

# Hälsoundersökningar, sjukvård

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

- 0     1-3     3-5     Fler än 5

## 2. Har Du någonsin genomgått en mammografiundersökning?

- Ja (fortsätt till fråga 2a)     Nej (fortsätt till fråga 3)

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

b) Vilket år genomgick Du Din senaste/enda mammografiundersökning? (t ex 1995)

c) Vid vilken sjukvårdsinrättning var det?

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

- Ja (fortsätt till fråga 3a)     Nej (fortsätt till fråga 4 "Sömn")

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

b) Vid vilken sjukvårdsinrättning var det?

## Sömn

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

Har Du...	Aldrig	Sällan	Ibland	För det mesta	Alltid
...haft svårt att somna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...vaknat och haft svårt att somna om	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...snarkat kraftigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...sovit oroligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...haft mardrömmar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...haft svårt att vakna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ej varit utsövd vid uppvaknandet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...vaknat för tidigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...varit sömnig under dagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...somnat (nickat till under dagen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...tagit en tupplur under dagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...använt sömnmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 5. Vilka arbetstider har Du?

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



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

**Folköl**

- Dricker ej  
 En flaska/burk eller mindre  
 2-4 flaskor/burkar  
 5-8 flaskor/burkar  
 9 flaskor/burkar eller mer

**Starköl**

- Dricker ej  
 En flaska/burk eller mindre  
 2-4 flaskor/burkar  
 5-8 flaskor/burkar  
 9 flaskor/burkar eller mer

**Vin. 1 glas = 1 dl**

- Dricker ej  
 Ett glas eller mindre  
 2-3 glas  
 1/2-1 flaska  
 Mer än 1 flaska

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

- Dricker ej  
 Ett glas eller mindre  
 2-3 glas  
 1/2-1 flaska  
 Mer än 1 flaska

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

- Dricker ej  
 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?

- Aldrig       Sällan       Ibland       Oftast       Alltid

---

### Attityder och känslor

---

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

- Ja (fortsätt till fråga 16a)       Nej (fortsätt till fråga 17)

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

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

b) Under den perioden, kändes det så:

- Varje dag       Nästan varje dag       Mindre ofta

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? Ange ålder

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?

- Ja (fortsätt till fråga 17a)       Nej (fortsätt till fråga 18)

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

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

b) Under den perioden, kändes det så:

- Varje dag       Nästan varje dag       Mindre ofta

c) Kände Du dig konstant trött eller utan energi?

- Ja       Nej

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

- Höll vikten
- Minskade i vikt *Ungefär hur mycket minskade Du i vikt? (Ange hela kg)*
- Gick upp i vikt *Ungefär hur mycket ökade Du i vikt? (Ange hela kg)*
- Både ökade och minskade i vikt *Ungefär hur mycket ökade (Ange hela kg)*   
*respektive minskade*  *du i vikt?*

e) Hade Du under denna period svårare att somna jämfört med i vanliga fall?

- Ja  Nej *(fortsätt till fråga g)*

f) Hur ofta hade Du svårt att somna under den här perioden?

- Varje natt  Nästan varje natt  Mindre ofta

g) Hade Du svårare än vanligt att koncentrera dig?

- Ja  Nej

h) Ibland ser människor ner på sig själva, känner sig dåliga eller värdelösa. Kände Du så?

- Ja  Nej

i) Tänkte Du mycket på döden, antingen Din egen, någon annans eller på döden överhuvudtaget?

- Ja  Nej

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

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

- 1  2  3  4  5  6 gånger eller fler

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

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

- Ja *(fortsätt till fråga 19)*  Nej *(fortsätt till fråga 22)*

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

- Varar fortfarande  Den har upphört

a) Hur länge har den varat/varade den, i månader eller år räknat?

Månader:

År:

Hela mitt liv

b) Oroar/oroade Du Dig för saker som sannolikt inte kan/kunde eller kommer att/skulle inträffa?

- Ja  Nej

c) Oroar/oroade Du Dig mycket för saker som inte är/var speciellt viktiga?

- Ja  Nej

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

- Ja  Nej

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

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

**22. 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.**

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

## Hälsa

### 23. Har Du av läkare fått diagnosen...

- |  |                              |   |                      |
|--|------------------------------|---|----------------------|
| ...celiaki, dvs glutenintolerans   | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja. Jag var då: (Ange ålder)                       | <input type="text"/> |
| ...astma   | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja. Jag var då: (Ange ålder)                       | <input type="text"/> |
| ...hösnuva   | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja. Jag var då: (Ange ålder)                       | <input type="text"/> |
| ...psoriasis   | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja. Jag var då: (Ange ålder)                       | <input type="text"/> |
| ...ulcerös kolit   | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja. Jag var då: (Ange ålder)                       | <input type="text"/> |
| ...Crohn's sjukdom   | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja. Jag var då: (Ange ålder)                       | <input type="text"/> |
| ...PCO (d v s polycystiskt ovariesyndrom)                                    | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja. Jag var då: (Ange ålder)                       | <input type="text"/> |
| ...kontakteksem (t ex nickelallergi)   | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja. Jag var då: (Ange ålder)                       | <input type="text"/> |
| ...borrelia (infektion som sprids via fästingar)                             | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja. Jag var då: (Ange ålder vid första tillfället) | <input type="text"/> |
| ...kärlekskramp i bröstet, d v s angina pectoris                             | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja. Jag var då: (Ange ålder)                       | <input type="text"/> |
| ...hjärtinfarkt  | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja. Jag var då: (Ange ålder vid första tillfället) | <input type="text"/> |
| ...handledsbrott i vuxen ålder   | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja. Jag var då: (Ange ålder vid första tillfället) | <input type="text"/> |
| ...för högt blodtryck, d v s hypertoni                                       | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja. Jag var då: (Ange ålder)                       | <input type="text"/> |
| ...blodfettsubbningar, t ex förhöjt kolesterol<br>- eller triglycerid-värde? | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja. Jag var då: (Ange ålder)                       | <input type="text"/> |

### 24. Har Du/har Du haft...

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

### 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

- 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?

- 0     1-2     3-10     Fler än 10 ggr

## Frågor om kronisk ledgångsreumatism

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

- Ja (fortsätt till fråga 27a)     Nej (fortsätt till fråga 28 "Frågor om sockersjuka")

a) Hur gammal var Du då? (Ange ålder)

b) På vilken sjukvårdsinrättning fick Du Din diagnos?

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

Ja. Inrättning:

Nej

d) Tar Du för närvarande någon medicin mot Din kroniska ledgångsreumatism?

Ja. Ange medicin:

Nej

---

## Frågor om sockersjuka

---

28. Har Du diabetes, d v s sockersjuka?

Ja (fortsätt till fråga 28a)

Nej (Fortsätt till fråga 30 "Frågor om sköldkörtelsjukdom")

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

b) Hur behandlas Du nu för Din diabetes?

Enbart diet

Tabletter

Insulin

Tabletter och insulin

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

Ja

Nej

---

## Frågor om sköldkörtelsjukdom

---

30. Har Du någon gång behandlats för sköldkörtelsjukdom?

Ja (fortsätt till fråga 30a)

Nej (Fortsätt till fråga 32 "Menstruationer, graviditeter och barnafödande")

Vet ej (Fortsätt till fråga 32 "Menstruationer, graviditeter och barnafödande")

a) På vilken sjukvårdsinrättning var det?

b) Hur gammal var Du då?

c) Var det p g a...

Överfunktion av sköldkörteln (kan bl a kallas hyperthyroidism, giftstruma, Graves sjukdom, Basedows sjukdom, tyreotoxikos, diffus toxisk struma, toxisk knölstruma)?

Förstorad sköldkörtel, sk struma, utan vare sig 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

Operation

Radiojod

Inte alls/ På annat sätt än ovanstående

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

- Ja (fortsätt till fråga 31a)  
 Nej (fortsätt till fråga 32 "Menstruationer, graviditeter och barnafödande")  
 Vet ej (fortsätt till fråga 32 "Menstruationer, graviditeter och barnafödande")

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

- Medicinering  
 Operation  
 Radiojod  
 Inte alls/ På annat sätt än ovanstående

---

## Menstruationer, graviditeter och barnafödande

---

**32. Har Du varit gravid?**

- Ja (fortsätt till fråga 32a)  
 Nej (fortsätt till fråga 33 "Frågor om barnlöshet")

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

Barn 1  Barn 2  Barn 3  Barn 4  Barn 5

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

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

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

- 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)?

- Ja, under graviditeten/graviditeterna (ange år. Ex 1995)   
 Nej

---

## Barnlöshet

---

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

- Ja (fortsätt till fråga 33a)  
 Nej (fortsätt till fråga 34 "Frågor om vikt och längd")

a) Vilken/vilka behandling/ar fick Du?

- Operation  
 Hormonstimulering (av äggstockarna)  
 Annan behandling:

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



## Frågor om vikt och längd

34. Hur mycket väger Du i hela kg?

35. Hur lång är Du i hela cm?

Bortse från eventuella graviditeter när Du besvarar frågorna nedan.

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

Ja (fortsätt till fråga 36a)

Nej (fortsätt till fråga 37)

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

Mellan 5 och 10 kg

10 kg eller mer

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

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

Ja (fortsätt till fråga 37a)

Nej (fortsätt till fråga 38)

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

Mellan 5 och 10 kg

10 kg eller mer

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

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

a) Ange denna vikt i kg

b) Hur gammal var Du då?

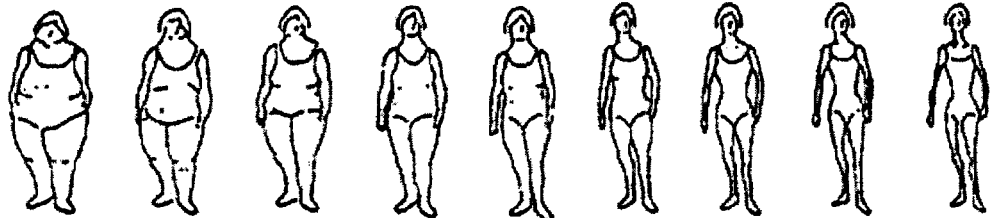
39. Hur mycket har Du vägt som MINST i vuxen ålder (d v s sedan 20 års ålder och framåt)?

a) Ange denna vikt i kg

b) Hur gammal var Du då?

40. Hur uppskattar Du att Din kroppsbyggnad var...

Markera med ett kryss i rutan den silhuett som bäst motsvarar hur Du såg ut i olika åldrar.



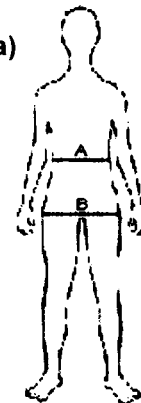
...när Du var 7 år (1:a klass)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...vid tiden för Din 1:a menstruation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...när Du var 18 år?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...nu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 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:

Stussmått (B) i hela cm:



## Hudtyp

42. Hur många OREGELBUNDNA födelsemärken större än 5 mm har Du sammanlagt på BÅDA armarna (från fingrarna till armhålorna)? (se bilder i bilagan "Oregelbundna födelsemärken")

0	1	2-3	4-6	7-12	13-17	18-23	Fler än 24
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

0	1	2-3	4-6	7-12	13-17	18-23	Fler än 24
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Solvanor

44. Hur många gånger i genomsnitt per år har Du bränt Dig i solen så att Du fått sveda i huden eller blåsor och hudflagning under olika tidsperioder?

	Aldrig	1 gång/år	2-3 gånger/år	4-5 gånger/år	6 eller fler gånger/år
1991-94	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1995-98	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1999-idag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
När Du var barn (yngre än 10 år) <i>Hoppa över om Du ej minns</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. Hur många veckor i genomsnitt per år har Du varit på solsemester i sydliga länder?

	Aldrig	1 vecka	2-3 veckor	4-5 veckor	6 veckor eller fler
1991-94	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1995-98	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1999-idag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
När Du var barn (yngre än 10 år)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46. Hur många veckor i genomsnitt per år har Du ägnat åt sol och bad i Sverige eller övriga Norden?

	Aldrig	1 vecka	2-3 veckor	4-5 veckor	6 veckor eller fler
1991-94	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1995-98	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1999-idag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
När Du var barn (yngre än 10 år)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. Hur många gånger i genomsnitt per månad har Du solat solarium?

	Aldrig	Sällan	1 gång	2 gånger	3-4 gånger	5 gånger eller fler
1991-94	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1995-98	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48. När Du vistas i solen, hur ofta brukar Du använda solskyddskräm/stift/spray?

	Inte alls	Ibland	Ofta
När Du solar i Sverige eller övriga Norden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
När Du solar i sydliga länder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49. Vilken solskyddsfaktor brukar Du huvudsakligen använda?

	1-5	6-10	11-15	16-20	>20
När Du solar i Sverige eller övriga Norden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
När Du solar i sydliga länder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50. Använde Du som barn (när Du var yngre än 10 år) solskyddskräm / stift / spray i soligt väder på utsatta hudpartier?

	Inte alls	Ibland	Ofta
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Användning av hormonella preventivmedel efter 1991

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

Ja (fortsätt till fråga 52)

Nej (fortsätt till fråga 53 "Övergångsåldern")

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 använda preparatet och hur länge behandlingen pågick.

Preparat	Kod
<b>Specialkoder</b> <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
<b>Kombinerade p-piller</b> <i>D v s "vanliga p-piller", innehåller både östrogen och gulkroppshormon *För bilder se bilaga "Hormonella preventivmedel - kombinerade p-piller"</i>	
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
<b>Mini-piller</b> <i>Innehåller bara gulkroppshormon *För bilder se bilaga "Hormonella preventivmedel - Mini-piller"</i>	
Cerazette	200
Exlutena	201
Follistrel	203
Mini-pe	204
<b>P-stav</b> <i>Liten stav som opereras in under huden och ger skydd mot graviditet under längre tid</i>	
Implanon	300
<b>P-spruta</b> <i>Injektion innehållandes gulkroppshormon som ges av sjukvårdspersonal ca 4 ggr per år</i>	
Depo-provera	400
<b>Hormonspiral</b> <i>Livmoderinlägg innehållandes gulkroppshormon som sätts in av sjukvårdspersonal</i>	
Levonova	500

Om Du inte minns namnen kan du titta på bilderna i bilagan "Hormonella preventivmedel". Den innehåller färgbilder på de olika p-piller som sålts i Sverige sedan 1991. Om Du är osäker på märket anger Du en av de specialkoder för p-piller, kombinerade p-piller respektive mini-piller som finns i tabellen till vänster. Ungefärliga uppgifter är bättre än inga uppgifter alls!

Period	Preparatkod	Ålder vid start	Behandlingens längd År + Månader
1			
2			
3			
4			
5			

## Övergångsåldern

### 53. Har Du fortfarande regelbundna menstruationsblödningar?

- Nej, de har upphört (fortsätt till fråga 54)
- Nej, de har upphört pga att jag använder hormonspiral (fortsätt med fråga 54)
- Nej, jag är gravid (fortsätt till fråga 54)
- Nej, jag har oregelbunda menstruationsblödningar (fortsätt till fråga 54)
- Ja, jag har fortfarande naturliga regelbundna mensblödningar (fortsätt till fråga 55)
- Ja, jag har blödningar på grund av pågående hormonmedicinering. Senaste naturliga blödningen innan jag började med hormonmedicinering: (år, månad)  (fortsätt till fråga 55)

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

- Den upphörde av sig själv när jag var: (Ange ålder)
- Livmodern opererades bort när jag var: (Ange ålder)
- Äggstockarna opererades bort när jag var: (Ange ålder)
- Livmoder och äggstockar opererades bort när jag var: (Ange ålder)
- Hormonbehandling avslutades när jag var: (Ange ålder)
- Annan orsak. Jag var då: (Ange ålder)

## 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 separata tabletter. 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?

- Ja (fortsätt till fråga 56)
- Nej (fortsätt till fråga 62 "Frågor om fysisk aktivitet")

Vilken / vilka hormonmedicin 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. Ange för varje behandlingsperiod datum för när den började och slutade, samt preparatets/ens kod. Preparatkoderna hittar Du i tabellen i bilagan "Hormonbehandling i klimakteriet". Om Du använt östrogen och gulkroppshormon (som tablett eller hormonspiral) samtidigt fast i två skilda preparat, ange båda medicinernas koder 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 medicinernas namn kan du titta i bilagan "Hormonbehandling i klimakteriet". Den innehåller bilder på de preparat som sålts i Sverige sedan 1980. Är du ändå osäker kan du ange osäkerhetskoden för respektive preparat från tabellen i bilagan "Hormonbehandling i klimakteriet".

### 56. Behandlingsperiod 1

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

Datum start (år/månad) (t ex 9205)	Datum slut (år/månad)

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

Ange i så fall koden för preparatet Du använde.

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

Ange i så fall koden för detta preparat.

... samt antal dagar per månad Du tog preparatet

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

Ja  Nej (fortsätt till fråga 60)

## 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"/>	<input type="text"/>

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

Ange i så fall koden för preparatet Du använde.

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

Ange i så fall koden för detta preparat.

... samt antal dagar per månad Du tog preparatet

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

Ja  Nej (fortsätt till fråga 60)

## 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"/>	<input type="text"/>

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

Ange i så fall koden för preparatet Du använde.

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

Ange i så fall koden för detta preparat.

... samt antal dagar per månad Du tog preparatet

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

Ja  Nej (fortsätt till fråga 60)

#### 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)

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

Ange i så fall koden för preparatet Du använde.

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

Ange i så fall koden för detta preparat.

... samt antal dagar per månad Du tog preparatet

#### 60. Vilken är/var anledningen till att hormonmedicineringen påbörjades? Markera lämpliga alternativ

a) Behandling mot klimakteriebesvär:

- Blodvallningar, svettningar
- Psykiska besvär
- Sömnsvårigheter
- Torrhet i underlivet
- Urinvägsbesvär
- Blödningsbesvär
- Premenstruella besvär

b) Förebyggande av sjukdom:

- Benskörhet
- Hjärtsjukdom

c) Annan anledning:

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

#### 61. Om Du inte längre använder hormonmedicin, varför slutade Du? Markera lämpliga alternativ

a) Medicinen orsakade besvär eller biverkningar:

- Viktuppgång
- Underlivsblöding
- Bröstömhet
- Andra besvär

b) Jag slutade ta hormonmedicin när jag fick:

- Högt blodtryck
- Sockersjuka
- Kärlkramp i hjärtat
- Hjärtinfarkt
- Livmoderscancer
- Äggstockscancer
- Bröstcancer
- Annan sjukdom

c) Annan anledning:

- Jag tyckte inte att jag behövde den längre
- Min läkare föreslog att jag skulle sluta
- Jag oroade mig för biverkningar









## 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

### 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 kvarter 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
<b>A</b>	 t ex. sova eller vila		
<b>B</b>	 t ex sitta i badkaret, sitta och lyssna på musik eller titta på TV		
<b>C</b>	 t ex kontorsarbete, att sticka, sy eller sitta i möte		
<b>D</b>	 t ex bädda, stryka kläder eller diska för hand		
<b>E</b>	 t ex bowling, verkstadsarbete, meka med bilen, köra buss, dansa vals eller foxtrot		
<b>F</b>	 t ex gå i snabb takt, hästridning eller sopa gatan		
<b>G</b>	 t ex att måla huset, bära och stapla ved, åka skidor eller slalom		
<b>H</b>	 t ex vägarbete, att klippa gräset med handgräsklippare eller skotta snö		
<b>I</b>	Hur lång tid av dygnets timmar ägnar Du åt sådant som är mer ansträngande än nivå H?		
<b>Summering av tiden</b>			

## Frågor om utbildning och arbete

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

- 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
- Avlönat deltidsarbete
- Egen företagare
- Oavlönat hemarbete / föräldraledig
- Arbetslös
- Pensionerad
- Sjukpensionär / långtidssjukskriven
- Studerande
- Annan

66. Har Du fått hjälp att fylla i enkäten (helt eller delvis)?

- Nej (fortsätt till fråga 67)
- Ja (fortsätt till fråga 66a)

a) Hur?

- Jag svarade själv men fick hjälp med att kryssa i och skriva svaren
- Den som hjälpte till att fylla i svarade också helt eller delvis på frågorna

b) Varför?

- Dålig syn
- Svårt att skriva (ledgångsbesvär)
- Annan anledning till att jag inte kan svara själv

c) Av vem? \_\_\_\_\_

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

- Ja
- Nej