

UNDERSÖKNINGEN OM ÄLDRES
LEVNADSVILLKOR 2010

SWEOLD

Innehållsförteckning

IP-INFORMATION	3
FAMILJ OCH SYSSELSÄTTNING	5
BARN	8
BOSTAD	14
HÄLSA	15
MEDICIN I	23
SJUKDOMAR OCH BESVÄR	24
VARDAGLIGA AKTIVITETER OCH VÅRDUTNYTTJANDE	27
HÄLSOBETEENDEN	32
MINNESÖVNINGAR	34
IADL, ADL	36
EKONOMISKA RESURSER	42
SOCIALT STÖD	45
AKTIVITETER, FRITID OCH POLITISKT DELTAGANDE	46
BEDÖMNINGAR OCH PERSONLIGHET	49
SALIVTEST	51
MEDICIN II	52
AVSLUT	53
SÄRSKILDA FRÅGOR TILL PERSONER FRÅN EXTRAURVALET	54

IP-INFORMATION

.....

Unikt ID

.....

Anställningsnummer

.....

Intervjudatum

.....

Klockan är när intervjun börjar
Timme

.....

Minut

1 Man

2 Kvinna

.....

Födelseår 19XX

.....

IP:s bostadslän

1 Besöksintervju

2 Telefonintervju

Typ av intervju 1

1 Direkt intervju

2 Indirekt intervju

3 Blandad direkt\indirekt intervju

Typ av intervju 2

I. Om indirekt eller blandad intervju ange relation till IP

- 1 Maka\Make\Sammanboende
- 2 Dotter (anteckna namn på dottern)
- 3 Son (anteckna namn på dottern)
- 4 Annan släkting
- 5 Granne\God vän
- 6 Hemsjukvårdare eller personal vid institution sjukhus
- 7 Annan

II. Anledning till indirekt eller blandad intervju. IP är...

- 1 Helt dement
- 2 Delvis dement
- 3 Mycket svag\klarar inte intervjun på egen hand
- 4 Medvetlös
- 5 Stroke\afasi
- 6 Svår hörselnedsättning
- 7 Ängslig\vill ha stöd under intervjun
- 8 Annan anledning, ange vad

III. Anledning till telefonintervju

- 1 Vill inte ta emot besök
- 2 Tillfälligt på annan ort
- 3 Sjuk
- 4 Annan anledning, ange vad
- 5 Indirekt intervju

IV. Anteckna hur IP normalt bor

- 1 IP bor i vanligt hus (villa, rad- eller kedjehus, lägenhet)
- 2 IP bor i seniorboende, 55+, trygghetsboende etc. (ej biståndsbeslut)
- 3 IP bor i servicehus\särskilt boende (med biståndsbeslut, t ex: servicelägenhet, ålderdomshem, sjukhem, gruppboende, vård- och omsorgsboende)
- 5 Om oklart, ange namn och adress på boendet (inklusive våningsplan, avdelning och lägenhetsnummer)

FAMILJ OCH SYSSLSÄTTNING

1. Vad har Du haft för huvudsakligt yrke eller sysselsättning under Din yrkesverksamma tid? (Vad var det för befattning?)

Om IP svarar hemmafru eller pensionär. Ange detta och om möjligt tidigare yrke.

.....

1.1 Markera om egen företagare eller jordbrukare.

- 1 Egen företagare
 - 2 Jordbrukare
 - 3 Ingen av dessa → gå till fråga 2
-

Om egen företagare eller jordbrukare.

1.1.1 Hur många anställda hade Du?

- 1 Utan anställda
 - 2 1-9 anställda
 - 3 10-19 anställda
 - 4 20 eller fler anställda
-

Om jordbrukare.

1.1.2 Hur stort jordbruk?

- 1 Småbruk = Mindre än 10 ha åker och inte mer än 100 ha skog
 - 2 Vanligt jordbruk = Minst 10 ha åker eller mer än 100 ha skog
 - 3 Storjordbruk = Minst 100 ha åker eller mer än 400 ha skog
-

Till alla som bor i eget boende eller i servicehus.

2. Bor Du ensam?

- 1 Ja → gå till fråga 3
- 2 Nej

Om nej.

2.1 Hur många andra personer bor Du med?

Samtliga personer som faktiskt bor i bostaden skall tas med. IP ska inte räkna med sig själv.

..... Antal personer

2.1.1 Vem eller vilka andra personer bor Du tillsammans med?

Flera svar kan anges.

- 1 Äkta man\hustru\sammanboende
 - 2 Barn\svärdotter\svärson
 - 3 Syskon
 - 4 Annan
-

3. Vilket är Ditt nuvarande civilstånd? Är Du...

- 1 Ogift → gå till fråga 6
 - 2 Gift\sammanboende → gå till fråga 5
 - 3 Frånskild\tidigare sammanboende
 - 4 Änka\änkling
-

4. Vilket år blev du änka/änkling/frånskild?

--	--

5. Vad har/hade Din make/maka/sammanboende för huvudsakligt yrke eller sysselsättning under sin yrkesverksamma tid? (Vad var det för befattning?)

Om IP svarar hemmafru eller pensionär. Ange tidigare yrke. Om IP varit gift/sammanboende fler gånger skall frågorna avse den senaste maken/ makan/sammanboendes yrke.

.....

5.1 Markera om egen företagare eller jordbrukare.

- 1 Egen företagare → gå till fråga 5.1.1
 - 2 Jordbrukare → gå till fråga 5.1.2
 - 3 Ingen av dessa → gå till fråga 6
-

Om egen företagare eller jordbrukare.

5.1.1 Hur många anställda hade Du?

- 1 Utan anställda
- 2 1-9 anställda
- 3 10-19 anställda
- 4 20 eller fler anställda

Om jordbrukare.

5.1.2 Hur stort jordbruk?

- 1 Småbruk = Mindre än 10 ha åker och inte mer än 100 ha skog
- 2 Vanligt jordbruk = Minst 10 ha åker eller mer än 100 ha skog
- 3 Storjordbruk = Minst 100 ha åker eller mer än 400 ha skog

BARN

6. Har Du eller har Du haft några barn?

Här ska IP även räkna med adoptiv- och styvbarn samt avlidna barn.

Även fosterbarn tas med om IP jämställer dem med egna barn.

1 Ja

2 Nej → gå till fråga 7

Om ja.

6.1 Hur många barn som lever nu är det sammanlagt?

..... Antal barn

Om IP har 1 barn:

Nu ska jag ställa några frågor om Ditt barn.

Om IP har 2 eller fler barn:

Nu ska jag ställa några frågor om vart och ett av Dina barn. Vi börjar med det äldsta barnet.

FRÅGA 6a -- 6h	BARN 1	BARN 2	BARN 3
a) Kön	1 <input type="checkbox"/> Son 2 <input type="checkbox"/> Dotter	1 <input type="checkbox"/> Son 2 <input type="checkbox"/> Dotter	1 <input type="checkbox"/> Son 2 <input type="checkbox"/> Dotter
b) Anteckna barnets namn
c) Anteckna barnets födelseår 19XX	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d) Är hon/han Ditt ...			
1 <input type="checkbox"/> Biologiska barn	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/> Adoptivbarn	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3 <input type="checkbox"/> Maka\Makes\Sambos barn	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4 <input type="checkbox"/> Annat (t.ex. fosterbarn)	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5 <input type="checkbox"/> Avliden	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
e) Vilket är hennes/hans huvudsakliga sysselsättning för närvarande?			
1 <input type="checkbox"/> Anställd	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/> Egen företagare\ jordbrukare	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3 <input type="checkbox"/> Arbetslös	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4 <input type="checkbox"/> Pensionär	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5 <input type="checkbox"/> Studerande	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
f) Vad har hon/han för huvudsakligt yrke/befattning Om barnet inte arbetar ange tidigare huvudsakligt yrke.
g) Markera om egen företagare eller jordbrukare			
1 <input type="checkbox"/> Egen företagare	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/> Jordbrukare	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3 <input type="checkbox"/> Ingen av dessa	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
h) Hur långt bort bor hon/han från Dig? Är det...			
1 <input type="checkbox"/> Mindre än 2 km	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/> Inom 3 km – 2 mil	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3 <input type="checkbox"/> Inom 3 – 10 mil	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4 <input type="checkbox"/> Inom 11 – 30 mil	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5 <input type="checkbox"/> Längre bort än 30 mil	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6 <input type="checkbox"/> Samma hushåll	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

BARN 4 1 <input type="checkbox"/> Son 2 <input type="checkbox"/> Dotter <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 30px; margin: 10px auto;"></div>	BARN 5 1 <input type="checkbox"/> Son 2 <input type="checkbox"/> Dotter <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 30px; margin: 10px auto;"></div>	BARN 6 1 <input type="checkbox"/> Son 2 <input type="checkbox"/> Dotter <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 30px; margin: 10px auto;"></div>	BARN 7 1 <input type="checkbox"/> Son 2 <input type="checkbox"/> Dotter <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 30px; margin: 10px auto;"></div>	BARN 8 1 <input type="checkbox"/> Son 2 <input type="checkbox"/> Dotter <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 30px; margin: 10px auto;"></div>
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
.....
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <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"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <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"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <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"/>

FRÅGA 6i -- 6n	BARN 1	BARN 2	BARN 3
i) Hur ofta brukar Du träffa och vara tillsammans med henne/honom? Träffas ni... 1 <input type="checkbox"/> Dagligen 2 <input type="checkbox"/> Flera gånger i veckan 3 <input type="checkbox"/> Någon gång i veckan 4 <input type="checkbox"/> Någon gång i månaden 5 <input type="checkbox"/> Någon gång i kvartalet 6 <input type="checkbox"/> Mer sällan eller aldrig	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <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"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
j) Hur ofta brukar Du ha kontakt per telefon, e-post, SMS, chatta eller annan liknande kontakt med henne/honom? 1 <input type="checkbox"/> Dagligen 2 <input type="checkbox"/> Flera gånger i veckan 3 <input type="checkbox"/> Någon gång i veckan 4 <input type="checkbox"/> Någon gång i månaden 5 <input type="checkbox"/> Någon gång i kvartalet 6 <input type="checkbox"/> Mer sällan eller aldrig	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <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"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
k) Är hon/han ensamstående eller gift/sammanboende? 1 <input type="checkbox"/> Ensamstående 2 <input type="checkbox"/> Gift/sammanboende	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
l) I stort sett, hur nära känner Du att Du står detta barn? Inte nära alls, lite nära eller mycket nära? 1 <input type="checkbox"/> Inte nära alls 2 <input type="checkbox"/> Lite nära 3 <input type="checkbox"/> Mycket nära	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
m) I stort sett, hur mycket konflikter eller slitningar tycker Du att det finns mellan Dig och detta barn? Mycket, en del eller inga alls? 1 <input type="checkbox"/> Ganska mycket eller mycket 2 <input type="checkbox"/> En del 3 <input type="checkbox"/> Inga alls	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
n) Har hon/han barn? 1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nej	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

BARN 4	BARN 5	BARN 6	BARN 7	BARN 8
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <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"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <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"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <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"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <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"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <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"/>
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

Om IP har fler barn: Kommande frågor handlar om ditt näst äldsta barn.
Ställ samtliga barnfrågor igen.

7. Har Du barnbarn och/eller barnbarns barn?

- 1 Ja
 - 2 Nej → gå till fråga 8
-

7.1 Hur ofta brukar Du träffa och vara tillsammans med någon av dessa barnbarn och barnbarns barn?

Är det...

- 1 Dagligen
- 2 Flera gånger i veckan
- 3 Någon gång i veckan
- 4 Någon gång i månaden
- 5 Någon gång i kvartalet
- 6 Mer sällan eller aldrig

7.2 Hur ofta brukar Du ha kontakt per telefon, e-post, SMS, chatta eller annan liknande kontakt med någon av dessa barnbarn och barnbarns barn?

Är det...

- 1 Dagligen
- 2 Flera gånger i veckan
- 3 Någon gång i veckan
- 4 Någon gång i månaden
- 5 Någon gång i kvartalet
- 6 Mer sällan eller aldrig

BOSTAD

8. Finns det något av följande i Din bostad?

Ja Nej

- 1 2 a) Finns det trappor inne i Din bostad?
Om ja.
1 2 Utgör dessa trappor ett hinder för Dig i Din vardag?
- 1 2 b) Finns det trösklar i Din bostad?
Om ja.
1 2 Utgör dessa trösklar ett hinder för Dig i Din vardag?
- 1 2 c) Finns det badkar i Din bostad?
Om ja.
1 2 Utgör detta badkaret ett hinder för Dig i Din vardag?
- 1 2 d) Finns det trånga dörrar i Din bostad?
Om ja.
1 2 Utgör dessa trånga dörrar ett hinder för Dig i Din vardag?
- 1 2 e) Finns det trappor ut från bostaden?
Om ja.
1 2 Utgör dessa trappor ett hinder för Dig i Din vardag?
- 1 2 f) Finns det tung ytterdörr/port ut från Din bostad?
Om ja.
1 2 Utgör denna tunga ytterdörr/port ett hinder för Dig i Din vardag?

g) Finns det någonting annat i Din bostad som utgör ett hinder för Dig i Din vardag?

.....

9. Hur ofta brukar Du lämna Din bostad och vara utomhus?

- 1 Dagligen
2 Flera gånger i veckan
3 Någon gång i veckan
4 Någon gång i månaden
5 Någon gång i kvartalet
6 Mer sällan eller aldrig

HÄLSA

Nu kommer jag att fråga om Din hälsa. Först vill jag fråga lite mer allmänt om hur Du mår.

10. Hur bedömer Du Ditt allmänna hälsotillstånd? Är det gott, dåligt eller något däremellan?

Frågan avser att ge ett sammanfattande mått på hur IP bedömer sitt hälsotillstånd. Det är en övergripande bedömning, inga detaljer.

- 1 Gott
 - 2 Dåligt
 - 3 Något däremellan
-

11. Jag skulle nu vilja be Dig göra ett test av lungfunktionen.

IP skall sitta ned. Frågan ställs ej till sängliggande personer. Intervjuaren ska först visa och själv blåsa.

Testet går till såhär:

- a) Håll mätaren framför munnen utan att hindra visaren.
- b) Tag ett så djupt andetag som möjligt.
- c) Slut läpparna tätt runt munstycket, och stöt ut luften så hårt och snabbt som Du kan (inte en förlängd utblåsning).

..... Mätning 1

..... Mätning 2

..... Mätning 3

11:1 Hur klarade IP testet?

- 1 Klarade utan svårighet
- 2 Klarade med svårighet
- 3 Klarade inte
- 4 IP kan inte sitta upp\är sängliggande
- 5 IP vill inte försöka

Svårigheter/kan inte på grund av:
Flera svar möjliga

- 1 Svårt att sluta munnen runt röret
- 2 Svårt att hålla mätaren
- 3 Hostar
- 4 Förstår inte uppgiften
- 5 Annat

12. Normalt sett, hur skulle Du beskriva att Du går? Går Du snabbt, normalt, långsamt eller mycket långsamt?

IP avgör själv vad som menas med att gå normalt.

- 1 Snabbt
 - 2 Normalt
 - 3 Långsamt
 - 4 Mycket långsamt
 - 5 Går inte alls
-

Frågorna avser mer stadigvarande förhållanden och inte besvär som klart är tillfälliga.

Ja Nej

- 1 2 **13. Kan Du promenera 100 meter någorlunda raskt utan besvär?**
 - 1 2 **14. Kan Du promenera 500 meter någorlunda raskt utan besvär?**
 - 1 2 **15. Kan Du springa 100 meter utan större besvär?**
 - 1 2 **16. Kan Du gå uppför och nedför trappor utan besvär?**
-

17. Använder Du något hjälpmedel när Du tar Dig fram utomhus?

Om IP använder flera hjälpmedel, ange det som används mest.

- 1 Nej, går aldrig ut → gå till fråga 19
 - 2 Nej, klarar mig utan hjälpmedel
 - 3 Ja, med käpp(ar), bock(ar), krycka kryckor
 - 4 Ja, med rollator
 - 5 Ja, rullstol
-

18. Brukar Du få hjälp av någon annan person när Du tar Dig fram utomhus?

Även tillsyn räknas som hjälp. Många med till exempel demens behöver tillsyn av någon, trots att de klarar sig utan hjälpmedel.

- 1 Ja, alltid
- 2 Ja, ibland
- 3 Nej, klarar mig själv

19. Använder Du något hjälpmedel när Du tar Dig fram inomhus?

Om IP använder flera hjälpmedel, ange det som används mest.

- 1 Nej, sängbunden → gå till fråga 23
 - 2 Nej, klarar mig utan hjälpmedel
 - 3 Ja, med käpp(ar), bock(ar), krycka kryckor
 - 4 Ja, med rollator
 - 5 Ja, rullstol
-

20. Behöver Du hjälp av någon annan person när Du tar Dig fram inomhus?

Även tillsyn räknas som hjälp. Många med till exempel demens behöver tillsyn av någon, trots att de klarar sig utan hjälpmedel.

- 1 Ja, alltid
 - 2 Ja, ibland
 - 3 Nej, klarar mig själv
-

Nej Ja, lätta Ja, svåra
 besvär besvär

1 2 3 **21. Har Du problem med balansen inomhus?**

1 2 3 **22. Har Du problem med balansen utomhus?**

Följande tre frågor rör i första hand problem med arm- och handfunktion.

23. Kan Du hålla ur en kaffekanna eller flaska?

- 1 Ja
- 2 Nej

24. Kan Du hålla i en penna och skriva?

- 1 Ja
- 2 Nej

25. Kan Du knäppa knappar?

- 1 Ja
- 2 Nej

Om det framkommer att det är något annat som gör att dessa uppgifter är svåra, såsom nedsatt syn, anteckna detta.

Om inget, lämna tomt

26. Kan Du lyfta och bära en 5-kilos matkasse?

- 1 Ja
2 Nej
-

27. Hur lång är Du? (cm)

IPs nuvarande längd i upprätt tillstånd ska anges. Om IP svarar att längden gäller förr i världen är det också okej bara att vi får en längd.

28. Hur mycket väger Du? (kg)

Om IP är osäker eller inte kan svara, så försök ändå få ett ungefärligt svar.

29. Följande fyra frågor gäller hur Du känt Dig de senaste 14 dagarna.

Observera att frågan gäller både tillfälliga och bestående problem. Trötthet orsakad av en tillfällig förkylning ska således också anges.

Ja Nej

1 2 **a) Har Du ofta känt Dig trött under de senaste 14 dagarna?**

1 2 **b) Har Du haft svårt att komma igång om morgnarna?**

1 2 **c) Har Du känt Dig påfallande trött om dagarna?**

1 2 **d) Har Du känt Dig kraftigt uttröttad om kvällarna?**

30. Kan Du stå utan stöd?

(oberoende av om IP inte kan gå utan stöd)

1 Ja

2 Nej, men kan sitta → gå till fråga 33

3 Nej, är sängbunden eller motsvarande → gå till fråga 42

Fråga 31-41 Fysiska övningar. Frågorna ställs endast vid direkt intervju.

Viktigt att IP sitter på köksstol (utan armstöd) och inte i fåtölj, soffa etc.

Intervjuaren ska för varje fråga själv visa vad IP ska göra, samtidigt som hon läser instruktionen.

Om IP inte kan utföra någon av övningarna skall skäl till detta anges i respektive följdfråga. Flera svar kan anges.

Be IP sätta sig på en köksstol eller liknande.

31. Nu vill jag att Du reser Dig upp från stolen med armarna korslagda över bröstet.

IP ska ställa sig upp. Om IP behöver stöd för att komma upp, be IP försöka igen utan att ta stöd.

- 1 Klarade utan svårighet
- 2 Klarade med svårighet
- 3 Klarade inte
- 4 IP vill inte försöka

Svårigheter/kan inte på grund av:
Flera svar möjliga

- 1 Använder armarna
- 2 Gungar och upp
- 3 Smärta
- 4 Stelhet\svaghet
- 5 Annat

Placera pennan på golvet framför IP.

32. Först skulle jag vilja be Dig plocka upp den här pennan från golvet.

IP ska stå upp. Stå nära IP för säkerhets skull.

Det går bra att böja på knäna.

Om IP behöver stöd för att komma upp, be IP försöka igen utan att ta stöd.

- 1 Klarade utan svårighet
- 2 Klarade med svårighet
- 3 Klarade inte
- 4 IP vill inte försöka

Svårigheter/kan inte på grund av:
Flera svar möjliga

- 1 Behöver stöd för att komma upp
- 2 Stelhet
- 3 Besvär med balans\yrsel
- 4 Annat

Be IP att åter sätta sig på köksstolen.

33. Ta detta saltpaket i den hand Du vanligen använder och vrid det från stående till liggande och sedan tillbaka igen.

Visa hur övningen ska utföras.

IP ska använda en hand och vrida minst 90 grader i valfri höjd.

- 1 Klarade utan svårighet
- 2 Klarade med svårighet
- 3 Klarade inte
- 4 IP vill inte försöka

Svårigheter/kan inte på grund av:
Flera svar möjliga

- 1 Kan inte gripa
- 2 Stelhet\svaghet
- 3 Darrar på handen
- 4 Smärta
- 5 För tungt
- 6 Annat

34. Lyft nu upp paketet till min hand.

Visa hur övningen ska utföras.

Intervjuaren håller sin hand rakt framför IP i höjd med IP:s axel. Stå inte för långt ifrån IP, IP ska inte behöva sträcka ut armen. IP ska använda en hand.

- 1 Klarade utan svårighet
- 2 Klarade med svårighet
- 3 Klarade inte
- 4 IP vill inte försöka

Svårigheter/kan inte på grund av:
Flera svar möjliga

- 1 Kan inte gripa
- 2 Stelhet\svaghet
- 3 Darrar på handen
- 4 Smärta
- 5 För tungt
- 6 Annat

35. Ta om vänster örsnibb med höger hand och armen bakom huvudet.

Visa hur övningen ska utföras.

Armen måste vara bakom huvudet. Huvudet får böjas åt sidan. Fingrarna ska nå örsnibben. När IP endast övre delen av örat, markera ”Når inte ända fram”.

- 1 Klarade utan svårighet
- 2 Klarade med svårighet
- 3 Klarade inte
- 4 IP vill inte försöka

Svårigheter/kan inte på grund av:
Flera svar möjliga

- 1 Når inte ända fram
- 2 Stelhet
- 3 Smärta
- 4 Annat

36. Ta om höger örsnibb med vänster hand och armen bakom huvudet.

Visa hur övningen ska utföras.

Armen måste vara bakom huvudet. Huvudet får böjas åt sidan. Fingrarna ska nå örsnibben. När IP endast övre delen av örat, markera ”Når inte ända fram”.

- 1 Klarade utan svårighet
- 2 Klarade med svårighet
- 3 Klarade inte
- 4 IP vill inte försöka

Svårigheter/kan inte på grund av:
Flera svar möjliga

- 1 Når inte ända fram
- 2 Stelhet
- 3 Smärta
- 4 Annat

37. Ta om tårna på vänster fot med höger hand, utan att resa Dig och med båda fötterna i golvet.

Visa hur övningen ska utföras.
IP får inte lyfta fötterna.

- 1 Klarade utan svårighet
- 2 Klarade med svårighet
- 3 Klarade inte
- 4 IP vill inte försöka

Svårigheter/kan inte på grund av:
Flera svar möjliga

- 1 När inte ända fram
 - 2 Stelhet
 - 3 Smärta
 - 4 Annat
-

38. Ta om tårna på höger fot med vänster hand, utan att resa Dig och med båda fötterna i golvet.

Visa hur övningen ska utföras.
IP får inte lyfta fötterna.

- 1 Klarade utan svårighet
- 2 Klarade med svårighet
- 3 Klarade inte
- 4 IP vill inte försöka

Svårigheter/kan inte på grund av:
Flera svar möjliga

- 1 När inte ända fram
 - 2 Stelhet
 - 3 Smärta
 - 4 Annat
-

39. Placera båda händerna under stjärten eller låren.

Visa hur övningen ska utföras.

Här behöver inte IP ställa sig upp utan endast sticka händerna under låren eller stjärten, med handflatan nedåt mot stolen.

- 1 Klarade två händer utan svårighet
 - 2 Klarade två händer med svårighet
 - 3 Klarade en hand
 - 4 Klarade inte
 - 5 IP vill inte försöka
-

40. Vrid händerna så att båda handflatorna först är helt upp och sedan helt ned.

Visa hur övningen ska utföras.

- 1 Klarade två händer utan svårighet
- 2 Vänder inte upp handflatorna ordentligt
- 3 Klarade en hand
- 4 Klarade inte
- 5 IP vill inte försöka

41. Nu skulle jag vilja bedöma Din handstyrka. Jag kommer att be Dig att krama om det här handtaget så hårt Du kan och sedan släppa.

Handstyrkan bör inte mätas om IP har genomgått en operation eller har haft en skada, svullnad eller dyl. på händerna under de senaste 6 månader. Om det finns ett problem med en hand, så ska man bara mäta den andra (friska) handen.

Intervjuare demonstrerar handgreppsstyrkemåttet. Anpassa dynamometern till handstorleken.

IP skall sitta ned. Armbågen på den arm som skall utföra testet ska hållas in mot kroppen med en 90 graders vinkel.

Mätning 1

..... Vänster hand

..... Höger hand

Mätning 2

..... Vänster hand

..... Höger hand

Skriv 999 om det ej går att mäta.

40:1 Hur gick testet?

- 1 IP hade inga svårigheter att mäta sin handstyrka (mätte båda händerna)
- 2 IP hade svårigheter att mäta sin handstyrka
- 3 IP kan/vill inte mäta sin handstyrka

Svårigheter/kan inte på grund av: Flera svar möjliga	
1 <input type="checkbox"/>	IP använde stöd för armen
2 <input type="checkbox"/>	IP kunde endast mäta handstyrkan på ena handen
3 <input type="checkbox"/>	Kan inte gripa
4 <input type="checkbox"/>	Smärta
5 <input type="checkbox"/>	Nyligen opererad eller skadad
6 <input type="checkbox"/>	Annat

MEDICIN I

42. Har Du tagit några mediciner de senaste 14 dagarna?

(Frågan avser både receptfria och receptbelagda mediciner)

- 1 Ja
 - 2 Nej → gå till fråga 44
 - 8 Vet ej
-

43. Klarar Du att själv sköta Dina mediciner?

Att kunna sköta sina mediciner innebär att medicinerna tas i rätt tid och dos, samt att de administreras/intas enligt anvisning.

- 1 Tar inte medicin
 - 2 Ja, helt själv (med eller utan dosett)
 - 3 Ja, om någon laddar dosetten\ApoDos
 - 4 Nej
-

44. Har Du under de senaste 12 månaderna avstått från att hämta ut medicin på grund av ekonomiska skäl?

- 1 Ja
- 2 Nej

SJUKDOMAR OCH BESVÄR

Nu kommer jag att ställa några frågor om vanliga sjukdomar och besvär.

45. Har Du under de senaste 12 månaderna haft någon av följande sjukdomar eller besvär?

Gå igenom punkt för punkt. Vid ja-svar: fråga om lätta eller svåra besvär. Sjukdomar och symptom som inte finns med i listan, antecknas i nästkommande fråga.

Nej	Ja, lätt	Ja, svår	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	a) Smärtor eller värk i bröstet
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	b) Värk i skuldror eller axlar
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	c) Hjärtsvaghet
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	d) Arytmi/hjärtrytmrubbningar
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	e) Högt blodtryck
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	f) Ryggsmärtor, ryggvärk, höftsmärtor, ischias
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	g) Värk/smärtor i händer eller armbågar
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	h) Värk/smärtor i ben eller knän
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	i) Allmän trötthet
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	j) Sömnbesvär
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	k) Nervösa besvär (ängslan, oro, ångest)
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	l) Depression, djup nedstämdhet
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	m) Psykisk sjukdom
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	n) Yrsel
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	o) Andfåddhet
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	p) Avmagring
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	q) Sockersjuka, diabetes
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	r) Bensår
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	s) Magont, magvärk
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	t) Synbesvär/ögonsjukdom (som inte påtagligt avhjälpas av glasögon)
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	u) Urinvägsinfektion
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	v) Underlivsbesvär (Kvinnor: smärtor, framfall, klåda m.m.) (Män: prostata m.m.)
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	w) Reumatism
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	x) Hörselnedsättning
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	y) Propp i hjärtat, hjärtinfarkt
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	z) Hjärnblödning, stroke
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	å) Elakartad tumör, cancer, kräfta

46. Har Du haft någon annan sjukdom eller besvär under de senaste 12 månaderna, som inte kommit med på listan?

- 1 Ja
2 Nej

Om ja. **46:1 Vad?**

Lätt Svår Sjukdom

- 1 2
- 1 2
- 1 2
- 1 2
- 1 2
- 1 2
- 1 2
- 1 2
- 1 2
- 1 2
-

Ja Nej

- 1 2 **47. Har Du någonsin haft cancer?**
- 1 2 **48. Har Du någonsin haft hjärnblödning, stroke?**
- 1 2 **49. Har Du någonsin haft propp i hjärtat, hjärtinfarkt?**
-

50. Många äldre har problem med att kontrollera urinen. Har Du besvär med urinläckage?

- 1 Ja, när jag skrattar eller nyser
- 2 Ja, på nätterna
- 3 Ja, ibland
- 4 Ja, oftast\alltid
- 5 Nej, aldrig

Om ja.

50:1 Använder Du någon form av hjälpmedel mot urinläckage?

- 1 Har kateter
- 2 Har inkontinensskydd
- 3 Nej, använder ingen form av hjälpmedel

VARDAGLIGA AKTIVITETER OCH VÅRDUTNYTTJANDE

51. Vissa medicinburkar kan vara besvärliga att öppna. Kan Du öppna den här burken?
Överlämna oöppnad burk.

- 1 Klarade utan svårighet
- 2 Klarade med svårighet
- 3 Klarade inte

Om IP inte kan öppna burken, dra bort plastremsan och överlämna burken igen.

51:1 Kan Du öppna burken nu?

- 1 Klarade utan svårighet
 - 2 Klarade med svårighet
 - 3 Klarade inte
-

52. Kan Du läsa ordinationen som står på burkens etikett?

Avser texten ”1 kapsel 3 gånger dagligen”. Läs inte själv upp texten!

- 1 Klarade utan svårighet (med eller utan glasögon)
 - 2 Klarade med svårighet (d.v.s. hade svårt att läsa)
 - 3 Läste, men inte helt korrekt
 - 4 Klarade inte
-

53. Kan Du läsa upp första stycket?

Avser texten ”Ibumitin används vid: Lätta till måttliga.....”

Läs inte själv upp texten!

- 1 Klarade utan svårighet (med eller utan glasögon)
 - 2 Klarade med svårighet (d.v.s. hade svårt att läsa)
 - 3 Läste, men inte helt korrekt
 - 4 Klarade inte
-

54. Hur många gånger får man maximalt ta Ibumetin under ett dygn?

..... Antal gånger per dygn

55. Hur många dagar kommer tableterna i asken med Kåvepenin att räcka?

Upprepa frågan om det behövs.

..... Antal dagar

56. Om man hamnar i en akut nödsituation, vilket nummer ska man då ringa?

- 1 112
 - 2 Annat nummer
 - 3 IP kan inte svara
-

57. Här är en sida ur en telefonkatalog från Salems kommun.

Om man vill ansöka om hemtjänst i Salems kommun, vilket telefonnummer ska man då ringa?

- 1 532 598 77 (biståndsbedömaren)
 - 2 532 598 00 (växel)
 - 3 IP anger annat nummer
 - 4 IP kan inte svara
-

58. Kan Du utan svårighet höra vad som sägs i ett samtal mellan flera personer med eller utan hörapparat?

- 1 Ja
 - 2 Nej
-

59. Kan Du utan svårighet höra vad som sägs i ett samtal med en annan person, med eller utan hörapparat?

- 1 Ja
 - 2 Nej
-

60. Har Du varit inlagd på sjukhus under de senaste 12 månaderna?

- 1 Ja, en gång
- 2 Ja, 2-3 gånger
- 3 Ja, 4 eller fler gånger
- 4 Nej

Till alla som bor i vanligt hus (villa, rad- eller kedjehus, lägenhet) eller i seniorboende, 55+, trygghetsboende etc. (ej biståndsbeslut)

61. Har Du tillfälligt varit inlagd inom någon form av vård- eller omsorgsboende, till exempel växelvård, korttidsvård, rehabilitering eller avlastning under de senaste 12 månaderna?

- 1 Ja, en gång
 - 2 Ja, 2-3 gånger
 - 3 Ja, 4 eller fler gånger
 - 4 Nej
-

62. Har Du någon gång under de senaste 12 månaderna sökt läkare för egna sjukdomar eller besvär?

- 1 Ja, en gång
 - 2 Ja, 2-3 gånger
 - 3 Ja, 4 eller fler gånger
 - 4 Nej
-

63. Har Du någon gång under de senaste 12 månaderna avstått från att besöka läkare trots att Du haft behov av detta?

- 1 Ja
- 2 Nej

Om ja.

63.1 Avstod Du från att söka läkarvård på grund av

Flera svar kan anges.

- 1 Svårigheter att betala patientavgiften?
- 2 Svårigheter att få tid/vård?
- 3 Svårigheter att ta sig till läkare?
- 4 Väntar ut eller sköter besvären själv?
- 5 Brist på förtroende för läkare?
- 6 Andra skäl, nämligen

64. Har Du någon gång under de senaste 12 månaderna talat med, besökt eller besökts av sjuksköterska, distriktssköterska, eller dylikt?

Besöket ska ha avsett egna besvär.

- 1 Ja, en gång
 - 2 Ja, 2-3 gånger
 - 3 Ja, 4 eller fler gånger
 - 4 Nej
-

65. Har Du besökt någon tandläkare under de senaste 12 månaderna?

- 1 Ja
 - 2 Nej
-

66. Har Du någon gång under de senaste 12 månaderna avstått från att besöka tandläkare trots att Du haft behov av detta?

- 1 Ja
- 2 Nej

Om ja.

66.1 Avstod Du från att söka tandläkare på grund av...

- 1 Svårigheter att betala patientavgiften?
 - 2 Svårigheter att ta sig till tandläkaren?
 - 3 Kan inte sitta\sätta sig i behandlingsstolen?
 - 4 Tandläkarskräck\brist på förtroende för tandläkare?
 - 5 För trött, orkar inte?
 - 6 Annan orsak, nämligen
-

67. Vilken av följande beskrivningar stämmer bäst på Dina tänder?

- 1 Inga tänder eller bara tandrester
- 2 Helprotes (lösgom) eller delprotes
- 3 Egna tänder i dåligt skick: många saknas etc.
- 4 Egna tänder: många lagningar eller fasta bryggor eller implantat
- 5 Egna tänder i gott skick: inga eller få lagningar

Om ja på protes.

67:1 Fungerar de avtagbara tandproteserna bra eller har Du besvär med dem?

- 1 Fungerar bra
- 2 Har besvär med dem

68. Kan Du tugga hårda saker som hårt bröd eller äpplen?

- 1 Ja, utan svårighet
- 2 Ja, men måste vara försiktig
- 3 Nej, inte alls

HÄLSOBETEENDEN

69. Hur ofta brukar Du ha med färska grönsaker i kosten?

- 1 Varje mål
 - 2 Åtminstone ett mål om dagen
 - 3 Nästan varje dag
 - 4 Någon gång i vecka
 - 5 Nästan aldrig
-

70. Röker Du eller har Du rökt?

- 1 Ja, men mindre än 10 cigaretter per dag eller motsvarande
- 2 Ja, 10 cigaretter eller fler per dag eller motsvarande
- 3 Har slutat
- 4 Nej, har aldrig rökt → gå till fråga 71

Om ja.

70.1 Hur många år har Du rökt sammanlagt?

..... Antal år

71. Hur ofta brukar Du smaka vin, starköl eller sprit?

- 1 Nästan varje dag (minst 5 dagar\vecka)
- 2 Några gånger per vecka (3-4 ggr\v)
- 3 Någon gång per vecka (1-2 ggr\v)
- 4 2-3 gånger per månad
- 5 En gång per månad
- 6 1-6 gånger per år
- 7 Aldrig → gå till fråga 73

Om ja.

71.1 Hur många glas dricker Du en typisk dag då Du dricker alkohol?

Med ett glas menas en starköl, ett glas vin, 4 cl sprit eller motsvarande.

- 1 1-2
- 2 3-4
- 3 5-6
- 4 7-9
- 5 10 eller fler
- 6 Vet inte

72. Hur ofta dricker Du 5 glas eller fler vid samma tillfälle?

- 1 Nästan varje dag (minst 5 dagar\vecka)
- 2 Några gånger per vecka (3-4 ggr\v)
- 3 Någon gång per vecka (1-2 ggr\v)
- 4 2-3 gånger per månad
- 5 En gång per månad
- 6 1-6 gånger per år
- 7 Aldrig

MINNESÖVNINGAR

Nu ska vi göra några minnesövningar.

73. Jag kommer först att nämna tre föremål som jag vill att Du lägger på minnet: Nyckel, tandborste, lampa. Kan Du vara snäll att repetera?

Säg varje ord sakta och tydligt. Repetera orden max 5 gånger.
Till intervjuaren: Kan IP upprepa nyckel, tandborste och lampa?

- 1 Ja, IP klarade repetitionen
2 Nej, IP klarade inte repetitionen
-

Rätt Fel

- 1 2 **74. Vilken veckodag är det idag?**
1 2 **75. Vilket år är det nu?**
1 2 **76. Vilken månad har vi nu?**
1 2 **77. Vad är dagens datum**
3 Om IP svarar gårdagens eller morgondagens datum, kryssa här.
1 2 **78. Vilket land befinner vi oss i?**
-

79. Kan Du upprepa de tre föremål jag nämnde nyss?

Ordningen på orden spelar ingen roll.

Ja Nej

- 1 2 Nyckel
1 2 Tandborste
1 2 Lampa
-

80. Utgå från talet 100 och dra ifrån sju (7). Fortsätt sedan att dra ifrån sju (7) från det tal Du får.

Om IP fastnar innan fem subtraktioner gjorts, hjälp till genom att säga ”Vad får Du om Du drar sju från det talet?”

..... Svar 1

..... Svar 2

..... Svar 3

..... Svar 4

..... Svar 5

Fyll i 888 om IP inte kan svara.

81. Är Du höger- eller vänsterhänt?

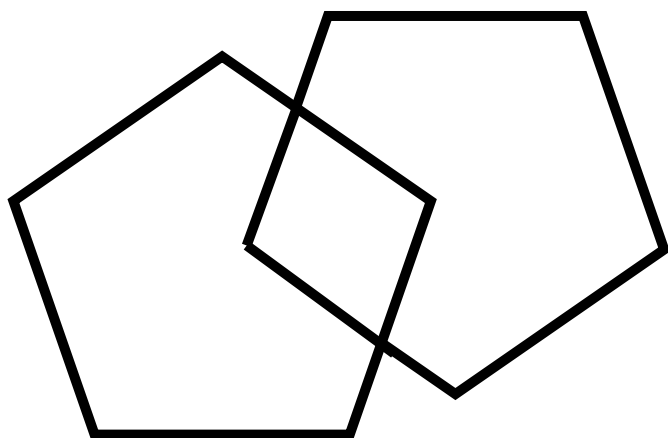
- 1 Högerhänt -**Ta pappret i Din vänstra hand, vik det på mitten och lägg det på bordet framför Dig.**
- 2 Vänsterhänt -**Ta pappret i Din högra hand, vik det på mitten och lägg det på bordet framför Dig.**

Ja Nej

- 1 2 Tar pappret med korrekt hand
- 1 2 Viker pappret på mitten
- 1 2 Läger pappret framför sig
-

82. Be IP att på nedre delen av bifogat papper rita av figuren som finns på övre delen av pappret.

- 1 IP ritat
- 2 IP ritat ej, anledning.....



IADL, ADL

Till alla som bor i vanligt hus (villa, rad- eller kedjehus, lägenhet) eller i seniorboende, 55+, trygghetsboende etc. (ej biståndsbeslut)

83. Brukar Du köpa mat själv?

- 1 Ja, helt själv
- 2 Ja, med hjälp
- 3 Nej, inte alls

Om nej eller svar ja, med hjälp.

83.1 Vem brukar hjälpa Dig att köpa mat?

Flera svar kan anges.

- 1 Maka\make\sammanboende
- 2 Dotter (anteckna namn)
- 3 Son (anteckna namn)
- 4 Annan kvinnlig släkting
- 5 Annan manlig släkting
- 6 Annan person
- 7 Hemtjänsten
- 8 Privat köpt hjälp (även "plustjänster" från hemtjänst samt hemkörd mat från livsmedelsbutik)
- 9 Frivillig organisation (Röda korset, Kyrkan etc.)

83.2 Skulle Du kunna klara matinköp själv om så vore?

- 1 Ja
- 2 Nej
- 3 Vet inte

Till alla som bor i vanligt hus (villa, rad- eller kedjehus, lägenhet) eller i seniorboende, 55+, trygghetsboende etc. (ej biståndsbeslut)

84. Brukar Du laga mat själv?

- 1 Ja, helt själv
- 2 Ja, med hjälp
- 3 Nej, inte alls

Om nej eller svar ja, med hjälp.

84.1 Vem brukar hjälpa Dig att laga mat?

Flera svar kan anges.

- 1 Maka\make\sammanboende
- 2 Dotter (anteckna namn)
- 3 Son (anteckna namn)
- 4 Annan kvinnlig släkting
- 5 Annan manlig släkting
- 6 Annan person
- 7 Hemtjänsten
- 8 Privat köpt hjälp (även "plustjänster" från hemtjänst)
- 9 Frivillig organisation (Röda korset, Kyrkan etc.)

84.2 Skulle Du kunna klara av matlagningen själv om så vore?

- 1 Ja
- 2 Nej
- 3 Vet inte

Till alla som bor i vanligt hus (villa, rad- eller kedjehus, lägenhet) eller i seniorboende, 55+, trygghetsboende etc. (ej biståndsbeslut))

85. Brukar Du sköta städningen själv?

- 1 Ja, helt själv
- 2 Ja, med hjälp
- 3 Nej, inte alls

Om nej eller svar ja, med hjälp.

85.1 Vem brukar hjälpa Dig med städningen?

Flera svar kan anges.

- 1 Maka\make\sammanboende
- 2 Dotter (anteckna namn)
- 3 Son (anteckna namn)
- 4 Annan kvinnlig släkting
- 5 Annan manlig släkting
- 6 Annan person
- 7 Hemtjänsten
- 8 Privat köpt hjälp (Även "plustjänster" från hemtjänst)
- 9 Frivillig organisation (Röda korset, Kyrkan etc.)

85.2 Skulle Du kunna sköta städningen själv om så vore?

- 1 Ja
 - 2 Nej
 - 3 Vet inte
-

86. Brukar Du bada/Duscha själv?

- 1 Ja, helt själv
- 2 Ja, med hjälp
- 3 Nej, inte alls

Om nej eller svar ja, med hjälp.

86.1 Vem brukar hjälpa Dig att bada/Duscha?

Flera svar kan anges.

- 1 Maka\make\sammanboende
- 2 Dotter (anteckna namn)
- 3 Son (anteckna namn)
- 4 Annan kvinnlig släkting
- 5 Annan manlig släkting
- 6 Annan person
- 7 Hemtjänsten
- 8 Privat köpt hjälp (Även "plustjänster" från hemtjänst)
- 9 Frivillig organisation (Röda korset, Kyrkan etc.)

86.2 Skulle Du kunna bada/Duscha själv om så vore?

- 1 Ja
 - 2 Nej
 - 3 Vet inte
-

Nej	Ja, helt själv	Ja, med hjälp
-----	----------------	---------------

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------------------	----------------------------

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------------------	----------------------------

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------------------	----------------------------

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------------------	----------------------------

87. Kan Du äta själv?

88. Kan Du gå på toaletten själv?

89. Kan Du klä av och på Dig själv? "Helt själv" innebär att IP kan ta fram kläderna och klä på sig utan tillsyn. Hjälpmedel får användas.

90. Kan Du stiga upp och lägga Dig själv?

Ja, helt själv Ja, med hjälp Nej, inte alls Inte aktuellt/
Har inte

1 2 3 4 **91. Kan Du klippa tånaglarna själv?**

1 2 3 4 **92. Kan Du tvätta håret själv?**

Till alla som bor i vanligt hus (villa, rad- eller kedjehus, lägenhet) eller i seniorboende, 55+, trygghetsboende etc. (ej biståndsbeslut))

93. Har Du eller någon annan i Ditt hushåll under de senaste 12 månaderna fått någon hjälp med praktiska sysslor eller omvårdnad från hemtjänsten?

Färdtjänst ska inte räknas in.

Flera svar möjliga.

- 1 Ja, jag själv
 - 2 Ja, maka\make\sammanboende
 - 3 Ja, någon annan i hushållet
 - 4 Nej
-

Till alla som bor i vanligt hus (villa, rad- eller kedjehus, lägenhet) eller i seniorboende, 55+, trygghetsboende etc. (ej biståndsbeslut))

94. Hur ofta får Du/Ni hjälp från hemtjänsten?

- 1 Dagligen
 - 2 Flera gånger i veckan
 - 3 En gång i veckan
 - 4 Någon eller några gånger i månaden
 - 5 Mer sällan
-

Till alla som bor i vanligt hus (villa, rad- eller kedjehus, lägenhet) eller i seniorboende, 55+, trygghetsboende etc. (ej biståndsbeslut))

95. Har Du under de senaste 12 månaderna köpt någon hjälp med hushållssysslor, såsom städning?

Avser hjälp med t.ex. tvätt, städning och/eller hemkörning av varor.

Med köpt hjälp avses hjälp som man betalar för ur egen ficka och som inte administreras genom kommunen.

- 1 Ja, dagligen eller flera gånger i veckan
- 2 Ja, en gång i veckan
- 3 Ja, någon eller några gånger i månaden
- 4 Ja, mer sällan
- 5 Nej, aldrig

Till alla som bor i vanligt hus (villa, rad- eller kedjehus, lägenhet) eller i seniorboende, 55+, trygghetsboende etc. (ej biståndsbeslut))

96. Brukar Du få hjälp med hushållssysslor eller personlig omvårdnad från anhöriga/vänner (som inte bor med Dig)?

- 1 Ja, dagligen eller flera gånger i veckan
- 2 Ja, en gång i veckan
- 3 Ja, någon eller några gånger i månaden
- 4 Ja, mer sällan
- 5 Nej, aldrig
- 6 Har inga anhöriga\väänner

Om ja.

96.1 Vem eller vilka är det som brukar hjälpa Dig?

Flera svar kan anges

- 1 Dotter (anteckna namn)
- 2 Son (anteckna namn)
- 3 Annan kvinnlig släkting
- 4 Annan manlig släkting
- 5 Annan person

97. Har Du under de 12 senaste månaderna fått hjälp från anhöriga eller väänner (som inte bor med Dig) med något av följande:

Fråga 97a och 97b ställs endast till personer som bor i vanligt hus (villa, rad- eller kedjehus, lägenhet) eller i seniorboende, 55+, trygghetsboende etc. (ej biståndsbeslut)).

Ja Nej

- 1 2 **a) Reparationer, underhåll eller hantverk**
- 1 2 **b) Trädgårdsskötsel, snöskottning eller liknande**
- 1 2 **c) Hushållsekonomi (betala räkningar, sköta försäkringar m.m.)**
- 1 2 **d) Inköp av kläder eller andra personliga saker**
- 1 2 **e) Skjuts (t.ex. till läkare, apotek, frisör, post eller bank)**

Om ja på någon av ovastående.

97.1 Vem eller vilka är det som brukar hjälpa Dig?

Flera svar kan anges

- 1 Dotter (anteckna namn)
- 2 Son (anteckna namn)
- 3 Annan kvinnlig släkting
- 4 Annan manlig släkting
- 5 Annan person

Till alla som bor i vanligt hus (villa, rad- eller kedjehus, lägenhet) eller i seniorboende, 55+, trygghetsboende etc. (ej biståndsbeslut))

98. Hjälper Du regelbundet Din maka/make/sammanboende med personlig omvårdnad såsom bad, påklädning, sänggående och tillsyn?

- 1 Ja
- 2 Nej

EKONOMISKA RESURSER

Till alla som bor i vanligt hus (villa, rad- eller kedjehus, lägenhet) eller i seniorboende, 55+, trygghetsboende etc. (ej biståndsbeslut))

99. Äger Du huset, eller innehar Du lägenheten med bostadsrätt eller hyr Du bostaden?

- 1 Äger huset (en- eller tvåfamiljshus)
 - 2 Bostadsrätt, andelslägenhet eller dylikt
 - 3 Hyr bostaden
-

100. Om Du plötsligt hamnade i en situation där Du på en vecka måste skaffa fram 14.000 kr, skulle Du kunna klara det?

- 1 Ja
- 2 Nej

Om ja.

100.1 På vilket sätt?

Med ”Uttag från eget bankkonto eller liknande” menas även t.ex. försäljning av aktier, fondandelar eller motsvarande.

- 1 Uttag från eget bankkonto eller liknande
 - 2 Lån från annan familjemedlem
 - 3 Lån från andra släktingar eller vänner
 - 4 Lån i bank eller liknande
 - 5 Annat sätt
-

101. Har det under de senaste 12 månaderna hänt att Du haft svårigheter att klara de löpande utgifterna för mat, hyra, räkningar m.m.?

- 1 Ja
- 2 Nej

Om ja.

101.1 Hur har Du klarat dessa svårigheter? Genom att...

Ja Nej

- 1 2 Låna från släkt eller vänner
1 2 Begära socialhjälp/socialbidrag
1 2 Dra in på maten
1 2 Låta bli att betala hyran i tid
1 2 Låta bli att betala andra räkningar i tid
1 2 Något annat sätt?
-

103. Har Du under de senaste 12 månaderna givit ekonomiskt stöd eller gåvor för sammanlagt 6000 kr eller mer till någon/några utanför Ditt hushåll?

Även saker som har köpts ska räknas med.

- 1 Ja
2 Nej

Om ja.

103.1 Till vem eller vilka? Kan Du ange ett ungefärligt värde under de senaste 12 månaderna för var och en av dem Du givit?

Flera svar kan anges.

- 1 Dotter (anteckna namn)
- 2 Son (anteckna namn)
- 3 Barnbarn
- 5 Annan person
- 5 Vålgörenhetsorganisation

103.2 Var det...och till...

Vid barnbarn och/eller annan person skall totalsumman anges.

- 1 1 – 5 000 kr
- 2 5 001 – 10 000 kr
- 3 10 001 – 50 000 kr
- 4 50 001 – 100 000 kr
- 5 100 001 + kr

104. Har Du under de senaste 12 månaderna tagit emot ekonomiskt stöd eller gåvor för sammanlagt 6000 kr eller mer från någon/några utanför Ditt hushåll?

- 1 Ja
2 Nej
8 Vet ej

Om ja.

1) Vem eller vilka var givare? Kan Du ange ett ungefärligt värde under de senaste 12 månaderna?

Flera svar kan anges.

- 1 Dotter (anteckna namn)
- 2 Son (anteckna namn)
- 3 Barnbarn
- 5 Annan person
- 5 Vägörehetsorganisation

2) Var det från...

Vid barnbarn och/eller annan person skall totalsumman anges.

- 1 1 – 5 000 kr
- 2 5 001 – 10 000 kr
- 3 10 001 – 50 000 kr
- 4 50 001 – 100 000 kr
- 5 100 001+ kr

SOCIALT STÖD

105. Ibland behöver man hjälp och stöd av någon. Har Du någon anhörig eller nära vän som ställer upp.....

Med anhörig menas också den närmaste familjen som exempelvis maka/make.

Ja Nej

1 2 **a) om Du blir sjuk?**

1 2 **b) om Du vill ha sällskap?**

1 2 **c) om Du behöver prata med någon om personliga bekymmer?**

1 2 **d) om Du behöver ett lån på 14 000 kr?**

1 2 **e) om Du behöver välja, byta eller framföra klagomål på äldreomsorgen?**

AKTIVITETER, FRITID OCH POLITISKT DELTAGANDE

106. Brukar Du göra något av följande?

Läs upp aktiviteterna en i taget. Gå igenom punkt för punkt. Vid Ja-svar, fråga om IP gör det någon gång eller ofta.

Nej	Ja, någon gång	Ja, ofta	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	a) Sköta trädgård
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	b) Friluftsjaktivitet, t.ex. att fiska, jaga, plocka bär eller svamp
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	c) Gå på bio, teater, konserter, museer, utställningar
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	d) Gå på restaurang
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	e) Läsa böcker
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	f) Läsa dagstidningar
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	g) Sällskapsspel, t.ex. kortspel, bridge och bingo
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	h) Sitta vid datorn (t.ex. internet, skriva, patiens)
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	i) Lösa korsord
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	j) Hjälpa andra familjemedlemmar med att passa barn eller andra små tjänster
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	k) Besöka släktingar
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	l) Ha släktingar på besök
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	m) Besöka vänner och bekanta
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	n) Ha vänner och bekanta på besök
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	o) Delta i studiecirkklar eller kurser
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	p) Syssla med hobbyverksamhet t.ex. sticka, sy, snickra, måla, samla frimärken eller liknande
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	q) Gudstjänst eller motsvarande
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	r) Gå promenader eller stavgång
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	s) Gå på dans
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	t) Spela boule
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	u) Gymnastik/tai-chi/qi-gong eller liknande

107. Tillhör Du någon pensionärsorganisation, politiskt parti, frikyrka, religiös sammanslutning eller annan organisation?

Flera svar möjliga.

- 1 PRO\SPF (Pensionärernas riksorganisation\Sveriges Pensionärsförbund)
 - 2 Politiskt parti
 - 3 Frikyrka eller religiös sammanslutning (enbart passivt medl. i Svenska kyrkan räknas inte)
 - 4 Annan\andra organisationer, vilken\vilka, ange också vilken typ av organisation det är
 - 5 Inget ovan
-

108. Hur ofta deltar Du i någon sådan föreningsaktivitet, på ett ungefär?

Om IP är med i flera föreningar, summera aktiviteterna.

Observera att gudstjänst inte ska räknas med.

- 1 Aldrig eller nästan aldrig
 - 2 Någon gång eller några gånger per år
 - 3 Någon gång i månaden
 - 4 Någon gång i veckan
 - 5 Flera gånger i veckan
-

109. Röstade Du i valet 2010?

Gäller riksdags-, landsting- och/eller kommunalvalen i Sverige hösten 2010.

- 1 Ja
 - 2 Nej
-

110. Skulle Du kunna åta Dig att själv författa en skrivelse och överklaga ett beslut av en myndighet?

Här gäller det om IP på egen hand skulle kunna författa en skrivelse och lämna in till en myndighet.

- 1 Ja → gå till fråga 113
 - 2 Nej
-

111. Känner Du någon person som Du vet att Du skulle kunna få hjälp av i ett sådant fall?

- 1 Ja
- 2 Nej

112. Vet Du vart man kan vända sig för att få hjälp i sådana situationer?

- 1 Ja
- 2 Nej

BEDÖMNINGAR OCH PERSONLIGHET

Jag har ställt en mängd frågor om Dina levnadsförhållanden. Nu skulle jag vilja ställa några frågor som handlar om hur Du ser på Dig själv och ditt liv.

Jag vill fråga Dig hur nöjd Du är med ditt liv på en skala från noll till tio.

Noll betyder att Du känner Dig mycket missnöjd. Tio betyder att Du känner Dig mycket nöjd. Fem är i mitten av skalan och betyder att Du varken känner Dig nöjd eller missnöjd.

113. Då vill jag fråga Dig: På det hela taget, hur nöjd är Du med Ditt liv (idag)?

- 0 0 Mycket missnöjd
 - 1 1
 - 2 2
 - 3 3
 - 4 4
 - 5 5 Varken nöjd eller missnöjd
 - 6 6
 - 7 7
 - 8 8
 - 9 9
 - 10 10 Mycket nöjd
- 98 Vet ej
-

114. Om Du tänker tillbaka på de senaste 10 åren, tycker Du att Dina levnadsförhållanden under denna tid försämrats, förbättrats eller varit i stort sett oförändrade?

- 1 Försämrats
 - 2 Förbättrats
 - 3 Varit i stort sett oförändrades
 - 8 Vet ej
-

115. Händer det att Du besväras av ensamhet?

- 1 Nästan alltid
- 2 Ofta
- 3 Sällan
- 4 Nästan aldrig
- 8 Vet ej

116. Har Du någon tro eller livsåskådning som Du tycker hjälper Dig i livet?

- 1 Nej
2 Ja, i viss utsträckning
3 Ja, i hög utsträckning
8 Vet ej
-

- | Nej | Ja,
ibland | Ja,
oftast | Vet
ej | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 117. Brukar Du känna att Ditt dagliga liv är en källa till personlig tillfredsställelse? |
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 118. Brukar Du känna att saker som händer Dig i Ditt dagliga liv är svåra att förstå? |
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 119. Brukar Du kunna se en lösning på problem och svårigheter som andra finner hopplösa? |
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 120. Brukar Du känna att Du själv kan styra Ditt liv? |
-

121. Nu skulle jag vilja ställa några frågor om hur Du är som person. Jag kommer att läsa upp ett antal påståenden.

Vissa kanske passar väl in på Dig medan andra inte stämmer in alls, eller så är Du någonstans mitt emellan. Svara för varje påstående hur väl Du tycker att det stämmer in på Dig.

Tänk inte så länge på hur Du ska svara, det är Dina spontana svar vi är intresserade av.

- | Stämmer
inte alls | Stämmer
ganska
dåligt | Varken
eller | Stämmer
ganska
bra | Stämmer
helt | Vet
ej | |
|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | a) Jag är reserverad (tillbakadragen, tystlåten) |
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | b) Jag brukar lita på folk |
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | c) Jag är lat (oföretagsam) |
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | d) Jag är bra på att hantera stress |
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | e) Jag har många konstnärliga intressen |
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | f) Jag är utåtriktad och social |
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | g) Jag hittar ofta fel hos andra |
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | h) Jag gör saker grundligt |
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | i) Jag blir lätt nervös |
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | j) Jag har en livlig fantasi |

SALIVTEST

122. Om IP ännu inte lämnat salivprov är det dax nu. Överlämna provröret och be IP att fylla saliv upp till strecket.

- 1 IP har lämnat salivprov
 - 2 IP försökte men har inte lämnat salivprov – provrör är lämnat
 - 3 IP försökte men har inte lämnat salivprov – provrör är INTE lämnat
 - 4 IP vill inte försöka under intervjun – men provrör är lämnat
 - 5 IP samtycker inte till att lämna salivprov
 - 6 IP kan inte (och har ej heller försökt) lämna salivprov av annan anledning, vilken
-

122.1 Ungefär hur lång tid tog det för IP att lämna saliven?

- 1 IP lämnade provet inom några minuter (max ca 5 min)
 - 2 Det tog ca 5-10 min för IP att lämna provet
 - 3 Det tog mer än ca 10 min för IP att lämna provet
-

122.2 IP använde följande hjälpmedel för att lämna/försöka lämna provet.

Flera svar kan anges.

- 1 Inget
- 2 Socker
- 3 Citron
- 4 Salivintablett
- 5 Annat

Anteckna här om Du vill tillägga något annat om salivprovet, t.ex. något knep som fungerade eller om något inträffade som kan vara bra att veta inför andra intervjuer.

.....

122.3 Ge IP informationspappret om salivinsamlingen samt be IP fylla i blanketten om informerat samtycke.

Hjälプ IP att fylla i blanketten vid behov, så IP endast behöver skriva sin namnteckning.

Blanketten ska skickas in med salivprovet. Om IP ska skicka in salivprovet i efterhand bör intervjuaren ändå skicka in blanketten själv om möjligt.

- 1 IP har skrivit under samtyckesblanketten
- 2 Samtyckesblanketten är lämnad hos IP
- 3 IP vill inte skriva under samtyckesblanketten

MEDICIN II

123. Vilka mediciner har Du använt de senaste 14 dagarna?

Be att få se alla burkar och andra förpackningar.

Anteckna alla mediciner som IP har använt de senaste 14 dagarna – även enstaka huvudvärkstabletter, ögondroppar, vitaminer, laxermedel, kortisonsalva etc! Anteckna enheter såsom ml, mg etc.

Om medicinen endast tas vid behov, skriv vb under doser/dygn.

Preparat	Styrka	Dosering
<i>Ex. Tromyl</i>	<i>75 mg</i>	<i>1 tab/dygn</i>

AVSLUT

Om någon fråga i formuläret har blivit överhoppad eller det på annat sätt finns oklarheter, kan det hända att jag eller de som bearbetar materialet tar förnyad kontakt med Dig för komplettering av intervjun, ev. per telefon.

Jag hoppas att Du inte har någonting emot det?

- 1 Tillåter att bli kontaktad igen
- 2 Vill inte bli kontaktad igen

Namn och telefonnummer till den som kan tillåta att bli kontaktad igen.

.....

..... Tid när intervjun avslutats

ÖVRIGT

Svarsalternativet

- 9 Ej svar/Vägran fanns med till samtliga frågor i det elektroniska formuläret.

BILAGA TILL FORMULÄRET

Följande frågor ställdes endast till de personer som var med i extraurvalet i SWEOLD-undersökningen 2010. Anledningen till detta beror på att personerna i extraurvalet aldrig tidigare varit med i en levnadsnivåundersökning innan, d.v.s, vare sig i LNU eller i SWEOLD.

SÄRSKILDA FRÅGOR TILL PERSONER FRÅN EXTRAURVALET

1. Hur många år har Din sammanlagda skol- och yrkesutbildning på heltid varat?

Från första klass och uppåt. Deltidsutbildning räknas om till motsvarande tid på heltid. Om IP själv tar upp lärlingstid - räkna med den. Om IP aldrig har gått i skolan, ange 0.

..... Antal år

2. Vilken är Din högsta avslutade utbildning?

Avser t.ex. folkhögskola, yrkesutbildning på speciella skolor, internutbildningar, högskola eller universitet.

- 1 Folk- eller grundskola enbart
 - 2 Yrkesutbildning utöver folk-\grundskola (t.ex. yrkeslinje på gymn.)
 - 3 Realexamen, 2-årig social\ekon\tekn på gymnasiet
 - 4 Studentexamen, 3-4 årig teoretisk gymnasieutbildning
 - 5 Högskoleutbildning (t.ex. folk-\grundskolelärare, fritidspedagog)
 - 6 Universitetsexamen (t.ex. civilingenjör, ekonom, fil.kand, tandläkare)
 - 8 Vet ej\Vägrar
-

3. Bodde Du hos Dina föräldrar under hela Din uppväxt (det vill säga, fram till det att Du fyllt 16 år)?

- 1 Ja
- 2 Nej

3.1 Vad berodde det på?

- 1 Båda döda
- 2 Fadern död
- 3 Modern död
- 4 Skilsmässa
- 5 Född utom äktenskap
- 6 Fadern bortrest
- 8 Annat

4. Vad hade Er far (fosterfar) för huvudsakligt yrke eller sysselsättning under er uppväxt?

.....

4.1 Markera om egen företagare eller jordbrukare.

- 1 Egen företagare
- 2 Jordbrukare
- 3 Ingen av dessa

5. Om du tänker tillbaka på din barndom, hade då Din familj det svårt ekonomiskt?

- 1 Ja
- 2 Nej
- 3 Svar saknas