



Liv & hälsa 2012

- en undersökning om hälsa, levnadsvanor och livsvillkor i Värmland



Ett samarbete mellan landstinget i Värmland och Karlstads universitet

LITE FAKTA OM UNDERSÖKNINGEN LIV OCH HÄLSA 2012

Samhället och människors levnadsvanor och livsvillkor förändras. Vilka drabbas av ohälsa och varför drabbas vissa men inte andra? Frågorna är viktiga bland annat för att hälso- och sjukvården skall bli så bra som möjligt och för att ge kommunerna bra underlag för planering och beslut.

En enkätundersökning där befolkningen följs över tid ger möjlighet att besvara frågor om hälsans utveckling och bakgrund. Därför görs Liv & hälsa 2012 – en viktig uppföljning av undersökningarna Liv & hälsa 2008, 2004 och 2000. Enkäten skickas ut till cirka 15 000 värmlänningar.

Vad innebär din medverkan?

I och med att du fyller i och skickar in frågeformuläret deltar du i undersökningen. Dina svar är viktiga för ett tillförlitligt resultat.

Webbenkät

För att förenkla besvarandet av enkäten finns det även en möjlighet att göra detta via en hemsida. Föredrar du detta gå i så fall in på <http://www.dittsvar.se/KU>

Din inloggnings kod är:

Så skyddas dina svar

Dina svar skyddas av Sekretesslagen (SFS 1980:100, 9 kap.4 §) och Personuppgiftslagen.

Dina svar går inte att härleda till dig. Under själva insamlingen används en sifferkod för att kunna pricka av ditt svar när det kommer tillbaka, eller för att skicka en påminnelse. Koden tas bort så snart insamlingstiden är slut och innan svaren skickas till oss för bearbetning.

Har du några frågor?

Om du vill veta mer om undersökningen eller hur du skall besvara enkäten är du välkommen att kontakta landstinget i Värmland. Se baksidan av enkäten för kontaktuppgifter.

Svarskuvert och porto

När du fyllt i enkäten postar du den i det bifogade svarskuvertet. Du behöver inte sätta på frimärke.

Vad händer sedan?

Resultat från undersökningen kommer att rapporteras och publiceras under slutet av 2012, bland annat på landstingets hemsida. <http://www.liv.se>

Tack för din medverkan!

Så här fyller du i enkäten

- Använd bläckpenna, svart eller blå. Använd inte blyertspenna
- Markera dina svar med kryss inom kryssrutan
- Skriv tydliga siffror
- Skriv ingen text mellan eller i svarsrutorna, använd utrymmet på enkätens baksida

Ditt svar kompletteras med olika uppgifter som redan finns i SCB:s register. Från Register över totalbefolkningen (RTB) hämtas uppgifter om, kön, ålder, födelseår, folkbokföringsort, civilstånd, medborgarskap, födelseland, vilket år man kom till Sverige om man har invandrat från föräldrarnas födelseland. SCB påför även uppgifter om yrke och utbildningsnivå samt inkomst. SCB lägger också på en kod som möjliggör olika geografiska indelningar av resultatet. Så snart detta är gjort tas sifferkoderna som kan koppla uppgifterna till dig bort. Det innebär att ingen kan se hur du har svarat eller vilka uppgifter som gäller dig.

OM DIN HÄLSA

1. Hur bedömer Du Ditt allmänna hälsotillstånd?

- Mycket bra
- Bra
- Varken bra eller dåligt
- Dåligt
- Mycket dåligt

2. Markera genom att kryssa i en ruta i varje nedanstående grupp av frågor, vilket påstående som bäst beskriver Ditt hälsotillstånd idag.

A Rörlighet

- Jag går utan svårigheter
- Jag kan gå med viss svårighet
- Jag är sängliggande

B Hygien

- Jag behöver ingen hjälp med min dagliga hygien, mat eller påklädning
- Jag har vissa problem att tvätta och klä mig själv
- Jag kan inte tvätta eller klä mig själv

C Huvudsakliga aktiviteter (t ex arbete, studier, hushållsysslor, familje- och fritidsaktiviteter)

- Jag klarar av mina huvudsakliga aktiviteter
- Jag har vissa problem med att klara av mina huvudsakliga aktiviteter
- Jag klarar inte av mina huvudsakliga aktiviteter

D Smärtor/besvär

- Jag har varken smärtor eller besvär
- Jag har måttliga smärtor eller besvär
- Jag har svåra smärtor eller besvär

E Oro/nedstämdhet

- Jag är inte orolig eller nedstämd
- Jag är orolig eller nedstämd i viss utsträckning
- Jag är i högsta grad orolig eller nedstämd

3. Har Du någon långvarig sjukdom (längre än 6 månader), bestående besvär efter olycksfall, någon nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem?

- Nej
- Ja

4. Har Du eller har Du haft någon eller några av följande långvariga sjukdomar eller besvär under de senaste 12 månaderna?

(Sätt ett kryss på varje rad)

	Nej	Ja
A Hjärt-kärlsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Högt blodtryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C Diabetes typ 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D Diabetes typ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F KOL, kroniskt obstruktiv lungsjkd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G Allergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I Mag/tarmsjkd/födoämnesallergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J Depression/utmattningssyndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K Cancersjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L Ofrivilligt urinläckage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M Migrän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N Neurologisk sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O ADHD/ADD/DAMP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P Autism/Asperger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q Hörselnedsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R Fysiskt funktionshinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S Psykiskt funktionshinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Hur tycker Du Din tandhälsa är?

- Mycket bra
- Bra
- Varken bra eller dålig
- Dålig
- Mycket dålig

6. Har Du något/några av följande besvär?

(Sätt ett kryss på varje rad)

	Nej	Ja
A Karies (hål i tänderna)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Blödande tandkött	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C Tandlossning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D Tuggsvårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E Känsliga tandhalsar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F Tandgnissling/pressning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. När var Du senast hos tandläkare/tandhygienist?

- För mindre än 1 år sedan
- För 1 – 2 år sedan
- För 3 – 5 år sedan
- För mer än 5 år sedan
- Har aldrig varit hos tandläkare/tandhygienist

8. Har Du under de senaste 3 månaderna upplevt något eller några av följande besvär eller symtom?

A Värk i skuldror, nacke eller axlar

- Har ej besvärats
- Någon enstaka gång
- Vid ett flertal tillfällen
- I stort sett hela tiden

B Värk i rygg eller höfter

- Har ej besvärats
- Någon enstaka gång
- Vid ett flertal tillfällen
- I stort sett hela tiden

C Värk i händer, armar, ben, knän eller fötter

- Har ej besvärats
- Någon enstaka gång
- Vid ett flertal tillfällen
- I stort sett hela tiden

D Värk i magen

- Har ej besvärats
- Någon enstaka gång
- Vid ett flertal tillfällen
- I stort sett hela tiden

E Huvudvärk

- Har ej besvärats
- Någon enstaka gång
- Vid ett flertal tillfällen
- I stort sett hela tiden

F Ängslan och oro

- Har ej besvärats
- Någon enstaka gång
- Vid ett flertal tillfällen
- I stort sett hela tiden

G Trötthet och kraftlöshet

- Har ej besvärats
- Någon enstaka gång
- Vid ett flertal tillfällen
- I stort sett hela tiden

H Sömnproblem

- Har ej besvärats
- Någon enstaka gång
- Vid ett flertal tillfällen
- I stort sett hela tiden

I Nedstämdhet

- Har ej besvärats
- Någon enstaka gång
- Vid ett flertal tillfällen
- I stort sett hela tiden

J Yrsel

- Har ej besvärats
- Någon enstaka gång
- Vid ett flertal tillfällen
- I stort sett hela tiden

K Stress

- Har ej besvärats
- Någon enstaka gång
- Vid ett flertal tillfällen
- I stort sett hela tiden

9. Har Du under de senaste 6 månaderna haft något av följande höftbesvär? (Flera alternativ kan fyllas i)

- Ja, smärta
- Ja, stelhet
- Ja, svaghet
- Ja, annat
- Nej

10. Har Du upplevt besvär från andra leder? (Flera alternativ kan fyllas i)

- Nej
- Ja, nacke
- Ja, axlar
- Ja, ländrygg
- Ja, knäleder
- Ja, fotleder/tår
- Ja, fingerleder
- Ja, annan/andra leder

11. Hur många timmar sover du i genomsnitt en normal natt?

timmar

12. Hur mycket väger Du?

kilo

13. Hur lång är Du?

centimeter

ANVÄNDNING AV LÄKEMEDEL

14. Har Du under de senaste 2 veckorna använt något eller några av följande receptbelagda läkemedel?

(Sätt ett kryss på varje rad)

	Nej	Ja
A Medicin mot hjärt/kärlsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Blodfetsänkande medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C Diabetesmedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D Smärtstillande eller antiinflammatoriska läkemedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E Medicin mot migrän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F Sömnmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G Lugnande medel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H Antidepressiva medel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I Astmamedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J Allergimedier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K Kortisonsalva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L Magsårsmedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M Antibiotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KONTAKTER MED VÅRDEN

15. Har Du under de senaste 3 månaderna på grund av egna besvär eller sjukdom besökt någon av följande? (Sätt ett kryss på varje rad)

	Nej	Ja, en gång	Ja, flera gånger
A Läkare akutmottagning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Läkare annan sjukhusmottagning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C Läkare landstingets vårdcentral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D Läkare privat vårdcentral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E Annan privatläkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F Distriktssköterska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G Barnmorska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H Tandläkare folktandvården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I Privattandläkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J Tandhygienist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K Sjukgymnast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L Arbetsterapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M Psykolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N Kurator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O Företagshälsovård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P Varit inlagd på sjukhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Är Du genom hälsoval listad på:

- Landstingsdriven vårdcentral
- Privat vårdcentral
- Vet ej

17. Har Du under de senaste 3 månaderna någon gång ansett Dig vara i behov av läkarvård men inte sökt?

- Nej, fortsätt till fråga 20
- Ja

18. Vilken var orsaken/orsakerna till att Du inte sökte läkarvård?

(Flera alternativ kan fyllas i)

- Besvären gick över
- Negativa erfarenheter från tidigare besök
- Visste inte vart jag skulle vända mig
- Trodde inte jag kunde få någon hjälp

19. Har Du avstått från läkarbesök på grund av följande? (Flera alternativ kan fyllas i)

- Svårt att komma fram på telefon
- Fick inte besökstid snabbt nog
- För långa väntetider

20. Har det under de senaste 3 månaderna hänt att Du tvingats begränsa eller avstå nödvändiga sjukvårdsbesök eller läkemedelsinköp av ekonomiska skäl?

(Sätt ett kryss på varje rad)

	Nej	Ja
Avstått från sjukvårdsbesök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avstått från att ta ut läkemedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avstått från tandvårdsbesök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avstått från annan vård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Har Du under de senaste 3 månaderna besökt/haft kontakt med någon annan form av vård (t ex naprapat, kiropraktor, homeopat etc) på grund av egna besvär eller sjukdomar?

- Nej
- Ja, en gång
- Ja, flera gånger

OM DU EJ BESÖKT VÅRDcentral ELLER LIKNANDE DE SENASTE 3 MÅNADERNA FORTSÄTT TILL FRÅGA 25

22. Var Du nöjd eller missnöjd med den vård och det bemötande Du fick vid det senaste besöket på vårdcentralen?

- Mycket nöjd
- I stort sett nöjd
- Varken nöjd eller missnöjd
- Ganska missnöjd
- Mycket missnöjd
- Minns ej

23. Vid Ditt senaste besök på vårdcentral ställde personalen frågor om Dina:

(Sätt ett kryss på varje rad)

	Nej	Ja
Matvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motionsvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rökvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snusvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sociala/ekonomiska förhållanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetsförhållanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Fick Du några råd att förändra Dina:

(Sätt ett kryss på varje rad)

	Nej	Ja
Matvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motionsvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rökvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snusvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OM DU EJ BESÖKT SJUKHUS DE SENASTE 3 MÅNADERNA FORTSÄTT TILL FRÅGA 28

25. Var Du nöjd eller missnöjd med den vård och det bemötande Du fick vid det senaste sjukhusbesöket?

- Mycket nöjd
- I stort sett nöjd
- Varken nöjd eller missnöjd
- Ganska missnöjd
- Mycket missnöjd
- Minns ej

26. Vid Ditt senaste besök på sjukhus ställde personalen frågor om Dina:

(Sätt ett kryss på varje rad)

	Nej	Ja
Matvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motionsvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rökvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snusvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sociala/ekonomiska förhållanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetsförhållanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Fick Du några råd att förändra Dina:

(Sätt ett kryss på varje rad)

	Nej	Ja
Matvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motionsvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rökvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snusvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OM DU EJ BESÖKT TANDVÅRDsmottagning DE SENASTE 3 MÅNADERNA FORTSÄTT TILL FRÅGA 30

28. Vid Ditt senaste besök på tandvårdsmottagning, ställde personalen frågor om Dina: (Sätt ett kryss på varje rad)

	Nej	Ja
Matvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rökvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snusvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Fick Du några råd att förändra Dina:

(Sätt ett kryss på varje rad)

	Nej	Ja
Matvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rökvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snusvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Vilket förtroende har Du för landstingets primärvård? (Vårdcentral, barnvårdcentral, mödravårdcentral, distriktssköterskemottagning)

- Mycket stort
- Ganska stort
- Inte särskilt stort
- Inget alls
- Ingen uppfattning/vet ej

31. Vilket förtroende har Du för den privata primärvården? (Vårdcentral, barnvårdscentral, mödravårdscentral, distriktssköterskemottagning)

- Mycket stort
- Ganska stort
- Inte särskilt stort
- Inget alls
- Ingen uppfattning/vet ej

32. Vilket förtroende har Du för sjukhusvården?

- Mycket stort
- Ganska stort
- Inte särskilt stort
- Inget alls
- Ingen uppfattning/vet ej

33. Vilket förtroende har Du för folktandvården?

- Mycket stort
- Ganska stort
- Inte särskilt stort
- Inget alls
- Ingen uppfattning/vet ej

34. Vilket förtroende har Du för privata tandvården?

- Mycket stort
- Ganska stort
- Inte särskilt stort
- Inget alls
- Ingen uppfattning/vet ej

MATVANOR

35. Hur ofta äter Du frukost, lunch och middag eller kvällsmål? (Sätt ett kryss på varje rad)

	Dagligen eller i stort sett dagligen	Någon eller några gånger i veckan	Sällan eller aldrig
Frukost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lunch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Middag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kvällsmål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. Hur ofta äter Du grönsaker rotfrukter, frukter eller bär?

- 3 gånger per dag eller oftare
- 2 gånger per dag
- 1 gång per dag
- 5 – 6 gånger per vecka
- 3 – 4 gånger per vecka
- Mer sällan

37. Följer Du någon form av diet?

- Nej
- Atkins
- Cambridgekuren
- GI
- LCHF
- Medelhavsdieten
- Viktväktarna
- Annan

MOTIONSVANOR

38. Hur mycket rör Du Dig eller anstränger Dig kroppsligt på fritiden? Försök att uppskatta ett genomsnitt för de senaste 12 månaderna (Markera endast ett alternativ)

- Lite motion:** Du ägnar Dig inte särskilt mycket åt fysisk aktivitet på fritiden. Du promenerar eller cyklar eller rör Dig på annat sätt mindre än 2 timmar i veckan.
- Måttlig motion:** Du promenerar, cyklar eller rör Dig på annat sätt minst 2 timmar i veckan, oftast utan att svettas. Till detta räknas också gång eller cykling till och från arbetet.
- Måttlig regelbunden motion:** Du motionerar regelbundet 1 - 2 gånger per vecka i minst 30 minuter per tillfälle omklädd för löpning, tennis, cykling, gymnastik eller liknande fysisk aktivitet som får Dig att svettas eller väsentligt höjer pulsen.
- Regelbunden motion eller träning:** Du motionerar, tränar eller tävlar i någon lagidrott, löpning, cykling, gymnastik, simning eller liknande fysisk aktivitet minst 3 gånger i veckan och minst 30 minuter per tillfälle.

39. Hur mycket tid ägnar Du en vanlig vecka åt måttligt ansträngande aktiviteter som får Dig varm?

- Minst 5 timmar
- Mer än 3 timmar men mindre än 5 timmar
- Mellan 1 och 3 timmar
- Mindre än 1 timme

40. Har Du någon gång ordinerats fysisk aktivitet på recept?

- Nej
- Ja, en gång
- Ja, flera gånger

41. Erbjuder Din arbetsgivare någon form av ersättning för motion eller träning?

(Flera alternativ kan fyllas i)

- Nej, *fortsätt till fråga 43*
- Möjlighet att träna/motionera på arbetstid
- Subventionerat träningskort
- Andra möjligheter till träning

42. Utnyttjar Du denna förmån?

- Ja
- Nej

TOBAKSVANOR

43. Röker Du?

- Nej, jag har aldrig vanerökt
- Nej, jag har slutat röka
- Ja, jag röker någon gång ibland
- Ja, jag röker dagligen

44. Snusar Du?

- Nej, jag har aldrig vanesnusat
- Nej, jag har slutat snusa
- Ja, jag snusar någon gång ibland
- Ja, jag snusar dagligen

ALKOHOLVANOR

Med alkohol menas folköl, mellan-/starköl, alkoholstark cider, alkoholstark vin, starkvin och sprit.

1 standardglas = 12 g alkohol och motsvarar något av följande:



45. Hur ofta har Du druckit alkohol under de senaste 12 månaderna?

- Aldrig, *fortsätt till fråga 49*
- 1 gång per månad eller mer sällan
- 2 – 4 gånger/månad
- 2 – 3 gånger/vecka
- 4 gånger/vecka eller mer

46. Hur många "glas" (se exempel) dricker Du en typisk dag då Du dricker alkohol?

- 1 – 2 glas
- 3 – 4 glas
- 5 – 6 glas
- 7 – 9 glas
- 10 eller fler glas

47. Hur ofta dricker Du sex "glas" eller fler vid samma tillfälle?

- Dagligen eller nästan dagligen
- 2 – 3 gånger per vecka
- Varje vecka
- Varje månad
- Mer sällan än en gång per månad
- Aldrig

48. Hur ofta har Du under de senaste 12 månaderna druckit så mycket alkohol att Du varit berusad?

- Dagligen eller nästan dagligen
- Några gånger/vecka
- 1 gång/vecka
- 2 – 3 gånger/månad
- 1 gång/månad
- Någon eller några gånger per halvår
- Mer sällan eller aldrig

NARKOTIKA OCH DOPNING

49. Har Du använt hasch eller marijuana?

- Nej
- Ja, för mer än 12 månader sedan
- Ja, under de senaste 12 månaderna
- Ja, under de senaste 30 dagarna

50. Har Du använt någon annan narkotika?

- Nej
- Ja, för mer än 12 månader sedan
- Ja, under de senaste 12 månaderna
- Ja, under de senaste 30 dagarna
- Om ja, vad:.....

51. Har Du använt Anabola steroider?

- Nej
- Nej, men blivit erbjuden
- Ja, för mer än 12 månader sedan
- Ja, under de senaste 12 månaderna
- Ja, under de senaste 30 dagarna

SEXUELL HÄLSA

52. Har Du någon gång under de senaste 12 månaderna smittats av någon sexuell överförbar sjukdom (STI)?

(Flera alternativ kan fyllas i)

- Nej
- Gonorré
- HIV
- Klamydia
- Syfilis

53. Om Du har haft tillfälliga sexuella relationer under den senaste tiden, har ni då använt kondom?

- Ej aktuellt
- Ja, alltid
- Ja, ibland
- Nej

SEXUELL LÄGGNING

54. Betraktar Du Dig idag som:

- Heterosexuell
- Bisexuell
- Homosexuell
- Transsexuell
- Annat

PSYKISK HÄLSA OCH LIVSKVALITET

55. Har Du de senaste veckorna kunnat koncentrera Dig på allt Du gjort?

- Bättre än vanligt
- Som vanligt
- Sämre än vanligt
- Mycket sämre än vanligt

56. Har Du de senaste veckorna kunnat fatta beslut i olika frågor?

- Bättre än vanligt
- Som vanligt
- Sämre än vanligt
- Mycket sämre än vanligt

57. Har Du under de senaste veckorna kunnat ta itu med problem?

- Bättre än vanligt
- Som vanligt
- Sämre än vanligt
- Mycket sämre än vanligt

58. Har Du under de senaste veckorna haft svårt att sova på grund av oro?

- Inte alls
- Inte mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

59. Har Du under de senaste veckorna känt Dig spänd?

- Inte alls
- Inte mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

60. Har Du under de senaste veckorna känt att Du inte orkat med Dina egna problem?

- Inte alls
- Inte mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

61. Har Du de senaste veckorna känt Dig olycklig och nedstämd?

- Inte alls
- Inte mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

62. Har Du de senaste veckorna förlorat tron på Dig själv?

- Inte alls
- Inte mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

63. Har Du tyckt att Du varit värdelös de senaste veckorna?

- Inte alls
- Inte mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

64. Upplever Du att Du gjort nytta de senaste veckorna?

- Mer än vanligt
- Som vanligt
- Mindre än vanligt
- Mycket mindre än vanligt

65. Har Du under de senaste veckorna känt att Du kunnat uppskatta det Du gjort om dagarna?

- Mer än vanligt
- Som vanligt
- Mindre än vanligt
- Mycket mindre än vanligt

66. Har Du på det hela taget känt Dig någorlunda lycklig de senaste veckorna?

- Mer än vanligt
- Som vanligt
- Mindre än vanligt
- Mycket mindre än vanligt

67. Har Du någon gång under de senaste 12 månaderna kommit i den situationen att Du allvarligt övervägt att ta Ditt liv?

- Nej, *fortsätt till fråga 69*
- Ja, en gång
- Ja, flera gånger

68. Har Du någon gång under de senaste 12 månaderna försökt ta Ditt liv?

- Nej
- Ja, en gång
- Ja, flera gånger

BEHOV AV STÖD OCH HJÄLP

69. Har Du hos kommunen under de senaste 12 månaderna ansökt om stöd och hjälp som t ex hemtjänst, särskilt boende eller personlig assistent?

- Nej, har inte ansökt, *fortsätt till fråga 71*
- Ja, men ansökan avslogs, *fortsätt till fråga 71*
- Ja, ansökan beviljades delvis
- Ja, ansökan beviljades helt
- Ja, ansökan beviljades men har ej fått hjälp

70. Vilken form av stöd och hjälp blev Du beviljad? (Flera svarsalternativ kan fyllas i)

- Trygghetslarm
- Hemtjänst
- Särskilt boende
- Personlig assistent

71. Har Du någon eller några personer i Din omgivning som kan hjälpa Dig med inköp och matlagning om Du skulle bli sjuk?

- Ja, helt säkert
- Ja, troligen
- Förmodligen inte
- Nej

72. Har Du någon eller några personer i Din omgivning som kan ge Dig personligt stöd i händelse av personliga problem eller kriser i Ditt liv?

- Ja, helt säkert
- Ja, troligen
- Förmodligen inte
- Nej

73. Har Du omvårdnad av någon anhörig eller vän som är långvarigt sjuk eller har andra nedsatta funktioner?

- Nej
- Ja

74. Har Du under de senaste 3 månaderna visat Ditt stöd genom att skänka pengar till hjälporganisationer?

- Nej
- Ja, vid ett tillfälle
- Ja, vid flera tillfällen

75. Har Du under de senaste 3 månaderna frivilligt och utan ersättning hjälpt någon som inte ingår i din familj med något av nedanstående? (Sätt ett kryss på varje rad)

	Nej	Ja, en gång	Ja, flera gånger
A Inköp (t.ex. mat, kläder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Laga mat, städa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C Få ordning på tomt, hus, lägenhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D Att flytta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E Följt till sjukhus, apotek vårdcentral, tandläkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F Gjort besök för att höra hur han/hon/de mår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TRYGGHET OCH RELATIONER

76. Har Du under de senaste 12 månaderna råkat ut för olycksfall som lett till att Du sökt vård eller tandvård? *Gäller ej avsiktligt våld eller misshandel.* (Flera alternativ kan fyllas i)

- Nej, fortsätt till fråga 78
- Ja, tandvård
- Ja, akutvård (sjukhus, vårdcentral)
- Ja, vilket ledde till inläggning på sjukhus

77. Vad gjorde Du när senaste olyckan inträffade?

- Yrkesarbetade
- Hushållsarbetade
- Underhålls- eller hobbyarbete i hem/trädgård
- Promenerade
- Cyklade
- Åkte bil
- Idrottade eller motionerade
- Annat

78. Har Du under de senaste 12 månaderna blivit utsatt för avsiktligt våld eller misshandel?

- Nej, fortsätt till fråga 81
- Ja, en gång
- Ja, flera gånger

79. Vem/vilka utsatte Dig för avsiktligt våld eller misshandel vid det senaste tillfället?

- Främmande person
- Nära bekant/granne
- Familjemedlemmar/släktingar

80. Var hände detta vid det senaste tillfället?

- I min bostad
- I annan bostad
- På min arbetsplats
- På buss, tåg eller annat färdmedel
- På eller utanför restaurang/ pub/nöjeslokal
- Annan plats

81. Händer det att Du avstår från att gå ut av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad?

- Nej
- Ja, ibland
- Ja, ofta

82. Har Du under de senaste 3 månaderna upplevt att någon behandlat Dig på ett nedlåtande sätt?

- Nej
- Ja, någon gång
- Ja, flera gånger

83. Blev Du nedlåtande behandlad under Din uppväxt t.ex. i skolan eller i hemmet?

- Nej
- Ja, ibland
- Ja, ofta

84. Har Du under det senaste 3 månaderna upplevt att någon visat Dig sin uppskattning?

- Nej
- Ja, någon gång
- Ja, flera gånger

85. Har Du under de senaste 3 månaderna upplevt att någon fått Dig att känna Dig stolt?

- Nej
- Ja, någon gång
- Ja, flera gånger

86. På det hela taget hur lycklig skulle Du säga att Du är?

- Mycket lycklig
- Ganska lycklig
- Inte särskilt lycklig
- Inte alls lycklig

87. Har Du varit med om någon eller några av följande händelser i Ditt liv under de senaste 2 åren? (Flera alternativ kan fyllas i)

- Förlorat nära anhörig genom dödsfall
- Egen eller anhörigs allvariga sjukdom
- Separerat från make, maka eller sambo
- Blivit uppsagd eller avskedad från arbetet
- Annan smärtsam eller kritisk händelse,
- Nej

88. Har det hänt att Du känt följande känslor de senaste 7 dagarna? Det räcker att känslan har varat en kort stund för att den skall räknas. (Sätt ett kryss på varje rad)

	Nej, har inte hänt	Ja, 1 dag	Ja, 2-3 dagar	Ja, 4-5 dagar	Ja, 6-7 dagar
A Känt mig arg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Känt mig rädd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C Känt mig stolt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D Känt pinsamhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E Känt mig skamsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F Känt mig förälskad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G Känt mig hatisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H Känt mig lycklig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I Känt skuldkänslor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J Känt mig kränkt/förödmjukad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

89. Röstade Du i något av följande val? (Sätt ett kryss på varje rad)

	Röstade	Var röstberättigad men röstade inte	Var inte röstberättigad	Minns ej
Kommunvalet 2010	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Landstingsvalet 2010	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riksdagsvalet 2010	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

90. Hur stort förtroende har Du för följande institutioner i samhället? (Sätt ett kryss på varje rad)

	Mycket stort	Ganska stort	Inte särskilt stort	Inget alls	Har ingen uppfattning
Hälso- och sjukvården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnomsorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Äldreomsorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Socialtjänsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Försäkringskassan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetsförmedlingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fackföreningarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domstolarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Politikerna i Din kommun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Politikerna i Ditt landsting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riksdagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regeringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FRITID

91. Hur ofta brukar Du göra följande saker på Din fritid? (Sätt ett kryss på varje rad)

	Minst 1 gång/vecka	Minst 1 gång/mån.	Någon gång per kvartal	Någon gång senaste 12 mån	Aldrig
Går på kultur-/idrottsevenemang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sysslar med trädgårdsarbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiskar, jagar, strövar i naturen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Går ut och dansar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjunger, spelar eller målar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

92. Har Du något husdjur?

- Nej
- Ja, hund
- Ja, katt
- Ja, annat husdjur

93. Brukar Du delta i aktiviteter eller gå på möten i någon grupp, organisation, förening eller samfund? (Sätt ett kryss på varje rad)

	Nej	Ja
A Idrottsförening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Fackförening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C Politiskt parti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D Hjälporganisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E Miljö/naturorganisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F Annan/annat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

94. Är Du medlem i någon hjälporganisation som t.ex. Röda korset, Rädda barnen?

- Ja
- Nej

EKONOMI

95. Har det under de senaste 12 månaderna hänt att Du haft svårt att klara löpande utgifter som till exempel hyra, avbetalningar eller liknande?

- Nej
- Ja, 1 månad
- Ja, 2 månader
- Ja, 3 - 5 månader
- Ja, 6 - 12 månader

96. Har Du under de senaste 12 månaderna erhållit försörjningsstöd (socialbidrag) för att klara Ditt uppehälle?

- Nej
- Ja, 1 månad
- Ja, 2 månader
- Ja, 3 - 5 månader
- Ja, 6 - 12 månader

97. Om Du plötsligt skulle hamna i en oförutsedd situation, där Du på en vecka måste skaffa fram 22 000 kronor, skulle Du klara det?

- Ja
- Nej

BOENDE OCH BOENDEMILJÖ

98. Hyr eller äger Du Din bostad?

- Jag hyr min bostad
- Jag äger min bostad

99. Hur trivs Du med Din nuvarande bostad?

- Mycket bra
- Ganska bra
- Varken bra eller dåligt
- Ganska dåligt
- Mycket dåligt

100. Upplever Du någon eller några av följande störningar i och runt Din bostad? (Sätt ett kryss på varje rad)

	Ofta	Ibland	Sällan	Aldrig
A Buller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Avgaser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C Störande trafik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D Störande industri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E Nedskräpad utemiljö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F Skadegörelse/klotter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G Annan störning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

101. I vilken utsträckning stämmer följande påståenden in på det område där Du bor?

A. I det här området kan man känna sig säker och trygg för att inte bli angripen eller utsatt för hot

- Stämmer mycket väl
- Stämmer ganska väl
- Stämmer inte särskilt väl
- Stämmer inte alls

B. Människorna i det här området bryr sig om varandra

- Stämmer mycket väl
- Stämmer ganska väl
- Stämmer inte särskilt väl
- Stämmer inte alls

102. Vem/vilka bor Du tillsammans med helt eller delvis?

- Ingen, *fortsätt till fråga 104*
- Barn/make/maka/partner/sambo
- Föräldrar/syskon
- Annan vuxen

103. Har du barn som bor hos dig?

A.

- Nej, *fortsätt till fråga 104*

B. Ja, barn i åldern 0 – 4 år

- 1 barn 2 barn 3 barn 4 barn eller fler

C. Ja, barn i åldern 5 – 12 år

- 1 barn 2 barn 3 barn 4 barn eller fler

D. Ja, barn i åldern 13 – 19 år

- 1 barn 2 barn 3 barn 4 barn eller fler

ARBETE OCH ARBETSMILJÖ

104. Vilket av följande alternativ är huvudsakligen aktuellt för Dig just nu?

- Arbetar som anställd
- Sköter eget eller delägt företag
- Föräldraledig
- Tjänstledig
- Sköter hushåll på heltid
- Studerande
- Arbetsökande/arbetslös
- Sjuk-/aktivitetsersättning (förtidspension)
- Ålderspensionerad
- Annat

105. Vilket av följande alternativ är huvudsakligen aktuellt för Din make/maka/sambo just nu?

- Ej aktuellt, har ingen make/maka/sambo
- Arbetar som anställd
- Sköter eget eller delägt företag
- Föräldraledig
- Tjänstledig
- Sköter hushåll på heltid
- Studerande
- Arbetsökande/arbetslös
- Sjuk-/aktivitetsersättning (förtidspension)
- Ålderspensionerad
- Annat

NEDAN FÖLJER NÅGRA FRÅGOR TILL DIG SOM YRKESARBETAR (ÄVEN DU SOM ÄR SJUKSKRIVEN ELLER FÖRÄLDRA-/TJÄNSTLEDIG SKALL SVARA) DU SOM INTE YRKESARBETAR GÅR VIDARE TILL FRÅGA 118

106. Vilken är Din huvudsakliga anställningsform?

- Fast/tillsvidareanställning
- Tillfällig-/projekt-/provanställning/vikariat
- Egen företagare

107. Vem är Din huvudsakliga arbetsgivare?

- Privat företag
- Jag själv eller familjemedlem
- Kommunen
- Landstinget
- Staten
- Annan

108. Hur många timmar arbetar Du i genomsnitt under en arbetsvecka?
(ange hela antal timmar)

timmar/vecka

109. Skulle Du vilja arbeta mer eller mindre per vecka?

- Jag vill arbeta mindre
- Jag vill arbeta mer
- Jag vill arbeta varken mer eller mindre

110. Har Du tillräckligt med tid för att hinna med arbetsuppgifterna?

- Nej, så gott som aldrig
- Nej, sällan
- Ja, ibland
- Ja, ofta

111. Förekommer det motstridiga krav i Ditt arbete?

- Nej, så gott som aldrig
- Nej, sällan
- Ja, ibland
- Ja, ofta

112. Har Du frihet att bestämma hur Ditt arbete ska utföras?

- Nej, så gott som aldrig
- Nej, sällan
- Ja, ibland
- Ja, ofta

113. Hur trivs Du med Ditt nuvarande arbete?

- Mycket bra
- Ganska bra
- Varken bra eller dåligt
- Ganska dåligt
- Mycket dåligt

114. Hur tycker Du att stämningen/andan är på Din nuvarande arbetsplats?

- Mycket bra
- Ganska bra
- Varken bra eller dålig
- Ganska dålig
- Mycket dålig

115. Är Du orolig för att förlora Ditt arbete inom det närmaste året?

- Mycket orolig
- Ganska orolig
- Inte särskilt orolig
- Inte alls orolig

116. Har Du under de senaste 12 månaderna utsatts för mobbning eller trakasserier på Ditt arbete?

- Nej
- Någon gång under året
- Någon gång i månaden
- Några dagar i veckan
- I stort sett varje dag

117. Hur mycket rör Du Dig eller anstränger Du Dig kroppsligt i Ditt arbete?

(Markera endast ett alternativ)

- Stillasittande arbete:** Du har övervägande ett stillasittande arbete och går inte särskilt mycket
- Lätt, men något rörligt arbete:** Du har ett arbete där Du går ganska mycket men bär eller lyfter inte tunga saker
- Måttligt tungt arbete:** Du går mycket och lyfter dessutom ganska mycket
- Tungt arbete:** Du har tungt kroppsarbete, lyfter tunga föremål och anstränger Dig mycket kroppsligt

SJUKSKRIVNING

118. Hur många dagar har Du varit sjukskriven de senaste 12 månaderna?

- 1 – 28 dagar, *fortsätt till fråga 121*
- 29 – 89 dagar
- 90 dagar eller mer

119. Om Du har varit sammanhängande sjukskriven 29 dagar eller mer det senaste året. Vad har Du varit/är Du sjukskriven för? (Fler alternativ kan markeras)

- Ej aktuellt
- Besvär från rygg, nacke, leder eller muskler
- Utbrändhet, utmattningsdepressioner, stress
- Andra psykiska problem (inkl sömnproblem)
- Hjärt-kärlsjukdom, stroke
- Olycksfall, skada
- Annat

120. Vilken/vilka av följande faktorer har/hade betydelse för Din återgång i arbete?

(Fler alternativ kan fyllas i)

- Är fortfarande sjukskriven
- Bättre hälsa
- Aktivt stöd från företagshälsovård, sjukvård, försäkringskassa
- Förändringar i privatlivet
- Förändringar på arbetsplatsen
- Ekonomisk förbättring
- Hade ej råd att vara sjukskriven längre
- Stöd från anhöriga
- Stöd från arbetskamrater
- Stöd från arbetsledning
- Annat

NÅGRA BAKGRUNDSFAKTA

121. Är Du man eller kvinna?

- Kvinna
- Man

122. Vilket år är Du född?

Jag är född 19

123. Vilken är den högsta utbildningen Du har?

- Folkskola eller grundskola
- Realskola eller flickskola
- 2-årigt gymnasium eller yrkesskola
- 3 – 4-årigt gymnasium
- KY-utbildning (Kvalificerad yrkesutbildning)
- Folkhögskola
- Universitet eller högskola, 2½ år eller kortare
- Universitet eller högskola, 3 år eller längre
- Annan utbildning

124. Vad anser du om företagsklimatet i Din kommun?

- Mycket bra
- Ganska bra
- Varken bra eller dåligt
- Ganska dåligt
- Mycket dåligt
- Ingen åsikt

125. Vad anser du om kommunpolitikernas engagemang för att skapa fler jobb i Din kommun?

- Mycket stort
- Ganska stort
- Varken stort eller litet
- Ganska litet
- Mycket litet
- Ingen åsikt

126. Vilken bild tror Du att människor i andra delar av landet har av Din kommun?

- Mycket positiv
- Ganska positiv
- Varken positiv eller negativ
- Ganska negativ
- Mycket negativ
- Ingen åsikt

127. Berättar Du vanligen med en känsla av stolthet eller känsla av skamsenhet var du bor när du träffar en obekant person och denne frågar varifrån du kommer?

- Vanligen med en känsla av stolthet
- Vanligen med en känsla av både stolthet och skamsenhet
- Vanligen med en känsla av skamsenhet
- Vanligen med en känsla av varken stolthet eller skamsenhet

PLATS FÖR EGNA KOMMENTARER



Liv & hälsa 2012

- en undersökning om hälsa, levnadsvanor och livsvillkor i Värmland

Ett hjärtligt tack för Din medverkan!

Det ifyllda formuläret skickar Du tillbaka i det bifogade svarskuvertet.

Du behöver inte använda några frimärken.

Resultat kommer att publiceras kontinuerligt med start hösten 2012



Landstinget
i Värmland

Folkhälsa och samhällsmedicin

Folkhälsosstrateg

Marina Kalander Blomqvist

054-614313

marina.kalander.blomqvist@liv.se

Folkhälsosstrateg

Cecilia Nyberg

054-614058

cecilia.nyberg@liv.se



Karlstads universitet

Professor

Staffan Janson

054-7002517

staffan.janson@kau.se

Professor

Bengt Starrin

054-7002505

bengt.starrin@kau.se

Ett samarbete mellan landstinget i Värmland och Karlstads universitet