



**SVARA GENOM ATT SÄTTA KRYSS  I RÄTT ELLER MEST LÄMPAD RUTA.  
FÖRST KOMMER NÅGRA FRÅGOR OM DIG SJÄLV.**

1. Är Du kvinna eller man?  Kvinna  Man  Jag vill inte säga
2. Vilket är Ditt nuvarande civilstånd?  Gift  Sambo  Skild  Ogift  
 Änka/Änkling  Särbo
3. a. Vilken typ av ort bor Du på?  Stad  Tätort  Landsbygd  Skärgård
- b. Är Du född/upp vuxen på den ort Du bor idag?  Ja  Nej
- c. Hur länge har Du bott på den ort Du bor nu? |\_|\_| år
4. Vilket är Ditt modersmål?  Svenska  Finska  Annat modersmål
5. Upplever Du att Du är:  Enspråkig svensk  Enspråkig finsk  Tvåspråkig
6. a. Hur bor Du idag?  Egnahemshus  Radhus  Lägenhet  
 Seniorboende (t.ex. serviceboende, pensionärshem)  
 Vård- och omsorgsboende (t.ex. effektiverat serviceboende, äldreboende)  
 Annat
7. Bor Du ihop med någon? (Flera alternativ möjliga)  
JA, bor med  Make/Maka/Sambo  
 Syskon  
 Barn  
 Barnbarn  
 Annan släkting  
 Någon annan  
NEJ  Jag bor ensam
8. Vilken skolutbildning har Du? Ange **högsta utbildning**.  
 Folkskola  
 Mellanskola  
 Folkhögskola  
 Yrkesskola, facklig skola  
 Högre yrkesutbildning  
 Studentexamen  
 Universitets- eller högskoleutbildning
9. a. Förvärsarbetar Du fortfarande?  Ja  Nej
- b. Vid vilken ålder gick Du i pension? |\_|\_| år

**10. Hur ofta har Du kontakt med någon/några av följande personer?**

	Flera gånger i veckan	Flera gånger i månaden	Någon gång om året	Aldrig	Personen finns inte
a. Maka/Make/Sambo/Särbo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Barnbarn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Syskon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Föräldrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Övriga släktingar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Vänner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Grannar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**11. Vilka av följande personer är viktiga för att Ditt vardagsliv skall fungera?**

(Flera alternativ är möjliga)

- Maka/make/sambo/särbo    Barn    Barnbarn    Syskon  
 Föräldrar    Övriga släktingar    Vänner    Grannar  
 Hemtjänst    Hälsovårdare/sjukskötare    Någon annan  
 Ingen

**12. Har Du någon förtrogen Du kan prata med om precis allting, alltså dela både bekymmer och glädjeämnen med? (Flera alternativ möjliga)**

- Ja    Make/maka/sambo/särbo    Barn    Barnbarn    Syskon  
 Föräldrar    Annan släkting    Vänner    Grannar  
 Hemtjänst    Hälsovårdare/sjukskötare    Någon annan

Nej    Ingen**13. a) Använder Du internet (via dator, surfplatta, smarttelefon eller dylikt)?**

- Ja, självständigt  
 Ja, med stöd/hjälp av någon annan  
 Nej, någon annan sköter ärenden på internet åt mig  
 Nej, jag använder inte internet

Om Du svarat Nej gå vidare till **fråga 14.****b) Har Du använt internet i följande syften under den senaste månaden? (Flera alternativ möjliga)**

- Nyttotjänster (t.ex. bank, Folkpensionsanstalten, vårdtjänster, inköp eller resebokning)  
 Arbete eller studier  
 Nyhetsuppföljning eller informationssökning (t.ex. dagstidningar, nyhetsforum)  
 Hobby/underhållning (t.ex. musik, film, intresseforum, spel)  
 Kommunikation med släkt och/eller vänner (via t.ex. e-post, Skype, Facebook, sociala nätverk)  
 Kommunikation för att stifta nya bekantskaper (via t.ex. Facebook, forum, online-dejting)  
 Stödgrupp  
 Annat



## NÄRSTÅENDEVÅRD

En närståendevårdare är en person, som tar hand om en familjemedlem eller någon annan närstående som p.g.a. sjukdom, funktionsnedsättning eller någon annan orsak är i behov av hjälp och stöd och därför inte klarar sig självständigt i vardagslivet.

### 15. a) Vem ger Du närståendevård åt? (Flera alternativ möjliga)

- Närstående i mitt eget hushåll  
 Närstående i annat hushåll  
 Jag ger inte närståendevård åt någon → gå vidare till fråga 18

### b) Vem hjälper Du? (Flera alternativ möjliga)

- Maka/make/sambo     Förälder/föräldrar     Svärförälder/föräldrar     Barn  
 Barnbarn     Syskon     Annan, släkting     Annan, ej släkting

### c) Erhåller Du någon typ av stöd från kommun eller annan organisation för att utföra närståendevård? (t.ex. avlastning, ekonomisk ersättning, servicesedlar m.m.)

- Nej     Ja

### d) Hur ofta ger Du närståendevård?

- Varje dag     Minst en gång i veckan     Minst en gång i månaden

### e) Vad hjälper Du med? (flera alternativ möjliga)

- Praktiska göromål     Personlig hygien     Emotionellt stöd     Ekonomiskt stöd

### f) Om Du tänker på personen Du huvudsakligen ger närståendevård åt, vad är orsaken till att hen behöver hjälp? (flera alternativ möjliga)

- Minnesproblem     Fysisk sjukdom     Psykisk sjukdom     Annat

## 16. Att regelbundet hjälpa någon närstående ...

...känns meningsfullt och ger glädje och tillfredsställelse

- Instämmer     Instämmer delvis     Instämmer inte

...leder till att min egen hälsa blivit lidande

- Instämmer     Instämmer delvis     Instämmer inte

... leder till att jag inte kan göra det jag tänkt mig vid denna tid i livet

- Instämmer     Instämmer delvis     Instämmer inte

## 17. Upplever Du att Du som närståendevårdare har...

... oroat Dig över att Du inte ska kunna ta hand om Din närstående på rätt sätt?     Ja     Nej

... visats uppskattning från samhället för den vård Du ger åt Din närstående?     Ja     Nej

---

## EKONOMI

### 18. Är Du nöjd med Din totala ekonomiska situation?

- Mycket nöjd     Ganska nöjd     Ganska missnöjd     Mycket missnöjd

### 19. Din månadsinkomst efter skatt?

- 0 – 500 euro     501 - 1000 euro     1001 - 1500 euro     1501 - 2000 euro     mer än 2000 euro

### 20. Får Du Din ekonomi att gå ihop?

- Utan svårighet     Med viss svårighet     Ganska svårt     Mycket svårt

## ÅLDERSUPPFATTNING

21. Vilken inställning tycker Du generellt att det finns gentemot äldre människor i vårt samhälle?

	Positiv	Neutral	Negativ	Vet ej
I dagstidningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I reklamen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inom politiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På arbetsmarknaden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inom hälso- och sjukvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I affärer, banker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I kulturella sammanhang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I det språk som används	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I det sätt på vilket äldres kroppar framställs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I ekonomin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inom juridiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I grannskapet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inom pensionärsorganisationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Har Du under det senaste året erfarenheter av att ha behandlats som *gammal*?

Ja                       Nej                       Vet ej

23. Har Du någon gång under det senaste året blivit dåligt bemött eller diskriminerad enbart på grund av Din ålder?

Ja                       Nej                       Vet ej

24. I vilken omfattning har de (70+) rekommendationer som infördes i samband med covid-19-pandemin medfört att Du upplevt Dig behandlad som gammal?

Mycket stor omfattning     Viss omfattning     Liten omfattning     Ingen omfattning

25. I vilken omfattning har de (70+) rekommendationer som infördes i samband med covid-19-pandemin medfört att Du upplevt Dig som dåligt bemött eller diskriminerad på grund av din ålder?

Mycket stor omfattning     Viss omfattning     Liten omfattning     Ingen omfattning

26. I vilken omfattning har besöksförbudet som infördes på sjukhus och äldreboenden under covid 19-pandemin påverkat Dig på ett negativt sätt?

Mycket stor omfattning     Viss omfattning     Liten omfattning     Ingen omfattning

27. Nu följer tre påståenden om kroppsbild och åldersupplevelse. Välj för vart och ett det alternativ som stämmer bäst med Din uppfattning om Dig själv.

	Yngre än jag är	Den ålder jag är	Äldre än jag är
a. Jag känner mig fysiskt (kroppsligen) som	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Jag tror andra människor ser mig som	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. I mitt inre känner jag mig som	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## SAMHÄLLSPÅVERKAN OCH FÖRENINGSAKTIVITET

### 28. Röstade Du vid det senaste...

	Ja	Nej	Vet ej
Kommunalvalet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riksdagsvalet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Europaparlamentsvalet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kyrkofullmäktigevalet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presidentvalet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagtingsvalet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 29. Har Du under den senaste 5-årsperioden påtalat någon brist eller felaktighet?

	Ja, många gånger	Ja, någon enstaka gång	Nej	Minns ej
a. Tagit kontakt med någon tjänsteman/förtroendeman	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Överklagat myndighetsbeslut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Skrivit insändare/artikel i tidning/inlägg i sociala medier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Undertecknat upprop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Deltagit i demonstration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Bojkottat en vara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 30. Hur stort förtroende har Du för följande samhällsinstitutioner?

	Stort förtroende	Varken stort eller litet	Litet förtroende	Kan inte ta ställning
Riksdagen och regeringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kyrkan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Försvarsmakten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De fackliga organisationerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domstolarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massmedierna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bankerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Posten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet och kommunikationstjänst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folkpensionsanstalten (FPA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forskningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Institutet för hälsa och välfärd (THL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunledningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hälsovården/sjukvården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brand/räddningstjänsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Äldreomsorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**31. Ange hur följande tre påståenden stämmer med Din egen uppfattning.**

	Instämmer helt	Instämmer till viss del	Instämmer inte alls
Jag känner mig stark och inflytelserik i samhället.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Människor har rätt att fatta sina egna beslut, även om de är dåliga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Människor som går samman kan påverka makthavarna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**32. Hur stort förtroende har Du för följande personer och grupper?**

	Stort förtroende	Varken stort eller litet	Litet förtroende	Kan inte ta ställning
Egen familj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vänner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grannar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**33. Deltar Du i någon form av frivilligt, obetalt arbete för någon förening?** (t.ex. social organisation eller hjälpporganisation, religiös förening, idrottsförening, kulturell förening).

Nej       Ja

**34. Ange nedan i vilka typer av föreningar Du är medlem, samt hur aktiv Du är i dessa föreningar.**

	Aktiv medlem	Passiv medlem	Inte medlem
Idrotts- eller friluftsförening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Politiskt parti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Religiös eller andlig förening/församling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Social- eller hälsoorganisation (ex. Röda korset)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kulturförening (ex. teaterförening, kör, konstklubb)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensionärsförening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förening för boendet/lokalsamhället	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anhörig- /patientförening (ex. demens-, cancerförening)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan intresseförening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**35. Använder Du några av följande tjänster?**

	Ja	Nej
Hemtjänst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matservice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trygghetstelefon eller dyl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bostadens skötsel/inköp/ärenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Färdtjänst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemsjukvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IT-stöd (hjälp med internet, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**36. Ta ställning till följande påståenden som rör ditt närområde, det vill säga inom 20 minuters gångavstånd från din bostad.**

	Stämmer helt	Stämmer ganska bra	Stämmer ganska dåligt	Stämmer inte alls
De flesta personer i området går att lita på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Många personer i området känner sig rädda för att gå ut på kvällen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner mig hemma i detta område	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vandalism och klotter är ett stort problem i området	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**37. Finns det på det ställe du bor och i dess närområde faktorer som lockar till rörelse utomhus? (t.ex. närhet till grönområden, vägarnas skick)**

	Ja	Nej
1. Parker och andra grönområden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Motionsspår/ friluftsområde, skidspår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Natur, stuga, närhet till vatten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bekant miljö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Vackert landskap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Egen gård, trivsamt gårdsområde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Andra motionärer som inspirerar till rörelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Bra belysning vid motionsspåren/promenadstråken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Lugna, bra gator och cykel- och gångbanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Jämna trottoarer och gångbanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ställen att sitta ner och vila på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Trottoarer utan branta lutningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Tjänster och evenemang i närheten, butiker, torg, gågata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Fritt från biltrafik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Inga cyklister på gångbanorna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Trygga vägkorsningar; trafikljus, övergångsställen/refuger där man ska gå över vägen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## VÄLFÄRDSTEKNOLOGI

### 38. Jag kan tänka mig att...

... ta emot insatser som utförs med digital teknik istället för hjälp av omsorgspersonal

Instämmer helt  Instämmer delvis  Instämmer inte alls

... få hjälp och stöd av en robot

Instämmer helt  Instämmer delvis  Instämmer inte alls

### 39. Jag tror att...

... jag skulle kunna mig mer ensam om digital teknik ersätter besökande personal i vissa insatser

Instämmer helt  Instämmer delvis  Instämmer inte alls

... digital teknik som ersätter omsorgspersonal i vissa insatser skulle göra att det finns mer tid för sociala möten med omsorgspersonalen

Instämmer helt  Instämmer delvis  Instämmer inte alls

... digital teknik som ersätter omsorgspersonal i vissa insatser kan bidra till min självständighet

Instämmer helt  Instämmer delvis  Instämmer inte alls

### 40. Jag tycker att det finns behov av följande teknik i äldreomsorgen:

	I hög utsträckning	I viss utsträckning	Inte alls
a. Teknik som hjälper med personlig hygien (ex. duschrobot och självspolande toalett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Robot för städning (ex. städrobot, dammsugarrobot, robot för fönsterputs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Teknik för tillsyn (ex. natttillsyn via kamera, videotillsyn på dagen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Robot för social samvaro (robothusdjur, människoliknande sociala robotar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Automatisk medicinutdelare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 41. Använder Du dig av ovanstående tekniska lösningar?

Ja, en  Ja, flera  Nej

### 42. Hur har din inställning till att använda teknik istället för att få besök av omvårdnadspersonal förändrats i samband med covid-19?

Mer positiv  Mer negativ  Oförändrad  Vet ej

## HÄLSA OCH SJUKDOMAR

43. I allmänhet, hur skulle Du vilja säga att Din hälsa är?

- Utmärkt     Mycket god     God     Någorlunda     Dålig

44. Jämfört med för ett år sedan, hur skulle Du vilja bedöma Ditt allmänna hälsotillstånd nu?

- Mycket bättre     Något bättre     Ungefär detsamma     Något sämre     Mycket sämre

- |  | Ja                       | Nej                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 45. a. Är Du i grund och botten nöjd med Ditt liv? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Tycker Du att Ditt liv är tomt?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Är Du rädd att något skall hända Dig?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Känner Du Dig oftast glad och nöjd?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

46. Nedan följer några frågor om eventuella sjukdomar och sjukvård.

Har Du	Ja	Nej
... haft <i>slaganfall</i> (hjärnblödning, stroke, propp i hjärnan)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... haft <i>hjärtinfarkt</i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... eller har Du haft någon form av <i>cancer</i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... <i>högt blodtryck</i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... <i>medicin för blodtrycket</i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... <i>diabetes</i> (sockersjuka)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... problem med dina leder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... <i>vårdats på sjukhus</i> det senaste året?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... besökt/fått <i>besök av läkare</i> det senaste året?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... besökt/fått <i>besök av distriktssköterska</i> det senaste året?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. Upplever Du att Du har haft samma tillgång till sjukvård som yngre person i samband med covid-19?

- Ja     Nej     Vet ej

### MUNHÄLSA

- |  | Ja                       | Nej                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 48. a. Har Du huvudsakligen egna tänder?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Har Du tandimplantat?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Har Du tandproteser?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Är Du helt tandlös?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 49. a. Kan Du tugga all mat?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Besväras Du av muntorrhet?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Besväras Du av smärta i munnen?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Har Du besvärats av munsår sista året?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Har Du haft munsår tidigare i livet?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Kan Du borsta dina tänder själv?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Får Du hjälp att borsta dina tänder?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 50. a. Har Du träffat tandläkare det senaste året? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Har Du träffat tandhygienist det senaste året?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## SÖMN

Ja    Nej    Vet ej

51. a. Har Du god nattsömn?  Ja     Nej     Vet ej  
b. Snarkar Du när Du sover?  Ja     Nej     Vet ej  
c. Har Du andningsuppehåll under nattsönnen?  Ja     Nej     Vet ej  
d. Har Du stora urinmängder på nätterna?  Ja     Nej     Vet ej

## SMÄRTA

52. Har Du haft smärta/värk den senaste veckan?

- Ja                       Nej → gå vidare till fråga 54

53. Hur svår är smärtan/värken skattat från 0-10; 0=ingen smärta/värk och 10=värsta tänkbara smärta/värk? Ringa in den siffra som närmast motsvarar Din situation

Ingen smärta/värk

Värsta tänkbara smärta/värk

0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10

## VIKT OCH LÄNGD

54. Hur lång är Du nu?    |\_|\_|\_| cm

55. Vad väger Du idag?    |\_|\_| kg

56. Har Din vikt minskat under de senaste tre månaderna?

- Ja, mer än 3 kg  
 Vet ej  
 Ja, mellan 1 och 3 kg  
 Nej, ingen viktförlust

57. Om Din vikt minskat, var viktnedgången avsiktlig?     Ja     Nej

## SYN OCH HÖRSEL

58. Kan Du läsa texten i dagstidningen?

- Ja, utan glasögon  
 Ja, med glasögon  
 Ja, med annat synhjälpmedel  
 Nej

59. Kan Du höra vad någon säger till Dig i normal samtalston från cirka 1 meter?

- Ja, utan hörapparat  
 Ja, med hörapparat  
 Nej

60. Upplever Du att Du har dåligt minne?  Ja, och det påverkar mitt dagliga liv  
 Ja, men det påverkar inte mitt dagliga liv  
 Nej

## MEDICINER

61. Hur många olika sorters mediciner från apoteket tar Du regelbundet? | | | st

## FALL

Med uttrycken "falla" och "ramla" menar vi när en person hamnar på golvet eller marken oavsett vad som var orsaken eller vilka konsekvenser fallet fick.

62. Har Du fallit/ramlat det senaste året?  Ja  Nej  
Var föll/ramlade Du?  Inomhus  Utomhus  Både inom- och utomhus

63. Har Du fallit/ramlat den senaste veckan?  Ja  Nej  
Var föll/ramlade Du?  Inomhus  Utomhus  Både inom- och utomhus

64. Är Du rädd för att falla/ramla?  Ja  Nej

## LIVSKVALITET

65. Ta ställning till följande frågor om Din livskvalitet.

	Ja	Nej
1. Blir saker och ting värre allteftersom Du blir äldre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Har Du lika mycket energi nu som för ett år sedan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Känner Du Dig väldigt ensam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Träffar Du släkt och vänner tillräckligt ofta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bekymrar Du Dig mer för småsaker nu än för ett år sedan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Känner Du Dig mindre nyttig allteftersom Du blir äldre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Oroar Du Dig ibland så mycket att Du inte kan sova?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Nu när Du blivit äldre, har saker och ting blivit bättre än Du hade förväntat Dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Känns det ibland som om livet inte är värt att leva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Är Du lika lycklig nu som när Du var yngre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Har Du mycket att vara ledsen över?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Är Du rädd för en massa saker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Blir Du lättare arg nuförtiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Är livet hårt mot Dig för det mesta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Är Du tillfreds med Ditt liv idag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Har Du lätt att ta illa vid Dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Blir Du lätt upprörd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## AKTIVITETSFÖRMÅGA

66. Duschar Du utan hjälp av någon annan?

Ja  Nej

67. Städar Du Din bostad själv (dammsuga, torka golv) utan hjälp av någon annan?

Ja  Nej

68. Gör Du Dina matinköp själv utan hjälp av någon annan?

Ja  Nej

69. Använder Du allmänna kommunikationer som buss, flyg eller tåg utan hjälp av någon annan?

Ja  Nej

70. Lagar Du mat själv utan hjälp av någon annan?

Ja  Nej

71. Använder Du något förflyttningshjälpmedel utomhus?

Nej  Ja, rollator/sparkcykel  Ja, annat  
 Ja, käpp/kryckkäpp  Ja, rullstol

72. Hur många gånger har Du varit utomhus med eller utan sällskap *den senaste veckan*?

Mer än 4 gånger/vecka  1-4 gånger/vecka  Har inte varit utomhus senaste veckan

73. Känner Du Dig trött och kraftlös?

Ja  Nej

74. Hinner Du korsa ett övergångsställe medan det är grönt ljus?

Ja, utan svårigheter  Ja, men med vissa svårigheter  Jag hinner inte korsa ett övergångsställe medan det är grönt ljus

75. Klarar Du av att lyfta och bära tunga saker, till exempel en tung matkasse?

Ja, utan svårigheter  Ja, men med vissa svårigheter  Jag klarar inte av att bära tunga saker

76. Hur anser Du att Din nuvarande fysiska kondition är?

Mycket bra  Ganska bra  Nöjaktig  Ganska dålig  Mycket dålig

## AKTIVITETSVANOR

77. Hur ofta har du utfört något ansträngande fysisk aktivitet såsom rask promenad, räfsa löv, tvätta fönster, cykling, simning eller andra motionsaktiviteter i måttligt tempo de senaste 7 dagarna?

- 1 gång  2 ggr  3 ggr  4 ggr  5 ggr  6 ggr  7 ggr  mer än 7 ggr

78. Hur lång tid har den något ansträngande aktiviteten pågått i genomsnitt per tillfälle?

- 10 min  20 min  30 min  40 min  50 min  60 min  mer än 60 min

79. Hur ofta har du utfört mycket ansträngande fysisk aktivitet såsom tyngre bygg- eller trädgårdsarbete, vedhuggning, intensiv stavgång, löpning eller andra motionsaktiviteter i högre tempo de senaste 7 dagarna?

- 1 gång  2 ggr  3 ggr  4 ggr  5 ggr  6 ggr  7 ggr  mer än 7 ggr

80. Hur lång tid har den mycket ansträngande aktiviteten pågått i genomsnitt per tillfälle?

- 10 min  20 min  30 min  40 min  50 min  60 min  mer än 60 min

81. Utför du balansträning minst 3 gånger per vecka? Ja  Nej

82. Utför du styrketräning minst 3 gånger per vecka? Ja  Nej

## ALKOHOL

83. Hur ofta under senaste tolv månader har Du druckit alkohol? (Detta inkluderar mellanöl, starköl, rött/vit vin, starkvin, sprit eller någon dryck som innehåller alkohol)

Aldrig → gå vidare till fråga 86

En gång i månaden eller mindre  2–4 ggr i månaden  2–3 ggr i veckan  4 ggr i veckan eller oftare

En alkoholportion motsvarar en flaska (33 cl) mellanöl eller cider, ett glas vin (12 cl) eller ett glas starksprit (4 cl)

84. Hur många portioner alkohol har du vanligen druckit de dagar när du druckit något?

- 1-2 portioner  
 3-4 portioner  
 5-6 portioner  
 7-9 portioner  
 10 portioner eller mer

85. Hur ofta har du druckit sex alkoholportioner eller mer per gång?

- Aldrig  
 Mindre än en gång i månaden  
 En gång i månaden  
 En gång i veckan  
 Dagligen eller nästan dagligen



- |                                   | Ja                       | Nej                      |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 87. a. Är Du nöjd med Ditt liv?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Känner Du Dig behövd?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Har Du planer inför framtiden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Har Du livslust?               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Är Du deprimerad/nedstämd?     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Lider Du av ensamhet?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |  | Ja                       | Nej                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 88. Tror Du på en Gud eller en högre makt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

89. Har Du under det *senaste året (12 månaderna)* upplevt något som Du skulle vilja beteckna som en kris i livet? (Flera alternativ möjliga)

- Ja  Egen sjukdom  
 Närståendes sjukdom  
 Dödsfall inom familjekretsen  
 Vuxet barn  
 Partner  
 Annan  
 Dödsfall i vänkretsen  
 Separation/skilsmässa  
 Andra familjeproblem  
 Flyttning till annan ort  
 Försämrad ekonomi  
 Annat  
Nej  Det har inte skett sådana förändringar

90. Hur lycklig eller olycklig känner Du Dig för tillfället?

- Mycket lycklig  Ganska lycklig  Svårt att säga  Ganska olycklig  Mycket olycklig

91. Upplever Du Ditt liv idag tryggt eller otryggt?

- Mycket tryggt  Ganska tryggt  Svårt att säga  Ganska otryggt  Mycket otryggt

92. Hur meningsfullt upplever Du Ditt liv just nu?

- Mycket meningsfullt  Ganska meningsfullt  Svårt att säga  Ganska meningslöst  
 Mycket meningslöst

**TACK för att Du gav Dig tid att svara!**

Frågorna har säkert gett Dig en hel del tankar. Är det något speciellt Du vill förmedla eller kommentera med anledning av enskilda frågor eller frågeformuläret får du gärna kontakta någon av personerna som finns nämnda i följebrevet.