



## DEN REGIONALA HÄLSO- OCH VÄLFÄRDSUNDERSÖKNINGEN, ATH 2014

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/2014a](http://www.thl.fi/ath/2014a). 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 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 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 information om undersökningen lämnas vid behov:

expert Ulla Tyyni, tfn avgiftsfritt samtal 0800 97730 (klockan 9–15), e-post: [ulla.tyyni@thl.fi](mailto:ulla.tyyni@thl.fi)  
forskare Jukka Murto tfn avgiftsfritt samtal 0800 97730 (klockan 9–15), e-post: [jukka.murto@thl.fi](mailto:jukka.murto@thl.fi)  
ansvarig forskare, utvecklingschef Risto Kaikkonen, tfn 029 524 8176, e-post: [risto.kaikkonen@thl.fi](mailto:risto.kaikkonen@thl.fi)

## BAKGRUNDSINFORMATION

Kryssa för rätt alternativ eller fyll i numret på angiven plats.

### 1. Kön

man

kvinna

2. Födelseår 19 \_\_\_\_\_

### 3. Civilstånd

gift eller registrerad partner

samboende

hemskild eller frånskild

änka/änkling

ogift

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

*Folk- och grundskola medräknas.*

\_\_\_\_\_ år

### 5. Hur bor du för närvarande:

i en bostad du själv eller någon annan familjemedlem som bor i denna bostad äger

i hyresbostad (kommunal hyresbostad eller bostad som ägs och hyrs ut av allmännyttigt företag eller privat hyresbostad)

i servicehus, rehabiliteringshem eller äldreboende

någon annanstans, var: \_\_\_\_\_

### 6. Hur många i ditt hushåll är (räkna inte med dig själv)

	inga	1 pers	2 pers	3 pers	4 pers	5+ pers
under 3 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3–6 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7–17 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18–24 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25–64 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65–74 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
över 75 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## LIVSVILLKOR, ARBETE OCH VÄLFÄRD

**7. Ett hushåll kan ha olika inkomstkällor och flera medlemmar kan ha inkomster. Inberäknat alla inkomster i ert hushåll, hur bedömer du förutsättningarna att täcka utgifterna med dessa inkomster:**

- mycket svårt
- svårt
- ganska svårt
- ganska lätt
- lätt
- mycket lätt

**8. Har du någon gång under de senaste 12 månaderna:**

	nej	ja
känt oro för att maten tar slut innan ni får pengar att handla för?	<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"/>



## 9. Förekommer följande faktorer i er bostads närmaste omgivning, 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 fotgängar- /trafikleder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trafik- eller industribuller, -lukt eller -damm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
långt avstånd till 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"/>
ostädad miljö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
byggnader i dåligt skick eller fula bostadsområden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rovdjursfara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
annat, vad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 10. Hur nöjd är du med din nuvarande bostad?

	mycket nöjd	ganska nöjd	varken nöjd eller missnöjd	ganska missnöjd	mycket missnöjd
bostadsområdets säkerhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
boendekostnaderna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 11. Har du internetuppkoppling hemma?

- nej  
 ja

## 12. Ange hur du använder Internet:

	nej	ja
för att anlita elektroniska tjänster (nätbank, FPA, skattebyrå, biljettjänst, kommunala tjänster m.m.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
för informationssökning (tidtabeller, hälsofakta m.m.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	så gott som dagli- gen	1-2 gångar 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 m.m.) eller brev	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- nej -> du kan gå över följande tre numrerade frågor
- ja, aktivt
- ja, då och då

**15. Hur ofta har du deltagit i verksamheten inom följande organisationer, föreningar osv. under de senaste 12 månaderna?**

	jag har inte deltagit	mer sällan än en gång per månad	1–3 gånger per månad	1–2 gånger per vecka	3 gånger per vecka eller oftare
motions- eller idrottsförening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kulturförening eller kulturorganisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
politisk förening eller fackförening (t.ex. PAM, JHL, Akava)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
organisation för arbetslösa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
församling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
organisation för äldre (t.ex. för pensionärer eller veteraner, andra organisationer inom äldreomsorgen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
organisation för barn-, ungdoms- eller familjearbete (t.ex. Mannerheims Barnskyddsförbund)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
folkhälsa- eller patientorganisation (t.ex. Finlands Röda Kors, Diabetesförbundet i Finland, Finlands Hjärtförbund, Allergi- och Astmaförbundet rf)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
organisation för psykisk hälsa eller missbrukarvård (t.ex. Föreningen för Mental Hälsa i Finland, Akli-nikstiftelsen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
handikapporganisation (t.ex. Invalidförbundet, Synskadades Centralförbund)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
närståendeorganisationer (t.ex. föreningen Närståendevårdare och vänner, Anhörigas stöd för mentalvården)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fria hobbygrupper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
annat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**16. Om du under de senaste 12 månaderna har deltagit i organisationers eller föreningars verksamhet, varifrån fick du ursprungligen information om verksamheten? Du kan välja flera alternativ.**

- genom att söka information på webben (t.ex. organisationernas webbplatser eller sociala medier, såsom Facebook, diskussionsforum osv.)
- i organisationernas egna tidskrifter, lokala tidningar eller andra medier
- av en släkting eller en bekant
- av hälso- och sjukvården eller socialvården, arbets- och näringsbyrån (t.ex. på rekommendation av läkare, vårdare eller socialarbetare)
- annat ställe, var? \_\_\_\_\_

**17. Varför har du deltagit i organisationers eller föreningars verksamhet under de senaste 12 månaderna? Välj de viktigaste orsakerna**

- jag vill hjälpa andra människor
- jag vill lära mig nya saker och få information
- jag vill lära känna nya människor
- jag vill höra till en grupp
- jag vill delta i mitt barns eller mina barns fritidsintressen
- jag vill träffa andra människor som är i samma situation och få stöd av dem
- jag vill påverka i samhällsfrågor
- frivilligarbete inom organisationer är till nytta i studierna och/eller arbetslivet
- jag får hjälp/stöd i min livssituation
- jag får någonting meningsfullt att göra
- annan orsak, vilken? \_\_\_\_\_

**18. Varför har du inte deltagit i organisationers eller föreningars verksamhet?**

*Om du har deltagit, gå vidare till följande fråga. Du kan välja flera alternativ.*

- jag känner inget behov av att delta
- i min närmiljö finns ingen verksamhet som intresserar mig
- jag har inte tillräcklig kännedom om den verksamhet som finns i min närmiljö
- på grund av tidsbrist
- på grund av dåliga trafikförbindelser
- mitt eget eller en nära anhörigs dåliga hälsotillstånd eller funktionsförmåga hindrar att jag deltar
- annan orsak, vilken? \_\_\_\_\_

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

*Du kan ange ett eller flera svarsalternativ per fråga.*

	make, sambo	annan nära anhörig	god vän	närs- stående kollega	god granne	annan närs- stående	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"/>

## 20. Har du under de senaste 12 månaderna gett någon utanför ditt eget hushåll hjälp i nedannämnda göromål under din fritid? Vem eller vilka?

*Du kan välja flera alternativ på varje rad.*

	nej	ja, barn eller barnbarn	ja, andra
ta hand om barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hemsysslor och utarbeten (matlagning, städning, trädgårdsskötsel o.dyl.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
handla mat, sköta bank- och andra ärenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ta hand om dagliga funktioner (påklädning, dusch/bad, ge medicin o.dyl.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psykosocialt stöd (lyssna eller stötta vid svårigheter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ekonomiskt stöd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**21. Hur ofta har du under de senaste 12 månaderna hjälpt någon som bor i ett annat hushåll?**

*Välj endast ett alternativ per rad*

	inte alls	en eller ett par gånger om året	1–2 gånger i månaden	1–2 gånger i veckan	varje dag eller nästan varje dag
barn eller barnbarn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**22. Hjälper du regelbundet någon med nedsatt funktionsförmåga eller sjukdom med vardagliga rutiner i ditt eget hushåll?**

*Du kan välja flera alternativ.*

nej -> *du kan gå över följande fråga*

ja, min maka/make

ja, barn eller barnbarn

någon annan, vem? \_\_\_\_\_

**23. Är du officiell närstående vårdare för denna person (avtal med kommunen)?**

nej

ja

**24. Har du själv fått hjälp av någon med följande arbeten och rutiner under de senaste 12 månaderna? Av vem? Du kan välja flera alternativ på varje rad**

	jag klarar mig utan hjälp	ingen, även om jag skulle ha behövt	ja, av familjemedlemmar som bor i samma hushåll	ja, av familjemedlemmar som bor på annat håll	ja, av släkt, vänner eller grannar	ja, av kommunen (t.ex. hemvård, färdtjänst)	ja, av privat serviceleverantör	ja, av någon annan (t.ex. frivilligorganisation)
hemsysslor och utarbeten (matlagning, städning, trädgårdsskötsel, snöröjning o.dyl.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
handla mat, sköta bank- och andra ärenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hälsa och hygien (påkledning, dusch/bad, ge medicin o.dyl.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psykosocialt stöd (lyssna eller stötta vid svårigheter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ekonomiskt stöd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 25. Hur ofta får du hjälp från olika håll med ovanstående arbeten och rutiner?

	inte alls	en eller ett par gånger om året	1–2 gånger i månaden	1–2 gånger i veckan	varje dag eller nästan varje dag	flera gånger om dagen
av familjemedlemmar som bor i samma hushåll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
av familjemedlemmar som bor på annat håll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
av släkt, vänner eller grannar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
från kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
från privat serviceleverantör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
av någon annan (t.ex. frivilligorganisation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
av de nämnda aktörerna sammanlagt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 26. 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"/>

## 27. Litar du på nedannämnda institutioner och deras verksamhet?

Välj det lämpligaste alternativet: jag litar inte alls på ----- jag litar fullt på.

	jag litar inte alls på					jag litar fullt på
den offentliga hälso- och sjukvården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
offentliga sociala omsorgstjänster (t.ex. socialvårdstjänster, utkomststöd)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rättsväsendet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
polisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beslutsfattandet i din hemkommun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
människor i allmänhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## HÄLSA

28. Hur lång är du? Ange längden i hela centimeter.

\_\_\_\_\_ cm

29. Hur mycket väger du i lätt klädsel? Ange vikten i hela kilogram.

\_\_\_\_\_ kg

30. Ange det alternativ som bäst beskriver din hälsa i nuläget:

- god
- ganska god
- medelmåttig
- ganska dålig
- dålig

**31. Har du under de senaste 12 månaderna blivit diagnostiserad eller behandlad av läkare för nedannämnda sjukdomar?**

	nej	ja
förhöjt blodtryck, blodtryckssjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stroke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
förhöjt kolesterol i blodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
blodpropp i hjärtat, hjärtinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kärlkramp, angina pectoris (= hjärtsmärta vid ansträngning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ledgångsreumatism, annan ledinflammation (artrit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
förslitningsskada i knä eller höft (= artros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
förslitningsskada i ryggen, ischias eller annan ryggsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kronisk luftrörskatarr, lungemfysem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
annat psykiskt problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	nej	ja
feber (över 38 °C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
diarré (minst tre gånger i dygnet under minst en dag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kräkning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ledvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ryggsmärtor, ryggvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tandvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bröstsmärta vid ansträngning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sömlöshet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
magbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
urininkontinens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ringningar i öronen (tinnitus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
yrsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
störande darrningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 33. Har du blivit vaccinerad mot influensa under de senaste 12 månaderna?

- nej  
 ja

**34. Ange när vårdpersonal senast gjort följande mätningar på dig:**

*Välj en siffra 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"/>
blodkolesterol	<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"/>
midjemått	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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.*

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

*Välj en siffra 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 muntra upp 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 dyster 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"/>

**36. Känner du dig ensam:**

- aldrig
- mycket sällan
- ibland
- ganska ofta
- hela tiden

**37. Har du under de senaste 12 månaderna haft någon period då du under största delen av tiden under minst två veckor i sträck:**

	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, t.ex. 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.*

**38. Har du haft självmordstankar under de senaste 12 månaderna?**

- nej  
 ja

**FUNKTIONS- OCH ARBETSFÖRMÅGA**

**39. Klarar du vanligen av följande fysiska aktiviteter?**

	ja, utan svårighet	ja, med vissa svårigheter	ja, men med stora svårigheter	nej, inte alls
gå ungefär en halv kilometers sträcka utan att vila	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gå en våning upp i trapporna utan att vila mellan	<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"/>
ta dig fram med allmänna fortskaffningsmedel	<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"/>



#### 40. 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 bada själv i badkar eller bastu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sköta er personliga hygien själv (t.ex. kamma håret, borsta tänderna, raka er, 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"/>
påklädning och avklädning	<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 er 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"/>
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"/>

#### 41. Härnäst följer några påståenden om minne, inläring och koncentrationsförmåga

	utmärkt	väl	någorlunda	dåligt	mycket dåligt
mitt minne fungerar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att ta in ny information och lära mig nytt går	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jag kan i allmänhet koncentrera mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 42. 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 än jag får

## MATVANOR

### 43. 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"/>
magrare 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 grönsallad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tillagade 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 piroger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bullar, wienerbröd, kex, kakor m.m.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
choklad och andra sötsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sockrade safter eller läskedrycker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mörkt bröd (råg-, knäckebröd m.m.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vegetabilisk olja eller flytande vegetabilisk oljeblandning (t.ex. FloraCulinesse)	<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"/>
fettfri mjölk eller surmjölk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 44. Var brukar du i vardagslag äta lunch (kl. 10–15)?

- hemma
- på restaurang, bar eller snabbmatställe
- i servicehus eller dagcenter
- jag äter lunch någon annanstans än på de ställen som nämnts
- jag äter inte lunch

#### 45. Vem brukar tillreda ditt huvudmål i vardagslag?

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

### TANDHYGIEN

#### 46. 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

#### 47. Har du uttagbara tandproteser?

- nej
- ja

#### 48. 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

### MOTION

*Följande frågor gäller hur mycket du rör på dig. Om den fysiska rörligheten varierar med årstiden, ange det alternativ som bäst motsvarar situationen i genomsnitt.*

#### 49. 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 på grund av skada eller sjukdom

## 50. Hur mycket rör du på dig och anstränger dig fysiskt under fritiden?

Välj det alternativ som bäst stämmer in på dig.

- jag läser, tittar på teve och gör sysslor som inte precis är kroppsligt ansträngande
- jag promenerar, åker cykel eller gör lätta hemsysslor och utarbeten m.m. flera timmar i veckan
- jag motionerar eller sportar aktivt flera timmar i veckan, t.ex. jogging, skidåkning, simning eller bollspel
- jag är mestadels sängliggande

## 51. Hur mycket motionerar du allt som allt per vecka?

Tänk på det senaste året (12 mån.).

Beakta all sådan fysisk ansträngning som upprepas regelbundet varje vecka och som räcker minst 10 minuter åt gången. Kruxa för alla de alternativ som motsvarar din situation och anteckna på raderna hur mycket du utövar just den sortens motion (dagar per vecka, timmar och minuter totalt per vecka). Om du inte egentligen rör på dig alls under en vanlig vecka, kan du kruxa för det första alternativet och ignorera resten av alternativen.

	dagar per vecka	totalt timmar och minuter per vecka
<input type="checkbox"/> egentligen ingen regelbunden motion varje vecka		
<input type="checkbox"/> långsam och lugn uthållighetsmotion (= svettas inte och blir inte andfädd, t.ex. lugna promenader)	_____ dagar per vecka	tot. _____ tim. och _____ minuter per vecka
<input type="checkbox"/> snabb och rask uthållighetsmotion (= svettas något och/eller andningen blir lite snabbare, t.ex. raska promenader)	_____ dagar per vecka	tot. _____ tim. och _____ minuter per vecka
<input type="checkbox"/> intensiv och ansträngande uthållighetsmotion (= svettas kraftigt och/eller andningen blir snabbare, t.ex. jogging eller löpning)	_____ dagar per vecka	tot. _____ tim. och _____ minuter per vecka
<input type="checkbox"/> träning av muskelkondition (= t.ex. konditionsциkel eller gymträning, där rörelser som inverkar på olika muskelgrupper görs minst 8–12 gånger)	_____ dagar per vecka	tot. _____ tim. och _____ minuter per vecka
<input type="checkbox"/> balansträning (t. ex. tai chi, dans motionsspel, balansövningar exempelvis på ett ben, ojämnt underlag eller i krypande ställning)	_____ dagar per vecka	tot. _____ tim. och _____ minuter per vecka

**52. Hur många timmar i genomsnitt tillbringar du i sittande ställning under en vardag?**

*Välj alternativ 0 om du inte alls sitter.*

jag sitter i genomsnitt \_\_\_\_\_ timmar

## TOBAK

**53. Har du någonsin rökt?**

nej (om du aldrig rökt, gå vidare till följande del)

ja

**54. 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

**55. Röker du numera (cigaretter, cigarrer eller pipa)?**

ja, dagligen

sporadiskt

nej, inte alls

## ALKOHOL OCH DROGER

**56. Har du använt alkoholdrycker under de senaste 12 månaderna?**

nej -> du kan gå över följande fyra numrerade frågor

ja

**57. Hur ofta dricker du öl, vin eller andra alkoholdrycker? Räkna också med de gånger du druckit endast 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

## 58. Hur många portioner alkohol har du vanligen druckit de dagar du använt alkohol?

- 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

## 59. Hur ofta har du intagit sex alkoholportioner eller mer per gång?

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

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

## 60. Hur många glas, flaskor eller alkoholportioner har du under de senaste 7 dagarna intagit 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 %)	<input type="text"/> flaskor (à 33 cl)
A-öl, stark cider eller long drink (säljs bara av Alko, alkoholhalt över 4,7%)	<input type="text"/> flaskor (à 33 cl)
vin	<input type="text"/> glas (1 glas= ca 12 cl)
brännvin eller annan spritdryck	<input type="text"/> restaurangenheter (ca 4 cl)

Nedan följer fråga som gäller hasardspel. HASARDSPEL är bl.a. lotterispel såsom Lotto eller Keno, penningspelautomater t.ex. fruktspel, skraplotter, sport- och travtips, Veikkaus-spel, vadslagning, kasinospel samt penningspel på internet, t.ex. nätpoker.

**61. Har du under de senaste 12 månaderna haft en känsla av att du kanske har ett spelproblem?**

- aldrig  
 ibland  
 ofta  
 nästan hela tiden  
 jag spelar inte

## LIVSSTILSÄNDRINGAR

**62. Har någon av de nedannämnda under de senaste 12 månaderna uppmanat dig att: Du kan välja flera alternativ på varje rad.**

	ingen	läkare eller tandläkare	hälso/sjukvårdare eller företagshälsovårdare	familje-medlem	någon 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"/>

## SÖMNVANOR

**63. Hur många timmar per dygn sover du vanligen:**

I genomsnitt \_\_\_\_\_ timmar



## 64. Sover du enligt egen bedömning tillräckligt?

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

## OLYCKOR OCH VÅLD

65. Har du under de senaste 12 månaderna blivit skadad genom annat olycksfall? När hände olyckan och vilken vård fick du för dina skador? *Du kan välja flera alternativ.*

	nej	ja, jag kurerade mig hemma	ja, jag fick vård av hälso- /sjukvårdare	ja, läkarvård	ja, sjukhusvård
på arbetstid, utanför hemmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
på fritiden, inomhus hemma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
på fritiden, utomhus hemma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
på fritiden, vid motion utanför hemmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
någon annanstans:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 66. Har du blivit utsatt för våld eller hot om våld under de senaste 12 månaderna?

*Du kan välja flera alternativ per rad.*

	ingen	okänd eller halvbekant	nuvarande sambo eller maka/make eller partner	annan närstående person (familjemedlem, före detta maka/make, vän, bekant, arbetskamrat)
hot om fysiskt våld per telefon, per brev, e-post eller sms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hot om fysiskt våld ansikte mot ansikte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
blivit fasthållen av någon, blivit skuffad eller knuffad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
slag med öppen hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
knytnävsslag eller slag med hårt tillhygge, struhtag eller vapenangrepp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
påtvingat samlag/våldtäkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
annat påtvingat sexuellt umgänge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
våldtäktsförsök eller andra sexuella närmanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
annat våldsamt beteende, beskriv med ett ord:	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**67. Har någon under de senaste 12 månaderna utsatt er för utpressning eller hot för att komma åt era pengar eller annan egendom? Du kan välja flera alternativ.**

- nej, ingen
- okänd eller halvbekant
- nuvarande sambo eller maka/make eller partner
- annan närstående person (familjemedlem, före detta maka/make, vän, bekant, arbetskamrat)

**68. Använder du följande skydds- eller säkerhetsutrustning?**

	alltid	ofta	ibland	inte alls	gäller inte mig
cykelhjälm vid cykelåkning	<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"/>

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

- rollator
- promenadkäpp (även gångstavar)
- sparkstötting eller sparkbräde
- hörapparat
- dosett för läkemedel
- inget av de nämnda hjälpmedlen

*I det följande frågar vi efter om du har fallit från upprätt ställning på knä eller helt omkull eller snubblat i trappor, men om du har fallit efter att ha blivit tillknuffad av en bil eller annan yttre kraft.*

**70. Har ni under de senaste 12 månaderna fallit omkull från gående?**

- nej -> du kan gå till följande del
- ja, inomhus hemma \_\_\_\_\_ gånger
- ja, utomhus hemma \_\_\_\_\_ gånger
- ja, ute på gatan eller annan offentlig miljö \_\_\_\_\_ gånger

**71. Har du varit tvungen att söka vård för att du fallit omkull?**

- nej, jag skötte skadorna hemma med huskurer
- ja, på hälsovårdares eller sjukskötares mottagning
- ja, läkarvård
- ja, sjukhusvård

**TJÄNSTER**

**72. Hur många gånger har du under de senaste 12 månaderna på grund av sjukdom (eller graviditet/förlossning) anlitat läkare, hälsovårdare eller sjukskötare på mottagningen eller haft läkare eller sköterska på hembesök: Välj alternativ 0, om du inte har anlitat vårdpersonal en enda gång. De gånger du eventuellt har varit intagen på sjukhus medräknas inte.**

	på läkar- mottagningen	på hälsovårdares eller sjukskötares mottagning
hälsovårdscentralen	_____ gånger	_____ gånger
privat vårdcentral	_____ gånger	_____ gånger
sjukhuspoliklinik	_____ gånger	_____ gånger
hembesök av sjukskötare eller läkare	_____ gånger	_____ gånger
någon annan:	_____ gånger	_____ gånger

**73. Hur många gånger har du under de senaste 12 månaderna på grund av er egen sjukdom kontaktat per telefon: Välj alternativ 0, om Ni inte har kontaktat vårdpersonal en enda gång.**

- läkare \_\_\_\_\_ gånger
- hälsovårdare eller sjukskötare \_\_\_\_\_ gånger



**74. Har du under de senaste 12 månaderna anlitat:**

	nej	ja
tandläkare vid hälsovårdscentral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
privatpraktiserande tandläkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
annan tandläkare (universitet, sjukhus e.d.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tandtekniker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tandskötar- eller munhygienistmottagning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**75. Anser du dig för tillfället vara i behov av tandvård?**

- nej  
 ja

**76. Har den lagstiftade bedömningen av service behovet gjorts i ditt fall?**

*Välj endast ett alternativ.*

- ja, under de senaste 12 månader  
 ja, minst ett år (12 månader) sen  
 nej



**77. Har du under de senaste 12 månaderna deltagit regelbundet i någon gruppverksamhet för att må bättre?** *Enstaka föreläsningar eller samtalsträffar räknas inte.*

nej -> du kan gå över följande frågan

	ja, jag hade nytta av det	ja, jag hade inte nytta av det
viktminsknings- eller viktkontrollgrupp eller -kurs eller annan grupp för bättre kostvanor och motionsvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nack- eller ryggskola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rökavvänjningsgrupp eller rökavvänjningskurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alkoholavvänjningsgrupp (t.ex. AA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
annan grupp för missbruksavvänjning (t.ex. NA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
grupp för avvänjning av spelberoende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
grupp för egenvård (för bl.a. hjärtpatienter, diabetessjuka eller mentalvårdsklienter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
grupper för avslappning och mental träning (t.ex. yoga, pilates, mindfulness, meditation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
diskussionsgrupp som anknyter till sorg, skilsmässa eller andra livskriser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
annat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**78. Har du i eget tycke fått tillräcklig information om följande kommunala tjänster under de senaste 12 månaderna?**

	har inte behövt	informationen har inte varit tillräcklig	informationen har varit tillräcklig
hälso- och sjukvårdstjänster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dagvårdstjänster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
socialvårdstjänster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
undervisningstjänster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bibliotekstjänster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kulturtjänster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
idrottstjänster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ungdomstjänster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**79. Har du i eget tycke haft tillräckligt god tillgång till följande tjänster i din hemkommun under de senaste 12 månaderna?**

	har inte behövt	har behövt, men inte fått tillgång	har anlitat, men tillgången var inte tillräcklig	har anlitat, tjänsten var tillräcklig
bibliotekstjänster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
inomhusidrottstjänster (t.ex. simhallar, gym)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
utomhusidrottstjänster (t.ex. idrottsplatser, friluftsleder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kulturtjänster (t.ex. bio, teater, konserter, utställningar m.m.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
medborgar- och arbetarinstitut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**80. Har du i eget tycke haft tillräcklig tillgång till följande social- och hälsovårdstjänster under de senaste 12 månaderna? Räkna med kommunala och/eller privata serviceleverantörers tjänster**

	har inte behövt	har behövt, men inte fått	har anlitat, men tillgången inte tillräcklig	har anlitat, tjänsten var tillräcklig
läkarmottagning på hälsovårdscentralen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sjuksköttarmottagning på hälsovårdscentralen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tandvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fysioterapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mentalvårdstjänster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
handikapptjänster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
missbrukarvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
socialarbetarmottagning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
socialombudstjänster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
patientombudstjänster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bäddavdelning på hälsovårdcentral / sjukhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sjukhuspoliklinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
äldrehem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hemtjänst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hemsjukvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rehabiliteringsperiod på institution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
service- och dagcentra för äldre, kvartersklubbar	<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"/>
stöd för närståendevård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ekonomi- och skuldrådgivning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





## 81. Hur ofta har du anlitat följande kulturtjänster under de senaste 12 månaderna?

	en gång i veckan eller oftare	1–3 gånger i månaden	några gånger om året	inte under de senaste 12 månaderna
teater, danskonst, cirkus- konst och andra former av scenkonst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
klassisk konsert/konsertmu- sik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
konsert med populärmusik eller rockmusik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
museum- eller konstutställ- ning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bibliotek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
biograf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
åskådare vid idrottseller gym- nastikevenemang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
åskådare vid annat kultureve- nemang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Följande frågor om livskvalitet ingår i Världshälsoorganisationen WHO:s livskvalitetsbarometer, som har översatts till flera språk och erbjuder internationellt jämförbara fakta. Tänk på de senaste två veckorna i ditt liv. Vänligen besvara ännu följande frågor.*

## 82. Hur skulle du beskriva din livskvalitet?

- mycket dålig
- dålig
- varken god eller dålig
- god
- mycket god



### 83. Hur nöjd är du:

	väldigt missnöjd	missnöjd	varken nöjd eller missnöjd	nöjd	väldigt nöjd
med hälsan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med din förmåga att utföra dagliga aktiviteter och rutiner	<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 ditt förhållande till andra människor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med förhållandena där du bor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med de transportmedel som står till buds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 84. 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 hand- lingskraft 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"/>
i vilken utsträckning har du möjlighet till fritidsverksam- het	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 85. I vilken utsträckning upplever du att ditt liv är meningsfullt?

- inte alls
- lite
- måttlig
- i hög utsträckning
- i extremt hög utsträckning

### 86. Fyllde du i formuläret på egen hand eller hjälpte någon till?

- jag har fyllt i enkäten själv
- jag har fyllt i enkäten tillsammans med min maka/make
- jag har fyllt i enkäten tillsammans med annan anhörig
- jag har fyllt i enkäten tillsammans med vårdare eller hemhjälp
- jag fick hjälp av någon annan. -----> Vem? \_\_\_\_\_



## **TACK FÖR DITT SVAR!**

**Glöm inte att lösgör pärmsbladet från enkätdelen innan utskick.**

**Du kan studera resultaten på [www.thl.fi/ath](http://www.thl.fi/ath)**

