



Jag har tagit del av bifogat brev och väljer:

- att delta i undersökningen
- att inte delta i undersökningen

Kvinnors livsstil och hälsa

Vi ber Dig fylla i frågeformuläret så noga som möjligt enligt anvisningarna.

Upbringning & education

UPPVÄXT OCH UTBILDNING

1 Vilket land växte Du huvudsakligen upp i (0-7 år)?

- 1 Sverige 3
- 2 Finland
- 3 Norge
- 4 Danmark
- 5 Annat land.....

2 Ungefär hur många år har Du sammanlagt utbildat Dig (räkna med den vanliga skolgången)? 4

..... år

3 Hur gammal var Din mor när Du föddes? 5

..... år 1 Vet ej

4 Hur många syskon har Du? (Ange samtliga, alltså även halvsyskon och syskon som avlidit) 7

..... syskon

5 Hur många av Dina syskon föddes före Dig? 8

..... syskon

6 Har Du någon tvillingbror/syster? 9

- 1 Ja
- 2 Nej

MENSTRUATION

7 Hur gammal var Du vid Din första menstruation?

..... år 10

8 Hur många år tog det innan menstruationen blev regelbunden? 11

- 1 Mindre än 1 år
- 2 1 - 3 år
- 3 Mer än 3 år
- 4 Aldrig
- 5 Vet ej

9 Hur lång tid var det mellan första dagen i en menstruation och första dagen i nästa?

| | |
|-----------------------|-----------------------|
| Menstruation Dag 1 | Menstruation Dag 1 |
| x | - - - - x |

Hur många dagar? - - - - x

| | | | | | |
|------------------------|----------------------------|----|----------------------------|----|--|
| | Vet ej | | Oregelbun- den mens | | |
| dagar, vid 18 år | <input type="checkbox"/> 1 | 12 | <input type="checkbox"/> 2 | 13 | |

| | | | | | |
|------------------------|----------------------------|----|----------------------------|----|--|
| dagar, vid 30 år | <input type="checkbox"/> 1 | 14 | <input type="checkbox"/> 2 | 15 | |
|------------------------|----------------------------|----|----------------------------|----|--|

10 Har menstruationen någon gång - bortsett från graviditet - uteblivit mer än sex månader? 16

- 1 Ja
- 2 Nej → Fortsätt med fråga 12

11 Var det i samband med/efter... Hur många månader

- | | Nej | Ja | |
|--|----------------------------|------------------------------|--------|
| ..matvägran 17 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 → | 18 |
| ..bantning 19 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 → | 20 |
| ..p-pilleranvändning 21 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 → | 22 |
| ..stress i arbetet 23 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 → | ... 24 |
| ..fysisk träning 25 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 → | 26 |
| ..annan orsak 27 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 → | ... 28 |

12 Har Du regelbundna menstruationer numera? 29

- 1 Ja
- 2 Nej, menstruationerna är oregelbundna → Fortsätt med fråga 15
- 3 Nej, jag är gravid
- 4 Nej, menstruationerna har upphört sedan mer än sex månader

13 Varför har menstruationen upphört?

- 1 De har upphört naturligt 30
- 2 Äggstockarna är bortopererade 31
- 3 Livmodern är bortopererad 32
- 4 Vet ej 33

14 Hur gammal var Du när menstruationen upphörde? 34

..... år

HORMONBEHANDLING Menopause

15 Har Du kommit i övergångsåldern (klimakteriet)?

- 1 Ja 35
- 2 Nej → Fortsätt med fråga 19

16 Tar Du nu eller har Du tidigare tagit hormontabletter mot övergångsbesvär? 36

- 1 Ja
- 2 Nej
- 3 Vet ej → Fortsätt med fråga 19

17 Hur gammal var Du när Du tog hormontabletter mot övergångsbesvär första gången? 37

..... år

18 Hur länge, sammanlagt, har Du tagit hormontabletter mot övergångsbesvär? 38

..... månader

Pregnancies, deliveries & breast feeding

GRAVIDITETER, FÖRLÖSSNINGAR OCH AMNING

19 Har Du någon gång varit gravid? 39

- 1 Ja
 2 Nej → Fortsätt med fråga 23

Om Du inte fött barn gå vidare till fråga 21

20 Ange för varje barn födelseår (även för barn som föddes döda eller som dött senare) och antal månader Du ammade. Dessutom ber vi Dig fylla i hur mycket Du gick upp i vikt under varje graviditet.

| Barn | Födelseår | Antal månader med amning | Ungefärlig viktökning under graviditeten |
|------|-----------|--------------------------|--|
| 1 | <u>40</u> | <u>41</u> mån | <u>42</u> ... kg |
| 2 | <u>43</u> | <u>44</u> mån | <u>45</u> ... kg |
| 3 | <u>46</u> | <u>47</u> mån | <u>48</u> ... kg |
| 4 | <u>49</u> | <u>50</u> mån | <u>51</u> ... kg |
| 5 | <u>52</u> | <u>53</u> mån | <u>54</u> ... kg |
| 6 | <u>55</u> | <u>56</u> mån | <u>57</u> ... kg |
| 7 | <u>58</u> | <u>59</u> mån | <u>60</u> ... kg |

21 Har Du haft någon graviditet som varat mindre än sex månader, dvs slutat med missfall eller abort?

- 1 Ja 61
 2 Nej

22 Har Du haft något utomkvedshavandeskap?

- 1 Ja 62
 2 Nej

23 Har Du någon gång försökt att bli gravid under mer än 1 år utan framgång?

- 1 Ja 63
 2 Nej → Fortsätt med fråga 26

24 Hur gammal var Du då? 64

..... år

25 Under hur lång period försökte Du?

..... år 65

P-PILLER

Oral contraceptive usage

26 Har Du någon gång använt p-piller, inberäknat minipiller? (Kontrollera gärna i den bif. broschyren)

- 1 Ja 66
 2 Nej → Fortsätt med fråga 34

27 Hur länge har Du sammanlagt använt p-piller?

..... år 67

28 Hur gammal var Du när Du första gången använde p-piller?

..... år 68

29 Om Du har fött barn; använde Du p-piller före första barnets födelse?

- 1 Ja 69
 2 Nej

30 Använder Du p-piller för närvarande?

- 1 Ja 70
 2 Nej

31 Har Du någon gång fått p-piller av andra skäl än för att förhindra graviditet?

- 1 Ja 71
 2 Nej

32 Har Du blivit rekommenderad av läkare att sluta med p-piller av medicinska skäl?

- 1 Ja 72
 2 Nej

33 Vi ber Dig att nedan besvara frågorna om p-pilleranvändning mera i detalj.

För varje period som Du använt samma slags p-piller hoppas vi att Du kan tala om vad det hette, vid vilken ålder Du började använda p-piller och hur länge Du använde dem.

Om Du inte minns vilket märke det var, ange "osäker". För att hjälpa Dig att minnas namnen ber vi Dig att titta i den bifogade broschyren med bilder av alla p-piller som sålts i Sverige. Uppge namn och det nummer som står i broschyren.

| Ålder när Du började | Användningstid | P-piller | |
|----------------------|------------------------------|------------|-------|
| | | Nr | Namn |
| 1 <u>73</u> år | <u>74</u> år <u>75</u> mån | <u>76</u> | ..... |
| 2 <u>77</u> år | <u>78</u> år <u>79</u> mån | <u>80</u> | ..... |
| 3 <u>81</u> år | <u>82</u> år <u>83</u> mån | <u>84</u> | ..... |
| 4 <u>85</u> år | <u>86</u> år <u>87</u> mån | <u>88</u> | ..... |
| 5 <u>89</u> år | <u>90</u> år <u>91</u> mån | <u>92</u> | ..... |
| 6 <u>93</u> år | <u>94</u> år <u>95</u> mån | <u>96</u> | ..... |
| 7 <u>97</u> år | <u>98</u> år <u>99</u> mån | <u>100</u> | ..... |
| 8 <u>101</u> år | <u>102</u> år <u>103</u> mån | <u>104</u> | ..... |
| 9 <u>105</u> år | <u>106</u> år <u>107</u> mån | <u>108</u> | ..... |
| 10 <u>109</u> år | <u>110</u> år <u>111</u> mån | <u>112</u> | ..... |

ANDRA PREVENTIVMETODER

Other combined contraceptive use

34 Hur ofta har Du eller Din partner använt något av följande preventivmedel, och i hur många år?

| | Aldrig | Ibland | Ofta | Alltid | Antal år |
|-------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------|
| Kondom <u>113</u> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <u>114</u> år |
| Pessar <u>115</u> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <u>116</u> år |

35 Använder Du nu eller har Du tidigare använt spiral?

- 1 Ja 117
 2 Nej → Fortsätt med fråga 38

36 Hur gammal var Du första gången Du fick en spiral insatt?

..... år 118

37 Hur många år, sammanlagt, har Du haft spiral?

..... år 119

SJUKDOMAR

Disease history

38 Har eller har Du haft någon av följande sjukdomar?

| | Ja | Nej | Ungefärlig ålder vid diagnos |
|---------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|
| Högt blodtryck | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | 120 - 121 år |
| Sockersjuka(diabetes) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | 122 - 123 år |
| Blodpropp i vad eller lår | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | 124 - 125 år |
| Hjärnblödning | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | 126 - 127 år |
| Hjärtinfarkt | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | 128 - 129 år |
| Reumatoid artrit | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | 130 - 131 år |
| Crohns sjukdom | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | 132 - 133 år |
| Ulcerös kolit | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | 134 - 135 år |
| Psoriasis | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | 136 - 137 år |
| MS (multipel skleros) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | 138 - 139 år |
| Cancer | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | 140 - 141 år |

39 Har Du någon gång sökt läkare för godartad knöl eller cysta i bröstet?

- 1 Ja
 2 Nej

40 Har Du någon gång opererats för knöl, tumör eller cysta i bröstet?

- 1 Nej → Fortsätt med fråga 43
 2 Ja

41 Ange senaste år ... 144

42 Ange vilket sjukhus

ALLERGI

Allergy tests

43 Har Du någon eller några av följande allergiska sjukdomar?

| | Ja | Nej | Ungefär vid vilken ålder började den |
|---------|----------------------------|----------------------------|--------------------------------------|
| Eksem | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | 145 - 146 år |
| Hösnuva | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | 147 - 148 år |
| Astma | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | 149 - 150 år |

44 Är Du allergisk mot....

| | Ja | Nej |
|---------------|----------------------------|----------------------------|
|gluten | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
|annan mat | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
|pollen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
|husdjur | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
|annat | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

EGEN UPPFATTNING OM HÄLSAN

45 Uppfattar Du Din egen hälsa som...

- 1 ...mycket god
 2 ...god
 3 ...dålig
 4 ...mycket dålig

Personal assessment of health

CANCER INOM DEN NÄRMASTE

FAMILJEN

Family history of cancer

46 Har någon av Dina närmaste släktingar drabbats av cancer? (kryssa för samtliga, alltså även de som avlidit)

| | Nej | Vet ej | Bröst-cancer | Mag/tarmcancer | Underlivs-cancer | Malignt melanom | Annan cancer |
|-------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Egna syskon | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 |
| Mor | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 |
| Far | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 |
| Mors syskon | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 |
| Fars syskon | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 |
| Mormor | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 |
| Morfar | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 |
| Farmor | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 |
| Farfar | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 |

47 Har någon av Dina närmaste släktingar drabbats av cancer före 45 års ålder?

- 1 Ja
 2 Nej
 3 Vet ej

48 Hur många syskon har/hade Dina föräldrar? (Ange samtliga, alltså även halvsyskon och syskon som avlidit)

| | | | | | |
|---------|-----|--------|----------------------------|--------|-----|
| Din mor | 167 | syskon | <input type="checkbox"/> 1 | Vet ej | 168 |
| Din far | 169 | syskon | <input type="checkbox"/> 1 | Vet ej | 170 |

UNDERSÖKNINGAR FÖR CANCER

49 Hur ofta undersöker Du själv Dina bröst?

- 1 Aldrig
 2 Ibland, oregelbundet
 3 Regelbundet

Screening for breast / reproductive cancer

50 Går Du regelbundet till mammografiundersökning av bröstet?

- 1 Nej
 2 Ja, med mer än 2 års mellanrum
 3 Ja, med 2 års mellanrum eller oftare

51 Går Du regelbundet på gynekologisk hälsokontroll?

- 1 Aldrig
 2 Mindre än vart 3:e år
 3 Vart 3:e år eller oftare

LÄNGD OCH VIKT

Anthropometric measurement question

52 Hur mycket vägde Du vid födseln?

- 1 Mindre än 2 500 g
 2 2 500 - 3 000 g
 3 Mer än 3 000 g
 4 Vet ej

53 Nuvarande längd:.....cm

- 54 Nuvarande vikt:.....kg **176**
 55 Midjemått:.....cm **177**
 56 Stussmått (över bredaste delen):.....cm **178**
 57 Ungefär hur mycket vägde Du vid 18 års ålder?
 Vikt i kg **179**

58 Hur många gånger har Du gått ner 5 kg eller mer i vikt?
 Antal gånger **180**

- 59 När Du gick i 1:a klass var Du..... **181**
 1 Mycket smal
 2 Smal
 3 Normal
 4 Tjock
 5 Mycket tjock

RÖKVANOR *Smoking habits*

- 60 Har Du rökt regelbundet någon gång?
 1 Ja **182**
 2 Nej → Fortsätt med fråga 62

61 Kryssa i för varje 5-årsperiod hur många cigaretter Du rökte per dag i genomsnitt?

| | | Antal cigaretter per dag | | | | | | | |
|------------|----------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|
| Ålder | | 0 | 1-4 | 5-9 | 10-14 | 15-19 | 20-24 | 25+ | |
| 183 | 10-14 år | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | |
| 184 | 15-19 år | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | |
| 185 | 20-24 år | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | |
| 186 | 25-29 år | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | |
| 187 | 30-34 år | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | |
| 188 | 35-39 år | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | |
| 189 | 40-44 år | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | |
| 190 | 45-49 år | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | |

- 62 Bor Du tillsammans med någon som röker i hemmet?
191
 1 Ja
 2 Nej → Fortsätt med fråga 64

63 Hur många cigaretter röker den Du bor tillsammans med i hemmet?
192
 st / per dag

- 64 Rökte någon i Ditt hem när Du var barn? **193**
 1 Ja
 2 Nej → Fortsätt med fråga 66

- 65 Vilka rökte i Ditt hem?
 1 Far **194**
 2 Mor **195**
 3 Andra **196**

FYSISK AKTIVITET *Physical activity*

66 Vi ber Dig att i tabellen nedan ange Din fysiska aktivitet vid 14 års ålder, vid 30 års ålder och idag, enligt en skala från 1 till 5, från mycket låg till mycket hög. Med fysisk aktivitet menar vi både arbete i hemmet och i yrkeslivet samt träning, promenader, cykling, skidåkning o dyl.

Sätt ett kryss i den ruta som motsvarar Din fysiska aktivitet. Med mycket låg fysisk aktivitet menar vi nästan bara stillasittande. Med normal menar vi t ex några längre promenader i veckan, och med mycket hög menar vi t ex idrott/jogging flera ggr i veckan.

| Ålder | | Mycket låg | | Normal | | Mycket hög | |
|-------|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 14 år | 197 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30 år | 198 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| idag | 199 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 67 Har Du bedrivit tävlingsidrott? **200**
 1 Ja
 2 Nej → Fortsätt med fråga 69

68 Hur många år sammanlagt? **201**
 år

SOLVANOR *Personal descriptors*

- 69 Vilken är Din naturliga hårfärg? **202**
 1 Mörkbrun/svart
 2 Ljusbrun
 3 Blond, gul
 4 Röd

- 70 Vilken färg har Dina ögon? **203**
 1 Bruna
 2 Grå/gröna
 3 Blå

- 71 Har Du några fräcknar på armarna (året om)?
 1 Nej
 2 Ja, enstaka
 3 Ja, många **204**

- 72 Hur blir Din hud om Du solar kraftigt i början av sommaren?
 1 Huden blir brun utan att först bli röd **205**
 2 Huden blir röd **206**
 3 Huden blir röd med sveda **207**
 4 Huden blir röd med sveda och blåsor **208**

- 73 Hur blir Din hud efter långvarigt solande?
 1 Huden blir mörkt brun **209**
 2 Huden blir brun **210**
 3 Huden blir ljus brun **211**
 4 Huden blir aldrig brun **212**

- 74 Hur ofta använder Du solskyddskräm vid solbad?
 1 Aldrig **213**
 2 Någon enstaka gång **214**
 3 Varannan gång **215**
 4 Nästan alltid **216**

75 Hur många oregelbundna födelsemärken, som är större än 5 mm (se sista sidan i broschyren), har Du sammanlagt på båda benen (från tår till ljumskar)?

- 1 Inga **217**
 2 1
 3 2-3
 4 4-6
 5 7-12
 6 13-24
 7 25 eller fler

76 Hur många gånger per år har Du blivit bränd av solen med sveda i huden eller blåsor och hudflagning?

| Ålder | Antal gånger per år | | | | | |
|----------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|------------|
| | Aldrig | Högst 1 | 2-3 | 4-5 | 6 eller fler | |
| 10-19 år | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | 218 |
| 20-29 år | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | 219 |
| 30-39 år | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | 220 |
| 40-49 år | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | 221 |

77 Hur många veckor i genomsnitt per år har Du varit på badsemester, i Sverige eller utomlands?

| Ålder | Antal gånger per år | | | | | |
|----------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|------------|
| | Aldrig | 1 vecka | 2-3 v | 4-6 v | 7 v eller fler | |
| 10-19 år | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | 222 |
| 20-29 år | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | 223 |
| 30-39 år | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | 224 |
| 40-49 år | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | 225 |

78 Hur ofta har Du i genomsnitt solat i solarium?

| Ålder | Antal gånger per månad | | | | | | |
|------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|------------|
| | Aldrig | Sällan | 1 gång | 2 ggr | 3-4 ggr | 5 ggr - | |
| före 10 år | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | 226 |
| 10-19 år | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | 227 |
| 20-29 år | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | 228 |
| 30-39 år | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | 229 |
| 40-49 år | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | 230 |

Food frequency questions

KOSTVANOR UNDER DET SENASTE ÅRET

79 Vilka typer av mjölk brukar Du dricka eller använda till gröt, kräm, kaffe och hur mycket per dag eller per vecka (1 glas=2 dl)?

| | | | | |
|------------------------|------------|----------|------------|------------|
| Lättmjölk/minimimjölk | 231 | glas/dag | 232 | glas/vecka |
| Mellanmjölk | 233 | | 234 | |
| Standardmjölk | 235 | | 236 | |
| Filmjölk/yoghurt/kefir | 237 | | 238 | |
| Lättilättyoghurt | 239 | | 240 | |

241 1 Jag dricker eller använder sällan/aldrig mjölk

80 Vilka typer av bröd brukar Du äta och hur många skivor per dag eller per vecka?

| | | | | |
|-----------------|------------|------------|------------|--------------|
| Vitt bröd | 242 | skivor/dag | 243 | skivor/vecka |
| Grovt/fullkorns | 244 | | 245 | |
| Limpa/skorpor | 246 | | 247 | |
| Knäckebröd | 248 | | 249 | |

81 Hur många smörgåsar med smör/margarin brukar Du äta per dag eller per vecka?

250 skivor/dag **251** skivor/vecka

82 Vilka typer av matfett brukar Du använda till smörgåsar och matlagning (även bakning)?

| | | Smör-gåsar | Mat-lag-ning | |
|---|------------|----------------------------|----------------------------|------------|
| Smör | 252 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | |
| Bregott | 253 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | |
| Bordsmargarin (t ex Flora, Vår) | 254 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | |
| Lättmargarin (t ex Lätt & Lagom, Lätta) | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | 255 |
| Hushållsmargarin (t ex Milda, TreEss) | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | 256 |
| Matolja (t ex Majs, Solros, Soja) | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | 257 |
| Rapsolja | 258 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | |
| Olivolja | 259 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | |

1 Jag använder inget matfett till matlagning **260**

2 Jag använder inget matfett till smörgåsar → **261**

Fortsätt med fråga 84

83 Hur brukar Du vanligen breda Dina smörgåsar? **262**

1 Ganska tjockt lager fett

2 Tunt lager fett

3 Mycket tunt lager fett

84 Vilka typer av ost brukar Du äta och hur mycket per dag eller per vecka?

| | skivor/msk/dag | skivor/msk/vecka |
|---|----------------|------------------|
| Ost | 263 | 264 |
| Lättost | 265 | 266 |
| Dessertost | 267 | 268 |
| Smältost | 269 | 270 |
| Lättsmältost | 271 | 272 |
| Keso, kvarg m fl | 273 | 274 |
| <input type="checkbox"/> 1 Jag äter sällan/aldrig ost | | 275 |

85 Hur många koppar kaffe dricker Du vanligen per dag eller per vecka? (1 kopp = 1,5 dl)

276 koppar/dag **277** koppar/vecka

1 Jag dricker sällan/aldrig kaffe **278**

86 Hur mycket alkohol brukar Du dricka per vecka eller per månad eller per år?

| | glas/vecka | glas/månad | glas/år |
|-----------------------------|------------|------------|------------|
| Folköl, kl II (1 glas=2 dl) | 279 | 280 | 281 |
| Starköl (1 glas=2 dl) | 282 | 283 | 284 |
| Vin (1 glas=1 dl) | 285 | 286 | 287 |
| Starkvin (1 glas=4 cl) | 288 | 289 | 290 |
| Starksprit (1 glas=4 cl) | 291 | 292 | 293 |

1 Jag dricker sällan alkohol

2 Jag dricker aldrig alkohol

294

87 Vad gör Du med fett som syns i Din köttportion och skinn på kyckling och annan fågel? **295**

1 Jag äter allt

2 Jag äter en del

3 Jag skär bort så mycket som möjligt

88 Hur ofta och hur mycket av följande livsmedel har Du i genomsnitt ätit under det senaste året?
Sätt ett kryss för hur ofta och ett kryss för hur mycket (om Du aldrig, sällan äter ett livsmedel behöver Du inte kryssa för hur mycket).

LITEN portion innebär ca hälften av MEDEL-portionen eller mindre.
STOR portion innebär ca 1,5 ggr av MEDEL-portionen eller mer.

| Livsmedel | HUR OFTA | | | | | | | | | HUR MYCKET | | | |
|----------------------------|-------------------|-------------------|-----------|---|-----|-----|---------|---|---|-------------------|---------------------------------------|-------|------|
| | Aldrig, sällan | Per mån 1-3 | Per vecka | | | | Per dag | | | Medel- portion | Din portion under det senaste året | | |
| | | | 1 | 2 | 3-4 | 5-6 | 1 | 2 | 3 | | Liten | Medel | Stor |
| Exempel: Havregrynsgröt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 2,5 dl | 1 | 2 | 3 |
| Havregrynsgröt 296 | | | | | | | | | | 2,5 dl 297 | | | |
| Annan gröt/välling 298 | | | | | | | | | | 1 dl 299 | | | |
| Flingor/müsli 300 | | | | | | | | | | 2 dl 301 | | | |
| Spagetti/makaroner 302 | | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 2 dl 303 | 1 | 2 | 3 |
| Ris 304 | | | | | | | | | | 2 dl 305 | | | |
| Vete-/havrekli 306 | | | | | | | | | | 1 msk 307 | | | |
| Kokt potatis 308 | | | | | | | | | | 2 dl/2 st 309 | | | |
| Stekt potatis 310 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 2 dl 311 | 1 | 2 | 3 |
| Morötter 312 | | | | | | | | | | 1 dl/1 st 313 | | | |
| Kålrötter/rödbetor 314 | | | | | | | | | | 1 dl 315 | | | |
| Korv/köttpålugg 316 | | | | | | | | | | 2 skivor 317 | | | |
| Leverpastej 318 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 2 skivor/msk 319 | | 2 | 3 |
| Korvrätter (ej pålägg) 320 | | | | | | | | | | 100 g 321 | | | |
| Fläskkött (ej färs) 322 | | | | | | | | | | 100 g 323 | | | |
| Nöt/kalvkött (ej färs) 324 | | | | | | | | | | 100 g 325 | | | |
| Viltkött (ej färs) 326 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 100 g 327 | 1 | 2 | 3 |
| Köttfärsrätter 328 | | | | | | | | | | 100 g 329 | | 2 | 3 |
| Kyckling/annan fågel 330 | | | | | | | | | | 100 g 331 | | | |
| Lever/njure 332 | | | | | | | | | | 100 g 333 | | | |
| Blodpudding/blodpalt 334 | | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 150 g 335 | 1 | 2 | 3 |
| Sill/strömming/makrill 336 | | | | | | | | | | 100 g 337 | | | |
| Laxfiskar 338 | | | | | | | | | | 100 g 339 | | | |
| Torsk/sej/gädda m fl 340 | | | | | | | | | | 100 g 341 | | | |
| Kaviar 342 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 1 msk 343 | 1 | 2 | 3 |
| Skaldjur (räkor m fl) 344 | | | | | | | | | | 1 dl 345 | | | |
| Ägg/omelett 346 | | | | | | | | | | 2 ägg 347 | | | |
| Vitkål/rödkål 348 | | | | | | | | | | 1 dl 349 | | | |
| Blomkål 350 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 1 dl 351 | 1 | 2 | 3 |
| Broccoli/brysselkål 352 | | | | | | | | | | 1 dl 353 | | | |
| Tomat 354 | | | | | | | | | | 1 st 355 | | | |
| Spenat/grönkål 356 | | | | | | | | | | 1 dl 357 | | | |
| Gröna ärtor 358 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 1 dl 359 | | 2 | 3 |
| Ärtsoppa/ärtpuré 360 | | | | | | | | | | 2,5 dl 361 | | | |
| Böner/soja/linsor 362 | | | | | | | | | | 1 dl 363 | | | |
| Lök/purjolök 364 | | | | | | | | | | 1 msk 365 | | | |
| Dressing med olja 366 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 1 msk 367 | 1 | 2 | 3 |
| Majonnäs 368 | | | | | | | | | | 1 msk 369 | | | |
| Grädde/creme fraiche 370 | | | | | | | | | | 1 msk 371 | | | |
| Såser/sky 372 | | | | | | | | | | 1/2 dl 373 | | | |

Var snäll och kontrollera att Du kryssat i två rutor på varje rad (hur ofta + hur mycket).
Sätt ett kryss för "aldrig, sällan"-svar.

HUR OFTA

HUR MYCKET

| Livsmedel | Aldrig sällan | Per mån | Per vecka | | | | | Per dag | | | Medel- portion | Din portion under det senaste året | | |
|---------------------------|------------------|------------|-----------|---|-----|-----|---|---------|---|------------|-------------------|---------------------------------------|------|--|
| | | 1-3 | 1 | 2 | 3-4 | 5-6 | 1 | 2 | 3 | Liten | | Medel | Stor | |
| | | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | | | | |
| Apelsin/citrusfrukt | 374 | | | | | | | | | 1 st | 375 | | | |
| Äpple/päron | 376 | | | | | | | | | 1 st | 377 | | | |
| Banan | 378 | | | | | | | | | 1 st | 379 | | | |
| Juice | 380 | | | | | | | | | 1 dl | 381 | | | |
| Sylt/marmelad/mos | 382 | | | | | | | | | 1 msk | 383 | | | |
| Fruktkräm/fruktsoppor | 384 | | | | | | | | | 2 dl | 385 | | | |
| Pannkakor/plättar/våfflor | 386 | | | | | | | | | 1 portion | 387 | | | |
| Vetebröd/bullar mm | 388 | | | | | | | | | 1 st | 389 | | | |
| Wienerbröd | 390 | | | | | | | | | 1 st | 391 | | | |
| Kex/rån | 392 | | | | | | | | | 1 st | 393 | | | |
| Småkakor | 394 | | | | | | | | | 1 st | 395 | | | |
| Tårta/konditoribit | 396 | | | | | | | | | 1 bit | 397 | | | |
| Choklad | 398 | | | | | | | | | 1 st/50 g | 399 | | | |
| Glass | 400 | | | | | | | | | 2 dl | 401 | | | |
| Socker/honung | 402 | | | | | | | | | 2 tsk/bita | 403 | | | |
| Chips/popcorn | 404 | | | | | | | | | 2 dl | 405 | | | |
| Nötter/mandel | 406 | | | | | | | | | 10 st | 407 | | | |
| Te | 408 | | | | | | | | | 1 kopp | 409 | | | |
| Saft/läskedryck | 410 | | | | | | | | | 1 glas | 411 | | | |
| Lättöl | 412 | | | | | | | | | 1 glas | 413 | | | |

Var snäll och kontrollera att Du kryssat i två rutor på varje rad (hur ofta + hur mycket).
Sätt ett kryss för "aldrig, sällan"-svar.

89 Hur ofta äter Du stekt mat?

| | gånger/ vecka | gånger/ månad | sällan/ aldrig | |
|---------------|------------------|------------------|----------------------------|-----|
| Kött | 414 | 415 | <input type="checkbox"/> 1 | 416 |
| Korv | 417 | 418 | <input type="checkbox"/> 1 | 419 |
| Fisk | 420 | 421 | <input type="checkbox"/> 1 | 422 |
| Ägg / omelett | 423 | 424 | <input type="checkbox"/> 1 | 425 |

90 Vilken stekyta har vanligen den mat Du brukar äta? 426

- 1 Hårdstekt
 2 Medelstekt
 3 Lättstekt (ljus)

91 Hur ofta äter Du i genomsnitt...

| | gånger/ vecka | gånger/ månad | sällan/ aldrig | |
|--|------------------|------------------|----------------------------|-----|
| ..Frukt och bär | 427 | 428 | <input type="checkbox"/> 1 | 429 |
| ..Grönsaker och rotfrukter (utom potatis) | 430 | 431 | <input type="checkbox"/> 1 | 432 |
| ..Kött och korv (maträtter) | 433 | 434 | <input type="checkbox"/> 1 | 435 |
| ..Fisk | 436 | 437 | <input type="checkbox"/> 1 | 438 |
| ..Matfett/matolja i matlagning/såser | 439 | 440 | <input type="checkbox"/> 1 | 441 |

92 Använder Du vitaminer, mineraler eller annat kosttillskott? 442

- 1 Nej, aldrig → Fortsätt med fråga 94
 2 Ja, regelbundet eller ibland

93 Vilken (vilka) sort(er) använder Du och hur mycket?

| Namn: | Antal tabl/kapsel per vecka | Antal veckor per år |
|----------------------|-----------------------------------|---------------------------|
| Multivitamin: .. 443 | 444 | 445 |
| Vitamin C: .. 446 | 447 | 448 |
| Vitamin A: .. 449 | 450 | 451 |
| Vitamin E: .. 452 | 453 | 454 |
| B-vitaminer: .. 455 | 456 | 457 |
| Kalcium: .. 458 | 459 | 460 |
| Magnesium: .. 461 | 462 | 463 |
| Selen: .. 464 | 465 | 466 |
| Zink: .. 467 | 468 | 469 |
| Järn: .. 470 | 471 | 472 |
| Karoten: .. 473 | 474 | 475 |
| Fiskolja: .. 476 | 477 | 478 |
| Annan, vad: .. 479 | 480 | 481 |

ARBETSMILJÖ OCH PRIVATLIV

94 Har Du det senaste året varit yrkesverksam som..

| | Ja | Nej |
|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| ...Sekreterare..... 482 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| ...Sjuksköterska..... 483 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| ...Annat vårdyrke..... 484 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| ...Handelsanställd..... 485 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| ...Lärare..... 486 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| ...Lokalvårdare..... 487 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| ...Annat..... 488 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

*Occupation
gu. Esthons*

95 Vilken är Din nuvarande arbetsituation?

- 1 Hemarbetande → Fortsätt med fråga 98
- 2 Deltidsarbetande utanför hemmet → antal tim/veckan **490**
- 3 Heltidsarbetande utanför hemmet
- 4 Arbetslös → Fortsätt med fråga 98

96

| | | Ja, ofta | Ja, ibland | Nej, sällan | Nej, så gott som aldrig |
|---|------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Kräver Ditt arbete att Du arbetar mycket fort?..... | 491 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Kräver Ditt arbete att Du arbetar mycket hårt?..... | 492 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Kräver Ditt arbete en för stor arbetsinsats?..... | 493 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Har Du tillräckligt med tid för att hinna med arbetsuppgifterna?..... | 494 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Förekommer det ofta motstridiga krav i Ditt arbete?.... | 495 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Får Du lära Dig nya saker i Ditt arbete?..... | 496 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Kräver Ditt arbete skicklighet?..... | 497 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Kräver Ditt arbete påhittighet?..... | 498 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Innebär Ditt arbete att man gör samma sak om och om igen? | 499 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Har Du frihet att bestämma hur Ditt arbete skall utföras?..... | 500 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Har Du frihet att bestämma vad som skall utföras i Ditt arbete? | 501 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

97

| | | Stämmer helt och hållet | Stämmer ganska bra | Stämmer inte särskilt bra | Stämmer inte alls |
|---|------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Det är en lugn och behaglig stämning på min arbetsplats | 502 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Det är god sammanhållning | 503 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Mina arbetskamrater ställer upp för mig | 504 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Man har förståelse för att jag kan ha en dålig dag | 505 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Jag kommer bra överens med mina överordnade | 506 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Jag trivs bra med mina arbetskamrater | 507 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

98 Hur många människor känner Du och har kontakt med, som har samma intressen som Du?

(Det gäller kontakter både i arbetet och på fritiden)..... **508**

| | | Ingen 0 pers. | 1-2 pers. | 3-5 pers. | 6-10 pers. | 11-15 pers. | Fler än 15 pers. |
|--|------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| (Det gäller kontakter både i arbetet och på fritiden)..... | 508 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |

99 Hur många människor, som Du känner, träffar Du eller samtalar Du med under en vanlig vecka?

(Räkna inte med människor som Du träffar tillfälligtvis och som Du knappast kommer att återse, t ex kunder i en affär!)..... **509**

100 Hur många vänner har Du som kan komma hem till Dig när som helst och känna sig hemma?

(De skulle inte bry sig om, om det var ostädad eller om Du höll på att äta. Nära släktingar skall inte räknas med)..... **510**

101 Hur många finns det i Din familj och bland vänner, som Du kan tala öppet med utan att behöva tänka Dig för?

..... **511**102 Bortsett från de därhemma, finns det någon som Du kan vända Dig till om Du är i svårigheter? Någon som Du lätt kan träffa och som Du litar på och kan få verklig hjälp av när Du har det besvärligt? **512**

- 1 Nej **513**
- 2 Ja → Antal personer:

103 Hur många människor finns det i Din omgivning som Du lätt kan be om saker? Till exempel människor som Du känner så väl att Du kan låna verktyg eller köksredskap? **514**

Antal personer:

STORT TACK FÖR DIN MEDVERKAN

Stoppa enkäten i det frankerade svarskuvertet och posta det, helst idag!