

+

+

Så här fyller Du i frågeformuläret:

De flesta frågorna besvaras med ett kryss för det svarsalternativ som bäst stämmer in på Dig själv. I några fall kan Du kryssa i flera svarsalternativ på samma fråga. I så fall står det angivet direkt efter frågan. Var vänlig och använd kulspetspenna när Du fyller i enkäten, använd **INTE** blyertspenna.

Om Du undrar över något i formuläret står vi gärna till tjänst med upplysningar. Du kan nå oss på telefon: 040 – 39 13 01

+

Stort tack för Din medverkan!

Sölve Elmståhl
Professor

*Verksamhet Geriatrik
Skånes universitetssjukhus*

*Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Lunds universitet*

+

+

Allmänna frågor

1. Är Du just nu:

>

- 1 Gift/samboende?
- 2 Ogift?
- 3 Änka/änkling?
- 4 Frånskild?
- 5 Särboende (regelbundet förhållande utan gemensamt boende)?

<

2. Antal tidigare äktenskap (eller motsvarande, som sambo- eller partnerskapsförhållande)?

3. Vem eller vilka bor Du tillsammans med? (Flera alternativ kan anges)

- 1 Ensamboende
- 2 Maka/make/sambo
- 3 Dotter
- 4 Son
- 5 Barnbarn
- 6 Syskon
- 7 Svägerska/svåger
- 8 Annan, vem: _____

<

4a. Om Ditt födelseland är ett annat än Sverige, ange vilket land:

4b. Vilket år flyttade Du i så fall till Sverige?

5. Bor Du:

- 1 På landsbygden (med inga eller ett fåtal hus inom synhåll)?
- 2 I by eller mindre ort på landsbygden?
- 3 I tätbebyggt område?
- 4 Centralt i stad (Malmö, Eslöv, Osby, Hässleholm eller Ystad)?

>

<

6. Var bodde Du (längsta tiden) under Din uppväxttid? (Fram till det Du fyllde 16 år) +

+

- ₁ På landsbygden
- ₂ I samhälle med minst 500 invånare
- ₃ I småstad med upp till 10 000 invånare
- ₄ I mellanstor stad
- ₅ I storstad (Stockholm, Göteborg, Malmö)
- ₆ Utomlands
- ₇ Vet ej

7. När flyttade Du till *nuvarande* kommun?

År:

b. ₂ Ej aktuellt

8. Har Du bytt bostadsort (kommun) under Ditt vuxna liv?

- ₁ Ja; om JA, antal gånger: +
- ₂ Nej

9. Har Du bott större delen av Ditt liv i Sverige i *nuvarande* kommun?

- ₁ Ja; om JA, gå till fråga 11 på sidan 2
- ₂ Nej; om NEJ, gå till fråga 10 på sidan 2

10. I vilken kommun har Du *huvudsakligen* bott i Sverige?

11. När flyttade Du till Din nuvarande bostad?

Vilket år:

b. ₂ Vet ej

c. Vilken månad:

d. ₂ Vet ej

12. Var befinner Du Dig nu?

- ₁ Eget boende
- ₂ På konvalescenthem
- ₃ På rehabiliteringsavdelning
- ₄ På akutklinik
- ₅ I korttidsboende på servicesjukhus/sjukhem/gruppboende
- + ₆ I annat boende, ange vad: _____

+

13. Hur bor Du?

<

- > 1 Lägenhet som Du hyr
 2 Lägenhet med bostadsrätt
 3 Villa/hus
 4 Lantgård
 5 Inneboende
 6 Seniorboende (ej biståndsprövat)
 7 Serviceboende (biståndsprövat särskilt boende m. separat hemtjänstbeslut)
 8 Vård och omsorgsboende (biståndsprövat särskilt boende m. heldygnsomsorg)
 9 I gruppboende (för demensdrabbade personer)
 10
 11 I annat boende, ange hur: _____
 12 Vet ej

14. Följande fråga skall endast besvaras av Dig som bor i *särskilt boende*. Du som bor i *särskilt boende* (serviceboende, gruppboende, tidigare sjukhem, ålderdomshem)

h. Inflyttningsdatum år: månad: 3 vet ej

Bor Du i:

- | | < | Ja | Nej | Vet ej |
|--|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| e. Eget rum? | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| f. Rum som delas med <u>en</u> annan person? | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| g. Rum som delas med två eller flera personer? | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |

15a. Totalt hur många personer bor i Din nuvarande bostad?

Antal personer:

b. Hur många rum har Din nuvarande bostad?

Antal rum:

>

<

16. Hur tillgänglig är Din bostad? (Markera med ett X på varje rad)

+

+ Min bostad är tillgänglig utifrån för person:

	Ja	Nej	Vet ej
a. Utan rörelsehinder	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
b. Lätta rörelsehinder (ej rullstol, trappa, högst ett våningsplan)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
c. Svåra rörelsehinder, men ej rullstolsburen (hiss, fåtal trappsteg)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
d. Som behöver rullstol	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

17. Är Din bostad handikappanpassad? (Flera alternativ kan anges)

- ₁ Nej, den är inte handikappanpassad
- ₂ Ja, trösklar är borttagna +
- ₃ Ja, badrum är tillgängligt för rullstol
- ₄ Ja, badkar är ersatt med dusch
- ₅ Ja, kontaktlarm finns (avser inte kroppsuret trygghetslarm eller inbrottslarm)
- ₆ Ja, spisvakt är installerad
- ₇ Ja, hiss finns i bostaden
- ₈ Vet ej

18. Är Du nöjd med Ditt *nuvarande* boende?

- ₁ Ja
- ₂ Nej
- ₃ Vet ej

+

+

192. Hur långt har Du till: (Markera med ett X på varje rad)

<

>	0-200 m	200-500 m	500 m - 2 km	Längre än 2 km	Vet ej	
a. Vårdcentral?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
b. Apotek?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
c. Livsmedelsbutik?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
d. Varuhus/Köpcentrum?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
e. Park?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
f. Strövområde?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
g. Teater/bio?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
h. Sjukhus?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
i. Distriktssköterska?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
j. Busshållplats?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
k. Tågstation?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
l. Stormarknad?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
m. Bibliotek?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
n. Hur långt kan Du gå?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	Kan ej gå <input type="checkbox"/> ₆
o. Hur långt kan Du cykla?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	Kan ej cykla <input type="checkbox"/> ₆

193. Har Du tillgång till cykel? ₁ Ja < ₂ Nej ₃ Vet ej

194. Kan Du ta Dig till: (Markera med ett X på varje rad)

	Ja	Nej	Vet ej
a. Vårdcentral?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
b. Apotek?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
c. Livsmedelsbutik?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
d. Varuhus/Köpcentrum?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
e. Park?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
f. Strövområde?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
g. Teater/bio?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
h. Sjukhus?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
i. Distriktssköterska?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
j. Busshållplats?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
k. Tågstation?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
l. Stormarknad?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
m. Bibliotek?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

>

<

195. Hur ofta har Du under det senaste året tagit Dig till: (Markera med ett X på varje rad)

+

+	Dagligen	Någon gång i veckan	Någon gång i månaden	Mer sällan	Aldrig
a. Vårdcentral?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b. Apotek?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c. Livsmedelsbutik?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
d. Varuhus/Köpcentrum?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
e. Park?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
f. Strövområde?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
g. Teater/bio?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
h. Sjukhus?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
i. Distriktssköterska?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
j. Busshållplats?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
k. Tågstation?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
l. Stormarknad?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
m. Bibliotek?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

+

+

+

Yrkesliv och pension

20. Vilken utbildning har Du? Ange alla utbildningar samt antal år som utbildningen har omfattat. (Alla skolor alla år, vid deltidsskola/deltidsutbildning räknar Du om till helår) <

>		<u>Antal år</u>
<input type="checkbox"/>	1 Ej fullständig folkskola/oavslutad grundskola	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	2 T o m folkskolenivå	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	3 Grundskola/realexamen	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	4 Studentexamen	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	5 Folkhögskola/Yrkesutbildning	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	6 Utbildning minst ett år utöver studentexamen (t ex folkskolläraryrkesexamen, högskola eller universitet <u>utan</u> examen)	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	7 Universitet/högskola med examen	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	8 Forskarutbildning (licentiats- eller doktorsexamen)	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>

21. Vad är Din nuvarande sysselsättningsstatus? (Flera alternativ kan anges)

<input type="checkbox"/>	1 Företagsarbetande, cirka: <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> timmar /veckan
<input type="checkbox"/>	2 Registrerat arbetslös, sedan: <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> månader tillbaka
<input type="checkbox"/>	3 Arbetande i hemmet <
<input type="checkbox"/>	4 Sjukskriven, sedan år: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> månad: <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	5 Ålderspensionär, vid vilken ålder: <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	6 Förtidspensionär, vid vilken ålder: <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	7 Sjukpensionär, sjukbidrag
<input type="checkbox"/>	8 Studerande
<input type="checkbox"/>	9 Förtidsavgången (garantipension), vid: <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> års ålder
> <input type="checkbox"/>	10 Annat, ange vad: _____ <

22. Vilken grad av fysisk aktivitet krävs/krävdes vanligtvis i Ditt huvudsakliga yrke?
(Besvara endast ett alternativ)

+

+

- 1 **Mycket lätt** - sittande arbete (t ex köra fordon, läsa, kontorsarbete)
- 2 **Lätt** - stå med liten muskelaktivitet (t ex undervisning, diska, finmekaniskt servicearbete)
- 3 **Medeltungt** - muskelarbete med medeltung intensitet (t ex gå omkring, lyfta/bära mindre än 5 kg, tvätta, bädda, städa, snickeriarbete, barn tillsyn)
- 4 **Tungt** - muskelarbete med ganska hög intensitet och ökad andhämtning (t ex underhåll, tyngre servicearbete, lyfta/bära/vända patienter i vård, sopa gator, tyngre trädgårdsarbete, lasta och lossa varor)
- 5 **Mycket tungt** - muskelarbete med hög intensitet och kraftigt ökad andhämtning (t ex betonggjutning, timmermansarbete, skyffla jord/sand, lyfta/bära mer än 25kg)

23. Hur många anställningar med *minst tre månaders anställningstid* har Du haft under Ditt yrkesverksamma liv?

- 1 Ingen
- 2 1 stycken
- 3 2 stycken
- 4 3 stycken
- 5 4 - 5 stycken
- 6 6 - 10 stycken
- 7 11 - 25 stycken
- 8 Fler än 25 stycken

+

24. Hur många yrken har Du haft *sammanlagt*?

(Flera anställningar inom samma yrken räknas som ett yrke)

Antal:

+

+

>

25. Vad är/var Ditt *senaste* yrke under Ditt yrkesverksamma liv?

<

a. Yrke/arbete: _____

b. Fr o m år: **c. t o m år:** **d. Antal år i detta yrke:**

e. Huvudsakliga arbetsuppgifter: _____

f. Vad gör/gjorde eller tillverkade man på Din arbetsplats? _____

g. Vad var/är Ditt anställningsförhållande?

- 1 Anställd i offentlig sektor
- 2 Anställd i näringsliv
- 3 Arbete i hemmet <
- 4 Egen företagare utan anställda
- 5 Egen företagare med 1 - 9 anställda
- 6 Egen företagare med 10 eller fler anställda
- 7 Arbetsmarknadspolitisk åtgärd

>

<

+
26. Vilka *tidigare* yrken har Du haft? +

a. *Tidigare yrke 1:* _____

b. Antal år i detta yrke:

c. Huvudsakliga arbetsuppgifter: _____

d. Vad gör/gjorde eller tillverkade man på denna arbetsplats? _____

e. Vad var Ditt anställningsförhållande?

- 1 Anställd i offentlig sektor
- 2 Anställd i näringsliv
- 3 Arbete i hemmet
- 4 Egen företagare utan anställda
- 5 Egen företagare med 1 - 9 anställda
- 6 Egen företagare med 10 eller fler anställda
- 7 Arbetsmarknadspolitisk åtgärd +

f. *Tidigare yrke 2:* _____

g. Antal år i detta yrke:

h. Huvudsakliga arbetsuppgifter: _____

i. Vad gör/gjorde eller tillverkade man på denna arbetsplats? _____

j. Vad var Ditt anställningsförhållande?

- 1 Anställd i offentlig sektor
- 2 Anställd i näringsliv
- 3 Arbete i hemmet
- 4 Egen företagare utan anställda
- 5 Egen företagare med 1 - 9 anställda
- 6 Egen företagare med 10 eller fler anställda
- + 7 Arbetsmarknadspolitisk åtgärd

+

>

27. Hur tillfredsställande har Ditt yrkesverksamma liv varit?

<

- ₁ Mycket otillfredsställande
₂ Otillfredsställande
₃ Varken tillfredsställande eller otillfredsställande
₄ Tillfredsställande
₅ Mycket tillfredsställande

28a. Arbetar/arbetade Du efter 65-års ålder?

- ₁ Ja
₂ Nej
₃ Ej aktuellt (yngre än 65 år)

Om JA, i vilken omfattning arbetar/arbetade Du efter 65-års åldern?b. Antal: timmar/veckac. Antal: år <**28d. Förvärsarbetar Du nu?**

- ₁ Ja
₂ Nej

Om JA, i vilken omfattning förvärsarbetar Du nu?e. Antal: timmar/vecka**29. Om Du pensionerades före Du fyllde 65 år, vad var skälet?**

- ₁ Sjukpension, sjukbidrag
₂ Förtidspension av arbetsmarknadsskäl
₃ Förtida uttag
₄ Deltidspension
₅ Uppnått pensionsålder för mitt yrke
₆ Annat, ange vad: _____

30. Förvärsarbetar/arbetade Din make/maka (motsvarande) eller har han/hon aldrig arbetat?

- ₁ Ja, arbetar/arbetat heltid eller deltid
₂ Hemmafru/-man
₃ Nej, har aldrig arbetat
₄ Aldrig varit gift

>

<

+
31. Vilket är/var Din make/makas (motsvarande) huvudsakliga yrke? +

32. Vilket huvudsakligt yrke hade Din/Dina familjeförsörjare när Du växte upp?

a. Fars yrke/arbete: _____

b. Huvudsakliga arbetsuppgifter: _____

c. Vad gjorde eller tillverkade man på hans arbetsplats? _____

d. Vad var hans anställningsförhållande?

- 1 Anställd i offentlig sektor
- 2 Anställd i näringsliv +
- 3 Arbete i hemmet
- 4 Egen företagare utan anställda
- 5 Egen företagare med 1 - 9 anställda
- 6 Egen företagare med 10 eller fler anställda
- 7 Arbetsmarknadspolitisk åtgärd

--	--	--	--

e. Mors yrke/arbete: _____

f. Huvudsakliga arbetsuppgifter: _____

g. Vad gjorde eller tillverkade man på hennes arbetsplats? _____

h. Vad var hennes anställningsförhållande?

- 1 Anställd i offentlig sektor
- 2 Anställd i näringsliv
- 3 Arbete i hemmet
- 4 Egen företagare utan anställda
- 5 Egen företagare med 1 - 9 anställda +
- 6 Egen företagare med 10 eller fler anställda
- + 7 Arbetsmarknadspolitisk åtgärd

--	--	--	--

>

<

33. Hur många timmar i veckan arbetar Du i genomsnitt med "hushållsarbete"?
(Inklusive att gå och handla, hushållsarbete, utomhusaktiviteter t ex, reparation, trädgårdsarbete)

Antal: timmar/vecka

34. Har Du under Ditt yrkesverksamma liv varit utsatt för något i Din/Dina fysiska arbetsmiljö/er som Du bedömer har påverkat Ditt liv eller Din hälsa?

- ₁ Ja
₂ Nej

35. Tycker Du att Ditt/Dina arbete/n varit organiserade så att det inneburit stor belastning på dig kroppsligt och/eller mentalt, så att Du bedömer att det negativt har påverkat Ditt liv eller Din hälsa?

- ₁ Ja
₂ Nej

<

36. Har Du haft negativa erfarenheter i kontakter med Dina överordnade eller Dina arbetskamrater under Ditt yrkesverksamma liv, så att Du bedömer att det har påverkat Ditt liv eller Din hälsa?

- ₁ Ja
₂ Nej

>

<

Frågor om Dina föräldrar, barn, barnbarn och syskon

**37. Bodde Du med båda Dina biologiska föräldrar under Din uppväxt, fram till det +
+ Du fyllde 16 år?**

- ₁ Ja; *om JA gå till fråga 39 på sidan 14*
₂ Nej

38. Om Du inte bodde med båda Dina biologiska föräldrar, vad var skälet?

- ₁ Båda föräldrarna döda
₂ Fadern död
₃ Modern död
₄ Skilsmässa, separation
₅ Född utom äktenskap eller samboförhållande
₆ Fadern bortrest långa tider (t ex sjöman)
₇ Modern bortrest långa tider
₈ Annat, vad? _____

39. Hur gammal var Din biologiska mor när Du föddes?

år ₂ Vet ej +

40. Hur gammal var Din biologiska far när Du föddes?

år ₂ Vet ej

41. Hände det någon gång under Din uppväxttid att Din familj hade ekonomiska problem så alla inte kunde äta sig mätta?

- ₁ Ja
₂ Nej
₃ Vet ej

42. Hade Din familj det svårt ekonomiskt på något annat sätt under Din uppväxttid?

- ₁ Ja
₂ Nej
₃ Vet ej

+

+

43. Förekom det allvarliga slitningar eller konflikter i Din familj under Din uppväxttid? <

>

- ₁ Ja
₂ Nej
₃ Vet ej

44. Om Din biologiska mor ej längre finns i livet, hur gammal var hon när hon avled?

>

Ålder: år Fortfarande i livet ₂ ₃ Vet ej

45. Om Din biologiska far ej längre finns i livet, hur gammal var han när han avled?

Ålder: år Fortfarande i livet ₂ ₃ Vet ej

46. Hur många biologiska barn har Du fått?

Antal: stycken

Om inga biologiska barn, gå till fråga 49 på sidan 15

47. Hur många av barnen är i livet? (Biologiska)

Antal: stycken

<

48. Har Du haft vårdnaden om barn? (Biologiska, adoptivbarn, fosterbarn, bonusbarn)

- ₁ Ja, om JA antal: stycken
₂ Nej

49. Tycker Du att kontakten med Ditt/Dina barn är tillräckliga?
(Gäller såväl biologiska barn, adoptivbarn, fosterbarn som bonusbarn)

- ₁ För lite
₂ Lagom
₃ För mycket
₄ Ej aktuellt (har ej biologiska, adoptivbarn, fosterbarn eller bonusbarn);

Om ej aktuellt, gå till fråga 55 på sidan 16

50. Hur långt ifrån Dig bor det barn som bor närmast?

- ₁ På samma ort (inom 1,5 km)
₂ Mellan 1,5 km och 1 mil
₃ Mellan 1 mil och 3 mil
₄ Mellan 3 och 10 mil
₅ Övriga Sverige
> ₆ Utomlands

<

51. Har Du barnbarn? (Biologiska)

+

+

- ₁ Ja; om JA, hur många barnbarn har Du: stycken
₂ Nej; **om NEJ gå till fråga 53 på sidan 16**

52. Hur många av barnbarnen är i livet? (Biologiska)

Antal: stycken ₂ Vet ej

53. Tycker Du att kontakterna med Dina barnbarn är tillräckliga?

(Biologiska, ej biologiska)

- ₁ För lite
₂ Lagom
₃ För mycket
₄ Ej aktuellt; **gå till fråga 55 på sidan 16**

54. Hur långt ifrån Dig bor det barnbarn som bor närmast?

- ₁ På samma ort (inom 1,5 km)
₂ Mellan 1,5 km och 1 mil
₃ Mellan 1 mil och 3 mil +
₄ Mellan 3 och 10 mil
₅ Övriga Sverige
₆ Utomlands

55. Hur många syskon har Du eller har Du haft? (Helsyskon, halvsyskon)

a. Antal: stycken b. Har ej några syskon, **gå till fråga 60 på sidan 17**

56. Hur många syskon har Du i livet? (Helsyskon, halvsyskon)

Antal: stycken

57. Som vilket syskon i ordningen föddes Du?

Nr:

58. Tycker Du att kontakterna med Dina syskon är tillräckliga?

- ₁ För lite
₂ Lagom
+ ₃ För mycket

+

59. Hur långt ifrån Dig bor det syskon som bor närmast?

<

- > ₁ På samma ort (inom 1,5 km)
₂ Mellan 1,5 km och 1 mil
₃ Mellan 1 mil och 3 mil
₄ Mellan 3 och 10 mil
₅ Övriga Sverige
₆ Utomlands

60. Hur ofta brukar Du träffa Din/Ditt/Dina:*(Markera med ett X på varje rad)*

	Dagligen	Varje vecka	Varje månad	Varje kvartal	Mer sällan	Aldrig	Ej aktuellt
a. Särboende make maka?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
b. Föräldrar?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
c. Barn?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
d. Svärson/svärdotter?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
e. Barnbarn?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
f. Syskon?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
g. Annan släkting?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
h. Granne?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
i. God vän?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇

61. Hur ofta har Du kontakt via telefon, brev eller E-mail med:*(Markera med ett X på varje rad)*

<

	Dagligen	Varje vecka	Varje månad	Varje kvartal	Mer sällan	Aldrig	Ej aktuellt
a. Särboende make maka?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
b. Föräldrar?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
c. Barn?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
d. Svärson/svärdotter?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
e. Barnbarn?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
f. Syskon?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
g. Annan släkting?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
h. Granne?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
i. God vän?	> <input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇ <

Sociala kontakter, nätverk och stöd

62. Tycker Du att antalet vänner Du har är tillräckligt?

+

+

- ₁ För få
- ₂ Lagom
- ₃ För många

63. Kan Du få hjälp av någon eller några personer vid sjukdom eller andra praktiska problem? (T ex låna småsaker, hjälp till reparation, hjälp att skriva en skrivelse, få råd och information)

- ₁ Ja, utan tvekan
- ₂ Ja, troligen
- ₃ Nej, troligen inte
- ₄ Nej, inte alls

64. Hur många personer tycker Du att Du känner väl och kan prata med om det mesta? (T ex släktingar, vänner, grannar och/eller arbetskamrater)

- ₁ Inga
- ₂ 1 - 3 stycken
- ₃ 4 - 6 stycken
- ₄ 7 - 9 stycken
- ₅ 10 - 15 stycken
- ₆ 16 - 30 stycken
- ₇ Fler än 30 stycken

+

65. Känner Du någon eller några personer som kan hjälpa Dig att skriva ett officiellt brev eller överklaga ett myndighetsbeslut?

- ₁ Ja, utan tvekan
- ₂ Ja, troligen
- ₃ Nej, troligen inte
- ₄ Nej, inte alls

66. Känner Du att Du har någon eller några personer som kan ge Dig ett ordentligt personligt stöd för att klara livets stress och problem?

- ₁ Ja, utan tvekan
- ₂ Ja, troligen
- ₃ Nej, troligen inte
- ₄ Nej, inte alls

+

+

67. Har Du någon person som Du känner att Du kan vara Dig själv inför, som accepterar Dig med alla Dina förtjänster och brister? <

>

- 1 Ja, utan tvekan
- 2 Ja, troligen
- 3 Nej, troligen inte
- 4 Nej, inte alls

68. Om Du är medlem i en förening, skulle Du kunna säga att Du känner en stark samhörighet med denna förening och dess medlemmar?

- 1 Är ej föreningsmedlem
- 2 I hög grad
- 3 I viss mån
- 4 Inte speciellt
- 5 Inte alls

69. Har Du en religiös tro? <

- 1 Ja
- 2 Nej
- 3 Vet ej

70. Deltar Du i religiösa aktiviteter? (T ex gå i kyrkan, synagogan, moskén, lyssna på radiogudstjänster m m)

- 1 Nej, inte alls
- 2 Ibland
- 3 Ja, ofta

71. Händer det att Du känner Dig ensam?

- 1 Ja, ofta
- 2 Ja, ibland
- 3 Nej, sällan
- 4 Nej, aldrig

72. Känner Du stark samhörighet med Din släkt? (Utöver make, maka, sambo och barn)

- 1 Saknar släkt
- 2 I hög grad
- 3 I viss mån
- 4 Inte speciellt
- > 5 Inte alls <

73. Är Du rotad och känner en stark samhörighet med Ditt bostadsområde? +

- + ₁ I hög grad
₂ I viss mån
₃ Inte speciellt
₄ Inte alls

74. Är Du med i en grupp av vänner som har eller gör något gemensamt?

(T ex spelar kort, lyssnar på musik, gör utflykter etc)

- ₁ Ja
₂ Nej

75. Under senaste månaden: Hur ofta har Du känt att Du *inte* kunde kontrollera viktiga saker i Ditt liv?

- ₁ Aldrig
₂ Nästan aldrig
₃ Ibland
₄ Ganska ofta
₅ Mycket ofta

76. Under senaste månaden: Hur ofta har Du känt Dig *osäker* på Din förmåga att hantera Dina personliga problem? +

- ₁ Aldrig
₂ Nästan aldrig
₃ Ibland
₄ Ganska ofta
₅ Mycket ofta

77. Under senaste månaden: Hur ofta har Du tyckt att saker och ting *inte* blivit som Du önskat?

- ₁ Aldrig
₂ Nästan aldrig
₃ Ibland
₄ Ganska ofta
₅ Mycket ofta

78. Under senaste månaden: Hur ofta har Du känt att svårigheterna vuxit Dig över huvudet?

- + ₁ Aldrig
₂ Nästan aldrig
₃ Ibland
₄ Ganska ofta
₅ Mycket ofta

+

Frågor om Din ekonomi

79. Sköter Du hushållets ekonomi själv? (Bokföring och räkningar) <

- >
- ₁ Ja, utan svårighet
 - ₂ Ja, men behöver hjälp med vissa större transaktioner
 - ₃ Ja, men behöver hjälp med vissa regelbundna transaktioner (t ex betala räkningar?)
 - ₄ Nej, inte alls

81. Hur anser Du att Din ekonomiska situation är jämfört med andra i samma ålder?

- ₁ Bättre
- ₂ Ungefär densamma
- ₃ Sämre

82. Hur räcker pengarna för Dina behov?

- ₁ Mycket bra
- ₂ Bra
- ₃ Varken bra eller dåligt <
- ₄ Dåligt
- ₅ Mycket dåligt

83. Om Du plötsligt skulle hamna i en oförutsedd situation, där Du på en vecka måste skaffa fram 17 000 kr, skulle Du klara det?

- ₁ Ja ₂ Nej ₃ Vet ej

83b. Om Ja, på vilket sätt?

- 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

84. Har Du egen bil?

- ₁ Ja
- ₂ Nej

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

- >
- ₁ Ja
 - ₂ Nej <

Transportmedel

86. Har Du körkort?

+

+

1 Ja, sedan år:

2 Nej

87. Har Du kört bil det senaste året?

1 Ja, hur många mil:

2 Nej, har slutat köra bil sedan år:

5 Nej, har inte slutat köra bil, men har ej kört under det senaste året

4 Nej, har aldrig kört bil +

88a. Kan Du använda allmänna kommunikationsmedel?

(Ta Dig till hållplats för att stiga på och färdas med t ex buss, spårvagn eller lokaltåg)

1 Ja, använder allmänna kommunikationsmedel vid behov

2 Ja, men måste ha ledsagare med mig (t ex hjälp till hållplats, hjälp att stiga på buss)

9 Beroende, tar mig inte till hållplats, måste ha ledsagare med mig hela vägen

3 Nej, kan ej använda allmänna kommunikationsmedel

4 Nej, saknar information

5 Gör ej, men skulle kunna

6 Nej, måste färdas i bil (får hjälp att komma i och ur bilen)

7 Nej, måste transporteras i ambulans

8 Nej, måste åka färdtjänstbuss

+

+

89. Hur ofta har Du det senaste året: (Markera med ett X på varje rad)

<

>	Dagligen	Någon gång i veckan	Någon gång i månaden	Mer sällan	Aldrig
a. Promenerat?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b. Cyklat?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c. Kört bil?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
d. Åkt med i bil?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
e. Åkt taxi?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
f. Åkt färdtjänst?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
g. Åkt buss mellan orter?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
h. Åkt stadsbuss?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
i. Åkt tåg?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
j. Kör moped/eldriven rullstol?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

<

>

<

Tobaks konsumtion

90. Röker Du? +

- 1 Ja, röker regelbundet
 2 Ja, röker ibland []
 3 Nej, slutade röka år: [] [] [] [] []
 4 Nej, har aldrig rökt; ***gå till fråga 95 på sidan 25***

91. Om Du slutat, hur mycket rökte Du i genomsnitt innan Du slutade?

- a.** [] Cigaretter/dag
b. [] Cigarrer/cigariller/cigarrcigaretter/dag
c. [] Gram piptobak/vecka +

92. Hur många cigaretter rökte Du i medeltal när Du var?

(Markera med ett X på varje rad)

	0-10	Mer än 10	Mer än 20	Mer än 30	Ej aktuellt
a. 10-20 år	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. 20-40 år	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. 40-60 år	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. 60-70 år	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e. Äldre än 70 år	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

93. Hur många år har Du sammanlagt rökt regelbundet?

[] år

94. Hur mycket röker Du nu för tiden?

- a.** [] Cigaretter/dag <
b. [] Cigarrer/cigariller/cigarrcigaretter/dag
c. [] Gram piptobak/vecka

+

+

95. Snusar Du för tillfället?

<

- > ₁ Ja: stycken snusdosor/vecka. Har snusat i: år
₂ Nej

96. Har Du snusat tidigare?

- ₁ Nej
₂ Ja: stycken snusdosor/vecka i: år

97. Har Du någon period i Ditt liv snusat mer eller mindre än nu?

(Flera alternativ kan anges)

- ₁ Nej, likadant
₂ Ja, mindre: stycken snusdosor/vecka
₃ Ja, mer: stycken snusdosor/vecka
₄ Vet ej

98. Tuggar Du tobak för tillfället?

<

- ₁ Ja: gram/vecka. Har tuggat i: år
₂ Nej

99. Rökte någon av eller båda Dina föräldrar när Du var barn?

- ₁ Ja
₂ Nej

100. Röker eller har den/de Du sammanbor eller bott med rökt i bostaden?

- ₁ Nej
₂ Ja, i mindre än 10 år
₃ Ja, under 10-20 års tid
₄ Ja, i mer än 20 år

101. Vistas Du eller har Du vistats regelbundet i arbetslokaler (utom bostaden) där man röker?

- ₁ Nej
₂ Ja, i mindre än 10 år
₃ Ja, under 10-20 års tid
> ₄ Ja, i mer än 20 år

<

Alkoholkonsumtion

102. När drack Du senast öl (ej lättöl), vin eller sprit?

+

+

- ₁ Har ej druckit något det senaste året; ***gå till fråga 111 på sidan 27***
- ₂ Har druckit någon gång under det senaste året, men ej under de senaste 30 dagarna; ***gå till fråga 111 på sidan 27***
- ₃ Har druckit någon gång under de senaste 30 dagarna; ***gå till fråga 103 på sidan 26***

*Följande frågor gäller Din alkoholkonsumtion de **senaste 30 dagarna**.
Om Du inte druckit något under den perioden **gå till fråga 111 på sidan 27***

103. Hur många dagar sammanlagt under den senaste 30-dagarsperioden drack Du öl (ej lättöl), vin eller sprit?

Antal dagar: (max 30 dagar)

104. Hur många dagar av den senaste 30-dagarsperioden drack Du öl (ej lättöl)?

Antal dagar: (max 30 dagar) +

105. Hur mycket öl (ej lättöl) drack Du i allmänhet på en sådan dag?

Antal 33 cl flaskor:

Antal 50 cl burkar:

106. Hur många dagar av den senaste 30-dagarsperioden drack Du vin?

Antal dagar: (max 30 dagar)

107. Hur mycket vin drack Du i allmänhet på en sådan dag?

Antal glas (12 cl):

Antal halvflaskor (37 cl):

Antal helflaskor (75 cl):

+

+

108. Hur många dagar av den senaste 30-dagarsperioden drack Du sprit, t ex vodka, brännvin eller whisky? <

> Antal dagar: (max 30 dagar)

109. Hur mycket sprit drack Du i allmänhet på en sådan dag?

Antal glas (4-6 cl)/drinkar:

Antal halvflaskor (37 cl):

Antal helflaskor (75 cl):

110. Hur många dagar av den senaste 30-dagarsperioden hände det att Du *på en dag* drack:

a. 5 flaskor öl eller 4 burkar öl (ej lättöl) eller mer?

Antal dagar: (max 30 dagar) <

b. 1 flaska vin eller mer?

Antal dagar: (max 30 dagar)

c. 37 cl sprit eller mer?

Antal dagar: (max 30 dagar)

111. Har Du någon period i Ditt liv druckit mer eller mindre än nu?

- ₁ Nej, likadant
- ₂ Ja, mindre
- ₃ Ja, mer
- ₄ Vet ej

>

<

Följande frågor gäller Din alkoholkonsumtion i allmänhet

Med ett "glas" menas:



45 cl
folköl



33 cl
starköl



1 glas rött
el vitt vin



1 litet glas
starkvin



4cl sprit, t.ex
whisky

112. Hur ofta dricker Du alkohol? +

- + 1 Aldrig; ***Om aldrig gå till fråga 120 på sidan 29***
 2 1 gång i månaden eller mer sällan
 3 2-4 gånger i månaden
 4 2-3 gånger i veckan
 5 4 gånger/vecka eller mer

113. Hur många "glas" dricker Du en typisk dag då Du dricker alkohol?

- 1 Ej aktuellt
 2 1-2
 3 3-4 +
 4 5-6
 5 7-9
 6 10 eller fler

114. Hur ofta dricker Du *sex* sådana "glas" eller mer vid samma tillfälle?

- 1 Aldrig
 2 Mer sällan än en gång i månaden
 3 Varje månad
 4 Varje vecka
 5 Dagligen eller nästan varje dag

115. Hur ofta under senaste året har Du inte kunnat sluta dricka sedan Du börjat?

- 1 Aldrig
 2 Mer sällan än en gång i månaden
 3 Varje månad
 4 Varje vecka
 5 Dagligen eller nästan varje dag

116. Hur ofta under senaste året har Du låtit bli att göra något som Du borde för att Du drack?

- 1 Aldrig
 2 Mer sällan än en gång i månaden
 3 Varje månad
 4 Varje vecka
+ 5 Dagligen eller nästan varje dag +

117. Hur ofta under senaste året har Du behövt en "drink" på morgonen efter mycket drickande dagen innan? <

>

- ₁ Aldrig
- ₂ Mer sällan än en gång i månaden
- ₃ Varje månad
- ₄ Varje vecka
- ₅ Dagligen eller nästan varje dag

118. Hur ofta under senaste året har Du haft skuld känslor eller samvetsförebåelser på grund av Ditt drickande?

- ₁ Aldrig
- ₂ Mer sällan än en gång i månaden
- ₃ Varje månad
- ₄ Varje vecka
- ₅ Dagligen eller nästan varje dag

119. Hur ofta under senaste året har Du druckit så att Du dagen efter inte kommit ihåg vad Du sagt eller gjort?

- ₁ Aldrig <
- ₂ Mer sällan än en gång i månaden
- ₃ Varje månad
- ₄ Varje vecka
- ₅ Dagligen eller nästan varje dag

120. Har Du eller någon annan blivit skadad på grund av Ditt drickande?

- ₁ Nej
- ₂ Ja, men inte under det senaste året
- ₃ Ja, under det senaste året

121. Har en släkting eller vän, en läkare eller någon annan inom sjukvården oroat sig över Ditt drickande eller antytt att Du borde minska på det?

- ₁ Nej
- ₂ Ja, men inte under det senaste året
- > ₃ Ja, under det senaste året <

213. Har Du någon gång använt följande preparat utan läkares ordination? + (Flera alternativ kan anges)				
	Nej	Ja, någon gång i livet	Ja, regelbundet i minst 6 månader, någon gång i livet	Ja, någon gång de senaste 10 åren
a. Cannabis marijuana, hasch	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b. Amfetamin metamfetamin, fenmetralin	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
c. Opiater heroin, morfin, opium, kokain, kokablad	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
d. Hallucinogener LSD, meskalin, hallucinogena svampar, peyote, PCP	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
e. Receptbelagt sömnmedel eller lugnande medel Gäller även om Du tagit medlet mer/oftare än läkaren förskrivit Ex Rohypnol, Stesolid, Stilnoct	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
f. Receptbelagt smärtstillande medel Gäller även om Du tagit medlet mer/oftare än läkaren förskrivit Ex Treo Comp, Citodon, Tramadol	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

+

+

+

Fritid, fysisk aktivitet, rekreation och engagemang

122. Har Du tillgång till: (Markera med ett X på varje rad)

<

>

- | | | | |
|---|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| a. Fritidshus? | <input type="checkbox"/> 1 Ja | <input type="checkbox"/> 2 Nej | <input type="checkbox"/> 3 Vet ej |
| b. Bil? | <input type="checkbox"/> 1 Ja | <input type="checkbox"/> 2 Nej | <input type="checkbox"/> 3 Vet ej |
| c. Park eller strövområden? | <input type="checkbox"/> 1 Ja | <input type="checkbox"/> 2 Nej | <input type="checkbox"/> 3 Vet ej |
| d. Uteplats (balkong/altan)? | <input type="checkbox"/> 1 Ja | <input type="checkbox"/> 2 Nej | <input type="checkbox"/> 3 Vet ej |
| e. Motionsanläggning (för gymnastik etc)? | <input type="checkbox"/> 1 Ja | <input type="checkbox"/> 2 Nej | <input type="checkbox"/> 3 Vet ej |
| f. Simhall? | <input type="checkbox"/> 1 Ja | <input type="checkbox"/> 2 Nej | <input type="checkbox"/> 3 Vet ej |
| g. Mobiltelefon? | <input type="checkbox"/> 1 Ja | <input type="checkbox"/> 2 Nej | <input type="checkbox"/> 3 Vet ej |

123. Finns det för Dig lättillgängligt: (Markera med ett X på varje rad)

- | | | | |
|--------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| a. Bio? | <input type="checkbox"/> 1 Ja | <input type="checkbox"/> 2 Nej | <input type="checkbox"/> 3 Vet ej |
| b. Teater? | <input type="checkbox"/> 1 Ja | <input type="checkbox"/> 2 Nej | <input type="checkbox"/> 3 Vet ej |
| c. Sportarenor? | <input type="checkbox"/> 1 Ja | <input type="checkbox"/> 2 Nej | <input type="checkbox"/> 3 Vet ej |
| d. Konsertlokal/opera? | <input type="checkbox"/> 1 Ja | <input type="checkbox"/> 2 Nej | <input type="checkbox"/> 3 Vet ej |
| e. Museer? | <input type="checkbox"/> 1 Ja | <input type="checkbox"/> 2 Nej | <input type="checkbox"/> 3 Vet ej |
| f. Restauranger? | <input type="checkbox"/> 1 Ja | <input type="checkbox"/> 2 Nej | <input type="checkbox"/> 3 Vet ej |
| g. Bingo? | <input type="checkbox"/> 1 Ja | <input type="checkbox"/> 2 Nej | <input type="checkbox"/> 3 Vet ej |
| h. Studiecirklar/kurser? | <input type="checkbox"/> 1 Ja | <input type="checkbox"/> 2 Nej | <input type="checkbox"/> 3 Vet ej |
| i. Motionsanläggning? | <input type="checkbox"/> 1 Ja | <input type="checkbox"/> 2 Nej | <input type="checkbox"/> 3 Vet ej |

<

124. Har Du i Ditt hem: (Markera med ett X på varje rad)

- | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| a. TV? | <input type="checkbox"/> 1 Ja | <input type="checkbox"/> 2 Nej | <input type="checkbox"/> 3 Vet ej |
| b. Musikanläggning? | <input type="checkbox"/> 1 Ja | <input type="checkbox"/> 2 Nej | <input type="checkbox"/> 3 Vet ej |
| c. Video? | <input type="checkbox"/> 1 Ja | <input type="checkbox"/> 2 Nej | <input type="checkbox"/> 3 Vet ej |
| d. Dator? | <input type="checkbox"/> 1 Ja | <input type="checkbox"/> 2 Nej | <input type="checkbox"/> 3 Vet ej |
| e. Uppkoppling till Internet? | <input type="checkbox"/> 1 Ja | <input type="checkbox"/> 2 Nej | <input type="checkbox"/> 3 Vet ej |
| f. DVD-spelare? | <input type="checkbox"/> 1 Ja | <input type="checkbox"/> 2 Nej | <input type="checkbox"/> 3 Vet ej |
| g. Tillgång till E- mail? | <input type="checkbox"/> 1 Ja | <input type="checkbox"/> 2 Nej | <input type="checkbox"/> 3 Vet ej |

>

<

196. Har du under de senaste 12 månaderna använt följande tekniska apparater och tjänster? (Svara med ett X på varje rad)

+

+

	Dagligen	Någon gång i veckan	Någon gång i månaden	Mer sällan	Aldrig	Tidigare, ej sista året
a. Text-TV	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
b. Video	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
c. Dvd-spelare	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
d. CD-spelare	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
e. Knapptelefon	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
f. Mobiltelefon	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
g. Telefonbank	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
h. Bankomat/ Minuten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
i. Betalkort i affär	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
j. Internetbank +	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
k. Internet	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
l. Persondator	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
m. E-mail	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
n. Sociala medier (t ex facebook, twitter)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
o. Bildtelefoni (t ex skype)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
p. Dataspel	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

+

+

125. Har Du någon hobby?

<

>

- a. ₁ Ja
₂ Nej

b. Om JA, ange vilken 1: _____

c. Hur mycket tid ägnar Du Dig åt denna hobby? Uppskatta antal timmar/månad:

--	--	--

d. Ange vilken 2: _____

e. Hur mycket tid ägnar Du Dig åt denna hobby? Uppskatta antal timmar/månad:

--	--	--

f. Ange vilken 3: _____

g. Hur mycket tid ägnar Du Dig åt denna hobby? Uppskatta antal timmar/månad:

--	--	--

<

126a. Har Du något husdjur?

- ₁ Ja
₂ Nej

b. Om JA, ange vilket? (Flera alternativ kan anges)

- ₁ Hund
₂ Katt
₃ Fågel
₄ Akvariefisk
₅ Annat, ange vad: _____

>

<

127. Har Du under de senaste 12 månaderna deltagit/varit på:					+	
(Markera med ett X på varje rad)						
+	Aldrig	Varje vecka	Varje månad	Mer sällan	Tidigare, ej sista året	
a. Studiecirkel/kurs på Din arbetsplats?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
b. Studiecirkel/kurs på Din fritid?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
c. Skrivit insändare i tidning?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
d. Fackföreningsmöte?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
e. Annat föreningsmöte?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
f. Sporttillställning?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
g. Demonstration av någon typ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
h. Större släktsammankomst?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
i. Privat fest hos någon?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
j. Teater/bio?	+	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
k. Museum eller konstutställning?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
l. I kyrkan/Synagogan/Moskén?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
m. Restaurang?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
n. Offentlig tillställning, t ex danstillställning, nattklubb eller liknande?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
o. Revy eller musikal föreställning?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
p. Konsert?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
q. Bingo?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
128. Har bristande tillgång till transportmedel inskränkt Ditt deltagande i någon av ovannämnda aktiviteter under det senaste året?						
<input type="checkbox"/> ₁	Ja					
<input type="checkbox"/> ₂	Nej					
<input type="checkbox"/> ₃	Vet ej					
129. Har några andra aktiviteter inskränkts på grund av bristande tillgång till transportmedel under det senaste året? (T ex kontakt med barn, vänner m m)						
<input type="checkbox"/> ₁	Ja					
<input type="checkbox"/> ₂	Nej					
<input type="checkbox"/> ₃	Vet ej					
197. Har bristande tillgång på transportmedel under det senaste året inskränkt Dina möjligheter till inköp av dagligvaror (livsmedel, hygienartiklar, tidning)?						
<input type="checkbox"/> ₁	Ja					
<input type="checkbox"/> ₂	Nej					
+	<input type="checkbox"/> ₃	Vet ej				+

198. Har bristande tillgång på transportmedel *under det senaste året* inskränkt Dina möjligheter till inköp av specialvaror (kläder, skor, heminredning, vitvaror, TV, < elektronik, elartiklar, målarfärg, tapeter etc)?

- > ₁ Ja
₂ Nej
₃ Vet ej

199. Har bristande tillgång på transportmedel *under det senaste året* inskränkt Dina möjligheter till besök på/till (t ex vårdcentral, tandläkare, optiker, apotek, sjukhus)?

- ₁ Ja
₂ Nej
₃ Vet ej

<

200. När Du ska ta Dig till en plats och det är för långt att gå, hur har Du *under det senaste året* löst situationen? (Markera med ett X på varje rad)

	Dagligen	Någon gång i veckan	Någon gång i månaden	Mer sällan	Aldrig
a. Kör bil	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b. Make/maka/sambo kör mig	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c. Någon annan kör mig	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
d. Kör moped eller eldriven rullstol	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
e. Cyklar	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
f. Åker buss	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
g. Åker tåg	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
h. Använder mig av taxi	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
i. Använder mig av färdtjänst	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
j. Avstår från aktivitet	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

202. Har Du tillgång till personbil?

- ₁ Ja, jag har tillgång till bil i hushållet
₂ Ja, jag har tillgång till bil genom anhörig i närheten
₃ Ja, jag har tillgång till bil genom bekant
₄ Nej

>

<

130. Har Du under de senaste 12 månaderna deltagit/sysslat med:

+

(Markera med ett X på varje rad)

	Aldrig	Varje vecka	Varje månad	Mer sällan	Tidigare, ej sista året
a. Ägnat Dig åt jakt och fiske?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b. Strövat i skog och mark?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c. Plockat bär och svamp?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
d. Arbetat i trädgården?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
e. Stickat, vävt, sytt eller lagat kläder?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
f. Gjort reparationer/renoveringar i hemmet?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
g. Reparerat bil eller annan maskinell utrustning?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
h. Målat, ritat, arbetat med lera?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

131. Har Du under de senaste 12 månaderna utövat någon av följande förströelser:

+

(Markera med ett X på varje rad)

	Aldrig	Varje vecka	Varje månad	Mer sällan	Tidigare, ej sista året
a. Spelat instrument?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b. Spelat schack/kort?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c. Löst korsord/sudoku?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
d. Läst dagstidning?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
e. Läst veckotidning?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
f. Läst böcker/ljudböcker?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
g. Tittat på TV?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
h. Lyssnat på musik?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
i. Dansat?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
j. Sjungit?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
k. Surfat på Internet?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

132. Är Du idag aktiv i ideell verksamhet eller har Du tidigare varit det i minst 2 år?

- ₁ Ja, nu; **ange typ av ideell verksamhet nedan!**
- ₂ Ja, tidigare, men inte nu; **ange typ av ideell verksamhet nedan!**
- ₃ Nej, aldrig

Om JA, ange typ av ideell verksamhet: _____

+

+

133. Ägnar Du Dig åt motion och rörelse?

<

- > ₁ Ja, ofta
₂ Ja, ibland
₃ Nej, aldrig

134. Har Du tidigare ägnat Dig åt motion och rörelse?

- ₁ Ja, ofta
₂ Ja, ibland
₃ Nej, aldrig

135. Innebär Ditt hushållsarbete fysisk ansträngning?

- ₁ Ja, ofta
₂ Mera sällan
₃ Nej, aldrig

136. Hur mycket rör Du Dig och anstränger Du Dig kroppsligt under Din fritid och i hemmet? (Frågan gäller det senaste året - Markera endast ett alternativ)

<

- ₁ Knappast något alls
- ₂ Mestadels stillasittande, ibland någon promenad, lättare trädgårdsarbete eller liknande, ibland lätt hushållsarbete såsom uppvärmning av mat, damning och undanplockning. Har dock ej huvudansvaret för detta.
- ₃ Lättare fysisk ansträngning omkring 2-4 timmar per vecka, t ex promenader, dans, ordinarie trädgårdsarbete etc. Även promenader till och från affärer flera gånger per vecka. Har huvudansvaret för lätt hushållsarbete, typ matlagning, damning, undanplockning och bäddning och/eller hjälper till vid veckostädning.
- ₄ Mer ansträngande motion 1-2 timmar per vecka, t ex motionslöpning, simning, motionsgymnastik, tyngre trädgårdsarbete, lättare fysisk aktivitet mer än 4 timmar per vecka. Sköter allt hushållsarbete själv, lättare såväl som tyngre. Veckostädar med dammsugning, golvtorkning och fönsterputsning.
- ₅ Mer ansträngande motion minst 3 timmar per vecka, t ex tennis, simning, motionslöpning.
- ₆ Hård träning regelbundet eller flera gånger per vecka, där den fysiska ansträngningen är stor, t ex löpning, skidåkning.

137. Har Du tidigare i livet motionerat regelbundet?

- ₁ Nej
₂ En gång/månad
₃ 2-3 gånger/månad
₄ Flera gånger/vecka
> ₅ Varje dag

<

138. Motionerar Du regelbundet med *lätt motion* nu för tiden? +

(T ex hushållsarbete, promenader, trädgårdsarbete, lätt gymnastik, korta cykelturer)
(Markera endast ett alternativ)

	Nej	En gång/månad	2-3 gånger/månad	Flera gånger/vecka	Varje dag
f. Nu för tiden?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

139. Motionerar Du regelbundet med *hård motion* nu för tiden?

(T ex idrott, jogging, hård gymnastik, långa cykelturer, simning, tungt trädgårdsarbete)
(Markera endast ett alternativ)

	Nej	En gång/månad	2-3 gånger/månad	Flera gånger/vecka	Varje dag
f. Nu för tiden?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

143a. Hur många år utövade Du sammanlagt idrott? Antal år:

143b. Om Du har slutat idrotta, vid vilken ålder slutade Du? års ålder

141. Tävlrar Du i någon idrott? +

₁ Ja
₂ Nej

Om JA, ange vilken: _____

142. Tävlade Du tidigare i någon idrott?

₁ Ja; **om JA vilken/vilka idrotter?** _____
₂ Nej

+

+

144. Har Du under de senaste 12 månaderna: (Markera med ett X på varje rad)

<

>

	Ja	Tidigare, ej sista året	Aldrig	Vet ej
a. Varit på semesterresa utomlands?	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₄
b. Varit på semesterresa inom landet?	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₄
c. Seglat eller åkt motorbåt?	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₄
d. Ägnat Dig åt utförsåkning?	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₄
e. Fjällvandrat?	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₄
f. Paddlat kanot?	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₄
g. Gjort långfärdstur på cykel? <	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₄
h. Ägnat Dig åt någon annan fritidsaktivitet än ovan angivna?	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₄

i. Ange vilken/vilka:

140. Hur många timmar i genomsnitt per dygn ägnar Du Dig åt följande aktiviteter?
(Summan av alla Dina aktiviteter skall bli 24 timmar)

Antal timmar

a. Sova	<input type="text"/>
b. Sängliggande , men utan att sova	<input type="text"/>
c. Sittande , t ex läsa, se på TV, lyssna på radio, handarbete, äta, arbeta med dator eller annat skrivbordsarbete, bilkörning	<input type="text"/>
d. Lättare stående hushållsarbete som t ex matlagning, diska, eller annat lättare stående arbete som t ex arbete i butik, kontorsarbete	<input type="text"/>
e. Gående aktiviteter som t ex promenader, städning, dammsugning, lättare trädgårdsarbete, golf, cykling eller arbete som medför gång och/eller lyft som t ex vårdarbete, arbete på varulager eller liknande	<input type="text"/>
f. Aktiviteter där Du får ta i mer så att Du svettas , t ex tyngre trädgårdsarbete eller annat tyngre kroppsarbete, idrott och motionsgymnastik, bollsporter, löpning, jogging, dans	<input type="text"/>

>

Summa = 24 timmar

| 2 | 4 |

>

Ange i vilken utsträckning Du genomför följande aktiviteter och hur betydelsefulla de är för Dig. Ange hur betydelsefullt det är även om Du inte utför aktiviteten.
Markera med ett X i BÅDE vänster och höger kolumn.

145. Umgås med släkt och/eller vänner?

+

+ **a. I vilken utsträckning?**

- 1 Ofta
- 2 Ganska ofta
- 3 Vid enstaka tillfällen
- 4 Inte alls

b. Hur betydelsefullt?

- 1 Mycket viktigt
- 2 Ganska viktigt
- 3 Mindre viktigt
- 4 Inte alls viktigt

146. Hjälpa Dina eventuella barn/barnbarn med olika göromål?

a. I vilken utsträckning?

- 1 Ofta
- 2 Ganska ofta
- 3 Vid enstaka tillfällen
- 4 Inte alls
- 5 Ej aktuellt

b. Hur betydelsefullt?

- 1 Mycket viktigt
- 2 Ganska viktigt
- 3 Mindre viktigt
- 4 Inte alls viktigt

147. Vistas ute/göra utflykter?

a. I vilken utsträckning?

+

- 1 Ofta
- 2 Ganska ofta
- 3 Vid enstaka tillfällen
- 4 Inte alls

b. Hur betydelsefullt?

- 1 Mycket viktigt
- 2 Ganska viktigt
- 3 Mindre viktigt
- 4 Inte alls viktigt

148. Resa?

a. I vilken utsträckning?

- 1 Ofta
- 2 Ganska ofta
- 3 Vid enstaka tillfällen
- 4 Inte alls

b. Hur betydelsefullt?

- 1 Mycket viktigt
- 2 Ganska viktigt
- 3 Mindre viktigt
- 4 Inte alls viktigt

149. Motionera lätt? (T ex lätt trädgårdsarbete, korta promenader, kort cykeltur, lättare idrott, gymnastik eller dans)

a. I vilken utsträckning?

- 1 Ofta
- 2 Ganska ofta
- 3 Vid enstaka tillfällen
- + 4 Inte alls

b. Hur betydelsefullt?

- 1 Mycket viktigt
- 2 Ganska viktigt
- 3 Mindre viktigt
- 4 Inte alls viktigt

+

150. Motionera hårt? (T ex tungt trädgårdsarbete, långa promenader, långa cykelturer, ansträngande idrott, gymnastik eller dans)

<

>

a. I vilken utsträckning?

- ₁ Ofta
- ₂ Ganska ofta
- ₃ Vid enstaka tillfällen
- ₄ Inte alls

b. Hur betydelsefullt?

- ₁ Mycket viktigt
- ₂ Ganska viktigt
- ₃ Mindre viktigt
- ₄ Inte alls viktigt

151. Hushållsarbete? (T ex matlagning, bakning)

a. I vilken utsträckning?

- ₁ Ofta
- ₂ Ganska ofta
- ₃ Vid enstaka tillfällen
- ₄ Inte alls

b. Hur betydelsefullt?

- ₁ Mycket viktigt
- ₂ Ganska viktigt
- ₃ Mindre viktigt
- ₄ Inte alls viktigt

152. Besöka konstutställning, teater, bio eller dylikt?

a. I vilken utsträckning?

- ₁ Ofta
- ₂ Ganska ofta
- ₃ Vid enstaka tillfällen
- ₄ Inte alls

<

b. Hur betydelsefullt?

- ₁ Mycket viktigt
- ₂ Ganska viktigt
- ₃ Mindre viktigt
- ₄ Inte alls viktigt

153. Lyssna på musik?

a. I vilken utsträckning?

- ₁ Ofta
- ₂ Ganska ofta
- ₃ Vid enstaka tillfällen
- ₄ Inte alls

b. Hur betydelsefullt?

- ₁ Mycket viktigt
- ₂ Ganska viktigt
- ₃ Mindre viktigt
- ₄ Inte alls viktigt

154. Sjunga och/eller spela musik?

a. I vilken utsträckning?

- ₁ Ofta
- ₂ Ganska ofta
- ₃ Vid enstaka tillfällen
- ₄ Inte alls

>

b. Hur betydelsefullt?

- ₁ Mycket viktigt
- ₂ Ganska viktigt
- ₃ Mindre viktigt
- ₄ Inte alls viktigt

<

155. Utföra någon sorts handarbete/hantverk?

+

+

a. I vilken utsträckning?

- ₁ Ofta
- ₂ Ganska ofta
- ₃ Vid enstaka tillfällen
- ₄ Inte alls

b. Hur betydelsefullt?

- ₁ Mycket viktigt
- ₂ Ganska viktigt
- ₃ Mindre viktigt
- ₄ Inte alls viktigt

156. Titta på TV och/eller lyssna på radio?

a. I vilken utsträckning?

- ₁ Ofta
- ₂ Ganska ofta
- ₃ Vid enstaka tillfällen
- ₄ Inte alls

b. Hur betydelsefullt?

- ₁ Mycket viktigt
- ₂ Ganska viktigt
- ₃ Mindre viktigt
- ₄ Inte alls viktigt

157. Läsa tidningar och/eller böcker?

+

a. I vilken utsträckning?

- ₁ Ofta
- ₂ Ganska ofta
- ₃ Vid enstaka tillfällen
- ₄ Inte alls

b. Hur betydelsefullt?

- ₁ Mycket viktigt
- ₂ Ganska viktigt
- ₃ Mindre viktigt
- ₄ Inte alls viktigt

158. Spela kort och/eller sällskapsspel?

a. I vilken utsträckning?

- ₁ Ofta
- ₂ Ganska ofta
- ₃ Vid enstaka tillfällen
- ₄ Inte alls

b. Hur betydelsefullt?

- ₁ Mycket viktigt
- ₂ Ganska viktigt
- ₃ Mindre viktigt
- ₄ Inte alls viktigt

159. Deltaga i någon typ av föreningsliv?

a. I vilken utsträckning?

- ₁ Ofta
- ₂ Ganska ofta
- ₃ Vid enstaka tillfällen
- ₄ Inte alls

+

b. Hur betydelsefullt?

- ₁ Mycket viktigt
- ₂ Ganska viktigt
- ₃ Mindre viktigt
- ₄ Inte alls viktigt

+

>

160. Deltaga i religiösa aktiviteter?

<

a. I vilken utsträckning?

- ₁ Ofta
- ₂ Ganska ofta
- ₃ Vid enstaka tillfällen
- ₄ Inte alls

b. Hur betydelsefullt?

- ₁ Mycket viktigt
- ₂ Ganska viktigt
- ₃ Mindre viktigt
- ₄ Inte alls viktigt

161. Vara för Dig själv, i lugn och ro, och "filosofera"?

a. I vilken utsträckning?

- ₁ Ofta
- ₂ Ganska ofta
- ₃ Vid enstaka tillfällen
- ₄ Inte alls

b. Hur betydelsefullt?

- ₁ Mycket viktigt
- ₂ Ganska viktigt
- ₃ Mindre viktigt
- ₄ Inte alls viktigt

201. Handla dagligvaror? (T ex livsmedel, hygienartiklar, tidning)

a. I vilken utsträckning?

- ₁ Ofta
- ₂ Ganska ofta
- ₃ Vid enstaka tillfällen
- ₄ Inte alls

<

b. Hur betydelsefullt?

- ₁ Mycket viktigt
- ₂ Ganska viktigt
- ₃ Mindre viktigt
- ₄ Inte alls viktigt

>

<

Frågor om Din sömn

162. Har Du svårigheter att somna?

+

+

1

Ja

2

Nej

3

Vet ej

163. Tar Du eller är Du beroende av medicin för att kunna somna?

1

Ja

2

Nej

3

Vet ej

164. Vaknar Du under natten?

1

Ja

2

Nej

3

Vet ej

165. Har Du svårigheter att somna/förbli sovande på grund av sinnesstämning eller spänning?

+

1

Ja

2

Nej

3

Vet ej

166. Har Du svårigheter att sova på grund av smärtor eller klåda?

1

Ja

2

Nej

3

Vet ej

167. Är Du oförmögen att somna om efter att ha vaknat på natten?

1

Ja

2

Nej

3

Vet ej

168. Vaknar Du tidigt?

1

Ja

2

Nej

3

Vet ej

+

+

169. Känner Du dig trött och sover mer än två timmar under dagen?

<

>

- ₁ Ja ₂ Nej ₃ Vet ej

170. Använder Du sömntabletter?

- ₁ Aldrig
₂ Någon gång/månad
₃ Flera gånger/månad
₄ Någon gång i veckan
₅ Varje natt

171. Hur många timmar brukar Du sova på natten under ett typiskt dygn?

Antal timmar:

171a. Har Du nu eller tidigare haft episoder då Du varit orolig och fysiskt aktiv när Du sover? (T ex snurrat runt i sängen, pratat eller ropat i sömnen, agerat i drömmarna, ev. skadat Dig i sömnen?)

<

- ₁ Ja ₂ Nej ₃ Vet ej

171b. Under den senaste månaden, brukar Du vakna utvilad på morgonen?

- ₁ Ja ₂ Nej ₃ Vet ej

171c. Under den senaste månaden, hur vill Du bedöma Din sömnkvalité?

- ₁ Mycket bra
₂ Ganska bra
₃ Ganska dåligt
₄ Mycket dåligt
₅ Vet ej

>

<

171d. Har Du stora problem med att somna?

+

+ ₁ Ja ₂ Nej ₃ Vet ej**Om JA;****171e. Hur stora problem har Du med att:** (Svara med ett X på varje rad)

	Inga	Små	Måttliga	Stora	Mycket stora
a. Somna på kvällen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b. Du vaknar under natten?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c. Sömnen inte gör dig utvilad?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

+

171f. I vilken grad anser Du att dina sömnsvårigheter stör dig i din vardag?

(T ex Trötthet, arbete, koncentration, minne och humör)

- ₁ Inga
- ₂ Små
- ₃ Måttliga
- ₄ Stora
- ₅ Mycket stora

+

+

Till Dig som har någon form av behovsprövad hjälp

172. Funderade Du innan hjälpbehov uppstod, på vilken hjälp Du skulle komma att behöva när Du blev äldre? <

>

- ₁ Ja
- ₂ Nej
- ₃ Vet ej

173. Fick Du, när väl hjälpbehov uppstod, hjälp i enlighet med Dina önskemål?

- ₁ Ja
- ₂ Nej
- ₃ Vet ej

174. Har Du ändrat inställning till hur Du vill att Din hjälp ska organiseras, med tanke på att Du blir äldre?

- ₁ Ja
- ₂ Nej
- ₃ Vet ej

Till Dig som inte har någon form av behovsprövad hjälp

175a. Funderar Du på vilken hjälp Du kan komma att behöva i framtiden, med tanke på att Du blir äldre? <

- ₁ Ja
- ₂ Nej

b. Av vem/vilka skulle Du helst ta emot hjälp? (Flera alternativ kan anges)

- ₁ Make/maka
- ₂ Sambo
- ₃ Särbo
- ₄ Egna barn
- ₅ Övriga anhöriga
- ₆ Vänner
- ₇ Kommunal omsorg
- ₈ Privata omsorgsföretag
- > ₉ Frivilliga organisationer, t ex Röda Korset, kyrkan <

Hjälp till närstående

(T ex anhöriga, vänner, grannar)

**176a. Hjälper Du någon närstående med nedsatt hälsa eller nedsatt funktions- +
+ förmåga med skötseln av hemmet och andra vardagssysslor eller personlig
omvårdnad? (Flera alternativ kan anges)**

- ₁ Ja, i det egna hushållet
- ₂ Ja, utanför det egna hushållet
- ₃ Tidigare, men inte nu längre
- ₄ Nej

176e. Har du givit tillsyn av någon närstående p g a oro för risker, t ex olyckor?

- ₁ Ja, i det egna hushållet
- ₂ Ja, utanför det egna hushållet
- ₃ Tidigare, men inte nu längre
- ₄ Nej; **om NEJ på fråga 176a och 176e, gå till fråga 191 på sidan 56**

+

**c. Om JA, får Du någon form av ekonomisk ersättning för den insatsen i form av
s k anhörigbidrag? (Kan benämnas olika t ex hemvårdsbidrag, objektanställning mm.)**

- ₁ Ja
- ₂ Nej

d. Annan privat ersättning?

- ₁ Ja
- ₂ Nej

177. Hur ofta hjälper Du någon närstående?

- ₁ Mindre än en gång i veckan
- ₂ Ca en gång i veckan
- ₃ 2 -3 gånger i veckan
- ₄ 4 - 6 gånger i veckan
- ₅ Varje dag

177a. Är det en man eller kvinna som Du givit hjälp?

- ₁ Kvinna
- ₂ Man

177b. Vilken ålder har den som Du hjälpt? År

₂ Vet ej

+

+

204a. Ange orsaker till varför du gav Din närstående hjälp? (Flera alternativ kan anges)

<

- >
- ₁ Sviter efter stroke
 - ₂ Annan neurologisk sjukdom (t ex MS, Parkinson)
 - ₃ Demenssjukdom
 - ₄ Annan psykisk sjukdom(t ex förvirring,nedstämdhet,oro, annan beteendestörning)
 - ₅ Sviter efter hjärt- kärlsjukdom
 - ₆ Sviter efter fraktur
 - ₇ Sviter efter annan sjukdom
 - ₈ Annan orsak

204b. Ange om mer än en orsak, den huvudsakliga orsaken till varför Du gav hjälp?

<

177c. Kan Den närstående lämnas ensam under någon del av dagen? (Ej natten)

- ₁ Ja ₂ Nej ₃ Vet ej

Om JA;

177d. Hur länge ungefär?

- ₁ ½ timma
- ₂ En timma
- ₃ Några timmar
- ₄ Längre
- ₅ Vet ej

177e. Hur många tillfällen senaste veckan har Din nattsömn blivit störd p g a den närståendes symptom/tillsynsbehov? (För dig som är samboende)

- ₂ Ej samboende

>

<

178. Ange hur Du hjälper Din närstående boende i det egna hushållet.

+

(Flera alternativ kan anges)

+

- ₉ Ej aktuellt
- ₁ Jag anpassar mina egna aktiviteter för att kunna vara tillhands och föregripa att något händer min närstående som kan leda till ökat vårdbehov eller komplicera hans/hennes situation.
- ₂ Jag håller regelbunden (minst varje vecka) uppsikt över min närstående så att jag kan vidta åtgärder som förebygger att problem uppstår (t ex kontrollerar att medicinering sköts, att han/hon äter ordentligt).
- ₃ Jag hjälper min närstående praktiskt med sådana saker som att följa med på läkarbesök, ta kontakt med sjukhus och/eller distriktssköterskan.
- ₄ Jag hjälper regelbundet (mer än en gång/vecka) min närstående med sådant som städning, matlagning, inköp eller andra ärenden.
- ₅ Jag hjälper regelbundet (mer än en gång/vecka) min närstående med personlig omvårdnad (t ex att äta, sköta hygien, klä på sig).
- ₆ Jag hjälper regelbundet (mer än en gång/vecka) min närstående med sjukvårdstekniska åtgärder (t ex såromläggning, kateter, läkemedelsuppdatering).
- ₇ Jag hjälper regelbundet (mer än en gång/vecka) genom att träna min närstående till förbättrade funktioner (t ex genom att gå tillsammans, att röra hans/hennes armar och/eller att träna minnet).
- ₈ Annat (ange vad): _____

+

+

179. Ange hur Du hjälper Din närstående boende utanför det egna hushållet.

(Flera alternativ kan anges)

>

- ₉ Ej aktuellt
- ₁ Jag anpassar mina egna aktiviteter för att kunna vara tillhands och föregripa att något händer min närstående som kan leda till ökat vårdbehov eller komplicera hans/hennes situation.
- ₂ Jag håller regelbunden (minst varje vecka) uppsikt över min närstående så att jag kan vidta åtgärder som förebygger att problem uppstår (t ex kontrollerar att medicinering sköts, att han/hon äter ordentligt).
- ₃ Jag hjälper min närstående praktiskt med sådana saker som att följa med på läkarbesök, ta kontakt med sjukhus och/eller distriktssköterskan.
- ₄ Jag hjälper regelbundet (mer än en gång/vecka) min närstående med sådant som städning, matlagning, inköp eller andra ärenden.
- ₅ Jag hjälper regelbundet (mer än en gång/vecka) min närstående med personlig omvårdnad (t ex att äta, sköta hygien, klä på sig).
- ₆ Jag hjälper regelbundet (mer än en gång/vecka) min närstående med sjukvårdstekniska åtgärder (t ex såromläggning, kateter, läkemedelsuppdatering).
- ₇ Jag hjälper regelbundet (mer än en gång/vecka) genom att träna min närstående till förbättrade funktioner (t ex genom att gå tillsammans, att röra hans/hennes armar och/eller att träna minnet).

₈ Annat (ange vad): _____

>

<

180. Hjälpte Du under den senaste månaden någon närstående p g a dennes ohälsa eller nedsatta funktionsförmåga med skötseln av hemmet eller andra vardags-sysslor? (T ex laga mat, handla mat och andra inköp, tvätta kläder, diska, städa, + sköta ekonomin, tala i telefon, åka/köra bil, andra transporter)

₁ Ja

₂ Nej; **om NEJ, gå till fråga 182 på sidan 52**

181. Om JA, besvara följande frågor (ange med kryss vilka alternativ som är aktuella samt ange den ungefärliga insatsen under den **senaste månaden** som Du gav sådan hjälp):

Vem/vilka gav Du hjälpen?	Bor personen/ personerna i samma hushåll?		Hjälp senaste månaden		
	Man	Kvinna	Ja	Nej	Antal timmar senaste månaden som Du gav hjälp
a. Förälder	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="text"/>
b. Make/maka/sambo/partner	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="text"/>
c. Barn	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="text"/>
l. Annan(t ex annan släkting, vän)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="text"/>

182. Hjälpte Du under den senaste månaden någon närstående p g a dennes ohälsa eller nedsatta funktionsförmåga med personlig omvårdnad? (T ex att äta, klä på/av, gå på toaletten, duscha/bada, tvätta sig, förflytta sig) +

₁ Ja

₂ Nej; **om NEJ, gå till fråga 204 på sidan 53**

183. Om JA, besvara följande frågor (ange med kryss vilka alternativ som är aktuella samt ange den ungefärliga insatsen under den **senaste månaden** som Du gav sådan hjälp):

Vem/vilka gav Du hjälpen?	Bor personen/ personerna i samma hushåll?		Hjälp senaste månaden		
	Man	Kvinna	Ja	Nej	Antal timmar senaste månaden som Du gav hjälp
a. Förälder	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="text"/>
b. Make/maka/sambo/partner +	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="text"/>
c. Barn	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="text"/>
l. Annan(t ex annan släkting, vän)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="text"/> +

204. Har Du givit tillsyn av någon närstående senaste veckan på grund av oro för risker, t ex olyckor, förhindra allvarlig händelse? <

>

₁ Ja

₂ Nej; **Om NEJ på fråga 180,182,204, gå till fråga 191 på sidan 56**

205. Om JA, besvara följande frågor (ange med kryss vilka alternativ som är aktuella samt ange den ungefärliga insatsen under den senaste veckan som Du gav sådan hjälp):

Vem/vilka gav Du hjälpen?			Bor personen/ personerna i samma hushåll?		Hjälp senaste veckan
	Man	Kvinna	Ja	Nej	Antal timmar senaste veckan som Du gav hjälp
a. Förälder	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="text"/>
b. Make/maka/sambo/partner	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="text"/>
c. Barn	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="text"/>
I. Annan(t ex annan släkting, vän)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="text"/>

>

<

Anhörigstöd

206. Har Du behov av anhörigstöd för egen del?

+

- + ₁ Ja
₂ Nej

214. Har Du sökt anhörigstöd från kommunen?

- ₁ Ja
₂ Nej

207. Har Du blivit erbjuden anhörigstöd från kommunen?

- ₁ Ja
₂ Nej
₃ Ej aktuellt

215d. Ja, jag har blivit erbjuden anhörigstöd, men tackat nej.

- ₁ Ja +
₂ Nej; **om NEJ, gå till fråga 215b på sidan 54**

209a. Varför har Du tackat NEJ till erbjudande om stöd? (Flera alternativ kan anges)

- ₁ Jag har avstått p g a att det kostar för mycket
₂ Jag har avstått p g a att erbjuden hjälp inte passade mig
₃ Jag har avstått p g a att erbjuden hjälp inte passade min närstående
₄ Jag har avstått p g a att erbjuden hjälp inte kunde ges på tider som passade mig
₅ Jag har avstått eftersom jag klarar mig utan stöd för tillfället
₆ Annat skäl, ange vilket _____

215b. Ja, jag har fått anhörigstöd från kommunen.

- ₁ Ja
₂ Nej; **om NEJ, gå till fråga 208 på sidan 55**

215c. Vilken form av anhörigstöd har Du fått? (Flera alternativ kan anges)

- ₁ Hemtjänst (avlösning i det egna hemmet)
₂ Dagvård (avlösning i form av dagvård för den närstående)
₃ Korttidsvård
+ ₄ Särskilt boende

+

208. Får Du stödjande samtal? (Förutom de samtal Du har med Din familj, Dina vänner) <

- > ₁ Ja, enskilt
₂ Ja, i grupp
₃ Nej, jag behöver inte
₄ Nej, men jag skulle vilja

209. Har Du fått erbjudande om annat stöd från kommunen?

(T ex information, hjälpmedel, anhörigbidrag, utbildning)

- ₁ Ja
₂ Nej
₃ Ja, men har avstått

215a. Har du tagit emot anhörigstöd från kommunen under de senaste tre månaderna?

- ₁ Ja
₂ Nej
₃ Ej aktuellt

216. Är du nöjd med det stöd Du får?

- ₁ Ja, det har varit tillräckligt <
₂ Ja, men det har inte varit tillräckligt
₃ Nej, inte alls
₄ Ej aktuellt

188. Anser Du att Din egen hälsa har påverkats av vårdansvaret?

- ₁ Ja
₂ Nej
₃ Vet ej
₄ Ej aktuellt

210. Hur har Dina möjligheter till eget liv, personliga relationer och nöjen påverkats av Din vårdgiversituation?

- ₁ Inga begränsningar
₂ Lätta begränsningar
₃ Måttliga begränsningar
₄ Stora begränsningar
> ₅ Ej aktuellt <

211. Hur har Dina möjligheter till eget yrkesliv påverkats av Din vårdgivarsituation? +

- + ₁ Inga begränsningar
- ₂ Lätta begränsningar
- ₃ Måttliga begränsningar
- ₄ Stora begränsningar
- ₅ Ej aktuellt (ålderspensionär, sjuk & aktivitetsersättning, sjukbidrag, förtida uttag)

212. Hur ofta känner du Dig tyngd av bördan i vården av Din anhörig?

- ₁ Aldrig
- ₂ Sällan
- ₃ Ibland
- ₄ Ganska ofta
- ₅ Nästan jämt
- ₆ Ej aktuellt

190. Anser Du att den hjälp Du kan ge Din närstående är tillräcklig för denne/denna?

- ₁ Ja +
- ₂ Nej
- ₃ Vet ej
- ₄ Ej aktuellt

191. Har Du själv fyllt i denna enkät?

- ₁ Ja, helt själv
- ₂ Ja, men fått hjälp av: _____
- ₃ Nej; vem har fyllt i den: _____
- ₄ Telefonintervjuad: _____

203. Övriga kommentarer: _____

+ _____ +

Tack!

***Tack för att du tog Dig tid och fyllde i
det här frågeformuläret. Dina svar är
en ovärderlig hjälp för oss.***

Verksamhetsområde Geriatrik
Skånes universitetssjukhus Malmö, CRC
Jan Waldenströms gata 35
205 02 Malmö

IM 2017-11-14