

FRÅGEFORMULÄR för Västerbottningar, Österbottningar och Ålänningar födda 1930, 1935, 1940, 1945, 1950 och 1955

Bästa mottagare!

Ca 20 000 personer i Västerbotten, Österbotten, Södra Österbotten och Åland har valts ut och får denna frågeblankett.

Syftet med formuläret är att undersöka de äldres hälsa och levnadsvillkor. Vi ställer därför frågor om bland annat intressen, umgänge, ekonomi, politiskt och socialt deltagande, makt, inflytande och hälsa. Undersökningen genomförs av forskare vid Umeå universitet, Åbo Akademi, Yrkeshögskolan NOVA, Seinäjoki Yrkeshögskola och Högskolan på Åland.

Dina svar behandlas enligt EU:s dataskyddsförordning och Umeå universitet är ansvariga för personuppgifterna. Enligt EU:s dataskyddsförordning har Du rätt att kostnadsfritt få ta del av de uppgifter om Dig som hanteras i projektet, och vid behov få eventuella fel rättade. Du kan också begära att uppgifter om dig raderas samt att behandlingen av dina personuppgifter begränsas (via dataskyddsombud). Dina svar och Dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Ett identifikationsnummer finns för att undvika onödiga påminnelsebrev. Identifikationsnumret sparas för att möjliggöra en uppföljning. Ditt namn kommer dock **inte** att kopplas till resultaten.

Att besvara frågeblanketten bygger på frivillighet, men vi hoppas att Du väljer att besvara frågeblanketten, eftersom detta ger oss ovärderlig och viktig information. Vi önskar därför att Du vill ägna en stund av Din tid för att bidra till kunskap om hur tillvaron kan gestalta sig i dagens Sverige och Finland, och att Du också tycker att det är viktig kunskap. *Dina erfarenheter och uppfattningar är betydelsefulla.*

Besvara frågorna med det svar som stämmer bäst. Om Du är osäker, svara ändå med det alternativ som känns riktigast. Har Du problem med att fylla i frågeblanketten på grund av dålig syn eller av något annat skäl, be gärna någon om hjälp. Är det någon praktisk detalj som Du är osäker på, så ring gärna till det nummer som finns härunder. **Det ifyllda formuläret skickar Du i medföljande portofria svarskuvert, helst inom två veckor.** Ett stort tack för Din hjälp! Tack på förhand för Ditt intresse och Ditt svar!

Umeå, oktober 2021

Praktiska frågor om enkäten besvaras av **Birgitta Olofsson**, Tel: 090-786 63 33 eller 070-661 64 63, e-post: birgitta.olofsson@umu.se. Dataskyddsombud nås på Tel: 090-786 50 00

Mer information om GERDA finns på vår hemsida www.gerdacenter.com

Yngve Gustafson
Professor, Geriatrik
Umeå Universitet

Birgitta Olofsson
Professor, Omvårdnad
Umeå Universitet

Fredrik Snellman
Lektor, Socialt arbete
Umeå Universitet

Ingeborg Nilsson
Professor, Arbetsterapi
Umeå Universitet

**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
- 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 Tvåspråkig svensk
6. Hur bor Du idag? Villa/Radhus Hyresrätt Bostadsrätt
 Trygghetsboende/seniorboende
 Vård och omsorgsboende (t.ex. särskilt boende, äldreboende)
 Annat
7. Bor Du ihop med någon? (Flera alternativ möjliga)
- JÅ, bor med Make/Maka/Sambo
 Syskon
 Barn
 Barnbarn
 Annan släkting
 Någon annan
- NEJ Jag bor ensam
8. Vilken skolutbildning har Du? Ange **högsta utbildning**.
- Mindre än 6 års folkskola
 Folkskola, grundskola, realskola (6-9 år)
 Flickskola
 Folkhögskola
 Yrkesskola, facklig skola
 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 Distriktssköterska/sjukvårdspersonal Någon annan
 Ingen

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

- Ja Make/maka/sambo/särbo Barn Barnbarn Syskon
 Föräldrar Annan släkting Vänner Grannar
 Hemtjänst Distriktssköterska/sjukvårdspersonal 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, Försäkringskassan, 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

AKTIVITETER, INTRESSEN OCH FRIVILLIGARBETE

14. Här följer en lista på olika aktiviteter; Vi önskar att Du besvarar 1. vilka aktiviteter Du utför, 2. vilka aktiviteter skulle Du vilja utföra och 3. om ditt engagemang i aktiviteten ändrats p.g.a. covid-19. **KRYSSA TRE KRYSS PÅ VARJE RAD.**

AKTIVITETER	1. Utför Du den här aktiviteten?		2. Vill du utföra den här aktiviteten?		3. Har ditt engagemang förändrats under covid-19?		
	Ja	Nej	Ja	Nej	Minskat	Ökat	Oförändrat
Friluftsliv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trädgårdsaktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husdjur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kulturella aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TV, video, bio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musik (t ex spela, sjunga, lyssna)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motion/idrott (t ex gympa, simning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anläggningsidrott (t ex ishockey)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bollspel (t ex fotboll, handboll)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bad, båt, segling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besöka idrottsevenemang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiske, jakt, skytte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hobby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Föreningsliv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Religiösa aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nöjen (t ex dans, restaurang)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgänge (t ex med familj, vänner)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spel (t ex bingo, tips, trav)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matlagning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hushållsarbete (t ex städa, tvätta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jord-/skogsbruk (t ex hugga ved)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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. **Besvara följande frågor om Du ger närståendevård.**

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 Förälder/föräldrar Svärförälder/svärföräldrar 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 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...**

... oroar 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 - 5 000 kr 5 001 - 10 000 kr 10 001 - 15 000 kr 15 001 - 20 000 kr mer än 20 000 kr

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 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 besöksförbuden som infördes på sjukhus och äldreboenden under covid-19 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"/>
Landstingsvalet	<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 eller 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 eller 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"/>
Socialstyrelsen	<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"/>
Försäkringskassan	<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"/>
Folkhälsomyndighet	<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 (Regionen)	<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	<i>Kan inte ta ställning</i>
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 hjälporganisation, 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	<i>Inte medlem</i>
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 (t.ex. Röda korset)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kulturförening (t.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 (t.ex. demens-, parkinson-, hjärt-, 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 o 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, vägnas 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 eller 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 känna 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

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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Snarkar Du när Du sover?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Har Du andningsuppehåll under nattsönnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Har Du stora uritmängder på nätterna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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, där 0=ingen smärta/värk och 10=värsta tänkbara smärta/värk? Sätt kryss i siffran 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*?

Var föll/ramlade Du?

- Ja Nej
- Inomhus Utomhus Både inom- och utomhus

63. Har Du fallit/ramlat den *senaste veckan*?

Var föll/ramlade Du?

- Ja Nej
- 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/krycka 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?

0 gång 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?

0 min 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, vedhugning, intensiv stavgång, löpning eller andra motionsaktiviteter i högre tempo per vecka?

0 gång 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?

0 min 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 folköl, 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 (50 cl) folköl, 33 cl starköl eller cider, ett glas vin (15 cl) eller 4 cl starksprit

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

VÄLBEFINNANDE OCH KRISER

86. Nedan följer 20 påståenden om hur Du kan uppfatta Dig själv och Din omvärld. Sätt ett kryss i rutan med den siffra som bäst överensstämmer med hur påståendet passar in på Dig. Påståendena skattas från 1 – 6, där siffran ett (1) innebär att Du helt tar avstånd från påståendet och siffran sex (6) att Du helt instämmer med påståendet. Om påståendet inte är aktuellt just nu, svarar Du hur det mestadels varit för Dig under livet.

Tar helt avstånd	1
Tar nästan helt avstånd	2
Tar delvis avstånd	3
Instämmer delvis	4
Instämmer nästan helt	5
Instämmer helt	6

	1	2	3	4	5	6
1. Jag tycker att det känns meningsfullt att umgås med andra människor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jag har lätt för att se saker och ting från olika synvinklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jag tycker det är spännande att prova på nya saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jag kan "förhålla mig" till kritik som riktas mot mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jag genomför det jag har planerat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jag kan ta emot stöd från andra när jag behöver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jag inser att världen inte är rättvis och kan hantera det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jag känner öppenhet inför livet och dess möjligheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Jag ser mig själv som en del i ett sammanhang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Jag värderar min självständighet högt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Jag kan vanligtvis släppa oförrätter som drabbat mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Jag ser på utmaningar som en möjlighet att utvecklas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Jag är en person man kan lita på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Jag känner samhörighet med andra människor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Jag tycker att det är viktigt att våga anta utmaningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Jag vet vad som hör till mitt ansvar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Jag har tålamod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Jag är en person som har båda fötterna på jorden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Jag söker stöd av andra människor när jag har det svårt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Jag är intresserad av att lära mig nya saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | 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
 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 maila, skriva brev eller kontakta någon av personerna som finns nämnda på första sidan/informationsbladet. **Du ska ha stort TACK!**