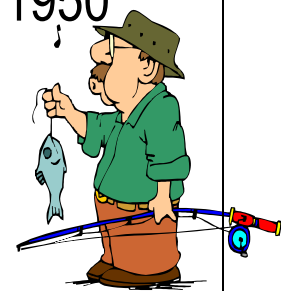




FRÅGEFORMULÄR för österbottningar och västerbottningar födda 1930, 1935, 1940, 1945 och 1950

GERDA

GERONTOLOGISK DATABAS OCH RESURSCENTRUM



Bästa mottagare!

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

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

Att besvara frågeblanketten bygger på frivillighet. Vi hoppas att Du väljer att besvara frågeblanketten, eftersom det ger oss ovärderlig och viktig information. Kunskapen kan bidra till att utveckla social- och äldreomsorgen i Kvarkenregionen. Dina svar behandlas anonymt, vilket betyder att enskilda personer inte kan kännas igen. Ett identifikationsnummer finns för att undvika onödiga påminnelsebrev. Identifikationsnumret sparas även för att möjliggöra en uppföljning från vårt tidigare utskick år 2010. Du kanske har deltagit i enkäten förut, eftersom vi skickar ut enkäten till både tidigare och nya deltagare.

Besvara frågorna med det svar som stämmer bäst. Om Du är osäker, svara ändå med det alternativ som känns mest riktigt. Finner Du det svårt att fylla i frågeblanketten på grund av dålig syn eller av något annat skäl, be gärna någon om hjälp. Enkäten innehåller många frågor och Du kan därför fylla i den under flera dagar om Du vill.

Är det någon praktisk detalj som Du är osäker på, så ring gärna till det nummer som finns härunder. Ifall frågorna väcker tankar om hur Du själv eller Dina närstående mår kan Du ta kontakt med Din egen hälsocentral.

Det ifyllda formuläret skickar Du i medföljande portofria svarskuvert, helst inom två veckor.

Vi tackar på förhand för Ditt intresse och Ditt svar!

Vasa, i oktober 2016

Praktiska frågor om enkäten besvaras av **Sarah Åkerman**, forskningsbiträde
tel. (06) 324 7395, e-post sarah.akerman@abo.fi

Annika Wentjärvi
FoU-ledare
Yrkeshögskolan Novia

Mikael Nygård
Professor
Åbo Akademi

Yngve Gustafson
Professor
Umeå universitet

Jenni Kulmala
Överlärare
Seinäjoki Yrkeshögskola



Adresskälla: Befolkningsdatasystemet,
Befolkningsregistercentralen, PB 123, 00581 Helsingfors

**SVARA GENOM ATT SÄTTA KRYSS ☒ I RÄTT ELLER MEST LÄMPAD RUTA.
FÖRST KOMMER NÅGRA FRÅGOR OM Dig SJÄLV.**



1. Är Du kvinna eller man? Kvinna Man
2. Vilket är Ditt nuvarande civilstånd? Gift Sambo Skild Ogift
 Änka/Änkling Särbo
3. a. Vilken typ av ort bor Du på? Stad Tätort Landsbygd
b. Är Du född/upp vuxen på den ort där Du bor idag? Ja Nej
c. Hur länge har Du bott på den ort Du bor nu?
4. Vilket är Ditt modersmål? Svenska Finska Annat: _____?
5. a. Hur bor Du idag? Egnahemshus Radhus Lägenhet
 Särskilt boende (t.ex. äldreboende)
 Annat, vad _____
b. Äger Du Din bostad? Ja Nej
c. Är Du nöjd med Ditt nuvarande boende? Ja Nej
6. Bor Du ihop med någon? (Flera alternativ möjliga)
JA, bor med Make/Maka/Sambo
 Syskon
 Barn
 Barnbarn
 Annan släkting
 Någon annan
NEJ Jag bor ensam
 Jag är särboende
7. Vilken skolutbildning har Du? Ange **högsta utbildning**.
 Folkskola
 Mellanskola
 Folkhögskola
 Yrkesskola, facklig skola
 Högre yrkesutbildning
 Studentexamen
 Universitets- eller högskoleutbildning
8. a. Förvärvsarbetar Du fortfarande? Ja Nej
b. Vid vilken ålder gick Du i pension? _____ år

9. Hur ofta har Du kontakt med någon/några av följande personer?

	Flera gånger i veckan	Flera gånger i månaden	Någon gång om året	Aldrig	Personen finns inte
a. Maka/Make/Sambo/Särbo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Barnbarn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Syskon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Föräldrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Övriga släktingar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Vänner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Grannar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Vilka av följande personer är viktiga för att Ditt vardagsliv skall fungera? (Flera alternativ är möjliga)

- Maka/make/sambo/särbo Barn Barnbarn Syskon
 Föräldrar Övriga släktingar Vänner Grannar
 Hemtjänst Hälsovårdare/sjukskötare Någon annan
 Ingen

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

- Ja Make/maka/sambo/särbo Barn Barnbarn Syskon
 Föräldrar Annan släkting Vänner Grannar
 Hemtjänst Hälsovårdare/sjukskötare Någon annan

Nej Ingen

12. a) Använder Du internet (via dator, surfplatta, smarttelefon eller dylikt)?

- Ja, självständigt
 Ja, med stöd/hjälp av någon annan
 Nej, någon annan sköter ärenden på internet åt mig
 Nej, jag använder inte internet

Om Du svarat Nej, gå vidare till **fråga 13.**

b) Har Du använt internet i följande syften under den senaste månaden? (Flera alternativ möjliga)

- Nyttotjänster (t.ex. bank, Folkpensionsanstalten, inköp eller resebokning)
 Arbete eller studier
 Nyhetsuppföljning eller informationssökning (t.ex. dagstidningar, nyhetsforum)
 Hobby/underhållning (t.ex. musik, film, intresseforum, spel)
 Kommunikation med släkt och/eller vänner (via t.ex. e-post, Skype, Facebook, sociala nätverk)
 Kommunikation för att stifta nya bekantskaper (via t.ex. Facebook, forum, onlinedejting)
 Stödgrupp
 Annat, vad? _____

AKTIVITETER, INTRESSEN OCH FRIVILLIGARBETE

13. Här följer en lista på olika aktiviteter; vilka aktiviteter utför Du och vilka aktiviteter skulle Du vilja utföra? Vi önskar att Du besvarar båda frågorna för varje aktivitet (två kryss på varje rad).



AKTIVITETER	Utför Du den här aktiviteten?		Vill Du utföra den här aktiviteten?	
	Ja	Nej	Ja	Nej
Friluftsliv (t.ex. promenader, plocka bär/svamp, camping)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trädgårdsaktiviteter (t.ex. trädgård, hus, fritidshus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husdjur (t.ex. hund, katt, häst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kulturella aktiviteter (t.ex. läsa, lyssna på radio, konsert, teater)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TV, Video, Bio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musik (t.ex. spela, sjunga, lyssna)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motion/idrott (ex. gympa, simning, jogging, orientering)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anläggningsidrott (t.ex. ishockey, friidrott)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bollspel (t.ex. fotboll, handboll, pingis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bad, Båt, Segling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Åskådande idrott (besöka idrottsevenemang)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisk, Jakt, Skytte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hobby (t.ex. meka, handarbete, frimärken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Föreningsliv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Religiösa aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nöjen (t.ex. dans, restaurang)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgänge (t.ex. med familj, släkt, vänner)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spel (t.ex. bingo, tips, trav)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matlagning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hushållsarbete (t.ex. städa, tvätta, stryka)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jord- /skogsbruk (t.ex. hugga ved)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Alla har vi förutom fritidsintressen också ett antal ansvarsområden i vardagslivet.

Vilka av följande upplever Du att Du har det *huvudsakliga* ansvaret för? (Flera alternativ möjliga)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Inköp | <input type="checkbox"/> Utomhusarbeten (t.ex. snöskottning, gräsklippning, hugga ved) |
| <input type="checkbox"/> Städning | <input type="checkbox"/> Stödja/hjälpa anhörig |
| <input type="checkbox"/> Betala räkningar | <input type="checkbox"/> Tvätt/strykning |
| <input type="checkbox"/> Matlagning | <input type="checkbox"/> Annat vad? _____ |

15. Deltar Du i någon form av frivilligt, obetalt arbete för någon förening? (t.ex. social organisation eller hjälporganisation, religiös förening, idrottsförening, kulturell förening)

- Nej
 Ja

NÄRSTÅENDEVÅRD

En närståendevårdare är en person, som tar hand om en familjemedlem eller någon annan närstående som p.g.a. sjukdom, funktionsnedsättning eller någon annan orsak är i behov av hjälp och stöd och därför inte klarar sig självständigt i vardagslivet. **Besvara följande frågor om Du *regelbundet* ger denna typ av hjälp åt någon närstående.**

16. a) Vem ger Du närståendevård åt? (Flera alternativ möjliga)

- Närstående i mitt eget hushåll
 Närstående i annat hushåll
 Jag ger inte närståendevård åt någon → gå vidare till fråga 19

b) Vem hjälper Du? (Flera alternativ möjliga)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Make/maka | <input type="checkbox"/> Barnbarn |
| <input type="checkbox"/> Förälder/föräldrar | <input type="checkbox"/> Syskon |
| <input type="checkbox"/> Svärförälder/svärföräldrar | <input type="checkbox"/> Annan släkting: _____ |
| <input type="checkbox"/> Barn | <input type="checkbox"/> Annan, ej släkting: _____ |

c) Erhåller Du någon typ av stöd från kommun eller annan organisation för att utföra närståendevård? (t.ex. avlastning, ekonomisk ersättning, servicesedlar m.m.)

- Nej Ja, vilken typ av stöd? _____

Vilken typ av stöd tycker Du är viktigt för Dig som närståendevårdare?

17. Att regelbundet hjälpa någon närstående... (Flera alternativ möjliga)

- ... känns meningsfullt och ger glädje och tillfredsställelse
 ... påverkar inte mitt liv i större utsträckning
 ... leder till att min egen hälsa blivit lidande
 ... leder till att jag inte kan göra det jag tänkt mig vid denna tid i livet

18. Upplever Du att Du som närståendevårdare har...

- | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| ... oroar Dig över att Du inte ska kunna ta hand om Din närstående på rätt sätt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| ... visats uppskattning från samhället för den vård Du ger åt Din närstående? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |

Om Du visats uppskattning, på vilket sätt? _____

ÅLDERSUPPFATTNING



19. Vilken inställning tycker Du generellt att det finns gentemot äldre människor i vårt samhälle?

	Positiv	Neutral	Negativ	Vet ej
I dagstidningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I reklamen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inom politiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På arbetsmarknaden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inom hälso- och sjukvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I affärer, banker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I kulturella sammanhang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I det språk som används	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I det sätt på vilket äldres kropp framställs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I ekonomin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inom juridiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I granskandet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inom pensionärsorganisationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Har Du under det senaste året erfarenheter av att ha behandlats som *gammal*?

Ja Nej Vet ej

Om ja, i vilka situationer? _____

21. Har Du någon gång under det senaste året blivit dåligt bemött eller diskriminerad enbart på grund av Din ålder?

Ja Nej Vet ej

Om ja, i vilka situationer? _____

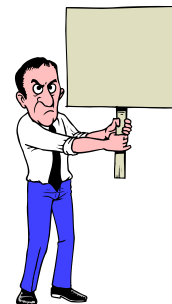
22. Nu följer tre påståenden om kroppsbild och åldersupplevelse. Välj för vart och ett det alternativ som stämmer bäst med Din uppfattning om Dig själv.

	Yngre än jag är	Den ålder jag är	Äldre än jag är
a. Jag känner mig fysiskt (kroppsligen) som	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Jag tror andra människor ser mig som	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. I mitt inre känner jag mig som	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SAMHÄLLSPÅVERKAN OCH FÖRENINGSAKTIVITET

23. Röstade Du vid det senaste...

	Ja	Nej	Vet ej
Kommunalvalet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riksdagsvalet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Europaparlamentsvalet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kyrkofullmäktigevalet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presidentvalet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



24. I politiken pratar man ibland om "vänster" och "höger". Var skulle Du placera Dig på en skala där 0 står för vänster och 10 för höger? Ringa in den siffra som närmast motsvarar Din åskådning.

Vänster		Höger	Vet ej
0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="checkbox"/>

25. Hur positiv eller negativ är Din attityd till...

	Mycket positiv	Ganska positiv	Ganska negativ	Mycket negativ	Vet ej
Centern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Socialdemokratiska partiet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samlingspartiet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vänsterförbundet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gröna förbundet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kristdemokraterna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svenska folkpartiet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sannfinländarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat parti, specificera:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Har Du under de senaste 5 åren påtalat någon brist eller felaktighet?

	Ja, många gånger	Ja, någon enstaka gång	Nej	Minns ej
a. Tagit kontakt med någon tjänsteman eller förtroendeman	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Överklagat myndighetsbeslut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Skrivit insändare eller artikel i tidning/tidskrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Undertecknat upprop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Deltagit i demonstration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Bojkottat en vara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Ange hur följande tre påståenden stämmer överens med Din egen uppfattning.

	Instämmer helt	Instämmer till viss del	Instämmer inte alls
Jag känner mig stark och inflytelserik i samhället.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Människor har rätt att fatta sina egna beslut, även om de är dåliga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Människor som går samman kan påverka makthavarna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Ange nedan i vilka typer av föreningar Du är medlem, samt hur aktiv Du är i dessa föreningar.

	Aktiv medlem	Passiv medlem	Inte medlem
Idrotts- eller friluftsförening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Politiskt parti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Religiös eller andlig förening/församling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Social- eller hälsoorganisation (t.ex. Röda korset)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kulturförening (t.ex. teaterförening, kör, konstklubb)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensionärsförening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förening för boendet/lokalsamhället	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anhörig- /patientförening (t.ex. demens-, parkinson-, hjärt-, cancerförening)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan intresseförening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Hur stort förtroende har Du för följande personer och grupper?

	Stort förtroende	Varken stort eller litet	Litet förtroende	Kan inte ta ställning
Egen familj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vänner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grannar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Hur stort förtroende har Du för följande samhällsinstitutioner?

	Stort förtroende	Varken stort eller litet	Litet förtroende	Kan inte ta ställning
Riksdagen och regeringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kyrkan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Försvarsmakten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De fackliga organisationerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domstolarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massmedierna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bankerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Posten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El- och teletjänster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet och kommunikationstjänst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folkpensionsanstalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forskningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I den kommun där Du bor:	Stort förtroende	Varken stort eller litet	Litet förtroende	Kan inte ta ställning
Kommunledningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hälsovården/sjukvården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brand/räddningstjänsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Äldreomsorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Anser Du att alla har samma möjligheter i dagens Finland?

Ja Nej

Om Du svarat nej, vilka anser Du vara de viktigaste orsakerna till ojämlikheten? (max **tre** (3) alternativ)

- Yrke Språklig tillhörighet Nationalitet Bostadsort
 Utbildning Social bakgrund Ålder Annan orsak? _____
 Ekonomi Kön Sjukdom/Funktionshinder

32. Följande påståenden rör Ditt närområde, det vill säga inom 20 minuters gångavstånd från Din bostad. Välj det svarsalternativ Du tycker passar bäst.

	Stämmer helt	Stämmer ganska bra	Stämmer ganska dåligt	Stämmer inte alls
De flesta personer i området går att lita på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Många personer i området känner sig rädda för att gå ut på kvällen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner mig hemma i detta område	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vandalism och klotter är ett stort problem i området	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HÄLSA OCH SJUKDOMAR

- 33. I allmänhet, hur skulle Du vilja säga att Din hälsa är?** Utmärkt
 Mycket god
 God
 Någorlunda
 Dålig



34. Jämfört med för ett år sedan, hur skulle Du vilja bedöma Ditt allmänna hälsotillstånd nu?

- Mycket bättre
 Något bättre
 Ungefär detsamma
 Något sämre
 Mycket sämre

- 35.**
- | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| a. Är Du i grund och botten nöjd med Ditt liv? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| b. Tycker Du att Ditt liv är tomt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Är Du rädd att något skall hända Dig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Känner Du Dig oftast glad och nöjd? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

36. Nedan följer några frågor om eventuella sjukdomar och sjukvård.

Har Du	Ja	Nej
... haft <i>slaganfall</i> (hjärnblödning, stroke, propp i hjärnan)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... haft <i>hjärtinfarkt</i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... eller har Du haft någon form av <i>cancer</i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... <i>högt blodtryck</i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... <i>medicin för blodtrycket</i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... <i>diabetes</i> (sockersjuka)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... lidit av <i>psykisk ohälsa</i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... <i>vårdats på sjukhus</i> det senaste året?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... besökt/fått <i>besök av läkare</i> det senaste året?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... besökt/fått <i>besök av hälsovårdare</i> det senaste året?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MUNHÄLSA

	Ja	Nej
37. a. Har Du huvudsakligen egna tänder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Har Du tandinplantat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Har Du tandproteser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Är Du helt tandlös?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nej
38. a. Kan Du tugga all mat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Besväras Du av muntorrhet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Besväras Du av smärta i munnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Har Du besvärats av munsår sista året?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Har Du haft munsår tidigare i livet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Kan Du borsta Dina tänder själv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Får Du hjälp att borsta Dina tänder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. a. Har Du träffat tandläkare det senaste året?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Har Du träffat tandhygienist det senaste året?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SÖMN

	Ja	Nej	Vet ej
40. a. Har Du god nattsömn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Snarkar Du när Du sover?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Har Du andningsuppehåll under nattsömnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Har Du stora urinmängder på nätterna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SMÄRTA

41. Har Du haft smärta/värk den senaste veckan?
 Ja Nej → **Gå till fråga 43**

42. Hur svår är smärtan på en skala från 1-10, där 0=ingen smärta/värk alls och 10=värsta tänkbara smärta/värk? Ringa in den siffra som närmast motsvarar Din situation.

Ingen smärta/värk

Värsta tänkbara smärta/värk

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

VIKT OCH LÅNGD

43. Hur lång är Du nu?cm

44. Vad väger Du idag?kg



45. Har Din vikt minskat under de senaste tre månaderna?

- Ja, mer än 3 kg
- Vet ej
- Ja, mellan 1 och 3 kg
- Nej, ingen viktförlust

46. Om Din vikt minskat,
var viktnedgången avsiktlig?

- Ja
- Nej

SYN OCH HÖRSEL

47. Kan Du läsa texten i dagstidningen?

- Ja, utan glasögon
- Ja, med glasögon
- Ja, med annat synhjälpmedel
- Nej



48. Kan Du höra vad någon säger till Dig i normal samtalston från cirka 1 meter?

- Ja, utan hörapparat
- Ja, med hörapparat
- Nej



49. Upplever Du att Du har dåligt minne? Ja, och det påverkar mitt dagliga liv
 Ja, men det påverkar inte mitt dagliga liv
 Nej

MEDICINER

50. Hur många olika sorters mediciner från apoteket tar Du regelbundet? _____ st

51. Hur många olika sorter av alternativa "mediciner" från t.ex. hälsokostbutiken tar Du regelbundet?
_____ st

FALL

Med uttrycken "falla" och "ramla" menar vi när en person ofrivilligt hamnar på golvet eller marken oavsett vad som var orsaken eller vilka konsekvenser fallet fick.

52. Har Du fallit/ramlat det senaste året? Ja Nej
Var föll/ramlade Du? Inomhus Utomhus Både inom- och utomhus

53. Har Du fallit/ramlat den senaste veckan? Ja Nej
Var föll/ramlade Du? Inomhus Utomhus Både inom- och utomhus

54. Är Du rädd för att falla/ramla? Ja Nej

LIVSKVALITET

55. Ta ställning till följande frågor om Din livskvalitet.

	Ja	Nej
1. Blir saker och ting värre allteftersom Du blir äldre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Har Du lika mycket energi nu som för ett år sedan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Känner Du Dig väldigt ensam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Träffar Du släkt och vänner tillräckligt ofta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bekymrar Du Dig mer för småsaker nu än för ett år sedan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Känner Du Dig mindre nyttig allteftersom Du blir äldre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Oroar Du Dig ibland så mycket att Du inte kan sova?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Nu när Du blivit äldre, har saker och ting blivit bättre än Du hade förväntat Dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Känns det ibland som om livet inte är värt att leva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Är Du lika lycklig nu som när Du var yngre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Har Du mycket att vara ledsen över?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Är Du rädd för en massa saker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Blir Du lättare arg nuförtiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Är livet hårt mot Dig för det mesta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Är Du tillfreds med Ditt liv idag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Har Du lätt att ta illa vid Dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Blir Du lätt upprörd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AKTIVITETSFÖRMÅGA

56. Duschar Du utan hjälp av någon annan person?

Ja

Nej

57. Städar Du Din bostad själv (dammsuga, torka golv) utan hjälp av någon annan?

Ja

Nej

58. Gör Du Dina matinköp själv utan hjälp av någon annan?

Ja

Nej

59. Använder Du allmänna kommunikationer som buss, flyg eller tåg utan hjälp av någon annan?

Ja

Nej

60. Lagar Du mat själv utan hjälp av någon annan?

Ja

Nej

61. Använder Du något förflyttningshjälpmedel utomhus?

Nej

Ja, rollator/sparkcykel

Ja, annat, vad?.....

Ja, käpp/kryckkäpp

Ja, rullstol

62. Hur många gånger har Du varit utomhus med eller utan sällskap *den senaste veckan*?

Mer än 4 gånger/vecka

1-4 gånger/vecka

Har inte varit utomhus senaste veckan

AKTIVITETSVANOR

63. Hur mycket tid har Du tillbringat sittande i samband med arbete eller studier, i hemmet och på Din fritid? Exempelvis tid vid skrivbordet, hemma hos vänner eller i TV-soffan. Hur mycket tid i genomsnitt tillbringade Du sittande under en veckodag baserat på de senaste 7 dagarna?

_____ timmar _____ minuter

64 a. Under hur många av de senaste 7 dagarna har Du gått eller promenerat i minst 10 minuter i sträck? Detta innefattar gång i del av arbete, i hemmet, för att göra ärenden och all gång och promenad på Din fritid.

_____ dagar

Hur mycket tid tillbringade Du i genomsnitt med att gå eller promenera under en veckodag baserat på de 7 senaste dagarna?

_____ timmar _____ minuter

Något ansträngande fysisk aktivitet innefattar aktiviteter som upplevs något arbetsamma och får dig att andas något kraftigare än normalt.

Mycket ansträngande fysisk aktivitet innefattar aktiviteter som upplevs som mycket arbetsamma och får dig att andas mycket kraftigare än normalt.

64 b. Hur många av de timmar och minuter som Du promenerat de senaste 7 dagarna var *något ansträngande*?

_____ timmar _____ minuter

64 c. Hur många av de timmar och minuter som Du promenerat de senaste 7 dagarna var *mycket ansträngande*?

_____ timmar _____ minuter

65. Under hur många av de senaste 7 dagarna har Du utfört *något ansträngande* fysisk aktivitet såsom räfsa löv, tvätta fönster, cykling, simning eller andra motionsaktiviteter i måttligt tempo? Svara endast för de aktiviteter som pågick minst 10 minuter i sträck. Inkludera ej gång eller promenad.

_____ dagar

Hur mycket tid tillbringade Du i genomsnitt per dag med något ansträngande aktivitet?

_____ timmar _____ minuter



66. Under hur många av de senaste 7 dagarna har Du utfört *mycket ansträngande* fysisk aktivitet såsom tunga lyft, tyngre bygg- eller trädgårdsarbete, vedhuggning, aerobics eller löpning och cykling i högre tempo? Svara endast för de aktiviteter som pågick minst 10 minuter i sträck.

_____ dagar

Hur mycket tid spenderade Du i genomsnitt per dag på mycket ansträngande fysisk aktivitet?

_____ timmar _____ minuter

67. Känner Du Dig trött och kraftlös?

Ja

Nej

68. Hinner Du korsa ett övergångsställe medan det är grönt ljus?

- Ja, utan svårigheter Ja, men med vissa svårigheter Jag hinner inte korsa ett övergångsställe medan det är grönt ljus

69. Klarar Du av att lyfta och bära tunga saker, till exempel en tung matkasse?

- Ja, utan svårigheter Ja, men med vissa svårigheter Jag klarar inte av att bära tunga saker

70. Hur anser Du att Din nuvarande fysiska kondition är?

- Mycket bra Ganska bra Nöjaktig Ganska dålig Mycket dålig

AGGRESSIVITET/VÅLD

71. Har Du blivit utsatt för aggressivitet/våld från någon närstående?

- Ja, senaste året
 Ja, senaste månaden
 Ja, senaste veckan
 Nej

Om ja, på vilket sätt/i vilka situationer? _____

72. Har Du blivit utsatt för aggressivitet/våld från någon utomstående?

- Ja, senaste året
 Ja, senaste månaden
 Ja, senaste veckan
 Nej

Om ja, på vilket sätt/i vilka situationer? _____

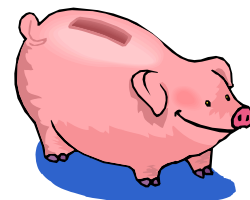
EKONOMI

73. Är Du nöjd med Din totala ekonomiska situation?

- Mycket nöjd
 Ganska nöjd
 Ganska missnöjd
 Mycket missnöjd

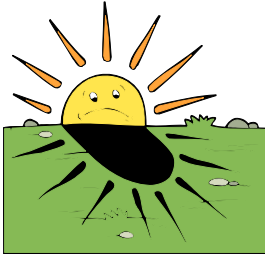
74. Din månadsinkomst efter skatt?

- 0 - 500 €
 501 - 1 000 €
 1 001 - 1 500 €
 1 501 - 2 000 €
 mer än 2 000 €



75. Får Du Din ekonomi att gå ihop?

- Utan svårighet
 Med viss svårighet
 Ganska svårt
 Mycket svårt



VÄLBEFINNANDE OCH KRISER



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

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

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

- | | Ja | Nej |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 77. a. Är Du nöjd med Ditt liv? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Känner Du Dig behövd? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Har Du planer inför framtiden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Har Du livslust? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Är Du deprimerad/nedstämd? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Lider Du av ensamhet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | Ja | Nej |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 78. Tror Du på en Gud eller en högre makt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

79. Har Du under det *senaste året (12 månaderna)* upplevt något som Du skulle vilja beteckna som en kris i livet? (Flera alternativ möjliga)

- | | |
|------------|--|
| Ja | <input type="checkbox"/> Egen sjukdom
<input type="checkbox"/> Närståendes sjukdom
<input type="checkbox"/> Dödsfall inom familjekretsen, vem/vilka? _____
<input type="checkbox"/> Dödsfall i vänkretsen
<input type="checkbox"/> Separation/skilsmässa, vems? _____
<input type="checkbox"/> Andra familjeproblem, vems? _____
<input type="checkbox"/> Flyttning till annan ort
<input type="checkbox"/> Försämrad ekonomi
<input type="checkbox"/> Annat, vad? _____ |
| Nej | <input type="checkbox"/> Det har inte skett sådana förändringar |

80. Hur lycklig eller olycklig känner Du Dig för tillfället?

- Mycket lycklig Ganska lycklig Svårt att säga Ganska olycklig Mycket olycklig

81. Upplever Du Ditt liv idag otryggt eller tryggt?

- Mycket otryggt Ganska otryggt Svårt att säga Ganska tryggt Mycket tryggt

82. Hur meningsfullt upplever Du Ditt liv just nu?

- Mycket meningsfullt Ganska meningsfullt Svårt att säga Ganska meningslöst
 Mycket meningslöst

TACK för att Du gav Dig tid att svara!

Frågorna har säkert gett Dig en hel del tankar. Är det något speciellt Du vill förmedla eller kommentera med anledning av enskilda frågor eller frågeformuläret finns det utrymme här nedan:

TACK!

