

70 år
och äldre

Liv & hälsa 2017

En undersökning om livsvillkor,
levnadsvanor och hälsa
Frågor för dig som är 70 år och äldre



Hjälp oss underlätta bearbetningen av dina svar

Enkäten läses maskinellt. När du besvarar enkäten ber vi dig därför att:

- Använda kulspetspenna med svart eller blå färg

- Skriva tydliga siffror, så här:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

- Markera dina svar med kryss, så här:

- Om du har svarat fel täck hela rutan med det felaktiga krysset, så här:

Kontakta oss gärna

Om du har frågor eller vill avregistrera dig från datainsamlingen är du välkommen att ringa till Enkätfabriken på telefonnummmer 020-12 10 28 eller skicka e-post till support@enkatfabriken.se

Om du har frågor om undersökningens syfte kan du skicka e-post till:

Region Uppsala

livohalsa@regionuppsala.se

Landstinget Sörmland

livohalsa@dll.se

Region Västmanland

livohalsa@regionvastmanland.se

Landstinget i Värmland

livohalsa@liv.se

Region Örebro län

livohalsa@regionorebrolan.se

Din hälsa

1. Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?

- Mycket bra
- Bra
- Någorlunda
- Dåligt
- Mycket dåligt

2. Har du någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, någon nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem?

- Nej
- Ja

3. Har du under de senaste 3 månaderna råkat ut för olycksfall som lett till att du sökt sjukvård eller tandvård?

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

4. Har du någon gång under de senaste 12 månaderna fallit omkull och skadat dig?

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

5. Har du något/några av följande diagnosticerade sjukdomar:

Sätt ett kryss på varje rad.

	Nej	Ja
Diabetes typ 1?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes typ 2?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KOL (Kroniskt Obstruktiv Lungsjukdom)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Högt blodtryck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Kryssa under varje rubrik bara i EN ruta som bäst beskriver din hälsa IDAG.

a) Rörlighet

- Jag har inga svårigheter med att gå omkring
- Jag har lite svårigheter med att gå omkring
- Jag har måttliga svårigheter med att gå omkring
- Jag har stora svårigheter med att gå omkring
- Jag kan inte gå omkring

b) Personlig vård

- Jag har inga svårigheter med att tvätta mig eller klä mig
- Jag har lite svårigheter med att tvätta mig eller klä mig
- Jag har måttliga svårigheter med att tvätta mig eller klä mig
- Jag har stora svårigheter med att tvätta mig eller klä mig
- Jag kan inte tvätta mig eller klä mig

c) Vanliga aktiviteter

(t ex arbete, studier, hushållssysslor, familje- eller fritidsaktiviteter)

- Jag har inga svårigheter med att utföra mina vanliga aktiviteter
- Jag har lite svårigheter med att utföra mina vanliga aktiviteter
- Jag har måttliga svårigheter med att utföra mina vanliga aktiviteter
- Jag har stora svårigheter med att utföra mina vanliga aktiviteter
- Jag kan inte utföra mina vanliga aktiviteter

d) Smärtor / besvär

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

e) Oro / nedstämdhet

- Jag är varken orolig eller nedstämd
- Jag är lite orolig eller nedstämd
- Jag är ganska orolig eller nedstämd
- Jag är mycket orolig eller nedstämd
- Jag är extremt orolig eller nedstämd

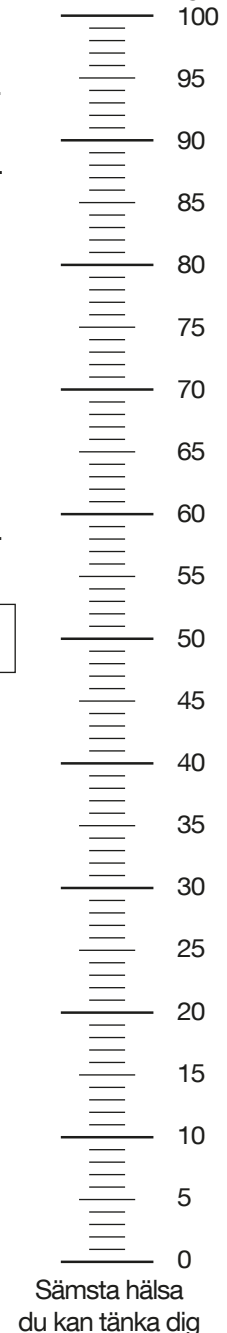
7.

Bästa hälsa
du kan tänka dig

- Vi vill veta hur bra eller dålig din hälsa är IDAG.
- Den här skalan är numrerad från 0 till 100.
- 100 är den bästa hälsa du kan tänka dig. 0 är den sämsta hälsa du kan tänka dig.
- Sätt ett X på skalan för att visa hur din hälsa är IDAG.
- Skriv nu i rutan nedan det nummer du har markerat på skalan.

DIN HÄLSA
IDAG:

--	--	--



8. Har du något/några av följande besvär eller symtom:

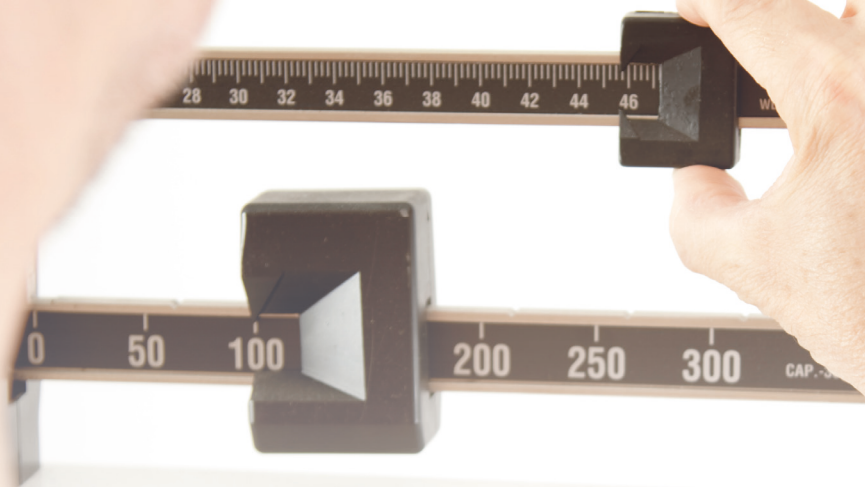
Sätt ett kryss på varje rad.

	Nej	Ja, lätta besvär	Ja, svåra besvär
Värk i skuldror, nacke eller axlar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ryggsmärter, ryggvärk, höftsmärter eller ischias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Värk eller smärter i händer, armbågar, ben eller knän?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huvudvärk eller migrän?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedstämdhet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängslan, oro eller ångest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trötthet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sömnsvårigheter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eksem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svårläkta sår?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öronsus (tinnitus)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörselnedsättning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synnedsättning som inte kan korrigeras med glasögon/linser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inkontinens (urinläckage)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Återkommande mag-/tarmbesvär?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Var vänlig markera för varje påstående vad som är närmast hur du har känt under de senaste 2 veckorna.

Sätt ett kryss på varje rad.

	Hela tiden	Mestadels	Mer än halva tiden	Mindre än halva tiden	Ibland	Aldrig
Jag har känt mig glad och på gott humör.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har känt mig lugn och avslappnad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har känt mig aktiv och kraftfull.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har känt mig pigg och utvilad när jag vaknat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitt vardagsliv har varit fyllt av sådant som intresserar mig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**10. Hur lång är du?**

Svara i hela centimeter.

--	--	--

 cm**11. Hur mycket väger du?**

Svara i hela kilo.

--	--	--

 kg**12. a) Vill du förändra din vikt?**

- Nej → gå till fråga 13
 Ja, jag vill gå ner i vikt
 Ja, jag vill gå upp i vikt

b) Om du vill förändra din vikt, tror du att du kan klara det själv?

- Ja
 Nej, jag behöver stöd

Din tandhälsa

13. Hur tycker du att din tandhälsa är?

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

14. När var du senast hos tandläkare/tandhygienist?

- För mindre än ett år sedan
- För ett till två år sedan
- För tre till fem år sedan
- För mer än fem år sedan
- Har aldrig varit hos tandläkare/tandhygienist
- Vet inte/kommer inte ihåg

15. När det gäller dina tänder, har du:

Sätt ett kryss på varje rad.

	Nej	Ja
Egna tänder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implantat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avtagbar protes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Har du något/några av följande besvär:

Sätt ett kryss på varje rad.

	Nej	Ja
Karies (hål i tänderna)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blödande tandkött?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tandlossning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuggsvårigheter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Känsliga tandhalsar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tandgnissling/-pressning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muntorrhet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blåsor i munnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dina kontakter med vården

17. a) Har du under de senaste 3 månaderna besökt vårdcentral eller motsvarande för egna besvär eller sjukdom?

- Nej → gå till fråga 18
 Ja

b) Vid ditt/dina besök på vårdcentral eller motsvarande, **diskuterade ni:**

Sätt ett kryss på varje rad.

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

18. a) Har du under de senaste 3 månaderna besökt sjukhus för egna besvär eller sjukdom?

- Nej → gå till fråga 19
 Ja

b) Vid ditt/dina besök på sjukhus diskuterade ni:

Sätt ett kryss på varje rad.

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

19. a) Använder du några receptbelagda läkemedel?

- Nej → gå till fråga 20
 Ja

b) Hur många olika sorters receptbelagda läkemedel använder du?

- 1-4 stycken
 5-9 stycken
 10 stycken eller fler

Fysisk aktivitet

Om din aktivitet varierar under året, försök ta något slags genomsnitt. Fråga 20 handlar om regelbunden motion och träningsaktiviteter. Fråga 21 handlar om måttligt ansträngande fysisk aktivitet som får dig att andas något kraftigare än normalt.

20. Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt fysisk träning som får dig att bli andfådd, till exempel löpning, motionsgymnastik eller bollsport?

- 0 minuter/ingen tid
- Mindre än 30 minuter
- 30-59 minuter (0,5-1 timme)
- 60-89 minuter (1-1,5 timmar)
- 90-119 minuter (1,5-2 timmar)
- 2 timmar eller mer

21. Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt vardagsaktiviteter, till exempel promenader, cykling eller trädgårdsarbete?

Räkna samman all tid (minst 10 minuter åt gången).

- 0 minuter/ingen tid
- Mindre än 30 minuter
- 30-59 minuter (0,5-1 timme)
- 60-89 minuter (1-1,5 timmar)
- 90-149 minuter (1,5-2,5 timmar)
- 150-299 minuter (2,5-5 timmar)
- 5 timmar eller mer

22. Hur mycket sitter du under ett normalt dygn?

- Mer än 12 timmar
- 10-12 timmar
- 7-9 timmar
- 4-6 timmar
- 1-3 timmar
- Mindre än 1 timme
- Sitter eller ligger mer än 12 timmar per dygn på grund av funktionsnedsättning

Matvanor

23. Hur ofta äter du frukost, lunch, middag och kvällsmål?

Sätt ett kryss på varje rad.

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

24. Hur ofta äter du grönsaker, rotfrukter, frukter eller bär?

- 5 gånger per dag eller mer
- 3–4 gånger per dag
- 1–2 gånger per dag
- Mer sällan

25. Har du god aptit?

- Alltid
- Ofta
- Sällan
- Aldrig



Rök- och snusvanor

26. a) Röker du?

- Nej → gå till fråga 27
- Ja, ibland
- Ja, dagligen

b) Vill du sluta röka?

- Ja, och jag tror att jag kan klara det själv
- Ja, men jag behöver stöd
- Nej

27. a) Snusar du?

- Nej → gå till fråga 28
- Ja, ibland
- Ja, dagligen

b) Vill du sluta snusa?

- Ja, och jag tror att jag kan klara det själv
- Ja, men jag behöver stöd
- Nej



Alkoholvanor

Med alkohol menas folköl, mellan-/starköl, alkoholstark cider, vin, starkvin och sprit. Besvara frågorna så noggrant och ärligt som möjligt. Med ett glas menas:



50 cl
folköl



33 cl
starköl



10-15 cl vitt
eller rött vin



5-8 cl
starkvin



4 cl sprit
t. ex. whisky

28. Hur ofta har du druckit alkohol under de senaste 12 månaderna?

- 4 gånger/vecka eller mer
- 2-3 gånger/vecka
- 2-4 gånger/månad
- 1 gång/månad eller mer sällan
- Aldrig → gå till fråga 32

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

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

30. Hur ofta dricker du sex "glas" eller fler vid samma tillfälle?

- Dagligen eller nästan varje dag
- Varje vecka
- Varje månad
- Mer sällan än en gång i månaden
- Aldrig

31. Vill du minska din alkoholkonsumtion?

- Ja, och jag tror att jag kan klara det själv
- Ja, men jag behöver stöd
- Nej

Spelvanor

32. Har du någon gång under de senaste 12 månaderna spelat för mer än du verkligen har råd att förlora?

Med spel menas till exempel trisslott, bingolotto, kasinospel, tips, spel på hästar eller liknande och spel om pengar över internet såsom poker eller vadslagning.

- Nej
 Ja

Ekonomiska förhållanden

33. Skulle du/ditt hushåll inom en månad klara av att betala en oväntad utgift på 11 000 kronor utan att låna eller be om hjälp?

- Ja
 Nej

34. Har det under de senaste 12 månaderna hänt att du haft svårigheter att klara de löpande utgifterna för mat, hyra, räkningar med mera?

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

35. Har det under de senaste 3 månaderna hänt att du tvingats begränsa eller avstå något av följande på grund av ekonomiska skäl?

Flera alternativ kan anges.

- Ja, sjukvårdsbesök
 Ja, läkemedelsuttag
 Ja, tandvårdsbesök
 Ja, hemtjänst
 Ja, glasögon
 Ja, hörapparat
 Nej, inte avstått något av ovanstående

Trygghet och sociala relationer

36. Har du någon du kan dela dina innersta känslor med och anförtra dig åt?

- Ja
 - Nej
-

37. Kan du få hjälp av någon/några personer om du har praktiska problem eller är sjuk?

Till exempel få råd, låna saker, hjälp med matinköp, reparationer eller liknande.

- Ja
 - Nej
 - Vet inte
-

38. Får du hjälp av någon för att klara din vardag?

Flera alternativ kan anges.

- Nej
 - Nej, men jag skulle behöva
 - Ja, från anhörig/nära vän/annan
 - Ja, från hemtjänst eller motsvarande
 - Ja, från hemsjukvård
 - Ja, från privat utförare
 - Ja, från frivilligorganisation
-

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

- Nej
 - Ja
-

40. Hur ofta har du kontakt med barn, barnbarn, syskon, andra släktingar eller vänner?

- Dagligen
- Flera gånger i veckan
- Någon gång i veckan
- Någon/några gånger i månaden
- Mer sällan eller aldrig

41. Hur ofta händer det att du besväras av ensamhet?

- Dagligen
 - Flera gånger i veckan
 - Någon gång i veckan
 - Någon/några gånger i månaden
 - Mer sällan eller aldrig
-

42. Har du under de senaste 3 månaderna upplevt att någon behandlat dig på ett nedlåtande sätt?

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

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

- Nej
 - Ja, ibland
 - Ja, ofta
-

44. a) Har du under de senaste 12 månaderna blivit utsatt för fysiskt våld?

- Nej → gå till fråga 45
- Ja

b) Var skedde våldet?

Flera alternativ kan anges.

- På arbetsplatsen/i arbetet
- I hemmet
- I annans bostad
- I bostadsområdet
- På allmän plats/på nöjesställe
- På eller i anslutning till tåg, buss eller annat färdmedel
- Någon annanstans

45. Vilket förtroende har du för följande institutioner/politiker i samhället?

Sätt ett kryss på varje rad.

	Mycket stort	Ganska stort	Inte särskilt stort	Inget alls	Har ingen åsikt
Hälso- och sjukvården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folktandvården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Äldreomsorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Socialtjänsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Försäkringskassan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riksdagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Politikerna i ditt landsting/region	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Politikerna i din kommun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46. Tycker du att man i allmänhet kan lita på de flesta människor?

- Ja
 Nej

47. Här följer två påståenden som ger uttryck för social sammanhållning eller tillit till människor i det område där man bor.

I vilken utsträckning stämmer följande påståenden in på det område där du bor?

Sätt ett kryss på varje rad.

	Stämmer mycket väl	Stämmer ganska väl	Stämmer inte särskilt väl	Stämmer inte alls
Man kan lita på människorna som bor i det här området.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I det här området kan man känna sig säker och trygg för att inte bli angripen eller utsatt för hot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48. Har du under de senaste 12 månaderna regelbundet deltagit i aktiviteter tillsammans med andra?

Exempelvis sport, musik/teater, studiecirkel, religiös sammankomst, sångkör, politisk-/ideologisk förening, pensionärsförening eller annan föreningsverksamhet.

- Ja
 Nej
-

49. Hur nöjd är du på det hela taget med det liv du lever?

- Mycket nöjd
 Ganska nöjd
 Inte särskilt nöjd
 Inte alls nöjd

Boende

50. Hur bor du?

- Egen villa/radhus
 Bostads-/andelsrätt
 Hyresrätt
 Särskilt boende (t.ex. servicelägenhet, äldreboende, sjukhem eller gruppboende)
 Annat
-

51. Vem/vilka bor du tillsammans med under större delen av veckan?

Flera alternativ kan anges.

- Ingen
 Syskon
 Make/maka/sambo/partner
 Andra vuxna
 Barn
-

52. Var bor du?

- På landsbygd
 I tätbebyggt samhälle/mindre stad
 I en större stad

Övriga frågor

53. Vad tycker du om frågorna du har svarat på?

- De flesta kändes betydelsefulla
- Några kändes betydelsefulla
- Knappt någon kändes betydelsefull

54. Vad tycker du om språket i enkäten?

- Det var lätt att förstå
- Varken lätt eller svårt att förstå
- Det var svårt att förstå

55. Har du fyllt i enkäten själv?

- Ja
- Nej, jag har fått hjälp



Kontakta oss gärna:
Frågor om datainsamlingen
Enkätfabriken tel. 020-12 10 28
e-post: support@enkätfabriken.se

Frågor om undersökningens syfte
Region Uppsala; livohalsa@regionuppsala.se
Landstinget Sörmland; livohalsa@dll.se
Region Västmanland; livohalsa@regionvastmanland.se
Landstinget i Värmland; livohalsa@liv.se
Region Örebro län; livohalsa@regionorebrolan.se