per år	1–2 gånger per år	aldrig
18 eller fler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13-17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8-12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

66. Hur ofta har Ni under de senaste 12 månaderna druckit så mycket öl, vin eller starka alkoholdrycker, att Ni känt Er berusad?

- ett par gånger i veckan eller oftare
- ungefär en gång i veckan
- ett par gånger i månaden
- ungefär en gång i månaden
- ungefär varannan månad
- fyra-fem gånger om året
- två-tre gånger om året
- en gång om året
- inte en enda gång

UPPMANINGAR ATT ÄNDRA LIVSSTIL

67. Har någon av nedannämnda under de senaste 12 månaderna uppmanat Er av hälsoskäl:

Ni kan kryssa för flera alternativ på varje rad

	ingen	läkare eller tandläkare	hälso- vårdare/ sjukskötare	familje- medlem	någon annan
att motionera mer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att ändra på matvanorna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att gå ner i vikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att minska på alkoholkonsumtionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att sluta röka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SÖMN OCH SÖMNVANOR

68. Om de yttre omständigheterna är passande för Er, hur lätt är det för Er att stiga upp på morgonen?

- inte alls lätt
- inte så lätt
- ganska lätt
- mycket lätt

70. Anta att Ni har bestämt Er för att börja med en viss sport. Er vän rekommenderar att Ni tillsammans lägger upp ett träningsschema så, att Ni tränar två gånger i veckan en timme i gången. Den bästa tiden för Er vän är på morgonen klockan 7.00–8.00. Enligt den rytm som känns bäst för Er, hur tror Ni att Ni skulle klara av ett sådant schema?

- jag skulle vara i bra form
- jag skulle vara i måttlig form
- det skulle kännas ganska svårt
- det skulle kännas mycket svårt

69. Hur trött känner Ni Er den första halvtimmen efter att Ni har stigit upp?

- mycket trött
- ganska trött
- ganska utvilad
- mycket utvilad

71. Anta att Ni måste delta i ett två timmars fysiskt tungt arbete. Ni får helt fritt planera Er tidtabell. Enligt den rytm som känns bäst för Er, vilket alternativ skulle Ni då välja?

- kl. 8.00–10.00
- kl. 11.00–13.00
- kl. 15.00–17.00
- kl. 19.00–21.00

72. Anta att Ni själv kan planera Er arbetstid. Anta också, att arbetsdagen är fem timmar lång, arbetet är intressant och lön betalas enligt resultaten. Vilka fem timmar I ETT STRÄCK skulle Ni välja?

Kryssa för fem tider efter eget önskemål:

- | | | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1-2 | <input type="checkbox"/> 2-3 | <input type="checkbox"/> 3-4 | <input type="checkbox"/> 4-5 | <input type="checkbox"/> 5-6 | <input type="checkbox"/> 6-7 | <input type="checkbox"/> 7-8 | <input type="checkbox"/> 8-9 |
| <input type="checkbox"/> 9-10 | <input type="checkbox"/> 10-11 | <input type="checkbox"/> 11-12 | <input type="checkbox"/> 12-13 | <input type="checkbox"/> 13-14 | <input type="checkbox"/> 14-15 | <input type="checkbox"/> 15-16 | <input type="checkbox"/> 16-17 |
| <input type="checkbox"/> 17-18 | <input type="checkbox"/> 18-19 | <input type="checkbox"/> 19-20 | <input type="checkbox"/> 20-21 | <input type="checkbox"/> 21-22 | <input type="checkbox"/> 22-23 | <input type="checkbox"/> 23-24 | <input type="checkbox"/> 24-01 |

ANDRA FRÅGOR

73. I vilken mån är följande saker olika för Er under olika årstider, alltså varierar beroende på årstid?

	ingen variation	varierar i någon mån	varierar tydligt	varierar mycket
Längden av nattsömn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Social aktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinnesstämning (allmän känsla av välbefinnande)	<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"/>
Matlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handlingskraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

74. Om Ni upplever ovannämnda variationer beroende på årstid, hur stort problem är det för Er?

- det är inget problem
- lindrigt problem
- måttligt problem
- betydligt problem
- allvarligt problem

SINNESLÄGE

75. Nedan ges en samling påståenden som är grupperade i serier på fyra eller fem i varje grupp. Läs noga igenom varje serie påståenden och kryssa för det påstående som bäst beskriver Er nuvarande situation.

- jag är inte nedstämd eller ledsen
- jag känner mig nedstämd och ledsen
- jag är nedstämd och lyckas inte bli av med den känslan
- jag är så ledsen och olycklig att det gör ont
- jag är så ledsen och olycklig att jag inte orkar längre

- jag känner mig inte särskilt hopplös inför framtiden
- framtiden känns hopplös för mig
- jag känner att jag inte har något att vänta av framtiden
- jag känner att jag aldrig blir av med mina bekymmer
- framtiden känns hopplös för mig, och jag orkar inte tro att saker utvecklas i en positiv riktning

- Jag känner mig inte misslyckad i livet
- jag känner att jag misslyckats oftare än andra människor
- jag känner att jag inte har åstadkommit just något, som skulle vara värt att nämna
- mitt liv hittills har bara varit en serie misslyckanden
- jag känner mig helt misslyckad som människa

- jag är inte särskilt missnöjd
- jag känner mig uttråkad största delen av tiden
- jag njuter inte av saker på samma sätt som förr
- ingenting ger mig längre tillfredsställelse
- jag är missnöjd med allt

- jag känner mig inte sämre än andra
- jag kritiserar mig själv för mina svagheter och misstag
- jag klandrar mig själv för allt som går fel
- jag tycker att jag har för många dåliga sidor
- jag betraktar mig själv som helt oduglig

- jag är inte besviken på mig själv
- jag är besviken på mig själv
- jag tycker inte om mig själv
- jag avskyr mig själv
- jag hatar mig själv

- jag har aldrig tänkt skada mig själv
- ibland funderar jag på att skada mig själv, men tänker ändå inte göra det
- jag känner att det vore bättre om jag var död
- jag känner att det vore bättre för min familj om jag var död
- jag skulle vilja vara död

- jag har inte förlorat mitt intresse för andra människor
- jag är mindre intresserad av andra människor än förr
- jag har förlorat mitt intresse och mina känslor för andra människor nästan helt och hållet
- jag har helt förlorat mitt intresse för andra människor och bryr mig inte alls om dem längre

- det är lika lätt för mig att fatta beslut som förr
- min känsla av säkerhet har minskat och jag försöker uppskjuta beslut
- jag har svårigheter med att fatta beslut
- jag kan inte alls fatta beslut längre

- jag tycker att jag inte ser sämre ut än förr
- jag oroar mig över att jag ser gammal ut eller att jag inte ser trevlig ut
- jag känner att mitt utseende har förändrats permanent så, att jag inte ser trevlig ut
- jag känner att jag ser ful och motbjudande ut

- jag kan arbeta lika bra som förr
- att börja vilket arbete som helst kräver extra ansträngningar
- jag arbetar inte längre lika bra som förut
- jag måste verkligen tvinga mig själv för att åstadkomma något
- jag kan inte alls arbeta längre

- jag tröttnar inte mer än vanligt
- jag tröttnar snabbare än förr
- vad som helst får mig att tröttna
- jag är för trött för att göra något alls

- min matlust är inte sämre än förr
- min matlust är sämre än förr
- min matlust är nu mycket sämre än förr
- jag har ingen matlust längre

BAKGRUNDSINFORMATION

76. Har Ni någonsin förvärvat arbetat?

- nej
- ja

77. Vilket yrke har Ni? (Om Ni för tillfället är pensionerad eller arbetslös för närvarande, anteckna det yrke Ni senast arbetade i.)

78. Vilken är Er nuvarande arbetssituation?

- fast heltidsjobb
- fast deltidsjobb
- visstidsjobb på heltid
- visstidsjobb på deltid
- självständig yrkesutövare/företagare
- studerar på heltid
- arbetslös mindre än ½ år
- arbetslös ½ – 1 år
- arbetslös i över 1 år
- permitterad eller har förkortad arbetsvecka
- moderskaps-, faderskapsledig eller vårdledig
- pensionär
- studerar eller sysselsatt med hjälp av arbetsmarknadspolitiskt stöd
- utanför arbetslivet av annan orsak

79. Vilken utbildning har Er make/maka/sambo? Hur många år sammanlagt har han/hon gått i skola eller studerat på heltid? *Folk- och grundskola medräknas.*

- _____ år
- jag har ingen make/maka/sambo

80. Var och hur är Ni född?

- vaginal förlossning på sjukhus/BB
- vaginal förlossning hemma eller annanstans än på sjukhus
- född med kejsarsnitt på sjukhus
- vet inte

81. Vilken var Er födelsehemkommun (*eller län om Ni inte vet vilken kommun. Om Ni är född utomlands, anteckna land*)

82. Vilken var Er mors födelsehemkommun (*eller län om Ni inte vet vilken kommun*)

83. Vilken var Er fars födelsehemkommun (*eller län om Ni inte vet vilken kommun*)

TACK FÖR ERA SVAR!

DENNA BLANKETT KAN SÄNDAS UTAN PORTO
I DET KUVERT SOM NI FICK PÅ UNDERSÖKNINGSPLATSEN.