

GEN1ipt2

Tv.nr - Kön

Namn:

Adress:

Postadress:

Telefon:

Ålder/Födelseår:

Noteringar:

5 Deltag./status

Närmast anhörig:

6-8 Undersöknings/
bortfallsdatum: år mån dag

9 Bortfallsorsak:

9a-9c Avliden: 01
 år mån dag

Ej anträffbar 02

Vägrar 03

Annat 05

Undersökarens namn:

GEN1ipt2

Tv.nr - Kön

I. BAKGRUND

- 10 *Var bor/vistas probanden vid undersökningstillfället?*
- Ordinärt boende
- lägenhet flerfamiljshus 01
 - lägenhet tvåfamiljshus 02
 - enfamiljvilla/småhus, radhus och liknande 03
 - annat, vad? 04
- vistas hos annan person i ordinärt boende 05
- Servicelägenhet/servicehus 06
- Ålderdomshem (SMHI) 07
- Sjukhem 08
- Geriatrisk rehabilitering 09
- Psykiatrisk långvård 10
- Akutsjukvård 11
- Annan vård./inst.form 12
- B0 **Hur länge har Du bott i den bostad Du nu bor i?** (antal år, < 1= 0)
- 12-14 **Vilket är Ditt civilstånd?**
- Gift 1
 - Ogift 2
 - Änka/änkling 3 När? års ålder
 - Skild 4 När? års ålder
- 15 **Bor Du (prob.) ensam eller tillsammans med någon?**
- Ensamboende 0
 - Bor tillsammans med 1-
 - Bor tillsammans med tvillingbror/syster 6
 - Institutionsboende (alt. 8 - ovan) 7

16	Är bostaden modern?	Nej	0
		Ja	1
17	Har Du (familjen) bil?	Nej	0
		Ja	1
19	Kör Du regelbundet bil själv?	Nej	0
		Ja	1
	Ej aktuellt (inget körkort)		8
20	Har Du (ni) svårighet att klara de löpande utgifterna för mat, hyra, räkningar m.m.?		
	0	Nej	
	1	Ja	
21	Får Du (ni) bostadstillägg?		
	0	Nej	
	1	Ja	
22	Hur tror Du att Din och Din familjs ekonomiska situation är jämfört med andras i samma ålder som Du själv?		
	1	Bättre	
	2	Ungefär densamma	
	3	Sämre	
23	Hur väl räcker pengarna för Dina (era) behov?		
	1	Mycket väl	
	2	Ganska väl	
	3	Ganska dåligt	A
	4	Dåligt	

B1 Ungefär hur stor är Din inkomst före skatt?

- 1 Mindre än 40.000 kr/år
- 2 Mellan 40.000 och 70.000 kr/år
- 3 Mellan 70.000 och 100.000 kr/år
- 4 Mellan 100.000 och 150.000 kr/år
- 5 Mellan 150.000 och 200.000 kr/år
- 6 Mellan 200.000 och 300.000 kr/år
- 7 Mer än 300.000 kr/år

B2 Om gift; Ungefär hur stor är Din make/makas inkomst före skatt?

- 1 Mindre än 40.000 kr/år
- 2 Mellan 40.000 och 70.000 kr/år
- 3 Mellan 70.000 och 100.000 kr/år
- 4 Mellan 100.000 och 150.000 kr/år
- 5 Mellan 150.000 och 200.000 kr/år
- 6 Mellan 200.000 och 300.000 kr/år
- 7 Mer än 300.000 kr/år

B3 Om Du plötsligt skulle hamna i en oförutsedd situation, där Du på en vecka måste skaffa fram 14.000, skulle Du klara det?

- 0 Nej *Gå till fråga B5*
- 1 Ja

B4 Om Du svarat ja: På vilket sätt skulle Du göra det?

- 1 Uttag från eget bankkonto
- 2 Lån från annan hushållsmedlem
- 3 Lån från andra släktingar eller vänner
- 4 Lån från bank eller liknande
- 5 Annat sätt, nämligen.....

B5 Tycker Du att Din ekonomiska situation hindrar Dig från att göra det Du själv vill?

- 1 Ja, i hög utsträckning
- 2 Ja, i viss utsträckning
- 3 Nej

B6 Hur tycker Du att din ekonomiska situation är nu jämfört med för fyra år sedan? Är den bättre, sämre eller ungefär likadan?

- 1 Bättre
- 2 Ungefär lika
- 3 Sämre

70 – 75 **Har Du eller har du haft barn och/eller barnbarn?** Nej 0

Barn egna barn och fosterbarn

varav söner och döttrar

varav i livet söner och Döttrar

77 Barnbarn i livet

Nej 0

Ja, antal 1-

II. HÄLSA

140 **Hur tycker Du, på det hela taget, att Din hälsa är för närvarande?**

Mycket bra	1	
Bra	2	
Ganska bra	3	
Varken bra eller dålig	4	D
Ganska dålig	5	
Dålig	6	
Mycket dålig	7	

142 **Hur tycker Du, på det hela taget, att Din sammanboendes hälsa är för närvarande?**

Ej aktuellt (ensamboende)	8	
Mycket bra	1	
Bra	2	
Ganska bra	3	
Varken bra eller dålig	4	D
Ganska dålig	5	
Dålig	6	
Mycket dålig	7	

143 **Hur bedömer Du Din hälsa jämfört med för fyra år sedan?**

Bättre	1
Ungefär likadan	2
Sämre	3

144 **Hur bedömer Du Ditt allmänna hälsotillstånd jämfört med andras i Din egen ålder?**

Bättre	1
Ungefär likadant	2
Sämre	3

145 **Anser Du att Ditt hälsotillstånd hindrar Din från att göra saker Du vill?**

Inte alls	1
Delvis	2
Till en stor del	3

146-147 **Använder Du glasögon/hörapparat?**

	Glasögon	Hörapparat
Nej	0	0
Ja, alltid	1	1
Ja, ibland	2	2

148-149 Hur är Din syn och hörsel?

	Syn	Hörsel
Utmärkt	1	1
Bra	2	2
Ganska bra	3	3
Ganska dålig	4	4
Dålig	5	5
Blind eller nästan blind	6	
Döv eller nästan döv		6

150-152 Hur är Ditt luktsinne, smaksinne och känsel?

	Lukt	Smak	Känsel	
Bra	1	1	1	
Ganska bra	2	2	2	
Ganska dåligt	3	3	3	B
Dåligt	4	4	4	

153 Använder probanden synhjälpmedel vid syntestet?

Nej	0	Lupp, förstoringsglas eller dyl.	2
Glasögon/kontaktlinser	1	Annat	3
Syntest			
Ej utfört	9		

154-155 Liten text

	Fel	Rätt
	0	1
- 1:a försöket	2 6 5 9 1 0 4	
- 2:a försöket	5 4 4 0 2 0 9	

156-157 Medeltext

- 1:a försöket	9 1 9 0 5 8 7
- 2:a försöket	3 1 0 6 3 1 0

158-159 Stor text

- 1:a försöket	8 2 6 4 1 3 3
- 2:a försöket	2 2 4 0 0 6 8

160 **Kan Du springa en kortare sträcka, säg 100 meter, om Du har bråttom?**

Nej 0
Ja 1 Gå till fråga 164

161 **Kan Du gå i trappor utan besvär?**

Nej 0
Ja 1

162 **Kan Du stiga upp på en buss obehindrat?**

Nej 0
Ja 1

163 **Kan Du ta en kortare promenad på, säg 5 minuter, i någorlunda rask takt?**

Nej 0
Ja 1

164 **Har Du någon gång känt smärtor eller obehag i bröstet?**

Nej 0 Gå till fråga 169
Ja 1

165 **När får Du dessa smärtor eller obehag?**

I stort sett när som helst 1
Då Du är upphetsad eller uppjagad 2
Då Du går fort eller går i uppforsbacke 3
Då Du går i vanlig takt på slät mark 4
I andra sammanhang 5

166 **Vad gör Du om Du får dessa smärtor eller obehag när Du går?**

Stannar upp eller går långsammare 1
Tar medicin och fortsätter i samma takt 2
Fortsätter i samma takt utan att ta medicin 3

167 **Om Du stannar - oavsett om Du tagit medicin eller ej - hur går det med smärtorna eller obehagen?**

De går vanligen över inom 10 minuter 1
De kvarstår vanligen mer än 10 minuter 2

Var sitter smärtorna eller obehagen?

168a	I mitten eller i övre delen av bröstbenet (A)	Ja 1	Nej 0
168b	I nedre delen av bröstbenet (B)	1	0
168c	Till vänster i bröstet (C)	1	0
168d	I vänster arm (D)	1	0
168e	På annan plats (rita in i figuren)	1	0

169 Har Du regelbundet eller åtminstone under längre perioder hosta?

Nej 0 Gå till fråga 173
Ja 1

170 Hur många månader i sträck per år har Du hosta?

Mindre än tre månader i sträck per år 1
Mer än tre månader i sträck per år 2

171 När är hostan som värst?

Vintertid 1
Under övriga delen av året 2
Lika besvärlig året om 3

172 Hur många månader i sträck per år har Du upphostningar?

Mer än tre månader i sträck 1
Mindre än tre månader i sträck 2
Har inte upphostningar 3

173 Brukar Du bli andfådd, då Du går uppför mindre backar eller då Du går fort på jämn mark?

Nej 0
Ja 1

174 Brukar Du bli andfådd, då Du går på slät mark i vanlig takt med jämnåriga?

Nej 0
Ja 1

175 Har Du någon gång känt en häftig smärta tvärs över bröstet som varat en halvtimme eller längre?

Nej 0
Ja 1

- 176 **Brukar Du få smärtor i benen när Du går?**
- | | | |
|-----|---|-------------------|
| Nej | 0 | Gå till fråga 184 |
| Ja | 1 | |
- 177 **Uppstår smärtan någonsin när Du sitter eller står stilla?**
- | | |
|-----|---|
| Nej | 0 |
| Ja | 1 |
- 178 **Uppstår smärtan i vaderna (eller ena vaden)?**
- | | |
|-----|---|
| Nej | 0 |
| Ja | 1 |
- 179 **Uppstår smärtan när Du går fort eller i uppförsbacke?**
- | | |
|-----|---|
| Nej | 0 |
| Ja | 1 |
- 180 **Uppstår smärtan när Du går i vanlig takt på slät mark?**
- | | |
|-----|---|
| Nej | 0 |
| Ja | 1 |
- 181 **Försvinner smärtan någonsin medan Du går?**
- | | |
|-----|---|
| Nej | 0 |
| Ja | 1 |
- 182 **Vad gör Du om smärtan uppstår medan Du går?**
- | | |
|-----------------------------|---|
| Jag stannar | 1 |
| Jag saktar ner farten | 2 |
| Jag fortsätter i samma takt | 3 |
- 183 **Vad händer med smärtan om Du stannar?**
- | | |
|--|---|
| Den brukar fortsätta i mer än 10 minuter | 1 |
| Den brukar försvinna inom 10 minuter | 2 |
- 184 **Har Du besvär av någon annan form av värk eller smärta?**
- | | |
|-------------------------|---|
| Nej | 0 |
| Ja, jämt/kontinuerligt | 1 |
| Ja, dagligen | 2 |
| Ja, någon gång i veckan | 3 |
| Ja, men mer sällan | 4 |

*Visa bilden. För in smärtområdena från fråga 164 osv
Be prob. att beskriva sin smärtupplevelse.*

B11 **Ungefär hur många av de sista 30 dagarna har du haft svårt att utföra dina vanliga aktiviteter på grund av smärta?**

antal dagar (ingen är 0)

B12a-b **Hur ont (enligt linjalen) har Du just nu i ... (område 1) och ungefär hur ont gjorde det förra gången i ... (område 1) då det verkligen gjorde ont?**

Område 1. Numm Dåmm

185 **Hur länge har Du besvärats av värk eller smärta i område 1?**

..... år mån
(Omräknas till månader; mindre än 1 mån = 00)

186 ***Hur är probandens beskrivning av smärtupplevelsen?***

Klar	1
Diffus	2

187 **Har Du sökt hjälp för Din smärta?**

Nej	0
Ja, någon gång	1
Ja, många gånger	2

188 **Om ja: "Vilken hjälp har Du sökt?" Om nej: "Varför inte?"**

190 **Vet Du orsaken till Din smärta?**

Nej 0

Ja, (enl. sjukdomslistan)

193 **Har Du fått någon speciell "ordinerad" behandling för Din smärta?**

Nej 0

Ja, endast medicin 1

Ja, endast sjukgymnastik 2

Ja, annat. Vad? 3

194 **Tycker Du att den behandling som Du fått har hjälpt?**

Nej 0

Ja, i viss utsträckning 1

Ja, i hög utsträckning 2

195-196 **Har Du själv någon möjlighet att påverka Din smärta? (exkl. medicin)**

Vet ej 9

Nej, inte alls 0

Ja, till viss del 1

Ja, i hög utsträckning 2

Kommentar:

197-198 **Har smärtan påverkat Ditt sätt att leva?**

Nej 0

Ja, i viss utsträckning 1

Ja, i hög utsträckning 2

Kommentar:

B20a-b Hur ont (enligt linjalen) har Du just nu i ... (område 2) och ungefär hur ont gjorde det förra gången i ... (område 2) då det verkligen gjorde ont?

Område 2. Numm

Dåmm

B21 Hur länge har Du besvärats av värk eller smärta i område 2?

..... år mån

(Omräknas till månader; mindre än 1 mån = 00)

B22 Hur är probandens beskrivning av smärtupplevelsen?

Klar 1

Diffus 2

B23 Har Du sökt hjälp för Din smärta?

Nej 0

Ja, någon gång 1

Ja, många gånger 2

B24 Om ja: "Vilken hjälp har Du sökt?" Om nej: "Varför inte?"

191 Vet Du orsaken till Din smärta?

Nej 0

Ja,

(enl. sjukdomslistan)

B25 Har Du fått någon speciell "orderad" behandling för Din smärta?

Nej	0
Ja, endast medicin	1
Ja, endast sjukgymnastik	2
Ja, annat. Vad?	3

B26 Tycker Du att den behandling som Du fått har hjälpt?

Nej	0
Ja, i viss utsträckning	1
Ja, i hög utsträckning	2

B27 Har Du själv någon möjlighet att påverka Din smärta? (exkl. medicin)

Vet ej	9
Nej, inte alls	0
Ja, till viss del	1
Ja, i hög utsträckning	2

Kommentar:

B28 Har smärtan påverkat Ditt sätt att leva?

Nej	0
Ja, i viss utsträckning	1
Ja, i hög utsträckning	2

Kommentar:

B30a-b Hur ont (enligt linjalen) har Du just nu i ... (område 3) och ungefär hur ont gjorde det förra gången i ... (område 3) då det verkligen gjorde ont?

Område 3. Numm Dåmm

B31 Hur länge har Du besvärats av värk eller smärta i område 3?

..... år mån
(Omräknas till månader; mindre än 1 mån = 00)

B32 Hur är probandens beskrivning av smärtupplevelsen?

Klar	1
Diffus	2

B33 Har Du sökt hjälp för Din smärta?

Nej	0
Ja, någon gång	1
Ja, många gånger	2

B34 Om ja: "Vilken hjälp har Du sökt?" Om nej: "Varför inte?"

192 Vet Du orsaken till Din smärta?

Nej 0

Ja, (enl. sjukdomslistan)

B35 Har Du fått någon speciell "ordinerad" behandling för Din smärta?

Nej	0
Ja, endast medicin	1
Ja, endast sjukgymnastik	2
Ja, annat. Vad?	3

B36 Tycker Du att den behandling som Du fått har hjälpt?

Nej	0
Ja, i viss utsträckning	1
Ja, i hög utsträckning	2

B37 Har Du själv någon möjlighet att påverka Din smärta? (exkl. medicin)

Vet ej	9
Nej, inte alls	0
Ja, till viss del	1
Ja, i hög utsträckning	2

Kommentar:

B38 Har smärtan påverkat Ditt sätt att leva?

Nej	0
Ja, i viss utsträckning	1
Ja, i hög utsträckning	2

Kommentar:

B40a-b Hur ont (enligt linjalen) har Du just nu i ... (område 4) och ungefär hur ont gjorde det förra gången i ... (område 4) då det verkligen gjorde ont?

Område 4. Numm Dåmm

B41 Hur länge har Du besvärats av värk eller smärta i område 4?

..... år mån
(Omräknas till månader; mindre än 1 mån = 00)

B42 *Hur är probandens beskrivning av smärtupplevelsen?*

Klar	1
Diffus	2

B43 Har Du sökt hjälp för Din smärta?

Nej	0
Ja, någon gång	1
Ja, många gånger	2

B44 Om ja: "Vilken hjälp har Du sökt?" Om nej: "Varför inte?"

B49 Vet Du orsaken till Din smärta?

Nej 0

Ja, (enl. sjukdomslistan)

B45 Har Du fått något speciell "ordinerad" behandling för Din smärta?

Nej	0
Ja, endast medicin	1
Ja, endast sjukgymnastik	2
Ja, annat. Vad?	3

B46 Tycker Du att den behandling som Du fått har hjälpt?

Nej	0
Ja, i viss utsträckning	1
Ja, i hög utsträckning	2

B47 Har Du själv någon möjlighet att påverka Din smärta? (exkl. medicin)

Vet ej	9
Nej, inte alls	0
Ja, till viss del	1
Ja, i hög utsträckning	2

Kommentar:

B48 Har smärtan påverkat Ditt sätt att leva?

Nej	0
Ja, i viss utsträckning	1
Ja, i hög utsträckning	2

Kommentar:

SJUKVÅRDSKONTAKTER

210-215 **Har Du under de senaste ... två månaderna /... två åren (inkl. två mån.)**

	Nej 00	Ja 01-		Nej 00	Ja 01-
210			211		
		..... gr			..... gr
212			213		
		..... gr			..... gr
214			215		
		..... gr			..... gr

216 **Blodtryck/puls**

Har läkare eller sjuksköterska kontrollerat Ditt blodtryck under de senaste sex månaderna?

Vet ej	9
Nej	0
Ja,	
- det var för lågt	1
- det var normalt	2
- det var lindrigt förhöjt	3
- det var ordentligt förhöjt	4
- vet ej resultatet	5

217 **Puls 1:**

	Nej	Ja
218 Oregelbunden	0	1
219 Svag	0	1

5 min. vila före första blodtryckstagning

220-221 sittande 1: sys./ _____ dia.

1 min. uppehåll före andra blodtryckstagning

222-223 sittande 2: _____ sys./ _____ dia.
omedelbart

224-225 stående _____ sys./ _____ dia.

226 **Puls 2:**

		Nej	Ja
227	Oregelbunden	0	1
228	Svag	0	1
229	(Manschett nr:)		

Pulsoxymeter

	Sittande 1	Stående20	Stående40	Sittande 2
B50 a-d Saturation
B52 a-d Pulsfrekvens

Längd/vikt

230-235	Vikt:	kg	Midja:	cm
	Längd:	cm	Höft:	cm
			Stuss:	cm
			* korsett	Nej 0 Ja 1

236 (Våg nr:)

B55 **Vet Du hur mycket Du vägde när Du föddes?** Nej 0 Ja 1
 gram

B56 **Vet Du hur lång Du var när Du föddes?** Nej 0 Ja 1
 cm

Sjukdomar och besvär

Har Du eller har Du någonsin haft någon/några av följande sjukdomar eller besvär?

I vilken utsträckning försvårar detta i så fall Ditt dagliga liv (numera)?

	<u>Sjukdom/besvär</u>	Nej	Ja	Hur mycket försvårar detta Ditt dagliga liv?		
				Inte alls	Litet	Mycket
		0	1	0	1	2
250-259b	<u>Hjärta - cirkulation - blod</u>					
250	- Hjärtsvikt					
251	- Hjärtinfarkt					
252	- För högt blodtryck					
253	- Kärlekskramp i bröstet (angina pectoris)					
254	- Kärlekskramp i ben(en)					
B60-b	- <i>Fönstertittarsjuka</i>					
B61-b	- <i>Sår vid diabetes</i>					
255	- Cirkulationsrubbing i armar, ben (åderbräck)					
B62-b	- <i>Kalla händer, bleka fingrar vid kyla</i>					
B63-b	- <i>Åderbräck</i>					
256	- Blodpropp i ben, bensår					
B64-b	- <i>Djup blodpropp</i>					
B65-b	- <i>Ytlig blodpropp</i>					
B66-b	- <i>Bensår</i>					
257	- Hjärnblödning eller blodpropp i hjärnan (slaganfall)					
B67-b	- <i>TIA - symptomen gick över inom ett dygn</i>					
B68-b	- <i>Stroke symptomen gick över inom en vecka</i>					
B69-b	- <i>Varade symptomen mer än en vecka</i>					
258	- Järnbrist (anemi)					
B70-b	- <i>Har anemi förekommit utan järnbrist</i>					
B71-b	- <i>Har B12-brist förekommit</i>					
259	- Annat					

Sjukdom/besvär försvårar liv?	Nej	Ja	Hur mycket detta Ditt dagliga		
			Inte alls 0	Litet 1	Mycket
	0	1			
260-263-b 260					
	2				
	<u>Lungor - andning</u>				
	- Kronisk bronkit, luftrörskatarr				
261	- Emfysem				
262	- Astma				
B80-b	- Akut astma – bra mellan attackerna				
B81-b	- KOL - kronisk astma				
263	- Annat				
270-276-b	<u>Infektioner - ämnesomsättning</u>				
270	- TBC - tuberkulos				
271	- Polio				
272	- Bältros				
273	- Diabetes				
274	- Gikt				
275	- Struma				
B90-b	- Är sköldkörteln förstörd				
B91-b	- Låg ämnesomsättning som medicinerats				
276	- Annat				
280-286-b	<u>Nervsystem</u>				
280	- MS/Multipel skleros				
281	- Parkinsons sjukdom/Parkinsonism				

- 282 - Epilepsi
- 283 - Migrän
- 284 - Nervförlamning (Fasialis pares)
- 285 - Ischias
- 286 - Annat

	<u>Sjukdom/besvär</u>	Nej	Ja	Hur mycket försvårar detta Ditt dagliga liv?		
				Inte alls 0	Litet 1	Mycket
	2					
290-295-b	<u>Sinnesorgan - tal</u>					
290	- Grå starr/katarakt					
B100	- <i>Operation</i>					
291	- Grön starr/glaukom					
292	- Andra ögonbesvär					
293	- Hörselnedsättning .					
294	- Talsvårigheter					
295	- Annat					
300-302-b	<u>Huden</u>					
300	- Eksem					
301	- Psoriasis					
302	- Annat					
310-319-b	<u>Skelett - muskler</u>					
310	- Ledgångsreumatism					
B110-b	- <i>Reumatoid artrit</i>					
B111-b	- <i>Allmän ledvärk</i>					
311	- Artrit					
B112-b	- <i>Inflammation i enstaka leder</i>					
B113-b	- <i>Förslitningsskador i enstaka leder (artros)</i>					
313	- Höftledsbesvär					
314	- Ont i rygg .					
315	- Knäledsbesvär					

- 316 - Ont i nacke
- 317 - Ont i skuldror
- 312 - Benskörhet
- 318 - Rörelsehinder p.g.a. leder, muskler,
skelett
- B114-b** -fraktur (var)
- 319 - Annat

<u>Sjukdom/besvär</u>	Nej	Ja	Hur mycket försvårar detta Ditt dagliga liv?	
			Inte alls	Litet
Mycket	0	1	0	1
2				
320-324b <u>Mage - tarm</u>				
320 - Magsår				
B121 - <i>Operation</i>				
321 - Andra mag-tarmsjukdomar				
B122-b - <i>Förstoppning</i>				
B123-b - <i>Diarréer</i>				
B124-b - <i>Diafragmabräck (med sura uppstötningar)</i>				
322 - Gallbesvär				
B125 - <i>Operation</i>				
323 - Leversjukdom				
324 - Annat				
330 - 335b <u>Njurar - underliv</u>				
330 - Njursjukdom				
B130-b - <i>Infektion</i>				
B131-b - <i>Njursten</i>				
331 - Prostatabesvär				
B132 - <i>Operation</i>				
332 - Urinvägsbesvär				
B133-b - <i>urinvägsinfektion</i>				
333 - Kvinnoproblem/gynekologisk op				
334 - Svårigheter att hålla urin/avföring (inkontinens)				
B134-b - <i>urin</i>				

B135-b - *avföring*

335 - Annat

	<u>Sjukdom/besvär</u>	Nej	Ja	Hur mycket försvårar detta Ditt dagliga liv?		
				Inte alls 0	Litet 1	Mycket 2
340-342b	<u>Cancer - tumörer</u>					
340	- Prostata					
B140	- <i>Operation</i>					
341	- Bröstcancer					
B141	- <i>Operation</i>					
342	- Annan (vilken)					
B142	- <i>Operation</i>					
350-354b	<u>Andra symtom och besvär</u>					
350	- Yrsel					
B150-b	- <i>Vinglighet</i>					
B151-b	- <i>Rotationskänsla</i>					
B152-b	- <i>Svartnar det för ögonen vid uppresning</i>					
351	- Allergier					
B153-b	- <i>luftvägarna</i>					
B154-b	- <i>hud (eksem)</i>					
352	- Sömnbesvär					
353	- Psykiska besvär					
354	- Annat enl. lista					
360	Har Du något handikapp eller kroniskt tillstånd som inte direkt hänförs till någon sjukdom?					
	Nej	0				
	Ja	1	Ange vad:			

B160 Får Du göra några inskränkningar i Dina aktiviteter över huvud taget p.g.a. något handikapp eller hälsoproblem?

Nej 0 (om Nej; gå till fråga B164)
Ja 1

B161 Vad är Ditt huvudsakliga handikapp eller hälsoproblem som gör att Du måste inskränka Dina aktiviteter?

B162 Hur länge har Du haft sådant handikapp eller sjukdom som gör att Du blivit tvungen att inskränka Dina aktiviteter?

B163 Ungefär hur många av de sista 30 dagarna har du inte kunnat utföra dina vanliga aktiviteter för att Din kroppsliga eller psykiska hälsa varit för dålig?

antal dagar (ingen är 0)

B164 Ungefär hur många av de sista 30 dagarna har du känt att Du inte fått tillräckligt med vila eller sömn?

antal dagar (ingen är 0)

B165 Ungefär hur många av de sista 30 dagarna har du känt Dig alldeles frisk och fylld av energi?

antal dagar (ingen är 0)

Medicinering**Vilka mediciner tar Du (prob.) för närvarande (Om 0, sätt X) 0**

	<u>Medicin</u>	<u>Styrka</u>	<u>Enhet</u>	<u>Dos/dag</u>
370-373	1.	/	/	/
375-378	2.	/	/	/
380-383	3.	/	/	/
385-388	4.	/	/	/
390-393	5.	/	/	/
395-398	6.	/	/	/
400-403	7.	/	/	/
405-408	8.	/	/	/
410-413	9.	/	/	/
415-418	10.	/	/	/
420-423	11.	/	/	/
425-428	12.	/	/	/

B167 **Känner Du till om Du är allergisk mot något läkemedel?** Ja Nej**Obs!!! Fråga om vi får inhämta journaler**

430-434 **Ev. ytterligare medicinering (icke reg.)?** Antal 0 -

435 **Ytterligare icke registrerade läkemedel?** Antal 0 -

Kommentar:

440-444 **Kommentarer till icke registrerade läkemedel:** (Orsak, användning, tid, o.s.v.).

445 **Klarar Du (prob.) medicinhanteringen själv?**

Ej aktuellt/medicinerar ej	8
Nej, hjälp av	0
Ja, dosett/motsv. som fylls av	1
Ja, själv med dosett (fyller själv)	2
Ja, helt själv	3
Vet ej	9

446 **Tar Du Din medicin enl. ordination ("som Du blivit tillsagd")?**

Ej aktuellt/medicinerar ej	8
Nej	0
Ja	1
Vet ej	9

447 *Verkar prob. ta sin medicin enl. ordination?*

Ej aktuellt/medicinerar ej	8
Andra sköter/administrerar medicinen	1
Problem	2
Inga problem/u.a.	3
Vet ej/kan ej bedöma	9

II. HÄLSOBETEENDE

Följande frågor handlar om rök- och dryckesvanor.

450-452 Har Du rökt?

Nej, aldrig (ej provat)	0	
Ja, men ej kontinuerligt ("feströkt")	1	
Ja, men slutat*	2	
Ja, fortfarande*	3	453-456

*) Började (åld.) Slutade (åld.)

Hur mycket nu?

453	Cigarrett/dag	(00-)
454	Cigarr/dag	(00-)
455	Cigarrcigarrett/dag	(00-)
456	Gram piptobak/dag	(00-)

460-462 Har Du snusat?

Nej, aldrig (ej provat)	0	
Ja, men ej kontinuerligt	1	
Ja, men slutat*	2	
Ja, fortfarande*	3	463

*) Började (åld.) Slutade (åld.)

463 Hur många dosor/vecka nu? (00-)

470-473 **Hur ofta dricker Du öl, lättvin, starkvin eller starksprit numera?**

	Öl	Vin	Starkvin	Starksprit
Aldrig, och har aldrig druckit	0	0	0	0
Aldrig, numera	1	1	1	1
En gång om året eller mindre	2	2	2	2
Två till sex gånger om året	3	3	3	3
En gång i månaden	4	4	4	4
Två gånger i månaden	5	5	5	5
En gång i veckan	6	6	6	6
Två gånger i veckan	7	7	7	7
Varannan dag	8	8	8	8
Varje dag	9	9	9	9

*) Lättöl exkluderas. Med starksprit avses brännvin, gin, konjak, whisky, likör, punch etc. Även starksprit som ingår i drink eller grogg.

474 **Hur mycket öl dricker Du ungefär vid varje tillfälle?**

Ej aktuellt/Dricker ej 00

glas (15 cl)

flaska (33 cl)

475 **Hur mycket vin dricker Du ungefär vid varje tillfälle?**

Ej aktuellt/Dricker ej 00

glas (15 cl)

476 **Hur mycket starkvin dricker Du ungefär vid varje tillfälle?**

Ej aktuellt/Dricker ej 00

glas (8 cl)

477 **Hur mycket starksprit dricker Du ungefär vid varje tillfälle?**

Ej aktuellt/Dricker ej 00

glas (4 cl)

478-479 Dricker Du/har Du druckit kaffe?

Nej, aldrig druckit	0	
Nej, men tidigare	1	koppar/dag
Ja, numera	2	koppar/dag
Ja, alltid druckit	3	koppar/dag

482-483 Dricker Du/har Du druckit te?

Nej, aldrig druckit	0	
Nej, men tidigare	1	koppar/dag
Ja, numera	2	koppar/dag
Ja, alltid druckit	3	koppar/dag

B170 Hur många mål mat om dan brukar Du äta och vilka?**B180 Ungefär hur mycket vätska dricker Du dagligen (glas vatten, mjölk, juice, saft osv.)?**

Antal glas

B181 Händer det nuförtiden att Du försöker begränsa hur mycket Du dricker för att Du inte skall behöva gå på toa så ofta?

Aldrig
Sällan
Ibland
Ofta
Mycket ofta

III. MINNE OCH TANKEFÖRMÅGA

500 **Tycker Du (på det hela taget) att Du har ett gott eller dåligt minne?**

Mycket bra	1	
Bra	2	
Ganska bra	3	
Varken bra eller dåligt	4	
Ganska dåligt	5	D
Dåligt	6	
Mycket dåligt	7	

501 **Tycker Du att Du har några problem med minnet som försvårar det dagliga livet?**

Nej, inte alls	1
Nej, knappast	2
Svårt att direkt ta ställning till	3
Ja, viss utsträckning	4
Ja, i hög grad	5

502 **Tycker Du att minnet har förändrats under de senaste fyra åren?**

Blivit bättre	1
Blivit något bättre	2
Varken bättre eller sämre	3
Blivit något sämre	4
Blivit sämre	5

503 **Tycker Du (på det hela taget) att Du har bra eller dålig tanke- och uppfattningsförmåga ("hänger med å huvudets vägnar")?**

Mycket bra	1	
Bra	2	
Ganska bra	3	
Varken bra eller dålig	4	
Ganska dålig	5	D
Dålig	6	
Mycket dålig	7	

MMS: Mini-Mental Status

	Rätt	Fel	Ej utfört Sens. mot. svårigheter
510 - Vad är dagens datum?	1	0	8
511 - Vad är det för veckodag idag?			
512 - Vilken månad har vi nu?			
513 - Vilken årstid är det nu?			
514 - Vilket år är det nu?			

	Rätt	Fel	Ej utfört Sens. mot. svårigheter
Vilken är Din fullständiga adress/Var bor Du?	1	0	8
515 - Gatuadress/avdelning			
516 - Kommun/instiution			
517 - Ort			
518 - Län			
519 - Land			

**Nämn följande tre föremål: "Nyckel, Tandborste, Lampa".
Vilka var de tre föremålen?**

	Rätt	Fel	Ej utfört Sens. mot. svårigheter
520 - Nyckel	1	0	8
521 - Tandborste			
522 - Lampa			
523 (Repetera tills samtliga registrerats; max sex ggr) Antal ggr:			

524-528	Rätt	Fel	Ej utfört Sens. mot. svårigheter
Vad är 100 - 7, o.s.v.	1	0	8
= 93			
= 86			
= 79			
= 72			
= 65			

Vilka var de tre föremålen?

		Rätt fri återgivn.	Rätt igen- känning	Fel	Ej utfört Sens. mot. svårigh. 8
529	- Nyckel	2	1	0	
530	- Tandborste				
531	- Lampa				
532	Rita av detta mönster! (Mönster läggs fram)	Rätt	Fel		Ej utfört Sens. mot. svårigheter 8
		1	0		
	Vad är detta?	Rätt	Fel		Ej utfört Sens. mot. svårigheter 8
		1	0		
533	- Klocka				
534	- Penna				
535	Upprepa: "Nedbrunnen tvåfamiljsvilla"	Rätt	Fel		Ej utfört Sens. mot. svårigheter 8
		1	0		
536	(alt. "Nyasfalterad förortsgata")				
	Instruktioner	Rätt	Fel		Ej utfört Sens. mot. svårigheter 8
		1	0		
537	1. "Tag det här papperet i din hand, ...				
538	Vik det på mitten och ...				
539	... lägg det på ..." (alt. ... ge det till ...)				

Instruktioner		Rätt	Fel	Ej utfört Sens. mot. svårigheter 8
540	2. "Gör vad som står på detta papper"! "Peka på dörren" (alt. fönstret)	1	0	
541	3."Skriv en mening, vilken som helst! (fullständig mening)	1	0	Ej utfört Sens. mot. svårigheter 8

SRB 3/Blockprovet

550 Ej utfört 9

Rätt (1) Fel (0)

551 **Dem. 1**552-553 **Dem 2.**

Avbryt vidare testningar om 0 p (0-2)

568-569 Poäng:

Antal gjorda:

(0-7)

CVB : MINNE

1. CVB Framlänges (CVB)

B200 Ej utfört 9

B201 **Nu kommer jag att läsa upp några siffror. Din uppgift är att upprepa siffrorna i samma ordning.**

(3) 5 8 2	6 9 4
(4) 6 4 3 9	7 2 8 3
(5) 4 2 7 3 1	7 5 8 2 9
(6) 6 1 9 4 7 3	3 9 2 4 8 7
(7) 5 9 1 7 4 2 8	4 1 7 9 3 8 6
(8) 3 1 8 9 2 6 4 7	3 8 2 9 5 1 7 4
(9) 2 7 5 8 6 2 8 5 3	7 1 3 9 4 2 5 6 8

Antal siffror framlänges

2. CVB Baklänges (CVBB)

B202 Ej utfört 9

B203 **Nu kommer jag att läsa upp nya rader med siffror men den här gången skall Du upprepa dem baklänges. Om jag t ex säger 7 – 1 – 9, skall Du säga 9 – 1 – 7.**

(2) (2 4)	(5 8)
(3) 6 2 9	4 1 5
(4) 3 2 9 7	4 9 6 8
(5) 8 3 2 9 4	6 1 8 4 3
(6) 5 3 9 4 7 2	3 2 4 8 5 6
(7) 8 1 2 9 3 6 5	4 7 3 9 1 2 8
(8) 9 4 3 7 6 2 5 8	7 2 8 1 6 5 3 9

Antal siffror baklänges

SRB1/Synonymer

570 Ej utfört 9

Rätt (1) Fel (0)

571 **Ex. 3 Kunna**

förmå

Avbryt vidare testning

572-573 **Ex. 4 Finna**

hitta

om 0 poäng

(0-2)

575-589 Del 1. (3 1/2 min)

595-609 Del 2. (3 1/2 min)

1. Föda
2. Tillkännagiva
3. Frambringa
4. Beskriva
5. Beräkning
6. Arbetsam
7. Visa
8. Lösa
9. Starta
10. Elände
11. Gällda
12. Kurera
13. Unik
14. Men
15. Åtrå

1. Förargad
2. Begära
3. Yrka
4. Förtälja
5. Uppskov
6. Behaglig
7. Ideal
8. Följa
9. Okonstlad
10. Ansenlig
11. Fråga
12. Flärdfull
13. Dilemma
14. Envisas
15. Betydelsefull

590 Antal rätt: (0-15)

610 Antal rätt (0-15)

591 Antal gjorda (0-15)

611 Antal gjorda: (0-15)

Avbryt vidare testning om 0 p.

Markera 0 gjorda för Del 2 och ge 0 p.

PAUS

GÖR EJ DETTA TEST OM TVILLINGEN INTE KLARADE MINNESTESTET MED TRE ORD.

620 Ej utfört 9

ORDLISTA

Jag skall nu visa Dig 10 ord. Läs orden högt för mig. Jag kommer sen att fråga Dig om vilka ord det var. Vilka var orden?"

Visa orden ett och ett, uppmana tvillingen att läsa. (2 sek/ord). Tvillingen testas omedelbart på de 10 orden. Därefter en andra presentation - test och en tredje presentation - test. 90 sekunder per återgivning.

(5 minuter efter 3:e presentationen testas tvillingen för återgivning och igenkänning).

	Presentation 1	Återgivn. 1	Presentation 2	Återgivn. 2	Presentation 3	Återgivn. 3
621	Smör ...		641	Biljett ...	661	Drottning ...
622	Arm ...		642	Hydda ...	662	Gräs ...
623	Strand ...		643	Smör ...	663	Arm ...
624	Brev ...	644	Strand ...	664	Hydda ...	
625	Drottning ...		645	Motor ...	665	Påle ...
626	Hydda ...		646	Arm ...	666	Strand ...
627	Påle ...		647	Drottning ...	667	Smör ...
628	Biljett ...		648	Brev ...	668	Motor ...
629	Gräs ...		649	Påle ...	669	Biljett ...
630	Motor ...		650	Gräs ...	670	Brev ...
631	Fel svar:		651	.....	671	
633	Fel totalt:		653		673	
634	Antal rätt: (0-10)		654	Rätt: (0-10)	674	Rätt: (0-10)

PSIF / Perceptuell snabbhet

680 Ej utfört 9

		Rätt (1)	Fel (0)	
681	Övn. ex. 3	D		
682	Övn. ex. 4	B		
683-684	Övn. ex. 5	E		antal rätt..... (0-3)

Avbryt vidare testning om 0 p. Markera ej utfört för resterande uppgifter och ge 0 p.

2 min

	Rätt	Fel		Rätt	Fel		Rätt	Fel
690-699	1. B		700-709	11. D		710-719	21. A	
	2. D			12. A			22. C	
	3. E			13. E			23. B	
	4. D			14. B			24. D	
	5. B			15. C			25. E	
	6. C			16. C			26. A	
	7. E			17. E			27. C	
	8. A			18. A			28. E	
	9. B			19. C			29. B	
	10. D			20. B			30. C	
			720	Antal rätt:			(0-30)	
			721	Antal gjorda:			(0-30)	

ORDLISTA

730 Ej utfört 9

"Nu skall jag fråga Dig om Du kommer ihåg de 10 ord på kort som Du läste för en stund sedan. Vilka ord var det?" (Max 90 sekunder).

Om tvillingen misslyckas med fri återgivning undersöks igenkänningsförmågan (notera ev. felsvar).

"Nu kommer jag att visa Dig olika ord skrivna på kort, ett åt gången. En del av dessa ord är samma som förut medan andra är ord som jag inte visat Dig förut. Jag vill att Du säger ja om ordet är ett av dem Du såg tidigare och nej om det inte är ett av dem Du såg tidigare.

"Anteckna både ja och nej svaren. Ge ett poäng för varje rätt svar (både nej och ja svaren).

Återgivning 4		Igenkänning/Var det? (Rätt svar är understruket)				
		Försök 1.				
731	Smör ...	750-754	Kyrka	Ja/ <u>Nej</u>	Kaffe	Ja/ <u>Nej</u>
732	Arm ...		Smör	<u>Ja</u> /Nej	Kronor	Ja/ <u>Nej</u>
733	Strand ...		Arm	<u>Ja</u> /Nej		
		Försök 2.				
734	Brev	755-759	Strand	<u>Ja</u> /Nej	Fem	Ja/ <u>Nej</u>
735	Drottning ...		Brev	<u>Ja</u> /Nej	Hotell	Ja/ <u>Nej</u>
736	Hydda ...		Berg	Ja/ <u>Nej</u>		
		Försök 3.				
737	Påle ...	760-764	Drottning	<u>Ja</u> /Nej	Hydda	<u>Ja</u> /Nej
738	Biljett ...		Toffel	Ja/ <u>Nej</u>	Påle	<u>Ja</u> /Nej
739	Gräs ...		By	Ja/ <u>Nej</u>		
		Försök 4.				
740	Motor ...	765-769	Sträng	Ja/ <u>Nej</u>	Biljett	<u>Ja</u> /Nej
741	Fel:		Grupp	Ja/ <u>Nej</u>	Gräs	<u>Ja</u> /Nej
			Motor	<u>Ja</u> /Nej		
743		(Fel totalt)				
744	Rätt: (0-10)	770	Antal rätt ja-svar:		(0-10)	
		771	Antal rätt nej-svar:			

Figurrotering

780	Ej utfört		9				
		A	B	C	D		
781	övn.ex. 1	+	-	+	+		
782	övn.ex. 2	+	-	-	-		
783-784	övn.ex. 3	-	+	+	-	Antal rätt (0-12)	

Avbryt vidare testningar om 0 p. Markera "ej utfört" för resterande uppgift och ge 0 p.

		2 min						2 min			
		A	B	C	D			A	B	C	D
785-788	1.	+	+	-	-	856-859	1.	-	+	+	-
790-793	2.	+	-	-	-	860-863	2.	+	+	+	-
795-798	3.	-	-	+	+	865-868	3.	+	-	--	
800-803	4.	+	-	+	+	870-873	4.	+	+	-+	
805-808	5.	+	+	+	-	875-878	5.	-	+	--	
810-813	6.	-	+	+	-	880-883	6.	+	-	+	+
815-818	7.	+	+	-	-	885-888	7.	+	-	+	-
820-823	8.	+	+	+	+	890-893	8.	-	-	+	+
825-828	9.	+	+	-	-	895-898	9.	-	-	+	+
830-833	10.	+	-	-	-	900-903	10.	+	-	-+	
835-838	11.	+	+	+	-	905-908	11.	+	+	+	-
840-843	12.	+	+	+	+	910-913	12.	+	-	+	+
845-848	13.	+	+	-	-	915-918	13.	+	-	+	+
850-853	14.	-	-	+	+	920-923	14.	+	-	+	+
854	Antal: rätt					924	Antal: rätt				
855	Antal: gjorda					925	Antal: gjorda				

Bildminne / Thurstone, A**Övningsuppgifter**

930 Ej utfört 9

		Rätt	Fel		Rätt	Fel	
931	Övn. 1.	3		934	4. 3		
932	Övn. 2.	2		935	5. 1		
933	Övn. 3	3		936-937	6. 1		antal rätt.....
(0-6)							

Avbryt vidare testningar om 0 poäng. Markera "ej utfört" för resterande uppgifter och ge 0 poäng.

	Rätt	Fel		Rätt	Fel
941	1. 1				
942	2. 4				
943	3. 1				
944	4. 4				
945	5. 4				
946	6. 2				
947	7. 4				

Avbryt vidare testning om 0 poäng.
(sid. 1.)

			955	15. 2	
			956	16. 3	
			957	17. 4	
			958	18. 3	
			959	19. 1	
			960	20. 3	
			961	21. 3	
			962	22. 2	
			963	23. 1	
			964	24. 3	
948	8. 1		965	25. 4	
949	9. 1		966	26. 3	
950	10. 2		967	27. 2	
951	11. 1		968	28. 4	
952	12. 1				
953	13. 3				
954	14. 4				

969 Antal rätt: (0-28)

970 Antal gjorda: (0- 28)

Siffr-symbol test

971 Ej utfört ()9

		Rätt	Fel
	Exempel	() 6	()
	Exempel	() 3	()
	Exempel	() 4	()
972	Exempel	() 2	() antal rätt _____ (0-4)

Avbryt vidare testning om 0 p. Markera 0 p för resterande uppgifter

Sida 1 (45 sek)		Antal gjorda	Antal rätt
973-982	Rad A	_____	_____
	(2,1,3,1,2,3,1,4,2,6)		
	Rad B	_____	_____
	(7,4,6,9,2,5,8,4,7,6)		
	Rad C	_____	_____
	(1,8,2,9,7,6,2,5,4,7)		
	Rad D	_____	_____
	(3,7,5,1,4,9,1,5,8,7)		
	Rad E	_____	_____
	(7,1,9,4,3,6,2,7,9,3)		
Sida 2 (45 sek)		Antal gjorda	Antal rätt
983-992	Rad A	_____	_____
	(2,1,4,6,3,5,2,1,3,4)		
	Rad B	_____	_____
	(3,1,2,5,1,3,1,5,4,2)		
	Rad C	_____	_____
	(1,8,7,5,4,8,6,9,4,3)		
	Rad D	_____	_____
	(3,6,8,5,9,4,1,6,8,9)		
	Rad E	_____	_____
	(6,9,7,8,2,4,8,3,5,6)		

IV. FUNKTIONELL FÖRMÅGA

Balans och rörelseförmåga (Flera alt. kan markeras; Ja = 1/Nej = 0)

1000- 1010	1. Normal gång och vända, 3 m sek Med svårighet Nej <input type="checkbox"/> 0 Ja --->	Går ostadigt <input type="checkbox"/> Haltar <input type="checkbox"/> Stelbent <input type="checkbox"/> Fot till fot <input type="checkbox"/> Släpar ett ben <input type="checkbox"/> Ostadig vändning <input type="checkbox"/> Använder käpp <input type="checkbox"/> Smärta <input type="checkbox"/> Övrigt/ej gnmförb. <input type="checkbox"/>
1020- 1025	2. Side by side, titta, 10 sek sek Med svårighet Nej <input type="checkbox"/> 0 Ja --->	Tappar balansen <input type="checkbox"/> Rör armarna <input type="checkbox"/> Rör kroppen <input type="checkbox"/> Övrigt/ej gnmförb. <input type="checkbox"/>
1030- 1035	3. Romberg, blunda, 10 sek sek. Med svårighet Nej <input type="checkbox"/> 0 Ja --->	Tappar balansen <input type="checkbox"/> Rör armarna <input type="checkbox"/> Rör kroppen <input type="checkbox"/> Övrigt/Ej gnmförb. <input type="checkbox"/>
1040- 1045	4. Semi tandem, titta, 10 sek sek Med svårighet Nej <input type="checkbox"/> 0 Ja --->	Tappar balansen <input type="checkbox"/> Rör armarna <input type="checkbox"/> Rör kroppen <input type="checkbox"/> Övrigt/ej gnmförb. <input type="checkbox"/>
* Om prob. ej klarar att utföra testet, gör <u>ej</u> 5, 6, 7.		
1050- 1055	5. Tandem stand, titta, 10 sek Ej gjort <input type="checkbox"/> 99 sek. Med svårighet Nej <input type="checkbox"/> 0 Ja ---> * Om prob. ej klarar att utföra testet görs <u>ej</u> 6 och 7.	Tappar balansen <input type="checkbox"/> Rör armarna <input type="checkbox"/> Rör kroppen <input type="checkbox"/> Övrigt/ej gnmförb. <input type="checkbox"/>
1060- 1066	6. Tandem stand, blunda, 10 sek	Tappar balansen <input type="checkbox"/> Rör armarna <input type="checkbox"/>

	Ej gjort <input type="checkbox"/> 99 sek Med svårighet Nej <input type="checkbox"/> 0 Ja --->	Rör kroppen <input type="checkbox"/> Säkerhetsorsaker <input type="checkbox"/> Övrigt/Ej gnmförb. <input type="checkbox"/>
1070- 1077	7. Tandem walk, titta, 10 steg Ej gjort <input type="checkbox"/> 99 sek. steg Med svårighet Nej <input type="checkbox"/> 0 Ja --->	Tappar balansen <input type="checkbox"/> Rör armarna <input type="checkbox"/> Rör kroppen <input type="checkbox"/> Säkerhetsorsaker <input type="checkbox"/> Övrigt/Ej gnmförb. <input type="checkbox"/>
1078	** Är Du höger- eller vänsterhänt? Hö <input type="checkbox"/> 1 Vän <input type="checkbox"/> 2 Ambidexter <input type="checkbox"/> 3	
1080- 1087	8. Lyfta ett glas sek. Med svårighet Nej <input type="checkbox"/> 0 Ja --->	Darrar på handen <input type="checkbox"/> Smärta <input type="checkbox"/> Stel <input type="checkbox"/> Skada/sjukdom <input type="checkbox"/> Kan ej domi. hand <input type="checkbox"/> Övrigt/ej gnmförb. <input type="checkbox"/>
1090- 1097	9. Lyfta ett kilo sek Med svårighet Nej <input type="checkbox"/> 0 Ja --->	Darrar på handen <input type="checkbox"/> Smärta <input type="checkbox"/> Stel <input type="checkbox"/> Skada/sjukdom <input type="checkbox"/> Kan ej domi. hand <input type="checkbox"/> Övrigt/ej gnmförb. <input type="checkbox"/>
1100- 1108	10. Plocka upp en penna, max 30 sek. sek Med svårighet Nej <input type="checkbox"/> 0 Ja --->	Smärta <input type="checkbox"/> Rörelsehinder <input type="checkbox"/> Magen tar emot <input type="checkbox"/> Når ej ned (får ej tag i pennan) <input type="checkbox"/> Hjälp att komma upp <input type="checkbox"/> Säkerhetsorsaker <input type="checkbox"/> Övrigt/ej gnmförb. <input type="checkbox"/>

1180- 1189	17. Vä. finger hö. Tå		
	..... sek.	Smärta	<input type="checkbox"/>
	Med svårighet Nej <input type="checkbox"/> 0 Ja --->	Rörelsehinder	<input type="checkbox"/>
		Magen tar emot	<input type="checkbox"/>
		Når ej ned	<input type="checkbox"/>
		Fel fot	<input type="checkbox"/>
		Hjälp att komma upp	<input type="checkbox"/>
		Svårt förstå instr.	<input type="checkbox"/>
		Övrigt/ej gnmförb.	<input type="checkbox"/>
1190- 1198	18. Chair stand, armar i kors	Använder armarna	<input type="checkbox"/>
	..... sek. höjd cm.	Gungar och upp	<input type="checkbox"/>
	Med svårighet Nej <input type="checkbox"/> 0 Ja --->	Lyckas efter flera försök	<input type="checkbox"/>
		Smärta	<input type="checkbox"/>
		Försöker men kan inte	<input type="checkbox"/>
		Övrigt/ej gnmförb.	<input type="checkbox"/>
* Om prob. ej klarar att utföra testet görs ej 19.			
1200- 1207	19. Repeat chair stand, 5 ggr, armar i kors	Använder armarna	<input type="checkbox"/>
	Ej utfört <input type="checkbox"/> 99	Gungar och upp	<input type="checkbox"/>
	..... sek. st. resningar	Avbryter	<input type="checkbox"/>
	Med svårighet Nej <input type="checkbox"/> 0 Ja --->	Säkerhetsorsaker	<input type="checkbox"/>
		Övrigt/ej gnmförb.	<input type="checkbox"/>
1210- 1215	20. Hälla vatten från ett kärl till ett glas med dominant hand	Darrar	<input type="checkbox"/>
	..... sek.	Skakar	<input type="checkbox"/>
	Med svårighet Nej <input type="checkbox"/> 0 Ja --->	Kan ej använda handen	<input type="checkbox"/>
		Övrigt/ej gnmförb.	<input type="checkbox"/>
1220- 1225	21. Hälla vatten med dominant hand från glas till glas	Darrar	<input type="checkbox"/>
	..... sek.	Skakar	<input type="checkbox"/>
	Med svårighet Nej <input type="checkbox"/> 0 Ja --->	Kan ej använda handen	<input type="checkbox"/>
		Övrigt/ej gnmförb.	<input type="checkbox"/>
1230- 1235	22. Hälla vatten med icke dominant hand från glas till glas	Darrar	<input type="checkbox"/>
	..... sek.	Skakar	<input type="checkbox"/>
	Med svårighet Nej <input type="checkbox"/> 0 Ja --->	Kan ej använda handen	<input type="checkbox"/>
		Övrigt/ej gnmförb.	<input type="checkbox"/>

Vigrometer-test

(Armbåge mot bord, ca 45 graders vinkel på underarm: svarta skalan)

1240 Ej genomförbart 9

1241-1243 Höger
Försök 1.

1244-1246 Vänster
Försök 1.

Försök 2.

Försök 2.

Försök 3.

Försök 3.

1247 (Vigorimeter nr:)

Lungfunktion/PEF-mätare

1250 Ej genomförbart 9

1251-1253 Försök 1. 1/min

Försök 2. 1/min

Försök 3. 1/min

1254 (PEF-mätare nr:)

ADL-apparaten

1260 Ej genomförbart 9

	Tid/sek	Utan svårighet 1	Med svårighet 2	Ej genom- förbart 9
1261-1262 1. nyckel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1263-1264 2. kontakt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1265-1266 3. glödlampa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1267-1268 4. myntsringa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1269-1270 5. telefonskiva		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1271 (ADL-apparat nr:)				

		Förmåga				Hjälpbehov	
		Kan inte alls	Stora probl.	Vissa probl.	Inga probl.	Vet/gör ej	
		0	1	2	3	9	1
1304-1305	Toalettbesök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1306-1307	Att äta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B210 Tycker Du att det blivit lättare eller svårare att klara av de här sakerna (den personliga omvårdnaden) under de senaste fyra åren eller är det ungefär lika lätt eller svårt?

- Lättare 1
 Lika 2
 Svårare 3

Har Du några svårigheter med ... och behöver Du i så fall hjälp?

		Förmåga				Hjälpbehov	
		Kan inte alls	Stora probl.	Vissa probl.	Inga probl.	Vet/gör ej	
		0	1	2	3	9	1
1310-1311	Hushållsarbete inkl. städning och tvätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1312-1313	Sängbäddning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1314-1315	Matlagning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1316-1317	Inköp av daglig- varor, livsmedel/handla mat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1318-1319	Ta Dig till platser utom gångavstånd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1320-1321	Ha hand om ekonomin, post- och bankärenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1322-1323	Använda telefon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1324 *Huvudsakligen direkta uppgifter? (Både P-ADL och I-ADL) ja 1 nej 0*

B211 **Tycker Du att det blivit lättare eller svårare att klara av de här sakerna (göromål i hus och hem) under de senaste fyra åren eller är det ungefär lika lätt eller svårt?**

- Lättare 1
 Lika 2
 Svårare 3

1330-1344 **Nu har Du berättat lite om hur Du klarar eller skulle klarat några dagliga aktiviteter. Nu skulle vi vilja veta hur mycket av detta som Du faktiskt gör.**

Visa skalan (Vem gör resten? Obs! endast sammanboende + övriga).

*Hushållsarbete inkl.
städning och tvätt.*

0% 50% 100%

Sängbäddning

0% 50% 100%

Matlagning

0% 50% 100%

Inköp av dagligvaror

0% 50% 100%

*Ha hand om post-
och bankärenden*

0% 50% 100%

1345-1350 **Har Du (prob.) några speciella tekniska hjälpmedel?**

- Nej 0
- Rullstol Ja 1 Nej 0
- Deltastöd/rollator Ja 1 Nej 0
- Käpp/bock/krycka Ja 1 Nej 0
- Hjälpmedel hygien,
bad och dusch Ja 1 Nej 0
- Griptång/handikapp-
anpassat hushållsredsk. Ja 1 Nej 0

1351-1352 **Får Du någon hjälp i hemmet?**

(Ej akt./institutionsboende= 8)

- Hemhjälp Ja 1 Nej 0
- Privat hjälp Ja 1 Nej 0

1353 **Hemhjälp: tim/mån 00-**1354-1355 **Hur fördelar sig hemhjälpen över dagen och/
eller månaden**

över dag

över mån

1356 **Privat hjälp:tim/mån (00-)**1357-1358 **Hur fördelar sig den privata hjälpen över dagen och/eller månaden**

över dag

över mån

B212 **Har Du fått mer eller mindre hjälp i hemmet under de sista fyra åren eller är det ungefär lika?**

- Mer 1
- Lika 2
- Mindre 3
- Ej aktuellt 8

1360 **Hur lång tid under de senaste fyra åren har Du (prob.) behövt hjälp** (endast formella hjälpinsatser)?

(Ej aktuellt/klarar sig själv i ordinärt boende=88)

Hjälp antal mån 00-

1361-1365 **Har Du och i så fall hur ofta utnyttjar Du:**

	Nej	Sällan/ Aldrig	1 gång/ mån	1 gång/ 14 d	1 gång/ veckan	Flera ggr/ veck	Dagl.	Ej akt. inst.bo
	0	1	2	3	4	5	6	8
Färdtjänst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mat-servering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemsänd mat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dagcenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trygghetslarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1366 **Tycker Du på det hela taget att Du får den hjälp - service och vård - Du behöver** (formella hjälpinsatser)?

- Nej 0
 Ja, i viss utsträckning 1
 Ja, i hög utsträckning 2
 Ej akt/behöver ingen 3

1367 **Om 0 eller 1: vad skulle Du behöva hjälp med?**

Nu skulle jag vilja fråga några frågor om dig själv. Här är några frågor som berör skilda områden i livet. Varje fråga har sju möjliga svar. Vilken siffra passar bäst in på ditt svar? Siffrorna 1 och 7 är yttervärden. Man får bara svara med en siffra vid varje fråga.

B270 Hur ofta har Du en känsla av att Du inte riktigt bryr Dig om vad som händer runt omkring dig?

Mycket sällan eller aldrig 1 2 3 4 5 6 7 Mycket ofta

B271 Har det hänt att Du blivit överraskad av beteendet hos personer som Du trodde att Du kände väl?

Det har aldrig hänt 1 2 3 4 5 6 7 Det har ofta hänt

B272 Har det hänt att personer Du litat på gjort Dig besviken?

Det har aldrig hänt 1 2 3 4 5 6 7 Det har ofta hänt

B273 Hittills har Ditt liv

... helt saknat mål och mening 1 2 3 4 5 6 7 ... helt haft mål och mening

B274 Hur ofta känner Du Dig orättvist behandlad?

Mycket ofta 1 2 3 4 5 6 7 Mycket sällan eller aldrig

B275 Hur ofta har Du en känsla av att Du befinner Dig i en obekant situation och inte vet vad Du skall göra?

Mycket ofta 1 2 3 4 5 6 7 Mycket sällan eller aldrig

V. SOCIALT NÄTVERK

Kontakt och umgänge

1370 **Händer det att Du besväras av ensamhetskänslor?**

	Numera	
Nästan alltid/Alltid	1	
Ofta	2	
Sällan	3	E
Nästan aldrig/Aldrig	4	

1372 **Har Du bekanta som Du kan prata med?**

	Nej, inte alls 0	Nej, knappast 1	Ja, i viss mån 2	Ja, i hög grad 3
--	---------------------	--------------------	---------------------	---------------------

1373 **Känner Du Dig som en del i en bekantskapskrets?** **F**

1374 **Saknar Du sällskap?**

1375 **Känner Du Dig övergiven?**

1394-1395 **Hur oftast brukar Du a) Träffa Dina barn/Ditt barn? b) Ha telefonkontakt med barn?**

	Träffar	Telefonkontakt	
Ej aktuellt/saknar barn	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	
Dagligen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	
Flera ggr/v	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	
Någon gång/v	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	
Någon gång/mån	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	H
Någon gång/kvart	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	
Någon enstaka gång (1-2 ggr/år)	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	
Mer sällan/aldrig	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	

Din tvillingpartner?

	Träffar	Telefonkontakt	
Ej aktuellt	8	8	
Dagligen	1	1	
Flera gånger/vecka	2	2	
Någon gång/vecka	3	3	
Någon gång/månad	4	4	H
Någon gång/kvartal	5	5	
Någon enstaka gång (1-2 gånger/år)	6	6	
Mer sällan/aldrig	7	7	

1396-1397 **Hur ofta brukar Du träffa eller ha telefonkontakt med släktingar, vänner och bekanta (bortsett från den ev. sammanboende, barn och tvillingpartnern)?**

	Träffar	Telefonkontakt	
Dagligen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	
Flera ggr/v	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	
Någon gång/v	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	
Någon gång/mån	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	H
Någon gång/kvart	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	
Någon enstaka gång (1-2 ggr)	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	
Mer sällan/Aldrig	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	

1376 **Hur många människor (vänner och släktingar) träffar Du eller pratar Du i telefon med under en vanlig vecka?**

- 0 Ingen
- 1 1-2
- 2 3-5
- 3 6-10
- 4 11 eller fler

1377 **Tycker Du detta är lagom eller vill Du ha fler eller färre sådana kontakter?**

- 1 Fler
- 2 Lagom
- 3 Färre

- 1380 **Hur många vänner har Du som kan besöka Dig, eller som Du kan besöka, när som helst och känna Dig hemma?** De skulle inte bry sig om t.ex. att det var ostädad eller att man höll på att äta. Nära släktingar skall inte räknas med.
- 0 Ingen
 - 1 1-2
 - 2 3-5
 - 3 6-10
 - 4 11 eller fler
- 1381 **Tycker Du detta är lagom eller vill Du ha fler eller färre sådana vänner?**
- 1 Fler
 - 2 Lagom
 - 3 Färre
- 1382-1383 **Finns det någon särskild person som Du känner att Du verkligen kan få stöd av?**
- 0 Nej
 - 1 Ja **Skulle Du vilja förlita Dig mer eller mindre på denna person?**
 - 1 Mer
 - 2 Bra som det är
 - 3 Mindre
- 1384 **Hur många finns det som Du kan dela Dina innersta känslor med och anförtro Dig åt?**
- 0 Ingen
 - 1 1-2
 - 2 3 eller fler
- 1385 **Tycker Du detta är lagom eller vill Du ha fler eller färre sådana människor omkring Dig?**
- 1 Fler
 - 2 Lagom
 - 3 Färre
- 1386 **Hur många människor finns det som Du kan dela Dig glädje med när Du känner Dig lycklig?** Någon som själv skulle känna sig lycklig bara för att Du är det.
- 0 Ingen
 - 1 1-2
 - 2 3-5
 - 3 6 eller fler

1387 **Tycker Du detta är lagom eller vill Du ha fler eller färre sådana människor omkring Dig?**

- 1 Fler
- 2 Lagom
- 3 Färre

1388 **Hur ofta har Du nära fysisk kontakt med andra människor, (d.v.s. kramar, smekningar eller sexuell kontakt)?**

- 0 Aldrig
- 1 Några gånger per år
- 2 Några gånger per månad
- 3 Några gånger per vecka
- 4 Så gott som dagligen

1389 **Skulle Du vilja ha nära fysisk kontakt oftare, mera sällan eller är det bra som det är?**

Fel! Bokmärket är inte definierat. 1 Oftare

- 2 Bra som det är

Fel! Bokmärket är inte definierat. 3 Mer sällan

1390 **Hur många människor känner Du i Din omgivning som Du lätt kan be om saker, t.ex. människor som Du kan låna verktyg eller köksredskap av?**

- 0 Ingen
- 1 1-2
- 2 3-5
- 3 6-10
- 4 11 eller fler

1391 **Tycker Du att detta är lagom eller vill Du ha fler eller färre sådana människor omkring Dig?**

- 1 Fler
- 2 Lagom
- 3 Färre

1392 **Hur många människor finns det (bortsett från dem som Du bor tillsammans med) som Du kan vända Dig till om Du är i svårigheter? Någon som Du lätt kan träffa, som Du litar på och kan få verklig hjälp av när Du har det besvärligt?**

- 0 Ingen
- 1 1-2
- 2 3-5
- 3 6-10
- 4 11 eller fler

1393 **Tycker Du det är lagom eller vill Du ha mer eller mindre tillgång till sådan hjälp?**

- 1 Vill ha mer
- 2 Lagom
- 3 Vill ha mindre

Nu skulle jag vilja fråga några frågor om brott och sådant och om Du själv varit utsatt för något sådant.

B220 Har det under de senaste tolv månaderna hänt att Du avstått från att ge Dig ut på kvällen av oro för att överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad.

- 1 Ja, ofta
- 2 Ja, någon gång
- 3 Nej

B221 Är Du orolig för inbrott eller skadegörelse i bostaden?

- 1 Ja, ofta
- 2 Ja, någon gång
- 3 Nej

B222 Har Du själv blivit utsatt för något brott under det senaste året?

- Ja 1-
Nej 0

B223-234 Om ja Vilken typ av brott var det frågan om?

- | | | |
|--|-------------------------------|--------------------------------|
| Våld med skada som krävde sjukvård/tandvård | Ja <input type="checkbox"/> 1 | Nej <input type="checkbox"/> 0 |
| Våld med skada som inte krävde sjukvård/tandvård | Ja <input type="checkbox"/> 1 | Nej <input type="checkbox"/> 0 |
| Våld utan synliga märken och kroppsskada | Ja <input type="checkbox"/> 1 | Nej <input type="checkbox"/> 0 |
| Hot eller hotelser om våld så att Du blivit rädd | Ja <input type="checkbox"/> 1 | Nej <input type="checkbox"/> 0 |
| Stöld eller skadegörelse i bostaden | Ja <input type="checkbox"/> 1 | Nej <input type="checkbox"/> 0 |
| D:o på vind, i källare, i garage eller annan förvaring | Ja <input type="checkbox"/> 1 | Nej <input type="checkbox"/> 0 |
| D:o i fritidsbostad | Ja <input type="checkbox"/> 1 | Nej <input type="checkbox"/> 0 |
| D:o av bil | Ja <input type="checkbox"/> 1 | Nej <input type="checkbox"/> 0 |
| D:o av något i eller från bilen | Ja <input type="checkbox"/> 1 | Nej <input type="checkbox"/> 0 |
| D:o av cykel, moped, MC eller delar av dessa | Ja <input type="checkbox"/> 1 | Nej <input type="checkbox"/> 0 |
| Annan stöld | Ja <input type="checkbox"/> 1 | Nej <input type="checkbox"/> 0 |

Annat

B235 **Känner Du någon som blivit utsatt för något brott det senaste året?**

Ja 1-
Nej 0

B236-247 **Om ja Vilken typ av brott var det frågan om?**

Våld med skada som krävde sjukvård/tandvård	Ja <input type="checkbox"/> 1	Nej <input type="checkbox"/> 0
Våld med skada som inte krävde sjukvård/tandvård	Ja <input type="checkbox"/> 1	Nej <input type="checkbox"/> 0
Våld utan synliga märken och kroppsskada	Ja <input type="checkbox"/> 1	Nej <input type="checkbox"/> 0
Hot eller hotelser om våld så att han/hon blivit rädd	Ja <input type="checkbox"/> 1	Nej <input type="checkbox"/> 0
Stöld eller skadegörelse i bostaden	Ja <input type="checkbox"/> 1	Nej <input type="checkbox"/> 0
D:o på vind, i källare, i garage eller annan förvaring	Ja <input type="checkbox"/> 1	Nej <input type="checkbox"/> 0
D:o i fritidsbostad	Ja <input type="checkbox"/> 1	Nej <input type="checkbox"/> 0
D:o av bil	Ja <input type="checkbox"/> 1	Nej <input type="checkbox"/> 0
D:o av något i eller från bilen	Ja <input type="checkbox"/> 1	Nej <input type="checkbox"/> 0
D:o av cykel, moped, MC eller delar av dessa	Ja <input type="checkbox"/> 1	Nej <input type="checkbox"/> 0
Annan stöld	Ja <input type="checkbox"/> 1	Nej <input type="checkbox"/> 0

Annat

B250- **Har Du inrättat Din vardag på något sätt för att undvika att brottslighet ska hända Dig?**

Ja 1-
Nej

B251-253 **Om Ja; På vilket sätt?**

.....

.....

.....

.....

.....

SJÄLVIFYLLNADSFÖRMULÄR, SVARFREKVENNS1499 **Formulär utdelat/inkommet:**

- | | |
|---|----------------------------|
| Ej utdelat p.g.a. sensomotoriska svårigheter | <input type="checkbox"/> 1 |
| Ej utdelat p.g.a. kognitiv svikt, t. ex. demens | <input type="checkbox"/> 2 |
| Ej utdelat, vägrar/vill ej | <input type="checkbox"/> 3 |
| Ej utdelat, annan anledning | <input type="checkbox"/> 4 |
| Utdelat, men ej inkommet p.g.a. vägran | <input type="checkbox"/> 5 |
| Utdelat, men ej inkommet av annan orsak | <input type="checkbox"/> 6 |
| Inkommet, ifyllt | <input type="checkbox"/> 7 |
| Inkommet, delvis ifyllt | <input type="checkbox"/> 8 |
| Inkommet, ej ifyllt | <input type="checkbox"/> 9 |

VI. SKATTNINGAR & BEDÖMNINGAR

1400 Tillförlitlighet i intervjusvaren:

- Låg 1
 Tveksam 2
 Hög 3

1401-
1404 **SPRÅK: Bedömning av förekomst av:**

	Stora problem 1	Vissa problem 2	Inga problem 3	Ej bedöm- bart 9
a) agnosi svårigheter att hitta rätt ord, att benämna korrekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) dysfasi med svårigheter att förstå	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) dysfasi med svårigheter i språkanvändning/spontan- tal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) dysartri (problem i svalg- och talapparaten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1405 **SYN: Global bedömning av probandens syn (med ev. korr).**

- Blind 1
 Stora problem 2
 Vissa problem 3
 Inga problem/u.a. 4

1406 HÖRSEL: Global bedömning av probandens hörsel (med ev. korr.)

- Döv 1
- Stora problem 2
- Vissa problem 3
- Inga problem/u.a. 4

1407 RÖRELSEFÖRMÅGA: gång inomhus

- Sängbunden 1
- Rullstolsbunden 2
- Stora problem 3
- Vissa problem 4
- Inga problem 5

1408 RÖRELSEFÖRMÅGA: gång utomhus

- Helt oförmögen
(säng, rullstolsbunden) 1
- Stora problem
(rollator) 2
- Vissa problem 3
- Inga problem 4

1409 **FYSISK HÄLSA: bedömning av global fysisk hälsa (enl. SATSA)**

1. Totalt nedsatt fysisk hälsa. Bunden till sängen och kräver hela tiden fullt med assistans eller sjuksköterskevård för att upprätthålla vitala livsfunktioner. 1
2. Starkt nedsatt fysisk hälsa. Har en eller flera sjukdomar eller svagheter som antingen är mycket smärtsamma eller livshotande eller som behöver omfattande medicinsk behandling. 2
3. Måttligt nedsatt fysisk hälsa. Har en eller flera sjukdomar eller svagheter som antingen är smärtsamma eller som kräver avsevärd medicinsk behandling. 3
4. Lätt nedsatt fysisk hälsa. Har endast någon lättare sjukdom eller svaghet som kan hjälpas med medicinsk behandling eller korrigerig. 4
5. God fysisk hälsa. Ingen betydande sjukdom eller svaghet. Endast normal medicinsk vård så som årlig hälsokontroll. 5
6. Utmärkt fysisk hälsa. Engagerar sig i kraftiga fysiska aktiviteter, antingen regelbunden eller åtminstone då och då. 6

1410 **SINNESSTÄMNING: Förekomst av depressiva symtom?**

- Nej 0
- I viss utsträckning 1
- I hög utsträckning 2
- Ej bedömbär 9

1411 **SINNESSTÄMNING: Förekomst av ångest och oro.**

- Nej 0
- I viss utsträckning 1
- I hög utsträckning 2
- Ej bedömbär 9

1412 **Demensgrad (enl. Berger)**

- Säng- eller rullstolsbunden. Svarar endast på beröringsstimuli. 1
- Förflyttar sig själv. Behöver hjälp med att fungera. Kan inte kommunicera verbalt på ett meningsfullt sätt. 2
- Behöver hjälp för att fungera. Kan inte handla enbart efter instruktioner. 3
- Behöver vägledning för att fungera t.o.m. i välbekant miljö. Svarar adekvat på instruktioner. 4
- Reder sig själv, men endast i välbekant miljö. 5
- Kan fungera i vilken miljö som helst. De dagliga aktiviteterna splittras/störs dock ofta av glömska. 6
- Fungerar normalt. 7
- Kan ej bedömas p.g.a. somatiska eller andra problem. 8

1413 **ADL-funktion: Summerad skattning (enl. SATSA)**

- Totalt nedsatt ADL-kapacitet. Behöver hjälp dygnet runt. 1
- Starkt nedsatt ADL-kapacitet. Behöver hjälp varje dag men inte nödvändigtvis hela dagen eller natten med många av sysslorna. 2
- Måttligt nedsatt ADL-kapacitet. Kräver regelbunden hjälp med åtminstone 4 st. sysslor men klarar någon enstaka dag utan hjälp, eller behöver regelbundet hjälp med matlagning. 3
- Lätt nedsatt ADL-kapacitet. Kan klara alla utom 1-3 av de dagliga sysslorna. Hjälp krävs för 1-3 sysslor, dock ej dagligen. Kan klara en dag utan hjälp. Klarar att laga sin egen mat. 4
- God ADL-kapacitet. Kan utföra alla dagliga sysslor utan hjälp. 5
- Utomordentlig ADL-kapacitet. Kan utföra alla dagliga sysslor lätt utan hjälp. 6

1414 **SOCIALT NÄTVERK: omfattning/kvantitet av kontakt**

Obefintligt 1

Litet 2

Stort 3

Ej bedömbart 9

1415 **SOCIALT NÄTVERK: kontakternas kvalitet (ytliga - djupa; "fin kontakt")**

Dåliga 1

Ganska dåliga 2

Ganska bra 3

Bra 4

Ej bedömbart 9