



2%

Hälsundersökningar, sjukvård

1. Hur många gånger per år söker Du läkarvård? F1

- 0
- 1-2
- 3-5
- Fler än 5

2. Har Du någonsin genomgått en mammografiundersökning? F2_1

- Ja
- Nej

3. Har Du någon gång opererats för godartad knöl eller cysta i bröstet? F3_1

- Ja
- Nej



4%

Hälsoundersökningar, sjukvård fortsättning

Hur många gånger totalt har Du genomgått mammografiundersökning(ar)? F2_2

Vilket år genomgick Du Din sista/enda mammografiundersökning?" (t ex 1995) F2_3

F2_4

Vid vilken sjukvårdsinrättning var det?

F3_2

Vilket år opererades Du för godartad knöl eller cysta i bröstet? (t ex 1995)

Vid vilken sjukvårdsinrättning var det?

F3_3



Sömn

4. Följande frågor gäller Din sömn de senaste 12 månaderna:

		Alltid				
		För det mesta				
		Ibland				
		Sällan				
		Aldrig				
Har Du...						
...haft svårt att somna	F4_1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...vaknat och haft svårt att somna om	F4_2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...snarkat kraftigt	F4_3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...sovit oroligt	F4_4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...haft mardrömmar	F4_5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...haft svårt att vakna	F4_6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...ej varit utsövd vid uppvaknandet	F4_7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...vaknat för tidigt	F4_8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...varit sömnig under dagen	F4_9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...somnat (nickat till under dagen)	F4_10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...tagit en tupplur under dagen	F4_11	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...använt sömnmedel	F4_12	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Vilka arbetstider har Du? F5

- Dagtid
- Dagtid+jourarbete
- Mest kväll/natt
- Tvåskift
- Treskift-femskift
- Arbetar inte



10%

Frågor om rökning

Frågorna om rökning refererar till alla rökverk, d v s cigaretter, cigariller, cigarrer, pipor m m.

9. **Har Du rökt regelbundet någon gång?** F9_1

Nej, jag har aldrig rökt regelbundet

Ja, jag började röka när jag var (ange ålder): F9_2



14%

Frågor om alkohol



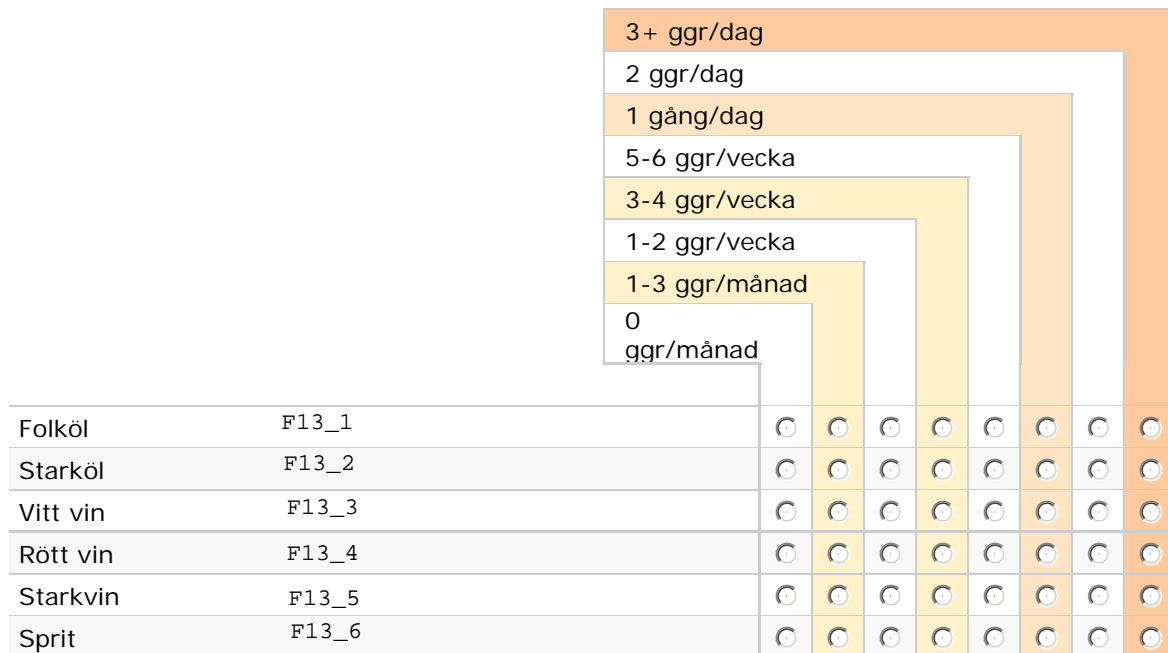
12. **Dricker Du någonsin alkohol (d v s vin, sprit eller öl)?** F12

- Ja
- Nej



Alkohol fortsättning

13. Hur ofta i genomsnitt brukar Du dricka följande alkoholsorter? Ange 0 ggr/månad för de alkoholtyper Du eventuellt aldrig dricker.



14. Hur mycket brukar Du vanligen dricka vid varje tillfälle?

Folköl F14_1

- En flaska/burk eller mindre
- 1-4 flaskor/burkar
- 5-8 flaskor/burkar
- Mer än 9 burkar/flaskor

Starköl F14_2

- En flaska/burk eller mindre
- 2-4 flaskor/burkar
- 5-8 flaskor/burkar
- Mer än 9 burkar/flaskor

Vin. 1 glas = 1 dl F14_3

- 1 glas eller mindre
- 2-3 glas
- 1/2-1 flaska

Mer än 1 flaska

Starkvin. 1 glas = 4cl, 1 flaska = 75 cl F14_4

1 glas eller mindre

2-3 glas

1/2-1 flaska

Mer än 1 flaska

Sprit. 1 glas = 4cl, 1 flaska = 75 cl F14_5

6 cl eller mindre

7-12 cl

13-18 cl

19-37 cl

Mer än 37 cl

15. **När Du dricker alkohol, är det i samband med måltid?** F15

Aldrig

Sällan

Ibland

Oftast

Alltid



18%

Attityder och känslor

16. **Har Du någonsin känt Dig ledsen, nedstämd eller deprimerad under två veckor i sträck eller längre?** F16_1

- Ja
- Nej



Attityder och känslor

a) **Hur länge varade då vanligtvis känslan av att vara ledsen, nere eller deprimerad under den perioden?** F16_2

- Hela dagen
- Största delen av dagen
- Ungefär halva dagen
- Mindre än halva dagen

b) **Under den perioden, kändes det så:** F16_3

- Varje dag
- Nästan varje dag
- Mindre ofta



22%

Attityder och känslor

17. Har det någonsin funnits någon period som varat två veckor eller mer, då Du tappat intresset för det mesta här i livet, såsom arbete, någon hobby eller annan sysselsättning Du vanligtvis tycker om? F17_1

- Ja
- Nej



Attityder och känslor

a) **Hur länge varade då vanligtvis känslan av att ha tappat intresset för det mesta här i livet under den perioden?** F17_2

- Hela dagen
- Största delen av dagen
- Ungefär halva dagen
- Mindre än halva dagen

b) **Under den perioden, kändes det så:** F17_3

- Varje dag
- Nästan varje dag
- Mindre ofta



25%

Attityder och känslor

c) **Kände Du dig konstant trött eller utan energi?** F17_4

- Ja
- Nej

d) **Under den här perioden, förändrades Din vikt utan att det var vad Du försökte göra?** F17_5

- Höll vikten
- Minskade i vikt
- Gick upp i vikt
- Både ökade och minskade vikten

Ungefär hur mycket gick Du upp i vikt? (Ange i hela kg) F17_7_12

Ungefär hur mycket gick Du ned i vikt? (Ange i hela kg) F17_9_11



Attityder och känslor

- e) **Hade Du under denna period svårare att somna jämfört med i vanliga fall?** F17_13
- Ja
 - Nej
- f) **Hur ofta hade Du svårt att somna under den här perioden?** F17_14
- Varje natt
 - Nästan varje natt
 - Mindre ofta
- g) **Hade Du svårare än vanligt att koncentrera dig?** F17_15
- Ja
 - Nej
- h) **Ibland ser människor ner på sig själva, känner sig dåliga eller värdelösa. Kände Du så?** F17_16
- Ja
 - Nej
- i) **Tänkte Du mycket på döden, antingen Din egen, någon annans eller på döden överhuvudtaget?** F17_17
- Ja
 - Nej



29%

Attityder och känslor

16. c)

Hur gammal var Du första gången Du upplevde en period av minst två veckor i sträck då Du kände dig ledsen, nedstämd eller deprimerad F16_4

17.

j) Hur gammal var Du första gången Du upplevde en period av minst två veckor i sträck då Du tappat intresset för det mesta här i livet (och problem med trötthet, hålla vikten, sömn, koncentration, självförtroende, dödstankar)? Ange ålder F17_18

k) Hur många gånger har Du känt Dig så här under Ditt liv? F17_19

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6 gånger eller fler

F17_20

l) Hur gammal var Du den senaste perioden då Du kände Dig så här? Ange ålder



31%

Attityder och känslor

18. Har Du någonsin haft en period som varat en månad eller längre då Du större delen av tiden känt Dig orolig och ängslig? F18

- Ja
- Nej



33%

Attityder och känslor

19. **Varar den här perioden fortfarande eller har den upphört?** F19_1

- Varar fortfarande
- Den har upphört

a) **Hur länge pågick den här perioden innan den upphörde, i månader eller år räknat?** F19_2_4_5_web 

- Månader: F19_3
- År: F19_6
- Hela mitt liv

Under den här perioden, oroade Du för saker som sannolikt inte kunde eller skulle inträffa? F19_7

- Ja
- Nej

Oroade Du Dig mycket för saker som inte var speciellt viktiga? F19_8

- Ja
- Nej

Hur länge har den varat, i månader eller år räknat? F19_2_4_5_web

- Månader: F19_3
- År: F19_6
- Hela mitt liv

Oroar Du Dig för saker som sannolikt inte kan eller kommer att inträffa? F19_7 ^λ

- Ja
- Nej

Oroar Du Dig mycket för saker som inte var speciellt viktiga? F19_8

- Ja
- Nej



35%

20. **Har Du då varit upptagen av olika bekymmer samtidigt?** F20

- Ja
- Nej

21. **När Du är eller var orolig och ängslig: (Markera så många alternativ Du vill)**

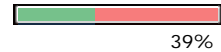
- Är/var Du också rastlös? F21_1
- Är/var Du också uppskruvad och på helspänn? F21_2
- Är/var Du också väldigt lättirriterad? F21_3
- Får/fick Du också hjärtklappning? F21_4
- Blir/blev Du lätt trött? F21_5
- Har/hade Du också problem med att somna eller med att Du lätt vaknar/vaknade när Du somnat? F21_6
- Känner/kände Du dig matt, svimfärdig eller överklig? F21_7
- Känns/Kändes Dina muskler ofta spända ömma eller värkande? F21_8



Attityder och känslor

Följande frågor avser att mäta olika känslor och upplevelser som de flesta människor kan ha under sitt liv. Svara så uppriktigt Du kan. Det finns inga rätta eller felaktiga svar.

	Nästan alltid	Ofta	Ibland	Aldrig
Känner Du någonsin som om andra gör antydningar som syftar på Dig och säger saker som kan vara dubbeltydiga? F22_1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Känner Du någonsin som om det som skrivs i tidningar eller sägs på TV är särskilt riktade till Dig? F22_2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Känner Du någonsin som om andra människor inte är vad de utger sig för att vara? F22_3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Känner Du någonsin att Du är förföljd på något sätt? F22_4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Känner Du någonsin som om det är en sammansvärjning mot Dig? F22_5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Känner Du någonsin som om Du är ämnad att vara någon mycket viktig person? F22_6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Känner Du någonsin att Du är en mycket speciell eller ovanlig person? F22_7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tänker Du någonsin att människor kan kommunicera telepatiskt? F22_8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Känner Du någonsin som om elektriska apparater kan påverka Ditt sätt att tänka? F22_9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tror Du på krafter som häxkraft, voodoo eller ockulta fenomen? F22_10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Känner Du någonsin att folk tittar konstigt på Dig på grund av Ditt utseende? F22_11	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Känner Du någonsin som om tankarna i Ditt huvud tas ifrån Dig? F22_12	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Känner Du någonsin som om tankarna i Ditt huvud inte är Dina egna? F22_13	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har Dina tankar någonsin varit så intensiva att Du varit orolig att andra människor skulle höra dem? F22_14	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hör Du någonsin Dina egna tankar studsas tillbaka till Dig som ett eko? F22_15	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Känner Du någonsin att Du är under kontroll av någon makt eller kraft utanför Dig själv? F22_16	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hör Du någonsin röster när Du är ensam? F22_17	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hör Du någonsin röster som talar till varandra när Du är ensam? F22_18	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Känner Du någonsin som om en dubbelgångare har ersatt en familjemedlem, vän, eller bekantskap? F22_19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ser Du någonsin föremål, människor eller djur som andra inte kan se? F22_20	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Hälsa

Har Du av läkare fått diagnosen...

...**celiaki, dvs glutenintolerans** F23_1

- Ja. Jag var då: (Ange ålder) F23_2
- Nej

...**astma** F23_3

- Ja. Jag var då: (Ange ålder) F23_4
- Nej

..**hösnuva** F23_5

- Ja. Jag var då: (Ange ålder) F23_6
- Nej

...**psoriasis** F23_7

- Ja. Jag var då: (Ange ålder) F23_8
- Nej

...**ulcerös kolit** F23_9

- Ja. Jag var då: (Ange ålder) F23_10
- Nej

...**Crohn's sjukdom** F233_11

- Ja. Jag var då: (Ange ålder) F23_12
- Nej

...**PCO (d v s polycystiskt ovariesyndrom)** F23_13

- Ja. Jag var då: (Ange ålder) F23_14
- Nej



41%

Hälsa fortsättning

Har Du av läkare fått diagnosen...

...**kontakteksem (t ex nickelallergi)** F23_15

Ja. Jag var då: (Ange ålder) F23_16

Nej

...**borrelia (infektion som sprids via fästingar)** F23_17

Ja. Jag var då: (Ange ålder vid första tillfället) F23_18

Nej

...**kärlkramp i bröstet, d v s angina pectoris** F23_19

Ja. Jag var då: (Ange ålder) F23_20

Nej

...**hjärtinfarkt** F23_21

Ja. Jag var då: (Ange ålder vid första tillfället) F23_22

Nej

...**handledsbrott i vuxen ålder** F23_23

Ja. Jag var då: (Ange ålder vid första tillfället) F23_24

Nej

...**för högt blodtryck, d v s hypertoni** F23_25

Ja. Jag var då: (Ange ålder) F23_26

Nej

...**blodfettssrubningar, t ex förhöjt kolesterol- eller triglycerid-värde?** F23_27

Ja. Jag var då: (Ange ålder) F23_28

Nej



43%

Hälsa fortsättning

24. Har Du/har Du haft...

	Ja	Nej
...akne efter tonåren, d v s mer än enstaka utslag? F24_1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...mycket behåring på delar av kroppen där de flesta kvinnor inte har det, d v s överläppen, hakan, magen eller låren? F24_2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...vanliga finger- eller fotvårtor sedan Du blivit vuxen? F24_3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...herpesinfektion i munnen, d v s sår på läppar eller i mungipa? F24_4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. Hur många gånger per år brukar Du få en rejäl förkylning eller influensa (d v s så att Du måste stanna hemma från arbetet eller avstå andra dagliga sysslor)? Frågan avser de senaste fem åren F25

- 0
- 1
- 2-3
- 4-5
- Fler än 5 ggr

26. Hur många gånger i Ditt liv har Du behandlats med pencillin eller annat antibiotikum? F26

- 0
- 1-2
- 3-10
- Fler än 10 ggr



45%

Frågor om kronisk ledgångsreumatism

27. Har Du av en läkare fått diagnosen reumatoid artrit, d v s kronisk ledgångsreumatism?

F27_1

- Ja
- Nej



47%

Frågor om kronisk ledgångsreumatism, fortsättning

27. Hur gammal var Du då? (Ange ålder) F27_2

På vilken sjukvårdsinrättning fick Du Din diagnos? F27_3

Kontrolleras Du regelbundet hos en läkare för Din ledgångsreumatism, i så fall var? F27_4

- Ja. Inrättning: F27_5
- Nej

Tar Du för närvarande någon medicin mot Din kroniska ledgångsreumatism? F27_6

- Ja. Ange medicin: F27_7
- Nej



49%

Frågor om sockersjuka

28. **Har Du diabetes, d v s sockersjuka?** F28_1

- Ja
- Nej



51%

Frågor om sockersjuka, fortsättning

Hur gammal var Du när Du fick diabetes? (Ange ålder) F28_2

Hur behandlas Du nu för Din diabetes? F28_3_4_5_6

- Enbart diet
- Tabletter
- Insulin
- Tabletter och insulin

29. Har någon av Dina föräldrar, syskon eller barn diabetes? F29

- Ja
- Nej

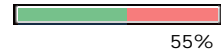


53%

Frågor om sköldkörtelsjukdom

30. Har Du någon gång behandlats för sköldkörtelsjukdom? F30_1

- Ja
- Nej
- Vet ej



55%

Frågor om sköldkörtelsjukdom, fortsättning

a) **På vilken sjukvårdsinrättning var det?** F30_2

b) **Hur gammal var Du då?** F30_3

c) **Var det p g a...** F30_4

- Överfunktion av sköldkörteln (kan bl a kallas hyperthyroidism, giftstruma, Graves sjukdom, Basedows sjukdom, tyreotoxikos, diffus toxisk struma, toxisk knölstruma)?
- Förstorad sköldkörtel, sk struma, utan varesig överfunktion eller underfunktion?
- Underfunktion av sköldkörteln (kan bl a kallas hypothyroidism, myxödem eller Hashimotos sjukdom)?
- Vet ej

d) **Hur behandlades Du när sjukdomen konstaterades? Med... (Ange ett eller flera alternativ)**

- Medicinering F30_5
- Operation F30_6
- Radiojod F30_7
- Inte alls/ På annat sätt än ovanstående F30_8

31. **Behandlas Du nu för sköldkörtelsjukdom?** F31_1

- Ja
- Nej
- Vet ej

a) **På vilket sätt? Med... (Ange ett eller flera alternativ)**

- Medicinering F31_2
- Operation F31_3
- Radiojod F31_4
- Inte alls/ På annat sätt än ovanstående F31_5



57%

Menstruationer, graviditeter och barnafödande

32. **Har Du varit gravid?** F32_1

- Ja
- Nej

33. **Har Du någon gång behandlats för barnlöshet?** F33_1

- Ja
- Nej



59%

Graviditet fortsättning

a) Ange födelseår för alla barn Du fött efter 1991.

Barn 1 F32_2

Barn 2 F32_3

Barn 3 F32_4

Barn 4 F32_5

Barn 5 F32_6

b) Har Du någonsin haft högt blodtryck i samband med graviditet (även i samband med graviditet innan 1991)? F32_7

- Ja, under graviditeten/graviditeterna (ange årtal) F32_8
- Nej
- Vet ej

c) Hade Du under samma graviditet/er som Du hade högt blodtryck även äggvita i urinen? F32_9

- Ja
- Nej
- Vet ej

d) Har Du någonsin haft diabetes (d v s sockersjuka) i samband med graviditet (även i samband med graviditet innan 1991)? F32_10

- Ja, under graviditeten/graviditeterna: (Ange år. Ex 1995) F32_11
- Nej

Barnlöshet

33.

a) Vilken/vilka behandling/ar fick Du? F33_2_3_4_web

- Operation
- Hormonstimulering (av äggstockarna)
- Annan behandling: F33_5

b) Hur gammal var Du när Du behandlades för barnlöshet första gången?

F33_6



61%

Frågor om vikt och längd

34. Hur mycket väger Du i hela kg? F34

35. Hur lång är Du i hela cm? F35

Bortse från eventuella graviditeter när Du besvarar frågorna nedan.

36. Har Du någonsin gått ner 5 kg eller mer på ett år? F36_1

- Ja
- Nej

37. Har Du någonsin gått upp 5 kg eller mer på ett år? F37_1

- Ja
- Nej



Vikt fortsättning

36. a) Hur mycket och hur många gånger har Du gått ner?

			5 gånger eller fler						
			4 gånger						
			3 gånger						
			2 gånger						
			1 gång						
			Aldrig						
Mellan 5 och 10 kg	F36_2		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 kg eller mer	F36_3		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

37. a) Hur mycket och hur många gånger har Du gått upp?

			5 gånger eller fler						
			4 gånger						
			3 gånger						
			2 gånger						
			1 gång						
			Aldrig						
Mellan 5 och 10 kg	F37_2		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 kg eller mer	F37_3		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

38. Hur mycket har Du vägt som MEST i vuxen ålder (d v s sedan 20 års ålder och framåt)?

Ange denna vikt i kg F38_1

Hur gammal var Du då? F38_2

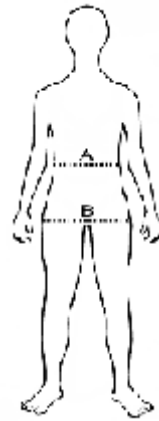
Hur mycket har Du vägt som MINST i vuxen ålder (d v s sedan 20 års ålder och framåt)?

Ange denna vikt i kg F39_1

Hur gammal var Du då? F39_2



Kroppsform



⁴¹ Hur mycket mäter Du kring midja och stuss (höft). Mät med måttband måtten A (midja) och B (Stuss) enligt figuren.

Midjemått (A) i hela cm: F41_1

Stussmått (B) i hela cm: F41_2



67%

Hudtyp

42. Hur många OREGELBUNDNA födelsemärken större än 5 mm har Du sammanlagt på BÅDA armarna (från fingrarna till armhålorna)? F42

- 0
- 1
- 2-3
- 4-6
- 7-12
- 13-17
- 18-24
- Fler än 24

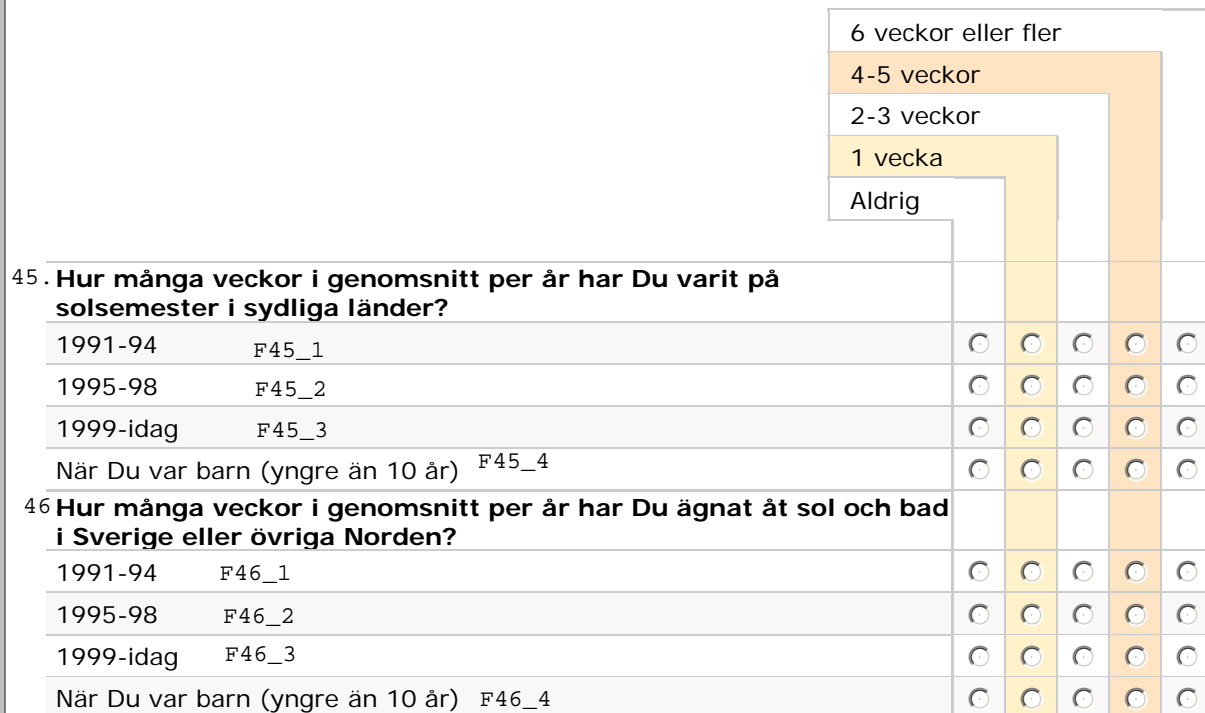
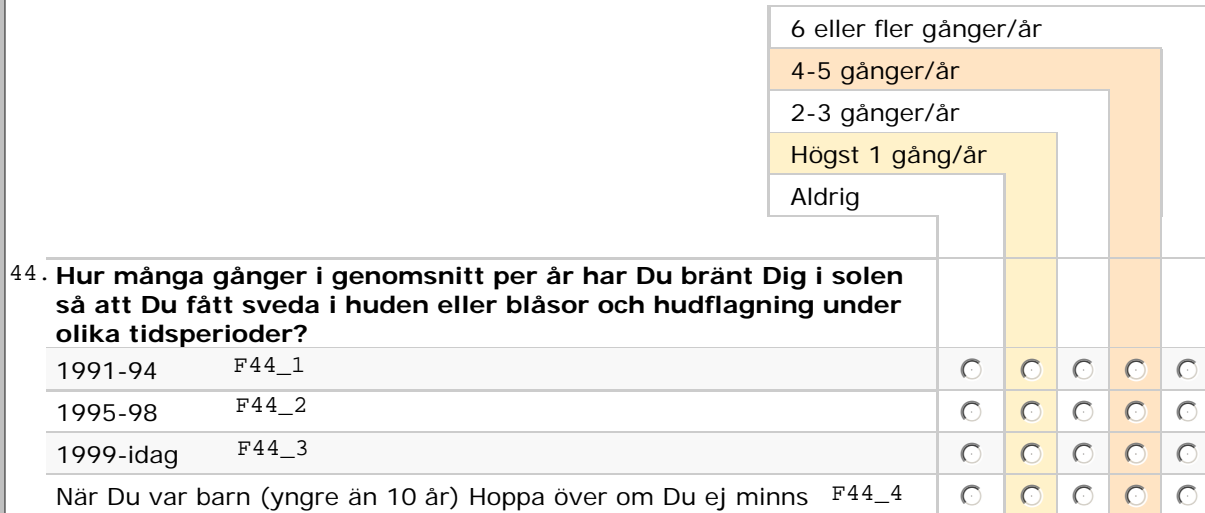
 [Ladda ner bilder på hur oregelbundna födelsemärken ser ut.](#)

43. Hur många REGELBUNDNA födelsemärken större än 5 mm har Du sammanlagt på BÅDA armarna (från fingrarna till armhålorna)? F43

- 0
- 1
- 2-3
- 4-6
- 7-12
- 13-17
- 18-24
- Fler än 24



Solvanor





Solvanor fortsättning

		Aldrig	Sällan	1 ggr	2 ggr	3-4 ggr	5 ggr eller fler
47.	Hur många gånger i genomsnitt per månad har Du solat solarium?						
	1991-94 F47_1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1995-98 F47_2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		Inte alls	Ibland	Ofta
48.	När Du vistas i solen, hur ofta brukar Du använda solskyddskräm/stift/spray?			
	När Du solar i Sverige eller övriga Norden F48.1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	När Du solar i sydliga länder F48.2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



73%

Solvanor fortsättning

	1-5	6-10	11-15	16-20	>20
49. Vilken solskyddsfaktor brukar Du huvudsakligen använda?					
När Du solar i Sverige eller övriga Norden F49_1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
När Du solar i sydliga länder F49_2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Inte alls	Ibland	Ofta
50. Använde Du som barn (när Du var yngre än 10 år) solskyddskräm / stift / spray i soligt väder på utsatta hudpartier? F50	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



75%

Användning av hormonella preventivmedel *efter 1991*

F51 Har Du använt p-piller (inberäknat mini-piller), p-spruta eller p-stavar efter 1991? F51



- Ja
- Nej



Hormonella preventivmedel, fortsättning

⁵² För varje period Du använt samma slags p-piller (mini-piller, p-stav eller p-spruta), var vänlig ange koden för det preparat Du använt (se tabellen nedan) samt när Du började respektive när Du slutade använda preparatet.

Om Du inte minns namnen kan Du ladda ner en broschyr med färgbilder på de olika p-piller som sålts i Sverige sedan 1991. Om Du sedan fortfarande är osäker på märket anger Du de specialkoder för p-piller, kombinerade p-piller respektive mini-piller som finns i tabellen. Ungefärliga uppgifter är bättre än inga uppgifter alls!

Preparat	Kod
Specialkoder <i>om Du är osäker på medicinens namn</i>	
P-piller (kombinerat eller mini-piller), okänd sort	900
Kombinerat p-piller ("vanligt p-piller" innehåller både östrogen och gulkroppshormon), okänd sort	901
Mini-piller (innehåller bara gulkroppshormon), okänd sort	902
P-stav	903
P-spruta	904
Kombinerade p-piller <i>D v s "vanliga p-piller", innehåller både östrogen och gulkroppshormon</i>  Ladda ner bilder här	
Cilest / Cilest 28	100
Desolett	101
Follimin / Follimin 28	102
Follinet	103
Lyndiol/ Lyndiol Novum	104
Mercilon	105
Othonett Novum	106
Restovar	107
Synfase / Synfase 28	108
Trimiron/Trivalett/Trimiron 28	109
Trinordiol / Trinordiol 28	110
Trinovum / Trinovum 28	111
Trionetta / Trionetta 28	112
Yasmin	113
Mini-piller <i>Innehåller bara gulkroppshormon</i>  Ladda ner bilder här	
Cerazette	200
Exlutena	201
Follistrel	202
Mini-pe	203
P-stav <i>Liten stav som opereras in under huden och ger skydd mot graviditet under längre tid</i>	
Implanon	300

P-spruta

Injektion innehållandes gulkroppshormon som ges v sjukvårdspersonal
ca 4 ggr per år

Depo-provera 400

Hormonspiral

Livmoderinlägg innehållandes gulkroppshormon som sätts in av
sjukvårdspersonal

Levonova 500

Period	Preparat	Ålder vid start	Behandlingstidens längd (år + månader)	
1	F52_1	F52_2	F52_3	F52_4
2	F52_5	F52_6	F52_7	F52_8
3	F52_9	F52_10	F52_11	F52_12
4	F52_13	F52_14	F52_15	F52_16
5	F52_17	F52_18	F52_19	F52_20



78%

Övergångsåldern

F53. **Har Du fortfarande regelbundna menstruationsblödningar?** F53_1

- Nej, de har upphört
- Nej, jag är gravid
- Nej, jag har oregelbunda menstruationsblödningar
- Ja, jag har fortfarande naturliga regelbundna mensblödningar
- Ja, jag har blödningar på grund av pågående hormonmedicinering. Senaste naturliga blödningen innan jag började med hormonmedicinering: (år, månad) F53_2



80%

Övergångsåldern

54. **Av vilken orsak och vid vilken ålder upphörde menstruationen?**

- F54_1 Den upphörde av sig själv när jag var: (Ange ålder) F54_2
- F54_3 Livmodern opererades bort när jag var: (Ange ålder) F54_4
- F54_5 Äggstockarna opererades bort när jag var: (Ange ålder) F54_6
- F53_7 Livmoder och äggstockar opererades bort när jag var: (Ange ålder) F54_8
- F53_9 Hormonbehandling avslutades när jag var: (Ange ålder) F54_10
- F53_11 Annan orsak. Jag var då: (Ange ålder) F58_12



82%

Hormonbehandling i klimakteriet

Östrogenhormoner ges ofta vid besvär i övergångsåldern och vid något högre ålder mot torrhet i underlivet. I vissa fall ges det för att förebygga sjukdom. Östrogen kan ges som tablett, plåster, gel, lokalbehandling (dvs slidpiller, kräm eller vaginalring) eller injektioner.

Gulkroppshormoner ges ibland tillsammans med östrogen - antingen under 7-14 dagar av behandlingsmånaden eller dagligen - för att reglera menstruationsblödning. Gulkroppshormon kan då ges i så kallade kombinationspreparat, eller som separat tablett. Ibland ges gulkroppshormoner som egen medicin t.ex. för att avhjälpa blödningsstörning eller äggstockscysta.

Hormonspiral används efter klimakteriet ibland tillsammans med östrogen för att reglera menstruationsblödning. Spiralen heter Levonova och sätts in i livmodern. Innan klimakteriet används hormonspiral som preventivmedel.

55. **Har Du någonsin använt hormonbehandling enligt ovan?** F55

- Ja
- Nej



84%

Hormonbehandling i klimakteriet

Vilken / vilka hormonmediciner tar Du/har Du tagit? Om Du bytt hormonsort, betraktar du varje enskild östrogenmedicin eller kombination av östrogen och gulkroppshormon som en behandlingsperiod. Nedan följer detaljerade frågor om behandlingen, där varje behandlingsperiod har en egen sida med frågor. Ange för varje behandlingsperiod datum för när den började och slutade, samt preparatets/ens nummer. Preparatnummerna hittar Du i tabellen här: [Ladda hem tabell med olika preparat](#) Om Du använt östrogen och gulkroppshormon (som tablett eller hormonspiral) samtidigt fast i två skilda preparat, ange båda medicinernas nummer under samma behandlingsperiod. Ange också hur många dagar/månad Du tog den separata gulkroppshormon-medicinen (ange genomsnittliga antalet dagar per månad om Du tagit gulkroppshormon varannan eller var tredje månad) . Om Du inte minns medicinens namn kan Du ladda ned en broschyr med bilder på de preparat som sålts i Sverige sedan 1980. Är Du ändå osäker kan Du ange "osäkerhetskoden" som preparatets nummer från tabellen nedan. Om Du inte minns exakt när Du började eller slutade använda medicinen ge en ungefärlig uppskattning.

[Ladda hem bilder över tabletter innehållandes östrogen med eller utan gulkroppshormon](#)

[Ladda hem bilder över tabletter innehållandes gulkroppshormon](#)

[Ladda hem bilder över plåster innehållandes östrogen med eller utan gulkroppshormon](#)

[Ladda hem bilder över lokal östrogenbehandling \(kräm eller slidpiller\)](#)

Behandlingsperiod 1

a) Ange för första tidsperioden Du använde/använder samma sorts hormonpreparat...

Datum start (år/månad) (t ex 9205)	Datum slut (år/månad)
<input type="text" value="F56_1"/>	<input type="text" value="F56_2"/>

b) Använde/använder Du under denna period **något östrogen- eller kombinerat östrogen/gulkroppshormon-preparat?**

Ange i så fall koden för preparatet Du använde. F56_3

c) Använde/använder Du under denna period **något gulkroppshormon-preparat, inklusive hormonspiral?**

Ange i så fall koden för detta preparat. F56_4

... samt antal dagar per månad Du tog preparatet F56_5

d) **Har Du använt några andra hormonpreparat efter den första behandlingsperioden?**

F56_6

Ja

Nej



86%

57. Behandlingsperiod 2

a) Ange för andra tidsperioden Du använde/använder samma sorts hormonpreparat...

Datum start (år/månad) (t ex 9205)	Datum slut (år/månad)
<input type="text" value="F57_1"/>	<input type="text" value="F57_2"/>

b) Använde/använder Du under denna period **något östrogen- eller kombinerat östrogen/gulkroppshormon-preparat?**

 [Ladda hem tabell med olika preparat](#)

Ange i så fall koden för preparatet Du använde. F57_3

c) Använde/använder Du under denna period **något gulkroppshormon-preparat, inklusive hormonspiral?**

Ange i så fall koden för detta preparat. F57_4

... samt antal dagar per månad Du tog preparatet F57_5

d) Har Du använt några andra hormonpreparat efter den andra behandlingsperioden?

- Ja
 Nej

F57_6



88%

58 **Behandlingsperiod 3**

a) Ange för tredje tidsperioden Du använde/använder samma sorts hormonpreparat...

Datum start (år/månad) (t ex 9205)	Datum slut (år/månad)
<input type="text" value="F58_1"/>	<input type="text" value="F58_2"/>

b) Använde/använder Du under denna period **något östrogen- eller kombinerat östrogen/gulkroppshormon-preparat?** [Ladda hem tabell med olika preparat](#)Ange i så fall koden för preparatet Du använde. F58_3c) Använde/använder Du under denna period **något gulkroppshormon-preparat, inklusive hormonspiral?**Ange i så fall koden för detta preparat. F58_4... samt antal dagar per månad Du tog preparatet F58_5d) **Har Du använt några andra hormonpreparat efter den tredje behandlingsperioden?**

- Ja
- Nej

F58_6



59. Behandlingsperiod 4

a) Ange för fjärde tidsperioden Du använde/använder samma sorts hormonpreparat...

Datum start (år/månad) (t ex 9205)	Datum slut (år/månad)
<input type="text" value="F59_1"/>	<input type="text" value="F59_2"/>

Använde/använder Du under denna period **något östrogen- eller kombinerat östrogen/gulkroppshormon-preparat?**

 [Ladda hem tabell med olika preparat](#)

Ange i så fall koden för preparatet Du använde. F59_3

Använde/använder Du under denna period **något gulkroppshormon-preparat, inklusive hormonspiral?**

Ange i så fall koden för detta preparat. F59_4

... samt antal dagar per månad Du tog preparatet F59_5



92%

Vilken är/var anledningen till att hormonmedicineringen påbörjades?

Markera lämpliga alternativ

Behandling mot klimakteriebesvär:

- Blodvallningar, svettningar F60_1
- Psykiska besvär F60_2
- Sömnsvårigheter F60_3
- Torrhet i underlivet F60_4
- Urinvägsbesvär F60_5
- Blödningsbesvär F60_6
- Premenstruella besvär F60_7

Förebyggande av sjukdom:

- Benskörhet F60_8
- Hjärtsjukdom F60_9

Annan anledning:

- Min läkare tyckte att jag behövde medicinen F60_10
- För att jag ville känna mig "yngre" F60_11

Om Du inte längre använder hormonmedicin, varför slutade Du?

Markera lämpliga alternativ

Medicinen orsakade besvär eller biverkningar:

- Viktuppgång F61_1
- Underlivsblödning F61_2
- Bröstömhet F61_3
- Andra besvär F61_4

Jag slutade ta hormonmedicin när jag fick:

- Högt blodtryck F61_5
- Sockersjuka F61_6
- Kärlkramp i hjärtat F61_7
- Hjärtinfarkt F61_8
- Livmoderscancer F61_9
- Äggstockscancer F61_10
- Bröstcancer F61_11
- Annan sjukdom F61_12

Annan anledning:

- Jag tyckte inte att jag behövde den längre F61_13
- Min läkare föreslog att jag skulle sluta F61_14

Jag oroade mig för biverkningar

F61_15



94%

Frågor om fysisk aktivitet

62. Ange Din nuvarande fysiska aktivitet enligt en skala från 1 till 10, från **mycket låg** till **mycket hög**. Med fysisk aktivitet menar vi både arbete i hemmet och i yrkeslivet samt träning, promenader, cykling, skidåkning etc. Med **mycket låg** fysisk aktivitet menar vi nästan bara stillasittande. Med **normal** (mitten av skalan) menar vi t ex några längre promenader i veckan, och med **mycket hög** menar vi t ex idrott/jogging flera gånger i veckan.

1 - Mycket låg 10 - Mycket hög

F62



96%

63 Hur fysiskt aktiv är Du ett vanligt vardagsdygn?

I tabellen nedan finns 9 nivåer (grader) av ansträngning. A innebär den lägsta och I den högsta graden av ansträngning. För att man ska förstå vad varje nivå innebär finns exempel på aktiviteter som är just så ansträngande. Försök att uppskatta hur många timmar, halvtimmar och kvartar Du ägnar dig åt aktiviteter som är lika ansträngande som nivå A till I. Börja med nivå A och ange sedan tiden per nivå. Summan ska bli 24 timmar.

				tim	min	
A		t ex. sova eller vila	F63_1	F63_2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B		t ex sitta i badkaret, sitta och lyssna på musik eller titta på TV	F63_3	F63_4	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C		t ex kontorsarbete, att sticka, sy eller sitta i möte	F63_5	F63_6	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D		t ex bädda, stryka kläder eller diska för hand	F63_7	F63_8	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E		t ex bowling, verkstadsarbete, meka med bilen, köra buss, dansa vals eller foxtrot	F63_9	F63_10	<input type="text"/>	<input type="text"/>
F		t ex gå i snabb takt, hästridning eller sopa gatan	F63_11	F63_12	<input type="text"/>	<input type="text"/>
G		t ex att måla huset, bära och stapla ved, åka skidor eller slalom	F63_13	F63_14	<input type="text"/>	<input type="text"/>
H		t ex vägarbete, att klippa gräset med handgräsklippare eller skotta snö	F63_15	F63_16	<input type="text"/>	<input type="text"/>
I		Hur lång tid av dygnets timmar ägnar Du åt sådant som är mer ansträngande än nivå H?	F63_17	F63_18	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Summering av tiden				<input type="text"/>	<input type="text"/>	
				F63_19	F63_20	



98%

Frågor om utbildning och arbete

64. **Vilken är Din högsta utbildning? Ange endast ett alternativ, d v s den högsta formella utbildningen.** F64

- Folkskola
- Grundskola
- Yrkesskola
- Realskola / flickskola
- Gymnasium
- Komvux
- Folkhögskola
- Universitet / högskola upp till två år
- Universitet / högskola i två eller fler år

65. **Vilken är Din nuvarande huvudsakliga sysselsättning? Välj ett eller flera alternativ.**

- Avlönat heltidsarbete F65_1
- Avlönat deltidarbete F65_2
- Egen företagare F65_3
- Oavlönat hemarbete / föräldraledig F65_4
- Arbetslös F65_5
- Pensionerad F65_6
- Sjukpensionär / långtidssjukskriven F65_7
- Studerande F65_8
- Annan F65_9



Frågor om utbildning och arbete

68. **På vilka platser har Du använt Internet?**

- Hemma F68_1
- Jobbet F68_2
- Datorsal i skolan F68_3
- Hos vänner/bekanta F68_4
- Internetafé F68_5
- Bibliotek F68_6
- Annan plats F68_7

Hur ofta använder Du Internet? F68_8

- Dagligen
- Varje vecka
- Varje månad
- Mer sällan

67. **Har Du haft möjlighet att vara privat (ingen annan har kunnat se Dina svar) när Du besvarat frågeformuläret?** F67

- Ja
- Nej