

VUXENBEFOLKNINGENS HÄLSA, VÄLFÄRD OCH SERVICE (ATH)


Vänligen besvara enkäten så snart som möjligt, helst inom 10 dagar och skicka formuläret i bifogande svarskuvert, som inte behöver frankeras.

Du kan också besvara enkäten på www.thl.fi/ath/vastaa. Logga in med blankettkoden dvs. sifferserien upp-till på enkätformulärets första sida.

Tack för ditt svar!

GÖR SÅ HÄR

Att besvara frågorna:

- Läs noga igenom frågan innan du besvarar den.
- Kryssa för rätt alternativ med kulspetspenna eller fyll i de efterfrågade uppgifterna på angiven plats. **Använd gärna inte blyertspenna.**
-  Om du gör felaktiga anteckningar av misstag, var god och svärta ut hela rutan. Vid varje frågan väljs bara ett svartsalternativ som bäst beskriver situationen.
- Om det särskilt anges, kan man välja flera alternativ. Vissa frågor har kompletterande instruktioner.
- Besvara alla frågor – ange även nekande svar tydligt antingen genom att svara in alternativ "nej" eller genom att fylla i "0" i svarsfältet.

EXEMPEL 1.

Markera det alternativ som bästa beskriver ditt nuvarande hälsotillstånd

- mycket gott
- ganska gott
- någorlunda
- ganska dåligt
- dåligt

EXEMPEL 2.

Ditt nuvarande längd och vikt

längd 1 6 5 cm

vikt 6 2 kg

Närmare upplysningar om undersökningen:

www.thl.fi/ath/osallistuvalla (på finska)
avgiftsfritt samtal 0800 97730 (klockan 9-11)
e-post: ath-info@thl.fi



SAMTYCKE TILL ATT DELTA I ATH-UNDERSÖKNINGEN

Jag har satt mig in i dokumentet *Information till deltagarna i undersökningen* som gäller undersökningen och jag har fått en tillräcklig utredning om undersökningen och om insamlingen, hanteringen, samordningen och utlämnandet av uppgifter i anslutning till undersökningen. Jag förstår att det är frivilligt att delta i undersökningen och att uppgifterna behandlas konfidentiellt.

Genom att svara på denna enkät bekräftar jag mitt deltagande i undersökningen.

BAKGRUNDSINFORMATION

1. Är du för närvarande:

- gift eller i registrerat parförhållande
- sambo
- i hemskillnad eller frånskild
- änka/änkling
- ogift

2. Hur många år har du sammanlagt gått i skola eller studerat på heltid?

Folk- och grundskola räknas med.

_____ år

3. Var bor du för tillfället:

- i en ägarbostad
- i en hyreslägenhet
- i ett servicehus, rehabiliteringshem eller äldreboende
- någon annanstans, var: _____

4. Bor du ensam

- ja
- nej, ange här åldern för de **övriga** medlemmarna i ditt hushåll

_____, år, _____, år, _____, år, _____, år, _____, år,

_____, år, _____, år, _____, år, _____, år, _____, år



5. Har du någon gång under de senaste 12 månaderna:

	nej	ja
varit rädd för att maten tar slut innan du får pengar att köpa mer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
inte haft råd att köpa läkemedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
inte haft råd att gå till läkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Förekommer följande faktorer i närmiljön till din bostad, och i vilken mån upplever du dem som störande?

	nej	ja, men det stör inte	stör i viss mån	mycket störande
farliga korsningar och/eller trafikleder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hala gångvägar vintertid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dåligt belysta gångvägar/trafikleder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
buller, lukt eller damm från trafik eller industri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
långt avstånd till hälso- och sjukvårdstjänster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
långt avstånd till annan service (t.ex. butiker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dåliga kollektivtrafikförbindelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Ange hur du använder internet:

	jag använder självständigt	jag använder assisterad	jag använder inte
för att anlita elektroniska tjänster (nätbank, FPA, skattebyrå, biljettjänst, kommunala tjänster osv.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
för informationssökning (tidtabeller, hälsofakta osv.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



HÄLSA

8. Hur lång är du?

_____ cm, *ange längden i hela centimeter*

9. Hur mycket väger du i lätt klädsel?

_____ kg, *ange vikten i hela kilogram*

10. Tycker du att ditt nuvarande hälsotillstånd är:

- bra
- ganska bra
- medelmåttigt
- ganska dåligt
- dåligt

11. Har du någon långvarig sjukdom eller något annat långvarigt hälsoproblem?

- ja
- nej

12. Har du något problem med hälsan som begränsar dig i dina vardagliga sysslor?

- begränsar allvarligt
- begränsar, men inte allvarligt
- begränsar inte alls (*gå vidare till frågan 14*)

13. Har hälsan begränsat dig under de senaste sex månaderna?

- ja
- nej



14. Har du under de senaste 12 månaderna haft följande sjukdomar som konstaterats och behandlats av en läkare?

	ja
förhöjt blodtryck, blodtryckssjukdom	<input type="checkbox"/>
stroke	<input type="checkbox"/>
förhöjt kolesterol i blodet	<input type="checkbox"/>
blodpropp i hjärtat, hjärtinfarkt	<input type="checkbox"/>
kranskärslssjukdom, angina pectoris (= bröstsmärta vid ansträngning)	<input type="checkbox"/>
förslitningsskada i knä eller höft (= artros)	<input type="checkbox"/>
förslitningsskada i ryggen, ischias eller annan ryggsjukdom	<input type="checkbox"/>
kronisk luftrörskatarr, lungemfysem	<input type="checkbox"/>
depression	<input type="checkbox"/>
annat psykiskt problem	<input type="checkbox"/>
minnessjukdom (t. ex. demens)	<input type="checkbox"/>
astma	<input type="checkbox"/>
diabetes	<input type="checkbox"/>
hösnuva eller annan allergisk snuva	<input type="checkbox"/>
ingen av ovan nämnda sjukdomar	<input type="checkbox"/>

15. Har du haft följande symtom eller besvär under de senaste 30 dagarna?

	ja
huvudvärk	<input type="checkbox"/>
ledvärk	<input type="checkbox"/>
ont i nacke och skuldror	<input type="checkbox"/>
ryggsmärtor	<input type="checkbox"/>
sömlöshet	<input type="checkbox"/>
urininkontinens	<input type="checkbox"/>
ringningar i öronen (tinnitus)	<input type="checkbox"/>
yrsel	<input type="checkbox"/>
störande darrningar	<input type="checkbox"/>
inget av ovan nämnda symtom	<input type="checkbox"/>

Följande fem frågor gäller din sinnesstämning under de senaste fyra veckorna. Ange på varje rad det alternativ som bäst beskriver hur du känt dig till mods.

16. Hur stor del av tiden under de senaste fyra veckorna har du:

Välj ett alternativ på varje rad.

	hela tiden	största delen av tiden	en stor del av tiden	en del av tiden	lite av tiden	inte alls
känt dig mycket nervös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
känt dig så nedstämd att ingenting kunnat uppmuntra dig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
känt dig lugn och harmonisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
känt dig dystert och ledsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
känt dig glad och lycklig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Känner du dig ensam:

- aldrig
 mycket sällan
 ibland
 ganska ofta
 hela tiden

18. Har du under de senaste 12 månaderna haft en period som varat åtminstone två veckor och då du under största delen av tiden har

	nej	ja
känt dig ledsen, nedstämd eller deprimerad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tappat intresset för det mesta som du vanligen tycker om att göra, såsom fritidsintressen, arbetet eller andra aktiviteter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Följande fråga handlar om självdestruktiva tankar och känslor (om att göra sig själv illa). Många människor möter i livet tunga motgångar som kan ge upphov till svåra tankar och känslor.

19. Har du haft självmordstankar under de senaste 12 månaderna?

- nej
 ja

FUNKTIONS- OCH ARBETSFORMÅGA

20. Hur ofta har du på angivna sätt kontakt med vänner och släktingar som inte bor i samma hushåll?

	dagligen eller nästan dagligen	1-3 gånger i veckan	1-3 gånger i månaden	mer sällan än en gång i månaden	aldrig
träffas personligen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
per telefon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
via internet (e-post, chat, Skype, Facebook osv.) eller per brev	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Är du med i klubb-, organisations-, förenings- eller hobbyverksamhet eller någon religiös eller andlig rörelse (t.ex. idrottsförening, boendeförening, politiskt parti, sångkör, församling)?

- nej
 ja, aktivt
 ja, då och då

22. Bedöm dina möjligheter att vid behov få hjälp och stöd av närstående.

Du kan ange ett eller flera svarsalternativ per fråga.

	partner, sambo	annan närstående	god vän	närstående kollega	närstående granne	någon annan närstående	ingen
vems hjälp kan du verkligen räkna med, vad som än händer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vem kan du få praktisk hjälp av när du behöver?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Hjälper du regelbundet någon i ditt eget hushåll med nedsatt funktionsförmåga eller sjukdom att klara av vardagliga rutiner? Du kan välja flera alternativ.

- nej (gå vidare till frågan 25)
 ja, min partner
 ja, barn eller barnbarn
 någon annan, vem? _____

24. Är du officiell närstående vårdare? (avtal)

- nej
 ja

25. Röstade du i förra:

	nej	ja	minns inte
kommunalvalet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
riksdagsvalet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
presidentvalet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EU-parlamentsvalet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Klarar du vanligen av följande aktiviteter?

	ja, utan svårighet	ja, med vissa svårigheter	ja, men det är mycket svårt	nej, inte alls
springa en kortare sträcka (ca 100 meter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gå ungefär en halv kilometers sträcka utan att vila	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
läsa vanlig tidningstext (med eller utan glasögon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uppfatta vad som sägs i ett samtal mellan flera personer (med eller utan hörapparat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gå en våning upp i trapporna utan att vila emellan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
röra på dig utomhus sommartid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
röra på dig utomhus vintertid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
använda kollektiva transportmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ta dig från ett rum till ett annat hemma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Klarar du vanligen av följande vardagliga rutiner och aktiviteter?

	ja, utan svårighet	ja, med vissa svårigheter	ja, men med stora svårigheter	nej, inte alls
lättare hemsysslor (t.ex. dammsuga, diska, bädda sängen, tvätta kläder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
göra små reparationer i hemmet (t.ex. byta lampa eller byta batteri i brandvarnare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sköta den dagliga ekonomin (t.ex. betala räkningar, ta ut kontanter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
handla mat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
laga mat eller värma färdigmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tugga maten (all slags mat, även efterrugsbröd e.d.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
duscha själv eller tvätta dig i badkar eller i bastun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sköta din personliga hygien själv (t.ex. kamma håret, borsta tänderna, raka dig, tvätta ansiktet och händerna)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
klippa tånaglarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
klä på dig eller klä av dig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gå på toaletten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sköta din egen medicinering – (t.ex. komma ihåg att ta mediciner, dosera rätt, öppna läkemedelsförpackningar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Nedan följer frågor som gäller minne, inläring och koncentrationsförmåga.

	mycket bra	bra	tillfredsställande	dåligt	mycket dåligt
mitt minne fungerar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jag klarar av att lära mig nya saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jag klarar i allmänhet av att koncentrera mig på saker och ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Behöver du och får du hjälp med vardagliga rutiner på grund av nedsatt funktionsförmåga?

- jag behöver inte och får inte hjälp
- jag skulle behöva hjälp, men får inte
- jag får hjälp, men inte tillräckligt
- jag får tillräckligt med hjälp
- jag skulle klara mig med mindre hjälp

LEVNADSVANOR

Med följande två (30-31) frågor utreds dina motionsvanor. Om dina motionsvanor varierar beroende på årstid, välj det alternativ som bäst beskriver den genomsnittliga situationen.

30. Hur ofta brukar du promenera utomhus i minst 20 minuter?

- 5 gånger i veckan eller oftare
- 4 gånger i veckan
- 3 gånger i veckan
- 1-2 gånger i veckan
- mer sällan än en gång i veckan
- jag kan inte motionera p.g.a. en skada eller sjukdom

31. Hur mycket motionerar du och anstränger dig fysiskt under fritiden?

Välj det alternativ som bäst stämmer in på dig.

- jag läser, ser på tv och gör andra sysslor som inte precis är fysiskt ansträngande
- jag promenerar, cyklar eller utför lätt hem- eller trädgårdsarbete osv. flera timmar i veckan
- jag motionerar eller idrottar aktivt flera timmar i veckan, t.ex. jogging, skidåkning, simning eller bollspel
- jag är mestadels sängliggande

32. Hur ofta har du under de senaste 7 dagarna använt följande matvaror och drycker?

	inte alls	under 1–2 dagar	under 3–5 dagar	under 6–7 dagar
fet ost (t.ex. Edam, Emmental, Oltermanni)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mager ost (t.ex. Polar-15, Edam 17, grynost)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
färska grönsaker och vegetarisk sallad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
upphettade grönsaker (ej potatis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
frukt och bär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hamburgare, pizza, salta pajer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bullar, wienerbröd, kex, kakor osv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
choklad eller andra sötsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
saft eller läskedrycker som innehåller tillsatt socker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mörkt bröd (råg-, knäckebröd osv.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vegetabilisk olja eller flytande vegetabilisk oljeblandning (t.ex. Flora Culinesse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
smör eller blandning av smör och vegetabilisk olja (t.ex. Oivariini)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
margarin (t.ex. Flora, Keiju)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fettfri mjölk eller surmjölk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Vem brukar tillreda ditt huvudmål under vardagar?

- jag själv
 min maka/make, sambo
 annan närstående
 hemhjälpen lagar mat eller färdiga portioner levereras hem
 jag äter ute eller köper hem färdigmat

34. Hur många egna tänder har du kvar?

- inga egna tänder kvar
 1–9 st. egna tänder
 10–19 st. egna tänder
 20 eller fler egna tänder

35. Har du uttagbara tandproteser?

- nej
 ja

36. Hur ofta brukar du borsta tänderna / tandprotesen?

- mer än två gånger om dagen
 två gånger om dagen
 en gång om dagen
 mer sällan än varje dag
 aldrig

37. Har någon av nedan nämnda personer under de senaste 12 månaderna uppmanat dig att: *Du kan välja flera alternativ på varje rad.*

	ingen	läkare eller tandläkare	hälsovårdare eller annan yrkesperson inom hälso- och sjukvår- den	familje- medlem	annan
motionera mera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ändra matvanor av hälsoskäl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gå ner i vikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
minska alkoholkonsumtionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sluta röka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Hur många timmar per dygn sover du vanligen?

I genomsnitt _____ timmar

39. Tycker du att du sover tillräckligt?

- ja, för det mesta
- ja, ofta
- sällan eller nästan aldrig
- vet ej

40. Har du någonsin rökt?

- nej (*om du aldrig rökt, gå vidare till frågan 43*)
- ja

41. Har du någonsin rökt dagligen i minst ett år? Hur många år sammanlagt?

- jag har aldrig rökt dagligen
- jag har rökt dagligen i sammanlagt _____ år

42. Röker du (cigaretter, cigarrer eller pipa)?

- ja, dagligen
- sporadiskt
- nej, inte alls

43. Har du använt alkoholdrycker under de senaste 12 månaderna?

- nej (*du kan gå vidare till frågan 48*)
- ja

44. Hur ofta dricker du öl, vin eller andra alkoholdrycker? Räkna också med de gånger du endast druckit små mängder, t.ex. en flaska mellanöl eller lite vin.

Välj det alternativ som bäst stämmer in på dig.

- aldrig
- cirka en gång i månaden eller mindre
- 2–4 gånger i månaden
- 2–3 gånger i veckan
- 4 gånger i veckan eller mer

45. Hur många portioner alkohol har du i allmänhet druckit de dagar då du druckit alkohol? Se faktarutan.

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

EN ALKOHOLPORTION MOTSVARAR:
 en flaska (33 cl) mellanöl eller cider eller
 ett glas (12 cl) svagvin eller
 ett litet glas (8 cl) starkvin eller
 en restaurangenheter (4 cl) starksprit

46. Hur ofta har du druckit sex alkoholportioner eller mer på en gång?

- aldrig
 mindre än en gång i månaden
 en gång i månaden
 en gång i veckan
 dagligen eller nästan dagligen

EXEMPEL:
 0,5 l mellanöl eller cider = 1,5 portioner
 0,5 l A-öl eller stark cider = 2 portioner
 0,75 l svagvin (12 %) = 6 portioner
 0,5 l starksprit = 13 portioner

47. Hur många glas, flaskor eller alkoholportioner har du under de senaste 7 dagarna druckit av följande drycker: Välj alternativ 0 om du inte alls druckit alkohol.

under de senaste 7 dagarna	
mellanöl (III-öl), medelstark cider eller long drink (säljs i livsmedelsaffärer, alkoholhalt 2,9–4,7 %)	_____ flaskor (à 33 cl)
A-öl, stark cider eller long drink (säljs endast på Alko, alkoholhalt över 4,7%)	_____ flaskor (à 33 cl)
vin	_____ glas (1 glas = ca 12 cl)
brännvin eller annan spritdryck	_____ restaurangenheter (ca 4 cl)

Nedan följer frågor som gäller spel om pengar. Till SPEL OM PENGAR hör bland annat lotterispel såsom Lotto eller Keno, spelautomater såsom fruktspel, skraplotter, sporttips och travtips, Veikkaus spel, vadslagning, kasinospel och sådana penningsspel som finns på webben, till exempel nätpoker.

48. Har du under de senaste 12 månaderna haft en känsla av att du kanske har problem med spel om pengar?

- jag spelar inte
 aldrig
 ibland
 ofta
 nästan hela tiden

OLYCKOR OCH VÅLD

49. Har du under de senaste 12 månaderna råkat ut för ett olycksfall där du blivit skadad? När hände olyckan och hurdan vård fick du för dina skador? Du kan välja flera alternativ

	nej	ja, jag kurerade mig hemma	ja, jag fick vård av hälsovårdare/sjukskötare	ja, läkarvård	ja, sjukhusvård
hemma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i anslutning till idrottsaktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
annat ställe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50. Använder du följande skydds- eller säkerhetsutrustning?

	alltid	ofta	ibland	inte alls	gäller inte mig
hjälm när du cyklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bilbälte i baksätet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
flytväst/räddningsväst i båt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dubbade kängor eller isbroddar när du rör dig ute vid halka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
höftskydd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
reflex när det är mörkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51. Använder du följande hjälpmedel? *Du kan välja flera alternativ.*

- promenadkäpp eller kryckor
- rollator eller sparkcykel
- rullstol
- hörapparat
- dosett för läkemedel

52. Har du fallit omkull under de senaste 12 månaderna?

- nej
- ja, inomhus hemma _____ gånger
- ja, inomhus hemma _____ gånger
- ja, ute på gatan eller annan offentlig miljö _____ gånger

53. Har någon betett sig våldsamt mot dig under de senaste 12 månaderna?

Du kan välja flera alternativ per rad

	nej, ingen	en obekant person eller en halvbekant	<u>nuvarande</u> sambo eller maka/make eller partner	annan närstående person (fa- miljemedlem, före detta maka/make, vän, bekant, arbetskamrat)
hotat om fysiskt våld per telefon, per brev eller via internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hotat om fysiskt våld ansikte mot ansikte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hållit fast, skuffat eller knuffat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
slagit med öppen hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
slagit med knytnäven eller hårt föremål, tagit strupgrepp eller använt något vapen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tvingat till samlag/våldtagit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tvingat till annat sexuellt umgänge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
försökt tvinga till samlag eller annat sexuellt umgänge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
betett sig våldsamt på annat sätt, beskriv med ett ord:	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

54. Har främmande människor på gatan eller något annat ställe (t.ex. i en butik, restaurang) behandlat dig orättvist under de senaste 12 månaderna?

- ja
 nej

TJÄNSTER

55. Vad anser du om följande påståenden gällande social- och hälsovården?

	helt av samma åsikt	delvis av samma åsikt	varken av samma eller annan åsikt	delvis av annan åsikt	helt av annan åsikt
Hälso- och sjukvårdstjänsterna fungerar allmänt taget bra i Finland.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den sociala servicen fungerar allmänt taget bra i Finland.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56. Har du haft tillräcklig tillgång till följande social- och hälsovårdstjänster eller förmåner under de senaste 12 månaderna?

Beakta både kommunala och privata serviceleverantörer.

	jag har inte behövt tjänsten eller förmånen	jag hade behövt tjänsten eller förmånen, men har inte haft tillgång till den	jag har anlitat tjänsten eller förmånen, men har inte haft tillräcklig tillgång till den	jag har anlitat tjänsten eller förmånen och har haft tillräcklig tillgång till den
läkarmottagning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tjänster på sjukskötarens eller hälsovårdarens mottagning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tandläkartjänster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vård och omsorg som erbjuds hemma (t.ex. hemvård, måltidsservice och andra tjänster, rehabiliteringstjänster, ändringsarbeten i hemmet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
annan äldreservice (t.ex. serviceboende, äldreboende, familjevård)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tjänster för personer med funktionsnedsättning (t.ex. färdtjänst, personlig assistans, ändringsarbeten i bostaden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
handledning och rådgivning av socialarbetare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
servicehandledning och rådgivning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stödtjänster för närståendevårdare (t.ex. möjlighet att ta ledigt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vårdarvoden för närståendevård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
utkomststöd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

57. Har följande faktorer stört din tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster under de senaste 12 månaderna?

	alltid	oftast	ibland	aldrig	gäller inte mig
besvärligt avstånd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
höga klientavgifter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

58. Har följande faktorer stört din tillgång till social service under de senaste 12 månaderna?

	alltid	oftast	ibland	aldrig	gäller inte mig
besvärligt avstånd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
höga klientavgifter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

59. Hur många gånger du har träffat en läkare, hälsovårdare eller sjukskötare på mottagningen eller hemma på grund av egen sjukdom (eller graviditet eller förlossning) under de senaste 12 månaderna? *Beakta inte de gånger när du har varit intagen som patient på sjukhus.*

	inte en enda gång	en gång	2–3 gånger	4–6 gånger	över 6 gånger
på läkarmottagning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
på hälsovårdares eller sjukskötares mottagning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

60. Hur många gånger sammanlagt under de senaste 12 månaderna har du varit i kontakt:

	inte en enda gång	en gång	2–3 gånger	4–6 gånger	över 6 gånger
Per telefon					
med läkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med hälsovårdare eller sjukskötare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med annan yrkesperson inom hälso- och sjukvården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med socialarbetare eller socialhandedare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Via e-tjänster					
med läkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med hälsovårdare eller sjukskötare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med annan yrkesperson inom hälso- och sjukvården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med socialarbetare eller socialhandedare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

61. Har du under de senaste 12 månaderna utnyttjat möjligheten att byta hälsostation (offentlig hälso- och sjukvård)? *Tjänsten betraktas här som offentlig även i de fall där kommunen valt en privat serviceproducent för att ansvara för en hälsostations tjänster.*

- jag har inte anlitat tjänster vid en hälsostation under de senaste 12 månaderna
- jag har inte bytt hälsostation
- jag har bytt hälsostation

62. Har du under de senaste 12 månaderna använt möjligheten att välja eller byta sjukhus (offentlig hälso- och sjukvård)? *Tjänsten betraktas här som offentlig även i de fall där kommunen valt en privat serviceproducent för att ansvara för någon sjukhusvård.*

- jag har inte behövt vård eller undersökningar vid polikliniker eller vårdavdelningar inom den specialiserade sjukvården under de senaste 12 månaderna
- jag har inte valt eller bytt sjukhus
- ja, jag har valt eller bytt sjukhus

63. Hur beskriver följande påståenden dina erfarenheter av hälso- och sjukvård, då du anlitat tjänster under de senaste 12 månaderna?

	alltid	oftast	ibland	aldrig	gäller inte mig (jag har inte anlitat hälso- och sjukvårdstjänster)
jag fick tillgång till vård tillräckligt snabbt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jag blev intagen för undersökning tillräckligt snabbt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
servicen motsvarade mitt behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mitt ärende sköttes på ett smidigt sätt och informationen förmedlades personalen emellan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

64. Hur många gånger under de senaste 12 månaderna har du besökt:

	inte en enda gång	en gång	2–3 gånger	4–6 gånger	över 6 gånger
tandläkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tandskötare- eller munhygienistmottagning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65. Har du blivit vaccinerad mot influensa inom de senaste 12 månaderna?

- nej
 ja

66. När har en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården senast mätt eller testat följande på dig: Välj ett alternativ på varje rad

	under de senaste 12 månaderna	för 1–5 år sedan	för över 5 år sedan	aldrig	vet ej
blodtryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kolesterolhalten i blodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
blodsocker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
balans (t.ex. balans stående)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
minne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

67. Har du under de senaste fem åren varit med om följande undersökningar och kontroller?

	nej	ja, under det senaste året (1 år)	ja, under de senaste 1–5 åren
screening av tarmcancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mammografi (bröstcancerscreening) för kvinnor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAPA-prov för kvinnor (cellprov från livmoderhalsen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
prostatascreening för män i form av mätning av PSA-värdet genom blodprov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

68. Har en lagstadgad bedömning av servicebehovet gjorts i ditt fall?

Välj endast ett alternativ.

- ja, under de senaste 12 månaderna
- ja, minst ett år (12 mån.) sedan
- nej

69. Har du under de senaste 12 månaderna anlitat någon av följande vårdenheter på grund av psykiska problem eller missbruk:

	nej	ja, på grund av psykiska problem	ja, på grund av problem med alkohol- och drogbruk
öppenvården (t.ex. företagshälsovården, A-klinik, mentalvårdsbyrå)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
institutionsvården (t.ex. psykiatriskt sjukhus eller avgiftningsbehandling på annat sjukhus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

70. Vilken social service har du anlitat senast under de senaste 12 månaderna?

Välj ett alternativ utgående från vilken service du anlitat senast

- äldreservice (t.ex. boendetjänster, hemservice, äldreboende)
- tjänster för personer med funktionsnedsättning (t.ex. färdtjänst, personlig assistans, ändringsarbeten i bostaden)
- tjänster för barnfamiljer (t.ex. barnskydd, hemservice, fostrings- och familjerådgivning)
- handledning eller rådgivning av socialarbetare
- ingen av ovan nämnda tjänster (gå vidare till frågan 72)

71. Hur beskriver följande påståenden dina erfarenheter av sociala service under de senaste 12 månaderna? Utvärdera den service som du anlitat.

	alltid	oftast	ibland	aldrig	gäller inte mig (jag har inte anlitat socialvård)
jag fick tillgång till service tillräckligt snabbt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
servicen motsvarade mitt behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mitt ärende skötes på ett smidigt sätt och informationen förmedlades personalen emellan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LIVSKVALITET

Vid följande frågor (72-74) ber vi dig tänka på ditt liv under de senaste två veckorna.

72. Hur skulle du beskriva din livskvalitet?

- mycket dålig
 dålig
 varken god eller dålig
 god
 mycket god

73. Hur nöjd är du:

	mycket missnöjd	ganska missnöjd	varken nöjd eller missnöjd	nöjd	mycket nöjd
med hälsan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med din förmåga att klara av dagliga sysslor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med dig själv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med dina relationer till andra människor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med bostadsmiljön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

74. I vilken mån har du under de senaste två veckorna upplevt följande saker

	inte alls	lite	i rimlig utsträckning	nästan tillräckligt	helt tillräckligt
har du tillräckligt med energi för ditt dagliga liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
har du tillräckligt med pengar för dina behov?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Följande tre frågeavsnitt anknyter till olycksfall och kartlägger 1) olycksfall i hemmet, 2) trafikolyckor och 3) andra olycksfall på fritiden. Med hjälp av frågorna kartläggs hur olycksfallet inträffat, hurdana skador förorsakades och hurdan vård skadorna krävt.

OLYCKSFALL I HEMMET

75. Har du råkat ut för ett olycksfall i hemmet under de senaste 12 månaderna?

Ett olycksfall i hemmet avser en olycka som sker i hemmet, på gården, i en semesterbostad, på sommarstugan eller i en annan bostad, såsom en fallolycka som orsakar skador, en brännskada eller en skada från vasst föremål, till exempel en kniv eller krossat glas.

nej (gå vidare till fråga 82. till avsnittet Trafikolyckor)

ja, hur många gånger sammanlagt under de senaste 12 månaderna _____ gånger

76. Hur inträffade olyckan? Om du råkat ut för flera olycksfall i hemmet under de senaste 12 månaderna, beskriv de tre senaste. Ange ditt svar separat för varje hemolycka genom att välja ett lämpligt alternativ för varje olycksfall (Olycksfall 1, Olycksfall 2 eller Olycksfall 3). Välj det alternativ som bäst beskriver situationen vid varje olycksfall i hemmet.

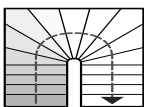

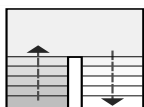
Ange ditt svar separat för varje hemolycka genom att välja ett lämpligt alternativ för varje olycksfall (Olycksfall 1, Olycksfall 2 eller Olycksfall 3). Välj det alternativ som bäst beskriver situationen vid varje olycksfall i hemmet.

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
jag snubblade, föll, halkade eller ramlade från låg höjd (mindre än 1 meter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jag ramlade från över 1 meters höjd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kollision med person eller föremål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
förgiftning eller exponering för annat skadligt ämne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
elektrisk stöt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
avvikande temperaturer: brännskada (eld, brandgas osv.), köldskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
skada på grund av vasst föremål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om annat, vad: _____	_____	_____	_____

77. Påverkades olyckan av att du hade bråttom, var trött eller slarvig?

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

78. Var inträffade olycksfallet? Välj det alternativ som bäst beskriver situationen för varje olycksfall.

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
boningsrum (vardagsrum, sovrum, barnkammare e.d.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WC, badrum, bastulokaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gård, balkong, terrass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bilgarage, hobbyrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
källare, vind, förråd eller lider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U-trappa inomhus 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rak trappa mellan två våningar inomhus 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U-trappa med vilplan inomhus 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om annan plats, var: _____			

79. Vilken var den allvarligaste skadan till följd av olycksfallet?

Välj det alternativ som bäst beskriver situationen för varje olycksfall.

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
ingen skada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
blåmärken, kontusioner eller sår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stukning, sträckning eller luxation eller muskelskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fraktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hjärnskakning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
skadan till huvudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ögonskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tandskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
brännskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
köldskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psykiskt trauma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om annan skada, vad:	_____	_____	_____

80. Hurdan vård fick du för skadorna?

Välj det alternativ som bäst beskriver situationen för varje olycksfall.

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
egenvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vård av hälsovårdare eller sjukskötare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
läkarvård i jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sjukhusbehandling (avdelningsvård)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sjukhusbehandling (operation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

81. Var du påverkad av alkohol, läkemedel som påverkar funktionsförmågan eller narkotika då olyckan inträffade?

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TRAFIKOLYCKOR

82. Har du råkat ut för en trafikolycka under de senaste 12 månaderna? *En trafikolycka avser en olycka med en bil eller annat fordon eller transportmedel, såsom kollision eller avkörning, samt olycksfall där de inblandade är fotgängare och cyklister.*

nej (gå vidare till fråga 90. till avsnittet Andra olycksfall på fritiden)

ja, hur många gånger sammanlagt under de senaste 12 månaderna? _____ antal

83. Hur inträffade trafikolyckan? Om du råkat ut för flera trafikolyckor under de senaste 12 månaderna, beskriv de tre senaste. *Ange ditt svar separat för varje trafikolycka genom att välja ett lämpligt alternativ för varje olycksfall (Olycksfall 1, Olycksfall 2 eller Olycksfall 3). Välj det alternativ som bäst beskriver situationen för varje olycksfall.*

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
Kollision med ett motorfordon (i rörelse) (inkl. att bli överkörd som fotgängare eller cyklist eller kollision med bil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
singelolycka, dvs. olycksfall utan andra parter (t.ex. avkörning, kollision med ett fast hinder, fallolycka som fotgängare eller cyklist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kollision med parkerat fordon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
olycka med djur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om annat, vad:	_____	_____	_____

84. Hur rörde du dig när trafikolyckan inträffade?

Välj det alternativ som bäst beskriver situationen för varje trafikolycka.

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
till fots	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med cykel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med bil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med motorcykel eller moped	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med annat fordon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

85. Påverkades trafikolyckan av att du hade bråttom, var trött eller slarvig?

Välj det alternativ som bäst beskriver situationen för varje trafikolycka.

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

86. Var inträffade trafikolyckan? Välj det alternativ som bäst beskriver situationen för varje trafikolycka.

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
trottoar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gång- eller cykelväg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
skyddsväg, korsning mellan cykelväg och gata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
väg eller gata i tätort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
väg utanför tätort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
motorväg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
annan plats, t.ex. allmänt parkeringsområde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
höghusgård eller egnahemshusgård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
terräng, skogs- eller åkerområde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hav, sjö, å e.d. vattendrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om annan plats, var:	_____	_____	_____

87. Vilken var den allvarligaste skadan till följd av trafikolyckan?

Välj det alternativ som bäst beskriver situationen för varje trafikolycka.

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
ingen skada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
blåmärken, kontusioner eller sår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stukning, sträckning eller luxation eller muskelskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fraktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hjärnskakning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
skadan till huvudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ögonskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tandskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
brännskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
köldskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psykiskt trauma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om annan skada, vad:	_____	_____	_____

88. Hurdan vård fick du för skadorna?

Välj det alternativ som bäst beskriver situationen för varje trafikolycka.

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
egenvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vård av hälsovårdare eller sjukskötare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
läkarvård i jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sjukhusbehandling (avdelningsvård)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sjukhusbehandling (operation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

89. Var du påverkad av alkohol, läkemedel som påverkar funktionsförmågan eller narkotika då trafikolyckan inträffade?

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANDRA OLYCKSFALL PÅ FRITIDEN

90. Har du råkat ut för något annat olycksfall på fritiden under de senaste 12 månaderna? *Andra olycksfall under fritiden gäller skador som uppkommit i andra situationer än motions- eller idrottsrelaterade olycksfall, olycksfall i arbetet eller hemmet eller trafikolyckor, såsom att halka på vägen till eller från butiken, en skada i anslutning till talkoarbete eller en skada i samband med camping, en båtutfärd eller i en husvagn.*

nej (gå vidare till fråga 95. till avsnittet Sjukfrånvaro)

ja, hur många gånger sammanlagt under de senaste 12 månaderna? _____ gånger

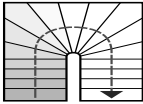

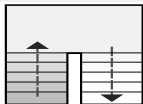
91. Hur inträffade olyckan? Om du råkat ut för flera olycksfall på fritiden under de senaste 12 månaderna, beskriv de tre senaste. *Ange ditt svar separat för varje fritidsolycka genom att välja ett lämpligt alternativ för varje olycksfall (Olycksfall 1, Olycksfall 2 eller Olycksfall 3). Välj det alternativ som bäst beskriver situationen för varje olycksfall.*

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
jag snubblade, föll, halkade eller ramlade från låg höjd (mindre än 1 meter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jag ramlade från över 1 meters höjd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kollision med person eller föremål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
förgiftning eller exponering för annat skadligt ämne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
elektrisk stöt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
avvikande temperaturer: brännskada (eld, brandgas osv.), köldskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
skada på grund av vasst föremål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om annat, vad: _____			

92. Påverkades olyckan av att du hade bråttom, var trött eller slarvig?

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

93. Var inträffade olycksfallet? Välj det alternativ som bäst beskriver situationen för varje olycka.

		Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
led för gång-, cykel- och mopedtrafik		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bilväg		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gårdsplan eller parkeringsområde vid offentlig byggnad		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gårdsplan eller parkeringsområde vid bostadshus		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
terräng, t.ex. skogs- eller åkerområde		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
annan plats utomhus, t.ex. station eller hållplats, park eller torg		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
innanför en offentlig byggnad		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U-trappa inomhus		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rak trappa mellan två våningar inomhus		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U-trappa med vilplan inomhus		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om annat ställe, var:		_____	_____	_____

94. Vilken var den allvarligaste skadan till följd av fritidsolyckan?

Välj det alternativ som bäst beskriver situationen för varje olycka.

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
ingen skada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
blåmärken, kontusioner eller sår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stukning, sträckning eller luxation eller muskelskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fraktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hjärnskakning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
skadan till huvudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ögonskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tandskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
brännskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
köldskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psykiskt trauma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om annan skada, vad:	_____	_____	_____

SJUKFRÅNVARO

Nedan följer frågor som gäller vård och sjukfrånvaro i anknytning till olyckshändelser, olycksfall eller våld. Om du har råkat ut för flera olycksfall under de senaste 12 månaderna, beskriv **de tre senaste**. Ange ditt svar separat för varje olycksfall genom att skriva in antalet dagar i det fält som reserverats för det för varje olycksfall (Olycksfall 1, Olycksfall 2 eller Olycksfall 3).

95. Hur många dagar vistades du på sjukhus på grund av skadorna?

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
Olycksfall i hemmet	_____ dagar	_____ dagar	_____ dagar
Trafikolyckor	_____ dagar	_____ dagar	_____ dagar
Andra olycksfall på fritiden	_____ dagar	_____ dagar	_____ dagar
Våld	_____ dagar	_____ dagar	_____ dagar

96. Hur många dagar var det på grund av skadan svårt eller omöjligt för dig att klara av dagliga sysslor och rutiner? (förutom eventuella dagar på sjukhus)

	Olycksfall 1	Olycksfall 2	Olycksfall 3
Olycksfall i hemmet	_____ dagar	_____ dagar	_____ dagar
Trafikolyckor	_____ dagar	_____ dagar	_____ dagar
Andra olycksfall på fritiden	_____ dagar	_____ dagar	_____ dagar
Våld	_____ dagar	_____ dagar	_____ dagar

VÅLD

97. Har någon krävt dig på pengar eller egendom genom utpressning eller hot under de senaste 12 månaderna? *Du kan välja flera alternativ.*

- ingen
- en obekant person eller en halvbekant
- min nuvarande sambo eller make/maka eller partner
- annan närstående person (annan familjemedlem, tidigare partner, vän, bekant, arbetskamrat)

98. Ifall du råkat ut för våld under de senaste 12 månaderna, sökte du dig på grund av våldet: Du kan välja flera alternativ.

- till tjänster som drivs av organisationer (t.ex. våldtäktskriscentral, Tukinainen, Flickornas hus, Brottsofferjouren, Monika Naiset, skyddshem, krisjourer, kommunens sexualterapeut eller motsvarande)
- till social- och hälsovårdstjänster (sjukhus- eller hälsovårdscentraljour)
- jag har inte råkat ut för våld under de senaste 12 månaderna.
Du kan hoppa över följande fråga.

99. Hur blev du bemött när du besökte ovan nämnda tjänster?

Du kan välja flera alternativ.

- sakligt och sakkunnigt
- tillmötesgående och förståelsefullt
- elakt
- likgiltigt
- på något annat sätt _____

100. Fyllde du i enkäten på egen hand eller fick du hjälp av någon annan?

- jag har fyllt i enkäten själv
- jag har fyllt i enkäten i tillsammans med min partner
- jag har fyllt i enkäten tillsammans med annan släkting
- jag har fyllt i enkäten tillsammans med en skötare eller en anställd inom hemvården
- jag fick hjälp av någon annan.
Vem (t.ex. granne)? _____

TACK FÖR DITT SVAR!

Glöm inte att lösgör pärmbladet från enkätdelen innan utskick.

Du kan studera resultaten på www.thl.fi/ath