



Alueelliset erot aikuisväestön palvelukokemuksissa ja hyvinvoinnissa – FinSote 2018

Tiedonkeruulomakkeet 2017–2018

Vastaajat jaetaan kolmeen ikäluokkaan: 20–54-vuotiaat, 55–74-vuotiaat ja yli 75-vuotiaat. Kyselylomakkeen voi täyttää neljällä kielellä: suomi, ruotsi, venäjä, englanti.

20–54-vuotiaat suomi

55–74-vuotiaat suomi

75+ -vuotiaat suomi

20–54-vuotiaat ruotsi/svenska

55–74-vuotiaat ruotsi/svenska

75+ -vuotiaat ruotsi/svenska

20–54-vuotiaat venäjä/по русски

55–74-vuotiaat venäjä/по русски

75+ -vuotiaat venäjä/по русски

20–54-vuotiaat englanti/English

55–74-vuotiaat englanti/English

75+ -vuotiaat englanti/English

FinSote - KANSALLINEN TERVEYS-, HYVINVOINTI- JA PALVELUTUTKIMUS

Pyydämme Teitä ystävällisesti vastaamaan kyselyyn mahdollisimman pian, mielellään viimeistään 10 päivän kuluessa. Palauttakaa vastauksenne oheisessa vastauskuoressa, johon ei tarvita postimerkkiä.

Kyselyn voitte täyttää myös internet-osoitteessa www.thl.fi/finsote/vastaa, jonne kirjaututte tunnuksella ja salasalla, jotka löytyvät tämän kyselylomakkeen etusivun yläosasta.

Kiitos vastauksistanne!

OHJEET VASTAAJALLE

Kysymyksiin vastataan:

- Rastittamalla kuulakärkikynällä sopiva vaihtoehto tai kirjoittamalla kysyty tieto sille varattuun tilaan.
- Mikäli teette merkintöjä vastausruutuun, johon ette ole niitä tarkoittanut, pyydämme että mustaatte koko ruudun.
- Kunkin kysymyksen kohdalla valitaan vain yksi, parhaiten sopiva vaihtoehto, ellei kysymyksen kohdalla erikseen mainita, että vaihtoehtoja voi valita useita.
- Eräiden kysymysten kohdalla on täydentäviä vastaamisohjeita.
- Muistakaa vastata kaikkiin kysymyksiin – merkittää myös kieltävä vastaus näkyviin joko rastittamalla vaihtoehto ”ei” tai merkittämällä ”0” vastaukselle varattuun tilaan.

ESIMERKKI 1.

Onko terveydentilanne mielestänne nykyisin

- hyvä
 melko hyvä
 keskitasoinen
 melko huono
 huono

ESIMERKKI 2.

Nykyinen pituutenne ja painonne

pituus 1 6 5 cm

paino 6 2 kg

Lisätietoja tutkimuksesta:

www.thl.fi/finsote/osallistuvalla

FinSote-ilmaisnumero p. 0800 97730 (klo 9–11)

e-mail: finsote-info@thl.fi

SUOSTUMUS

Olen perehtynyt tutkimusta koskevaan ”Tietoja tutkimukseen osallistuvalla”-tiedotteeseen ja saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta ja siinä kerättävistä tiedoista, tietojen käsittelystä, yhdistämisestä ja luovuttamisesta. Ymmärrän, että osallistumiseni tutkimukseen on vapaaehtoista ja että tietojani käsitellään luottamuksellisesti. Voin peruuttaa suostumukseni jälkikäteen ottamalla yhteyttä Terveyden ja hyvinvoinnin laitokseen.

Suostun siihen, että vastaukseni voidaan yhdistää tiedotteessa mainittuja rekisteritietoja

ELINOLOT JA ELÄMÄNLAATU

1. Oletteko tällä hetkellä:

- avioliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa
 avoliitossa
 asumuserossa tai eronnut
 leski
 naimaton

2. Kuinka monta vuotta olette yhteensä käynyt koulua tai opiskellut päätoimisesti?

Kansa- ja peruskoulu lasketaan mukaan.

_____ vuotta

3. Asutteko yksin:

- kyllä
 en

4. Oletteko tällä hetkellä pääasiassa:

Valitkaa parhaiten tilannettanne kuvaava vaihtoehto.

- kokopäivätyössä
 osa-aikatyössä
 eläkkeellä iän perusteella
 työkyvyttömyyseläkkeellä tai kuntoutustuen saajana
 osa-aikaeläkkeellä
 työtön tai lomautettu, nykyisen jakson kesto kuukausina: _____ kuukautta
 perhevapaalla, kotiäiti tai -isä
 opiskelija
 jokin muu, mikä _____

5. Oletteko joskus 12 viime kuukauden aikana:

	en	kyllä
pelännyt, että teiltä loppuu ruoka, ennen kuin saatte rahaa ostaaksenne lisää	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
joutunut tinkimään lääkkeiden ostosta rahan puutteen vuoksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jättänyt rahan puutteen vuoksi käymättä lääkärissä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Esiintyykö asuntonne lähiympäristössä seuraavia tekijöitä, ja missä määrin ne haittaavat Teitä?

	ei esiinny	esiintyy, mutta ei haittaa	haittaa jonkin verran	haittaa paljon
vaaralliset risteykset ja/tai kulkuväylät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jalankulkuväylien liukkaus talvella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kulkuväylien huono valaistus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
liikenteen tai teollisuuden aiheuttama melu, haju tai pöly	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pitkät etäisyydet terveyspalveluihin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pitkät etäisyydet muihin palveluihin (esim. kaupat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
huonot julkiset liikenneyhteydet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pyydämme Teitä seuraavien kysymysten (7-9) kohdalla miettimään elämänne kahden viime viikon ajalta.

7. Millaiseksi arvioitte elämänlaatunne?

- erittäin huono
 huono
 ei hyvä eikä huono
 hyvä
 erittäin hyvä

8. Miten tyytyväinen olette:

	erittäin tyytymätön	melko tyytymätön	en tyytyväinen enkä tyytymätön	melko tyytyväinen	erittäin tyytyväinen
terveyteenne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kykyynne selviytyä päivittäisistä toimitanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
itseenne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ihmissuhteisiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
asuinalueenne olosuhteisiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Missä määrin olette kahden viime viikon aikana kokenut seuraavia asioita

	ei lainkaan	vähän	kohtuullisesti	lähes riittävästi	täysin riittävästi
onko Teillä riittävästi tarmoa arkipäivän elämäänne varten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
onko Teillä tarpeeksi rahaa tarpeisiinne nähden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OSALLISUUS JA TOIMINTAKYKY

10. Kuinka useasti olette seuraavilla tavoilla yhteydessä ystäviinne ja sukulaisiinne, jotka eivät asu kanssanne samassa taloudessa?

	päivittäin tai lähes päivittäin	1-3 kertaa viikossa	1-3 kertaa kuukaudessa	harvemmin kuin kerran kuukaudessa	en koskaan
tapaamalla kasvokkain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
puhelimitse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
internetin välityksellä (esim. sähköposti, chat, Skype, Facebook yms.) tai kirjeitse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Osallistutteko jonkin kerhon, järjestön, yhdistyksen, harrastusryhmän tai hengellisen tai henkisen yhteisön toimintaan (esimerkiksi urheiluseura, asukastoiminta, puolue, kuoro, seurakunta)?

- en
 kyllä, aktiivisesti
 kyllä, silloin tällöin

12. Tunnetteko itsenne yksinäiseksi:

- en koskaan
 hyvin harvoin
 joskus
 melko usein
 jatkuvasti

13. Arvioikaa mahdollisuksianne saada apua läheisiltänne, kun olette avun tai tuen tarpeessa.

Voitte merkitä kunkin kysymyksen kohdalla yhden tai useamman vaihtoehdon.

	puoliso, kumppani	joku muu lähiomainen	läheinen ystävä	läheinen työtoveri	läheinen naapuri	joku muu läheinen	ei kukaan
kenen voitte todella uskoa välittävän Teistä, tapahtuipa Teille mitä tahansa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keneltä saatte käytännön apua, kun sitä tarvitsette?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Autatteko säännöllisesti jotakuta omassa kotitaloudessanne asuvaa toimintakyvyttään heikentynyttä tai sairasta henkilöä selviytymään kotona? Voitte valita useampia vaihtoehtoja.

- en (siirtykää kysymykseen 16)
 kyllä, puolisoa
 kyllä, lasta tai lapsenlasta
 kyllä, vanhempia tai puolison vanhempia
 kyllä, isovanhempia tai puolison isovanhempia
 muuta henkilöä, ketä? _____

15. Oletteko virallinen omaishoitaja (sopimus tehty)?

- en
 kyllä

16. Pystytekö yleensä seuraaviin suorituksiin?

	pystyn vaikeuksista	pystyn, mutta vaikeuksia on jonkin verran	pystyn, mutta se on minulle erittäin vaikeaa	en pysty lainkaan
juoksemaan lyhyehkön matkan (noin sata metriä, 100m)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kävelemään noin puolen kilometrin matkan levähtämättä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lukemaan tavallista sanomalehtitekstiä (silmälaseilla tai ilman)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kuulemaan, mitä usean henkilön välisessä keskustelussa sanotaan (kuulokojeen kanssa tai ilman)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Seuraavaksi kysymme Teiltä muistiin, oppimiseen ja keskittymiseen liittyviä kysymyksiä:

	erittäin hyvin	hyvin	tydyttävästi	huonosti	erittäin huonosti
muistini toimii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uusien tietojen omaksuminen ja asioiden oppiminen sujuu minulta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pystyn yleensä keskittymään asioihin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Oletetaan, että työkykyenne on parhaimmillaan saanut 10 pistettä. Minkä pistemäärän antaisitte nykyiselle työkyvyllenne asteikolla 0–10? Valitkaa työkykyänne vastaava numero.

Täysin työkyvytön	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Työkyky parhaimmillaan
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Uskotteko, että terveytenne puolesta pystytte työskentelemään ammatissanne vanhuuseläkeikään saakka?

- en
 todennäköisesti en
 todennäköisesti kyllä
 kyllä
 olen eläkkeellä

TERVEYS

20. Kuinka pitkä olette? _____ cm *Merkittää senttimetrin tarkkuudella.*

21. Miten paljon painatte kevyissä vaatteissa? _____ kg *Merkittää kilogramman tarkkuudella.*

22. Onko terveydentilanne mielestänne nykyisin:

- hyvä
 melko hyvä
 keskitasoinen
 melko huono
 huono

23. Onko Teillä jokin pitkäaikainen sairaus tai muu pitkäaikainen terveysongelma?

- kyllä
 ei *(voitte siirtyä kysymykseen 26)*

24. Vaatiiko pitkäaikainen sairautenne tai terveysongelmanne säännöllistä terveydenhuollon ammattihenkilön (esim. lääkäri tai hoitaja) antamaa hoitoa tai seurantaa?

- kyllä
 ei *(voitte siirtyä kysymykseen 26)*

25. Onko Teille tehty hoitosuunnitelma johon kirjataan hoidon tavoitteet ja niiden seuranta?

- kyllä
 ei
 en tiedä

26. Rajoittaako jokin terveysongelma Teitä toimissa, joita ihmiset tavallisesti tekevät?

- rajoittaa vakavasti
 rajoittaa, muttei vakavasti
 ei rajoita lainkaan *(voitte siirtyä kysymykseen 28)*

27. Onko rajoituksia ollut vähintään kuuden viime kuukauden ajan?

- kyllä
 ei

28. Onko Teillä ollut seuraavia lääkäriin toteamia tai hoitamia sairauksia 12 viime kuukauden aikana?

	kyllä
kohonnut verenpaine, verenpainetauti	<input type="checkbox"/>
kohonnut veren kolesteroli	<input type="checkbox"/>
selän kulumavika, iskias tai muu selkäsairaus	<input type="checkbox"/>
masennus	<input type="checkbox"/>
muu mielenterveysongelma	<input type="checkbox"/>
astma	<input type="checkbox"/>
diabetes	<input type="checkbox"/>
päihde- tai riippuvuusongelma	<input type="checkbox"/>
ei mitään yllämainituista sairauksista	<input type="checkbox"/>

Seuraavat viisi (5) kysymystä koskevat sitä, miltä Teistä on tuntunut 4 viime viikon aikana. Merkitkää kunkin kysymyksen kohdalla se vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa tuntemuksianne

29. Kuinka suuren osan ajasta olette 4 viime viikon aikana: Valitkaa yksi vaihtoehto joka riviltä

	koko ajan	suurimman osan aikaa	huomattavan osan aikaa	jonkin aikaa	vähän aikaa	en lainkaan
ollut hyvin hermostunut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuntenut mielialanne niin matalaksi, ettei mikään ole voinut piristää teitä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuntenut itsenne tyyneksi ja rauhalliseksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuntenut itsenne alakuloiseksi ja apeaksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ollut onnellinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seuraava kysymys käsittelee ajatuksia ja tunteita, jotka liittyvät oman itsen vahingoittamiseen. Osa ihmisistä on elämänsä aikana kohdannut vaikeuksia, joiden yhteydessä tällaisia ajatuksia ja tunteita esiintyy

30. Onko Teillä ollut itsemurha-ajatuksia 12 viime kuukauden aikana?

- ei
 kyllä

SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUT

31. Mitä mieltä olette seuraavista terveyspalveluja koskevista väittämistä? Terveyspalveluilla tarkoitetaan esimerkiksi terveyskeskuksia ja sairaaloita. Valitkaa jokaiselta riviltä vain yksi vaihtoehto.

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
Suomessa terveyspalvelut toimivat yleisesti ottaen hyvin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
luotan terveyspalvelujen henkilöstön ammattitaitoon ja osaamiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
terveyspalveluilla lisätään yhteiskunnallista tasavertaisuutta ja oikeudenmukaisuutta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Mitä mieltä olette seuraavista sosiaalipalveluja koskevista väittämistä? Sosiaalipalveluilla tarkoitetaan esimerkiksi vanhuspalveluja, lapsiperheiden palveluja, kotipalveluja, vammaispalveluja, sosiaalityöntekijän- tai ohjaajan antamaa neuvontaa ja toimeentulotukea.

Valitkaa jokaiselta riviltä vain yksi vaihtoehto.

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
Suomessa sosiaalipalvelut toimivat yleisesti ottaen hyvin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
luotan sosiaalipalvelujen henkilöstön ammattitaitoon ja osaamiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sosiaalipalveluilla lisätään yhteiskunnallista tasavertaisuutta ja oikeudenmukaisuutta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Mitä mieltä olette seuraavista väittämistä? Valitkaa jokaiselta riviltä vain yksi vaihtoehto. Luotan siihen, että saan tarvittaessa...

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
kiireellistä hoitoa äkilliseen vakavaan sairauteen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
säännöllistä hoitoa ja seuranta pitkäaikaissairauteen (esim. kohonnut verenpaine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vammaispalveluja (esim. kuljetuspalvelut, henkilökohtainen apu, asunnon muutostyöt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lapsiperheiden palveluja (esim. lastensuojelu, kasvatus- ja perheneuvonta, kotipalvelut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sosiaalityöntekijän tai -ohjaajan antamaa neuvontaa ja ohjausta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kelalta haettavaa perustoimeentulotukea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kunnalta haettavaa täydentävää ja ehkäisevää toimeentulotukea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Sosiaali- ja terveydenhuoltoa ollaan uudistamassa. Uudistuksella on monia tavoitteita. Alla on lueteltu uudistukselle sen eri vaiheissa esitettyjä tavoitteita. Mitkä näistä ovat mielestänne kolme tärkeintä tavoitetta?

Valitkaa kolme tärkeintä tavoitetta	
peruspalveluja vahvistetaan (esim. terveyskeskuspalvelut ja sosiaalipalvelut)	<input type="checkbox"/>
asiakkaan asiat hoidetaan sujuvasti ja tieto kulkee ammattilaisten välillä	<input type="checkbox"/>
asiakkaan ja potilaan mahdollisuus valita lisäänty (esim. hoitopaikka)	<input type="checkbox"/>
kaikki Suomessa asuvat pääsevät yhdenvertaisesti palveluihin tarpeen mukaan (tulotaso, asuinpaikka, syntyperä tai muu seikka ei vaikuta)	<input type="checkbox"/>
jokaisen vastuuta omasta ja läheistensä terveydestä ja hyvinvoinnista lisätään	<input type="checkbox"/>
koko maassa on yhtenäiset palvelu- ja hoitokäytännöt	<input type="checkbox"/>
sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannukset pysyvät kurissa	<input type="checkbox"/>

35. Seuraavaksi kysymme tapoja, joilla tavalliset ihmiset ja palveluiden käyttäjät voivat tuoda näkemysään ja kokemuksiaan esille ja osallistua palveluiden kehittämiseen. Kuinka tärkeänä pidätte alla esitettyjä asioita ja onko Teillä omakohtaista kokemusta osallistumisesta?

	erittäin tärkeää	melko tärkeää	ei kovin tärkeää	ei lainkaan tärkeää	en osaa sanoa	olen osallistunut tällä tavalla
mahdollisuus vaikuttaa omaan palveluunsa tai hoitoonsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
palveluiden käyttäjien kokemuksia kerätään säännöllisesti esimerkiksi asiakaskyselyillä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
asukkaat ja palveluiden käyttäjät ovat mukana palvelujen suunnittelussa, kehittämisessä ja arvioinnissa (esim. asiakasraadit ja yhteiskehittäminen työntekijöiden kanssa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VALINNANVAPAAUS

Vuoden 2014 alusta Suomessa asuvien mahdollisuus valita julkisen terveydenhuollon hoitopaikka (terveysasema tai sairaala) on lisääntynyt. Kysymme seuraavaksi muutamia valinnanvapauteen liittyviä kysymyksiä.

36. Tiesittekö, että Teillä on lain mukaan oikeus:

	en	kyllä
valita terveysasemanne/terveyskeskuksenne koko Suomen alueelta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
valita erikoissairaanhoidon hoitopaikkanne (sairaala) koko Suomen alueelta yhdessä lääkärinne kanssa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
valita Teitä hoitava lääkäri, hoitaja tai vastaava terveydenhuollon ammattihenkilö (esim. fysioterapeutti, psykologi, puheterapeutti) mahdollisuuksien sallimissa rajoissa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hakeutua hoitoon toiseen EU-maahan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. Oletteko käyttänyt mahdollisuutta vaihtaa terveysasemaanne (julkinen terveydenhuolto) 12 viime kuukauden aikana? Palvelu katsotaan tässä julkiseksi myös silloin, jos kunta on valinnut yksityisen palveluntuottajan vastaamaan jonkin terveysaseman palveluista.

- en ole käyttänyt terveysaseman palveluja 12 viime kuukauden aikana
- en ole vaihtanut terveysasemaa
- olen vaihtanut terveysasemaa, vaihdoin
- toiseen kuntani alueella olevaan terveysasemaan
 - toisen kunnan alueella olevaan terveysasemaan Suomessa
 - terveysasemaan toisessa EU-maassa

38. Oletteko käyttänyt mahdollisuutta valita tai vaihtaa sairaalaa (julkinen terveydenhuolto) 12 viime kuukauden aikana? Palvelu katsotaan tässä julkiseksi myös silloin, jos kunta on valinnut yksityisen palveluntuottajan vastaamaan joistakin sairaalahoidoista.

- en ole tarvinnut sairaalahoitoa tai tutkimuksia
- en ole valinnut tai vaihtanut sairaalaa
- olen valinnut tai vaihtanut sairaalan, valitsin
- lähimmän sairaalan, jossa tarvitsemani hoitoa annetaan
 - sairaalan muualta Suomesta, jossa tarvitsemani hoitoa annetaan
 - sairaalan toisesta EU-maasta, jossa tarvitsemani hoitoa annetaan

39. Harkitsetteko lähitulevaisuudessa vaihtavanne...

	en	ehkä	kyllä
terveysasemaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sairaalaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. Mitä mieltä olette seuraavista väittämistä?

Minulle on tärkeää, että voin itse valita...

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
terveysaseman	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sairaalan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lääkärin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoitajan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. Minulla on vaihtoehtoja, joista voin aidosti valita haluamani...

	useita	muutamia	ei juurikaan valinnanvaraa
terveysaseman	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sairaalan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lääkärin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoitajan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. Mitä mieltä olette seuraavista väittämistä? Valitkaa jokaiselta riviltä vain yksi vaihtoehto.

Hoitopaikan valinnan pohjaksi minulla on riittävästi tietoa...

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
eri hoitopaikkojen palvelujen lääketieteellisestä laadusta (esim. toimenpiteiden onnistuminen, potilasturvallisuus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
asiakastyytyväisyydestä eri hoitopaikoissa (hyvä kohtelu, mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoon, luottamuksellisuus ym.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eri hoitopaikkojen jonotusajoista (esim. lääkäriin tai hoitajan vastaanotolle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eri hoitopaikkojen palveluvalikoimasta (mitä palveluja saan hoitopaikasta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
siitä, miten minun pitää toimia, jos haluan vaihtaa terveysasemaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
siitä, miten minun pitää toimia, jos haluan vaihtaa sairaalaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. Seuraavassa luetellaan asioita joita ihmiset voivat miettiä valitessaan terveysasemaa.

Valitkaa mielestänne kolme tärkeintä valintaan vaikuttavaa asiaa.

	Valitkaa kolme tärkeintä asiaa
terveysaseman hyvä sijainti	<input type="checkbox"/>
hyvät kulkuyhteydet (julkisilla kulkuneuvoilla tai omalla autolla, mm. parkkipaikat)	<input type="checkbox"/>
lääkäriaikojen saatavuus	<input type="checkbox"/>
terveyden- /sairaanhoidajan aikojen saatavuus	<input type="checkbox"/>
terveysaseman aukioloajat	<input type="checkbox"/>
hyvä hoidon laatu terveysasemalla	<input type="checkbox"/>
terveysasemalla on erityisosaamista tarvitsemiini palveluihin	<input type="checkbox"/>
pitkäaikainen hoitosuhde tietyn lääkärin tai hoitajan kanssa	<input type="checkbox"/>
toimitilojen viihtyisyys	<input type="checkbox"/>
esteetön liikkuminen: esim. automaattisesti avautuvat ovet, tasaiset kävelyreitit, sekä opasteiden ja ohjeiden selkeys.	<input type="checkbox"/>
työterveyshuollon palvelut saa samasta paikasta	<input type="checkbox"/>
muu peruste, mikä? _____	<input type="checkbox"/>

44. Kuinka tärkeänä pidätte sitä, että voisitte valita yksityisen terveyspalvelun samalla hinnalla kuin julkisen? Valitkaa vain yksi vaihtoehto.

- erittäin tärkeää
 melko tärkeää
 ei kovin tärkeää
 ei lainkaan tärkeää
 en osaa sanoa

45. Mahdollisuus valita koskee nykyisin pääasiassa terveyspalveluja. Kuinka tärkeänä pidätte valinnanvapauden laajentamista myös...

	erittäin tärkeää	melko tärkeää	ei kovin tärkeää	ei lainkaan tärkeää	en osaa sanoa
vanhusten palveluihin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muihin sosiaalipalveluihin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SÄHKÖISTEN PALVELUIDEN KÄYTTÖ

46. Onko Teillä käytössäne..

	kyllä	ei
internet kotona, työpaikalla, kirjastossa tai muualla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pankkitunnukset tai mobiilivarmennin sähköiseen tunnistautumiseen internetissä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. Millaisia kokemuksia Teillä on internetistä seuraavien asioiden kannalta?

	Kokemukseni mukaan internet on tähän tarkoitukseen			
	erittäin hyödyllinen	melko hyödyllinen	hyödytön	en ole käyttänyt
tietojen etsiminen sairauksista, oireista tai terveistä elintavoista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vertaisryhmien (esim. laihdutusryhmä) antama tuki, terveysneuvonta tai muu omahoito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
asiointi sosiaali- ja terveyspalveluissa (esim. ajanvaraus, reseptit, laboratoriotulokset, sosiaalipalveluja tai etuuksia koskevat päätökset)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
palveluiden ja hoitopaikkojen vertailu (laatu, jonot, hinnat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TERVEYSPALVELUIDEN KÄYTTÖ

48. Kuinka monta kertaa olette käynyt oman sairautenne (tai raskauden tai synnytyksen) vuoksi lääkärin, terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla tai tavannut lääkärin tai hoitajan kotonanne 12 viime kuukauden aikana? Jos ette ole käynyt kertaakaan, merkitkää 0 kertaa. Mukaan ei lasketa niitä kertoja, jolloin olette ollut sairaalassa sisäänotettuina potilaana.

	lääkärin vastaanotolla	terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla
terveysasemalla (ei hammaslääkärikäyntejä)	kertaa	kertaa
yksityisellä lääkäriasemalla	kertaa	kertaa
työterveyshuollossa	kertaa	kertaa
sairaalan poliklinikalla	kertaa	kertaa
julkisessa hammashuollossa	kertaa	kertaa
yksityisessä hammashuollossa	kertaa	kertaa

49. Kuinka monta kertaa olette ollut yhteydessä terveydenhuollon ammattilaiseen 12 viime kuukauden aikana:

	en kertaakaan	yhden kerran	2-3 kertaa	4-6 kertaa	yli 6 kertaa
puhelimitse					
lääkäriin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
terveyden- tai sairaanhoitajaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muuhun terveydenhuollon ammattilaiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
internetin välityksellä (tietokoneella, kännykällä tai muulla laitteella)					
lääkäriin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
terveyden- tai sairaanhoitajaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muuhun terveydenhuollon ammattilaiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50. Kun käytätte terveyspalveluita tapaatteko yleensä saman...

	aina	usein	joskus	ei koskaan
lääkärin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoitajan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51. Oletteko ollut hoidettavana sairaalan vuodeosastolla (mukaan lukien terveyskeskuksen vuodeosasto) 12 viime kuukauden aikana?

- kyllä
 en

52. Ajatelkaa kokemuksianne terveyspalvelujen käytöstä 12 viime kuukauden ajalta. Kuinka alla olevat asiat ovat toteutuneet Teidän kohdallanne?

	aina	useimmiten	joskus	ei koskaan	ei koske minua (en ole käyttänyt terveyspalveluja)
sain yhteyden hoitopaikkaan sujuvasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sain vastaanottoajan riittävän nopeasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pääsin tutkimuksiin riittävän nopeasti (esim. laboratoriotulokset, röntgen, ultraäänitutkimus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
yksityisyyttäni kunnioitettiin tutkimuksissa ja hoidoissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoitokäynnistä oli minulle hyötyä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
asiani hoidettiin sujuvasti ja tieto kulki ammattilaisten välillä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53. Ajatelkaa kokemuksianne hoitohenkilöstöstä (lääkärit, hoitajat tai muu hoitava henkilöstö) 12 viime kuukauden ajalta. Kuinka alla olevat asiat ovat toteutuneet Teidän kohdallanne?

	aina	useimmiten	joskus	ei koskaan	ei koske minua (en ole käyttänyt terveyspalveluja)
minua kohdeltiin kunnioittavasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keskustelut käytiin siten että ulkopuoliset eivät pystyneet kuulemaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tietojani käsiteltiin luottamuksellisesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kanssani viettätiin riittävästi aikaa vastaanottokäynneillä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sain tarpeeksi aikaa kysyä terveydentilastani tai saamistani hoidoista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
asiat selitettiin minulle ymmärrettävästi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sain osallistua hoitoani tai tehtyjä tutkimuksia koskeviin päätöksiin niin paljon kuin halusin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
minulta kysyttiin suostumus ennen hoitojen tai tutkimusten aloittamista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54. Ovatko seuraavat asiat haitanneet hoidon saamistanne 12 viime kuukauden aikana?

Valitkaa jokaiselta riviltä vain yksi vaihtoehto.

	aina	useimmiten	joskus	ei koskaan	ei koske minua (en ole käyttänyt terveyspalveluja)
minua pompoteltiin palvelupisteestä toiseen asiaksi hoitamiseksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jouduin selvittämään tilannettani useammalle työntekijälle tai moneen kertaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aukioloajat olivat hankalat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoitopaikka oli hankalan matkan päässä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oma taloudellinen tilanteeni vaikeutti hoidon saamista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
liian korkeat asiakasmaksut vaikeuttivat hoidon saamista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55. Oletteko mielestänne saanut riittävästi seuraavia terveyspalveluita 12 viime kuukauden aikana?

Huomioikaa sekä kunnan että yksityisen palveluntarjoajan tuottamat palvelut.

	en ole tarvinnut	olisin tarvinnut, mutta palvelua ei saatu	olen käyttänyt, palvelu ei ollut riittävä	olen käyttänyt, palvelu oli riittävä
lääkärin vastaanottopalvelut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sairaanhoidajan tai terveydenhoitajan vastaanottopalvelut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hammaslääkäripalvelut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56. Oletteko saanut rokotuksen influenssaa vastaan 12 viime kuukauden aikana?

- en
 kyllä

57. Milloin terveydenhuollon ammattilainen on viimeksi mitannut Teiltä:

Valitkaa yksi vaihtoehto joka riviltä.

	12 viime kuukauden aikana	1–5 vuotta sitten	yli 5 vuotta sitten	ei koskaan	en tiedä
verenpaineen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
veren kolesterolipitoisuuden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
veren sokeripitoisuuden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vyötärön ympäryksen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
painon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

58. Oletteko käynyt seuraavissa tutkimuksissa ja tarkastuksissa 5 viime vuoden aikana:

Voitte valita useita vaihtoehtoja

	en	kyllä, viime (1) vuoden aikana	kyllä, 1–5 viime vuoden aikana
mammografia (rintasyövän seulontatesti) naisille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAPA-koe naisille (kohdunkaulan irtosolunäyte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eturauhastutkimukseen kuuluva verinäytteenä mitattava PSA-arvo miehille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

59. Oletteko käynyt mielenterveydellisten tai päihteiden käyttöön liittyvien ongelmien takia 12 viime kuukauden aikana:

	en	kyllä, mielenterveydellisten ongelmien vuoksi	kyllä, päihteiden käyttöön liittyvien ongelmien vuoksi
terveyskeskuksessa, työterveyshuollossa tai opiskeluterveydenhuollossa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mielenterveystoimistossa tai psykiatrian poliklinikalla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-klinikalla, katkaisuhoidossa tai muussa päihdehoidossa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
yksityisvastaanotolla (lääkäri, psykologi tai muu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psykiatrisessa tai muussa sairaalassa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muussa hoitopaikassa missä? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seuraava kysymys koskee pitkäaikaissairaita henkilöitä. Mikäli teillä ei ole pitkäaikaissairautta, voitte siirtyä kysymykseen 61.

60. Miten seuraavat asiat ovat toteutuneet pitkäaikaissairautenne hoidossa?

Jos teillä on useita sairauksia, valitkaa vaihtoehto eniten hoitoa vaativan sairauden mukaan.

	aina	useimmiten	joskus	ei koskaan	ei koske minua
tieto kulkee hoitopaikkani sisällä henkilökunnan välillä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tieto kulkee hoitopaikkani ja sairaalan tai muun erikoissairaanhoidon välillä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tieto kulkee kotisairaanhoidon ja muun terveydenhuollon välillä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tieto kulkee hoitopaikkani ja sosiaalipalvelujen välillä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kanssani on sovittu miten itse hoidan sairauttani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jos useita sairauksia: kaikki sairauteni huomioidaan hoidossa kokonaisvaltaisesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SOSIAALIPALVELUIDEN KÄYTTÖ
61. Oletteko mielestänne saanut riittävästi seuraavia sosiaalipalveluja tai etuuksia 12 viime kuukauden aikana? Merkitkää myös viimeiseen sarakkeeseen mitä palvelua käytitte viimeksi.

Huomioikaa sekä kunnan että yksityisen palveluntarjoajan tuottamat palvelut..

	en ole tarvinnut	olisin tarvinnut, mutta palvelua tai etuutta ei saatu	olen käyttänyt, palvelu tai etuus ei ollut riittävä	olen käyttänyt, palvelu tai etuus oli riittävä	tämä oli viimeisin käyttämäni palvelu
vammaispalvelut (esim. kuljetuspalvelut, henkilökohtainen apu, asunnon muutostyöt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lapsiperheiden palvelut (esim. lastensuojelu, kasvatus- ja perheneuvonta, kotipalvelut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sosiaalityöntekijän ohjaus- ja neuvontapalvelut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kelasta haettava perustoimeentulotuki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kunnalta haettava täydentävä ja ehkäisevä toimeentulotuki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

62. Oliko viimeksi käyttämästänne sosiaalipalvelusta peritty maksu mielestänne kohtuullinen?

Mikäli ette ole tarvinneet sosiaalipalveluita 12 viime kuukauden aikana, siirtykää kysymykseen 64.

- kyllä
 ei
 palvelusta ei peritty maksua

63. Kuinka kauan jouduitte odottamaan saadaksenne tarvitsemanne sosiaalipalvelun?

Valitkaa vain yksi vaihtoehto.

- en yhtään tai alle viikon
 1-2 viikkoa
 3-4 viikkoa
 yli kuukauden, mutta alle 3 kuukautta
 3 kuukautta tai pidempään

64. Kuinka monta kertaa olette olleet yhteydessä sosiaalityöntekijään tai sosiaaliohjaajaan 12 viime kuukauden aikana?

	en kertaakaan	yhden kerran	2-3 kertaa	4-6 kertaa	yli 6 kertaa
puhelimitse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
internetin välityksellä (tietokoneella, kännykällä tai muulla laitteella)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65. Miten vuorovaikutus henkilökunnan kanssa on sujunut, kun olette käyttäneet sosiaalipalveluja 12 viime kuukauden aikana? Arvioikaa viimeksi käyttämääne palvelua.

Valitkaa jokaiselta riviltä vain yksi vaihtoehto.

	aina	useimmiten	joskus	ei koskaan	ei koske minua (en ole käyttänyt sosiaalipalveluja)
henkilökunta kohteli minua kunnioittavasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
asiat selitettiin minulle ymmärrettävästi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kanssani vietettiin riittävästi aikaa vastaanottokäynneillä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
henkilökunta antoi minulle tarpeeksi aikaa kysyä omaan tilanteeseeni ja palveluuni liittyvistä asioista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sain tietoa asiani käsittelystä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sain osallistua itseäni koskevista asioista päätöksiin niin paljon kuin halusin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

66. Miten seuraavat väittämät kuvaavat kokemuksianne sosiaalipalveluista 12 viime kuukauden ajalta? Arvioikaa viimeksi käyttämääne palvelua.

	aina	useimmiten	joskus	ei koskaan	ei koske minua (en ole käyttänyt sosiaalipalveluja)
pääsin palveluun riittävän nopeasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
palvelun lopputulos vastasi tarvetta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
asiani hoidettiin sujuvasti ja tieto kulki ammattilaisten välillä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

67. Ovatko seuraavat asiat haitanneet sosiaalipalvelujen saamistanne 12 viime kuukauden aikana?

Valitkaa vain yksi vaihtoehto joka riviltä.

	aina	useimmiten	joskus	ei koskaan	ei koske minua (en ole käyttänyt sosiaalipalveluja)
minua pompoteltiin palvelupisteestä toiseen asiaksi hoitamiseksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jouduin selvittämään tilannettani useammalle työntekijälle tai moneen kertaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aukioloajat olivat hankalat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
palvelupiste oli hankalan matkan päässä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oma taloudellinen tilanteeni vaikeutti palvelun saamista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
liian korkeat asiakasmaksut vaikeuttivat palvelun saamista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

68. Oletteko käyttänyt itse maksamianne yksityisiä sosiaalipalveluja 12 viime kuukauden aikana?

Sosiaalipalveluilla tarkoitetaan esimerkiksi vanhus-, koti- ja vammaispalveluja.

- kyllä
 en

SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON RAHOITUS JA KUSTANNUKSET

69. Missä määrin toivotte verovaroja käytettävän seuraavien palvelujen rahoittamiseen?

	nykyistä enemmän	nykyisen määrän	nykyistä vähemmän
terveyden- ja sairaanhoitoon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sosiaalipalveluihin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tulonsiirtoihin, kuten sosiaalietuuksiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

70. Missä määrin toivotte asiakkaan omia varoja (asiakasmaksuina) käytettävän seuraavien palvelujen rahoittamiseen?

	nykyistä enemmän	nykyisen määrän	nykyistä vähemmän
terveyden- ja sairaanhoitoon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sosiaalipalveluihin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

71. Pitäisikö asiakasmaksuja porrastaa tulojen mukaan siten, että suurituloiset maksaisivat asiakasmaksuina itse suuremman osan palvelun hinnasta kuin pienituloiset?

	pitäisi ehdottomasti	ehkä pitäisi	ei pitäisi
terveyspalveluissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sosiaalipalveluissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

72. Oletteko käyttänyt palveluseteliä 12 viime kuukauden aikana?

	kyllä	en	en tiedä tai ole varma
terveyspalveluiden hankkimiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sosiaalipalveluiden hankkimiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

73. Oletteko hankkinut itsellenne yksityisen sairauskuluvakuutuksen, joka korvaa sairauden hoidosta Suomessa aiheutuvia hoitokuluja, kuten yksityislääkärin palkkioita, lääkekuluja ja sairaalan hoitopäivämaksuja?

- kyllä
 en, mutta olen harkinnut
 en ole, enkä ole harkinnut

ELINTAVAT

Seuraavalla kolmella kysymyksellä (74 - 76) selvitetään liikkumistanne vapaa-ajalla ja työmatkalla. Jos liikutte eri tavoin eri vuodenaikoina, valitkaa vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa keskimääräistä tilannettanne.

74. Kuinka paljon liikutte ja rasitatte itseänne ruumiillisesti vapaa-aikana?

Älkää laskeko mukaan työmatkaliikuntaa

- luen, katselen televisiota ja teen askareita, jotka eivät juuri rasita ruumiillisesti
 kävelen, pyöräilen tai teen kevyttä koti- ja pihatyötä yms. useita tunteja viikossa
 harrastan varsinaista kuntoliikuntaa tai urheilua kuten juoksua, hiihtoa, uintia tai pallopelejä useita tunteja viikossa

75. Kuinka usein harrastatte vapaa-ajan liikuntaa vähintään puoli tuntia niin, että ainakin lievästi hengästytte ja hikoilette? Älkää laskeko mukaan työmatkaliikuntaa

- päivittäin
 4–6 kertaa viikossa
 3 kertaa viikossa
 2 kertaa viikossa
 kerran viikossa
 2–3 kertaa kuukaudessa
 muutaman kerran vuodessa tai harvemmin
 en voi vammaan tai sairauden vuoksi harrastaa liikuntaa

76. Kuinka monta minuuttia kävelette tai pyöräilette työmatkallanne?

Huom. tarkoittaa meno- ja tulomatkaan yhteensä käytettyä aikaa.

- en ole työssä tai työ on kotona
 kuljen työmatkan kokonaan moottoriajoneuvolla
 alle 15 minuuttia päivässä
 15–30 minuuttia päivässä
 30–60 minuuttia päivässä
 yli tunnin päivässä

77. Kuinka usein olette syönyt seuraavia ruokia 7 viime päivän aikana?

	kerran viikossa tai harvemmin	1–6 kertaa viikossa	1–2 kertaa päivässä	3 kertaa päivässä tai useammin
tuoreita kasviksia tai kasvissalaattia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kypsennettyjä kasviksia (ei perunaa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hedelmiä tai marjoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
voita tai voi-kasviöljyisestä (esim. Oivariini)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

78. Kuinka usein yleensä harjaatte hampaanne / hammasproteesinne?

- useammin kuin kaksi kertaa päivässä
 kaksi kertaa päivässä
 kerran päivässä
 harvemmin kuin joka päivä
 en koskaan

79. Onko joku alla mainituista henkilöistä kehottanut Teitä 12 viime kuukauden aikana:

Voitte valita jokaiselta riviltä useampia vaihtoehtoja.

	ei kukaan	lääkäri tai hammaslääkäri	terveydenhoitaja tai muu terveydenhuollon ammattilainen	perheenjäsen	joku muu
lisäämään liikuntaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muuttamaan ruokailutottumuksia terveyssyistä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
laihduttamaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vähentämään alkoholin käyttöä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lopettamaan tupakoinnin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

80. Nukutteko mielestänne tarpeeksi?

- kyllä, lähes aina
 kyllä, usein
 harvoin tai tuskin koskaan
 en osaa sanoa

81. Tupakoitko nykyisin (savukkeita, sikareita tai piippua)?

- kyllä, päivittäin
 satunnaisesti
 en lainkaan
 en ole koskaan tupakoinut

82. Käytättekö nykyisin seuraavia tuotteita?

	päivittäin	satunnaisesti	en lainkaan	en ole koskaan käyttänyt
nuuskaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nikotiinipitoisia sähkösavukkeita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nikotiinittomia sähkösavukkeita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nikotiinikorvaushoitotuotteita kuten laastaria tai purukumia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tupakoinnin lopettamiseen määrättyjä reseptilääkkeitä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kannabista (hasis, marijuana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

83. Oletteko käyttänyt alkoholijuomia 12 viime kuukauden aikana?

- en (*mikäli ette ole käyttänyt alkoholia, siirtykää kysymykseen 87*)
 kyllä

84. Kuinka usein juotte olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Ottakaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautitte vain pieniä määriä, esim. pullon keskiolutta tai tilkan viiniä.

Valitkaa se vaihtoehto, joka lähinnä vastaa omaa tilannettanne.

- en koskaan
 noin kerran kuukaudessa tai harvemmin
 2–4 kertaa kuukaudessa
 2–3 kertaa viikossa
 4 kertaa viikossa tai useammin

85. Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olette ottanut niinä päivinä, jolloin käytitte alkoholia?

Katsokaa oheista laatikkoa.

- 1–2 annosta
 3–4 annosta
 5–6 annosta
 7–9 annosta
 10 tai enemmän

YKSI ALKOHOLIANNOS ON:
 pullo (33cl) keskiolutta tai siideriä tai lasi (12cl) mietoa viiniä tai pieni lasi (8cl) väkevää viiniä tai ravintola-annos (4cl) väkeviä

86. Kuinka usein olette juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?

- en koskaan
 harvemmin kuin kerran kuukaudessa
 kerran kuukaudessa
 kerran viikossa
 päivittäin tai lähes päivittäin

ESIMERKKEJÄ:
 0,5 l tuoppi keskiolutta tai siideriä = 1,5 annosta
 0,5 l tuoppi A-olutta tai vahvaa siideriä = 2 annosta
 0,75 l pullo mietoa (12%) viiniä = 6 annosta
 0,5 l pullo väkeviä = 13 annosta

TAPATURMAT JA VÄKIVALTA
87. Käytättekö seuraavia suojaimia tai turvavälineitä?

	aina	usein	joskus	en ollenkaan	ei koske minua
kypärää pyöräillessänne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
turvavyötä auton takapenkillä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kellunta-/pelastusliivejä veneessä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nastoitettuja jalkineita tai kenkiin kiinnitettäviä liukuesteita liukkaalla kellillä ulkoillessanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
heijastinta pimeällä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

88. Onko joku käyttäytynyt Teitä kohtaan väkivaltaisesti 12 viime kuukauden aikana?

Voitte valita useita vaihtoehtoja.

	ei kukaan	tuntematon tai puolittu	nykyinen avo- tai aviopuoliso tai seurustelukumppani	muu lähempi tuntemanne henkilö (muu perheenjäsen, entinen puoliso, ystävä, tuttava, työtoveri)
uhannut kasvokkain, puhelimitse tai internetin välityksellä vahingoittaa Teitä fyysisesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
estänyt Teitä liikkumasta, tarttunut kiinni, tyrkkinyt, töninyt tai läimäissyt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lyönyt nyrkillä tai kovalla esineellä, potkinut, kuristanut tai käyttänyt jotakin asetta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
häirinnyt Teitä seksuaalisesti loukkaavilla sanoilla tai teoilla (esim. koskettelemalla, nimittelemällä, kaksimielisillä jutuilla)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pakottanut tai yrittänyt pakottaa sukupuoliyhteyteen tai muuhun seksuaaliseen kanssakäymiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seuraavat kysymykset koskevat vain naisia.

(Miesten osalta tutkimus loppuu tähän)

89. Kuinka monta synnytystä Teillä on ollut?

- ei yhtään
 yhteensä _____ synnytystä

91. Onko Teillä ollut keskenmenoon päätyneitä raskauksia tai kohdunulkoisia raskauksia?

- ei
 kyllä _____ raskautta

90. Onko Teille tehty raskauden keskeytyksiä (abortteja)?

- ei
 kyllä _____ keskeytystä

KIITOS VASTAUKSESTANNE!
Muistakaa irrottaa kansilehti ennen kuin lähetätte lomakkeen.

Voitte tutustua tuloksiin osoitteessa www.thl.fi/finsote



FinSote - KANSALLINEN TERVEYS-, HYVINVOINTI- JA PALVELUTUTKIMUS


Pyydämme Teitä ystävällisesti vastaamaan kyselyyn mahdollisimman pian, mielellään viimeistään 10 päivän kuluessa. Palauttakaa vastauksenne oheisessa vastauskuoressa, johon ei tarvita postimerkkiä.

Kyselyn voitte täyttää myös internet-osoitteessa www.thl.fi/finsote/vastaa, jonne kirjaututte tunnuksella ja salasanalla, jotka löytyvät tämän kyselylomakkeen etusivun yläosasta.

Kiitos vastauksistanne!

OHJEET VASTAAJALLE

Kysymyksiin vastataan:

- Rastittamalla kuulakärkikynällä sopiva vaihtoehto tai kirjoittamalla kysytty tieto sille varattuun tilaan.
-  Mikäli teette merkintöjä vastausruutuun, johon ette ole niitä tarkoittanut, pyydämme, että mustaatte koko ruudun.
- Kunkin kysymyksen kohdalla valitaan vain yksi, Teille parhaiten sopiva vaihtoehto, ellei kysymyksen kohdalla erikseen mainita, että vaihtoehtoja voi valita useita.
- Eräiden kysymysten kohdalla on täydentäviä vastaamisohjeita.
Toivomme, että vastaatte kaikkiin kysymyksiin – merkitkää myös kieltävä vastaus näkyviin joko rastittamalla vaihtoehto "ei" tai merkitsemällä "0" vastaukselle varattuun tilaan.

ESIMERKKI 1.

Onko terveydentilanne mielestänne nykyisin

- hyvä
- melko hyvä
- keskitasoinen
- melko huono
- huono

ESIMERKKI 2.

Nykyinen pituutenne ja painonne

pituus 1 6 5 cm

paino 6 2 kg

Lisätietoja tutkimuksesta:

www.thl.fi/finsote/osallistuvalla

FinSote-ilmaisnumero p. 0800 97730 (klo 9–11)

e-mail: finsote-info@thl.fi

SUOSTUMUS

Olen perehtynyt tutkimusta koskevaan ”Tietoja tutkimukseen osallistuvalla”-tiedotteeseen ja saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta ja siinä kerättävistä tiedoista, tietojen käsittelystä, yhdistämisestä ja luovuttamisesta. Ymmärrän, että osallistumiseni tutkimukseen on vapaaehtoista ja että tietojani käsitellään luottamuksellisesti. Voin peruuttaa suostumukseni jälkikäteen ottamalla yhteyttä Terveyden ja hyvinvoinnin laitokseen.

Suostun siihen, että vastaukseni voidaan yhdistää tiedotteessa mainittuja rekisteritietoja

ELINOLOT JA ELÄMÄNLAATU

1. Oletteko tällä hetkellä:

- avioliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa
 avoliitossa
 asumuserossa tai eronnut
 leski
 naimaton

2. Kuinka monta vuotta olette yhteensä käynyt koulua tai opiskellut päätoimisesti?

Kansa- ja peruskoulu lasketaan mukaan.

_____ vuotta

3. Asutteko yksin:

- kyllä
 en

4. Oletteko tällä hetkellä pääasiassa:

Valitkaa tilannettanne parhaiten kuvaava vaihtoehto.

- kokopäivätyössä
 osa-aikatyössä
 eläkkeellä iän perusteella
 työkyvyttömyyseläkkeellä tai kuntoutustuen saajana
 osa-aikaeläkkeellä
 työtön tai lomautettu, nykyisen jakson kesto kuukausina: _____
 perhevapaalla, kotiäiti tai -isä
 opiskelija
 jokin muu, mikä: _____

5. Oletteko joskus 12 viime kuukauden aikana:

	en	kyllä
pelännyt, että teiltä loppuu ruoka, ennen kuin saatte rahaa ostaaksenne lisää	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
joutunut tinkimään lääkkeiden ostosta rahan puutteen vuoksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jättänyt rahan puutteen vuoksi käymättä lääkärissä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Esiintyykö asuntonne lähiympäristössä seuraavia tekijöitä, ja missä määrin ne haittaavat Teitä?

	ei esiinny	esiintyy, mutta ei haittaa	haittaa jonkin verran	haittaa paljon
vaaralliset risteykset ja/tai kulkuväylät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jalankulkuväylien liukkaus talvella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kulkuväylien huono valaistus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
liikenteen tai teollisuuden aiheuttama melu, haju tai pöly	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pitkät etäisyydet terveystaloihin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pitkät etäisyydet muihin palveluihin (esim. kaupat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
huonot julkiset liikenneyhteydet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pyydämme Teitä seuraavien kysymysten (7 - 9) kohdalla miettimään elämäännne kahden viime viikon ajalta.

7. Millaiseksi arvioitte elämänlaatusanne?

- erittäin huono
 huono
 ei hyvä eikä huono
 hyvä
 erittäin hyvä

8. Miten tyytyväinen olette:

	erittäin tyytymätön	melko tyytymätön	en tyytyväinen enkä tyytymätön	melko tyytyväinen	erittäin tyytyväinen
terveyteenne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kykyynne selviytyä päivittäisistä toimistanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
itseenne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ihmissuhteisiinne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
asuinalueenne olosuhteisiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Missä määrin olette kahden viime viikon aikana kokenut seuraavia asioita

	ei lainkaan	vähän	kohtuullisesti	lähes riittävästi	täysin riittävästi
onko Teillä riittävästi tarmoa arkipäivän elämäännne varten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
onko Teillä tarpeeksi rahaa tarpeisiinne nähden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



OSALLISUUS JA TOIMINTAKYKY

10. Kuinka useasti olette seuraavilla tavoilla yhteydessä ystäviinne ja sukulaisiinne, jotka eivät asu kanssanne samassa taloudessa?

	päivittäin tai lähes päivittäin	1–3 kertaa viikossa	1–3 kertaa kuukaudessa	harvemmin kuin kerran kuukaudessa	en koskaan
tapaamalla kasvokkain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
puhelimitse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
internetin välityksellä (esim. sähkö- posti, chat, Skype, Facebook yms.) tai kirjeitse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Osallistutteko jonkin kerhon, järjestön, yhdistyksen, harrastusryhmän tai hengellisen tai henkisen yhteisön toimintaan (esimerkiksi urheiluseura, asukastoiminta, puolue, kuoro, seurakunta)?

- en
 kyllä, aktiivisesti
 kyllä, silloin tällöin

12. Tunnetteko itsenne yksinäiseksi:

- en koskaan
 hyvin harvoin
 joskus
 melko usein
 jatkuvasti

13. Arvioikaa mahdollisuuksianne saada apua läheisiltänne, kun olette avun tai tuen tarpeessa. Voitte merkitä kunkin kysymyksen kohdalla yhden tai useamman vaihtoehdon.

	puoliso, kump- pani	joku muu lähi- omainen	läheinen ystävä	läheinen työtoveri	läheinen naapuri	joku muu läheinen	ei kukaan
kenen voitte todella uskoa vä- littävän Teistä, tapahtuipa Teille mitä tahansa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keneltä saatte käytännön apua, kun sitä tarvitsette?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Autatteko säännöllisesti jotakuta omissa kotitaloudessanne asuvaa toimintakyvyltään heikentynyttä tai sairasta henkilöä selviytymään kotona? *Voitte valita useampia vaihtoehtoja.*

en (*siirtykää kysymykseen 16*)

kyllä, puolisoa

kyllä, lasta tai lapsenlasta

kyllä, vanhempia tai puolison vanhempia

muuta henkilöä, ketä: _____

15. Oletteko virallinen omaishoitaja (sopimus tehty)?

en

kyllä

16. Pystyttekö yleensä seuraaviin suorituksiin?

	pystyn vaikeuksitta	pystyn, mutta vaikeuksia on jonkin verran	pystyn, mutta se on minulle erittäin vaikeaa	en pysty lainkaan
juoksemaan lyhyehkön matkan (noin sata metriä, 100m)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kävelemään noin puolen kilometrin matkan levähtämättä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lukemaan tavallista sanomalehtitekstiä (silmälaseilla tai ilman)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kuulemaan, mitä usean henkilön välisessä keskustelussa sanotaan (kuulokojeen kanssa tai ilman)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nousemaan portaita yhden kerrosvälin levähtämättä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
liikkumaan ulkona kesällä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
liikkumaan ulkona talvella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kulkemaan julkisilla liikennevälineillä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Pystyttekö yleensä seuraaviin arkipäivän askareisiin ja toimintoihin?

	pystyn vaikeuksitta	pystyn, mutta vaikeuksia on jonkin verran	pystyn, mutta se on minulle erittäin vaikeaa	en pysty lainkaan
tekemään kevyitä kotitöitä (esim. imurointi, astioiden pesu, vuoteen sijaaminen, pyykinpesu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tekemään kodin pieniä korjaustöitä (esim. lampun tai palovaroittimen pariston vaihtaminen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoitamaan päivittäisiä raha-asioitanne (esim. laskujen maksaminen, käteisen rahan nostaminen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
käymään ruokakaupassa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



18. Seuraavaksi kysymme Teiltä muistiin, oppimiseen ja keskittymiseen liittyviä kysymyksiä:

	erittäin hyvin	hyvin	tydyttävästi	huonosti	erittäin huonosti
muistini toimii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uusien tietojen omaksuminen ja asioiden oppiminen sujuu minulta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pystyn yleensä keskittymään asioihin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Tarvitsetteko ja saatteko heikentyneen toimintakykyne vuoksi apua arkipäivän askareissa?

- en tarvitse enkä saa apua
 tarvitsisin apua, mutta en saa sitä
 saan apua, mutta en tarpeeksi
 saan tarpeeksi apua
 selviytyisin vähemmälläkin avulla

20. Oletetaan, että työkykyne on parhaimmillaan saanut 10 pistettä. Minkä pistemäärän antaisitte nykyiselle työkyvyllenne asteikolla 0–10? Valitkaa työkykyänne vastaava numero.

Täysin työkyvytön	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Työkyky parhaimmillaan
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

21. Uskotteko, että terveytenne puolesta pystytte työskentelemään ammatissanne vanhuuseläkeikään saakka?

- en
 todennäköisesti en
 todennäköisesti kyllä
 kyllä
 olen eläkkeellä

TERVEYS

22. Kuinka pitkä olette? _____ cm *Merkitkää senttimetrin tarkkuudella.*

23. Miten paljon painatte kevyissä vaatteissa? _____ kg *Merkitkää kilogramman tarkkuudella.*

24. Onko terveydentilanne mielestänne nykyisin:

- hyvä
 melko hyvä
 keskitasoinen
 melko huono
 huono



25. Onko Teillä jokin pitkäaikainen sairaus tai muu pitkäaikainen terveysongelma?

- kyllä
 ei (voitte siirtyä kysymykseen 28)

26. Vaatiiko pitkäaikainen sairautenne tai terveysongelmanne säännöllistä terveydenhuollon ammattihenkilön (esim. lääkäri tai hoitaja) antamaa hoitoa tai seurantaa?

- kyllä
 ei (voitte siirtyä kysymykseen 28)

27. Onko Teille tehty hoitosuunnitelma johon kirjataan hoidon tavoitteet ja niiden seuranta

- kyllä
 ei
 en tiedä

28. Rajoittaako jokin terveysongelma Teitä toimissa, joita ihmiset tavallisesti tekevät?

- rajoittaa vakavasti
 rajoittaa, muttei vakavasti
 ei rajoita lainkaan (voitte siirtyä kysymykseen 30)

29. Onko rajoituksia ollut vähintään kuuden viime kuukauden ajan?

- kyllä
 ei

30. Onko Teillä ollut seuraavia lääkärin toteamia tai hoitamia sairauksia 12 viime kuukauden aikana?

	kyllä
kohonnut verenpaine, verenpainetauti	<input type="checkbox"/>
aivohalvaus	<input type="checkbox"/>
kohonnut veren kolesteroli	<input type="checkbox"/>
sydänveritulppa, sydäninfarkti	<input type="checkbox"/>
sepelvaltimotauti, angina pectoris (=rintakipua raskuudessa)	<input type="checkbox"/>
selän kulumavika, iskias tai muu selkäsairaus	<input type="checkbox"/>
pitkäaikainen keuhkoputkentulehdus, keuhkolaajentuma	<input type="checkbox"/>
masennus	<input type="checkbox"/>
muu mielenterveysongelma	<input type="checkbox"/>
astma	<input type="checkbox"/>
diabetes	<input type="checkbox"/>
päihde- tai riippuvuusongelma	<input type="checkbox"/>
ei mitään yllämainituista sairauksista	<input type="checkbox"/>



31. Kuinka suuren osan ajasta olette 4 viime viikon aikana:

Valitkaa yksi vaihtoehto joka riviltä.

	koko ajan	suurimman osan aikaa	huomattavan osan aikaa	jonkin aikaa	vähän aikaa	en lainkaan
ollut hyvin hermostunut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuntenut mielialanne niin matalaksi, ettei mikään ole voinut piristää teitä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuntenut itsenne tyyneksi ja rauhalliseksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuntenut itsenne alakuloiseksi ja apeaksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ollut onnellinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seuraava kysymys käsittelee ajatuksia ja tunteita, jotka liittyvät itsen vahingoittamiseen. Osa ihmisistä on elämänsä aikana kohdannut vaikeuksia, joiden yhteydessä tällaisia ajatuksia ja tunteita esiintyy.

32. Onko Teillä ollut itsemurha-ajatuksia 12 viime kuukauden aikana?

- ei
 kyllä

SOSIAALI – JA TERVEYSPALVELUT

33. Mitä mieltä olette seuraavista terveyspalveluja koskevista väittämistä? Terveyspalveluilla tarkoitetaan esimerkiksi terveyskeskuksia ja sairaaloita. Valitkaa jokaiselta riviltä vain yksi vaihtoehto.

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
Suomessa terveyspalvelut toimivat yleisesti ottaen hyvin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
luotan terveyspalvelujen henkilöstön ammattitaitoon ja osaamiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
terveyspalveluilla lisätään yhteiskunnallista tasavertaisuutta ja oikeudenmukaisuutta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Mitä mieltä olette seuraavista sosiaalipalveluja koskevista väittämistä? Sosiaalipalveluilla tarkoitetaan esimerkiksi vanhuspalveluja, lapsiperheiden palveluja, kotipalveluja, vammaispalveluja, sosiaalityöntekijän- tai ohjaajan antamaa neuvontaa ja toimeentulotukea. Valitkaa jokaiselta riviltä vain yksi vaihtoehto.

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
Suomessa sosiaalipalvelut toimivat yleisesti ottaen hyvin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
luotan sosiaalipalvelujen henkilöstön ammattitaitoon ja osaamiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sosiaalipalveluilla lisätään yhteiskunnallista tasavertaisuutta ja oikeudenmukaisuutta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Mitä mieltä olette seuraavista väittämistä? Valitkaa jokaiselta riviltä vain yksi vaihtoehto. Luotan siihen, että saan tarvittaessa...

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
kiireellistä hoitoa äkilliseen vakavaan sairauteen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
säännöllistä hoitoa ja seuranta pitkäaikaissairauteen (esim. kohonnut verenpaine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kotiin saatavia hoito- ja hoivapalveluja vanhuksille (esim. kotihoito, ateria- ja muut tukipalvelut, kuntoutuspalvelut, kodinmuutostyöt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muita vanhuspalveluja (esim. palveluasuminen, vanhainkoti, perhehoito)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vammaispalveluja (esim. kuljetuspalvelut, henkilökohtainen apu, asunnon muutostyöt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sosiaalityöntekijän tai -ohjaajan antamaa neuvontaa ja ohjausta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lapsiperheiden palveluja (esim. lastensuojelu, kasvatus- ja perheneuvonta, kotipalvelut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kelalta haettavaa perustoimeentulotukea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kunnalta haettavaa täydentävää ja ehkäisevää toimeentulotukea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. Sosiaali- ja terveydenhuoltoa ollaan uudistamassa. Uudistuksella on monia tavoitteita. Alla on lueteltu uudistukselle sen eri vaiheissa esitettyjä tavoitteita. Mitkä näistä ovat mielestänne kolme tärkeintä tavoitetta?

Valitkaa kolme tärkeintä tavoitetta	
peruspalveluja vahvistetaan (esim. terveyskeskus- ja sosiaalipalvelut)	<input type="checkbox"/>
asiakkaan asiat hoidetaan sujuvasti ja tieto kulkee ammattilaisten välillä	<input type="checkbox"/>
asiakkaan ja potilaan mahdollisuus valita lisääntyy (esim. hoitopaikka)	<input type="checkbox"/>
kaikki Suomessa asuvat pääsevät yhdenvertaisesti palveluihin tarpeen mukaan (tulotaso, asuinpaikka, syntyperä tai muu seikka ei vaikuta)	<input type="checkbox"/>
jokaisen vastuuta omasta ja läheistensä terveydestä ja hyvinvoinnista lisätään	<input type="checkbox"/>
koko maassa on yhtenäiset palvelu- ja hoitokäytännöt	<input type="checkbox"/>
sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannukset pysyvät kurissa	<input type="checkbox"/>

37. Seuraavaksi kysymme tapoja, joilla tavalliset ihmiset ja palveluiden käyttäjät voivat tuoda näkemyksiään ja kokemuksiaan esille ja osallistua palveluiden kehittämiseen. Kuinka tärkeänä pidätte alla esitettyjä asioita ja onko Teillä omakohtaista kokemusta osallistumisesta?

	erittäin tärkeää	melko tärkeää	ei kovin tärkeää	ei lainkaan tärkeää	en osaa sanoa	olen osallistunut tällä tavalla
mahdollisuus vaikuttaa omaan palveluunsa tai hoitoonsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
palveluiden käyttäjien kokemuksia kerätään säännöllisesti esimerkiksi asiakaskyselyillä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
asukkaat ja palveluiden käyttäjät ovat mukana palvelujen suunnittelussa, kehittämisessä ja arvioinnissa (esim. asiakasraadit ja yhteiskehittäminen työntekijöiden kanssa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VALINNANVAPAAUS

Vuoden 2014 alusta Suomessa asuvien mahdollisuus valita julkisen terveydenhuollon hoitopaikka (terveysasema tai sairaala) on lisääntynyt. Kysymme seuraavaksi muutamia valinnanvapauteen liittyviä kysymyksiä.

38. Tiesittekö, että Teillä on lain mukaan oikeus:

	en	kyllä
valita terveysasemanne/terveyskeskuksenne koko Suomen alueelta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
valita erikoissairaanhoidon hoitopaikkanne (sairaala) koko Suomen alueelta yhdessä lääkärinne kanssa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
valita Teitä hoitava lääkäri, hoitaja tai vastaava terveydenhuollon ammattihenkilö (esim. fysioterapeutti, psykologi, puheterapeutti) mahdollisuuksien sallimissa rajoissa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hakeutua hoitoon toiseen EU-maahan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. Oletteko käyttänyt mahdollisuutta vaihtaa terveysasemanne (julkinen terveydenhuolto) 12 viime kuukauden aikana? *Palvelu katsotaan tässä julkiseksi myös silloin, jos kunta on valinnut yksityisen palvelujentuottajan vastaamaan jonkin terveysaseman palveluista.*

- en ole käyttänyt terveysaseman palveluja 12 viime kuukauden aikana
- en ole vaihtanut terveysasemaa
- olen vaihtanut terveysasemaa, vaihdoin
- toiseen kuntani alueella olevaan terveysasemaan
- toisen kunnan alueella olevaan terveysasemaan Suomessa
- terveysasemaan toisessa EU-maassa

40. Oletteko käyttänyt mahdollisuutta valita tai vaihtaa sairaalaa (julkinen terveydenhuolto) 12 viime kuukauden aikana? *Palvelu katsotaan tässä julkiseksi myös silloin, jos kunta on valinnut yksityisen palvelujentuottajan vastaamaan joistakin sairaalahoidoista.*

- en ole tarvinnut hoitoa tai tutkimuksia
- en ole valinnut tai vaihtanut sairaalaa
- olen valinnut tai vaihtanut, valitsin
- lähimmän sairaalan, jossa tarvitsemaani hoitoa annetaan
- sairaalan muualta Suomesta, jossa tarvitsemaani hoitoa annetaan
- sairaalan toisesta EU-maasta, jossa tarvitsemaani hoitoa annetaan

41. Harkitsetteko lähitulevaisuudessa vaihtavanne...

	en	ehkä	kyllä
terveysasemaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sairaalaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



42. Mitä mieltä olette seuraavista väittämistä? Minulle on tärkeää, että voin itse valita...

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
terveysaseman	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sairaalan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lääkäriin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoitajan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. Minulla on vaihtoehtoja, joista voin aidosti valita haluamani...

	useita	muutamia	ei juurikaan valinnanvaraa
terveysaseman	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sairaalan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lääkäriin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoitajan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. Mitä mieltä olette seuraavista väittämistä? Valikaa jokaiselta riviltä vain yksi vaihtoehto. Hoitopaikan valinnan pohjaksi minulla on riittävästi tietoa...

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
eri hoitopaikkojen palvelujen lääketieteellisestä laadusta (esim. toimenpiteiden onnistuminen, potilasturvallisuus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
asiakastyytyväisyydestä eri hoitopaikoissa (hyvä kohtelu, mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoon, luottamuksellisuus ym.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eri hoitopaikkojen jonotusajoista (esim. lääkärin tai hoitajan vastaanotolle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eri hoitopaikkojen palveluvalikoimasta (mitä palveluja saan hoitopaikasta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
siitä, miten minun pitää toimia, jos haluan vaihtaa terveysasemaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
siitä, miten minun pitää toimia, jos haluan vaihtaa sairaalaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



45. Seuraavassa luetellaan asioita joita ihmiset voivat miettiä valitessaan terveysasemaa. Valitkaa mielestänne kolme tärkeintä valintaan vaikuttavaa asiaa.

Valitkaa kolme tärkeintä asiaa	
terveysaseman hyvä sijainti	<input type="checkbox"/>
hyvät kulkuyhteydet (julkisilla kulkuneuvoilla tai omalla autolla, mm. parkkipaikat)	<input type="checkbox"/>
lääkäriaikojen saatavuus	<input type="checkbox"/>
terveyden- /sairaanhoidajan aikojen saatavuus	<input type="checkbox"/>
terveysaseman aukioloajat	<input type="checkbox"/>
hyvä hoidon laatu terveysasemalla	<input type="checkbox"/>
terveysasemalla on erityisosaamista tarvitsemiini palveluihin	<input type="checkbox"/>
pitkäaikainen hoitosuhde tietyn lääkärin tai hoitajan kanssa	<input type="checkbox"/>
toimitilojen viihtyisyys	<input type="checkbox"/>
esteetön liikkuminen: esim. automaattisesti avautuvat ovet, tasaiset kävelyreitit, sekä opasteiden ja ohjeiden selkeys.	<input type="checkbox"/>
työterveyshuollon palvelut saa samasta paikasta	<input type="checkbox"/>
muu peruste, mikä? _____	<input type="checkbox"/>

46. Kuinka tärkeänä pidätte sitä, että voisitte valita yksityisen terveystalouden samalla hinnalla kuin julkisen? Valitkaa vain yksi vaihtoehto.

- erittäin tärkeää
- melko tärkeää
- ei kovin tärkeää
- ei lainkaan tärkeää
- en osaa sanoa

47. Mahdollisuus valita koskee nykyisin pääasiassa terveystalouksia. Kuinka tärkeänä pidätte valinnanvapauden laajentamista myös...

	erittäin tärkeää	melko tärkeää	ei kovin tärkeää	ei lainkaan tärkeää	en osaa sanoa
vanhusten palveluihin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muihin sosiaalipalveluihin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



SÄHKÖISTEN PALVELUIDEN KÄYTTÖ

48. Onko teillä käytössänne..

	kyllä	ei
internet kotona, työpaikalla, kirjastossa tai muualla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pankkitunnukset tai mobiilivarmennin sähköiseen tunnistautumiseen internetissä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49. Käytättekö internetiä:

	en	kyllä
sähköiseen asiointiin (esim. verkkopankki, Kela, verotoimisto, lippupalvelu, kunnan palvelut ym.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tietojen hakemiseen (esim. aikataulut, terveystieto ym.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50. Millaisia kokemuksia Teillä on internetistä seuraavien asioiden kannalta?

	Kokemukseni mukaan internet on tähän tarkoitukseen			
	erittäin hyödyllinen	melko hyödyllinen	hyödytön	en ole käyttänyt
tietojen etsiminen sairauksista, oireista tai terveistä elintavoista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vertaisryhmien (esim. laihdutusryhmä) antama tuki, terveysneuvonta tai muu omahoito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
asiointi sosiaali- ja terveyspalveluissa (esim. ajanvaraus, reseptit, laboratoriotulokset, sosiaalipalveluja tai etuuksia koskevat päätökset)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
palveluiden ja hoitopaikkojen vertailu (laatu, jonot, hinnat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



TERVEYSPALVELUIDEN KÄYTTÖ

51. Kuinka monta kertaa olette käynyt oman sairautenne (tai raskauden tai synnytyksen) vuoksi lääkärin, terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla tai tavannut lääkärin tai hoitajan kotonanne 12 viime kuukauden aikana? Jos ette ole käynyt kertaakaan, merkitkää 0 kertaa. Mukaan ei lasketa niitä kertoja, jolloin olette olleet sairaalassa sisäänotettuna potilaana.

	lääkärin vastaanotolla	terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla
terveysasemalla (ei hammaslääkärikäyntejä)	<input type="text"/> kertaa	<input type="text"/> kertaa
yksityisellä lääkäriasemalla	<input type="text"/> kertaa	<input type="text"/> kertaa
työterveyshuollossa	<input type="text"/> kertaa	<input type="text"/> kertaa
sairaalan poliklinikalla	<input type="text"/> kertaa	<input type="text"/> kertaa
julkisessa hammashuollossa	<input type="text"/> kertaa	<input type="text"/> kertaa
yksityisessä hammashuollossa	<input type="text"/> kertaa	<input type="text"/> kertaa

52. Kuinka monta kertaa olette olleet yhteydessä terveydenhuollon ammattilaiseen 12 viime kuukauden aikana:

	en kertaakaan	yhden kerran	2-3 kertaa	4-6 kertaa	yli 6 kertaa
puhelimitse					
lääkäriin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
terveyden- tai sairaanhoitajaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muuhun terveydenhuollon ammattilaiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
internetin välityksellä (tietokoneella, kännykällä tai muulla laitteella)					
lääkäriin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
terveyden- tai sairaanhoitajaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muuhun terveydenhuollon ammattilaiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53. Kun käytätte terveysterveystietoja tapaatteko yleensä saman...

	aina	usein	joskus	ei koskaan
lääkärin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoitajan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54. Oletteko ollut hoidettavana sairaalan vuodeosastolla (mukaan lukien terveyskeskuksen vuodeosasto) 12 viime kuukauden aikana?

- kyllä
 en

55. Ajatelkaa kokemuksianne terveyspalvelujen käytöstä 12 viime kuukauden ajalta. Kuinka alla olevat asiat ovat toteutuneet Teidän kohdallanne?

	aina	useimmiten	joskus	ei koskaan	ei koske minua (en ole käyttänyt terveyspalveluja)
sain yhteyden hoitopaikkaan sujuvasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sain vastaanottoajan riittävän nopeasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pääsin tutkimuksiin riittävän nopeasti (esim. laboratoriotutkimukset, röntgen, ultraäänitutkimus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
yksityisyyttäni kunnioitettiin tutkimuksissa ja hoidoissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoitokäynnistä oli minulle hyötyä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
asiani hoidettiin sujuvasti ja tieto kulki ammattilaisten välillä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56. Ajatelkaa kokemuksianne hoitohenkilöstöstä (lääkärit, hoitajat tai muu hoitava henkilöstö) 12 viime kuukauden ajalta. Kuinka alla olevat asiat ovat toteutuneet Teidän kohdallanne?

	aina	useimmiten	joskus	ei koskaan	ei koske minua (en ole käyttänyt terveyspalveluja)
minua kohdeltiin kunnioittavasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keskustelut käytiin siten että ulkopuoliset eivät pystyneet kuulemaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tietojani käsiteltiin luottamuksellisesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kanssani vietettiin riittävästi aikaa vastaanottokäynneillä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sain tarpeeksi aikaa kysyä terveydentilastani tai saamistani hoidoista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
asiat selitettiin minulle ymmärrettävästi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sain osallistua hoitoani tai tehtyjä tutkimuksia koskeviin päätöksiin niin paljon kuin halusin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
minulta kysyttiin suostumus ennen hoitojen tai tutkimusten aloittamista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

57. Ovatko seuraavat asiat haitanneet hoidon saamistanne 12 viime kuukauden aikana?

Valitkaa jokaiselta riviltä vain yksi vaihtoehto.

	aina	useimmiten	joskus	ei koskaan	ei koske minua (en ole käyttänyt terveyspalveluja)
minua pompoteltiin palvelupisteestä toiseen asiani hoitamiseksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jouduin selvittämään tilannettani useammalle työntekijälle tai moneen kertaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aukioloajat olivat hankalat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoitopaikka oli hankalan matkan päässä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oma taloudellinen tilanteeni vaikeutti hoidon saamista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
liian korkeat asiakasmaksut vaikeuttivat hoidon saamista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

58. Oletteko mielestänne saanut riittävästi seuraavia terveyspalveluita 12 viime kuukauden aikana? Huomioikaa sekä kunnan että yksityisen palveluntarjoajan tuottamat palvelut.

	en ole tarvinnut	olisin tarvinnut, mutta palvelua tai etuutta ei saatu	olen käyttänyt, palvelu tai etuus ei ollut riittävää	olen käyttänyt, palvelu tai etuus oli riittävää
lääkärin vastaanottopalvelut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan vastaanottopalvelut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hammaslääkäripalvelut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

59. Oletteko saanut rokotuksen influenssaa vastaan 12 viime kuukauden aikana?

- en
 kyllä



60. Milloin terveydenhuollon ammattilainen on viimeksi mitannut Teiltä:

Valitkaa yksi vaihtoehto joka riviltä.

	12 viime kuukauden aikana	1–5 vuotta sitten	yli 5 vuotta sitten	ei koskaan	en tiedä
verenpaineen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
veren kolesterolipitoisuuden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
veren sokeripitoisuuden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vyötärön ympäryksen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
painon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

61. Oletteko käynyt seuraavissa tutkimuksissa ja tarkastuksissa 5 viime vuoden aikana:

Voitte valita useita vaihtoehtoja.

	en	kyllä, viime (1) vuoden aikana	kyllä, 1–5 viime vuoden aikana
suolistosyövän seulontatesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mammografia (rintasyövän seulonta) naisille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAPA-koe naisille (kohdunkaulan irtosolunäyte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eturauhastutkimukseen kuuluva verinäytteestä mitattava PSA-arvo miehille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

62. Oletteko käynyt mielenterveydellisten tai päihteiden käyttöön liittyvien ongelmien takia 12 viime kuukauden aikana:

	en	kyllä, mielen- terveydellisten ongelmien vuoksi	kyllä, päihteiden käyttöön liittyvien ongelmien vuoksi
terveyskeskuksessa, työterveyshuollossa tai opiskeluterveydenhuollossa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mielenterveystoimistossa tai psykiatrian poliklinikalla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-klinikalla, katkaisuhoidossa tai muussa päihdehoidossa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
yksityisvastaanotolla (lääkäri, psykologi tai muu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psykiatrisessa tai muussa sairaalassa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muussa hoitopaikassa missä: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seuraava kysymys koskee pitkäaikaissairaita henkilöitä. Mikäli teillä ei ole pitkäaikaissairautta, voitte siirtyä kysymykseen 65.

63. Miten seuraavat asiat ovat toteutuneet pitkäaikaissairautenne hoidossa?

Jos Teillä on useita sairauksia, valitkaa vaihtoehto eniten hoitoa vaativan sairauden mukaan.

	aina	useimmiten	joskus	ei koskaan	ei koske minua
tieto kulkee hoitopaikkani sisällä henkilökunnan välillä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tieto kulkee hoitopaikkani ja sairaalan tai muun erikoissairaanhoidon välillä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tieto kulkee kotisairaanhoidon ja muun terveydenhuollon välillä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tieto kulkee hoitopaikkani ja sosiaalipalvelujen välillä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kanssani on sovittu miten itse hoidan sairauttani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jos useita sairauksia: kaikki sairauteni huomioidaan hoidossa kokonaisvaltaisesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SOSIAALIPALVELUIDEN KÄYTTÖ

64. Oletteko mielestänne saanut riittävästi seuraavia sosiaalipalveluja tai etuuksia 12 viime kuukauden aikana? Merkitkää myös viimeiseen sarakkeeseen mitä palvelua käyttitte viimeksi.

Huomioikaa sekä kunnan että yksityisen palveluntarjoajan tuottamat palvelut.

	en ole tarvinnut	olisin tarvinnut, mutta palvelua tai etuutta ei saatu	olen käyttänyt, palvelu tai etuus ei ollut riittävä	olen käyttänyt, palvelu tai etuus oli riittävä	tämä oli viimeisin käyttämäni palvelu
kotiin saatavat hoito- ja hoivapalvelut vanhuksille (esim. kotihoito, ateria- ja muut tukipalvelut, kuntoutuspalvelut, kodinmuutostyöt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muut vanhuspalvelut (esim. palveluasuminen, vanhainkoti, perhehoito)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vammaispalvelut (esim. kuljetuspalvelut, henkilökohtainen apu, asunnon muutostyöt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lapsiperheiden palvelut (esim. lastensuojelu, kasvatusta- ja perheneuvonta, kotipalvelut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sosiaalityöntekijän ohjaus- ja neuvontapalvelut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kelasta haettava perustoimeentulotuki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kunnalta haettava täydentävä ja ehkäisevä toimeentulotuki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65. Oliko viimeksi käyttämästänne sosiaalipalvelusta peritty maksu mielestänne kohtuullinen?

Mikäli ette ole käyttäneet sosiaalipalveluja 12 viime kuukauden aikana, siirtykää kysymykseen 68.

- kyllä
 ei
 palvelusta ei peritty maksua

66. Kuinka kauan joudutte odottamaan saadaksenne tarvitsemanne palvelun?

Valitkaa vain yksi vaihtoehto.

- en yhtään tai alle viikon
 1-2 viikkoa
 3-4 viikkoa
 yli kuukauden, mutta alle 3 kuukautta
 3 kuukautta tai pidempään

67. Kuinka monta kertaa olette olleet yhteydessä sosiaalityöntekijään tai sosiaaliohjaajaan 12 viime kuukauden aikana?

	en kertaakaan	yhden kerran	2-3 kertaa	4-6 kertaa	yli 6 kertaa
puhelimitse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
internetin välityksellä (tietokoneella, kännykällä tai muulla laitteella)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

68. Miten vuorovaikutus henkilökunnan kanssa on sujunut, kun olette käyttänyt sosiaalipalveluja 12 viime kuukauden aikana? Arvioikaa viimeksi käyttämääne palvelua.

Valitkaa jokaiselta riviltä vain yksi vaihtoehto.

	aina	useimmiten	joskus	ei koskaan	ei koske minua (en ole käyttänyt sosiaalipalveluja)
henkilökunta kohteli minua kunnioittavasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
asiat selitettiin minulle ymmärrettävästi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kanssani vietettiin riittävästi aikaa vastaanottokäynneillä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
henkilökunta antoi minulle tarpeeksi aikaa kysyä omaan tilanteeseeni ja palveluuni liittyvistä asioista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sain tietoa asiani käsittelystä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sain osallistua itseäni koskevissa asioissa päätöksiin niin paljon kuin halusin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

69. Miten seuraavat väittämät kuvaavat kokemuksianne sosiaalipalveluista 12 viime kuukauden ajalta? Arvioikaa viimeksi käyttämääne palvelua.

	aina	useimmiten	joskus	ei koskaan	ei koske minua (en ole käyttänyt sosiaalipalveluja)
pääsin palveluun riittävän nopeasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
palvelun lopputulos vastasi tarvetta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
asiani hoidettiin sujuvasti ja tieto kulki ammattilaisten välillä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



70. Ovatko seuraavat asiat haitanneet sosiaalipalvelujen saamistanne 12 viime kuukauden aikana? Valitkaa vain yksi vaihtoehto joka riviltä.

	aina	useimmiten	joskus	ei koskaan	ei koske minua (en ole käyttänyt sosiaalipalveluja)
minua pompoteltiin palvelupisteestä toiseen asiani hoitamiseksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jouduin selvittämään tilannettani useammalle työntekijälle tai moneen kertaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aukioloajat olivat hankalat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
palvelupiste oli hankalan matkan päässä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oma taloudellinen tilanteeni vaikeutti palvelun saamista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
liian korkeat asiakasmaksut vaikeuttivat palvelun saamista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

71. Oletteko käyttänyt itse maksamianne yksityisiä sosiaalipalveluja 12 viime kuukauden aikana? Sosiaalipalveluilla tarkoitetaan esimerkiksi vanhus-, koti- ja vammaispalveluja.

- kyllä
 en

SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON RAHOITUS JA KUSTANNUKSET

72. Missä määrin toivotte verovaroja käytettävän seuraavien palvelujen rahoittamiseen?

	nykyistä enemmän	nykyisen määrän	nykyistä vähemmän
terveyden- ja sairaanhoitoon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sosiaalipalveluihin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tulonsiirtoihin, kuten sosiaalietuuksiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

73. Missä määrin toivotte asiakkaan omia varoja (asiakasmaksuina) käytettävän seuraavien palvelujen rahoittamiseen?

	nykyistä enemmän	nykyisen määrän	nykyistä vähemmän
terveyden- ja sairaanhoitoon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sosiaalipalveluihin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



74. Pitäisikö asiakasmaksuja porrastaa tulojen mukaan siten, että suurituloiset maksaisivat asiakasmaksuina itse suuremman osan palvelun hinnasta kuin pienituloiset?

	pitäisi ehdottomasti	ehkä pitäisi	ei pitäisi
terveyspalveluissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sosiaalipalveluissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

75. Oletteko käyttänyt palveluseteliä 12 viime kuukauden aikana?

	kyllä	en	en tiedä tai en ole varma
terveyspalveluiden hankkimiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sosiaalipalveluiden hankkimiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

76. Oletteko hankkinut itsellenne yksityisen sairauskuluvakuutuksen, joka korvaa sairauden hoidosta Suomessa aiheutuvia hoitokuluja, kuten yksityislääkärin palkkioita, lääkekuluja ja sairaalan hoitopäivämaksuja?

- kyllä
 en, mutta olen harkinnut
 en ole, enkä ole harkinnut

ELINTAVAT

Seuraavilla kolmella kysymyksellä (77 - 79) selvitetään liikkumistanne vapaa-ajalla ja työmatkalla. Jos liikutte eri tavoin eri vuodenaikoina, valitkaa vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa keskimääräistä tilannettanne.

77. Kuinka paljon liikutte ja rasitate itseänne ruumiillisesti vapaa-aikana?

Älkää laskeko mukaan työmatkaliikuntaa.

- luen, katselen televisiota ja teen askareita, jotka eivät juuri rasita ruumiillisesti
 kävelen, pyöräilen tai teen kevyttä koti- ja pihatyötä yms. useita tunteja viikossa
 harrastan varsinaista kuntoliikuntaa tai urheilua kuten juoksua, hiihtoa, uintia tai pallopelejä useita tunteja viikossa

78. Kuinka usein harrastatte vapaa-ajan liikuntaa vähintään puoli tuntia niin, että ainakin lievästi hengästytte ja hikoilette? Älkää laskeko mukaan työmatkaliikuntaa.

- päivittäin
 4–6 kertaa viikossa
 3 kertaa viikossa
 2 kertaa viikossa
 kerran viikossa
 2–3 kertaa kuukaudessa
 muutaman kerran vuodessa tai harvemmin
 en voi vammaan tai sairauden vuoksi harrastaa liikuntaa



79. Kuinka monta minuuttia kävelette tai pyöräilette työmatkallanne?

Huom. tarkoittaa meno- ja tulomatkaan yhteensä käytettyä aikaa.

- en ole työssä tai työ on kotona
- kuljen työmatkan kokonaan moottoriajoneuvolla
- alle 15 minuuttia päivässä
- 15–30 minuuttia päivässä
- 30–60 minuuttia päivässä
- yli tunnin päivässä

80. Kuinka usein olette syönyt seuraavia ruokia 7 viime päivän aikana?

	kerran viikossa tai harvemmin	1–6 kertaa viikossa	1–2 kertaa päivässä	3 kertaa päivässä tai useammin
tuoreita kasviksia tai kasvissalaattia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kypsennettyjä kasviksia (ei perunaa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hedelmiä tai marjoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
voita tai voi-kasviöljyseosta (esim. Oivariini)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

81. Kuinka usein yleensä harjaatte hampaanne / hammasproteesinne?

- useammin kuin kaksi kertaa päivässä
- kaksi kertaa päivässä
- kerran päivässä
- harvemmin kuin joka päivä
- en koskaan

82. Onko joku alla mainituista henkilöistä kehottanut Teitä 12 viime kuukauden aikana:

Voitte valita jokaiselta riviltä useampia vaihtoehtoja.

	ei kukaan	lääkäri tai hammas- lääkäri	terveydenhoi- taja tai muu terveyden- huollon ammattilainen	perheenjäsen	joku muu
lisäämään liikuntaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muuttamaan ruokailutottu- muksia terveyssyistä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
laihduuttamaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vähentämään alkoholin käyttöä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lopettamaan tupakoinnin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

83. Nukutteko mielestänne tarpeeksi?

- kyllä, lähes aina
 kyllä, usein
 harvoin tai tuskin koskaan
 en osaa sanoa

84. Tupakoitko nykyisin (savukkeita, sikareita tai piippua)?

- kyllä, päivittäin
 satunnaisesti
 en lainkaan
 en ole koskaan tupakoinut

85. Käytättekö nykyisin seuraavia tuotteita?

	päivittäin	satunnaisesti	en lainkaan	en ole koskaan käyttänyt
nuuskaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nikotiinipitoisia sähkösavukkeita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nikotiinittomia sähkösavukkeita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nikotiinikorvaushoitotuotteita kuten laastaria tai purukumia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tupakoinnin lopettamiseen määrättyjä reseptilääkkeitä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tupakoinnin lopettamiseen määrättyjä reseptilääkkeitä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kannabista (hasis, marijuana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

86. Oletteko käyttänyt alkoholijuomia 12 viime kuukauden aikana?

- en (*mikäli ette ole käyttänyt alkoholia, siirtykää kysymykseen 90*)
 kyllä

87. Kuinka usein juotte olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Ottakaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautitte vain pieniä määriä, esim. pullon keskivolutta tai tilkan viiniä.

Valitkaa se vaihtoehto, joka lähinnä vastaa omaa tilannettanne.

- en koskaan
 noin kerran kuukaudessa tai harvemmin
 2–4 kertaa kuukaudessa
 2–3 kertaa viikossa
 4 kertaa viikossa tai useammin



88. Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olette ottanut niinä päivinä, jolloin käytitte alkoholia?

- 1–2 annosta
 3–4 annosta
 5–6 annosta
 7–9 annosta
 10 tai enemmän

YKSI ALKOHOLIANNOS ON:
pullo (33cl) keskiolutta tai siideriä tai
lasi (12cl) mietoa viiniä tai
pieni lasi (8cl) väkevää viiniä tai
ravintola-annos (4cl) väkeviä

89. Kuinka usein olette juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?

- en koskaan
 harvemmin kuin kerran kuukaudessa
 kerran kuukaudessa
 kerran viikossa
 päivittäin tai lähes päivittäin

ESIMERKKEJÄ:
0,5 l tuoppi keskiolutta tai siideriä = 1,5 annosta
0,5 l tuoppi A-olutta tai vahvaa siideriä = 2 annosta
0,75 l pullo mietoa (12%) viiniä = 6 annosta
0,5 l pullo väkeviä = 13 annosta

TAPATURMAT JA VÄKIVALTA

90. Käytättekö seuraavia suojaimeja tai turvavälineitä?

	aina	usein	joskus	en ollenkaan	ei koske minua
kypärää pyöräillessänne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
turvavyötä auton takapenkillä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kellunta- tai pelastusliivejä veneessä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nastoitettuja jalkineita tai kenkiin kiinnitettäviä liukuesteitä liukkaalla kelillä ulkoillessanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
heijastinta pimeällä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

91. Onko joku käyttäytynyt Teitä kohtaan väkivaltaisesti 12 viime kuukauden aikana?

Voitte valita useita vaihtoehtoja.

	ei kukaan	tuntematon tai puolittu	nykyinen avo- tai aviopuoliso tai seurustelu- kumppani	muu lähemmin tuntemanne henkilö (muu perheenjäsen, entinen puoliso, ystävä, tuttava, työtoveri)
uhannut kasvokkain, puhelimitse tai internetin välityksellä vahingoittaa Teitä fyysisesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
estänyt Teitä liikkumasta, tarttunut kiinni, tyrkkinyt, töninyt tai läimäissyt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lyönyt nyrkillä tai kovalla esineellä, potkinut, kuristanut tai käyttänyt jotakin asetta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
häirinyt Teitä seksuaalisesti loukkaavilla sanoilla tai teoilla? (esim. koskettelemalla, nimittelemällä, kaksimielisillä jutuilla)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pakottanut tai yrittänyt pakottaa sukupuoliyhteyteen tai muuhun seksuaaliseen kanssakäymiseen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

92. Täytittekö lomakkeen yksin vai auttoiko Teitä siinä joku muu?

- täytin yksin
- täytin yhdessä puolison kanssa
- täytin yhdessä jonkun muun sukulaisen kanssa
- täytin yhdessä hoitajan tai kotihoidon työntekijän kanssa
- minua auttoi joku toinen henkilö. Kuka (esim. naapuri)? _____
- lomakkeen täytti puolestani joku muu. Kuka? _____

KIITOS VASTAUKSISTANNE!
Muistakaa irrottaa kansilehti
ennen kuin lähetätte lomakkeen.

Voitte tutustua tuloksiin osoitteessa www.thl.fi/finsote





FinSote - KANSALLINEN TERVEYS-, HYVINVOINTI- JA PALVELUTUTKIMUS

Pyydämme Teitä ystävällisesti vastaamaan kyselyyn mahdollisimman pian, mielellään viimeistään 10 päivän kuluessa. Palauttakaa vastauksenne oheisessa vastauskuoressa, johon ei tarvita postimerkkiä.

Kyselyn voitte täyttää halutessanne myös internet-osoitteessa www.thl.fi/finsote/vastaa, jonne kirjaututte tunnuksella ja salasanalla, jotka löytyvät tämän kyselylomakkeen etusivun yläosasta.

Kiitos vastauksistanne!

OHJEET VASTAAJALLE

Kysymyksiin vastataan:

- Rastittamalla kuulakärkikynällä sopiva vaihtoehto tai kirjoittamalla kysytty tieto sille varattuun tilaan.
- Mikäli teette merkintöjä vastausruutuun, johon ette ole niitä tarkoittanut, pyydämme että mustaatte koko ruudun.
- Kunkin kysymyksen kohdalla valitaan vain yksi, parhaiten sopiva vaihtoehto, ellei kysymyksen kohdalla erikseen mainita, että vaihtoehtoja voi valita useita.
- Eräiden kysymysten kohdalla on täydentäviä vastaamisohjeita. Muistakaa vastata kaikkiin kysymyksiin – merkitkää myös kieltävä vastaus näkyviin joko rastittamalla vaihtoehto "ei" tai merkitsemällä "0" vastaukselle varattuun tilaan.

ESIMERKKI 1.

Onko terveydentilanne mielestänne nykyisin

- erittäin hyvä
- melko hyvä
- kohtalainen
- melko huono
- huono

ESIMERKKI 2.

Nykyinen pituutenne ja painonne

pituus 165 cm

paino 62 kg

Lisätietoja tutkimuksesta:

www.thl.fi/finsote/osallistuvalla

FinSote-ilmaisnumero p. 0800 97730 (klo 9-11)

e-mail: finsote-info@thl.fi

SUOSTUMUS

Olen perehtynyt tutkimusta koskevaan ”Tietoja tutkimukseen osallistuvalla”-tiedotteeseen ja saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta ja siinä kerättävistä tiedoista, tietojen käsittelystä, yhdistämisestä ja luovuttamisesta. Ymmärrän, että osallistumiseni tutkimukseen on vapaaehtoista ja että tietojani käsitellään luottamuksellisesti. Voin peruuttaa suostumukseni jälkikäteen ottamalla yhteyttä Terveyden ja hyvinvoinnin laitokseen.

Suostun siihen, että vastaukseni voidaan yhdistää tiedotteessa mainittuja rekisteritietoja

ELINOLOT JA ELÄMÄNLAATU

1. Oletteko tällä hetkellä:

- avioliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa
 avoliitossa
 asumuserossa tai eronnut
 leski
 naimaton

2. Kuinka monta vuotta olette yhteensä käyneet koulua tai opiskellut päätoimisesti?

Kansa- ja peruskoulu lasketaan mukaan.

_____ vuotta

3. Asutteko yksin:

- kyllä
 en

4. Oletteko joskus 12 viime kuukauden aikana:

	en	kyllä
pelännyt, että teiltä loppuu ruoka, ennen kuin saatte rahaa ostaaksenne lisää	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
joutunut tinkimään lääkkeiden ostosta rahan puutteen vuoksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jättänyt rahan puutteen vuoksi käymättä lääkärissä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Esiintyykö asuntonne lähiympäristössä seuraavia tekijöitä, ja missä määrin ne haittaavat Teitä?

	ei esiinny	esiintyy, mutta ei haittaa	haittaa jonkin verran	haittaa paljon
vaaralliset risteykset ja/tai kulkuväylät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jalankulkuväylien liukkaus talvella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kulkuväylien huono valaistus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
liikenteen tai teollisuuden aiheuttama melu, haju tai pöly	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pitkät etäisyydet terveystalouteihin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pitkät etäisyydet muihin palveluihin (esim. kaupat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
huonot julkiset liikenneyhteydet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pyydämme Teitä seuraavien kysymysten (6 – 8) kohdalla miettimään elämäänne kahden viime viikon ajalta.

6. Millaiseksi arvioitte elämänlaatunne?

- erittäin huono
- huono
- ei hyvä eikä huono
- hyvä
- erittäin hyvä

7. Miten tyytyväinen olette:

	erittäin tyytymätön	melko tyytymätön	en tyytyväinen enkä tyytymätön	melko tyytyväinen	erittäin tyytyväinen
terveyteenne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kykyynne selviytyä päivittäisistä toimistanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
itseenne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ihmissuhteisiinne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
asuinalueenne olosuhteisiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mahdollisuuksiinne käyttää julkisia ja/tai muita liikennevälineitä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Missä määrin olette kahden viime viikon aikana kokenut seuraavia asioita

	ei lainkaan	vähän	kohtuullisesti	lähes riittävästi	täysin riittävästi
onko Teillä riittävästi tarmoa arkipäivän elämäänne varten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
onko Teillä tarpeeksi rahaa tarpeisiinne nähden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OSALLISUUS JA TOIMINTAKYKY

9. Kuinka usein olette seuraavilla tavoilla yhteydessä ystäviinne ja sukulaisiinne, jotka eivät asu kanssanne samassa taloudessa?

	päivittäin tai lähes päivittäin	1–3 kerta viikossa	1–3 kertaa kuukaudessa	harvemmin kuin kerran kuukaudessa	en koskaan
tapaamalla kasvokkain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
puhelimitse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
internetin välityksellä (esim. sähköposti, chat, skype, facebook yms.) tai kirjeitse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Osallistutteko jonkin kerhon, järjestön, yhdistyksen, harrastusryhmän tai hengellisen tai henkisen yhteisön toimintaan (esimerkiksi urheiluseura, asukastoiminta, puolue, kuoro, seurakunta)?

- en
 kyllä, aktiivisesti
 kyllä, silloin tällöin

11. Tunnetteko itsenne yksinäiseksi:

- en koskaan
 hyvin harvoin
 joskus
 melko usein
 jatkuvasti

12. Arvioikaa mahdollisuuksianne saada apua läheisiltänne, kun olette avun tai tuen tarpeessa. Voitte merkitä kunkin kysymyksen kohdalla yhden tai useamman vaihtoehdon.

	puoliso, kump- pani	joku muu lähiomai- nen	läheinen ystävä	läheinen työtoveri	läheinen naapuri	joku muu läheinen	ei kukaan
kenen voitte todella uskoa välittävän Teistä, tapahtuipa Teille mitä tahansa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keneltä saatte käytännön apua, kun sitä tarvitsette?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Autatteko säännöllisesti jotakuta omassa kotitaloudessanne asuvaa toimintakyvyltään heikentynyttä tai sairasta henkilöä selviytymään kotona?

Voitte valita useampia vaihtoehtoja.

- en (voitte siirtyä kysymykseen 15)
- kyllä, puolisoa
- kyllä, lasta tai lapsenlasta
- muuta henkilöä, ketä: _____

14. Oletteko virallinen omaishoitaja (sopimus tehty)?

- en
- kyllä

15. Onko teille tehty palvelutarpeen arviointi?

Valitkaa vain yksi vaihtoehto.

- kyllä, 12 viime kuukauden aikana
- kyllä, vähintään vuosi (12kk) sitten
- ei

16. Pystytekö yleensä seuraaviin suorituksiin?

	pystyn vaikeuksitta	pystyn, mutta vaikeuksia on jonkin verran	pystyn, mutta se on minulle erittäin vaikeaa	en pysty lainkaan
kävelemään noin puolen kilometrin matkan levähtämättä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lukemaan tavallista sanomalehtitekstiä (silmälaseilla tai ilman)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kuulemaan, mitä usean henkilön välisessä keskustelussa sanotaan (kuulokojeen kanssa tai ilman)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nousemaan portaita yhden kerrosvälin levähtämättä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
liikkumaan ulkona kesällä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
liikkumaan ulkona talvella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kulkemaan julkisilla liikennevälineillä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
liikkumaan asunnossanne huoneesta toiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Pystytkö yleensä seuraaviin arkipäivän askareisiin ja toimintoihin?

	pystyn vaikeuksitta	pystyn, mutta vaikeuksia on jonkin verran	pystyn, mutta se on minulle erittäin vaikeaa	en pysty lainkaan
tekemään kevyitä kotitöitä (esim. imurointi, astioiden pesu, vuoteen sijaaminen, pyykinpesu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tekemään kodin pieniä korjaustöitä (esim. lampun tai palovaroittimen pariston vaihtaminen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoitamaan päivittäisiä raha-asioitanne (esim. laskujen maksaminen, käteisen rahan nostaminen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
käymään ruokakaupassa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
valmistamaan tai lämmittämään aterioitanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pureskelemaan ruoan (kaiken tyyppistä ruokaa myös esim. jälkiuunileipää)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
peseytymään suihkussa, kylvyssä tai saunassa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
huolehtimaan henkilökohtaisesta siisteydestänne (esim. hiusten kampaus, hampaiden pesu, parranajo, kasvojen ja käsien pesu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
leikkaamaan varpaankyntenne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pukeutumaan ja riisuutumaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
käymään WC:ssä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
huolehtimaan lääkityksestänne (esim. lääkkeenoton muistaminen, oikea annostelu, lääkepakkauksen avaaminen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Seuraavaksi kysymme Teiltä muistiin, oppimiseen ja keskittymiseen liittyviä kysymyksiä:

	erittäin hyvin	hyvin	tydyttävästi	huonosti	erittäin huonosti
muistini toimii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uusien tietojen omaksuminen ja asioiden oppiminen sujuu minulta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pystyn yleensä keskittymään asioihin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Tarvitsetteko ja saatteko heikentyneen toimintakykyne vuoksi apua arkipäivän askareissa?

- en tarvitse enkä saa apua
 tarvitsisin apua, mutta en saa sitä
 saan apua, mutta en tarpeeksi
 saan tarpeeksi apua
 selviytyisin vähemmälläkin avulla

TERVEYS

20. Kuinka pitkä olette? *Merkittävä senttimetrin tarkkuudella.*

_____ cm

21. Miten paljon painatte kevyissä vaatteissa? *Merkittävä kilogramman tarkkuudella.*

_____ kg

22. Onko terveydentilanne mielestänne nykyisin:

- hyvä
 melko hyvä
 keskitasoinen
 melko huono
 huono



23. Onko Teillä jokin pitkäaikainen sairaus tai muu pitkäaikainen terveysongelma?

kyllä

ei (*voitte siirtyä kysymykseen 26*)

24. Vaatiiko pitkäaikainen sairautenne tai terveysongelmanne säännöllistä terveydenhuollon ammattihenkilön (esim. lääkäri tai hoitaja) antamaa hoitoa tai seurantaa?

kyllä

ei (*voitte siirtyä kysymykseen 26*)

25. Onko Teille tehty hoitosuunnitelma johon kirjataan hoidon tavoitteet ja niiden seuranta?

kyllä

ei

26. Rajoittaako jokin terveysongelma Teitä toimissa, joita ihmiset tavallisesti tekevät?

rajoittaa vakavasti

rajoittaa, muttei vakavasti

ei rajoita lainkaan (*voitte siirtyä kysymykseen 28*)

27. Onko rajoituksia ollut vähintään kuuden viime kuukauden ajan?

kyllä

ei



28. Onko Teillä ollut seuraavia lääkärin toteamia tai hoitamia sairauksia 12 viime kuukauden aikana?

	kyllä
kohonnut verenpaine, verenpainetauti	<input type="checkbox"/>
aivohalvaus	<input type="checkbox"/>
kohonnut veren kolesteroli	<input type="checkbox"/>
sydänveritulppa, sydäninfarkti	<input type="checkbox"/>
sepelvaltimotauti, angina pectoris (=rintakipua rasituksessa)	<input type="checkbox"/>
polven tai lonkan kulumavika (nivelrikko)	<input type="checkbox"/>
selän kulumavika, iskias tai muu selkäsairaus	<input type="checkbox"/>
pitkäaikainen keuhkoputkentulehdus, keuhkolaajentuma	<input type="checkbox"/>
masennus	<input type="checkbox"/>
muu mielenterveysongelma	<input type="checkbox"/>
muistisairaus (esim. dementia)	<input type="checkbox"/>
astma	<input type="checkbox"/>
diabetes	<input type="checkbox"/>
päihde- tai riippuvuusongelma	<input type="checkbox"/>
ei mitään yllämainituista sairauksista	<input type="checkbox"/>

29. Kuinka suuren osan ajasta olette 4 viime viikon aikana:

Valitkaa yksi vaihtoehto joka riviltä.

	koko ajan	suurimman osan aikaa	huomatavan osan aikaa	jonkin aikaa	vähän aikaa	en lainkaan
ollut hyvin hermostunut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuntenut mielialanne niin matalaksi, ettei mikään ole voinut piristää teitä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuntenut itsenne tyyneksi ja rauhalliseksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuntenut itsenne alakuloiseksi ja apeaksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ollut onnellinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seuraava kysymys käsittelee ajatuksia ja tunteita, jotka liittyvät itsen vahingoittamiseen. Osa ihmisistä on elämänsä aikana kohdannut vaikeuksia, joiden yhteydessä tällaisia ajatuksia ja tunteita esiintyy.

31. Onko Teillä ollut itsemurha-ajatuksia 12 viime kuukauden aikana?

ei

kyllä

SOSIAALI – JA TERVEYSPALVELUT

32. Mitä mieltä olette seuraavista terveyspalveluja koskevista väittämistä? Terveyspalveluilla tarkoitetaan esimerkiksi terveyskeskuksia ja sairaaloita.

Valitkaa jokaiselta riviltä vain yksi vaihtoehto.

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
Suomessa terveyspalvelut toimivat yleisesti ottaen hyvin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
luotan terveyspalvelujen henkilöstön ammattitaitoon ja osaamiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
terveyspalveluilla lisätään yhteiskunnallista tasavertaisuutta ja oikeudenmukaisuutta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Mitä mieltä olette seuraavista sosiaalipalveluja koskevista väittämistä? Sosiaalipalveluilla tarkoitetaan esimerkiksi vanhuspalveluja, lapsiperheiden palveluja, kotipalveluja, vammaispalveluja, sosiaalityöntekijän- tai ohjaajan antamaa neuvontaa ja toimeentulotukea. Valitkaa jokaiselta riviltä vain yksi vaihtoehto.

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
Suomessa sosiaalipalvelut toimivat yleisesti ottaen hyvin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
luotan sosiaalipalvelujen henkilöstön ammattitaitoon ja osaamiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sosiaalipalveluilla lisätään yhteiskunnallista tasavertaisuutta ja oikeudenmukaisuutta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Mitä mieltä olette seuraavista väittämistä? Valitkaa jokaiselta riviltä vain yksi vaihtoehto. Luotan siihen, että saan tarvittaessa...

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
kiireellistä hoitoa äkilliseen vakavaan sairauteen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
säännöllistä hoitoa ja seurantaä pitkäaikaissairauteen (esim. kohonnut verenpaine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kotiin saatavia hoito- ja hoivapalveluja vanhuksille (esim. kotihoito, ateria- ja muut tukipalvelut, kuntoutuspalvelut, kodinmuutostyöt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muita vanhuspäalveluja (esim. palveluasuminen, vanhainkoti, perhehoito)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vammaispäalveluja (esim. kuljetuspäalvelut, henkilökohtainen apu, asunnon muutostyöt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sosiaalityöntekijän tai -ohjaajan antamaa neuvontaa ja ohjausta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kelalta haettavaa perustoimeentulotukea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kunnalta haettavaa täydentävää ja ehkäisevää toimeentulotukea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



35. Sosiaali- ja terveydenhuoltoa ollaan uudistamassa. Uudistuksella on monia tavoitteita. Alla on lueteltu uudistukselle sen eri vaiheissa esitettyjä tavoitteita. Mitkä näistä ovat mielestänne kolme tärkeintä tavoitetta?

Valitkaa kolme tärkeintä tavoitetta	
peruspalveluja vahvistetaan (esim. terveyskeskuspalvelut ja sosiaalipalvelut)	<input type="checkbox"/>
asiakkaan asiat hoidetaan sujuvasti ja tieto kulkee ammattilaisten välillä	<input type="checkbox"/>
asiakkaan ja potilaan mahdollisuus valita lisääntyy (esim. hoitopaikka)	<input type="checkbox"/>
kaikki Suomessa asuvat pääsevät yhdenvertaisesti palveluihin tarpeen mukaan (tulotaso, asuinpaikka, syntyperä tai muu seikka ei vaikuta).	<input type="checkbox"/>
jokaisen vastuuta omasta ja läheistensä terveydestä ja hyvinvoinnista lisätään	<input type="checkbox"/>
koko maassa on yhtenäiset palvelu- ja hoitokäytännöt	<input type="checkbox"/>
sosiaali- ja terveystalvelujen kustannukset pysyvät kurissa	<input type="checkbox"/>



36. Seuraavaksi kysymme tapoja, joilla tavalliset ihmiset ja palveluiden käyttäjät voivat tuoda näkemyksiään ja kokemuksiaan esille ja osallistua palveluiden kehittämiseen. Kuinka tärkeänä pidätte alla esitettyjä asioita ja onko Teillä omakohtaista kokemusta osallistumisesta?

	erittäin tärkeää	melko tärkeää	ei kovin tärkeää	ei lainkaan tärkeää	en osaa sanoa	olen osallistunut tällä tavalla
mahdollisuus vaikuttaa omaan palveluunsa tai hoitoonsa liittyviin asioihin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
palveluiden käyttäjien kokemuksia kerätään säännöllisesti esimerkiksi asiakaskyselyillä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
asukkaat ja palveluiden käyttäjät ovat mukana palvelujen suunnittelussa, kehittämisessä ja arvioinnissa (esim. asiakasraadit ja yhteiskehittäminen työntekijöiden kanssa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VALINNANVAPAAUS

Vuoden 2014 alusta Suomessa asuvien mahdollisuus valita julkisen terveydenhuollon hoitopaikka (terveysasema tai sairaala) on lisääntynyt. Kysymme seuraavaksi muutamia valinnanvapauteen liittyviä kysymyksiä.

37. Tiesittekö, että Teillä on lain mukaan oikeus:

	en	kyllä
valita terveysasemanne/terveyskeskuksenne koko Suomen alueelta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
valita erikoissairaanhoidon hoitopaikkanne (sairaala) koko Suomen alueelta yhdessä lääkärinne kanssa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
valita Teitä hoitava lääkäri, hoitaja tai vastaava terveydenhuollon ammattihenkilö (esim. fysioterapeutti, psykologi, puheterapeutti) mahdollisuuksien sallimissa rajoissa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hakeutua hoitoon toiseen EU-maahan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Oletteko käyttänyt mahdollisuutta vaihtaa terveysasemanne (julkinen terveydenhuolto) 12 viime kuukauden aikana? Palvelu katsotaan tässä julkiseksi myös silloin, jos kunta on valinnut yksityisen palveluntuottajan vastaamaan jonkin terveysaseman palveluista.

- en ole käyttänyt terveysaseman palveluja 12 viime kuukauden aikana
- en ole vaihtanut terveysasemaa
- olen vaihtanut terveysasemaa, vaihdoin
- toiseen kuntani alueella olevaan terveysasemaan
 - toisen kunnan alueella olevaan terveysasemaan Suomessa
 - terveysasemaan toisessa EU-maassa

39. Oletteko käyttänyt mahdollisuutta valita tai vaihtaa sairaalaa (julkinen terveydenhuolto) 12 viime kuukauden aikana? Palvelu katsotaan tässä julkiseksi myös silloin, jos kunta on valinnut yksityisen palveluntuottajan vastaamaan joistakin sairaalahoidoista

- en ole tarvinnut hoitoa tai tutkimuksia
- en ole valinnut tai vaihtanut sairaalaa
- olen valinnut tai vaihtanut sairaalan, valitsin
- lähimmän sairaalan, jossa tarvitsemaani hoitoa annetaan
 - sairaalan muualta Suomesta, jossa tarvitsemaani hoitoa annetaan
 - sairaalan toisesta EU-maasta, jossa tarvitsemaani hoitoa annetaan

40. Harkitsetteko lähitulevaisuudessa vaihtavanne...

	en	ehkä	kyllä
terveysasemaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sairaalaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. Mitä mieltä olette seuraavista väittämistä? Valitkaa jokaiselta riviltä vain yksi vaihtoehto. Minulle on tärkeää, että voin itse valita...

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
terveysaseman	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sairaalan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lääkäriin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoitajan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. Minulla on vaihtoehtoja, joista voin aidosti valita haluamani...

	useita	muutamia	ei juurikaan valinnanvaraa
terveysaseman	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sairaalan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lääkäriin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoitajan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. Mitä mieltä olette seuraavista väittämistä? Valitkaa jokaiselta riviltä vain yksi vaihtoehto. Hoitopaikan valinnan pohjaksi minulla on riittävästi tietoa...

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
eri hoitopaikkojen palvelujen lääketieteellisestä laadusta (esim. toimenpiteiden onnistuminen, potilasturvallisuus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
asiakastyytyväisyydestä eri hoitopaikoissa (hyvä kohtelu, mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoon, luottamuksellisuus ym.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eri hoitopaikkojen jonotusajoista (esim. lääkärin tai hoitajan vastaanotolle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eri hoitopaikkojen palveluvalikoimasta (mitä palveluja saan hoitopaikasta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
siitä, miten minun pitää toimia, jos haluan vaihtaa terveysasemaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
siitä, miten minun pitää toimia, jos haluan vaihtaa sairaalaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. Seuraavassa luetellaan asioita joita ihmiset voivat miettiä valitessaan terveysasemaa. Valitkaa mielestänne kolme tärkeintä valintaan vaikuttavaa asiaa.

	Valitkaa kolme tärkeintä asiaa
terveysaseman hyvä sijainti	<input type="checkbox"/>
hyvät kulkuyhteydet (julkisilla kulkuneuvoilla tai omalla autolla, mm. parkkipaikat)	<input type="checkbox"/>
lääkäriaikojen saatavuus	<input type="checkbox"/>
terveyden- /sairaanhoidajan aikojen saatavuus	<input type="checkbox"/>
terveysaseman aukioloajat	<input type="checkbox"/>
hyvä hoidon laatu terveysasemalla	<input type="checkbox"/>
terveysasemalla on erityisosaamista tarvitsemiini palveluihin	<input type="checkbox"/>
pitkäaikainen hoitosuhde tietyn lääkärin tai hoitajan kanssa	<input type="checkbox"/>
toimitilojen viihtyisyys	<input type="checkbox"/>
esteetön liikkuminen: esim. automaattisesti avautuvat ovet, tasaiset kävelyreitit, sekä opasteiden ja ohjeiden selkeys.	<input type="checkbox"/>
muu peruste, mikä? <input style="width: 600px; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>

45. Kuinka tärkeänä pidätte sitä, että voisitte valita yksityisen terveyspalvelun samalla asiakasmaksulla kuin julkisen? Valitkaa vain yksi vaihtoehto.

- erittäin tärkeää
- melko tärkeää
- ei kovin tärkeää
- ei lainkaan tärkeää
- en osaa sanoa

46. Mahdollisuus valita koskee nykyisin pääasiassa terveystalvuluja. Kuinka tärkeänä pidätte valinnanvapauden laajentamista myös...

	erittäin tärkeää	melko tärkeää	ei kovin tärkeää	ei lainkaan tärkeää	en osaa sanoa
vanhusten palveluihin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muihin sosiaalipalveluihin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SÄHKÖISTEN PALVELUIDEN KÄYTTÖ

47. Onko teillä käytössänne..

	kyllä	ei
internet kotona, työpaikalla, kirjastossa tai muualla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pankkitunnukset tai mobiilivarmennin sähköiseen tunnistautumiseen internetissä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48. Käytättekö internetiä:

	käytän itse	käytän avustettuna	en käytä
sähköiseen asiointiin (esim. verkkopankki, Kela, verotoimisto, lippupalvelu, kunnan palvelut ym.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tietojen hakemiseen (esim. aikataulut, terveys-tieto ym.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49. Millaisia kokemuksia Teillä on internetistä seuraavien asioiden kannalta?

	Kokemukseni mukaan internet on tähän tarkoitukseen			
	erittäin hyödyllinen	melko hyödyllinen	hyödytön	en ole käyttänyt
tietojen etsiminen sairauksista, oireista tai terveistä elintavoista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vertaisryhmien (esim. laihdutusryhmä) antama tuki, terveysneuvonta tai muu omahoito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
asiointi sosiaali- ja terveystaluuissa (esim. ajanvaraus, reseptit, laboratoriotulokset, sosiaalipalveluja tai etuuksia koskevat päätökset)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
palveluiden ja hoitopaikkojen vertailu (laatu, jonot, hinnat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TERVEYSPALVELUIDEN KÄYTTÖ

50. Kuinka monta kertaa olette käynyt oman sairautenne (tai raskauden tai synnytyksen) vuoksi lääkärin, terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla tai tavannut lääkärin tai hoitajan kotonanne 12 viime kuukauden aikana? *Jos ette ole käynyt kertaakaan, merkitkää 0 kertaa. Mukaan ei lasketa niitä kertoja, jolloin olette olleet sairaalassa sisäänotettuna potilaana.*

	lääkärin vastaanotolla	terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla
terveysasemalla (ei hammaslääkärikäyntejä)	<input type="text"/> kertaa	<input type="text"/> kertaa
yksityisellä lääkäriasemalla	<input type="text"/> kertaa	<input type="text"/> kertaa
sairaalan poliklinikalla	<input type="text"/> kertaa	<input type="text"/> kertaa
julkisessa hammashuollossa	<input type="text"/> kertaa	<input type="text"/> kertaa
yksityisessä hammashuollossa	<input type="text"/> kertaa	<input type="text"/> kertaa

51. Kuinka monta kertaa olette olleet yhteydessä terveydenhuollon ammattilaiseen 12 viime kuukauden aikana:

	en kertaakaan	yhden kerran	2-3 kertaa	4-6 kertaa	yli 6 kertaa
puhelimitse					
lääkäriin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
terveyden- tai sairaanhoitajaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muuhun terveydenhuollon ammattilaiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
internetin välityksellä (tietokoneella, kännykällä tai muulla laitteella)					
lääkäriin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
terveyden- tai sairaanhoitajaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muuhun terveydenhuollon ammattilaiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

52. Kun käytätte terveystalvveluita tapaatteko yleensä saman...

	aina	usein	joskus	ei koskaan
lääkäriin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoitajan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53. Oletteko ollut hoidettavana sairaalan vuodeosastolla (mukaan lukien terveyskeskuksen vuodeosasto) 12 viime kuukauden aikana?

- kyllä
 en

54. Ajatelkaa kokemuksianne terveystalouden käytöstä 12 viime kuukauden ajalta. Kuinka alla olevat asiat ovat toteutuneet Teidän kohdallanne?

	aina	useimmiten	joskus	ei koskaan	ei koske minua (en ole käyttänyt terveystalouksia)
sain yhteyden hoitopaikkaan sujuvasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sain vastaanottoajan riittävän nopeasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pääsin tutkimuksiin riittävän nopeasti (esim. laboratoriotutkimukset, röntgen, ultraäänitutkimus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
yksityisyyttäni kunnioitettiin tutkimuksissa ja hoidoissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoitokäynnistä oli minulle hyötyä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
asiani hoidettiin sujuvasti ja tieto kulki ammattilaisten välillä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55. Ajatelkaa kokemuksianne hoitohenkilöstöstä (lääkärit, hoitajat tai muu hoitava henkilöstö) 12 viime kuukauden ajalta. Kuinka alla olevat asiat ovat toteutuneet Teidän kohdallanne?

	aina	useimmiten	joskus	ei koskaan	ei koske minua (en ole käyttänyt terveyspalveluja)
minua kohdeltiin kunnioittavasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keskustelut käytiin siten että ulkopuoliset eivät pystyneet kuulemaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tietojani käsiteltiin luottamuksellisesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kanssani vietettiin riittävästi aikaa vastaanottokäynneillä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sain tarpeeksi aikaa kysyä terveydentilastani tai saamistani hoidoista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
asiat selitettiin minulle ymmärrettävästi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sain osallistua hoitoani tai tehtyjä tutkimuksia koskeviin päätöksiin niin paljon kuin halusin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
minulta kysyttiin suostumus ennen hoitojen tai tutkimusten aloittamista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56. Ovatko seuraavat asiat haitanneet hoidon saamistanne 12 viime kuukauden aikana? *Valitkaa jokaiselta riviltä vain yksi vaihtoehto.*

	aina	useimmiten	joskus	ei koskaan	ei koske minua (en ole käyttänyt terveyspalveluja)
minua pompoteltiin palvelupisteestä toiseen asiani hoitamiseksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jouduin selvittämään tilannettani useammalle työntekijälle tai moneen kertaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aukioloajat olivat hankalat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoitopaikka oli hankalan matkan päässä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oma taloudellinen tilanteeni vaikeutti hoidon saamista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
liian korkeat asiakasmaksut vaikeuttivat hoidon saamista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

57. Oletteko mielestänne saanut riittävästi seuraavia terveyspalveluita 12 viime kuukauden aikana? *Huomioikaa sekä kunnan että yksityisen palveluntarjoajan tuottamat palvelut.*

	en ole tarvinnut	olis tarvinnut, mutta palvelua tai etuutta ei saatu	olen käyttänyt, palvelu tai etuus ei ollut riittävää	olen käyttänyt, palvelu tai etuus oli riittävää
lääkärin vastaanottopalvelut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan vastaanottopalvelut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hammaslääkäripalvelut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

58. Oletteko saanut rokotuksen influenssaa vastaan 12 viime kuukauden aikana?

- en
 kyllä

59. Milloin terveydenhuollon ammattilainen on viimeksi mitannut Teiltä:

Valitkaa yksi vaihtoehto joka riviltä.

	12 viime kuukauden aikana	1–5 vuotta sitten	yli 5 vuotta sitten	ei koskaan	en tiedä
verenpaineen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
veren kolesterolipitoisuuden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
veren sokeripitoisuuden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
painon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tasapainokykyänne (esim. seisomatasapainoanne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muistianne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

60. Oletteko käynyt seuraavissa tutkimuksissa ja tarkastuksissa 5 viime vuoden aikana: *Voitte valita useita vaihtoehtoja.*

	en	kyllä, viime (1) vuoden aikana	kyllä, 1-5 vuotta sitten
suolistosyövän seulontatesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mammografia (rintasyövän seulontatesti) naisille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAPA-koe naisille (kohdunkaulan irtosolunäyte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eturauhastutkimukseen kuuluva verinäytteestä mitattava PSA-arvo miehille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

61. Oletteko käynyt mielenterveydellisten tai päihteiden käyttöön liittyvien ongelmien takia 12 viime kuukauden aikana:

	en	kyllä, mielenterveydellisten ongelmien vuoksi	kyllä, päihteiden käyttöön liittyvien ongelmien vuoksi
terveyskeskuksessa, työterveyshuollossa tai opiskeluterveydenhuollossa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mielenterveystoimistossa tai psykiatrian poliklinikalla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-klinikalla, katkaisuhoidossa tai muussa päihdehoidossa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
yksityisvastaanotolla (lääkäri, psykologi tai muu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psykiatrisessa tai muussa sairaalassa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muussa hoitopaikassa missä: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seuraava kysymys koskee pitkäaikaissairaita henkilöitä. Mikäli teillä ei ole pitkäaikaissairautta, voitte siirtyä kysymykseen 63.

62. Miten seuraavat asiat ovat toteutuneet pitkäaikaissairautenne hoidossa?

Jos Teillä on useita sairauksia, valitkaa vaihtoehto eniten hoitoa vaativan sairauden mukaan.

	aina	useimmiten	joskus	ei koskaan	ei koske minua
tieto kulkee hoitopaikkani sisällä henkilökunnan välillä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tieto kulkee hoitopaikkani ja sairaalan tai muun erikoissairaanhoidon välillä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tieto kulkee kotisairaanhoidon ja muun terveydenhuollon välillä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tieto kulkee hoitopaikkani ja sosiaalipalvelujen välillä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kanssani on sovittu miten itse hoidan sairauttani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jos useita sairauksia: kaikki sairauteni huomioidaan hoidossa kokonaisvaltaisesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SOSIAALIPALVELUIDEN KÄYTTÖ

63. Oletteko mielestänne saanut riittävästi seuraavia sosiaalipalveluja tai etuuksia 12 viime kuukauden aikana? Merkitkää myös viimeiseen sarakkeeseen mitä palvelua käytitte viimeksi.

Huomioikaa sekä kunnan että yksityisen palveluntarjoajan tuottamat palvelut.

	en ole tarvinnut	olis tarvinnut, mutta palvelua tai etuutta ei saatu	olen käyttänyt, palvelu tai etuuks ei ollut riittävä	olen käyttänyt, palvelu tai etuuks oli riittävä	tämä oli viimeisin käyttämäni palvelu
kotiin saatavat hoito- ja hoivapalvelut vanhuksille (esim. kotihoito, aterija muut tukipalvelut, kuntoutuspalvelut, kodinmuutostyöt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muut vanhuspalvelut (esim. palveluasuminen, vanhainkoti, perhehoito)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vammaispalvelut (esim. kuljetuspalvelut, henkilökohtainen apu, asunnon muutostyöt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sosiaalityöntekijän ohjaus- ja neuvontapalvelut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
omaishoitajan tukipalvelut (esim. mahdollisuus pitää vapaata)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
omaishoidon hoitopalkkio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kelasta haettava perustoimeentulotuki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kunnalta haettava täydentävä ja ehkäisevä toimeentulotuki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

64. Oliko viimeksi käyttämästänne sosiaalipalvelusta peritty maksu mielestänne kohtuullinen? Mikäli ette ole käyttäneet sosiaalipalveluja 12 viime kuukauden aikana, siirrykää kysymykseen 66.

- kyllä
 ei
 palvelusta ei peritty maksua

65. Kuinka kauan jouduitte odottamaan saadaksesi tarvitsemanne palvelun?

Valitkaa vain yksi vaihtoehto.

- en yhtään tai alle viikon
- 1-2 viikkoa
- 3-4 viikkoa
- yli kuukauden, mutta alle 3 kuukautta
- 3 kuukautta tai pidempään

66. Kuinka monta kertaa olette olleet yhteydessä sosiaalityöntekijään tai sosiaaliohjaajaan 12 viime kuukauden aikana?

	en kertaakaan	yhden kerran	2-3 kertaa	4-6 kertaa	yli 6 kertaa
puhelimitse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
internetin välityksellä (tietokoneella, kännykällä tai muulla laitteella)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

67. Miten vuorovaikutus henkilökunnan kanssa on sujunut, kun olette käyttänyt sosiaalipalveluja 12 viime kuukauden aikana? Arvioikaa viimeksi käyttämänne palvelua. Valitkaa jokaiselta riviltä vain yksi vaihtoehto.

	aina	useimmiten	joskus	ei koskaan	ei koske minua (en ole käyttänyt sosiaalipalveluja)
henkilökunta kohteli minua kunnioittavasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
asiat selitettiin minulle ymmärrettävästi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kanssani vietettiin riittävästi aikaa vastaanottokäynneillä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
henkilökunta antoi minulle tarpeeksi aikaa kysyä omaan tilanteeseeni ja palveluuni liittyvistä asioista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sain tietoa asiani käsittelystä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sain osallistua itseäni koskevissa asioissa päätöksiin niin paljon kuin halusin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

68. Miten seuraavat väittämät kuvaavat kokemuksiinne sosiaalipalveluista 12 viime kuukauden ajalta? Arvioikaa viimeksi käyttämääne palvelua.

	aina	useimmiten	joskus	ei koskaan	ei koske minua (en ole käyttänyt sosiaalipalveluja)
pääsin palveluun riittävän nopeasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
palvelun lopputulos vastasi tarvetta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
asiani hoidettiin sujuvasti ja tieto kulki ammattilaisten välillä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

69. Ovatko seuraavat asiat haitanneet sosiaalipalvelujen saamistanne 12 viime kuukauden aikana? Valitkaa vain yksi vaihtoehto joka riviltä.

	aina	useimmiten	joskus	ei koskaan	ei koske minua (en ole käyttänyt sosiaalipalveluja)
minua pompoteltiin palvelupisteestä toiseen asiani hoitamiseksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jouduin selvittämään tilannettani useammalle työntekijälle tai moneen kertaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aukioloajat olivat hankalat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
palvelupiste oli hankalan matkan päässä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oma taloudellinen tilanteeni vaikeutti palvelun saamista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
liian korkeat asiakasmaksut vaikeuttivat hoidon saamista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

70. Oletteko käyttänyt itse maksamianne yksityisiä sosiaalipalveluja 12 viime kuukauden aikana? Sosiaalipalveluilla tarkoitetaan esimerkiksi vanhus-, koti- ja vammaispalveluja.

- kyllä
 en

SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON RAHOITUS JA KUSTANNUKSET

71. Missä määrin toivotte verovarvoja käytettävän seuraavien palvelujen rahoittamiseen?

	nykyistä enemmän	nykyisen määrän	nykyistä vähemmän
terveyden- ja sairaanhoitoon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sosiaalipalveluihin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tulonsiirtoihin, kuten sosiaalietuuksiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

72. Missä määrin toivotte asiakkaan omia varoja (asiaksmaksuina) käytettävän seuraavien palvelujen rahoittamiseen?

	nykyistä enemmän	nykyisen määrän	nykyistä vähemmän
terveyden- ja sairaanhoitoon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sosiaalipalveluihin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

73. Pitäisikö asiakasmaksuja porrastaa tulojen mukaan siten, että suurituloiset maksaisivat asiakasmaksuina itse suuremman osan palvelun hinnasta kuin pienituloiset?

	pitäisi ehdottomasti	ehkä pitäisi	ei pitäisi
terveyspalveluissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sosiaalipalveluissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

74. Oletteko käyttänyt palveluseteliä 12 viime kuukauden aikana?

	kyllä	en	en tiedä	en ole varma
terveyspalveluiden hankkimiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sosiaalipalveluiden hankkimiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

75. Oletteko hankkinut itsellenne yksityisen sairauskuluvakuutuksen, joka korvaa sairauden hoidosta Suomessa aiheutuvia hoitokuluja, kuten yksityislääkärin palkkioita, lääkekuluja ja sairaalan hoitopäivämaksuja?

- kyllä
 en, mutta olen harkinnut
 en ole, enkä ole harkinnut

ELINTAVAT

Seuraavilla kahdella kysymyksellä (76 - 77) selvitetään liikkumistanne vapaa-ajalla. Jos liikutte eri tavoin eri vuodenaikoina, valitkaa vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa keskimääräistä tilannettanne.

76. Kuinka usein kävelette ulkona vähintään 20 minuuttia ?

- 5 kertaa viikossa tai useammin
 4 kertaa viikossa
 3 kertaa viikossa
 1-2 kertaa viikossa
 harvemmin kuin kerran viikossa
 en voi vammaan tai sairauden vuoksi harrastaa liikuntaa

77. Kuinka paljon liikutte ja rasitate itseänne ruumiillisesti vapaa-aikana?

Valitkaa tilanteeseenne parhaiten sopiva vaihtoehto.

- luen, katselen televisiota ja teen askareita, jotka eivät juuri rasita ruumiillisesti
 kävelen, pyöräilen tai teen kevyttä koti- ja pihatyötä yms. useita tunteja viikossa
 harrastan varsinaista kuntoliikuntaa tai urheilua kuten juoksua, hiihtoa, uintia, tai pallopelejä useita tunteja viikossa
 olen enimmäkseen vuoteessa

78. Kuinka usein olette syönyt seuraavia ruokia 7 viime päivän aikana?

	kerran viikossa tai harvemmin	1-6 kertaa viikossa	1-2 kertaa päivässä	3 kertaa päivässä tai useammin
tuoreita kasviksia tai kasvissalaattia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kypsennettyjä kasviksia (ei perunaa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hedelmiä tai marjoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
voita tai voi-kasviöljyseosta (esim. Oivariini)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

79. Kuinka usein yleensä harjaatte hampaanne / hammasproteesinne?

- useammin kuin kaksi kertaa päivässä
 kaksi kertaa päivässä
 kerran päivässä
 harvemmin kuin joka päivä
 en koskaan

80. Onko joku alla mainituista henkilöistä kehottanut Teitä 12 viime kuukauden aikana: *Voitte valita jokaiselta riviltä useampia vaihtoehtoja.*

	ei kukaan	lääkäri tai hammaslääkäri	terveydenhoitaja tai muu terveydenhuollon ammattilainen	perheenjäsen	joku muu
lisäämään liikuntaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muuttamaan ruokailutottumuksia terveyssyistä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
laihduuttamaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vähentämään alkoholin käyttöä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lopettamaan tupakoinnin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

81. Nukutteko mielestänne tarpeeksi?

- kyllä, lähes aina
- kyllä, usein
- harvoin tai tuskin koskaan
- en osaa sanoa

82. Tupakoitteko nykyisin (savukkeita, sikareita tai piippua)?

- kyllä, päivittäin
- satunnaisesti
- en lainkaan
- en ole koskaan tupakoinut

83. Oletteko käyttänyt alkoholijuomia 12 viime kuukauden aikana?

- en (*voitte siirtyä kysymykseen 87*)
- kyllä



84. Kuinka usein juotte olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Ottakaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautitte vain pieniä määriä, esim. pullon keskiolutta tai tilkan viiniä. Valitkaa se vaihtoehto, joka lähinnä vastaa omaa tilannettanne.

- en koskaan
- noin kerran kuukaudessa tai harvemmin
- 2–4 kertaa kuukaudessa
- 2–3 kertaa viikossa
- 4 kertaa viikossa tai useammin

85. Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olette ottanut niinä päivinä, jolloin käytitte alkoholia? Katsokaa oheista laatikkoa.

- 1–2 annosta
- 3–4 annosta
- 5–6 annosta
- 7–9 annosta
- 10 tai enemmän

YKSI ALKOHOLIANNOS ON:
pullo (33cl) keskiolutta tai siideriä tai
lasi (12cl) mietoa viiniä tai
pieni lasi (8cl) väkevää viiniä tai
ravintola-annos (4cl) väkeviä

86. Kuinka usein olette juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?

- en koskaan
- harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- kerran kuukaudessa
- kerran viikossa
- päivittäin tai lähes päivittäin

ESIMERKKEJÄ:
0,5 l tuoppi keskiolutta tai siideriä = 1,5 annosta
0,5 l tuoppi A-olutta tai vahvaa siideriä = 2 annosta
075 l pullo mietoa (12%) viiniä = 6 annosta
0,5 l pullo väkeviä = 13 annosta



TAPATURMAT JA VÄKIVALTA

87. Käytättekö seuraavia suojaimia tai turvavälineitä?

	aina	usein	joskus	en ollenkaan	ei koske minua
kypärää pyöräillessänne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
turvavyötä auton takapenkillä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kellunta- tai pelastusliivejä veneessä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nastoitettuja jalkineita tai kenkiin kiinnitettäviä liukuesteitä liukkaalla kelillä ulkoillessanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lonkkasuojaimia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
heijastinta pimeällä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

88. Käytättekö seuraavia apuvälineitä? *Voitte valita useita vaihtoehtoja.*

- kävelykeppiä, kyynärsauvoja tai kainalosauvoja
- rollaattoria tai potkupyörää
- pyörätuolia
- kuulokojetta
- lääkedosettia

89. Oletteko 12 viime kuukauden aikana kaatunut?

- en ole kaatunut
- kyllä, kodin sisätiloissa, montako kertaa? _____ kertaa
- kyllä, kodin piha-alueella, montako kertaa? _____ kertaa
- kyllä, ulkona kadulla tai julkisella paikalla, montako kertaa? _____ kertaa

90. Onko joku käyttäytynyt Teitä kohtaan väkivaltaisesti 12 viime kuukauden aikana? Voitte valita useita vaihtoehtoja kullakin riviltä.

	ei kukaan	tuntematon tai puolittu	nykyinen avo- tai avio-puoliso tai seurustelukumppani	muu lähemmin tuntemanne henkilö (muu perheenjäsen, entinen puoliso, ystävä, tuttava, työtoveri)
uhannut kasvokkain, puhelimitse tai internetin välityksellä vahingoittaa Teitä fyysisesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
estänyt Teitä liikkumasta, tarttunut kiinni, tyrkkinyt, töninyt tai läimäissyt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lyönyt nyrkillä tai kovalla esineellä, potkinut, kuristanut tai käyttänyt jotakin asetta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
häirinnyt Teitä seksuaalisesti loukkaavilla sanoilla tai teoilla? (esim. koskettelemalla, nimittelemällä, kaksimielisillä jutuilla)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

91. Täytittekö lomakkeen yksin vai autoiko Teitä siinä joku muu?

- täytin yksin
 täytin yhdessä puolison kanssa
 täytin yhdessä jonkun muun sukulaisen kanssa
 täytin yhdessä hoitajan tai kotiaavustajan kanssa
 minua auttoi joku toinen henkilö. Kuka (esim. naapuri)? _____
 lomakkeen täytti puolestani joku muu.

Kuka? _____

KIITOS VASTAUKSISTANNE!

**Muistakaa irrottaa kansilehti ennen kuin lähetätte lomakkeen.
Voitte tutustua tuloksiin osoitteessa www.thl.fi/finsote**



FinSote – Nationell undersökning om hälsa, välfärd och social- och hälsovården


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/finsote/vastaa. Logga in med blankettkoden dvs. sifferserien upp-till på enkätformulärets första sida.

Tack för ditt svar!

ANVISNINGAR FÖR DELTAGARNA I UNDERSÖKNINGEN

Gör så här

- Svvara på frågorna genom att med kulspetspenna kryssa för ett lämpligt alternativ eller skriva in den information som efterfrågas på den plats som reserverats för det.
-  Om du i misstag skriver något i fel svarsruta, vänligen svärta hela rutan.
- Vid varje fråga väljs endast ett alternativ – det som är lämpligast – om det inte separat nämns i frågan att flera alternativ kan väljas. Vid vissa frågor finns kompletterande svarsanvisningar.
- Kom ihåg att svara på alla frågor – anteckna också ett nekande svar antingen genom att kryssa för alternativet ”nej” eller skriva ”0” i det utrymme där svaret ska antecknas.

EXEMPEL 1.

Markera det alternativ som bästa beskriver ditt nuvarande hälsotillstånd

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

EXEMPEL 2.

Ditt nuvarande längd och vikt

längd 1 6 5 cm

vikt 6 2 kg

Närmare upplysningar om undersökningen:

www.thl.fi/finsote/osallistuvalle (på finska)

avgiftsfritt samtal 0800 97730 (klockan 9-11)

e-post: finsote-info@thl.fi

SAMTYCKE

Jag har läst meddelandet Information till personer som deltar i undersökningen och fått en tillräcklig utredning om undersökningen samt om insamlingen, behandlingen, sammanställningen och utlämnandet av uppgifter i anslutning till undersökningen. Jag förstår att det är frivilligt att delta i undersökningen och att mina uppgifter behandlas konfidentiellt. Jag kan ta tillbaka mitt samtycke i efterhand genom att kontakta Institutet för hälsa och välfärd.

Jag samtycker till att mina svar kopplas till de registeruppgifter som nämns i meddelandet

LEVNAVSFÖRHÅLLANDEN OCH LIVSKVALITET

1. Är du för närvarande:

- gift eller registrerad partner
- i ett samboförhållande
- hemskild eller fränskild
- änka/änkling
- ogift

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

Folk- och grundskola räknas med.

_____ år

3. Bor du ensam?

- ja
- nej

4. Är du för närvarande huvudsakligen:

Välj det alternativ som bäst beskriver din situation.

- i heltidsarbete
- i deltidsarbete
- ålderspensionerad
- sjukpensionerad eller mottagare av rehabiliteringsstöd
- deltidspensionerad
- arbetslös eller permitterad, den nuvarande perioden har pågått i månader: _____ månader
- familjeledig, hemmamamma eller hemmapappa
- studerande
- annat, vad: _____

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

	nej	ja
varit rädd för att maten tar slut innan du får pengar att köpa mer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
varit tvungen att låta bli att köpa läkemedel på grund av brist på pengar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lätit bli att gå till läkare på grund av brist på pengar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Förekommer följande faktorer i din 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 fotgångar-/trafikleder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
buller, lukt eller damm från trafik eller industri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
långt avstånd till hälso- och sjukvårdstjänster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
långt avstånd till annan service (t.ex. butiker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dåliga kollektivtrafikförbindelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vid följande frågor (7 - 9) ber vi dig tänka på ditt liv under de senaste två veckorna.

7. Hur skulle du beskriva din livskvalitet?

- mycket dålig
 dålig
 varken god eller dålig
 god
 mycket god

8. Hur nöjd är du med:

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

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

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

DELAKTIGHET OCH FUNKTIONSFÖRMÅGA

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

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

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

- nej
 ja, aktivt
 ja, då och då

12. Känner du dig ensam:

- aldrig
 mycket sällan
 ibland
 ganska ofta
 hela tiden

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

Du kan ange ett eller flera svarsalternativ per fråga.

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

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

- nej (gå vidare till frågan 16)
 ja, min partner
 ja, barn eller barnbarn
 ja, mina föräldrar eller svärföräldrar
 ja, mina eller partnerens morföräldrar/farföräldrar
 någon annan, vem? _____

15. Är du officiell närståendevårdare (avtal med kommunen)?

- nej
 ja

16. Klarar du vanligen av följande aktiviteter?

	ja, utan svårighet	ja, med vissa svårigheter	ja, men det är mycket svårt	nej, inte alls
springa en kortare sträcka (ca 100 meter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gå ungefär en halv kilometers sträcka utan att vila	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
läsa vanlig tidningstext (med eller utan glasögon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uppfatta vad som sägs i ett samtal mellan flera personer (med eller utan hörapparat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Nedan följer frågor som gäller minne, inlärning och koncentrationsförmåga

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

18. Vi antar att din arbetsförmåga har fått 10 poäng när den varit som bäst. På skalan 0–10, hur många poäng ger du för din nuvarande arbetsförmåga? Välj den siffra som motsvarar din arbetsförmåga.

Helt arbetsförmögen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Bästa möjliga arbetsförmåga
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

19. Tror du att din hälsa tillåter dig att fortsätta i ditt nuvarande yrke fram till normal pensionsålder?

- nej
 sannolikt inte
 antagligen
 ja
 jag är pensionär

HÄLSA

20. Hur lång är du? _____ cm *ange längden i hela centimeter*

21. Hur mycket väger du i lätt klädsel? _____ kg *ange vikten i hela kilogram*

22. Tycker du att ditt nuvarande hälsotillstånd är:

- bra
 ganska bra
 medelmåttigt
 ganska dåligt
 dåligt

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

- ja
 nej (*gå vidare till frågan 26*)

24. Har du en långvarig sjukdom eller ett problem med hälsan som kräver regelbunden vård eller uppföljning av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården (t.ex. läkare eller skötare)?

- ja
 nej (*gå vidare till frågan 26*)

25. Har du fått en vårdplan i vilken målen med vården och uppföljningen av målen antecknas?

- ja
 nej
 jag vet inte

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

- begränsar allvarligt
 begränsar, men inte allvarligt
 begränsar inte alls (*gå vidare till frågan 28*)

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

- ja
 nej

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

	ja
förhöjt blodtryck, blodtryckssjukdom	<input type="checkbox"/>
förhöjt kolesterol i blodet	<input type="checkbox"/>
förlitningsskada i ryggen, ischias eller annan ryggssjukdom	<input type="checkbox"/>
depression	<input type="checkbox"/>
annat psykiskt problem	<input type="checkbox"/>
astma	<input type="checkbox"/>
diabetes	<input type="checkbox"/>
missbruks- eller beroendeproblem	<input type="checkbox"/>
ingen av ovan nämnda sjukdomar	<input type="checkbox"/>

Följande fem (5) frågor gäller din sinnesstämning under de senaste fyra (4) veckorna. Ange vid varje fråga det alternativ som bäst beskriver hur du känt dig till mods.

29. Hur stor del av tiden under de senaste fyra veckorna har du: Välj ett alternativ på varje rad.

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

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

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

- nej
 ja

SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSTJÄNSTER

31. Vad anser du om följande påståenden gällande hälso- och sjukvårdstjänster? Med hälso- och sjukvårdstjänster avses till exempel hälsovårdscentraler och sjukhus. Välj endast ett alternativ för varje rad.

	helt av samma åsikt	delvis av samma åsikt	varken av samma eller annan åsikt	delvis av annan åsikt	helt av annan åsikt
hälso- och sjukvårdstjänsterna fungerar allmänt taget bra i Finland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jag litar på att hälso- och sjukvårdspersonalen är yrkeskunnig och kompetent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hälso- och sjukvårdstjänsterna främjar jämlikhet och rättvisa i samhället	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Vad anser du om följande påståenden gällande socialservice? Med socialservice avses till exempel tjänster för äldre, tjänster för barnfamiljer, hemservice, tjänster för personer med funktionsnedsättning, rådgivning av socialarbetare eller -handledare samt utkomststöd.

Välj endast ett alternativ för varje rad.

	helt av samma åsikt	delvis av samma åsikt	varken av samma eller annan åsikt	delvis av annan åsikt	helt av annan åsikt
socialservicen fungerar allmänt taget bra i Finland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jag litar på att personalen inom socialservicen är yrkeskunnig och kompetent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
socialservicen främjar jämlikhet och rättvisa i samhället	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Vad anser du om följande påståenden? Välj endast ett alternativ för varje rad. Jag litar på att jag vid behov får...

	helt av samma åsikt	delvis av samma åsikt	varken av samma eller annan åsikt	delvis av annan åsikt	helt av annan åsikt
brådskande vård vid plötslig allvarlig sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
regelbunden vård och uppföljning vid långtidssjukdom (t.ex. förhöjt blodtryck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tjänster för personer med funktionsnedsättning (t.ex. färdtjänst, personlig assistans, ändringsarbeten i bostaden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tjänster för barnfamiljer (t.ex. barnskydd, rådgivning i uppfostrings- och familje frågor, hemservice)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rådgivning och handledning av en socialarbetare eller -handledare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
grundläggande utkomststöd från FPA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kompletterande och förebyggande utkomststöd från kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Social- och hälsovården håller på att förnyas. Man har många olika mål med reformen. Nedan listas målen för reformen i sina olika steg. Vilka av dessa är de tre viktigaste målen för dig?

Välj de tre viktigaste målen	
basservicen (t.ex. hälsovårdscentraltjänsterna och socialservicen) stärks	<input type="checkbox"/>
klientens ärenden sköts på ett smidigt sätt och informationen förmedlas personalen emellan	<input type="checkbox"/>
klienten och patienten får ökade valmöjligheter (t.ex. vårdplats)	<input type="checkbox"/>
alla som bor i Finland har lika tillgång till tjänster enligt behov (inkomstnivån, bostadsorten, ursprunget eller andra faktorer påverkar inte)	<input type="checkbox"/>
var och en får större ansvar för sin egen och sina närståendes hälsa och välfärd	<input type="checkbox"/>
service- och vårdpraxisen är enhetlig i hela landet	<input type="checkbox"/>
kostnaderna för social- och hälsovårdstjänster hålls i styr	<input type="checkbox"/>

35. Till följande frågor vi på vilka sätt vanliga människor och användare av tjänster kan föra fram sina synpunkter och erfarenheter och vara delaktiga i utvecklandet av tjänsterna. Hur viktiga anser du att följande saker är och har du själv erfarenhet av att vara delaktig?

	mycket viktiga	ganska viktiga	inte särskilt viktiga	inte alls viktiga	jag kan inte säga	jag har varit delaktig på följande sätt
möjlighet att påverka den egna servicen eller vården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
serviceanvändarnas erfarenheter samlas regelbundet in med hjälp av t.ex. klientenkäter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
invånare och de som använder tjänsterna är med och planerar, utvecklar och bedömer tjänsterna (t.ex. klientråd och samutveckling tillsammans med anställda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VALFRIHET

Från början av 2014 har personer som bor i Finland fått bättre möjligheter att välja vårdenhet inom den offentliga hälso- och sjukvården (hälsostation eller sjukhus). Nedan följer några frågor om valfrihet.

36. Visste du att du enligt lagen har rätt att

	nej	ja
välja hälsostation/hälsovårdscentral var som helst i landet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tillsammans med din läkare välja vårdenhet (sjukhus) inom den specialiserade sjukvården var som helst i landet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
välja behandlande läkare, skötare eller motsvarande yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården (t.ex. fysioterapeut, psykolog, talterapeut) i den mån det är möjligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
söka vård i ett annat EU-land?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- jag har inte anlitat hälsostationens tjänster under de senaste 12 månaderna
 jag har inte bytt hälsostation
 jag har bytt hälsostation, jag har bytt
 - till en annan hälsostation i min kommun
 - till en hälsostation i en annan kommun i Finland
 - till en hälsostation i ett annat EU-land

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

- jag har inte behövt sjukvård eller undersökningar
 nej, jag har inte valt eller bytt sjukhus
 ja, jag har valt eller bytt sjukhus, jag har valt
 - det närmaste sjukhus som tillhandahåller den vård jag behöver
 - ett sjukhus i en annan kommun i Finland som tillhandahåller den vård jag behöver
 - ett sjukhus i ett annat EU-land som tillhandahåller den vård jag behöver

39. Funderar du på att inom den närmaste framtiden byta...

	nej	kanske	ja
hälsostation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sjukhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. Vad anser du om följande påståenden? Välj endast ett alternativ för varje rad. Det är viktigt för mig att jag själv kan välja...

	helt av samma åsikt	delvis av samma åsikt	varken av samma eller annan åsikt	delvis av annan åsikt	helt av annan åsikt
hälsostation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sjukhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
läkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
skötare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. Jag har alternativ som ger mig en genuin möjlighet att välja...

	flera	några	knappt någon valmöjlighet alls
hälsostation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sjukhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
läkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
skötare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. Vad anser du om följande påståenden? Välj endast ett alternativ för varje rad. Jag har som grund för valet av vårdenhet fått tillräckligt med information om...

	helt av samma åsikt	delvis av samma åsikt	varken av samma eller annan åsikt	delvis av annan åsikt	helt av annan åsikt
den medicinska kvaliteten på tjänsterna vid olika vårdenheter (t.ex. hur väl åtgärderna lyckas, patientsäkerhet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hur nöjda klienterna vid olika vårdenheter är (gott bemötande, möjlighet att påverka den egna vården, konfidentialitet osv.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kötiderna vid olika vårdenheter (t.ex. till läkarens eller skötarens mottagning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
serviceutbudet vid olika vårdenheter (vilka tjänster jag får vid vårdenheten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hur jag ska agera om jag vill byta hälsostation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hur jag ska agera om jag vill byta sjukhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. Nedan listas olika faktorer som människor kan fundera på när de väljer hälsostation. Välj de tre viktigaste faktorerna som påverkar ditt val.

	Välj de tre viktigaste faktorerna
hälsostationen har ett bra läge	<input type="checkbox"/>
goda trafikförbindelser (med kollektivtrafik eller egen bil, bl.a. parkeringsplatser)	<input type="checkbox"/>
möjligheten att få en läkartid	<input type="checkbox"/>
möjligheten att få en tid till en hälsovårdare/sjukskötare	<input type="checkbox"/>
hälsostationens öppettider	<input type="checkbox"/>
en hög kvalitet på vården vid hälsostationen	<input type="checkbox"/>
hälsostationen har specialkompetens om de tjänster jag behöver	<input type="checkbox"/>
ett långvarigt vårdförhållande med en viss läkare eller en viss skötare	<input type="checkbox"/>
hur trivsamma lokaliteterna är	<input type="checkbox"/>
tillgänglighet: t.ex. dörrar som öppnas automatiskt, jämna passager samt tydliga skyltar och anvisningar	<input type="checkbox"/>
jag får företagshälsovårdstjänster på samma plats	<input type="checkbox"/>
annan grund, vilken? _____	<input type="checkbox"/>

44. Hur viktigt anser du att det är kunna välja en privat hälso- och sjukvårdstjänst för samma pris som en offentlig? Välj endast ett alternativ.

- mycket viktigt
 ganska viktigt
 inte särskilt viktigt
 inte alls viktigt
 jag kan inte säga

45. Möjligheten att välja gäller i nuläget huvudsakligen hälso- och sjukvårdstjänster. Hur viktigt anser du att det är att valfriheten utvidgas att gälla även...

	mycket viktigt	ganska viktigt	inte särskilt viktigt	inte alls viktigt	jag kan inte säga
tjänster för äldre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
övrig socialservice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANVÄNDNING AV ELEKTRONISKA TJÄNSTER

46. Använder du..

	ja	nej
internet hemma, på arbetsplatsen, i biblioteket eller annanstans?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bankkoder eller mobilcertifikat för elektronisk autentisering på internet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. Hurdana erfarenheter har du av internet vad gäller följande saker?

	Jag upplever att internet för följande syften är			
	till stor nytta	till ganska stor nytta	till ingen nytta alls	jag har inte använt
söka information om sjukdomar, symtom eller en hälsosam livsstil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stöd från kamratgrupper (t.ex. bantningsgrupp), hälsorådgivning eller annan egenvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uträtta ärenden som berör social- och hälsovårdstjänster (t.ex. tidsbokning, recept, laboratorieresultat, socialservice eller beslut om förmåner)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jämförelse av tjänster och vårdenheter (kvalitet, köer, priser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANLITANDE AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSTJÄNSTER

48. Hur många gånger har du träffat en läkare, hälsovårdare eller sjukskötare på mottagningen eller hemma på grund av egen sjukdom (eller graviditet eller förlossning) under de senaste 12 månaderna? Välj alternativ 0, om du inte har anlitat vårdpersonal en enda gång. De gånger du eventuellt har varit intagen på sjukhus räknas inte.

	på en läkarmottagning	på en hälsovårdare eller sjukskötares mottagning
på en hälsostation (tandläkarbesök räknas inte)	gånger	gånger
på en privat läkarstation	gånger	gånger
inom företagshälsovården	gånger	gånger
på en sjukhuspoliklinik	gånger	gånger
inom den offentliga tandvården	gånger	gånger
inom den privata tandvården	gånger	gånger

49. Hur många gånger sammanlagt under de senaste 12 månaderna har du varit i kontakt med en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården:

	inte en enda gång	en gång	2-3 gånger	4-6 gånger	fler än 6 gånger
Per telefon					
med en läkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med en hälsovårdare eller sjukskötare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med en annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
via internet (med en dator, smarttelefon eller annan enhet)					
med en läkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med en hälsovårdare eller sjukskötare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med en annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50. När du anlitar hälso- och sjukvårdstjänster, träffar du vanligtvis samma...

	alltid	ofta	ibland	aldrig
läkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
skötare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51. Har du vårdats på en bäddavdelning på ett sjukhus (inklusive hälsovårdscentralens bäddavdelning) under de senaste 12 månaderna?

- ja
 nej

52. Fundera på dina erfarenheter vad gäller att anlita hälso- och sjukvårdstjänster under de 12 senaste månaderna. Hur har följande faktorer förverkligats i ditt fall?

	alltid	oftast	ibland	aldrig	gäller inte mig (jag har inte anlitat hälso- och sjukvårdstjänster)
jag fick smidigt kontakt med vårdenheten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jag fick en mottagningstid tillräckligt snabbt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jag fick komma på undersökningar tillräckligt snabbt (t.ex. laboratorieundersökningar, röntgen, ultraljudsundersökning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
min integritet respekterades vid undersökningar och behandlingar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vårdbesöken var till nytta för mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mitt ärende sköttes på ett smidigt sätt och informationen förmedlades personalen emellan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53. Fundera på dina erfarenheter av vårdpersonalen (läkare, skötare och annan vårdande personal) under de senaste 12 månaderna. Hur har följande faktorer förverkligats i ditt fall?

	alltid	oftast	ibland	aldrig	gäller inte mig (jag har inte anlitat hälso- och sjukvårdstjänster)
jag har bemötts med respekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
det har diskuterats så att utomstående inte har kunnat lyssna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mina uppgifter har behandlats konfidentiellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
man har tillbringat tillräckligt med tid med mig under besöken på mottagningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jag har fått tillräckligt med tid för att ställa frågor om mitt hälsotillstånd eller den behandling jag fått	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
man har förklarat olika saker för mig på ett sätt jag förstod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jag har fått vara delaktig i beslut kring min vård eller de undersökningar som gjorts så mycket jag velat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
man har begärt mitt samtycke innan behandlingar eller undersökningar inletts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54. Har följande faktorer stört din tillgång till vård under de senaste 12 månaderna?

Välj endast ett alternativ för varje rad.

	alltid	oftast	ibland	aldrig	gäller inte mig (jag har inte anlitat hälso- och sjukvårdstjänster)
jag hänvisades från ställe till ställe för att få mitt ärende behandlat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jag var tvungen att redogöra för min situation för flera anställda eller flera gånger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
öppettiderna var problematiska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
resan till vårdenheten var besvärlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
min egen ekonomiska situation påverkade tillgången till vård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tillgången till vård påverkades av att klientavgifterna var för höga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55. Anser du att du fått tillräckligt av följande hälsotjänster under de senaste 12 månaderna?

Beakta både kommunala och privata serviceleverantörer.

	jag har inte behövt tjänsten eller förmånen	jag hade behövt tjänsten, men har inte haft tillgång till den	jag har använt tjänsten, men den har inte varit tillräcklig	jag har använt tjänsten, och den har varit tillräcklig
tjänster på en läkarmottagning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tjänster på sjukskötarens eller hälsovårdarens mottagning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tandläkartjänster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- nej
 ja

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

	under de senaste 12 månaderna	för 1–5 år sedan	för över 5 år sedan	aldrig	jag vet inte
blodtryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kolesterolhalten i blodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
blodsocker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
midjemått	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

59. Har du under de senaste 12 månaderna anlitat någon av följande tjänster på grund av psykiska problem eller missbruk?

	nej	ja, på grund av psykiska problem	ja, på grund av missbruksrelaterade problem
vid hälsovårdscentralen, inom företagshälsovården eller studerandehälsovården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
på en mentalvårdsbyrå eller psykiatrisk poliklinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
på en A-klinik, inom avgiftningsbehandling eller annan missbruksvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
på en privatmottagning (läkare, psykolog eller annan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
på ett psykiatriskt sjukhus eller annat sjukhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
annan vårdenhet, var: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nästa fråga gäller personer med en långvarig sjukdom. Om du inte har en långvarig sjukdom, kan du gå vidare till fråga 61.

60. Hur har följande saker genomförts vid behandlingen av din långvariga sjukdom?

Om du har flera sjukdomar, besvara frågan enligt den sjukdom som kräver mest behandling.

	alltid	oftast	ibland	aldrig	berör inte mig
information förmedlas mellan personalen vid min vårdenhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
information förmedlas mellan min vårdenhet och sjukhuset eller en annan enhet för specialiserad sjukvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
information förmedlas mellan hemsjukvården och den övriga hälso- och sjukvården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
information förmedlas mellan min vårdenhet och socialservicen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vi har kommit överens om hur jag själv ska behandla min sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
om du har flera sjukdomar: alla mina sjukdomar beaktas på ett övergripande sätt i vården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANLITANDE AV SOCIALSERVICE

61. Anser du att du fått tillräckligt av följande sociala tjänster eller förmåner under de senaste 12 månaderna? Ange också i den sista kolumnen vilken service du använde senast.

Beakta både kommunala och privata serviceleverantörer.

	jag har inte behövt tjänsten eller förmånen	jag hade behövt tjänsten eller förmånen, men har inte haft tillgång till den	jag har använt tjänsten eller förmånen, men den har inte varit tillräcklig	jag har använt tjänsten eller förmånen, och den har varit tillräcklig	denna tjänst anlitade jag senast
tjänster för personer med funktionsnedsättning (t.ex. färdtjänst, personlig assistans, ändringsarbeten i bostaden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tjänster för barnfamiljer (t.ex. barnskydd, rådgivning i uppfostrings- och familjefrågor, hemservice)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
handledning och rådgivning av socialarbetare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
grundläggande utkomststöd från FPA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kompletterande och förebyggande utkomststöd från kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

62. Anser du att den avgift som togs ut för den socialservice du senast använde var skälig?

Om du inte har behövt socialservice under de 12 senaste månaderna, gå vidare till fråga 64.

- kyllä
 ei
 palvelusta ei peritty maksua

63. Hur länge var du tvungen att vänta för att få den socialservice du behövde?

Välj endast ett alternativ.

- inte alls eller mindre än en vecka
 1–2 veckor
 3–4 veckor
 över en månad, men under 3 månader
 3 månader eller längre

64. Hur många gånger sammanlagt under de senaste 12 månaderna har du varit i kontakt med en socialarbetare eller socialhandledare?

	inte en enda gång	en gång	2-3 gånger	4-6 gånger	fler än 6 gånger
per telefon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
via internet (med en dator, smarttelefon eller annan enhet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65. Hur har växelverkan med personalen löpt när du har använt socialservice under de 12 senaste månaderna? Utvärdera den service som du senast anlitat.

Välj endast ett alternativ för varje rad.

	alltid	oftast	ibland	aldrig	gäller inte mig (jag har inte anlitat socialservice)
personalen har bemött mig med respekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
man har förklarat olika saker för mig på ett sätt jag förstod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
man har tillbringat tillräckligt med tid med mig under besöken på mottagningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
personalen har gett mig tillräckligt med tid att ställa frågor om min egen situation och mina tjänster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jag har fått information om behandlingen av mitt ärende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jag har i den utsträckning jag velat fått delta i beslut i ärenden som berör mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

67. Har följande faktorer stört din tillgång till socialservice under de senaste 12 månaderna?

Välj endast ett alternativ per rad.

	alltid	oftast	ibland	aldrig	gäller inte mig (jag har inte anlitat socialservice)
jag hänvisades från ställe till ställe för att få mitt ärende behandlat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jag var tvungen att redogöra för min situation för flera anställda eller flera gånger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
öppettiderna var problematiska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
resan till servicestället var besvärlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
min egen ekonomiska situation påverkade tillgången till service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tillgången till service påverkades av att klientavgifterna var för höga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

68. Har du anlitat socialservice du själv betalat för under de 12 senaste månaderna?

Med socialservice avses till exempel tjänster för äldre, hemservice och tjänster för personer med funktionsnedsättning.

- ja
 nej

FINANSIERING AV OCH KOSTNADER FÖR SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDEN

69. I vilken mån önskar du att skattemedel används för att finansiera följande tjänster?

	mer än i nuläget	som i nuläget	mindre än i nuläget
hälso- och sjukvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
socialservice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
inkomstöverföringar, såsom sociala förmåner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

70. I vilken mån önskar du att klientens egna medel (i form av klientavgifter) ska användas för att finansiera följande tjänster?

	mer än i nuläget	som i nuläget	mindre än i nuläget
hälso- och sjukvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
socialservice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

71. Borde klientavgifterna differentieras enligt inkomster så att personer med stora inkomster betalar en större del av priset på tjänsten själv än personer med små inkomster?

	ja, absolut	kanske	nej
inom hälso- och sjukvården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
inom socialservicen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

72. Har du under de senaste 12 månaderna använt servicesedlar?

	ja	nej	jag vet inte eller är inte säker
för att köpa hälso- och sjukvårdstjänster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
för att köpa socialservice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

73. Har du en privat sjukkostnadsförsäkring som ersätter kostnader för behandling av sjukdom i Finland, t.ex. privatläkares arvoden, läkemedelskostnader och vårdavgifter på sjukhus?

- ja
 nej, men jag funderat på att skaffa
 nej, har inte funderat på att skaffa

LEVNADSVANOR

Med följande tre frågor (74 - 76) utreds dina motionsvanor på fritiden och på vägen till och från arbetsplatsen. Om dina motionsvanor varierar beroende på årstid, välj det alternativ som bäst beskriver den genomsnittliga situationen.

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

Inbegrip inte motion på vägen till och från arbetet

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

75. Hur ofta motionerar du på fritiden minst en halv timme så att du blir åtminstone lite andfädd och svettig? Inbegrip inte motion på vägen till och från arbetet

- dagligen
 4–6 gånger i veckan
 3 gånger i veckan
 2 gånger i veckan
 en gång i veckan
 2–3 gånger i månaden
 några gånger per år eller mer sällan
 jag kan inte motionera p.g.a. en skada eller sjukdom

76. Hur många minuter promenerar eller cyklar du på vägen till och från arbetet?

Obs. här avses den sammanlagda tiden tur och retur.

- jag arbetar inte eller arbetar hemma
 jag använder ett motorfordon hela vägen
 mindre än 15 minuter per dag
 15–30 minuter per dag
 30–60 minuter per dag
 över en timme per dag

77. Hur ofta har du ätit följande matvaror under de senaste 7 dagarna?

	en gång i veckan eller oftare	1–6 gånger i veckan	1–2 gånger per dag	3 gånger per dag eller oftare
färska grönsaker eller grönsallad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
upphettade grönsaker (ej potatis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
frukt eller bär	<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"/>

78. 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

79. Har någon av nedan nämnda personer under de senaste 12 månaderna uppmanat dig att:

Du kan välja flera alternativ på varje rad.

	ingen	läkare eller tandläkare	hälsovårdare eller annan yrkesperson inom hälso- och sjukvården	familjemedlem	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"/>

80. Tycker du att du sover tillräckligt?

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

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

- ja, dagligen
 sporadiskt
 nej, inte alls
 jag har aldrig rökt tobak

82. Använder du följande produkter i dagsläget?

	dagligen	sporadiskt	inte alls	jag har aldrig använt
snus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nikotinhaltiga e-cigaretter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nikotinfria e-cigaretter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nikotinersättande produkter såsom plåster eller tuggummi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
receptbelagda läkemedel för att sluta röka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cannabis (hasch, marijuana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- nej (du kan gå vidare till frågan 87)
 ja

84. Hur ofta dricker du öl, vin eller andra alkoholdrycker? Räkna också med de gånger du endast druckit små mängder, t.ex. en flaska mellanöl eller lite vin. Välj det alternativ som bäst stämmer in på dig.

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

85. Hur många portioner alkohol har du i allmänhet druckit de dagar då du druckit alkohol?

Se faktarutan.

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

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

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

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

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

OLYCKOR OCH VÅLD

87. Använder du följande skydds- eller säkerhetsutrustning?

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

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

Du kan välja flera alternativ.

	ingen	en obekant person eller en halvbekant	min nuvarande sambo, make/ make eller partner	en annan närstående person (annan familjemedlem, tidigare partner, vän, bekant, arbetskamrat)
hotat om fysiskt våld ansikte mot ansikte, per telefon eller via internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hållit fast, skuffat, knuffat eller slagit dig med öppen hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
slagit med knytnäven eller ett hårt föremål, tagit stryppgrepp eller använt något vapen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trakasserat dig genom sexuellt kränkande ord eller gärningar (t.ex. tafsande, smeknamn, oanständigt prat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tvingat eller försökt tvinga dig till samlag eller annat sexuellt umgänge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Följande frågor gäller bara kvinnor.

(här slutar enkäten för männens del)

89. Hur många förlossningar har du genomgått?

- inga
 sammanlagt _____ förlossningar

91. Har du haft missfall eller utomkvedshavande-skap (fostret utanför livmodern)?

- nej
 ja _____ gånger

90. Har du genomgått abort?

- nej
 ja _____ gånger

TACK FÖR DITT SVAR!
 Glöm inte att lösgör pärmsbladet från enkätdelen innan utskick.

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



FinSote – Nationell undersökning om hälsa, välfärd och social- och hälsovården


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/finsote/vastaa. Logga in med blankettkoden dvs. sifferserien upp-till på enkätformulärets första sida.

Tack för ditt svar!

ANVISNINGAR FÖR DELTAGARNA I UNDERSÖKNINGEN

Gör så här:

- Svara på frågorna genom att med kulspetspenna. Kryssa för ett lämpligt alternativ eller skriva in den information som efterfrågas på den plats som reserverats för det.
-  Om Ni i misstag skriver något i fel svarsruta, vänligen svärta hela rutan.
- Vid varje fråga väljs endast ett alternativ – det som är lämpligast – om det inte separat nämns i frågan att flera alternativ kan väljas. Vid vissa frågor finns kompletterande svarsanvisningar.
- Kom ihåg att svara på alla frågor – anteckna också ett nekande svar antingen genom att kryssa för alternativet "nej" eller skriva "0" i det utrymme där svaret ska antecknas.

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 165 cm

vikt 62 kg

Närmare upplysningar om undersökningen:

www.thl.fi/finsote/osallistuvalla (på finska)

avgiftsfritt samtal 0800 97730 (klockan 9-11)

e-post: finsote-info@thl.fi

SAMTYCKE

Jag har läst meddelandet Information till personer som deltar i undersökningen och fått en tillräcklig utredning om undersökningen samt om insamlingen, behandlingen, sammanställningen och utlämnandet av uppgifter i anslutning till undersökningen. Jag förstår att det är frivilligt att delta i undersökningen och att mina uppgifter behandlas konfidentiellt. Jag kan ta tillbaka mitt samtycke i efterhand genom att kontakta Institutet för hälsa och välfärd.

Jag samtycker till att mina svar kopplas till de registeruppgifter som nämns i meddelandet

LEVNADSFÖRHÅLLANDEN OCH LIVSKVALITET

1. Är du för närvarande:

- gift eller registrerad partner
- i ett samboförhållande
- hemskild eller fränskild
- änka/änkling
- ogift

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

Folk- och grundskola räknas med.

_____ år

3. Bor du ensam?

- ja
- nej

4. Är du för närvarande huvudsakligen:

Välj det alternativ som bäst beskriver din situation

- i heltidsarbete
- i deltidarbete
- ålderspensionerad
- sjukpensionerad eller mottagare av rehabiliteringsstöd
- deltidspensionerad
- arbetslös eller permitterad, den nuvarande perioden har pågått i månader: _____
- familjeledig, hemmamamma eller hemmapappa
- studerande
- annat, vad: _____

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

	nej	ja
varit rädd för att maten tar slut innan du får pengar att köpa mer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
varit tvungen att låta bli att köpa läkemedel på grund av brist på pengar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
låt bli att gå till läkare på grund av brist på pengar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Förekommer följande faktorer i din 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"/>
buller, lukt eller damm från trafik eller industri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
långt avstånd till hälso- och sjukvårdstjänster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
långt avstånd till annan service (t.ex. butiker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dåliga kollektivtrafikförbindelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vid följande frågor (7 - 9) ber vi dig tänka på ditt liv under de senaste två veckorna.

7. Hur skulle du beskriva din livskvalitet?

- mycket dålig
 dålig
 varken god eller dålig
 god
 mycket god

8. Hur nöjd är du med:

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

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

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



DELAKTIGHET OCH FUNKTIONSFÖRMÅGA

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

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

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

- nej
 ja, aktivt
 ja, då och då

12. Känner du dig ensam:

- aldrig
 mycket sällan
 ibland
 ganska ofta
 hela tiden

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

Du kan ange ett eller flera svarsalternativ per fråga.

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

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

- nej (gå vidare till frågan 16)
 ja, min partner
 ja, barn eller barnbarn
 ja, mina föräldrar eller svärföräldrar
 någon annan, vem? _____

15. Är du officiell närstående vårdare (avtal med kommunen)?

- nej
 ja

16. Klarar du vanligen av följande aktiviteter?

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

17. Klarar du vanligen av följande vardagliga sysslor 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"/>



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

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

19. Behöver du och får du hjälp med vardagliga sysslor 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

20. Vi antar att din arbetsförmåga har fått 10 poäng när den varit som bäst. På skalan 0–10, hur många poäng ger du för din nuvarande arbetsförmåga? Välj den siffra som motsvarar din arbetsförmåga.

arbetsförmögen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Bästa möjliga arbetsförmåga
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

21. Tror du att din hälsa tillåter dig att fortsätta i ditt nuvarande yrke fram till normal pensionsålder?

- nej
- sannolikt inte
- antagligen
- ja
- jag är pensionär

HÄLSA

22. Hur lång är du? _____ cm *ange längden i hela centimeter*

23. Hur mycket väger du i lätt klädsel? _____ kg *ange vikten i hela kilogram*

24. Tycker du att ditt nuvarande hälsotillstånd är:

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



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

- ja
 nej (gå vidare till frågan 28)

26. Har du en långvarig sjukdom eller ett problem med hälsan som kräver regelbunden vård eller uppföljning av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården (t.ex. läkare eller skötare)?

- ja
 nej (gå vidare till frågan 28)

27. Har du fått en vårdplan i vilken målen med vården och uppföljningen av målen antecknas?

- ja
 nej
 jag vet inte

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

- begränsar allvarligt
 begränsar, men inte allvarligt
 begränsar inte alls (gå vidare till frågan 30)

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

- ja
 nej

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

	ja
förhöjt blodtryck, blodtryckssjukdom	<input type="checkbox"/>
stroke	<input type="checkbox"/>
förhöjt kolesterol i blodet	<input type="checkbox"/>
blodpropp i hjärtat, hjärtinfarkt	<input type="checkbox"/>
kranskärllssjukdom, angina pectoris (= bröstsmärta vid ansträngning)	<input type="checkbox"/>
förlitningsskada i ryggen, ischias eller annan ryggsjukdom	<input type="checkbox"/>
kronisk luftrörskatarr, lungemfysem	<input type="checkbox"/>
depression	<input type="checkbox"/>
annat psykiskt problem	<input type="checkbox"/>
astma	<input type="checkbox"/>
diabetes	<input type="checkbox"/>
missbruks- eller beroendeproblem	<input type="checkbox"/>
ingen av ovan nämnda sjukdomar	<input type="checkbox"/>



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

Välj ett alternativ på varje rad.

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

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

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

- nej
 ja

SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSTJÄNSTER

33. Vad anser du om följande påståenden gällande hälso- och sjukvårdstjänster?

Med hälso- och sjukvårdstjänster avses till exempel hälsovårdscentraler och sjukhus.

Välj endast ett alternativ för varje rad.

	helt av samma åsikt	delvis av samma åsikt	varken av samma eller annan åsikt	delvis av annan åsikt	helt av annan åsikt
hälso- och sjukvårdstjänsterna fungerar allmänt taget bra i Finland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jag litar på att hälso- och sjukvårdspersonalen är yrkeskunnig och kompetent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hälso- och sjukvårdstjänsterna främjar jämlikhet och rättvisa i samhället	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



34. Vad anser du om följande påståenden gällande socialservice? Med socialservice avses till exempel tjänster för äldre, tjänster för barnfamiljer, hemservice, tjänster för personer med funktionsnedsättning, rådgivning av socialarbetare eller -handledare samt utkomststöd.

Välj endast ett alternativ för varje rad.

	helt av samma åsikt	delvis av samma åsikt	varken av samma eller annan åsikt	delvis av annan åsikt	helt av annan åsikt
socialservicen fungerar allmänt taget bra i Finland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jag litar på att personalen inom socialservicen är yrkeskunnig och kompetent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
socialservicen främjar jämlikhet och rättvisa i samhället	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Vad anser du om följande påståenden? Välj endast ett alternativ för varje rad.

Jag litar på att jag vid behov får...

	helt av samma åsikt	delvis av samma åsikt	varken av samma eller annan åsikt	delvis av annan åsikt	helt av annan åsikt
brådskande vård vid plötslig allvarlig sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
regelbunden vård och uppföljning vid långtidssjukdom (t.ex. förhöjt blodtryck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vård och omsorg som ges hemma (t.ex. hemvård, måltidsservice och andra stödtjänster, rehabiliteringstjänster, ändringsarbeten i hemmet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andra tjänster för äldre (t.ex. serviceboende, äldreboende, familjevård)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tjänster för personer med funktionsnedsättning (t.ex. färdtjänst, personlig assistans, ändringsarbeten i bostaden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tjänster för barnfamiljer (t.ex. barnskydd, rådgivning i uppfostrings- och familjefrågor, hemservice)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rådgivning och handledning av en socialarbetare eller -handledare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
grundläggande utkomststöd från FPA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kompletterande och förebyggande utkomststöd från kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



36. Social- och hälsovården håller på att förnyas. Man har många olika mål med reformen. Nedan listas målen för reformen i sina olika steg. Vilka av dessa är de tre viktigaste målen för dig?

välj de tre viktigaste målen	
basservicen (t.ex. hälsovårdscentraltjänsterna och socialservicen) stärks	<input type="checkbox"/>
klientens ärenden sköts på ett smidigt sätt och informationen förmedlas personalen emellan	<input type="checkbox"/>
klienten och patienten får ökade valmöjligheter (t.ex. vårdplats)	<input type="checkbox"/>
alla som bor i Finland har lika tillgång till tjänster enligt behov (inkomstnivån, bostadsorten, ursprunget eller andra faktorer påverkar inte)	<input type="checkbox"/>
var och en får större ansvar för sin egen och sina närståendes hälsa och välfärd	<input type="checkbox"/>
service- och vårdpraxisen är enhetlig i hela landet	<input type="checkbox"/>
kostnaderna för social- och hälsovårdstjänster hålls i styr	<input type="checkbox"/>

37. Till följande frågor vi på vilka sätt vanliga människor och användare av tjänster kan föra fram sina synpunkter och erfarenheter och vara delaktiga i utvecklandet av tjänsterna. Hur viktiga anser du att följande saker är och har du själv erfarenhet av att vara delaktig?

	mycket viktiga	ganska viktiga	inte särskilt viktiga	inte alls viktiga	jag kan inte säga	jag har varit delaktig på följande sätt
möjlighet att påverka den egna servicen eller vården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
serviceanvändarnas erfarenheter samlas regelbundet in med hjälp av t.ex. klientenkäter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
invånare och de som använder tjänsterna är med och planerar, utvecklar och bedömer tjänsterna (t.ex. klientråd och samutveckling tillsammans med anställda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VALFRIHET

Från början av 2014 har personer som bor i Finland fått bättre möjligheter att välja vårdenhet inom den offentliga hälso- och sjukvården (hälsostation eller sjukhus). Nedan följer några frågor om valfrihet.

38. Visste du att du enligt lagen har rätt att

	nej	ja
välja hälsostation/hälsovårdscentral var som helst i landet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tillsammans med din läkare välja vårdenhet (sjukhus) inom den specialiserade sjukvården var som helst i landet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
välja behandlande läkare, skötare eller motsvarande yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården (t.ex. fysioterapeut, psykolog, talterapeut) i den mån det är möjligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
söka vård i ett annat EU-land?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- jag har inte anlitat hälsostationens tjänster under de senaste 12 månaderna
- jag har inte bytt hälsostation
- jag har bytt hälsostation, jag har bytt
- till en annan hälsostation i min kommun
 - till en hälsostation i en annan kommun i Finland
 - till en hälsostation i ett annat EU-land

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

- jag har inte behövt sjukvård eller undersökningar
- nej, jag har inte valt eller bytt sjukhus
- ja, jag har valt eller bytt sjukhus, jag har valt
- det närmaste sjukhus som tillhandahåller den vård jag behöver
 - ett sjukhus i en annan kommun i Finland som tillhandahåller den vård jag behöver
 - ett sjukhus i ett annat EU-land som tillhandahåller den vård jag behöver

41. Funderar du på att inom den närmaste framtiden byta...

	nej	kanske	ja
hälsostation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sjukhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



42. Vad anser du om följande påståenden? Välj endast ett alternativ för varje rad. Det är viktigt för mig att jag själv kan välja...

	helt av samma åsikt	delvis av samma åsikt	varken av samma eller annan åsikt	delvis av annan åsikt	helt av annan åsikt
hälsostation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sjukhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
läkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
skötare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. Jag har alternativ som ger mig en genuin möjlighet att välja...

	flera	några	knappt någon valmöjlighet alls
hälsostation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sjukhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
läkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
skötare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. Vad anser du om följande påståenden? Välj endast ett alternativ för varje rad. Jag har som grund för valet av vårdenhet fått tillräckligt med information om...

	helt av samma åsikt	delvis av samma åsikt	varken av samma eller annan åsikt	delvis av annan åsikt	helt av annan åsikt
den medicinska kvaliteten på tjänsterna vid olika vårdenheter (t.ex. hur väl åtgärderna lyckas, patientsäkerhet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hur nöjda klienterna vid olika vårdenheter är (gott bemötande, möjlighet att påverka den egna vården, konfidentialitet osv.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kötiderna vid olika vårdenheter (t.ex. till läkarens eller skötarens mottagning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
serviceutbudet vid olika vårdenheter (vilka tjänster jag får vid vårdenheten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hur jag ska agera om jag vill byta hälsostation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hur jag ska agera om jag vill byta sjukhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. Nedan listas olika faktorer som människor kan fundera på när de väljer hälsostation. Välj de tre viktigaste faktorerna som påverkar ditt val.

Välj de tre viktigaste faktorerna	
hälsostationen har ett bra läge	<input type="checkbox"/>
goda trafikförbindelser (med kollektivtrafik eller egen bil, bl.a. parkeringsplatser)	<input type="checkbox"/>
möjligheten att få en läkartid	<input type="checkbox"/>
möjligheten att få en tid till en hälsovårdare/sjukskötare	<input type="checkbox"/>
hälsostationens öppettider	<input type="checkbox"/>
en hög kvalitet på vården vid hälsostationen	<input type="checkbox"/>
hälsostationen har specialkompetens om de tjänster jag behöver	<input type="checkbox"/>
ett långvarigt vårdförhållande med en viss läkare eller en viss skötare	<input type="checkbox"/>
hur trivsamma lokaliteterna är	<input type="checkbox"/>
tillgänglighet: t.ex. dörrar som öppnas automatiskt, jämna passager samt tydliga skyltar och anvisningar	<input type="checkbox"/>
jag får företagshälsovårdstjänster på samma plats	<input type="checkbox"/>
annan grund, vilken? _____	<input type="checkbox"/>

46. Hur viktigt anser du att det är kunna välja en privat hälso- och sjukvårdstjänst för samma pris som en offentlig? Välj endast ett alternativ.

- mycket viktigt
- ganska viktigt
- inte särskilt viktigt
- inte alls viktigt
- jag kan inte säga

47. Möjligheten att välja gäller i nuläget huvudsakligen hälso- och sjukvårdstjänster. Hur viktigt anser du att det är att valfriheten utvidgas att gälla även...

	mycket viktigt	ganska viktigt	inte särskilt viktigt	inte alls viktigt	jag kan inte säga
tjänster för äldre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
övrig socialservice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ANVÄNDNING AV ELEKTRONISKA TJÄNSTER

48. Använder du..

	ja	nej
internet hemma, på arbetsplatsen, i biblioteket eller annanstans?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bankkoder eller mobilcertifikat för elektronisk autentisering på internet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49. Ange hur du använder internet:

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

50. Hurdana erfarenheter har du av internet vad gäller följande saker?

	Jag upplever att internet för följande syften är			
	till stor nytta	till ganska stor nytta	till ingen nytta alls	jag har inte använt
söka information om sjukdomar, symtom eller en hälsosam livsstil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stöd från kamratgrupper (t.ex. bantningsgrupp), hälsorådgivning eller annan egenvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uträtta ärenden som berör social- och hälsovårdstjänster (t.ex. tidsbokning, recept, laboratorieresultat, socialservice eller beslut om förmåner)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jämförelse av tjänster och vårdenheter (kvalitet, köer, priser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANLITANDE AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSTJÄNSTER

51. Hur många gånger har du träffat en läkare, hälsovårdare eller sjukskötare på mottagningen eller hemma på grund av egen sjukdom (eller graviditet eller förlossning) under de senaste 12 månaderna? Välj alternativ 0, om du inte har anlitat vårdpersonal en enda gång. De gånger du eventuellt har varit intagen på sjukhus räknas inte.

	på en läkarmottagning	på en hälsovårdares eller sjukskötares mottagning
på en hälsostation (tandläkarbesök räknas inte)	<input type="text"/> gånger	<input type="text"/> gånger
på en privat läkarstation	<input type="text"/> gånger	<input type="text"/> gånger
inom företagshälsovården	<input type="text"/> gånger	<input type="text"/> gånger
på en sjukhuspoliklinik	<input type="text"/> gånger	<input type="text"/> gånger
inom den offentliga tandvården	<input type="text"/> gånger	<input type="text"/> gånger
inom den privata tandvården	<input type="text"/> gånger	<input type="text"/> gånger

52. Hur många gånger sammanlagt under de senaste 12 månaderna har du varit i kontakt med en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården:

	inte en enda gång	en gång	2–3 gånger	4–6 gånger	fler än 6 gånger
Per telefon					
med en läkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med en hälsovårdare eller sjukskötare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med en annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Via internet (med en dator, smarttelefon eller annan enhet)					
med en läkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med en hälsovårdare eller sjukskötare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med en annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53. När du anlitar hälso- och sjukvårdstjänster, träffar du vanligtvis samma...

	alltid	ofta	ibland	aldrig
läkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
skötare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54. Har du vårdats på en bäddavdelning på ett sjukhus (inklusive hälsovårdscentralens bäddavdelning) under de senaste 12 månaderna?

- ja
 nej

55. Fundera på dina erfarenheter vad gäller att anlita hälso- och sjukvårdstjänster under de 12 senaste månaderna. Hur har följande faktorer förverkligats i ditt fall?

	alltid	oftast	ibland	aldrig	gäller inte mig (jag har inte anlitat hälso- och sjukvårdstjänster)
jag fick smidigt kontakt med vårdenheten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jag fick en mottagningstid tillräckligt snabbt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jag fick komma på undersökningar tillräckligt snabbt (t.ex. laboratorieundersökningar, röntgen, ultraljudsundersökning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
min integritet respekterades vid undersökningar och behandlingar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vårdbesöken var till nytta för mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mitt ärende sköttes på ett smidigt sätt och informationen förmedlades personalen emellan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56. Fundera på dina erfarenheter av vårdpersonalen (läkare, skötare och annan vårdande personal) under de senaste 12 månaderna. Hur har följande faktorer förverkligats i ditt fall?

	alltid	oftast	ibland	aldrig	gäller inte mig (jag har inte anlitat hälso- och sjukvårdstjänster)
jag har bemötts med respekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
det har diskuterats så att utomstående inte har kunnat lyssna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mina uppgifter har behandlats konfidentiellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
man har tillbringat tillräckligt med tid med mig under besöken på mottagningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jag har fått tillräckligt med tid för att ställa frågor om mitt hälsotillstånd eller den behandling jag fått	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
man har förklarat olika saker för mig på ett sätt jag förstod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jag har fått vara delaktig i beslut kring min vård eller de undersökningar som gjorts så mycket jag velat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
man har begärt mitt samtycke innan behandlingar eller undersökningar inletts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

57. Har följande faktorer stört din tillgång till vård under de senaste 12 månaderna?

Välj endast ett alternativ för varje rad.

	alltid	oftast	ibland	aldrig	gäller inte mig (jag har inte anlitat hälso- och sjukvårdstjänster)
jag hänvisades från ställe till ställe för att få mitt ärende behandlat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jag var tvungen att redogöra för min situation för flera anställda eller flera gånger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
öppetiderna var problematiska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
resan till vårdenheten var besvärlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
min egen ekonomiska situation påverkade tillgången till vård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tillgången till vård påverkades av att klientavgifterna var för höga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

58. Anser du att du fått tillräckligt av följande hälsotjänster under de senaste 12 månaderna?

Beakta både kommunala och privata serviceleverantörer.

	jag har inte behövt tjänsten eller förmånen	jag hade behövt tjänsten, men har inte haft tillgång till den	jag har använt tjänsten, men den har inte varit tillräcklig	jag har använt tjänsten, och den har varit tillräcklig
tjänster på en läkarmottagning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tjänster på sjukskötarens eller hälsovårdarens mottagning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tandläkartjänster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- nej
 ja



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

	under de senaste 12 månaderna	för 1–5 år sedan	för över 5 år sedan	aldrig	jag vet inte
blodtryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kolesterolhalten i blodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
blodsocker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
midjemått	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

62. Har du under de senaste 12 månaderna anlitat någon av följande tjänster på grund av psykiska problem eller missbruk?

	nej	ja, på grund av psykiska problem	ja, på grund av missbruksrelaterade problem
vid hälsovårdscentralen, inom företagshälsovården eller studerandehälsovården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
på en mentalvårdsbyrå eller psykiatrisk poliklinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
på en A-klinik, inom avgiftningsbehandling eller annan missbruksvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
på en privatmottagning (läkare, psykolog eller annan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
på ett psykiatriskt sjukhus eller annat sjukhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
annan vårdenhet, var: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nästa fråga gäller personer med en långvarig sjukdom. Om du inte har en långvarig sjukdom, kan du gå vidare till fråga 63.

63. Hur har följande saker genomförts vid behandlingen av din långvariga sjukdom?

Om du har flera sjukdomar, besvara frågan enligt den sjukdom som kräver mest behandling.

	alltid	oftast	ibland	aldrig	berör inte mig
information förmedlas mellan personalen vid min vårdenhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
information förmedlas mellan min vårdenhet och sjukhuset eller en annan enhet för specialiserad sjukvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
information förmedlas mellan hemsjukvården och den övriga hälso- och sjukvården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
information förmedlas mellan min vårdenhet och socialservicen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vi har kommit överens om hur jag själv ska behandla min sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
om du har flera sjukdomar: alla mina sjukdomar beaktas på ett övergripande sätt i vården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANLITANDE AV SOCIALSERVICE

64. Anser du att du fått tillräckligt av följande sociala tjänster eller förmåner under de senaste 12 månaderna? Ange också i den sista kolumnen vilken service du använde senast.

Beakta både kommunala och privata serviceleverantörer.

	jag har inte behövt tjänsten eller förmånen	jag hade behövt tjänsten eller förmånen, men har inte haft tillgång till den	jag har använt tjänsten eller förmånen, men den har inte varit tillräcklig	jag har använt tjänsten eller förmånen, och den har varit tillräcklig	denna tjänst anlätade jag senast
vård och omsorg som erbjuds hemma (t.ex. hemvård, måltidsservice och andra stöd-tjänster, rehabiliteringstjänster, ändringsarbeten i hemmet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
annan äldreservice (t.ex. serviceboende, äldreboende, familjevård)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tjänster för personer med funktionsnedsättning (t.ex. färdtjänst, personlig assistans, ändringsarbeten i bostaden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tjänster för barnfamiljer (t.ex. barnskydd, rådgivning i uppfostrings- och familjefrågor, hemservice)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
handledning och rådgivning av socialarbetare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
grundläggande utkomststöd från FPA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kompletterande och förebyggande utkomststöd från kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65. Anser du att den avgift som togs ut för den socialservice du senast använde var skälig?

Om du inte har behövt socialservice under de 12 senaste månaderna, gå vidare till fråga 68.

- ja
 nej
 ingen avgift togs ut för servicen

66. Hur länge var du tvungen att vänta för att få den socialservice du behövde?

Välj endast ett alternativ

- inte alls eller mindre än en vecka
 1–2 veckor
 3–4 veckor
 över en månad, men under 3 månader
 3 månader eller längre

67. Hur många gånger sammanlagt under de senaste 12 månaderna har du varit i kontakt med en socialarbetare eller socialhandledare?

	inte en enda gång	en gång	2–3 gånger	4–6 gånger	fler än 6 gånger
per telefon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
via internet (med en dator, smarttelefon eller annan enhet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

68. Hur har växelverkan med personalen löpt när du har använt socialservice under de 12 senaste månaderna? Välj endast ett alternativ för varje rad. Utvärdera den service som du senast anlitat.

	alltid	oftast	ibland	aldrig	gäller inte mig (jag har inte anlitat socialservice)
personalen har bemött mig med respekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
man har förklarat olika saker för mig på ett sätt jag förstod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
man har tillbringat tillräckligt med tid med mig under besöken på mottagningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
personalen har gett mig tillräckligt med tid att ställa frågor om min egen situation och mina tjänster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jag har fått information om behandlingen av mitt ärende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jag har i den utsträckning jag velat fått delta i beslut i ärenden som berör mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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



70. Har följande faktorer stört din tillgång till socialservice under de senaste 12 månaderna?

Välj endast ett alternativ per rad.

	alltid	oftast	ibland	aldrig	gäller inte mig (jag har inte anlitat socialservice)
jag hänvisades från ställe till ställe för att få mitt ärende behandlat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jag var tvungen att redogöra för min situation för flera anställda eller flera gånger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
öppetiderna var problematiska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
resan till servicestället var besvärlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
min egen ekonomiska situation påverkade tillgången till service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tillgången till service påverkades av att klientavgifterna var för höga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

71. Har du anlitat socialservice du själv betalat för under de 12 senaste månaderna? Med socialservice avses till exempel tjänster för äldre, hemservice och tjänster för personer med funktionsnedsättning.

- ja
 nej

FINANSIERING AV OCH KOSTNADER FÖR SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDEN

72. I vilken mån önskar du att skattemedel används för att finansiera följande tjänster?

	mer än i nuläget	som i nuläget	mindre än i nuläget
hälso- och sjukvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
socialservice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
inkomstöverföringar, såsom sociala förmåner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

73. I vilken mån önskar du att klientens egna medel (i form av klientavgifter) ska användas för att finansiera följande tjänster?

	mer än i nuläget	som i nuläget	mindre än i nuläget
hälso- och sjukvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
socialservice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

74. Borde klientavgifterna differentieras enligt inkomster så att personer med stora inkomster betalar en större del av priset på tjänsten själv än personer med små inkomster?

	ja, absolut	kanske	nej
inom hälso- och sjukvården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
inom socialservicen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

75. Har du under de senaste 12 månaderna använt servicesedlar?

	ja	nej	jag vet inte eller är inte säker
för att köpa hälso- och sjukvårdstjänster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
för att köpa socialservice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

76. Har du en privat sjukkostnadsförsäkring som ersätter kostnader för behandling av sjukdom i Finland, t.ex. privatläkares arvoden, läkemedelskostnader och vårdtagsavgifter på sjukhus?

- ja
 nej, men jag funderat på att skaffa
 nej, har inte funderat på att skaffa

LEVNADSVANOR

Med följande tre frågor (76 - 78) utreds dina motionsvanor på fritiden och på vägen till och från arbetsplatsen. Om dina motionsvanor varierar beroende på årstid, välj det alternativ som bäst beskriver den genomsnittliga situationen.

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

Inbegrip inte motion på vägen till och från arbetet.

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

78. Hur ofta motionerar du på fritiden minst en halv timme så att du blir åtminstone lite andfådd och svettig? Inbegrip inte motion på vägen till och från arbetet

- dagligen
 4–6 gånger i veckan
 3 gånger i veckan
 2 gånger i veckan
 en gång i veckan
 2–3 gånger i månaden
 några gånger per år eller mer sällan
 jag kan inte motionera p.g.a. en skada eller sjukdom



79. Hur många minuter promenerar eller cyklar du på vägen till och från arbetet?

Obs. här avses den sammanlagda tiden tur och retur.

- jag arbetar inte eller arbetar hemma
- jag använder ett motorfordon hela vägen
- mindre än 15 minuter per dag
- 15–30 minuter per dag
- 30–60 minuter per dag
- över en timme per dag

80. Hur ofta har du ätit följande matvaror under de senaste 7 dagarna?

	en gång i veckan eller oftare	1–6 gånger i veckan	1–2 gånger per dag	3 gånger per dag eller oftare
färska grönsaker eller grönsallad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
upphettade grönsaker (ej potatis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
frukt eller bär	<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"/>

81. 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

82. Har någon av nedan nämnda personer under de senaste 12 månaderna uppmanat dig att:

Du kan välja flera alternativ på varje rad.

	ingen	läkare eller tandläkare	hälsovårdare eller annan yrkesperson inom hälso- och sjukvården	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"/>

83. Tycker du att du sover tillräckligt?

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

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

- ja, dagligen
 sporadiskt
 nej, inte alls
 jag har aldrig rökt tobak

85. Använder du följande produkter i dagsläget?

	dagligen	sporadiskt	inte alls	jag har aldrig använt
snus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nikotinhaltiga e-cigaretter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nikotinfria e-cigaretter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nikotinersättande produkter såsom plåster eller tuggummi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
receptbelagda läkemedel för att sluta röka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cannabis (hasch, marijuana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- nej (du kan gå vidare till frågan 90)
 ja

87. Hur ofta dricker du öl, vin eller andra alkoholdrycker? Räkna också med de gånger du endast druckit små mängder, t.ex. en flaska mellanöl eller lite vin. Välj det alternativ som bäst stämmer in på dig.

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



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

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

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

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

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

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

OLYCKOR OCH VÅLD

90. Använder du följande skydds- eller säkerhetsutrustning?

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



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

Voitte valita useita vaihtoehtoja.

	ingen	en obekant person eller en halvbekant	min nuvarande sambo, maka/ make eller partner	en annan närstående person (annan familjemedlem, tidigare partner, vän, bekant, arbetskamrat)
hotat om fysiskt våld ansikte mot ansikte, per telefon eller via internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hållit fast, skuffat, knuffat eller slagit dig med öppen hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
slagit med knytnäven eller ett hårt föremål, tagit strypgrepp eller använt något vapen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trakasserat dig genom sexuellt kränkande ord eller gärningar (t.ex. tafsande, smeknamn, oanständigt prat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tvingat eller försökt tvinga dig till samlag eller annat sexuellt umgänge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- jag har fyllt i enkäten själv
- jag har fyllt i enkäten i tillsammans med min partner
- jag har fyllt i enkäten tillsammans med en annan släkting
- jag har fyllt i enkäten tillsammans med en vårdare eller hemhjälp
- jag fick hjälp av någon annan. Vem (t.ex. en granne)? _____
- någon annan har fyllt i enkäten för mig. Vem? _____

TACK FÖR DITT SVAR!

Glöm inte att lösgör pärmbudet från enkätdelen innan utskick.

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



FinSote – Nationell undersökning om hälsa, välfärd och social- och hälsovården


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/finsote/vastaa. Logga in med blankettkoden dvs. sifferserien upp-till på enkätformulärets första sida.

Tack för ditt svar!

ANVISNINGAR FÖR DELTAGARNA I UNDERSÖKNINGEN

Gör så här:

- Svara på frågorna genom att med kulspetspenna kryssa för ett lämpligt alternativ eller skriva in den information som efterfrågas på den plats som reserverats för det.
-  Om du i misstag skriver något i fel svarsruta, vänligen svärta hela rutan.
- Vid varje fråga väljs endast ett alternativ – det som är lämpligast – om det inte separat nämns i frågan att flera alternativ kan väljas. Vid vissa frågor finns kompletterande svarsanvisningar.
- Kom ihåg att svara på alla frågor – anteckna också ett nekande svar antingen genom att kryssa för alternativet "nej" eller skriva "0" i det utrymme där svaret ska antecknas.

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 165 cm

vikt 62 kg

Närmare upplysningar om undersökningen:

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

SAMTYCKE

Jag har läst meddelandet Information till personer som deltar i undersökningen och fått en tillräcklig utredning om undersökningen samt om insamlingen, behandlingen, sammanställningen och utlämnandet av uppgifter i anslutning till undersökningen. Jag förstår att det är frivilligt att delta i undersökningen och att mina uppgifter behandlas konfidentiellt. Jag kan ta tillbaka mitt samtycke i efterhand genom att kontakta Institutet för hälsa och välfärd.

Jag samtycker till att mina svar kopplas till de registeruppgifter som nämns i meddelandet

LEVNADSFÖRHÅLLANDEN OCH LIVSKVALITET

1. Är du för närvarande:

- gift eller registrerad partner
 i ett samboförhållande
 hemskild eller frånskild
 änka/änkling
 ogift

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

Folk- och grundskola räknas med.

_____ år

3. Bor du ensam?

- ja
 nej

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

	nej	ja
varit rädd för att maten tar slut innan du får pengar att köpa mer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
varit tvungen att låta bli att köpa läkemedel på grund av brist på pengar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
låt bli att gå till läkare på grund av brist på pengar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Förekommer följande faktorer i din 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"/>
buller, lukt eller damm från trafik eller industri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
långt avstånd till hälso- och sjukvårdstjänster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
långt avstånd till annan service (t.ex. butiker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dåliga kollektivtrafikförbindelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vid följande frågor (6 - 8) ber vi dig tänka på ditt liv under de senaste två veckorna.

6. Hur skulle du beskriva din livskvalitet?

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

7. Hur nöjd är du med:

	mycket miss-nöjd	ganska miss-nöjd	varken nöjd eller miss-nöjd	nöjd	mycket nöjd
med hälsan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med din förmåga att klara av dagliga sysslor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med dig själv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med dina relationer till andra människor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med förhållandena där du bor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med dina möjligheter att använda kommunala och/eller andra transportmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

DELAKTIGHET OCH FUNKTIONSFÖRMÅGA

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

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

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

- nej
 ja, aktivt
 ja, då och då

11. Känner du dig ensam:

- aldrig
 mycket sällan
 ibland
 ganska ofta
 hela tiden

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

Du kan ange ett eller flera svarsalternativ per fråga.

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

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

nej (gå vidare till fråga 15)

ja, min partner

ja, barn eller barnbarn

någon annan, vem? _____

14. Är du officiell närstående vårdare (avtal med kommunen)?

nej

ja

15. Har en bedömning av servicebehovet gjorts i ditt fall? Välj endast ett alternativ.

ja, under de senaste 12 månaderna

ja, för mer än ett år (12 månader) sedan

nej

16. Klarar du vanligen av följande aktiviteter?

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

17. Klarar du vanligen av följande vardagliga sysslor 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 t.ex. efterrugsbröd)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
duscha själv eller tvätta dig i badkar eller i bastun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sköta din personliga hygien (t.ex. kamma håret, borsta tänderna, raka dig, tvätta ansiktet och händerna)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
klippa tånaglarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
klä på dig och klä av dig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gå på toaletten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sköta din egen medicinering – (t.ex. komma ihåg att ta mediciner, dosera rätt, öppna läkemedelsförpackningar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

19. Behöver du och får du hjälp med vardagliga sysslor 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

HÄLSA

20. Hur lång är du? *Ange längden i hela centimeter.*

_____ cm

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

_____ kg

22. Tycker du att ditt nuvarande hälsotillstånd är:

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



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

ja

nej (*gå vidare till fråga 26*)

24. Har du en långvarig sjukdom eller ett problem med hälsan som kräver regelbunden vård eller uppföljning av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården (t.ex. läkare eller skötare)?

ja

nej (*gå vidare till fråga 26*)

25. Har du fått en vårdplan i vilken målen med vården och uppföljningen av målen antecknas?

ja

nej

jag vet inte

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

begränsar allvarligt

begränsar, men inte allvarligt

begränsar inte alls (*gå vidare till fråga 28*)

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

ja

nej



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

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

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

Välj ett alternativ på varje rad.

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

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

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

nej

ja

SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSTJÄNSTER

31. Vad anser du om följande påståenden gällande hälso- och sjukvårdstjänster?

Med hälso- och sjukvårdstjänster avses till exempel hälsovårdscentraler och sjukhus.

Välj endast ett alternativ för varje rad.

	helt av samma åsikt	delvis av samma åsikt	varken av samma eller annan åsikt	delvis av annan åsikt	helt av annan åsikt
hälso- och sjukvårdstjänsterna fungerar allmänt taget bra i Finland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jag litar på att hälso- och sjukvårdspersonalen är yrkeskunnig och kompetent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hälso- och sjukvårdstjänsterna främjar jämlikhet och rättvisa i samhället	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Vad anser du om följande påståenden gällande socialservice? Med socialservice avses till exempel tjänster för äldre, tjänster för barnfamiljer, hemservice, tjänster för personer med funktionsnedsättning, rådgivning av socialarbetare eller -handledare samt utkomststöd. Välj endast ett alternativ för varje rad.

	helt av samma åsikt	delvis av samma åsikt	varken av samma eller annan åsikt	delvis av annan åsikt	helt av annan åsikt
socialservicen fungerar allmänt taget bra i Finland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jag litar på att personalen inom socialservicen är yrkeskunnig och kompetent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
socialservicen främjar jämlikhet och rättvisa i samhället	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Vad anser du om följande påståenden? Välj endast ett alternativ för varje rad. Jag litar på att jag vid behov får...

	helt av samma åsikt	delvis av samma åsikt	varken av samma eller annan åsikt	delvis av annan åsikt	helt av annan åsikt
brådskande vård vid plötslig allvarlig sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
regelbunden vård och uppföljning vid långtidssjukdom (t.ex. förhöjt blodtryck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vård och omsorg som ges hemma (t.ex. hemvård, måltidsservice och andra stödtjänster, rehabiliteringstjänster, ändringsarbeten i hemmet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andra tjänster för äldre (t.ex. serviceboende, äldreboende, familjevård)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tjänster för personer med funktionsnedsättning (t.ex. färdtjänst, personlig assistans, ändringsarbeten i bostaden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rådgivning och handledning av en socialarbetare eller -handledare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
grundläggande utkomststöd från FPA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kompletterande och förebyggande utkomststöd från kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Social- och hälsovården håller på att förnyas. Man har många olika mål med reformen. Nedan listas målen för reformen i sina olika steg. Vilka av dessa är de tre viktigaste målen för dig?

	Välj de tre viktigaste målen
basservicen (t.ex. hälsovårdscentraltjänsterna och socialservicen) stärks	<input type="checkbox"/>
klientens ärenden sköts på ett smidigt sätt och informationen förmedlas personalen emellan	<input type="checkbox"/>
klienten och patienten får ökade valmöjligheter (t.ex. vårdplats)	<input type="checkbox"/>
alla som bor i Finland har lika tillgång till tjänster enligt behov (inkomstnivån, bostadsorten, ursprunget eller andra faktorer påverkar inte)	<input type="checkbox"/>
var och en får större ansvar för sin egen och sina närståendes hälsa och välfärd	<input type="checkbox"/>
service- och vårdpraxisen är enhetlig i hela landet	<input type="checkbox"/>
kostnaderna för social- och hälsovårdstjänster hålls i styr	<input type="checkbox"/>

35. Till följande frågor vi på vilka sätt vanliga människor och användare av tjänster kan föra fram sina synpunkter och erfarenheter och vara delaktiga i utvecklandet av tjänsterna. Hur viktiga anser du att följande saker är och har du själv erfarenhet av att vara delaktig?

	mycket viktiga	ganska viktiga	inte särskilt viktiga	inte alls viktiga	jag kan inte säga	jag har varit delaktig på följande sätt
möjlighet att påverka den egna servicen eller vården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
serviceanvändarnas erfarenheter samlas regelbundet in med hjälp av t.ex. klientenkäter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
invånare och de som använder tjänsterna är med och planerar, utvecklar och bedömer tjänsterna (t.ex. klientråd och samutveckling tillsammans med anställda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VALFRIHET

Från början av 2014 har personer som bor i Finland fått bättre möjligheter att välja vårdenhet inom den offentliga hälso- och sjukvården (hälsostation eller sjukhus). Nedan följer några frågor om valfrihet.

36. Visste du att du enligt lagen har rätt att

	nej	ja
välja hälsostation/hälsovårdscentral var som helst i landet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tillsammans med din läkare välja vårdenhet (sjukhus) inom den specialiserade sjukvården var som helst i landet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
välja behandlande läkare, skötare eller motsvarande yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården (t.ex. fysioterapeut, psykolog, talterapeut) i den mån det är möjligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
söka vård i ett annat EU-land?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- jag har inte anlitat hälsostationens tjänster under de senaste 12 månaderna
- jag har inte bytt hälsostation
- jag har bytt hälsostation, jag har bytt
- till en annan hälsostation i min kommun
 - till en hälsostation i en annan kommun i Finland
 - till en hälsostation i ett annat EU-land

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

- jag har inte behövt sjukvård eller undersökningar
- nej, jag har inte valt eller bytt sjukhus
- ja, jag har valt eller bytt sjukhus, jag har valt
- det närmaste sjukhus som tillhandahåller den vård jag behöver
 - ett sjukhus i en annan kommun i Finland som tillhandahåller den vård jag behöver
 - ett sjukhus i ett annat EU-land som tillhandahåller den vård jag behöver

39. Funderar du på att inom den närmaste framtiden byta...

	nej	kanske	ja
hälsostation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sjukhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. Vad anser du om följande påståenden? Välj endast ett alternativ för varje rad. Det är viktigt för mig att jag själv kan välja...

	helt av samma åsikt	delvis av samma åsikt	varken av samma eller annan åsikt	delvis av annan åsikt	helt av annan åsikt
hälsostation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sjukhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
läkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
skötare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. Jag har alternativ som ger mig en genuin möjlighet att välja...

	flera	några	knappt någon valmöjlighet alls
hälsostation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sjukhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
läkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
skötare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. Vad anser du om följande påståenden? Välj endast ett alternativ för varje rad. Jag har som grund för valet av vårdenhet fått tillräckligt med information om...

	helt av samma åsikt	delvis av samma åsikt	varken av samma eller annan åsikt	delvis av annan åsikt	helt av annan åsikt
den medicinska kvaliteten på tjänsterna vid olika vårdenheter (t.ex. hur väl åtgärderna lyckas, patientsäkerhet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hur nöjda klienterna vid olika vårdenheter är (gott bemötande, möjlighet att påverka den egna vården, konfidentialitet osv.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kötiderna vid olika vårdenheter (t.ex. till läkarens eller skötarens mottagning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
serviceutbudet vid olika vårdenheter (vilka tjänster jag får vid vårdenheten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hur jag ska agera om jag vill byta hälsostation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hur jag ska agera om jag vill byta sjukhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. Nedan listas olika faktorer som människor kan fundera på när de väljer hälsostation. Välj de tre viktigaste faktorerna som påverkar ditt val.

	Välj de tre viktigaste faktorerna
hälsostationen har ett bra läge	<input type="checkbox"/>
goda trafikförbindelser (med kollektivtrafik eller egen bil, bl.a. parkeringsplatser)	<input type="checkbox"/>
möjligheten att få en läkartid	<input type="checkbox"/>
möjligheten att få en tid till en hälsovårdare/sjukskötare	<input type="checkbox"/>
hälsostationens öppettider	<input type="checkbox"/>
en hög kvalitet på vården vid hälsostationen	<input type="checkbox"/>
hälsostationen har specialkompetens om de tjänster jag behöver	<input type="checkbox"/>
ett långvarigt vårdförhållande med en viss läkare eller en viss skötare	<input type="checkbox"/>
hur trivsamma lokaliteterna är	<input type="checkbox"/>
tillgänglighet: t.ex. dörrar som öppnas automatiskt, jämna passager samt tydliga skyltar och anvisningar	<input type="checkbox"/>
annan grund, vilken? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

44. Hur viktigt anser du att det är kunna välja en privat hälso- och sjukvårdstjänst för samma pris som en offentlig? Välj endast ett alternativ.

- mycket viktigt
- ganska viktigt
- inte särskilt viktigt
- inte alls viktigt
- jag kan inte säga

45. Möjligheten att välja gäller i nuläget huvudsakligen hälso- och sjukvårdstjänster. Hur viktigt anser du att det är att valfriheten utvidgas att gälla även...

	mycket viktigt	ganska viktigt	inte särskilt viktigt	inte alls viktigt	jag kan inte säga
tjänster för äldre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
övrig socialservice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANVÄNDNING AV ELEKTRONISKA TJÄNSTER

46. Använder du..

	ja	nej
internet hemma, på arbetsplatsen, i biblioteket eller annanstans?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bankkoder eller mobilcertifikat för elektronisk autentisering på internet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. Ange hur du använder internet:

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

48. Hurdana erfarenheter har du av internet vad gäller följande saker?

	Jag upplever att internet för följande syften är			
	till stor nytta	till ganska stor nytta	till ingen nytta alls	jag har inte använt
söka information om sjukdomar, symtom eller en hälsosam livsstil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stöd från kamratgrupper (t.ex. bantningsgrupp), hälsorådgivning eller annan egenvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uträtta ärenden som berör social- och hälsovårdstjänster (t.ex. tidsbokning, recept, laboratorieresultat, socialservice eller beslut om förmåner)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jämförelse av tjänster och vårdenheter (kvalitet, köer, priser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANLITANDE AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSTJÄNSTER

49. Hur många gånger har du träffat en läkare, hälsovårdare eller sjukskötare på mottagningen eller hemma på grund av egen sjukdom (eller graviditet eller förlossning) under de senaste 12 månaderna? Välj alternativ 0, om du inte har anlitat vårdpersonal en enda gång. De gånger du eventuellt har varit intagen på sjukhus räknas inte.

	på en läkarmottagning	på en hälsovårdares eller sjukskötares mottagning
på en hälsostation (tandläkarbesök räknas inte)	<input type="text"/> gånger	<input type="text"/> gånger
på en privat läkarstation	<input type="text"/> gånger	<input type="text"/> gånger
på en sjukhuspoliklinik	<input type="text"/> gånger	<input type="text"/> gånger
inom den offentliga tandvården	<input type="text"/> gånger	<input type="text"/> gånger
inom den privata tandvården	<input type="text"/> gånger	<input type="text"/> gånger

50. Hur många gånger sammanlagt under de senaste 12 månaderna har du varit i kontakt med en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården:

	inte en enda gång	en gång	2–3 gånger	4–6 gånger	fler än 6 gånger
Per telefon					
med en läkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med en hälsovårdare eller sjukskötare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med en annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Via internet (med en dator, smarttelefon eller annan enhet)					
med en läkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med en hälsovårdare eller sjukskötare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med en annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51. När du anlitar hälso- och sjukvårdstjänster, träffar du vanligtvis samma...

	alltid	ofta	ibland	aldrig
läkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
skötare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

52. Har du vårdats på en bäddavdelning på ett sjukhus (inklusive hälsovårdscentrals bäddavdelning) under de senaste 12 månaderna?

- ja
 nej

53. Fundera på dina erfarenheter vad gäller att anlita hälso- och sjukvårdstjänster under de 12 senaste månaderna. Hur har följande faktorer förverkligats i ditt fall?

	alltid	oftast	ibland	aldrig	gäller inte mig (jag har inte anlitat hälso- och sjukvårdstjänster)
jag fick smidigt kontakt med vårdenheten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jag fick en mottagningstid tillräckligt snabbt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jag fick komma på undersökningar tillräckligt snabbt (t.ex. laboratorieundersökningar, röntgen, ultraljudsundersökning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
min integritet respekterades vid undersökningar och behandlingar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vårdbesöken var till nytta för mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mitt ärende sköttes på ett smidigt sätt och informationen förmedlades personalen emellan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54. Fundera på dina erfarenheter av vårdpersonalen (läkare, skötare och annan vårdande personal) under de senaste 12 månaderna. Hur har följande faktorer förverkligats i ditt fall?

	alltid	oftast	ibland	aldrig	gäller inte mig (jag har inte anlitat hälso- och sjukvårdstjänster)
jag har bemötts med respekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
det har diskuterats så att utomstående inte har kunnat lyssna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mina uppgifter har behandlats konfidentiellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
man har tillbringat tillräckligt med tid med mig under besöken på mottagningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jag har fått tillräckligt med tid för att ställa frågor om mitt hälsotillstånd eller den behandling jag fått	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
man har förklarat olika saker för mig på ett sätt jag förstod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jag har fått vara delaktig i beslut kring min vård eller de undersökningar som gjorts så mycket jag velat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
man har begärt mitt samtycke innan behandlingar eller undersökningar inletts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55. Har följande faktorer stört din tillgång till vård under de senaste 12 månaderna? Välj endast ett alternativ för varje rad.

	alltid	oftast	ibland	aldrig	gäller inte mig (jag har inte anlitat hälso- och sjukvårdstjänster)
jag hänvisades från ställe till ställe för att få mitt ärende behandlat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jag var tvungen att redogöra för min situation för flera anställda eller flera gånger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
öppettiderna var problematiska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
resan till vårdenheten var besvärlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
min egen ekonomiska situation påverkade tillgången till vård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tillgången till vård påverkades av att klientavgifterna var för höga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56. Anser du att du fått tillräckligt av följande hälsotjänster under de senaste 12 månaderna? Beakta både kommunala och privata serviceleverantörer.

	jag har inte behövt tjänsten eller förmånen	jag hade behövt tjänsten, men har inte haft tillgång till den	jag har använt tjänsten, men den har inte varit tillräcklig	jag har använt tjänsten, och den har varit tillräcklig
tjänster på en läkarmottagning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tjänster på sjukskötarens eller hälsovårdarens mottagning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tandläkartjänster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- nej
 ja

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

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

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

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

60. Har du under de senaste 12 månaderna anlitat någon av följande tjänster på grund av psykiska problem eller missbruk?

	nej	ja, på grund av psykiska problem	ja, på grund av missbruksrelaterade problem
vid hälsovårdscentralen, inom företags- hälsovården eller studerandehälsovården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
på en mentalvårdsbyrå eller psykiatrisk poliklinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
på en A-klinik, inom avgiftningsbehand- ling eller annan missbruksvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
på en privatmottagning (läkare, psykolog eller annan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
på ett psykiatriskt sjukhus eller annat sjukhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
annan vårdenhet, var: <hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nästa fråga gäller personer med en långvarig sjukdom. Om du inte har en långvarig sjukdom, kan du gå vidare till fråga 61.

61. Hur har följande saker genomförts vid behandlingen av din långvariga sjukdom?

Om du har flera sjukdomar, besvara frågan enligt den sjukdom som kräver mest behandling.

	alltid	oftast	ibland	aldrig	berör inte mig
information förmedlas mellan personalen vid min vårdenhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
information förmedlas mellan min vårdenhet och sjukhuset eller en annan enhet för specialiserad sjukvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
information förmedlas mellan hemsjukvården och den övriga hälso- och sjukvården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
information förmedlas mellan min vårdenhet och socialservicen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vi har kommit överens om hur jag själv ska behandla min sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
om du har flera sjukdomar: alla mina sjukdomar beaktas på ett övergripande sätt i vården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANLITANDE AV SOCIALSERVICE

62. Anser du att du fått tillräckligt av följande sociala tjänster eller förmåner under de senaste 12 månaderna? Ange också i den sista kolumnen vilken service du använde senast. Beakta både kommunala och privata serviceleverantörer.

	jag har inte behövt tjänsten eller förmånen	jag hade behövt tjänsten eller förmånen, men har inte haft tillgång till den	jag har använt tjänsten eller förmånen, men den har inte varit tillräcklig	jag har använt tjänsten eller förmånen, och den har varit tillräcklig	denna tjänst anlidade jag senast
vård och omsorg som erbjuds hemma (t.ex. hemvård, måltidsservice och andra stödtjänster, rehabiliteringstjänster, ändringsarbeten i hemmet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
annan äldreservice (t.ex. serviceboende, äldreboende, familjevård)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tjänster för personer med funktionsnedsättning (t.ex. färdtjänst, personlig assistans, ändringsarbeten i bostaden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
handledning och rådgivning av socialarbetare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
grundläggande utkomststöd från FPA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kompletterande och förebyggande utkomststöd från kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

63. Anser du att den avgift som togs ut för den socialservice du senast använde var skälig? Om du inte har behövt socialservice under de 12 senaste månaderna, gå vidare till fråga 65.

- ja
 nej
 ingen avgift togs ut för servicen

64. Hur länge var du tvungen att vänta för att få den socialservice du behövde?

Välj endast ett alternativ.

- inte alls eller mindre än en vecka
- 1–2 veckor
- 3–4 veckor
- över en månad, men under 3 månader
- 3 månader eller längre

65. Hur många gånger sammanlagt under de senaste 12 månaderna har du varit i kontakt med en socialarbetare eller socialhandledare?

	inte en enda gång	en gång	2–3 gånger	4–6 gånger	fler än 6 gånger
per telefon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
via internet (med en dator, smarttelefon eller annan enhet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

66. Hur har växelverkan med personalen löpt när du har använt socialservice under de 12 senaste månaderna? Välj endast ett alternativ för varje rad.

Utvärdera den service som du senast anlitat.

	alltid	oftast	ibland	aldrig	gäller inte mig (jag har inte anlitat socialservice)
personalen har bemött mig med respekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
man har förklarat olika saker för mig på ett sätt jag förstod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
man har tillbringat tillräckligt med tid med mig under besöken på mottagningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
personalen har gett mig tillräckligt med tid att ställa frågor om min egen situation och mina tjänster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jag har fått information om behandlingen av mitt ärende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jag har i den utsträckning jag velat fått delta i beslut i ärenden som berör mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

68. Har följande faktorer stört din tillgång till socialservice under de senaste 12 månaderna? Välj endast ett alternativ per rad.

	alltid	oftast	ibland	aldrig	gäller inte mig (jag har inte anlitat socialservice)
jag hänvisades från ställe till ställe för att få mitt ärende behandlat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jag var tvungen att redogöra för min situation för flera anställda eller flera gånger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
öppettiderna var problematiska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
resan till servicestället var besvärlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
min egen ekonomiska situation påverkade tillgången till service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tillgången till service påverkades av att klientavgifterna var för höga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

69. Har du anlitat socialservice du själv betalat för under de 12 senaste månaderna? Med socialservice avses till exempel tjänster för äldre, hemservice och tjänster för personer med funktionsnedsättning.

- ja
 nej

FINANSIERING AV OCH KOSTNADER FÖR SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDEN

70. I vilken mån önskar du att skattemedel används för att finansiera följande tjänster?

	mer än i nuläget	som i nuläget	mindre än i nuläget
hälso- och sjukvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
socialservice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
inkomstöverföringar, såsom sociala förmåner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

71. I vilken mån önskar du att klientens egna medel (i form av klientavgifter) ska användas för att finansiera följande tjänster?

	mer än i nuläget	som i nuläget	mindre än i nuläget
hälso- och sjukvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
socialservice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

72. Borde klientavgifterna differentieras enligt inkomster så att personer med stora inkomster betalar en större del av priset på tjänsten själv än personer med små inkomster?

	ja, absolut	kanske	nej
inom hälso- och sjukvården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
inom socialservicen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

73. Har du under de senaste 12 månaderna använt servicesedlar?

	ja	nej	jag vet inte	jag är inte säker
för att köpa hälso- och sjukvårdstjänster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
för att köpa socialservice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

74. Har du en privat sjukkostnadsförsäkring som ersätter kostnader för behandling av sjukdom i Finland, t.ex. privatläkares arvoden, läkemedelskostnader och vårdavgifter på sjukhus?

- ja
 nej, men jag funderat på att skaffa
 nej, har inte funderat på att skaffa

LEVNADSVANOR

Med följande två frågor (75 - 76) utreds dina motionsvanor. Om dina motionsvanor varierar beroende på årstid, välj det alternativ som bäst beskriver den genomsnittliga situationen.

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

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

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

Välj det alternativ som bäst stämmer in på dig.

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

77. Hur ofta har du ätit följande matvaror under de senaste 7 dagarna?

	en gång i veckan eller oftare	1–6 gånger i veckan	1–2 gånger per dag	3 gånger per dag eller oftare
färska grönsaker eller grönsallad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
upphettade grönsaker (ej potatis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
frukt eller bär	<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"/>

78. 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

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

	ingen	läkare eller tandläkare	hälsovårdare eller annan yrkesperson inom hälso- och sjukvården	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"/>

80. Tycker du att du sover tillräckligt?

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

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

- ja, dagligen
 sporadiskt
 nej, inte alls
 jag har aldrig rökt tobak

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

- nej (*du kan gå vidare till frågan 88*)
 ja

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

Välj det alternativ som bäst stämmer in på dig.

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

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

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

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

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

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

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

OLYCKOR OCH VÅLD

86. Använder du följande skydds- eller säkerhetsutrustning?

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

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

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

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

- nej
- ja, inomhus hemma, hur många gånger? _____ gånger
- ja, utomhus hemma, hur många gånger? _____ gånger
- ja, ute på gatan eller i annan offentlig miljö, hur många gånger? _____ gånger



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

Du kan välja flera alternativ.

	ingen	en obekant person eller en halvbe- kant	min nuvaran- de sambo, maka/make eller partner	en annan närstående person (annan familjemedlem, tidigare partner, vän, bekant, arbetskamrat)
hotat om fysiskt våld ansikte mot ansikte, per telefon eller via internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hållit fast, skuffat, knuffat eller slagit dig med öppen hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
slagit med knytnäven eller ett hårt föremål, tagit stryppgrepp eller använt något vapen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trakasserat dig genom sexuellt kränkande ord eller gärningar (t.ex. tafsande, smeknamn, oanständigt prat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- jag har fyllt i enkäten själv
- jag har fyllt i enkäten tillsammans med min partner
- jag har fyllt i enkäten tillsammans med en annan släkting
- jag har fyllt i enkäten tillsammans med en vårdare eller hemhjälp
- jag fick hjälp av någon annan _____
- någon annan har fyllt i enkäten för mig.

Vem? _____

TACK FÖR DITT SVAR!

Glöm inte att lösgör pärmbudet från enkätdelen innan utskick.

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





FinSote – НАЦИОНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ, БЛАГОСОСТОЯНИЯ И УРОВНЯ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

Убедительно просим Вас ответить на вопросы данной анкеты, желательно не позднее, чем в течение ближайших 10 дней, а затем вложить ответы в прилагаемый конверт и отправить по почте; почтовая марка не нужна

Вы можете также заполнить анкету в интернете по адресу www.thl.fi/finsote/vastaa, для регистрации Вам понадобится код анкеты, который находится в верхней части этой страницы. Пароль Вы найдете в сопроводительном письме.

ИНСТРУКЦИЯ ДЛЯ ОТВЕЧАЮЩИХ

- На вопросы необходимо отвечать следующим образом: Шариковой ручкой поставьте крестик в квадратике подходящего варианта ответа или внесите запрашиваемые данные в отведенное для них место.
-  Если Вы сделали пометку в квадратике ответа ошибочно, то просим Вас заштриховать весь квадратик.
- На каждый вопрос нужно выбрать только один, наиболее подходящий ответ, если в вопросе отдельно не указано, что можно выбрать несколько вариантов ответа.
- Некоторые вопросы снабжены дополнительными инструкциями, касающимися ответа. Помните, что необходимо ответить на все вопросы. Зафиксируйте также отрицательный ответ, поставив крестик в квадратике варианта «нет» или написав «0» в поле, отведенном для ответа.

ПРИМЕР 1.

По-вашему мнению, Ваше состояние здоровья в настоящее время

- очень хорошее
- довольно хорошее
- среднее--
- довольно плохое
- плохое

ПРИМЕР 2.

Ваш рост и вес в настоящее время

рост 1 6 5 cm

вес 6 2 kg

Дополнительная информация об исследовании:

www.thl.fi/finsote/osallistuvalla (на фин. яз.)

Бесплатный номер FinSote тел. 0800 97730 (с 9 до 11)

finsote-info@thl.fi

СОГЛАСИЕ

Я ознакомился с Информацией для участника исследования и получил достаточное разъяснение об исследовании и связанном с ним сборе, обработке, объединении и передаче информации. Я понимаю, что мое участие в исследовании является добровольным. Вы можете позднее отозвать свое согласие, обратившись в Национальный институт здравоохранения и социального благосостояния.

- Я даю свое согласие на то, чтобы мои ответы могли объединить с регистрационными данными, указанными в информационной части

УСЛОВИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

1. В настоящий момент Вы

- женаты/замужем или зарегистрированная пара
- гражданский брак
- раздельное проживание или в разводе
- вдовец/вдова
- не женат/не замужем

2. Сколько лет в общей сложности Вы учились в школе и других учебных заведениях очно? Сюда включается начальная школа и основная школа.

_____ лет

3. Вы живете одни?

- да
- нет

4. В настоящее время Вы в основном:

Выберите наиболее подходящий для Вас вариант

- работаете полный рабочий день
- работаете неполный рабочий день
- вышли на пенсию по возрасту
- на пенсии по нетрудоспособности или проходите курс реабилитации
- на частичной пенсии
- безработный или в вынужденном отпуске, длительность настоящего периода в месяцах: _____ месяцев
- в отпуске по уходу за ребенком
- студент/ка
- что-то другое, что: _____

5. Случалось ли Вам в течение последних 12 месяцев:

	нет	да
бояться, что у Вас закончится еда до того, как появятся деньги для покупки продуктов	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
отказываться от приобретения лекарств из-за нехватки денег	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
отказываться от посещения врача из-за нехватки денег	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Имеются ли в непосредственной близости от Вашего дома следующие факторы, и насколько они Вам мешают?

	не имеются	имеются, но не мешают	немного мешают	сильно мешают
опасные перекрестки и /или дороги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
скользкие зимой пешеходные дорожки	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
плохо освещенные дороги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
шум, запах или пыль от транспортного движения или промышленного предприятия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
большое расстояние до мест предоставления медицинских услуг	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
большое расстояние до мест предоставления других услуг (напр., магазины)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
плохо организованный общественный транспорт	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

При ответе на следующие вопросы (7 - 9) просим Вас подумать о Вашей жизни в течение последних двух недель.

7. Как Вы оцениваете качество своей жизни?

- очень плохая
 плохое
 не хорошо и не плохо
 хорошее
 очень хорошая

8. Насколько Вы довольны:

	очень недоволен	недоволен	не определился / не определилась	доволен	очень доволен
своим здоровьем	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
своей способностью справляться с ежедневными делами	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
собой	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
отношениями с другими людьми	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
условиями жизни в своем жилом районе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Как Вы в течение последних двух недель оценивали свои возможности по следующим вопросам

	никогда	мало	умеренно	почти достаточно	вполне достаточно
достаточно ли у Вас энергии для повседневной жизни?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
достаточно ли у Вас денег для удовлетворения своих потребностей?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ВОВЛЕЧЕННОСТЬ И РАБОТОСПОСОБНОСТЬ

10. Как часто Вы вступаете в контакт со своими друзьями и родственниками, которые не живут с вами в одном домохозяйстве, используя следующие способы?

	ежедневно или почти каждый день	1-3 раза в неделю	1-3 раза в месяц	реже, чем раз в месяц	никогда
при личной встрече	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
по телефону	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
по интернету (напр. ,электронная почта, чат, скайп, фейсбук и т.д.) или по почте	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Участвуете ли Вы в деятельности какого-либо кружка, организации, общества, группы по интересам или сообщества духовного или интеллектуального характера (например, спортивное общество, общественная деятельность жителей дома или района, партия, хор, церковная община)?

- нет
 да, активно
 да, иногда

12. Чувствуете ли Вы себя одиноким:

- никогда
 очень редко
 иногда
 довольно часто
 постоянно

13. Оцените свои возможности получить помощь от Ваших близких в случае, если Вам понадобится помощь или поддержка. Можете отметить один или несколько вариантов ответа на каждый вопрос.

	супруг/а, партнёр	кто-либо из близких родственников	близкий друг	близкий коллега по работе	близкий сосед	кто-либо из близких	никто
Кто, по Вашему убеждению, на самом деле не останется равнодушным, что бы с Вами ни случилось?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
От кого Вы получаете практическую помощь, когда она Вам необходима?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Помогаете ли Вы регулярно кому-либо из живущих с Вами в одном домохозяйстве людей справиться в быту, если у них нет сил или они больны? Можете выбрать несколько вариантов ответа.

- нет (можете перейти к вопросу 16)
 да, супруге/у
 да, детям или внукам
 да, родителям, своим или супруга/и
 да, дедушкам и бабушкам, своим или супруга/и
 другим людям, кому? _____

15. Являетесь ли Вы официально лицом, ухаживающим за больным родственником? (договор заключен)

- нет
 да

16. Способны ли Вы обычно к следующим достижениям?

	могу без проблем	могу, но возникают некоторые трудности	могу, но для меня это очень трудно	нет, не могу
пробежать небольшое расстояние (около ста метров, 100 м)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
пройти полкилометра без остановок для отдыха	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
читать обычный газетный текст (в очках или без очков)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
слышать, о чем говорят в группе из нескольких человек (со слуховым аппаратом или без него)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Следующие вопросы касаются Вашей памяти, обучаемости и способности концентрироваться:

	очень хорошо	хорошо	удовлетворительно	плохо	очень плохо
моя память работает	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
я воспринимаю новую информацию и обучаюсь новым навыкам без усилий	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
обычно я могу сосредоточиться на делах	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Предположим, что Ваша максимальная работоспособность равняется 10 баллам. Какое количество баллов Вы дали бы своей теперешней трудоспособности при шкале 0-10?

Отметьте галочкой цифру, соответствующую оценке Вашей трудоспособности

Полное отсутствие работоспособности	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Максимальная работоспособность
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

19. Считаете ли Вы, что сможете по состоянию здоровья работать по профессии до достижения пенсионного возраста?

- нет
 наверное, нет
 наверное, да
 да
 я на пенсии

ЗДОРОВЬЕ

20. Каков Ваш рост? _____ в сантиметрах, обозначьте с точностью до см

21. Сколько Вы весите в легкой одежде? _____ в килограммах, обозначьте с точностью до килограмма

22. Как Вы считаете, в настоящее время Ваше состояние здоровья

- хорошее
 довольно хорошее
 среднее
 довольно плохое
 плохое

23. Имеется ли у Вас какое-либо хроническое заболевание или другая затяжная проблема со здоровьем?

- да
 нет (можете перейти к вопросу 26)

24. Требуется ли Ваше хроническое заболевание или проблема со здоровьем регулярного лечения и наблюдения у медицинских специалистов (например, врача или медсестры)?

- да
 нет (можете перейти к вопросу 26)

25. Для Вас составлен план лечения, где указаны цели лечения и наблюдения за их осуществлением?

- да
 нет
 не знаю

26. Ограничивает ли какая-либо проблема со здоровьем Вашу способность выполнять обычные присущие людям действия?

- серьезно ограничивает
 ограничивает, но не серьезно
 вообще не ограничивает (можете перейти к вопросу 28)

27. Появлялись ли такие ограничения в течение как минимум последних шести месяцев?

- да
 нет

28. Были ли у Вас следующие обнаруженные врачом или пролеченные заболевания в течение последних 12 месяцев?

	да
повышенное кровяное давление, гипертония	<input type="checkbox"/>
повышенный уровень холестерина в крови	<input type="checkbox"/>
остеохондроз, ишиас или другие болезни спины	<input type="checkbox"/>
депрессия	<input type="checkbox"/>
другая проблема с психическим здоровьем	<input type="checkbox"/>
астма	<input type="checkbox"/>
диабет	<input type="checkbox"/>
алкогольная или какая-либо другая зависимость	<input type="checkbox"/>
ничего из названных выше заболеваний	<input type="checkbox"/>

Следующие пять (5) вопросов касаются Вашего самочувствия в течение последних 4 недель. В каждом вопросе отметьте тот вариант, который наиболее близко описывает Ваше состояние.

29. Сколько времени в течение последних 4 недель: Выберите только один вариант в каждой строке

	все время	большую часть времени	значительную часть времени	некоторое время	недолго	такого не было
Вы очень нервничали	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
У Вас было настолько подавленное настроение, что ничто не могло Вас взбодрить	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вы чувствовали себя спокойным и умиротворённым	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вы чувствовали себя грустным и подавленным	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вы были счастливы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Следующие вопросы касаются мыслей и чувств, связанных с причинением вреда самому себе. Некоторые люди сталкиваются в жизни с трудными ситуациями, которые могут вызывать у них подобные мысли и чувства.

30. Появлялись ли у Вас мысли о самоубийстве в течение последних 12 месяцев?

- нет
 да

УСЛУГИ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

31. Что Вы думаете по поводу следующих утверждений, касающихся услуг здравоохранения?

Под услугами здравоохранения подразумеваются услуги, предоставляемые как поликлиниками, так и больницами. Выберите в каждом ряду только один вариант ответа.

	совершенно согласен / согласна	отчасти согласен / согласна	и не за, и не против	отчасти не согласен / не согласна	совершенно не согласен / не согласна
В Финляндии услуги здравоохранения в целом функционируют хорошо	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
я доверяю профессионализму и квалификации работников сферы здравоохранения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги в сфере здравоохранения увеличивают общественное равноправие и справедливость	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Что Вы думаете по поводу следующих утверждений, касающихся услуг социального обеспечения? Под услугами социального обеспечения подразумеваются, например, услуги для престарелых, семей с детьми, услуги по уходу на дому, услуги для инвалидов, консультации социального работника, инструктора или куратора и социальное пособие для поддержки доходов. Выберите в каждом ряду лишь один вариант ответа.

	совершенно согласен / согласна	отчасти согласен / согласна	и не за, и не против	отчасти не согласен / не согласна	совершенно не согласен / не согласна
В Финляндии услуги социального обеспечения в целом функционируют хорошо	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
я доверяю профессионализму и квалификации работников сферы социального обеспечения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги в сфере социального обеспечения увеличивают общественное равноправие и справедливость	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. На сколько вы согласны со следующими утверждениями? Выберите лишь один вариант ответа в каждой строке. Я уверен/а, что при необходимости получу...

	совершенно согласен / согласна	отчасти согласен / согласна	и не за, и не против	отчасти не согласен / не согласна	совершенно не согласен / не согласна
неотложную помощь и лечение при внезапной серьезной болезни	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
регулярное лечение и контроль при хроническом заболевании (напр., повышенное кровяное давление)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги для инвалидов (напр., транспортные услуги, индивидуальная помощь, услуги по реконструкции жилья)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги для семей с детьми (напр. служба защиты детей, консультации по воспитанию и семейные консультации, услуги на дому)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
консультацию социального работника или социального инструктора	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
пособие по базовому обеспечению Kela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
дополнительное и превентивное пособие по обеспечению прожиточного минимума, выплачиваемое муниципалитетом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Система здравоохранения и социального обеспечения находится в стадии реорганизации. Реорганизация направлена на достижение целого ряда различных целей. Насколько важными Вы считаете следующие вопросы? Укажите три наиболее важных, по Вашему мнению, цели

это одна из трех наиболее важных целей	
базовые услуги (напр., услуги поликлиники и социального обеспечения)	<input type="checkbox"/>
проблемы клиента решаются гибко, и обмен информации между специалистами происходит бесперебойно	<input type="checkbox"/>
увеличиваются возможности выбора для пациентов и клиентов (напр., места лечения или ухода)	<input type="checkbox"/>
все жители Финляндии на равных условиях при необходимости получают доступ к услугам (уровень доходов, место жительства, происхождение и прочие факторы не влияют)...	<input type="checkbox"/>
увеличивается собственная ответственность за состояние своего здоровья и благополучия, а также за здоровье и благополучие близких	<input type="checkbox"/>
по всей стране действуют одинаковые способы предоставления услуг и лечения	<input type="checkbox"/>
затраты на услуги сферы здравоохранения и социального обеспечения находятся под контролем	<input type="checkbox"/>

35. Далее мы спросим Вас о том, каким образом обычные люди и клиенты могут привлечь внимание к своей точке зрения и опыту, а также принять участие в развитии услуг. Насколько важны, по Вашему мнению, перечисленные далее факторы, и есть ли у Вас опыт личного участия в подобном?

	очень важно	довольно важно	не очень важно	совсем не важно	не могу сказать	я принимал/а участие следующим образом
возможность повлиять на свое лечение или обслуживание	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
впечатления и отзывы пользователей услуг регулярно собираются посредством, например, опросов клиентов	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
жители и клиенты принимают участие в планировании услуг, их развитии и оценке (например, клиентские совещательные панели и совместные проекты по развитию вместе с сотрудниками)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
обычных людей привлекают к процессу принятия решений по поводу услуг (напр., руководящие группы больниц)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

СВОБОДА ВЫБОРА

С начала 2014 года у живущих в Финляндии расширились возможности для выбора места лечения в рамках общественного здравоохранения (поликлиника или больница). Далее мы зададим Вам несколько вопросов, касающихся свободы выбора.

36. Известно ли Вам, что по закону Вы имеете право:

	нет	да
выбирать для себя любую поликлинику на территории всей Финляндии?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
выбрать вместе со своим лечащим врачом место специализированного лечения (больницу) на территории всей Финляндии?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
выбрать своего лечащего врача, медсестру или соответствующего специалиста здравоохранения (напр., физиотерапевта, психолога, логопеда) в пределах возможностей?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
обратиться за медицинскими услугами в другую страну ЕС?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. Вы пользовались возможностью менять поликлинику (общественное здравоохранение) в течение последних 12 месяцев? Медицинская услуга относится к сфере общественного здравоохранения и в том случае, если по решению муниципалитета определенные медицинские услуги поликлиники предоставляются частным учреждением.

- я не пользовался/лась услугами поликлиники в течение последних 12 месяцев
- я не менял/а поликлинику
- я поменял/а поликлинику на, поменял/а
- другую поликлинику на территории моего муниципалитета
 - другую поликлинику на территории другого муниципалитета в Финляндии
 - другую поликлинику на территории другой страны ЕС

38. Вы пользовались возможностью выбирать или менять больницу (общественное здравоохранение) в течение последних 12 месяцев? Медицинская услуга относится к сфере общественного здравоохранения и в том случае, если по решению муниципалитета определенное больничное лечение предоставляется частным учреждением.

- я не нуждался/не нуждалась в лечении или исследовании
- я не выбирал/а и не менял/а больницу
- да, я выбрал/а или поменял/а больницу, выбрал/а
- ближайшую больницу, предоставляющую лечение, в котором я нуждаюсь
 - другую больницу на территории Финляндии, предоставляющую лечение, в котором я нуждаюсь
 - другую больницу на территории другой страны ЕС, предоставляющую лечение, в котором я нуждаюсь

39. Вы обдумываете возможность поменить в ближайшее время Вашу...

	нет	возможно	да
поликлинику	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
больницу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. Что Вы думаете по поводу следующих утверждений? Выберите лишь один вариант ответа в каждой строке. Для меня важно, что я могу самостоятельно выбрать...

	совершенно согласен / согласна	отчасти согласен / согласна	и не за, и не против	отчасти не согласен / не согласна	совершенно не согласен / не согласна
поликлинику	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
больницу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
врача	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
медсестру	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. У меня есть варианты, из которых я могу выбрать по-настоящему наиболее предпочтительную для себя...

	много	несколько	нет вариантов выбора
поликлинику	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
больницу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
врача	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
медсестру	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. Что Вы думаете по поводу следующих утверждений? Выберите лишь один вариант ответа в каждой строке. У меня достаточно информации для выбора места своего лечения ...

	совершенно согласен / согласна	отчасти согласен / согласна	и не за, и не против	отчасти не согласен / не согласна	совершенно не согласен / не согласна
о качестве медицинского лечения в различных лечебных учреждениях (напр., успешность процедур, безопасность пациентов)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
об удовлетворенности клиентов в различных лечебных учреждениях (хорошее обращение, возможность повлиять на собственное лечение, конфиденциальность)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
о длительности ожидания в очереди в различных лечебных учреждениях (напр., на прием к врачу или медсестре)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
о наборе услуг в различных лечебных учреждениях (какие услуги можно получить в данном учреждении)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
о том, как нужно поступать, если я хочу поменять поликлинику	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
о том, как нужно поступать, если я хочу поменять больницу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. Далее перечислены факторы, которые люди могут обдумывать при выборе поликлиники. Выберите три наиболее важных для Вас фактора, влияющих на выбор.

	Выберите три важнейших фактора
хорошее место расположения поликлиники	<input type="checkbox"/>
хорошая транспортная доступность (на общественном транспорте или собственном автомобиле, также парковочные места)	<input type="checkbox"/>
доступность врачебных консультаций (бронирование времени)	<input type="checkbox"/>
доступность консультаций медсестры / фельдшера (бронирование времени)	<input type="checkbox"/>
часы работы поликлиники	<input type="checkbox"/>
хорошее качество лечения в поликлинике	<input type="checkbox"/>
поликлиника специализированна в области услуг, в которых я нуждаюсь	<input type="checkbox"/>
продолжительное лечение определенным врачом или медсестрой	<input type="checkbox"/>
уютность помещений	<input type="checkbox"/>
беспрепятственность передвижения: напр., автоматически открывающиеся двери, ровные дорожки, а также четкость указателей и инструкций	<input type="checkbox"/>
получение услуг трудового здравоохранения в том же месте	<input type="checkbox"/>
другое основание, какое? _____	<input type="checkbox"/>

44. Насколько важным Вы считаете то, что можете выбрать частные услуги здравоохранения по той же стоимости, что и услуги общественного здравоохранения? Выберите только один вариант ответа.

- очень важно
 довольно важно
 не очень важно
 совсем не важно
 не могу сказать

45. Возможность выбора относится в настоящее время, главным образом, к услугам здравоохранения. Насколько важным Вы считаете расширение возможностей выбора также на...

	очень важно	довольно важно	не очень важно	совсем не важно	не могу сказать
услуги для престарелых	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
другие услуги сферы социального обеспечения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕКТРОННЫХ УСЛУГ

46. Пользуетесь ли Вы...

	да	нет
Интернетом дома, на работе, в библиотеке или в другом месте?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
банковскими кодами или мобильным идентификатором для электронной удостоверения личности в Интернете?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. Каким был Ваш опыт использования Интернета в следующих вопросах?

	С учетом моего опыта Интернет в данном вопросе был			
	очень полезен	довольно полезен	бесполезен	я не пользовался /не пользовалась
Поиски информации о заболеваниях, симптомах и здоровом образе жизни (как называется эта услуга?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги групп взаимопомощи (например, группа похудения), консультации по поводу здорового образа жизни и прочая самопомощь	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
приобретение услуг сферы здравоохранения и социального обеспечения (напр., бронирование времени, получение рецептов и результатов лабораторных анализов, получение решений о социальных услугах и льготах)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
сравнение качества, стоимости и очередей в отношении услуг и лечебных учреждений	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УСЛУГ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

48. Сколько раз в течение последних 12 месяцев Вы были из-за своей болезни (или беременности или родов) на приеме у врача, у фельдшера или медсестры, или врач или медсестра приходили к Вам домой: Если не были ни разу, укажите 0 раз. Здесь не учитываются те случаи, когда Вы лежали в больнице.

	на приеме у врача	на приеме у фельдшера или медсестры
в пункте базового здравоохранения (не включая посещения стоматолога)	раз	раз
в частной поликлинике	раз	раз
в пункте трудового здравоохранения	раз	раз
в поликлинике при больнице	раз	раз
в пункте базового здравоохранения у стоматологической медсестры	раз	раз
у частного стоматолога	раз	раз

49. Сколько раз за последние 12 месяцев Вы обращались к специалистам сферы здравоохранения:

	ни разу	один раз	2-3 раза	4-6 раз	более 6 раз
По телефону					
с врачом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
с фельдшером или медсестрой	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
с другим медицинским работником	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Через Интернет (на компьютере, мобильном или другом устройстве)					
с врачом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
с фельдшером или медсестрой	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
с другим медицинским работником	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50. При использовании медицинских услуг Вас обычно обслуживают одни и те же...

	всегда	часто	иногда	никогда
врач	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
медсестра	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51. Вы находились на лечении в стационаре (включая больничную палату поликлинического отделения) в течение последних 12 месяцев?

- да
 нет

52. Вспомните свои впечатления от полученного в течение последних 12 месяцев лечения. Насколько правдивы перечисленные ниже утверждения были в Вашем случае?

	всегда	зачастую	иногда	никогда	это не относится ко мне
я легко связался /связалась с лечебным учреждением	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
я достаточно быстро получил/а доступ к лечению	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
я достаточно быстро получил/а доступ к исследованиям (напр., лабораторные анализы, рентген, ультразвуковое обследование)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
исследования и лечение были проведены с соблюдением неприкосновенности моей частной жизни	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
посещения лечебного заведения были для меня полезны	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
мой вопрос решался без проволочек и обмен информацией проходил между профессионалами гибко	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53. Вспомните свои впечатления от контактов с медперсоналом (врачи, медсестры или другой лечащий персонал) в течение последних 12 месяцев. Насколько правдивы перечисленные ниже утверждения были в Вашем случае?

	всегда	зачастую	иногда	никогда	это не относится ко мне
медперсонал относился ко мне с уважением	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
беседы с медперсоналом велись так, что посторонние не могли услышать разговор	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
мои данные обрабатывались с соблюдением условий конфиденциальности	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
медперсонал на приеме уделял мне достаточно времени	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
мне было предоставлено достаточно времени, чтобы задать вопросы, касающиеся состояния моего здоровья или полученного лечения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
вопросы объясняли мне понятным языком	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
у меня была возможность принимать участие в своем лечении или принятии решений по поводу проведенных исследований в той мере, в которой мне хотелось	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
медперсонал спрашивал мое согласие перед началом лечения или исследования	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54. Затрудняли ли следующие эпизоды получение Вами лечения в течение последних 12 месяцев? Выберите в каждом ряду лишь один вариант ответа.

	всегда	зачастую	иногда	никогда	это не относится ко мне
меня перенаправляли из одной точки в другую для решения моего вопроса	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
я был /а вынужден /а объяснять свою ситуацию многим работникам и много раз	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
часы работы лечебного учреждения были очень неудобными	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
лечебное заведение находилось в очень неудобном для меня месте	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
собственная финансовая ситуация затруднила получение мною лечения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
слишком высокие клиентские цены затруднили получение мною лечения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55. Как Вы считаете, Вы получали в достаточной мере следующие социальные и медицинские услуги или льготы в течение последних 12 месяцев Учтите услуги, предоставляемые муниципалитетом и частными поставщиками услуг

	не было необходимости	потребность в услуге была, но услуга не была предоставлена	я воспользовался/использовалась, но услуга была недостаточной	я воспользовался/использовалась, услуга была достаточной
услуги, предоставляемые на приеме у врача	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги, предоставляемые на приеме у медсестры или фельдшера	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги стоматолога	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56. Делали ли Вам прививку от гриппа в течение последних 12 месяцев?

- нет
 да

57. Когда медицинский работник в последний раз измерял у Вас:

Выберите только один вариант в каждой строке

	в течение последних 12 месяцев	1–5 лет назад	более 5 лет назад	никогда	не знаю
кровенное давление	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
уровень холестерина в крови	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
содержание сахара в крови	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
объем талии	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
вес	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

58. Проходили ли Вы следующие обследования и лабораторные исследования в течение последних 5 лет:

	нет	да, в течение последнего (1) года	да, в течение последних 1–5 лет
маммография (скрининг рака молочной железы) для женщин	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAPA-тест для женщин (мазок для теста на рак шейки матки)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
анализ крови и определение значения PSA для исследования предстательной железы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

59. Обращались ли Вы в течение последних 12 месяцев по поводу проблем с психическим здоровьем или употреблением психоактивных веществ:

	нет	да, по поводу проблем с психическим здоровьем	да, по поводу проблем, связанных с употреблением психоактивных веществ
в поликлинику, в пункт трудового здравоохранения или студенческий медпункт	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в отделение психического здоровья или в психиатрическую поликлинику	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в А-клинику, отделение дезинтоксикационной терапии или другое наркологическое отделение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в частную клинику (к врачу, психологу или другое место)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в психиатрическую или другую больницу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в другие места, где:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Следующий вопрос касается людей с хроническими заболеваниями. Если у Вас нет хронических заболеваний, можете перейти к вопросу 61.

60. Как следующие вопросы решались в связи с лечением Вашего хронического заболевания? Если у Вас несколько заболеваний, то выберите вариант заболевания, которое требует лечения больше всего.

	всегда	зачастую	иногда	никогда	это не относится ко мне
информация беспрепятственно передается в среде медперсонала моего лечебного заведения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
информация беспрепятственно передается из моего лечебного заведения в больницу или иное место специализированного лечения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
информация беспрепятственно передается между персоналом лечения на дому и другим медперсоналом системы здравоохранения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
информация беспрепятственно передается в среде медперсонала моего лечебного заведения и персоналом социального обеспечения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
со мной оговорено, каким образом я буду проводить лечение своего заболевания самостоятельно	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
если имеется ряд заболеваний: все мои заболевания во время лечения принимаются во внимание полностью	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УСЛУГ СФЕРЫ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

61. Как Вы считаете, Вы получили в достаточной мере следующие социальные услуги или льготы в течение последних 12 месяцев? Отметьте так же самую последнюю из представленных Вам услуг в последнюю ячейку. Учтите услуги, предоставляемые муниципалитетом и частными поставщиками.

	не было необходимости	потребность в услуге была, но льготу не получили	услугой или льготой пользовались, но она была недостаточной	услугой или льготой пользовались, она была достаточной	это была последняя услуга, которой я пользовался/пользовалась
услуги для инвалидов (напр. транспортные услуги, персональная помощь, организация безбарьерной среды на дому)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
другие услуги для семей с детьми (напр. служба защиты детей, консультации по воспитанию и семейные консультации, социальное обслуживание на дому)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
консультации социального работника	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
координация предоставления услуг и консультирование	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
поддерживающие услуги лицам, ухаживающим за близкими (напр. возможность отдохнуть)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
пособие по уходу за близким	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
пособие по базовому обеспечению Kela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
дополнительное и превентивное пособие по обеспечению прожиточного минимума, выплачиваемое муниципалитетом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

62. По Вашему мнению, была ли плата за последнюю использованную Вами социальную услугу умеренной? Если в течение последних 12 месяцев у вас не возникло потребности в услугах социального обеспечения, можете перейти к вопросу 65.

- да
 нет
 услуга была бесплатной

63. Как долго Вам пришлось ожидать получения требуемой социальной услуги? Выберите лишь один вариант

- ждать не потребовалось или менее недели
 1-2 недели
 3-4 недели
 больше месяца, но менее 3-х месяцев
 3 месяца или более

64. Сколько раз за последние 12 месяцев Вы обращались к социальным работникам или консультантам?

	ни разу	один раз	2–3 раза	4–6 раз	более 6 раз
По телефону	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Через Интернет (на компьютере, мобильном или другом устройстве)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65. Оцените насколько успешно прошло взаимодействие с персоналом, когда Вы пользовались услугами социального обеспечения в течение последних 12 месяцев? Выберите лишь один вариант ответа в каждой строке. Оцените последнюю из полученных услуг.

	всегда	зачастую	иногда	никогда	это не относится ко мне
персонал обращался со мной вежливо	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
мне объясняли вопросы понятным образом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
мне уделили достаточно времени на приеме	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
персонал предоставил мне достаточно времени, чтобы задать вопросы по поводу моей ситуации и услуг	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
я получил /а информацию о продвижении моего дела	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
у меня была возможность участвовать в принятии решений по поводу касающихся меня вопросов в той мере, в которой мне хотелось	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

66. Какие утверждения лучше всего описывают Ваши впечатления от социальных услуг, полученных Вами в течение последних 12 месяцев? Оцените последнюю из полученных услуг

	всегда	зачастую	иногда	никогда	это не относится ко мне
я достаточно быстро получил/а услугу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
окончательный результат полученной услуги соответствовал потребности	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
мой вопрос решался без проволочек и обмен информации между профессионалами проходил гибко	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

67. Затрудняли ли следующие факторы получение Вами социальных услуг в течении последних 12 месяцев? Выберите лишь один вариант ответа в каждой строке.

	всегда	зачастую	иногда	никогда	это не относится ко мне
меня перенаправляли из одного сервисного центра в другой для решения моего вопроса	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
мне пришлось объяснять свою ситуацию нескольким сотрудникам или много раз	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
часы работы были очень неудобными	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
до сервисного центра было тяжело добираться	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
моя финансовая ситуация затруднила получение услуг	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
слишком высокие цены на услуги затруднили получение услуг	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

68. Вы пользовались частными социальными услугами за свой счет в течение последних 12 месяцев? Под социальными услугами подразумеваются, например, услуги для престарелых и услуги по уходу на дому или услуги для инвалидов.

- да
 нет

ФИНАНСИРОВАНИЕ И ЗАТРАТЫ НА УСЛУГИ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

69. В какой мере Вы хотели бы направить средства от поступления налогов на финансирование следующих услуг?

	больше нынешнего	в нынешней мере	меньше нынешнего
на услуги здравоохранения и медицинские услуги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
на социальные услуги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
на перемещение доходов, как например, на оплату социальных льгот	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

70. В каком объеме, по Вашему мнению, клиент должен сам оплачивать услуги, которые ему предоставляются?

	больше нынешнего	в нынешней мере	меньше нынешнего
на услуги здравоохранения и медицинские услуги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
на социальные услуги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

71. Считаете ли Вы, что плата за услуги должна варьироваться в зависимости от дохода таким образом, чтобы клиенты с более высоким доходом самостоятельно оплачивали большую часть стоимости услуги по сравнению с теми, кто имеет более низкий доход?

	безусловно да	возможно да	нет
услуги здравоохранения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
социальные услуги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

72. Вы использовали ваучер на обслуживание в течение последних 12 месяцев?

	да	нет	не знаю
на приобретение услуг здравоохранения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
на приобретение социальных услуг	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

73. Вы приобрели частную медицинскую страховку, которая компенсирует затраты на лечение болезни в Финляндии, как например, гонорары частных врачей, расходы на лекарства и плату за лечение в больнице?

- да
 нет, но я намеревался/ намеревалась
 нет, и не намеревался/ не намеревалась

ОБРАЗ ЖИЗНИ

Следующие три вопроса (74 - 76) посвящены Вашей двигательной активности по дороге на работу и в свободное время. Если Ваша двигательная активность зависит от времени года, выберите вариант, который лучше всего описывает ситуацию в среднем.

74. Как много Вы двигаетесь и нагружаете себя физически в свое свободное время?

Не учитывайте двигательную активность по дороге на работу

- читаю, смотрю телевизор и занимаюсь делами, которые физически почти не утомляют
 хожу, катаюсь на велосипеде или делаю легкую работу по дому и во дворе и т.д. несколько часов в неделю
 я по-настоящему увлекаюсь физической активностью с целью укрепления здоровья или занимаюсь спортом, например, бегом, ходьбой на лыжах, плаванием или игрой в мяч несколько часов в неделю

75. Как часто в свободное время Вы активно двигаетесь в течение не менее получаса, так что дыхание начинает учащаться и появляется потоотделение? Не учитывайте дорогу на работу

- ежедневно
 4–6 раз в неделю
 3 раза в неделю
 2 раза в неделю
 один раз в неделю
 2–3 раза в месяц
 несколько раз в год или реже
 я не могу активно двигаться из-за травмы или болезни

76. Сколько минут Вы идете пешком или едете на велосипеде на работу и с работы?

Внимание! Имеется в виду общее время, которое Вы затрачиваете на дорогу туда и обратно

- я не работаю или работаю на дому
 при следовании на работу и с работы я пользуюсь автомобильным транспортом
 до 15 минут в день
 15-30 минут в день
 30-60 минут в день
 более часа в день

77. Как часто Вы употребляли следующие продукты в течение последних 7 дней?

	один раз в неделю или реже	1–6 раз в неделю	1–2 раза в день	3 раза в день или чаще
сырые овощи или овощные салаты	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
овощи после тепловой обработки (не картофель)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
фрукты или ягоды	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
сливочное масло или смеси сливочного и растительных масел (напр., Oivariini)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

78. Как часто Вы обычно чистите зубы / протез?

- чаще, чем два раза в день
 два раза в день
 один раз в день
 реже, чем каждый день
 никогда

79. Предлагал ли Вам кто-либо из перечисленных ниже людей в течение последних 12 месяцев

Можете выбрать несколько вариантов ответа.

	никто	врач или стоматолог	медсестра или другой медицинский работник	член семьи	кто-то другой
больше двигаться	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
перейти на здоровое питание по медицинским показаниям	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
похудеть	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
снизить употребление алкоголя	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
бросить курить	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

80. По-вашему мнению, Вы спите достаточно?

- да, почти всегда
 да, часто
 редко или почти никогда
 не могу сказать

81. Курите ли Вы в настоящее время (сигареты, сигары или трубку)?

- да, ежедневно
 время от времени
 нет, не курю
 я никогда не курил (-а)

82. Употребляете ли Вы в настоящее время следующие продукты?

	ежедневно	иногда	никогда	Никогда не пользовался
Снюс	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
электронные сигареты, содержащие никотин	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
электронные сигареты без никотина	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
продукты для никотинозамещающей терапии	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
рецептурные лекарства, назначенные для прекращения курения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
каннабис (гашиш, марихуана)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

83. Вы употребляли алкогольные напитки в течение последних 12 месяцев?

- нет (можете перейти к вопросу 87)
 да

84. Как часто Вы пьёте пиво, вино или другие алкогольные напитки? Учитывайте и те случаи, когда Вы выпиваете небольшое количество, напр., бутылку пива со средним содержанием алкоголя или глоток вина. Выберите наиболее близкий Вам вариант.

- никогда
 примерно один раз в месяц или реже
 2-4 раза в месяц
 2-3 раза в неделю
 4 раз в неделю или чаще

85. Сколько доз алкоголя Вы обычно выпивали в те дни, когда употребляли алкоголь?

Обратите внимание на следующие примеры.

- 1-2 дозы
 3-4 дозы
 5-6 доз
 7-9 доз
 10 или больше

Одна доза алкоголя — это:
 бутылка (330 мл) пива крепостью 2,8%-4,7% или сидра, или бокал (120 мл) вина, или маленький бокал (80 мл) крепленого вина, или рюмка (40 мл) крепкого напитка

86. Как часто Вы выпивали за один раз шесть или больше доз?

- никогда
 реже, чем раз в месяц
 раз в месяц
 один раз в неделю
 ежедневно или почти каждый день

ПРИМЕРЫ:
 Кружка пива крепостью 2,8 %-4,7 % или сидра 0,5 л = 1,5 дозы
 Кружка пива крепостью 5,0 %-5,5 % или крепкого сидра 0,5 л = 2 дозы
 Бутылка вина (12%) 0,75 л = 6 доз
 Бутылка крепкого напитка 0,5 л = 13 доз

НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ И НАСИЛИЕ

87. Пользуетесь ли Вы следующими защитными средствами?

	всегда	часто	иногда	абсолютно нет	это не относится ко мне
шлем при езде на велосипеде	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ремень безопасности на заднем сидении автомобиля	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
поплавок/спасательный жилет при катании на лодке	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
шипованная обувь или средства защиты от скольжения при хождении по скользкой дороге	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
светоотражатель в темное время суток	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

88. Совершал ли кто-либо в отношении Вас насильственные действия в течение последних 12 месяцев? Можете выбрать несколько вариантов

	никто	неизвестный или полужнакомый	нынешний партнер или супруг/а или друг/подруга	другой хорошо знакомый человек (другой член семьи, бывший супруг/а, друг, знакомый, товарищ по работе)
угрожал/а физической расправой лично, по телефону или в Интернете	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
не давал/а Вам пройти, хватал/а, толкал/а, пихал/а или давал/а пощечину	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
бил/а кулаком или твердым предметом, пинал/а, душил/а или использовал/а какое-либо оружие	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
подвергал/подвергала Вас посягательствам сексуального характера в словесной или физической форме (например, прикосновения, обзывательства, двусмысленные фразы)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
принуждал/а или пытался/пыталась принудить к половому акту или другой сексуальной близости	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Следующие три вопроса касаются только женщин.

(для МУЖЧИН ОПРОС ЗДЕСЬ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ)

89. Сколько раз Вы рожали?

- ни одного
 всего: _____ родов (количество)

91. Были ли у Вас беременности, закончившиеся выкидышем, или внематочные беременности?

- нет
 да _____ сколько

90. Были ли у Вас прерывания беременности (аборты)?

- нет
 да _____ сколько

СПАСИБО ВАМ ЗА ОТВЕТЫ.

Не забудьте оставить себе титульный лист, прежде чем отправить анкету.

С результатами можете ознакомиться по адресу www.thl.fi/finsote

FinSote – НАЦИОНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ, БЛАГОСОСТОЯНИЯ И УРОВНЯ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

Убедительно просим Вас ответить на вопросы данной анкеты, желательно не позднее, чем в течение ближайших 10 дней, а затем вложить ответы в прилагаемый конверт и отправить по почте; почтовая марка не нужна

Вы можете также заполнить анкету в интернете по адресу www.thl.fi/finsote/vastaa, для регистрации Вам понадобится код анкеты, который находится в верхней части этой страницы. Пароль Вы найдете в сопроводительном письме.

ИНСТРУКЦИЯ ДЛЯ ОТВЕЧАЮЩИХ

- На вопросы необходимо отвечать следующим образом: Шариковой ручкой поставьте крестик в квадратике подходящего варианта ответа или внесите запрашиваемые данные в отведенное для них место.
-  Если Вы сделали пометку в квадратике ответа ошибочно, то просим Вас заштриховать весь квадратик.
- На каждый вопрос нужно выбрать только один, наиболее подходящий ответ, если в вопросе отдельно не указано, что можно выбрать несколько вариантов ответа.
- Некоторые вопросы снабжены дополнительными инструкциями, касающимися ответа. Помните, что необходимо ответить на все вопросы. Зафиксируйте также отрицательный ответ, поставив крестик в квадратике варианта «нет» или написав «0» в поле, отведенном для ответа.

ПРИМЕР 1.

По-вашему мнению, ваше состояние
здоровья в настоящее время

- очень хорошее
- довольно хорошее
- среднее
- довольно плохое
- плохое

ПРИМЕР 2.

ваш рост и вес в настоящее
время

рост 1 6 5 cm

вес 6 2 kg

Дополнительная информация об исследовании:

www.thl.fi/finsote/osallistuvalla (на фин. яз.)

Бесплатный номер FinSote тел. 0800 97730 (с 9 до 11)

finsote-info@thl.fi



СОГЛАСИЕ

Я ознакомился с Информацией для участника исследования и получил достаточное разъяснение об исследовании и связанном с ним сборе, обработке, объединении и передаче информации. Я понимаю, что мое участие в исследовании является добровольным. Вы можете позднее отозвать свое согласие, обратившись в Национальный институт здравоохранения и социального благосостояния.

Я даю свое согласие на то, чтобы мои ответы могли объединить с регистрационными данными, указанными в информационной части

УСЛОВИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

1. В настоящий момент Вы

- женаты/замужем или зарегистрированная пара
- гражданский брак
- раздельное проживание или в разводе
- вдовец/вдова
- не женат/не замужем

2. Сколько лет в общей сложности Вы учились в школе и других учебных заведениях очно? Сюда включается начальная школа и основная школа.

_____ лет

3. Вы живете одни?

- да
- нет

4. В настоящее время Вы в основном:

Выберите наиболее подходящий для Вас вариант

- работаете полный рабочий день
- работаете неполный рабочий день
- вышли на пенсию по возрасту
- на пенсии по нетрудоспособности или проходите курс реабилитации
- на частичной пенсии
- безработный или в вынужденном отпуске, длительность настоящего периода в месяцах: _____
- в отпуске по уходу за ребенком
- студент/ка
- что-то другое, что: _____

5. Случалось ли Вам в течение последних 12 месяцев:

	нет	да
бояться, что у Вас закончится еда до того, как появятся деньги для покупки продуктов	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
отказываться от приобретения лекарств из-за нехватки денег	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
отказываться от посещения врача из-за нехватки денег	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



6. Имеются ли в непосредственной близости от Вашего дома следующие факторы, и насколько они Вам мешают?

	не имеются	имеют- ся, но не мешают	немного мешают	сильно мешают
опасные перекрестки и /или дороги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
скользкие зимой пешеходные дорожки	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
плохо освещенные дороги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
шум, запах или пыль от транспортного движения или промышленного предприятия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
большое расстояние до мест предоставления медицинских услуг	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
большое расстояние до мест предоставления других услуг (напр., магазины)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
плохо организованный общественный транспорт	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

При ответе на следующие вопросы (7 - 9) просим Вас подумать о Вашей жизни в течение последних двух недель.

7. Как Вы оцениваете качество своей жизни?

- очень плохая
- плохое
- не хорошо и не плохо
- хорошее
- очень хорошая

8. Насколько Вы довольны:

	очень недоволен	недоволен	не опреде- лился / не определи- лась	доволен	очень доволен
своим здоровьем	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
своей способностью справ- ляться с ежедневными делами	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
собой	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
отношениями с другими людьми	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
условиями жизни в своем жиллом районе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



9. Как Вы в течение последних двух недель оценивали свои возможности по следующим вопросам

	никогда	мало	умеренно	почти до- статочно	вполне до- статочно
достаточно ли у Вас энергии для повседневной жизни?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
достаточно ли у Вас денег для удовлетворения своих потребностей?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ВОВЛЕЧЕННОСТЬ И РАБОТОСПОСОБНОСТЬ

10. Как часто Вы вступаете в контакт со своими друзьями и родственниками, которые не живут с вами в одном домохозяйстве, используя следующие способы?

	ежедневно или почти каждый день	1–3 раза в неделю	1–3 раза в месяц	реже, чем раз в месяц	никогда
при личной встрече	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
по телефону	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
по интернету (напр. ,электронная почта, чат, скайп, фейсбук и т.д.) или по почте	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Участвуете ли Вы в деятельности какого-либо кружка, организации, общества, группы по интересам или сообщества духовного или интеллектуального характера (например, спортивное общество, общественная деятельность жителей дома или района, партия, хор, церковная община)?

- нет
- да, активно
- да, иногда

12. Чувствуете ли Вы себя одиноким:

- никогда
- очень редко
- иногда
- довольно часто
- постоянно

13. Оцените свои возможности получить помощь от Ваших близких в случае, если Вам понадобится помощь или поддержка.

Можете отметить один или несколько вариантов ответа на каждый вопрос.

	супру- г/а, партнёр	кто-либо из близ- ких род- ственников	близ- кий друг	близ- кий коллега по ра- боте	близ- кий сосед	кто-ли- бо дру- гой из близ- ких	никто
Кто, по Вашему убеждению, на самом деле не останется равнодушным, что бы с Вами ни случилось?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
От кого Вы получаете практическую помощь, когда она Вам необходима?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



14. Помогаете ли Вы регулярно кому-либо из живущих с Вами в одном домохозяйстве людей справиться в быту, если у них нет сил или они больны? Можете выбрать несколько вариантов ответа.

- нет (можете перейти к вопросу 16)
- да, супруге/у
- да, детям или внукам
- да, родителям, своим или супруга/и
- другим людям, кому? _____

15. Являетесь ли Вы официально лицом, ухаживающим за больным родственником? (договор заключен)

- нет
- да

16. Способны ли Вы обычно к следующим достижениям?

	могу без проблем	могу, но возникают некоторые трудности	могу, но для меня это очень трудно	нет, не могу
пробежать небольшое расстояние (около ста метров, 100 м)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
пройти полкилометра без остановок для отдыха	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
читать обычный газетный текст (в очках или без очков)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
слышать, о чем говорят в группе из нескольких человек (со слуховым аппаратом или без него)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
подняться по лестнице на один этаж без остановок для отдыха	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
двигаться на свежем воздухе летом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
двигаться на свежем воздухе зимой	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
пользоваться общественным транспортом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Способны ли Вы обычно выполнять следующие действия в течение дня?

	могу без проблем	могу, но возникают некоторые трудности	могу, но для меня это очень трудно	нет, не могу
выполнять лёгкую работу по дому (напр., пылесосить, мыть посуду, заправлять постель, стирать)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
делать дома небольшой ремонт (напр., заменить лампочку или батарейку пожарного сигнализатора)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
вести ежедневные финансовые дела (напр., оплачивать счета, снимать со счета наличные деньги)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ходить в магазин за продуктами	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





18. Следующие вопросы касаются Вашей памяти, обучаемости и способности концентрироваться:

	очень хорошо	хорошо	удовлетворительно	плохо	очень плохо
моя память работает	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
я воспринимаю новую информацию и обучаюсь новым навыкам без усилий	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
обычно я могу сосредоточиться на делах	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Нужна ли Вам помощь в домашних делах ввиду снижения работоспособности и получаете ли Вы такую помощь?

- не нужна и не получаю
- помощь нужна, но не получаю
- получаю помощь, но недостаточно
- получаю достаточную помощь
- мне хватило бы помощи и в меньшем объёме

20. Предположим, что Ваша максимальная работоспособность равняется 10 баллам. Какое количество баллов Вы дали бы своей теперешней трудоспособности при шкале 0-10? Отметьте галочкой цифру, соответствующую оценке Вашей трудоспособности

Полное отсутствие работоспособности	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Максимальная работоспособность
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

21. Считаете ли Вы, что сможете по состоянию здоровья работать по профессии до достижения пенсионного возраста?

- нет
- наверное, нет
- наверное, да
- да
- я на пенсии

ЗДОРОВЬЕ

22. Каков Ваш рост? _____ см
в сантиметрах, обозначьте с точностью до

23. Сколько Вы весите в легкой одежде? _____
в килограммах, обозначьте с точностью до килограмма

24. Как Вы считаете, в настоящее время Ваше состояние здоровья

- хорошее
- довольно хорошее
- среднее
- довольно плохое
- плохое

25. Имеется ли у Вас какое-либо хроническое заболевание или другая затяжная проблема со здоровьем?

- да
 нет (можете перейти к вопросу 28)

26. Требуется ли Ваше хроническое заболевание или проблема со здоровьем регулярного лечения и наблюдения у медицинских специалистов (например, врача или медсестры)?

- да
 нет (можете перейти к вопросу 28)

27. Для Вас составлен план лечения, где указаны цели лечения и наблюдения за их осуществлением?

- да
 нет
 не знаю

28. Ограничивает ли какая-либо проблема со здоровьем Вашу способность выполнять обычные присущие людям действия?

- серьезно ограничивает
 ограничивает, но не серьезно
 вообще не ограничивает (можете перейти к вопросу 30)

29. Появлялись ли такие ограничения в течение как минимум последних шести месяцев?

- да
 нет

30. Были ли у Вас следующие обнаруженные врачом или пролеченные заболевания в течение последних 12 месяцев?

	да
повышенное кровяное давление, гипертония	<input type="checkbox"/>
инсульт	<input type="checkbox"/>
повышенный уровень холестерина в крови	<input type="checkbox"/>
коронаротромбоз, инфаркт миокарда	<input type="checkbox"/>
коронарная болезнь, стенокардия (=боль за грудиной при нагрузке)	<input type="checkbox"/>
остеохондроз, ишиас или другие болезни спины	<input type="checkbox"/>
длительный бронхит, эмфизема легких	<input type="checkbox"/>
депрессия	<input type="checkbox"/>
другая проблема с психическим здоровьем	<input type="checkbox"/>
астма	<input type="checkbox"/>
диабет	<input type="checkbox"/>
алкогольная или какая-либо другая зависимость	<input type="checkbox"/>
ничего из названных выше заболеваний	<input type="checkbox"/>



31. Сколько времени в течение последних 4 недель:

Выберите только один вариант в каждой строке.

	все время	большую часть времени	значительную часть времени	некоторое время	недолго	такого не было
Вы очень нервничали	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
У Вас было настолько подавленное настроение, что ничто не могло Вас взбодрить	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вы чувствовали себя спокойным и умиротворённым	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вы чувствовали себя грустным и подавленным	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вы были счастливы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Следующие вопросы касаются мыслей и чувств, связанных с причинением вреда самому себе. Некоторые люди сталкиваются в жизни с трудными ситуациями, которые могут вызывать у них подобные мысли и чувства.

32. Появлялись ли у Вас мысли о самоубийстве в течение последних 12 месяцев?

- нет
 да

УСЛУГИ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

33. Что Вы думаете по поводу следующих утверждений, касающихся услуг здравоохранения? Под услугами здравоохранения подразумеваются услуги, предоставляемые как поликлиниками, так и больницами.

Выберите в каждом ряду только один вариант ответа.

	совершенно согласен / согласна	отчасти согласен / согласна	и не за, и не против	отчасти не согласен / не согласна	совершенно не согласен / не согласна
В Финляндии услуги здравоохранения в целом функционируют хорошо	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
я доверяю профессионализму и квалификации работников сферы здравоохранения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги в сфере здравоохранения увеличивают общественное равноправие и справедливость	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



34. Что Вы думаете по поводу следующих утверждений, касающихся услуг социального обеспечения? Под услугами социального обеспечения подразумеваются, например, услуги для престарелых, семей с детьми, услуги по уходу на дому, услуги для инвалидов, консультации социального работника, инструктора или куратора и социальное пособие для поддержки доходов.

Выберите в каждом ряду лишь один вариант ответа.

	совершенно согласен / согласна	отчасти согласен / согласна	и не за, и не против	отчасти не согласен / не согласна	совершенно не согласен / не согласна
В Финляндии услуги социального обеспечения в целом функционируют хорошо	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
я доверяю профессионализму и квалификации работников сферы социального обеспечения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги в сфере социального обеспечения увеличивают общественное равноправие и справедливость	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. На сколько вы согласны со следующими утверждениями? Выберите лишь один вариант ответа в каждой строке. Я уверен/а, что при необходимости получу...

	совершенно согласен / согласна	отчасти согласен / согласна	и не за, и не против	отчасти не согласен / не согласна	совершенно не согласен / не согласна
неотложную помощь и лечение при внезапной серьезной болезни	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
регулярное лечение и контроль при хроническом заболевании (напр., повышенное кровяное давление)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги для престарелых (напр., услуги на дому, жилищные услуги, дома для престарелых)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
другие услуги для лиц старшего возраста (напр. надомное социально-бытовое обслуживание, дом престарелых, устройство в принимающую семью)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги для инвалидов (напр., транспортные услуги, индивидуальная помощь, услуги по реконструкции жилья)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги для семей с детьми (напр. служба защиты детей, консультации по воспитанию и семейные консультации, услуги на дому)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
консультацию социального работника или социального инструктора	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
пособие по базовому обеспечению Kela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
дополнительное и превентивное пособие по обеспечению прожиточного минимума, выплачиваемое муниципалитетом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. Система здравоохранения и социального обеспечения находится в стадии реорганизации. Реорганизация направлена на достижение целого ряда различных целей. Насколько важными Вы считаете следующие вопросы? Укажите три наиболее важных, по Вашему мнению, цели

	это одна из трех наиболее важных целей
базовые услуги (напр., услуги поликлиники и социального обеспечения)	<input type="checkbox"/>
проблемы клиента решаются гибко, и обмен информации между специалистами происходит бесперебойно	<input type="checkbox"/>
увеличиваются возможности выбора для пациентов и клиентов (напр., места лечения или ухода)	<input type="checkbox"/>
все жители Финляндии на равных условиях при необходимости получают доступ к услугам (уровень доходов, место жительства, происхождение и прочие факторы не влияют)...	<input type="checkbox"/>
увеличивается собственная ответственность за состояние своего здоровья и благополучия, а также за здоровье и благополучие близких	<input type="checkbox"/>
по всей стране действуют одинаковые способы предоставления услуг и лечения	<input type="checkbox"/>
затраты на услуги сферы здравоохранения и социального обеспечения находятся под контролем	<input type="checkbox"/>

37. Далее мы спросим Вас о том, каким образом обычные люди и клиенты могут привлечь внимание к своей точке зрения и опыту, а также принять участие в развитии услуг. Насколько важны, по Вашему мнению, перечисленные далее факторы, и есть ли у Вас опыт личного участия в подобном?

	очень важно	довольно важно	не очень важно	совсем не важно	не могу сказать	я принимал/а участие следующим образом
возможность повлиять на свое лечение или обслуживание	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
впечатления и отзывы пользователей услуг регулярно собираются посредством, например, опросов клиентов	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
жители и клиенты принимают участие в планировании услуг, их развитии и оценке (например, клиентские совещательные панели и совместные проекты по развитию вместе с сотрудниками)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

СВОБОДА ВЫБОРА

С начала 2014 года у живущих в Финляндии расширились возможности для выбора места лечения в рамках общественного здравоохранения (поликлиника или больница). Далее мы зададим Вам несколько вопросов, касающихся свободы выбора.

38. Известно ли Вам, что по закону Вы имеете право:

	нет	да
выбирать для себя любую поликлинику на территории всей Финляндии?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
выбрать вместе со своим лечащим врачом место специализированного лечения (больницу) на территории всей Финляндии?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
выбрать своего лечащего врача, медсестру или соответствующего специалиста здравоохранения (напр., физиотерапевта, психолога, логопеда) в пределах возможностей?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
обратиться за медицинскими услугами в другую страну ЕС?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. Вы пользовались возможностью менять поликлинику (общественное здравоохранение) в течение последних 12 месяцев? Медицинская услуга относится к сфере общественного здравоохранения и в том случае, если по решению муниципалитета определенные медицинские услуги поликлиники предоставляются частным учреждением.

- я не пользовался/лась услугами поликлиники в течение последних 12 месяцев
- я не менял/а поликлинику
- я поменял/а поликлинику на, поменял/а
 - другую поликлинику на территории моего муниципалитета
 - другую поликлинику на территории другого муниципалитета в Финляндии
 - другую поликлинику на территории другой страны ЕС

40. Вы пользовались возможностью выбирать или менять больницу (общественное здравоохранение) в течение последних 12 месяцев? Медицинская услуга относится к сфере общественного здравоохранения и в том случае, если по решению муниципалитета определенное больничное лечение предоставляется частным учреждением.

- я не нуждался/не нуждалась в лечении или исследованиях
- я не выбирал/а и не менял/а больницу
- да, я выбрал/а или поменял/а больницу, выбрал/а
 - ближайшую больницу, предоставляющую лечение, в котором я нуждаюсь
 - другую больницу на территории Финляндии, предоставляющую лечение, в котором я нуждаюсь
 - другую больницу на территории другой страны ЕС, предоставляющую лечение, в котором я нуждаюсь

41. Вы обдумываете возможность поменить в ближайшее время Вашу...

	нет	возможно	да
поликлинику	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
больницу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. Что Вы думаете по поводу следующих утверждений? Выберите лишь один вариант ответа в каждой строке. Для меня важно, что я могу самостоятельно выбрать...

	совершенно согласен / согласна	отчасти согласен / согласна	и не за, и не против	отчасти не согласен / не согласна	совершенно не согласен / не согласна
поликлинику	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
больницу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
врача	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
медсестру	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. У меня есть варианты, из которых я могу выбрать по-настоящему наиболее предпочтительную для себя...

	много	несколько	нет вариантов выбора
поликлинику	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
больницу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
врача	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
медсестру	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. Что Вы думаете по поводу следующих утверждений?

Выберите лишь один вариант ответа в каждой строке.

У меня достаточно информации для выбора места своего лечения ...

	совершенно согласен / согласна	отчасти согласен / согласна	и не за, и не против	отчасти не согласен / не согласна	совершенно не согласен / не согласна
о качестве медицинского лечения в различных лечебных учреждениях (напр., успешность процедур, безопасность пациентов)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
об удовлетворенности клиентов в различных лечебных учреждениях (хорошее обращение, возможность повлиять на собственное лечение, конфиденциальность)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
о длительности ожидания в очереди в различных лечебных учреждениях (напр., на прием к врачу или медсестре)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
о наборе услуг в различных лечебных учреждениях (какие услуги можно получить в данном учреждении)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
о том, как нужно поступать, если я хочу поменять поликлинику	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
о том, как нужно поступать, если я хочу поменять больницу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. Далее перечислены факторы, которые люди могут обдумывать при выборе поликлиники. Выберите три наиболее важных для Вас фактора, влияющих на выбор.

	Выберите три важнейших фактора
хорошее место расположения поликлиники	<input type="checkbox"/>
хорошая транспортная доступность (на общественном транспорте или собственном автомобиле, также парковочные места)	<input type="checkbox"/>
доступность врачебных консультаций (бронирование времени)	<input type="checkbox"/>
доступность консультаций медсестры / фельдшера (бронирование времени)	<input type="checkbox"/>
часы работы поликлиники	<input type="checkbox"/>
хорошее качество лечения в поликлинике	<input type="checkbox"/>
поликлиника специализированна в области услуг, в которых я нуждаюсь	<input type="checkbox"/>
продолжительное лечение определенным врачом или медсестрой	<input type="checkbox"/>
уютность помещений	<input type="checkbox"/>
беспрепятственность передвижения: напр., автоматически открывающиеся двери, ровные дорожки, а также четкость указателей и инструкций	<input type="checkbox"/>
получение услуг трудового здравоохранения в том же месте	<input type="checkbox"/>
другое основание, какое? _____	<input type="checkbox"/>

46. Насколько важным Вы считаете то, что можете выбрать частные услуги здравоохранения по той же стоимости, что и услуги общественного здравоохранения? Выберите только один вариант ответа.

- очень важно
- довольно важно
- не очень важно
- совсем не важно
- не могу сказать

47. Возможность выбора относится в настоящее время, главным образом, к услугам здравоохранения. Насколько важным Вы считаете расширение возможностей выбора также на...

	очень важно	довольно важно	не очень важно	совсем не важно	не могу сказать
услуги для престарелых	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
другие услуги сферы социального обеспечения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕКТРОННЫХ УСЛУГ

48. Пользуетесь ли Вы...

	да	нет
Интернетом дома, на работе, в библиотеке или в другом месте?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
банковскими кодами или мобильным идентификатором для электронной удостоверения личности в Интернете?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49. Для каких целей Вы используете интернет:

	нет	да
для проведения платежных и иных операций (напр. Интернет-банк, KEELA, налоговая служба, билетные кассы, муниципальные услуги и т.д.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
для получения информации (напр. расписания движения транспорта, информация о здоровье и т.д.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50. Каким был Ваш опыт использования Интернета в следующих вопросах?

	С учетом моего опыта Интернет в данном вопросе был			
	очень полезен	довольно полезен	бесполезен	я не пользовался / не пользовалась
Поиски информации о заболеваниях, симптомах и здоровом образе жизни (как называется эта услуга?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги групп взаимопомощи (например, группа похудения), консультации по поводу здорового образа жизни и прочая самопомощь	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
приобретение услуг сферы здравоохранения и социального обеспечения (напр., бронирование времени, получение рецептов и результатов лабораторных анализов, получение решений о социальных услугах и льготах)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
сравнение качества, стоимости и очередей в отношении услуг и лечебных учреждений	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УСЛУГ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

51. Сколько раз в течение последних 12 месяцев Вы были из-за своей болезни (или беременности или родов) на приеме у врача, у фельдшера или медсестры, или врач или медсестра приходили к Вам домой: Если не были ни разу, укажите 0 раз. Здесь не учитываются те случаи, когда Вы лежали в больнице.

	на приеме у врача	на приеме у фельдшера или медсестры
в пункте базового здравоохранения (не включая посещения стоматолога)	<input type="text"/> раз	<input type="text"/> раз
в частной поликлинике	<input type="text"/> раз	<input type="text"/> раз
в пункте трудового здравоохранения	<input type="text"/> раз	<input type="text"/> раз
в поликлинике при больнице	<input type="text"/> раз	<input type="text"/> раз
в пункте базового здравоохранения у стоматологической медсестры	<input type="text"/> раз	<input type="text"/> раз
у частного стоматолога	<input type="text"/> раз	<input type="text"/> раз

52. Сколько раз за последние 12 месяцев Вы обращались к специалистам сферы здравоохранения:

	ни разу	один раз	2-3 раза	4-6 раз	более 6 раз
По телефону					
с врачом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
с фельдшером или медсестрой	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
с другим медицинским работником	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Через Интернет (на компьютере, мобильном или другом устройстве)					
с врачом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
с фельдшером или медсестрой	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
с другим медицинским работником	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53. При использовании медицинских услуг Вас обычно обслуживают одни и те же...

	всегда	часто	иногда	никогда
врач	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
медсестра	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54. Вы находились на лечении в стационаре (включая больничную палату поликлинического отделения) в течение последних 12 месяцев?

- да
 нет

55. Вспомните свои впечатления от полученного в течение последних 12 месяцев лечения. Насколько правдивы перечисленные ниже утверждения были в Вашем случае?

	всегда	зачастую	иногда	никогда	это не относится ко мне
я легко связался /связалась с лечебным учреждением	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
я достаточно быстро получил/а доступ к лечению	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
я достаточно быстро получил/а доступ к исследованиям (напр., лабораторные анализы, рентген, ультразвуковое обследование)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
исследования и лечение были проведены с соблюдением неприкосновенности моей частной жизни	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
посещения лечебного заведения были для меня полезны	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
мой вопрос решался без проволочек и обмен информацией проходил между профессионалами гибко	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56. Вспомните свои впечатления от контактов с медперсоналом (врачи, медсестры или другой лечащий персонал) в течение последних 12 месяцев. Насколько правдивы перечисленные ниже утверждения были в Вашем случае?

	всегда	зачастую	иногда	никогда	это не относится ко мне
медперсонал относился ко мне с уважением	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
беседы с медперсоналом велись так, что посторонние не могли услышать разговор	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
мои данные обрабатывались с соблюдением условий конфиденциальности	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
медперсонал на приеме уделял мне достаточно времени	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
мне было предоставлено достаточно времени, чтобы задать вопросы, касающиеся состояния моего здоровья или полученного лечения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
вопросы объясняли мне понятным языком	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
у меня была возможность принимать участие в своем лечении или принятии решений по поводу проведенных исследований в той мере, в которой мне хотелось	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
медперсонал спрашивал мое согласие перед началом лечения или исследования	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

57. Затрудняли ли следующие эпизоды получение Вами лечения в течение последних 12 месяцев? Выберите в каждом ряду лишь один вариант ответа.

	всегда	зачастую	иногда	никогда	это не относится ко мне
меня перенаправляли из одной точки в другую для решения моего вопроса	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
я был /а вынужден /а объяснять свою ситуацию многим работникам и много раз	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
часы работы лечебного учреждения были очень неудобными	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
лечебное заведение находилось в очень неудобном для меня месте	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
собственная финансовая ситуация затруднила получение мною лечения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
слишком высокие клиентские цены затруднили получение мною лечения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

58. Как Вы считаете, Вы получали в достаточной мере следующие социальные и медицинские услуги или льготы в течение последних 12 месяцев Учтите услуги, предоставляемые муниципалитетом и частными поставщиками услуг

	не было необходимости	потребность в услуге была, но услуга не была предоставлена	я воспользовался/ воспользовалась, но услуга была недостаточной	я воспользовался/ воспользовалась, услуга была достаточной
услуги, предоставляемые на приеме у врача	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги, предоставляемые на приеме у медсестры или фельдшера	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги стоматолога	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

59. Делали ли Вам прививку от гриппа в течение последних 12 месяцев?

- нет
 да



60. Когда медицинский работник в последний раз измерял у Вас:
Выберите только один вариант в каждой строке

	в течение последних 12 месяцев	1–5 лет назад	более 5 лет назад	никогда	не знаю
кровенное давление	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
уровень холестерина в крови	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
содержание сахара в крови	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
объем талии	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
вес	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

61. Проходили ли Вы следующие обследования и лабораторные исследования в течение последних 5 лет:

	нет	да, в течение последнего (1) года	да, в течение последних 1–5 лет
скрининг на рак кишечника	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
маммография (скрининг рака молочной железы) для женщин	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAP-тест для женщин (мазок для теста на рак шейки матки)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
анализ крови и определение значения PSA для исследования предстательной железы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

62. Обращались ли Вы в течение последних 12 месяцев по поводу проблем с психическим здоровьем или употреблением психоактивных веществ:

	нет	да, по поводу проблем с психическим здоровьем	да, по пово- ду проблем, связанных с употребле- нием пси- хоактивных веществ
в поликлинику, в пункт трудового здравоохранения или студенческий медпункт	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в отделение психического здоровья или в психиатрическую поликлинику	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в А-клинику, отделение дезинтоксикационной терапии или другое наркологическое отделение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в частную клинику (к врачу, психологу или другое место)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в психиатрическую или другую больницу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в другие места , где:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Следующий вопрос касается людей с хроническими заболеваниями.
Если у Вас нет хронических заболеваний, можете перейти к вопросу 63 .

63. Как следующие вопросы решались в связи с лечением Вашего хронического заболевания? Если у Вас несколько заболеваний, то выберите вариант заболевания, которое требует лечения больше всего.

	всегда	зачастую	иногда	никогда	это не относится ко мне
информация беспрепятственно передается в среде медперсонала моего лечебного заведения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
информация беспрепятственно передается из моего лечебного заведения в больницу или иное место специализированного лечения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
информация беспрепятственно передается между персоналом лечения на дому и другим медперсоналом системы здравоохранения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
информация беспрепятственно передается в среде медперсонала моего лечебного заведения и персоналом социального обеспечения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
со мной оговорено, каким образом я буду проводить лечение своего заболевания самостоятельно	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
если имеется ряд заболеваний: все мои заболевания во время лечения принимаются во внимание полностью	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УСЛУГ СФЕРЫ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

64. Как Вы считаете, Вы получили в достаточной мере следующие социальные услуги или льготы в течение последних 12 месяцев? Отметьте так же самую последнюю из представленных Вам услуг в последнюю ячейку.

Учтите услуги, предоставляемые муниципалитетом и частными поставщиками.

	не было необходимости	потребность в услуге была, но услугу или льготу не получили	услугой или льготой пользовались, но она была недостаточной	услугой или льготой пользовались, она была достаточной	это была последняя услуга, которой я пользовался/пользовалась
услуги и уход на дому (напр. медицинские услуги на дому, питание на дому и другие поддерживающие услуги, услуги по реабилитации, организация безбарьерной среды на дому)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
другие услуги для лиц старшего возраста (напр. надомное социально-бытовое обслуживание, дом престарелых, устройство в принимающую семью)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги для инвалидов (напр. транспортные услуги, персональная помощь, организация безбарьерной среды на дому)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
другие услуги для семей с детьми (напр. служба защиты детей, консультации по воспитанию и семейные консультации, социальное обслуживание на дому)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
консультации социального работника	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
пособие по базовому обеспечению Kela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
дополнительное и превентивное пособие по обеспечению прожиточного минимума, выплачиваемое муниципалитетом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65. По Вашему мнению, была ли плата за последнюю использованную Вами социальную услугу умеренной? Если в течение последних 12 месяцев у вас не возникало потребности в услугах социального обеспечения, можете перейти к вопросу 68.

- да
 нет
 услуга была бесплатной

66. Как долго Вам пришлось ожидать получения требуемой социальной услуги?

Выберите лишь один вариант

- ждать не потребовалось или менее недели
 1-2 недели
 3-4 недели
 больше месяца, но менее 3-х месяцев
 3 месяца или более

67. Сколько раз за последние 12 месяцев Вы обращались к социальным работникам или консультантам?

	ни разу	один раз	2–3 раза	4–6 раз	более 6 раз
По телефону	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Через Интернет (на компьютере, мобильном или другом устройстве)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

68. Оцените насколько успешно прошло взаимодействие с персоналом, когда Вы пользовались услугами социального обеспечения в течение последних 12 месяцев? Выберите лишь один вариант ответа в каждой строке. Оцените последнюю из полученных услуг.

	всегда	зачастую	иногда	никогда	это не относится ко мне
персонал обращался со мной вежливо	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
мне объясняли вопросы понятным образом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
мне уделили достаточно времени на приеме	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
персонал предоставил мне достаточно времени, чтобы задать вопросы по поводу моей ситуации и услуг	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
я получил /а информацию о продвижении моего дела	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
у меня была возможность участвовать в принятии решений по поводу касающихся меня вопросов в той мере, в которой мне хотелось	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

69. Какие утверждения лучше всего описывают Ваши впечатления от социальных услуг, полученных Вами в течение последних 12 месяцев? Оцените последнюю из полученных услуг

	всегда	зачастую	иногда	никогда	это не относится ко мне
я достаточно быстро получил/а услугу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
окончательный результат полученной услуги соответствовал потребности	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
мой вопрос решался без проволочек и обмен информации между профессионалами проходил гибко	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

70. Затрудняли ли следующие факторы получение Вами социальных услуг в течении последних 12 месяцев? Выберите лишь один вариант ответа в каждой строке.

	всегда	зачастую	иногда	никогда	это не относится ко мне
меня перенаправляли из одного сервисного центра в другой для решения моего вопроса	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
мне пришлось объяснять свою ситуацию нескольким сотрудникам или много раз	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
часы работы были очень неудобными	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
до сервисного центра было тяжело добираться	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
моя финансовая ситуация затруднила получение услуг	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
слишком высокие цены на услуги затруднили получение услуг	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

71. Вы пользовались частными социальными услугами за свой счет в течение последних 12 месяцев? Под социальными услугам подразумеваются, например, услуги для престарелых и услуги по уходу на дому или услуги для инвалидов.

- да
 нет

ФИНАНСИРОВАНИЕ И ЗАТРАТЫ НА УСЛУГИ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

72. В какой мере Вы хотели бы направить средства от поступления налогов на финансирование следующих услуг?

	больше нынешнего	в нынешней мере	меньше нынешнего
на услуги здравоохранения и медицинские услуги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
на социальные услуги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
на перемещение доходов, как например, на оплату социальных льгот	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

73. В каком объеме, по Вашему мнению, клиент должен сам оплачивать услуги, которые ему предоставляются?

	больше нынешнего	в нынешней мере	меньше нынешнего
на услуги здравоохранения и медицинские услуги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
на социальные услуги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



74. Считаете ли Вы, что плата за услуги должна варьироваться в зависимости от дохода таким образом, чтобы клиенты с более высоким доходом самостоятельно оплачивали большую часть стоимости услуги по сравнению с теми, кто имеет более низкий доход?

	безусловно да	возможно да	нет
услуги здравоохранения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
социальные услуги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

75. Вы использовали ваучер на обслуживание в течение последних 12 месяцев?

	да	нет	не знаю
на приобретение услуг здравоохранения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
на приобретение социальных услуг	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

76. Вы приобрели частную медицинскую страховку, которая компенсирует затраты на лечение болезни в Финляндии, как например, гонорары частных врачей, расходы на лекарства и плату за лечение в больнице?

- да
- нет, но я намеревался/ намеревалась
- нет, и не намеревался/ не намеревалась

ОБРАЗ ЖИЗНИ

Следующие три вопроса (77 - 79) посвящены Вашей двигательной активности по дороге на работу и в свободное время. Если Ваша двигательная активность зависит от времени года, выберите вариант, который лучше всего описывает ситуацию в среднем.

77. Как много Вы двигаетесь и нагружаете себя физически в свое свободное время? Не учитывайте двигательную активность по дороге на работу

- читаю, смотрю телевизор и занимаюсь делами, которые физически почти не утомляют
- хожу, катаюсь на велосипеде или делаю легкую работу по дому и во дворе и т.д. несколько часов в неделю
- я по-настоящему увлекаюсь физической активностью с целью укрепления здоровья или занимаюсь спортом, например, бегом, ходьбой на лыжах, плаванием или игрой в мяч несколько часов в неделю

78. Как часто в свободное время Вы активно двигаетесь в течение не менее получаса, так что дыхание начинает учащаться и появляется потоотделение?

Не учитывайте дорогу на работу

- ежедневно
- 4–6 раз в неделю
- 3 раза в неделю
- 2 раза в неделю
- один раз в неделю
- 2–3 раза в месяц
- несколько раз в год или реже
- я не могу активно двигаться из-за травмы или болезни





79. Сколько минут Вы идете пешком или едете на велосипеде на работу и с работы? Внимание! Имеется в виду общее время, которое Вы затрачиваете на дорогу туда и обратно

- я не работаю или работаю на дому
- при следовании на работу и с работы я пользуюсь автомобильным транспортом
- до 15 минут в день
- 15-30 минут в день
- 30-60 минут в день
- более часа в день

80. Как часто Вы употребляли следующие продукты в течение последних 7 дней?

	один раз в неделю или реже	1–6 раз в неделю	1–2 раза в день	3 раза в день или чаще
сырые овощи или овощные салаты	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
овощи после тепловой обработки (не картофель)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
фрукты или ягоды	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
сливочное масло или смеси сливочного и растительных масел (напр., Oivariini)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

81. Как часто Вы обычно чистите зубы / протез?

- чаще, чем два раза в день
- два раза в день
- один раз в день
- реже, чем каждый день
- никогда

82. Предлагал ли Вам кто-либо из перечисленных ниже людей в течение последних 12 месяцев: Можете выбрать несколько вариантов ответа.

	никто	врач или стоматолог	медсестра или другой медицин- ский работник	член семьи	кто-то другой
больше двигаться	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
перейти на здоровое питание по медицинским показаниям	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
похудеть	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
снизить употребление алкоголя	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
бросить курить	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



83. По-вашему мнению, Вы спите достаточно?

- да, почти всегда
- да, часто
- редко или почти никогда
- не могу сказать

84. Курите ли Вы в настоящее время (сигареты, сигары или трубку)?

- да, ежедневно
- время от времени
- нет, не курю
- я никогда не курил (-а)

85. Употребляете ли Вы в настоящее время следующие продукты?

	ежедневно	иногда	никогда	Никогда не пользовался
Снюс	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
электронные сигареты, содержащие никотин	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
электронные сигареты без никотина	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
продукты для никотинозамещающей терапии	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
рецептурные лекарства, назначенные для прекращения курения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
каннабис (гашиш, марихуана)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

86. Вы употребляли алкогольные напитки в течение последних 12 месяцев?

- нет (*можете перейти к вопросу 90*)
- да

87. Как часто Вы пьёте пиво, вино или другие алкогольные напитки? Учитывайте и те случаи, когда Вы выпиваете небольшое количество, напр., бутылку пива со средним содержанием алкоголя или глоток вина. Выберите наиболее близкий Вам вариант.

- никогда
- примерно один раз в месяц или реже
- 2–4 раза в месяц
- 2–3 раза в неделю
- 4 раз в неделю или чаще

88. Сколько доз алкоголя Вы обычно выпивали в те дни, когда употребляли алкоголь? Обратите внимание на следующие примеры.

- 1–2 дозы
 3–4 дозы
 5–6 доз
 7–9 доз
 10 или больше

ОДНА ДОЗА АЛКОГОЛЯ — ЭТО:
 бутылка (330 мл) пива крепостью 2,8%–4,7% или сидра, или
 бокал (120 мл) вина, или
 маленький бокал (80 мл) крепленого вина, или
 рюмка (40 мл) крепкого напитка.

89. Как часто Вы выпивали за один раз шесть или больше доз?

- никогда
 реже, чем раз в месяц
 раз в месяц
 один раз в неделю
 ежедневно или почти каждый день

ПРИМЕРЫ:
 Кружка пива крепостью 2,8 %–4,7 % или сидра 0,5 л = 1,5 дозы
 Кружка пива крепостью 5,0 %–5,5 % или крепкого сидра 0,5 л = 2 дозы
 Бутылка вина (12%) 0,75 л = 6 доз
 Бутылка крепкого напитка 0,5 л = 13 доз

НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ И НАСИЛИЕ

90. Пользуетесь ли Вы следующими защитными средствами?

	всегда	часто	иногда	абсолютно нет	это не относится ко мне
шлем при езде на велосипеде	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ремень безопасности на заднем сидении автомобиля	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
поплавок/спасательный жилет при катании на лодке	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
шипованная обувь или средства защиты от скольжения при хождении по скользкой дороге	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
светоотражатель в темное время суток	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

91. Совершал ли кто-либо в отношении Вас насильственные действия в течение последних 12 месяцев? Можете выбрать несколько вариантов

	никто	неизвестный или полужнакомый	нынешний партнер или супруг/а или друг/подруга	другой хорошо знакомый человек (другой член семьи, бывший супруг/а, друг, знакомый, товарищ по работе)
угрожал/а физической расправой лично, по телефону или в Интернете	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
не давал/а Вам пройти, хватал/а, толкал/а, пихал/а или давал/а пощечину	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
бил/а кулаком или твердым предметом, пинал/а, душил/а или использовал/а какое-либо оружие	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
подвергал/подвергала Вас посягательствам сексуального характера в словесной или физической форме (например, прикосновения, обзывательства, двусмысленные фразы)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
принуждал/а или пытался/пыталась принудить к половому акту или другой сексуальной близости	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

92. Вы самостоятельно заполняли анкету или Вам кто-то помогал?

- я заполнил/а самостоятельно
- я заполнил/а вместе с супругом/ой
- я заполнил/а вместе с каким-нибудь другим родственником
- я заполнил / а вместе с медсестрой или патронажной сестрой
- Мне помог другой человек. Кто (напр., сосед)? _____
- анкету за меня заполнил другой человек. Кто? _____

СПАСИБО ВАМ ЗА ОТВЕТЫ.

С результатами можете ознакомиться по адресу www.thl.fi/finsote

Не забудьте оставить себе титульный лист, прежде чем отправить анкету.






FinSote – НАЦИОНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ, БЛАГОСОСТОЯНИЯ И УРОВНЯ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

Убедительно просим Вас ответить на вопросы данной анкеты, желательно не позднее, чем в течение ближайших 10 дней, а затем вложить ответы в прилагаемый конверт и отправить по почте; почтовая марка не нужна

Вы можете также заполнить анкету в интернете по адресу www.thl.fi/finsote/vastaa, для регистрации Вам понадобится код анкеты, который находится в верхней части этой страницы. Пароль Вы найдете в сопроводительном письме.

ИНСТРУКЦИЯ ДЛЯ ОТВЕЧАЮЩИХ

- На вопросы необходимо отвечать следующим образом: Шариковой ручкой поставьте крестик в квадратике подходящего варианта ответа или внесите запрашиваемые данные в отведенное для них место.
-  Если Вы сделали пометку в квадратике ответа ошибочно, то просим Вас заштриховать весь квадратик.
- На каждый вопрос нужно выбрать только один, наиболее подходящий ответ, если в вопросе отдельно не указано, что можно выбрать несколько вариантов ответа.
- Некоторые вопросы снабжены дополнительными инструкциями, касающимися ответа. Помните, что необходимо ответить на все вопросы. Зафиксируйте также отрицательный ответ, поставив крестик в квадратике варианта «нет» или написав «0» в поле, отведенном для ответа.

ПРИМЕР 1.

По-вашему мнению, Ваше состояние
здоровья в настоящее время

- очень хорошее
- довольно хорошее
- среднее
- довольно плохое
- плохое

ПРИМЕР 2.

Ваш рост и вес в настоящее
время

рост 1 6 5 cm

вес 6 2 kg

Дополнительная информация об исследовании:

www.thl.fi/finsote/osallistuvalla (на фин. яз.)

Бесплатный номер FinSote тел. 0800 97730 (с 9 до 11)

finsote-info@thl.fi



СОГЛАСИЕ

Я ознакомился с Информацией для участника исследования и получил достаточное разъяснение об исследовании и связанном с ним сборе, обработке, объединении и передаче информации. Я понимаю, что мое участие в исследовании является добровольным. Вы можете позднее отозвать свое согласие, обратившись в Национальный институт здравоохранения и социального благосостояния.

Я даю свое согласие на то, чтобы мои ответы могли объединить с регистрационными данными, указанными в информационной части

УСЛОВИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

1. В настоящий момент Вы

- женаты/замужем или зарегистрированная пара
 гражданский брак
 раздельное проживание или в разводе
 вдовец/вдова
 не женат/не замужем

2. Сколько лет в общей сложности Вы учились в школе и других учебных заведениях очно? Сюда включается начальная школа и основная школа.

_____ лет

3. Вы живете одни?

- да
 нет

4. Случалось ли Вам в течение последних 12 месяцев:

	нет	да
бояться, что у Вас закончится еда до того, как появятся деньги для покупки продуктов	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
отказываться от приобретения лекарств из-за нехватки денег	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
отказываться от посещения врача из-за нехватки денег	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





5. Имеются ли в непосредственной близости от Вашего дома следующие факторы, и насколько они Вам мешают?

	не имеются	имеются, но не мешают	немного мешают	сильно мешают
опасные перекрестки и /или дороги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
скользкие зимой пешеходные дорожки	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
плохо освещенные дороги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
шум, запах или пыль от транспортного движения или промышленного предприятия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
большое расстояние до мест предоставления медицинских услуг	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
большое расстояние до мест предоставления других услуг (напр., магазины)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
плохо организованный общественный транспорт	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

При ответе на следующие вопросы (6 - 8) просим Вас подумать о Вашей жизни в течение последних двух недель.

6. Как Вы оцениваете качество своей жизни?

- очень плохая
- плохое
- не хорошо и не плохо
- хорошее
- очень хорошая





7. Насколько Вы довольны:

	очень недоволен	недо- волен	не опре- делился / не опре- делилась	доволен	очень доволен
своим здоровьем	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
своей способностью справляться с ежедневными делами	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
собой	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
отношениями с другими людьми	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
условиями жизни в своем жилом районе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
возможностями использования общественного и/или другого транспорта	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Как Вы в течение последних двух недель оценивали свои возможности по следующим вопросам

	никогда	мало	умеренно	почти до- статочно	вполне достаточ- но
достаточно ли у Вас энергии для повседневной жизни?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
достаточно ли у Вас денег для удовлетворения своих потребностей?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ВОВЛЕЧЕННОСТЬ И РАБОТОСПОСОБНОСТЬ

9. Как часто Вы вступаете в контакт со своими друзьями и родственниками, которые не живут с вами в одном домохозяйстве, используя следующие способы?

	ежедневно или почти каждый день	1–3 раза в неделю	1–3 раза в месяц	реже, чем раз в месяц	никогда
при личной встрече	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
по телефону	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
по интернету (напр. ,электронная почта, чат, скайп, фейсбук и т.д.) или по почте	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Участвуете ли Вы в деятельности какого-либо кружка, организации, общества, группы по интересам или сообщества духовного или интеллектуального характера (например, спортивное общество, общественная деятельность жителей дома или района, партия, хор, церковная община)?

- нет
 да, активно
 да, иногда

11. Чувствуете ли Вы себя одиноким:

- никогда
 очень редко
 иногда
 довольно часто
 постоянно

12. Оцените свои возможности получить помощь от Ваших близких в случае, если Вам понадобится помощь или поддержка. Можете отметить один или несколько вариантов ответа на каждый вопрос.

	супру- г/а, пар- тнёр	кто-ли- бо из близких род- ствен- ников	близ- кий друг	близ- кий колле- га по работе	близ- кий сосед	кто-ли- бо дру- гой из близ- ких	никто
Кто, по Вашему убеждению, на самом деле не останется равнодушным, что бы с Вами ни случилось?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
От кого Вы получаете практическую помощь, когда она Вам необходима?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Помогаете ли Вы регулярно кому-либо из живущих с Вами в одном домохозяйстве людей, справляться в быту, если у них нет сил или они больны? Можете выбрать несколько вариантов ответа.

- нет (можете перейти к вопросу 15)
- да, супруге/у
- да, детям или внукам
- другим людям, кому? _____

14. Являетесь ли Вы официально лицом, ухаживающим за больным родственником? (договор заключен)

- нет
- да

15. Проводилась ли для Вас положенная по закону оценка потребности в предоставлении услуг? Выберите только один вариант

- да, в течение последних 12 месяцев
- да, не менее года (12 месяцев) назад
- нет

16. Способны ли Вы обычно к следующим достижениям?

	могу без проблем	могу, но возникают некоторые трудности	могу, но для меня это очень трудно	нет, не могу
пройти полкилометра без остановок для отдыха	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
читать обычный газетный текст (в очках или без очков)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
слышать, о чем говорят в группе из нескольких человек (со слуховым аппаратом или без него)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
подняться по лестнице на один этаж без остановок для отдыха	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
двигаться на свежем воздухе летом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
двигаться на свежем воздухе зимой	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
пользоваться общественным транспортом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
передвигаться по квартире из комнаты в комнату	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Способны ли Вы обычно выполнять следующие действия в течение дня?

	могу без проблем	могу, но возникают некоторые трудности	могу, но для меня это очень трудно	нет, не могу
выполнять лёгкую работу по дому (напр., пылесосить, мыть посуду, заправлять постель, стирать)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
делать дома небольшой ремонт (напр., заменить лампочку или батарейку пожарного сигнализатора)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
вести ежедневные финансовые дела (напр., оплачивать счета, снимать со счета наличные деньги)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ходить в магазин за продуктами	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
готовить или подогреть себе пищу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
пережёвывать пищу – (любую, в том числе, напр., ржаные хлебцы)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
мыться в душе, ванной или сауне	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
заботиться о личной гигиене – (напр., причёсываться, чистить зубы, бриться, умываться и мыть руки)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
стричь ногти на ногах	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
одеваться и раздеваться	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ходить в туалет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
заботиться о приёме лекарств – (напр., не забывать принимать лекарство, правильная дозировка, открывать упаковку с лекарствами)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



18. Следующие вопросы касаются Вашей памяти, обучаемости и способности концентрироваться:

	очень хорошо	хорошо	удовлетворительно	плохо	очень плохо
моя память работает	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
я воспринимаю новую информацию и обучаюсь новым навыкам без усилий	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
обычно я могу сосредоточиться на делах	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Нужна ли Вам помощь в домашних делах ввиду снижения работоспособности и получаете ли Вы такую помощь?

- не нужна и не получаю
- помощь нужна, но не получаю
- получаю помощь, но недостаточно
- получаю достаточную помощь
- мне хватило бы помощи и в меньшем объёме

ЗДОРОВЬЕ

20. Каков Ваш рост?

в сантиметрах, обозначьте с точностью до

_____ см

21. Сколько Вы весите в легкой одежде?

в килограммах, обозначьте с точностью до

_____ килограмма

22. Как Вы считаете, в настоящее время Ваше состояние здоровья

- хорошее
- довольно хорошее
- среднее
- довольно плохое
- плохое





23. Имеется ли у Вас какое-либо хроническое заболевание или другая затяжная проблема со здоровьем?

да

нет (*можете перейти к вопросу 26*)

24. Требуется ли Ваше хроническое заболевание или проблема со здоровьем регулярного лечения и наблюдения у медицинских специалистов (например, врача или медсестры)?

да

нет (*можете перейти к вопросу 26*)

25. Для Вас составлен план лечения, где указаны цели лечения и наблюдения за их осуществлением?

да

нет

не знаю

26. Ограничивает ли какая-либо проблема со здоровьем Вашу способность выполнять обычные присущие людям действия?

серьезно ограничивает

ограничивает, но не серьезно

вообще не ограничивает (*можете перейти к вопросу 28*)

27. Появлялись ли такие ограничения в течение как минимум последних шести месяцев?

да

нет



28. Были ли у Вас следующие обнаруженные врачом или пролеченные заболевания в течение последних 12 месяцев?

	да
повышенное кровяное давление, гипертония	<input type="checkbox"/>
инсульт	<input type="checkbox"/>
повышенный уровень холестерина в крови	<input type="checkbox"/>
коронаротромбоз, инфаркт миокарда	<input type="checkbox"/>
коронарная болезнь, стенокардия (=боль за грудиной при нагрузке)	<input type="checkbox"/>
хондроз коленного или тазобедренного сустава (= артроз)	<input type="checkbox"/>
остеохондроз, ишиас или другие болезни спины	<input type="checkbox"/>
длительный бронхит, эмфизема легких	<input type="checkbox"/>
депрессия	<input type="checkbox"/>
другая проблема с психическим здоровьем	<input type="checkbox"/>
нарушения памяти (напр., деменция, болезнь Альцгеймера)	<input type="checkbox"/>
астма	<input type="checkbox"/>
диабет	<input type="checkbox"/>
алкогольная или какая-либо другая зависимость	<input type="checkbox"/>
ничего из названных выше заболеваний	<input type="checkbox"/>

29. Сколько времени в течение последних 4 недель:

Выберите только один вариант в каждой строке

	все время	боль- шую часть времени	значи- тельную часть времени	неко- торое время	недолго	такого не было
Вы очень нервничали	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
У Вас было настолько подавленное настроение, что ничто не могло Вас взбодрить	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вы чувствовали себя спокойным и умиротворённым	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вы чувствовали себя грустным и подавленным	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вы были счастливы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Следующие вопросы касаются мыслей и чувств, связанных с причинением вреда самому себе. Некоторые люди сталкиваются в жизни с трудными ситуациями, которые могут вызывать у них подобные мысли и чувства.

30. Появлялись ли у Вас мысли о самоубийстве в течение последних 12 месяцев?

нет

да

УСЛУГИ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

31. Что Вы думаете по поводу следующих утверждений, касающихся услуг здравоохранения? Под услугами здравоохранения подразумеваются услуги, предоставляемые как поликлиниками, так и больницами.

Выберите в каждом ряду только один вариант ответа.

	совершенно согласен /согласна	отчасти согласен /согласна	и не за, и не против	отчасти не согласен /не согласна	совершенно не согласен / не согласна
В Финляндии услуги здравоохранения в целом функционируют хорошо	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
я доверяю профессионализму и квалификации работников сферы здравоохранения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги в сфере здравоохранения увеличивают общественное равноправие и справедливость	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Что Вы думаете по поводу следующих утверждений, касающихся услуг социального обеспечения? Под услугами социального обеспечения подразумеваются, например, услуги для престарелых, семей с детьми, услуги по уходу на дому, услуги для инвалидов, консультации социального работника, инструктора или куратора и социальное пособие для поддержки доходов.

Выберите в каждом ряду лишь один вариант ответа.

	совершенно согласен /согласна	отчасти согласен /согласна	и не за, и не против	отчасти не согласен /не согласна	совершенно не согласен / не согласна
В Финляндии услуги социального обеспечения в целом функционируют хорошо	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
я доверяю профессионализму и квалификации работников сферы социального обеспечения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги в сфере социального обеспечения увеличивают общественное равноправие и справедливость	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. На сколько вы согласны со следующими утверждениями? Выберите лишь один вариант ответа в каждой строке. Я уверен/а, что при необходимости получу...

	совершенно согласен / согласна	отчасти согласен / согласна	и не за, и не против	отчасти не согласен / не согласна	совершенно не согласен / не согласна
неотложную помощь и лечение при внезапной серьезной болезни	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
регулярное лечение и контроль при хроническом заболевании (напр., повышенное кровяное давление)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги и уход на дому для пожилых (напр. медицинские услуги на дому, услуги питания на дому и другие вспомогательные услуги, реабилитационные услуги, организация безбарьерной среды на дому)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
другие услуги для лиц старшего возраста (напр. надомное социально-бытовое обслуживание, дом престарелых, устройство в принимающую семью)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги для инвалидов (напр., транспортные услуги, индивидуальная помощь, услуги по реконструкции жилья)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
консультацию социального работника или социального инструктора	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
пособие по базовому обеспечению Kela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
дополнительное и превентивное пособие по обеспечению прожиточного минимума, выплачиваемое муниципалитетом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



34. Система здравоохранения и социального обеспечения находится в стадии реорганизации. Реорганизация направлена на достижение целого ряда различных целей. Насколько важными Вы считаете следующие вопросы? Укажите три наиболее важных, по Вашему мнению, цели

	это одна из трех наиболее важных целей
базовые услуги (напр., услуги поликлиники и социального обеспечения)	<input type="checkbox"/>
проблемы клиента решаются гибко, и обмен информации между специалистами происходит бесперебойно	<input type="checkbox"/>
увеличиваются возможности выбора для пациентов и клиентов (напр., места лечения или ухода)	<input type="checkbox"/>
все жители Финляндии на равных условиях при необходимости получают доступ к услугам (уровень доходов, место жительства, происхождение и прочие факторы не влияют)...	<input type="checkbox"/>
увеличивается собственная ответственность за состояние своего здоровья и благополучия, а также за здоровье и благополучие близких	<input type="checkbox"/>
по всей стране действуют одинаковые способы предоставления услуг и лечения	<input type="checkbox"/>
затраты на услуги сферы здравоохранения и социального обеспечения находятся под контролем	<input type="checkbox"/>





35. Далее мы спросим Вас о том, каким образом обычные люди и клиенты могут привлечь внимание к своей точке зрения и опыту, а также принять участие в развитии услуг. Насколько важны, по Вашему мнению, перечисленные далее факторы, и есть ли у Вас опыт личного участия в подобном?

	очень важно	до- вольно важно	не очень важно	совсем не важно	не могу сказать	я при- нимал/а участие следую- щим об- разом
возможность повлиять на свое лечение или обслуживание	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
впечатления и отзывы пользователей услуг регулярно собираются посредством, например, опросов клиентов	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
жители и клиенты принимают участие в планировании услуг, их развитии и оценке (например, клиентские совещательные панели и совместные проекты по развитию вместе с сотрудниками)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





СВОБОДА ВЫБОРА

С начала 2014 года у живущих в Финляндии расширились возможности для выбора места лечения в рамках общественного здравоохранения (поликлиника или больница). Далее мы зададим Вам несколько вопросов, касающихся свободы выбора.

36. Известно ли Вам, что по закону Вы имеете право:

	нет	да
выбирать для себя любую поликлинику на территории всей Финляндии?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
выбрать вместе со своим лечащим врачом место специализированного лечения (больницу) на территории всей Финляндии?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
выбрать своего лечащего врача, медсестру или соответствующего специалиста здравоохранения (напр., физиотерапевта, психолога, логопеда) в пределах возможностей?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
обратиться за медицинскими услугами в другую страну ЕС?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. Вы пользовались возможностью менять поликлинику (общественное здравоохранение) в течение последних 12 месяцев? Медицинская услуга относится к сфере общественного здравоохранения и в том случае, если по решению муниципалитета определенные медицинские услуги поликлиники предоставляются частным учреждением.

- я не пользовался/лась услугами поликлиники в течение последних 12 месяцев
- я не менял/а поликлинику
- я поменял/а поликлинику на, поменял/а
 - другую поликлинику на территории моего муниципалитета
 - другую поликлинику на территории другого муниципалитета в Финляндии
 - другую поликлинику на территории другой страны ЕС



38. Вы пользовались возможностью выбирать или менять больницу (общественное здравоохранение) в течение последних 12 месяцев? Медицинская услуга относится к сфере общественного здравоохранения и в том случае, если по решению муниципалитета определенное больничное лечение предоставляется частным учреждением.

- я не нуждался/не нуждалась в лечении или исследованиях
- я не выбирал/а и не менял/а больницу
- да, я выбрал/а или поменял/а больницу, выбрал/а
- ближайшую больницу, предоставляющую лечение, в котором я нуждаюсь
 - другую больницу на территории Финляндии, предоставляющую лечение, в котором я нуждаюсь
 - другую больницу на территории другой страны ЕС, предоставляющую лечение, в котором я нуждаюсь

39. Вы обдумываете возможность поменять в ближайшее время Вашу...

	нет	возможно	да
поликлинику	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
больницу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. Что Вы думаете по поводу следующих утверждений? Выберите лишь один вариант ответа в каждой строке. Для меня важно, что я могу самостоятельно выбрать...

	совершенно согласен /согласна	отчасти согласен /согласна	и не за, и не против	отчасти не согласен /не согласна	совершенно не согласен / не согласна
поликлинику	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
больницу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
врача	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
медсестру	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. У меня есть варианты, из которых я могу выбрать по-настоящему наиболее предпочтительную для себя...

	много	несколько	нет вариантов выбора
поликлинику	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
больницу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
врача	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
медсестру	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



42. Что Вы думаете по поводу следующих утверждений? Выберите лишь один вариант ответа в каждой строке. У меня достаточно информации для выбора места своего лечения ...

	совершенно согласен /согласна	отчасти согласен /согласна	и не за, и не против	отчасти не согласен /не согласна	совершенно не согласен / не согласна
о качестве медицинского лечения в различных лечебных учреждениях (напр., успешность процедур, безопасность пациентов)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
об удовлетворенности клиентов в различных лечебных учреждениях (хорошее обращение, возможность повлиять на собственное лечение, конфиденциальность)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
о длительности ожидания в очереди в различных лечебных учреждениях (напр., на прием к врачу или медсестре)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
о наборе услуг в различных лечебных учреждениях (какие услуги можно получить в данном учреждении)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
о том, как нужно поступать, если я хочу поменять поликлинику	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
о том, как нужно поступать, если я хочу поменять больницу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



43. Далее перечислены факторы, которые люди могут обдумывать при выборе поликлиники. Выберите три наиболее важных для Вас фактора, влияющих на выбор.

	Выберите три важнейших фактора
хорошее место расположения поликлиники	<input type="checkbox"/>
хорошая транспортная доступность (на общественном транспорте или собственном автомобиле, также парковочные места)	<input type="checkbox"/>
доступность врачебных консультаций (бронирование времени)	<input type="checkbox"/>
доступность консультаций медсестры / фельдшера (бронирование времени)	<input type="checkbox"/>
часы работы поликлиники	<input type="checkbox"/>
хорошее качество лечения в поликлинике	<input type="checkbox"/>
поликлиника специализированна в области услуг, в которых я нуждаюсь	<input type="checkbox"/>
продолжительное лечение определенным врачом или медсестрой	<input type="checkbox"/>
уютность помещений	<input type="checkbox"/>
беспрепятственность передвижения: напр., автоматически открывающиеся двери, ровные дорожки, а также четкость указателей и инструкций	<input type="checkbox"/>
другое основание, какое? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

44. Насколько важным Вы считаете то, что можете выбрать частные услуги здравоохранения по той же стоимости, что и услуги общественного здравоохранения? Выберите только один вариант ответа.

- очень важно
- довольно важно
- не очень важно
- совсем не важно
- не могу сказать



45. Возможность выбора относится в настоящее время, главным образом, к услугам здравоохранения. Насколько важным Вы считаете расширение возможностей выбора также на...

	очень важно	довольно важно	не очень важно	совсем не важно	не могу сказать
услуги для престарелых	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
другие услуги сферы социального обеспечения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕКТРОННЫХ УСЛУГ

46. Пользуетесь ли Вы...

	да	нет
Интернетом дома, на работе, в библиотеке или в другом месте?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
банковскими кодами или мобильным идентификатором для электронной удостоверения личности в Интернете?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. Для каких целей Вы используете интернет:

	использую самостоятельно	использую с посторонней помощью	не пользуюсь
для проведения платёжных и иных операций (напр., Интернет-банк, KELA, налоговая служба, билетные кассы, муниципальные услуги и т.д.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
для получения информации (напр., расписания движения транспорта, информация о здоровье и т.д.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



48. Каким был Ваш опыт использования Интернета в следующих вопросах?

	С учетом моего опыта Интернет в данном вопросе был			
	очень полезен	довольно полезен	бесполезен	я не пользовался / не пользовалась
Поиски информации о заболеваниях, симптомах и здоровом образе жизни (как называется эта услуга?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги групп взаимопомощи (например, группа похудения), консультации по поводу здорового образа жизни и прочая самопомощь	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
приобретение услуг сферы здравоохранения и социального обеспечения (напр., бронирование времени, получение рецептов и результатов лабораторных анализов, получение решений о социальных услугах и льготах)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
сравнение качества, стоимости и очередей в отношении услуг и лечебных учреждений	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УСЛУГ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

49. Сколько раз в течение последних 12 месяцев Вы были из-за своей болезни (или беременности или родов) на приеме у врача, у фельдшера или медсестры, или врач или медсестра приходили к Вам домой: Если не были ни разу, укажите 0 раз. Здесь не учитываются те случаи, когда Вы лежали в больнице.

	на приеме у врача	на приеме у фельдшера или медсестры
в пункте базового здравоохранения (не включая посещения стоматолога)	<input type="text"/> раз	<input type="text"/> раз
в частной поликлинике	<input type="text"/> раз	<input type="text"/> раз
в поликлинике при больнице	<input type="text"/> раз	<input type="text"/> раз
в пункте базового здравоохранения у стоматологической медсестры	<input type="text"/> раз	<input type="text"/> раз
у частного стоматолога	<input type="text"/> раз	<input type="text"/> раз

50. Сколько раз за последние 12 месяцев Вы обращались к специалистам сферы здравоохранения:

	ни разу	один раз	2-3 раза	4-6 раз	более 6 раз
По телефону					
с врачом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
с фельдшером или медсестрой	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
с другим медицинским работником	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Через Интернет (на компьютере, мобильном или другом устройстве)					
с врачом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
с фельдшером или медсестрой	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
с другим медицинским работником	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51. При использовании медицинских услуг Вас обычно обслуживают одни и те же...

	всегда	часто	иногда	никогда
врач	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
медсестра	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

52. Вы находились на лечении в стационаре (включая больничную палату поликлинического отделения) в течение последних 12 месяцев?

- да
 нет



53. Вспомните свои впечатления от полученного в течение последних 12 месяцев лечения. Насколько правдивы перечисленные ниже утверждения были в Вашем случае?

	всегда	зачастую	иногда	никогда	ко мне не относится (услугами здравоохранения не пользуюсь)
я легко связался / связалась с лечебным учреждением	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
я достаточно быстро получил/а доступ к лечению	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
я достаточно быстро получил/а доступ к исследованиям (напр., лабораторные анализы, рентген, ультразвуковое обследование)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
исследования и лечение были проведены с соблюдением неприкосновенности моей частной жизни	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
посещения лечебного заведения были для меня полезны	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
мой вопрос решался без проволочек и обмен информацией проходил между профессионалами гибко	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



54. Вспомните свои впечатления от контактов с медперсоналом (врачи, медсестры или другой лечащий персонал) в течение последних 12 месяцев. Насколько правдивы перечисленные ниже утверждения были в Вашем случае?

	всегда	зачастую	иногда	никогда	ко мне не относится (услугами здравоохранения не пользуюсь)
медперсонал относился ко мне с уважением	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
беседы с медперсоналом велись так, что посторонние не могли услышать разговор	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
мои данные обрабатывались с соблюдением условий конфиденциальности	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
медперсонал на приеме уделял мне достаточно времени	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
мне было предоставлено достаточно времени, чтобы задать вопросы, касающиеся состояния моего здоровья или полученного лечения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
вопросы объясняли мне понятным языком	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
у меня была возможность принимать участие в своем лечении или принятии решений по поводу проведенных исследований в той мере, в которой мне хотелось	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
медперсонал спрашивал мое согласие перед началом лечения или исследования	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55. Затрудняли ли следующие эпизоды получение Вами лечения в течение последних 12 месяцев? Выберите в каждом ряду лишь один вариант ответа.

	всегда	зачастую	иногда	никогда	ко мне не относится (услугами здравоохранения не пользуюсь)
меня перенаправляли из одной точки в другую для решения моего вопроса	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
я был /а вынужден /а объяснять свою ситуацию многим работникам и много раз	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
часы работы лечебного учреждения были очень неудобными	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
лечебное заведение находилось в очень неудобном для меня месте	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
собственная финансовая ситуация затруднила получение мною лечения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
слишком высокие клиентские цены затруднили получение мною лечения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56. Как Вы считаете, Вы получали в достаточной мере следующие социальные и медицинские услуги или льготы в течение последних 12 месяцев Учтите услуги, предоставляемые муниципалитетом и частными поставщиками услуг

	не было необходимости	потребность в услуге была, но услуга не была предоставлена	я воспользовался/ воспользовалась, но услуга была недостаточной	я воспользовался/ воспользовалась, услуга была достаточной
услуги, предоставляемые на приеме у врача	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги, предоставляемые на приеме у медсестры или фельдшера	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги стоматолога	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



57. Делали ли Вам прививку от гриппа в течение последних 12 месяцев?

- нет
 да

58. Когда медицинский работник в последний раз измерял у Вас:

Выберите только один вариант в каждой строке

	в течение последних 12 месяцев	1–5 лет назад	более 5 лет назад	никогда	не знаю
кровеное давление	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
уровень холестерина в крови	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
содержание сахара в крови	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
вес	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вашу способность удерживать равновесие (напр., в положении стоя)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вашу память	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

59. Проходили ли Вы следующие обследования и лабораторные исследования в течение последних 5 лет:

	нет	да, в течение последнего (1) года	да, в течение последних 1–5 лет
скрининг на рак кишечника	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
маммография (скрининг рака молочной железы) для женщин	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAP-тест для женщин (мазок для теста на рак шейки матки)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
анализ крови и определение значения PSA для исследования предстательной железы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



60. Обращались ли Вы в течение последних 12 месяцев по поводу проблем с психическим здоровьем или употреблением психоактивных веществ:

	нет	да, по поводу проблем с психическим здоровьем	да, по поводу проблем, связанных с употреблением психоактивных веществ
в поликлинику, в пункт трудового здравоохранения или студенческий медпункт	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в отделение психического здоровья или в психиатрическую поликлинику	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в А-клинику, отделение дезинтоксикационной терапии или другое наркологическое отделение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в частную клинику (к врачу, психологу или другое место)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в психиатрическую или другую больницу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в другие места, где: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Следующий вопрос касается людей с хроническими заболеваниями. Если у Вас нет хронических заболеваний, можете перейти к вопросу 62 .

61. Как следующие вопросы решались в связи с лечением Вашего хронического заболевания? Если у Вас несколько заболеваний, то выберите вариант заболевания, которое требует лечения больше всего.

	всегда	зачастую	иногда	никогда	это не относится ко мне
информация беспрепятственно передается в среде медперсонала моего лечебного заведения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
информация беспрепятственно передается из моего лечебного заведения в больницу или иное место специализированного лечения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
информация беспрепятственно передается между персоналом лечения на дому и другим медперсоналом системы здравоохранения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
информация беспрепятственно передается в среде медперсонала моего лечебного заведения и персоналом социального обеспечения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
со мной оговорено, каким образом я буду проводить лечение своего заболевания самостоятельно	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
если имеется ряд заболеваний: все мои заболевания во время лечения принимаются во внимание полностью	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УСЛУГ СФЕРЫ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

62. Как Вы считаете, Вы получили в достаточной мере следующие социальные услуги или льготы в течение последних 12 месяцев? Отметьте так же самую последнюю из представленных Вам услуг в последнюю ячейку. Учтите услуги, предоставляемые муниципалитетом и частными поставщиками.

	не было необходимости	потребность в услуге была, но услугу или льготу не получили	услугой или льготой пользовались, но она была недостаточной	услугой или льготой пользовались, она была достаточной	это была последняя услуга, которой я пользовался/пользовалась
услуги и уход на дому (напр. медицинские услуги на дому, питание на дому и другие поддерживающие услуги, услуги по реабилитации, организация безбарьерной среды на дому)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
другие услуги для лиц старшего возраста (напр. надомное социально-бытовое обслуживание, дом престарелых, устройство в принимающую семью)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
услуги для инвалидов (напр. транспортные услуги, персональная помощь, организация безбарьерной среды на дому)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
консультации социального работника	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
пособие по базовому обеспечению Kela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
дополнительное и превентивное пособие по обеспечению прожиточного минимума, выплачиваемое муниципалитетом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

63. По Вашему мнению, была ли плата за последнюю использованную Вами социальную услугу умеренной? Если в течение последних 12 месяцев у вас не возникало потребности в услугах социального обеспечения, можете перейти к вопросу 65 .

- да
 нет
 услуга была бесплатной

64. Как долго Вам пришлось ожидать получения требуемой социальной услуги? Выберите лишь один вариант

- ждать не потребовалось или менее недели
- 1-2 недели
- 3-4 недели
- больше месяца, но менее 3-х месяцев
- 3 месяца или более

65. Сколько раз за последние 12 месяцев Вы обращались к социальным работникам или консультантам?

	ни разу	один раз	2-3 раза	4-6 раз	более 6 раз
По телефону	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
через Интернет (на компьютере, мобильном или другом устройстве)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

66. Оцените насколько успешно прошло взаимодействие с персоналом, когда Вы пользовались услугами социального обеспечения в течение последних 12 месяцев? Выберите лишь один вариант ответа в каждой строке. Оцените последнюю из полученных услуг.

	всегда	зачастую	иногда	никогда	ко мне не относится (услугами социального обеспечения не пользуюсь)
персонал обращался со мной вежливо	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
мне объясняли вопросы понятным образом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
мне уделили достаточно времени на приеме	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
персонал предоставил мне достаточно времени, чтобы задать вопросы по поводу моей ситуации и услуг	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
я получил /а информацию о продвижении моего дела	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
у меня была возможность участвовать в принятии решений по поводу касающихся меня вопросов в той мере, в которой мне хотелось	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

67. Какие утверждения лучше всего описывают Ваши впечатления от социальных услуг, полученных Вами в течение последних 12 месяцев? Оцените последнюю из полученных услуг

	всегда	зачастую	иногда	никогда	ко мне не относится (услугами социального обеспечения не пользуюсь)
я достаточно быстро получил/а услугу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
окончательный результат полученной услуги соответствовал потребности	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
мой вопрос решался без проволочек и обмен информацией между профессионалами проходил гибко	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

68. Затрудняли ли следующие факторы получения Вами социальных услуг в течении последних 12 месяцев? Выберите лишь один вариант ответа в каждой строке.

	всегда	зачастую	иногда	никогда	ко мне не относится (услугами социального обеспечения не пользуюсь)
меня перенаправляли из одного сервисного центра в другой для решения моего вопроса	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
мне пришлось объяснять свою ситуацию нескольким сотрудникам или много раз	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
часы работы были очень неудобными	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
до сервисного центра было тяжело добираться	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
моя финансовая ситуация затруднила получение услуг	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
слишком высокие цены на услуги затруднили получение услуг	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

69. Вы пользовались частными социальными услугами за свой счет в течение последних 12 месяцев? Под социальными услугам подразумеваются, например, услуги для престарелых и услуги по уходу на дому или услуги для инвалидов.

- да
 нет

ФИНАНСИРОВАНИЕ И ЗАТРАТЫ НА УСЛУГИ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

70. В какой мере Вы хотели бы направить средства от поступления налогов на финансирование следующих услуг?

	больше нынешнего	в нынешней мере	меньше нынешнего
на услуги здравоохранения и медицинские услуги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
на социальные услуги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
на перемещение доходов, как напри- мер, на оплату социальных льгот	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

71. В каком объеме, по Вашему мнению, клиент должен сам оплачивать услуги, которые ему предоставляются?

	больше нынешнего	в нынешней мере	меньше нынешнего
на услуги здравоохранения и медицинские услуги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
на социальные услуги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

72. Считаете ли Вы, что плата за услуги должна варьироваться в зависимости от дохода таким образом, чтобы клиенты с более высоким доходом самостоятельно оплачивали большую часть стоимости услуги по сравнению с теми, кто имеет более низкий доход?

	безусловно да	возможно да	нет
услуги здравоохранения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
социальные услуги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

73. Вы использовали ваучер на обслуживание в течение последних 12 месяцев?

	да	нет	не знаю	не уверен /а
на приобретение услуг здравоохранения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
на приобретение социальных услуг	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

74. Вы приобрели частную медицинскую страховку, которая компенсирует затраты на лечение болезни в Финляндии, как например, гонорары частных врачей, расходы на лекарства и плату за лечение в больнице?

- да
- нет, но я намеревался/ намеревалась
- нет, и не намеревался/ не намеревалась

ОБРАЗ ЖИЗНИ

Следующие три вопроса (75 - 76) посвящены Вашей двигательной активности в свободное время. Если Ваша двигательная активность зависит от времени года, выберите вариант, который лучше всего описывает ситуацию в среднем.

75. Как часто Вы гуляете на свежем воздухе не менее 20 минут?

- 5 раз в неделю или чаще
- 4 раза в неделю
- 3 раза в неделю
- 1-2 раза в неделю
- реже, чем раз в неделю
- я не могу активно двигаться из-за травмы или болезни

76. Как много Вы двигаетесь и нагружаете себя физически в свое свободное время? Выберите максимально подходящий для Вас вариант.

- читаю, смотрю телевизор и занимаюсь делами, которые физически почти не утомляют
- хожу, катаюсь на велосипеде или делаю легкую работу по дому и во дворе и т.д. несколько часов в неделю
- я по-настоящему увлекаюсь физической активностью с целью укрепления здоровья или занимаюсь спортом, например, бегом, ходьбой на лыжах, плаванием или игрой в мяч несколько часов в неделю
- я в основном лежу в постели

77. Как часто Вы употребляли следующие продукты в течение последних 7 дней?

	один раз в неделю или реже	1-6 раз в неделю	1-2 раза в день	3 раза в день или чаще
сырые овощи или овощные салаты	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
овощи после тепловой обработки (не картофель)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
фрукты или ягоды	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
сливочное масло или смеси сливочного и растительных масел (напр., Oivariini)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

78. Кто обычно готовит Вам еду для основного приёма пищи?

- сам/а
- супруг/а или партнёр по гражданскому браку
- другой близкий человек
- социальный помощник по дому или готовую еду доставляют домой
- я обедаю за пределами дома или приношу готовую еду домой



79. Предлагал ли Вам кто-либо из перечисленных ниже людей в течение последних 12 месяцев: Можете выбрать несколько вариантов ответа.

	никто	врач или стоматолог	медсестра или другой медицинский работник	член семьи	кто-то другой
больше двигаться	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
перейти на здоровое питание по медицинским показаниям	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
похудеть	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
снизить употребление алкоголя	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
бросить курить	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

80. По-вашему мнению, Вы спите достаточно?

- да, почти всегда
- да, часто
- редко или почти никогда
- не могу сказать

81. Курите ли Вы в настоящее время (сигареты, сигары или трубку)?

- да, ежедневно
- время от времени
- нет, не курю
- я никогда не курил (-а)

82. Вы употребляли алкогольные напитки в течение последних 12 месяцев?

- нет (можете перейти к вопросу 86)
- да



83. Как часто Вы пьёте пиво, вино или другие алкогольные напитки? Учитывайте и те случаи, когда Вы выпиваете небольшое количество, напр., бутылку пива со средним содержанием алкоголя или глоток вина. Выберите наиболее близкий Вам вариант.

- никогда
- примерно один раз в месяц или реже
- 2–4 раза в месяц
- 2–3 раза в неделю
- 4 раз в неделю или чаще

84. Сколько доз алкоголя Вы обычно выпивали в те дни, когда употребляли алкоголь? Обратите внимание на следующие примеры.

- 1–2 дозы
- 3–4 дозы
- 5–6 доз
- 7–9 доз
- 10 или больше

ОДНА ДОЗА АЛКОГОЛЯ — ЭТО:
бутылка (330 мл) пива крепостью 2,8%–4,7% или сидра, или
бокал (120 мл) вина, или
маленький бокал (80 мл) крепленого вина, или
рюмка (40 мл) крепкого напитка.

85. Как часто Вы выпивали за один раз шесть или больше доз?

- никогда
- реже, чем раз в месяц
- раз в месяц
- один раз в неделю
- ежедневно или почти каждый день

ПРИМЕРЫ:
Кружка пива крепостью 2,8 %–4,7 % или сидра 0,5 л = 1,5 дозы
Кружка пива крепостью 5,0 %–5,5 % или крепкого сидра 0,5 л = 2 дозы
Бутылка вина (12%) 0,75 л = 6 доз
Бутылка крепкого напитка 0,5 л = 13 доз



НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ И НАСИЛИЕ

86. Пользуетесь ли Вы следующими защитными средствами?

	всегда	часто	иногда	абсолютно нет	это не относится ко мне
шлем при езде на велосипеде	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ремень безопасности на заднем сидении автомобиля	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
поплавок/спасательный жилет при катании на лодке	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
шипованная обувь или средства защиты от скольжения при хождении по скользкой дороге	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
тазобедренный протектор	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
светоотражатель в темное время суток	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

87. Используете ли Вы следующие вспомогательные средства?

Можете отметить несколько вариантов ответа

- палку при ходьбе, опорные трости или костыли
- роллатор или самокат
- кресло-коляску
- слуховой аппарат
- коробочку для дозирования лекарств

88. Случалось ли Вам в течение последних 12 месяцев падать при ходьбе?

- мне не приходилось падать
- да, внутри дома , сколько раз? _____ раза
- да, во дворе дома , сколько раз? _____ раза
- да, на улице или в общественном месте , сколько раз? _____ раза



89. Совершал ли кто-либо в отношении Вас насильственные действия в течение последних 12 месяцев? Можете выбрать несколько вариантов

	никто	неизвестный или полужнакомый	нынешний партнер или супруг/а или друг/подруга	другой хорошо знакомый человек (другой член семьи, бывший супруг/а, друг, знакомый, товарищ по работе)
угрожал/а физической расправой лично, по телефону или в Интернете	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
не давал/а Вам пройти, хватал/а, толкал/а, пихал/а или давал/а пощечину	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
бил/а кулаком или твердым предметом, пинал/а, душил/а или использовал/а какое-либо оружие	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
подвергал/подвергала Вас посягательствам сексуального характера в словесной или физической форме (например, прикосновения, обзывательства, двусмысленные фразы)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

90. Вы самостоятельно заполняли анкету или Вам кто-то помогал?

- я заполнил/а самостоятельно
- я заполнил/а вместе с супругом/ой
- я заполнил/а вместе с каким-нибудь другим родственником
- я заполнил / а вместе с медсестрой или патронажной сестрой
- Мне помог другой человек.
Кто (напр., сосед)? _____
- анкету за меня заполнил другой человек.
Кто? _____

СПАСИБО ВАМ ЗА ОТВЕТЫ.

С результатами можете ознакомиться по адресу www.thl.fi/finsote

Не забудьте оставить себе титульный лист,
прежде чем отправить анкету.



FinSote – National Study of Health, Wellbeing and Social and Health Services


Please respond to this questionnaire as soon as possible, preferably within 10 days. Return your response in the enclosed envelope; no stamp is needed.

You may also fill in the questionnaire online at www.thl.fi/finsote/vastaa. To log in, you will need the form code – the number at the top of the covering letter. Your password is in the covering letter.

Thank you for your time!

INSTRUCTIONS TO RESPONDENTS

Answer the questions as follows:

- Tick the most suitable alternative or write the information required in the space given with a ballpoint pen.
-  If you make some marks to an answer box which you do not mean, please blacken the entire answer box.
- You should only tick one best alternative for each question unless it is specifically stated that you may select more than one alternative.
- There are further instructions for some questions. Remember to answer all questions. Enter negative answers by ticking the 'no' alternative or by writing '0' (zero) in the space provided.

EXAMPLE 1.

How would you evaluate your state of health at present?

- very good
- fairly good
- fair
- fairly poor
- poor

EXAMPLE 2.

Give your present height and weight

height 1 6 5 cm

weight 6 2 kg

Further information about the study:

toll-free number 0800 97730 (9.00–11.00)

e-mail: finsote-info@thl.fi

www.thl.fi/finsote/osallistuvalla

CONSENT

I have read the "Information for study participants" leaflet and received sufficient information about the study and the related collection, processing, compilation and disclosure of information. I understand that my participation in this study is voluntary and that all information I provide will be handled in confidence. If necessary, I am able to withdraw my consent later on by contacting the National Institute for Health and Welfare.

I consent to my responses being combined with the register data mentioned in the information sheet

LIVING CONDITIONS AND QUALITY OF LIFE

1. Are you currently:

- married or in a registered relationship
- cohabiting
- separated or divorced
- widowed
- single

2. How many years altogether have you attended school or studied full time?

Including primary and comprehensive school.

_____ years

3. Do you live alone?

- yes
- no

4. At the moment, are you principally:

Please choose the option that best describes your situation.

- employed full-time
- employed part-time
- retired on an old age pension
- receiving a disability pension or rehabilitation benefit
- on part-time retirement
- unemployed or laid off, length of current period in months: _____ months
- on family leave, or a stay-at-home mother/father
- a student
- other, describe: _____

5. Have you within the past 12 months ever:

	no	yes
feared that you will run out of food before you can get money to buy more	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
been unable to buy medicines because you did not have any money	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
not visited a doctor because you did not have any money	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Does any of the following occur near your home, and if so, to what extent does it bother you?

	no	yes, but it does not bother me	it bothers me slightly	it bothers me a lot
dangerous intersections and/or traffic routes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
slippery pedestrian paths in winter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
poorly lit traffic routes/roads and paths	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
noise, smell or dust caused by traffic or industry	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
long distances to health services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
long distances to other services (e.g. shops)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
poor public transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

When answering questions number (7 - 9), please consider the past two weeks.

7. How would you rate your quality of life?

- very poor
- poor
- neither poor nor good
- good
- very good

8. How satisfied are you with:

	very dissatisfied	dissatisfied	neither satisfied nor dissatisfied	satisfied	very satisfied
your health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
your ability to perform your daily living activities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
yourself	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
your personal relationships	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
the conditions of your living place	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. In the last two weeks, how completely were you able to do the following:

	not at all	a little	moderately	mostly	completely
do you have enough energy for everyday life?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
have you enough money to meet your needs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INCLUSION AND FUNCTIONAL CAPACITY

10. How often are you in contact in the following ways with your friends and relatives who do not live in the same household with you?

	daily or almost daily	1-3 times a week	1-3 times a month	less than once a month	never
meeting in person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
telephone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
over the internet (e-mail, chat, Skype, Facebook, etc.) or by letter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Do you participate in the activities of any club, association, hobby group or religious or spiritual community (e.g. a sports club, residents' association, political party, choir, parish)?

- no
- yes, actively
- yes, occasionally

12. Do you ever feel lonely:

- never
- very rarely
- sometimes
- fairly often
- all the time

13. Please estimate how you would expect to receive help from the following when you need help or support. You may choose one or more alternatives on each line.

	spouse, partner	other next of kin	close friend	close colleague	close neighbour	other person close to you	no one
who do you believe truly cares about you, whatever may happen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
who will provide practical help for you when you need it?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Do you regularly help someone living in your household who has limited functional capacity, or is ill, to cope at home? You can choose multiple options.

- no (proceed to question 16)
- yes, my spouse
- yes, my child or grandchild
- yes, my own or my spouse's parents
- yes, my own or my spouse's grandparents
- yes, some other person, whom? _____

15. Are you an official informal caregiver (have entered into an agreement)?

- no
 yes

16. Can you usually perform the following actions?

	yes, with no problem	yes, with some difficulty	yes, but with great difficulty	no, I cannot
run a short distance (about 100 m)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
walk about 500 m without stopping to rest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
read ordinary newspaper print (with or without spectacles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
follow a conversation between several people (with or without a hearing aid)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. The following questions concern memory, learning and concentration.

	very well	well	adequately	poorly	very poorly
how well does your memory work?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
how easily do you learn new things?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
how well can you concentrate on things?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Assuming that the best working capacity you have ever had would score 10 on a scale of 0 to 10, how would you score your working capacity at present?

Please tick the number that best applies to your working capacity.

No working capacity	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Best working capacity
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

19. Do you think that your health will allow you to work until retirement age?

- no
 probably not
 probably yes
 yes
 I am retired

HEALTH

20. How tall are you? _____ cm please round to nearest centimetre

21. How much do you weigh when wearing light clothing? _____ kg please round to nearest kilogramme

22. How would you describe your state of health at present?

- good
 fairly good
 average
 fairly poor
 poor

23. Do you have any longstanding illness or health problem?

- yes
 no (proceed to question 26)

24. Does your long-term illness or health problem require regular treatment or monitoring by a health care professional (e.g. a doctor or nurse)?

- yes
 no (proceed to question 26)

25. Has a care plan including the objectives of the treatment and related monitoring been prepared for you?

- yes
 no
 I don't know

26. Are you limited because of a health problem in activities people usually do? Would you say you are...

- severely limited
 limited but not severely
 not limited at all (proceed to question 28)

27. Have you been limited for at least the past 6 months?

- yes
 no

28. Have you had any of the following conditions diagnosed or treated by a doctor over the past 12 months?

	yes
high blood pressure, hypertension	<input type="checkbox"/>
high blood cholesterol	<input type="checkbox"/>
arthritis of the back, sciatica, back pain or other back condition	<input type="checkbox"/>
depression	<input type="checkbox"/>
other mental health issue	<input type="checkbox"/>
asthma	<input type="checkbox"/>
diabetes	<input type="checkbox"/>
a substance abuse or addiction problem	<input type="checkbox"/>
none of the above-mentioned illnesses	<input type="checkbox"/>

The next five (5) questions are about how you feel and how things have been with you during the past 4 weeks. For each question, please circle the one answer that comes closest to the way you have been feeling.

29. Over the past 4 weeks, for how much of the time have you felt:

Please choose one alternative on each line

	all the time	most of the time	a good bit of the time	some of the time	a little of the time	not at all
very nervous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in such a low mood that nothing could cheer you up	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
calm and peaceful	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
downhearted and sad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
happy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

The following question deals with thoughts and feelings regarding harming yourself. Some people experience difficulties in their lives that prompt such thoughts and feelings

30. Have you thought about suicide over the past 12 months?

- no
 yes

SOCIAL AND HEALTH CARE SERVICES

31. What is your opinion of the following statements regarding health care services? Health care services refer to, for instance, health centres and hospitals. Please choose only one alternative on each line.

	completely agree	somewhat agree	neither agree nor disagree	somewhat disagree	strongly disagree
In general, health services function well in Finland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I trust in the expertise and competence of health service staff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
the health services increase social equity and fairness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. What is your opinion of the following statements regarding social welfare services? For example, social welfare services refer to services for elderly people, services for families with children, home services, services for disabled people, counselling provided by a social worker or counsellor, and social assistance. Please choose only one alternative on each line.

	completely agree	somewhat agree	neither agree nor disagree	somewhat disagree	strongly disagree
in general, social welfare services function well in Finland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I trust in the expertise and competence of social service staff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
the social welfare services increase social equity and fairness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. What is your opinion of the following statements? Please choose only one alternative on each line. I trust that when I need the following service, it will be available for me...

	completely agree	somewhat agree	neither agree nor disagree	somewhat disagree	strongly disagree
urgent treatment for a sudden, serious illness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
regular treatment and monitoring of a long-term illness (e.g. high blood pressure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
services for disabled people (e.g. transportation services, personal assistance, home alteration work)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
services for families with children (e.g. child welfare services, parenting and family counselling, home services)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
counselling and guidance provided by a social worker or counsellor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
basic social assistance provided by the Social Insurance Institution of Finland (Kela)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
supplementary or preventive social assistance provided by the municipality	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Social and health care services are undergoing a reform. The reform has many different objectives. Below there are listed the objectives set out for the reform at its various stages. Which three of these objectives you find most important?

choose three most important objectives	
primary services (e.g. health centre services and social welfare services) are strengthened	<input type="checkbox"/>
the client's case is handled smoothly and information is transferred between professionals	<input type="checkbox"/>
clients and patients have an increasing opportunity to make choices (e.g. on their place of care)	<input type="checkbox"/>
everyone living in Finland will have equal access to services based on their needs (regardless of their income level, place of residence, origin or any other factor)	<input type="checkbox"/>
everyone's responsibility on their own health and well-being and that of their family members will be increased	<input type="checkbox"/>
service and treatment practices will be uniform in the entire country	<input type="checkbox"/>
social and health care costs will remain reasonable	<input type="checkbox"/>

35. In the following section, we will ask you about ways in which regular people and service users can make their views and experiences known and participate in developing the services. How important do you consider the below issues and do you have personal experience of participation?

	highly important	quite important	not very important	not at all important	not sure	I have participated in this way
an opportunity to influence the service or treatment provided to you	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
regularly collecting the experiences of service users, for example using customer surveys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
residents and service users are included in planning, developing and evaluating the services (e.g. customer panels and joint development together with employees)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FREEDOM OF CHOICE

Since the beginning of 2014, possibilities to choose or change the place of care in public health care (health station or hospital) have increased for residents of Finland. The following questions concern the freedom of choice.

36. Did you know that you have a legal right to:

	no	yes
choose the health station/health centre you register with anywhere in Finland?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
choose, together with your doctor, the unit that provides you with specialised health care (hospital) anywhere in Finland?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
choose a particular doctor, nurse or similar health care professional (e.g. physiotherapist, psychologist, speech therapist) whenever possible?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
seek treatment in another EU country?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. In the past 12 months, have you exercised your right to change your health station (public health care)? Here, a health care service is considered public health care even if the municipality relies on a private service provider to deliver some health station services.

- I have not used health station services in the past 12 months
- I have not changed my health station
- I have changed my health station, I changed my health station
- to another health station in my municipality
 - to a health station in another municipality in Finland
 - to a health station in another EU country

38. In the past 12 months, have you exercised your right to choose or change your hospital (public health care)? Here, a health care service is considered public health care even if the municipality relies on a private service provider to deliver some forms of hospital treatment.

- I have not needed hospital treatment or examinations
- I have not chosen or changed my hospital
- yes, I have chosen or changed my hospital, I chose
- the hospital closest to me that provides the treatment I need
 - a hospital elsewhere in Finland that provides the treatment I need
 - a hospital in another EU country that provides the treatment I need

39. In the near future, are you considering changing your...

	no	maybe	yes
health station	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. What is your opinion of the following statements? Please choose only one alternative on each line. I find it important that I can personally make the choice on my...

	completely agree	somewhat agree	neither agree nor disagree	somewhat disagree	strongly disagree
health station	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
doctor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nurse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. There are options from which I can genuinely make a choice on my preferred...

	several	a couple	hardly any options
health station	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
doctor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nurse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. What is your opinion of the following statements? Please choose only one alternative on each line. To make a choice on my place of care, I have enough information about...

	completely agree	somewhat agree	neither agree nor disagree	somewhat disagree	strongly disagree
the medical quality of the services of different places of care (e.g. success of medical procedures, patient safety)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
customer satisfaction at different places of care (good treatment, possibility to influence the care provided for the patient, confidentiality, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
waiting times at different places of care (e.g. to see a doctor or a nurse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
the service selection provided at different places of care (what services are available at the place of care)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
what measures I must take if I wish to change to another health station	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
what measures I must take if I wish to change to another hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. Below are listed issues which people might think about when choosing a health station. Please select the three issues which you find most important when making the choice.

	Select the three most important issues
good location of the health station	<input type="checkbox"/>
easy access by transport (by public transport or your car, e.g. parking spaces)	<input type="checkbox"/>
availability of doctor's appointments	<input type="checkbox"/>
availability of public health nurse's/nurse's appointments	<input type="checkbox"/>
the opening hours of the health station	<input type="checkbox"/>
good quality of care at the health station	<input type="checkbox"/>
the health station has special expertise in the services I need	<input type="checkbox"/>
a long-term care relationship with a specific doctor or nurse	<input type="checkbox"/>
the comfort of the facilities	<input type="checkbox"/>
accessibility: e.g. automatic doors, smooth walking routes and clear guide signs and instructions.	<input type="checkbox"/>
occupational health care services are provided at the same place	<input type="checkbox"/>
other reason, please specify: _____	<input type="checkbox"/>

44. How important do you consider being able to select a private health service at the same price as a public one? Please choose only one alternative.

- highly important
- quite important
- not very important
- not at all important
- not sure

45. The opportunity to choose is currently primarily concerned with health care services. How important do you find it that the freedom of choice will be extended to also cover...

	highly important	quite important	not very important	not at all important	not sure
services for elderly people	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
other social welfare services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

THE USE OF E-SERVICES

46. Do you have access to...

	yes	no
the internet at home, your workplace, library or some other place?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
online banking codes or mobile certificate for electronic identification online?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. What kind of experiences do you have of the internet from the perspective of the following issues?

	Based on my experience, for this purpose, the internet is			
	very useful	quite useful	useless	I have never used it
finding information about illnesses, symptoms or healthy ways of life	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
support provided by peer groups (e.g. weight loss group), health advice or other self-care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
using social and health care services (e.g. scheduling an appointment, prescriptions, laboratory results, decisions on social welfare services or benefits)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
comparing services and places of care (quality, waiting times, prices)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

THE USE OF HEALTH SERVICES

48.

How many times in the past 12 months have you seen a doctor, public health nurse or a nurse in an appointment or at your home because of an illness you have or had (or because of pregnancy or childbirth)? If you have not seen a doctor or nurse at all, please enter 0. This does not include any times when you have been admitted to a hospital as an inpatient.

	I saw a doctor	I saw a nurse
at a health station (no dental appointments)	times	times
at a private medical clinic	times	times
in occupational health care	times	times
at a hospital outpatient clinic	times	times
in public dental care	times	times
in private dental care	times	times

49. In the past 12 months, how many times have you had contact with the following health care professionals:

	not at all	once	2-3 times	4-6 times	more than 6 times
By phone					
with a doctor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
with a public health nurse or a nurse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
with some other health care professional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Via the internet (computer, mobile phone or other device)					
with a doctor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
with a public health nurse or a nurse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
with some other health care professional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50. When using the health services, do you typically see the same....

	always	often	sometimes	never
doctor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nurse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51. In the past 12 months, have you been treated at an inpatient unit at a hospital (including inpatient unit at a health centre)?

- yes
 no

52. Think about your experiences of using health services in the past 12 months. How were the below aspects achieved in your case?

	always	most of the time	sometimes	never	does not concern me (I have not used health services)
I was able to contact the place of care smoothly	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I was able to make an appointment without undue delay	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I was examined without undue delay (e.g. laboratory tests, X-ray, ultrasound)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
my privacy was respected in the examinations and treatments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
the treatment appointment was beneficial for me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
my problem was handled smoothly and information was transferred between professionals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53. Think about your experiences of care personnel (doctors, nurses and other staff providing your care) in the past 12 months. How were the below aspects achieved in your case?

	always	most of the time	sometimes	never	does not concern me (I have not used health services)
I was treated with respect	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
conversations took place so that they could not be heard by outsiders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
my information was handled confidentially	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
personnel spent enough time with me during the appointments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I was given enough time to ask about my health status or the treatment I was given	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
matters were explained to me in a way that I could understand them	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I could participate in the decisions on my treatment or the examinations made as much as I wanted to	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I was asked for my consent before starting treatment or examinations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54. Have the following factors interfered with you receiving treatment in the past 12 months?

Please choose only one alternative on each line.

	always	most of the time	sometimes	never	does not concern me (I have not used health services)
I was sent back and forth from one service unit to another in connection with taking care of my case	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I had to explain my situation to several employees or many different times	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
the opening hours were difficult	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
the place of care was hard to reach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
my financial situation made it difficult to receive treatment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
excessively high customer charges made it difficult to receive treatment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55. Do you feel you received enough of the following health care services in the previous 12 months?

Please note services provided by the municipality and private service providers.

	I have not needed it	I would have needed it, but did not receive the service	I have used the service but it was not adequate	I have used the service and it was adequate
doctor's appointment services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nurse's or public health nurse's appointment services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dentist services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56. Have you been vaccinated against influenza in the past 12 months?

- no
 yes

57. When have you last had the following measurements taken by a health care professional?

Please choose one alternative on each line.

	during the past 12 months	1 to 5 years ago	more than 5 years ago	never	I don't know
blood pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
blood cholesterol level	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
blood sugar level	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
waist circumference	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weight	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

58. Have you had any of the following screenings or examinations during the past 5 years?

	no	yes, during the past 1 year	yes, during the past 1–5 years
mammography (screening test for breast cancer), women	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAPA test (cervical cancer screening)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSA screening from a blood sample related to prostate examination (men)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

59. In the past 12 months, have you visited any of the following services because of mental health issues or substance abuse problems?

	no	yes, because of mental health problems	yes, because of substance abuse problems
a health centre, occupational health care or student health care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a mental health clinic or psychiatry outpatient clinic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
an A-Clinic, detoxification or other substance abuse treatment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a private practice (doctor, psychologist, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a psychiatric or other hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
other place of care, please specify where: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

The following question is concerned with people with a long-term illness. If you do not have a long-term illness, you may move on to question 61.

60. To what extent are the following true for the treatment of your long-term illness?

If you have several diseases, please select the alternative based on the illness requiring most care.

	always	usually	sometimes	never	does not apply to me
information is transferred between the personnel at my treatment unit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
information is transferred between the treatment unit and the hospital or other specialised medical care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
information is transferred between home nursing and other health care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
information is transferred between my treatment unit and social welfare services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
the ways in which I take care of my illness have been agreed with me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in case of multiple illnesses: all my illnesses are comprehensively taken into account in my treatment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

THE USE OF SOCIAL SERVICES

61. Do you feel you have been adequately provided with the following social and health care services or benefits over the past 12 months? Also note in the final column which service you used most recently. Please note services provided by the municipality and private service providers.

	no need	I would have needed, but service or benefit was not received	the service or benefit was provided, but was not adequate	I have received adequate services or benefits	I used this service most recently
services for disabled people (e.g. transportation services, personal assistance, apartment alteration work)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
services for families with children (e.g. child welfare services, parenting and family counselling, home services)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
social worker's guidance and counselling services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
basic social assistance provided by the Social Insurance Institution of Finland (Kela)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
supplementary or preventive social assistance provided by the municipality	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

62. Do you think that the fee charged for the social service you used most recently was reasonable?

If you have not needed any social welfare services in the past 12 months, proceed to question 65.

- yes
 no
 no fee was charged for the service

63. How long did you have to wait to access the social service you needed?

Please choose only one alternative

- not at all or less than a week
 1-2 weeks
 3-4 weeks
 longer than a month but less than 3 months
 3 months or longer

64. In the past 12 months, how many times have you had contact with a social worker or a social counsellor?

	not at all	once	2-3 times	4-6 times	more than 6 times
by phone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
via the internet (computer, mobile phone or other device)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65. How has the interaction with the personnel been when you have used social welfare services in the past 12 months? Please assess the service you have used most recently.

Please choose only one alternative on each line.

	always	most of the time	sometimes	never	does not concern me (I have not used social welfare services)
the personnel treated me with respect	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
matters were explained to me in a way that I could understand them	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
personnel spent enough time with me during the appointments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
personnel gave me enough time to ask questions about my situation and the service I was using	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I received information about the handling of my case	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I could participate in the decisions concerning me as much as I wanted to	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

66. How do the following statements describe your experiences of social welfare services over the past 12 months? Please assess the service you have used most recently.

	always	most of the time	sometimes	never	does not concern me (I have not used social welfare services)
my problem was handled without undue delay	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
the end result of the service corresponded to my need	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
my problem was handled smoothly and information was transferred between professionals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

67. Have the following factors interfered with you receiving social welfare services in the past 12 months? Please choose only one alternative on each line.

	always	most of the time	sometimes	never	does not concern me (I have not used social welfare services)
I was sent back and forth from one service unit to another in connection with taking care of my case	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I had to explain my situation to several employees or many different times	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
the opening hours were difficult	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
the service unit was hard to reach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
my financial situation made it difficult to receive the service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
excessively high customer charges made it difficult to receive the service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

68. Have you used private social welfare services at your own expense in the past 12 months?

Social welfare services refer to, for instance, services for elderly people, home services and services for disabled people.

- yes
 no

SOCIAL AND HEALTH CARE FUNDING AND COSTS

69. To what extent do you feel tax revenue should be used for funding the following services?

	more than currently	as much as currently	less than currently
health and medical care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
social welfare services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
transfer payments, such as social benefits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

70. To what extent do you wish customers would use their own funds (as customer fees) in financing the following services?

	more than currently	as much as currently	less than currently
for health and medical care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
for social welfare services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

71. Should client fees be graded according to people's income so that people with a large income would pay a larger portion of the service price as customer charges than those with a small income?

	yes, definitely	maybe	no
for health care services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
for social welfare services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

72. Have you used a service voucher in the past 12 months?

	yes	no	I don't know or am not sure
to obtain health care services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
to obtain social welfare services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

73. Have you acquired a private medical insurance that covers costs resulting from the treatment of an illness in Finland, such as private doctors' fees, medicine costs and fees charged for days spent in hospital?

- yes
 no, but I have considered it
 no, and I have not considered it

LIFESTYLE

The following three questions (74 - 76) concern how you get exercise in your leisure time and on the way to and from work. If you exercise in different ways at different times of the year, please select the alternative that best describes your average situation.

74. How much do you exercise and strain yourself physically in your free time?

Exercise on the way to and from work/study not included.

- I read, watch TV and do things that are not very strenuous physically
 I walk, cycle or do light housework and gardening, etc., several hours a week
 I engage in exercise or sport such as running, skiing, swimming or ball games several hours a week

75. How often do you engage in leisure exercise for a period of at least 30 minutes after which you are at least slightly out of breath and sweating? *Exercise on the way to and from work/study not included.*

- daily
 4-6 times a week
 3 times a week
 2 times a week
 once a week
 2-3 times a month
 a few times a year or less
 I cannot exercise because of an illness or injury

76. For how many minutes do you walk or cycle on your way to and from work?

Note! Refers to the time used travelling to and from work in total.

- I'm not working or I work from home
 I only use motor vehicles
 less than 15 minutes per day
 15-30 minutes per day
 30-60 minutes per day
 over an hour per day

77. How often have you eaten the following types of food in the past 7 days?

	once a week or less frequently	1-6 times a week	1-2 times a day	3 or more times a day
fresh vegetables or green salad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cooked vegetables (excluding potatoes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fruit or berries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
butter or butter and margarine mixture (e.g. Oivariini)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

78. How often do you usually brush your teeth / dental prosthesis?

- more than twice a day
 twice a day
 once a day
 less often than every day
 never

79. Has any of the persons mentioned below encouraged you to do any of the following in the past 12 months? *You may choose more than one alternative on each line.*

	no one	a doctor or dentist	a public health nurse, or some other health care professional	a family member	someone else
to exercise more	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
to change your dietary habits for health reasons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
to lose weight	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
to drink less alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
to quit smoking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

80. Do you feel that you get enough sleep?

- yes, almost always
 yes, often
 rarely or hardly ever
 not sure

81. Do you smoke currently (cigarettes, cigars or pipe)?

- yes, daily
- occasionally
- not at all
- I have never smoked

82. Do you currently use any of the following products?

	yes, daily	yes, occasionally	not at all	I have never used
snus (Swedish type moist snuff)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e-cigarettes with nicotine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e-cigarettes without nicotine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nicotine replacement therapy products such as patches or chewing gum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
prescription medication for smoking cessation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cannabis (hashish, marijuana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

83. Have you drunk alcoholic beverages over the past 12 months?

- no (proceed to question number 87)
- yes

84. How often do you consume beer, wine or other alcoholic beverages? Also include the times when you only had a small amount, e.g. a bottle of medium-strength beer or a sip of wine.

Choose the option that best describes your situation.

- never
- around once a month or less
- 2–4 times a month
- 2–3 times a week
- 4 or more times a week

85. How many drinks containing alcohol do you have on a typical day when you are drinking?

Please refer to the adjacent box.

- 1–2 servings
- 3–4 servings
- 5–6 servings
- 7–9 servings
- 10 or more units

ONE ALCOHOL PORTION IS:
 1 bottle (33cl) of medium-strength beer or cider, or
 1 glass (12cl) of regular wine, or
 1 small glass (8cl) of fortified wine, or
 a standard drink (4cl) of strong spirits

86. How often have you had six or more drinks on one occasion?

- never
- less than once a month
- once a month
- once a week
- daily or almost daily

EXAMPLES:
 0.5 l ('pint') of medium-strength beer or cider = 1.5 units
 0.5 l ('pint') of stronger A beer or strong cider = 2 units
 0.75 l bottle of table wine (12%) wine = 6 units
 0.5 l bottle of spirits = 13 units

ACCIDENTS AND VIOLENCE

87. Do you use any of the following protective or safety equipment?

	always	often	sometimes	not at all	does not concern me
helmet when riding a bicycle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
safety belt on the back seat of a car	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
life jacket or other flotation device in a boat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
studded footwear or ice grips when walking outdoors in slippery conditions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
reflector when it is dark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

88. Has anyone behaved violently towards you in the past 12 months?

You may choose one or more alternatives.

	no one	unknown person or a casual acquaintance	present spouse, cohabitant or partner	other person well known to me (other family member, ex-spouse, friend, close acquaintance, colleague)
threatening you with physical harm in person, over the phone or online	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
obstructing you from moving, or grabbing, pushing or shoving you	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hitting with a fist or a hard object, kicking, strangling or using a weapon of some kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
harassing you with sexually offensive words or actions (e.g. touching, calling you names, sexual innuendo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
forced or attempted forced sexual intercourse or other sexual activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

The following questions only apply to women.

(For men, this concludes the survey)

89. How many times have you given birth?

- none
- in total _____ childbirths

91. Have you had pregnancies ending in a miscarriage or ectopic pregnancies?

- no
- yes _____ pregnancies

90. Have you had any terminations of pregnancy (abortions)?

- no
- yes _____ terminations

THANK YOU FOR YOUR TIME!
 Please remember to remove the covering letter before sending the questionnaire.

You can see the results of the survey at www.thl.fi/finsote



FinSote – National Study of Health, Wellbeing and Social and Health Services


Please respond to this questionnaire as soon as possible, preferably within 10 days. Return your response in the enclosed envelope; no stamp is needed.

You may also fill in the questionnaire online at www.thl.fi/finsote/vastaa. To log in, you will need the form code – the number at the top of the covering letter. Your password is in the covering letter.

Thank you for your time!

INSTRUCTIONS TO RESPONDENTS

Answer the questions as follows:

- Tick the most suitable alternative or write the information required in the space given with a ballpoint pen.
-  If you make some marks to an answer box which you do not mean, please blacken the entire answer box.
- You should only tick one best alternative for each question unless it is specifically stated that you may select more than one alternative.
- There are further instructions for some questions. Remember to answer all questions. Enter negative answers by ticking the 'no' alternative or by writing '0' (zero) in the space provided.

EXAMPLE 1.

How would you evaluate your state of health at present?

- very good
- fairly good
- fair
- fairly poor
- poor

EXAMPLE 2.

Give your present height and weight

height 165 cm

weight 62 kg

Further information about the study:

toll-free number 0800 97730 (9.00–11.00)

e-mail: finsote-info@thl.fi

www.thl.fi/finsote/osallistuvalla



CONSENT

I have read the "Information for study participants" leaflet and received sufficient information about the study and the related collection, processing, compilation and disclosure of information. I understand that my participation in this study is voluntary and that all information I provide will be handled in confidence. If necessary, I am able to withdraw my consent later on by contacting the National Institute for Health and Welfare.

I consent to my responses being combined with the register data mentioned in the information sheet

LIVING CONDITIONS AND QUALITY OF LIFE

1. Are you currently:

- married or in a registered relationship
- cohabiting
- separated or divorced
- widowed
- single

2. How many years altogether have you attended school or studied full time?

Including primary and comprehensive school.

_____ years

3. Do you live alone?

- yes
- no

4. At the moment, are you principally:

Please choose the option that best describes your situation

- employed full-time
- employed part-time
- retired on an old age pension
- receiving a disability pension or rehabilitation benefit
- on part-time retirement
- unemployed or laid off, length of current period in months: _____
- on family leave, or a stay-at-home mother/father
- a student
- other, describe: _____

5. Have you within the past 12 months ever:

	no	yes
feared that you will run out of food before you can get money to buy more?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
been unable to buy medicines because you did not have any money	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
not visited a doctor because you did not have any money	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





6. Does any of the following occur near your home, and if so, to what extent does it bother you?

	no	yes, but it does not bother me	it bothers me slightly	it bothers me a lot
dangerous intersections and/or traffic routes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
slippery pedestrian paths in winter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
poorly lit traffic routes/roads and paths	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
noise, smell or dust caused by traffic or industry	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
long distances to health services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
long distances to other services (e.g. shops)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
poor public transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

When answering questions number (7 - 9), please consider the past two weeks.

7. How would you rate your quality of life?

- very poor
- poor
- neither poor nor good
- good
- very good

8. How satisfied are you with:

	very dissatisfied	dissatisfied	neither satisfied nor dissatisfied	satisfied	very satisfied
your health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
your ability to perform your daily living activities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
yourself	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
your personal relationships	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
the conditions of your living place	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. In the last two weeks, how completely were you able to do the following:

	not at all	a little	moderately	mostly	completely
do you have enough energy for everyday life?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
have you enough money to meet your needs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





INCLUSION AND FUNCTIONAL CAPACITY

10. How often are you in contact in the following ways with your friends and relatives who do not live in the same household with you?

	daily or almost daily	1–3 times a week	1–3 times a month	less than once a month	never
meeting in person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
telephone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
over the internet (e-mail, chat, Skype, Facebook, etc.) or by letter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Do you participate in the activities of any club, association, hobby group or religious or spiritual community (e.g. a sports club, residents' association, political party, choir, parish)?

- no
 yes, actively
 yes, occasionally

12. Do you ever feel lonely:

- never
 very rarely
 sometimes
 fairly often
 all the time

13. Please estimate how you would expect to receive help from the following when you need help or support. You may choose one or more alternatives on each line

	spouse, partner	other next of kin	close friend	close colleague	close neighbour	other person close to you	no one
who do you believe truly cares about you, whatever may happen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
who will provide practical help for you when you need it?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





14. Do you regularly help someone living in your household who has limited functional capacity, or is ill, to cope at home? *You can choose multiple options*

- no (*proceed to question 16*)
- yes, my spouse
- yes, my child or grandchild
- yes, my own or my spouse's parents
- yes, some other person. Whom? _____

15. Are you an official informal caregiver (have entered into an agreement)?

- no
- yes

16. Can you usually perform the following actions?

	yes, with no problem	yes, with some difficulty	yes, but with great difficulty	no, I cannot
run a short distance (about 100 m)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
walk about 500 m without stopping to rest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
read ordinary newspaper print (with or without spectacles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
follow a conversation between several people (with or without a hearing aid)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
walk up one flight of stairs without stopping to rest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
move about outdoors in summer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
move about outdoors in winter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
use public transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Can you usually perform the following everyday chores and actions?

	yes, with no problem	yes, with some difficulty	yes, but with great difficulty	no, I cannot
light housework (vacuum cleaning, washing dishes, making beds, doing laundry, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
minor repairs around the home (replacing a light bulb or a smoke alarm battery, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
day-to-day financial transactions (paying bills, withdrawing cash, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
shopping for food	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





18. The following questions concern memory, learning and concentration.

	very well	well	adequately	poorly	very poorly
how well does your memory work?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
how easily do you learn new things?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
how well can you concentrate on things?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. If your functional capacity is impaired, do you need and get help for your daily activities?

- I do not need help and do not get it
- I would need help but do not get it
- I get help, but not enough
- I get enough help
- I get more help than I need

20. Assuming that the best working capacity you have ever had would score 10 on a scale of 0 to 10, how would you score your working capacity at present? Please tick the number that best applies to your working capacity.

No working capacity	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Best working capacity
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

21. Do you think that your health will allow you to work until retirement age?

- no
- probably not
- probably yes
- yes
- I am retired

HEALTH

22. How tall are you?

_____ cm *please round to nearest centimetre*

23. How much do you weigh when wearing light clothing?

_____ kg *please round to nearest kilogramme*

24. How would you describe your state of health at present?

- good
- fairly good
- average
- fairly poor
- poor



25. Do you have any longstanding illness or health problem?

- yes
 no (*proceed to question 28*)

26. Does your long-term illness or health problem require regular treatment or monitoring by a health care professional (e.g. a doctor or nurse)?

- yes
 no (*proceed to question 28*)

27. Has a care plan including the objectives of the treatment and related monitoring been prepared for you?

- yes
 no
 I don't know

28. Are you limited because of a health problem in activities people usually do?

- severely limited
 limited but not severely
 not limited at all (*proceed to question 30*)

29. Have you been limited for at least the past 6 months?

- yes
 no

30. Have you had any of the following conditions diagnosed or treated by a doctor over the past 12 months?

	yes
high blood pressure, hypertension	<input type="checkbox"/>
(cerebral) stroke	<input type="checkbox"/>
high blood cholesterol	<input type="checkbox"/>
coronary thrombosis, myocardial infarction	<input type="checkbox"/>
coronary disease, angina pectoris (=chest pain under physical stress)	<input type="checkbox"/>
arthrosis of the back, sciatica, back pain or other back condition	<input type="checkbox"/>
chronic bronchitis, emphysema	<input type="checkbox"/>
depression	<input type="checkbox"/>
other mental health issue	<input type="checkbox"/>
asthma	<input type="checkbox"/>
diabetes	<input type="checkbox"/>
a substance abuse or addiction problem	<input type="checkbox"/>
none of the above-mentioned illnesses	<input type="checkbox"/>



31. Over the past 4 weeks, for how much of the time have you felt:

Please choose one alternative on each line

	all the time	most of the time	a good bit of the time	some of the time	a little of the time	not at all
very nervous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in such a low mood that nothing could cheer you up	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
calm and peaceful	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
downhearted and sad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
happy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

The following question deals with thoughts and feelings regarding harming yourself. Some people experience difficulties in their lives that prompt such thoughts and feelings

32. Have you thought about suicide over the past 12 months?

- no
 yes

SOCIAL AND HEALTH CARE SERVICES

33. What is your opinion of the following statements regarding health care services? Health care services refer to, for instance, health centres and hospitals.

Please choose only one alternative on each line.

	completely agree	somewhat agree	neither agree nor disagree	somewhat disagree	strongly disagree
in general, health services function well in Finland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I trust in the expertise and competence of health service staff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
the health services increase social equity and fairness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



34. What is your opinion of the following statements regarding social welfare services? For example, social welfare services refer to services for elderly people, services for families with children, home services, services for disabled people, counselling provided by a social worker or counsellor, and social assistance. Please choose only one alternative on each line.

	completely agree	somewhat agree	neither agree nor disagree	somewhat disagree	strongly disagree
in general, social welfare services function well in Finland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I trust in the expertise and competence of social service staff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
the social welfare services increase social equity and fairness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. What is your opinion of the following statements? Please choose only one alternative on each line. I trust that when I need the following service, it will be available for me...

	completely agree	somewhat agree	neither agree nor disagree	somewhat disagree	strongly disagree
urgent treatment for a sudden, serious illness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
regular treatment and monitoring of a long-term illness (e.g. high blood pressure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
treatment and care services provided at home (e.g. home care, meal delivery and other support services, rehabilitation services, home alteration work)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
other services for elderly people (e.g. sheltered housing, residential home for elderly people, family care)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
services for disabled people (e.g. transportation services, personal assistance, home alteration work)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
services for families with children (e.g. child welfare services, parenting and family counselling, home services)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
counselling and guidance provided by a social worker or counsellor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
basic social assistance provided by the Social Insurance Institution of Finland (Kela)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
supplementary or preventive social assistance provided by the municipality	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



36. Social and health care services are undergoing a reform. The reform has many different objectives. Below there are listed the objectives set out for the reform at its various stages. Which three of these objectives you find most important?

choose three most important objectives	
primary services (e.g. health centre services and social welfare services) are strengthened	<input type="checkbox"/>
the client's case is handled smoothly and information is transferred between professionals	<input type="checkbox"/>
clients and patients have an increasing opportunity to make choices (e.g. on their place of care)	<input type="checkbox"/>
everyone living in Finland will have equal access to services based on their needs (regardless of their income level, place of residence, origin or any other factor)	<input type="checkbox"/>
everyone's responsibility on their own health and well-being and that of their family members will be increased	<input type="checkbox"/>
service and treatment practices will be uniform in the entire country	<input type="checkbox"/>
social and health care costs will remain reasonable	<input type="checkbox"/>

37. In the following section, we will ask you about ways in which regular people and service users can make their views and experiences known and participate in developing the services. How important do you consider the below issues and do you have personal experience of participation?

	highly important	quite important	not very important	not at all important	not sure	I have participated in this way
an opportunity to influence the service or treatment provided to you	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
regularly collecting the experiences of service users, for example using customer surveys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
residents and service users are included in planning, developing and evaluating the services (e.g. customer panels and joint development together with employees)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



FREEDOM OF CHOICE

Since the beginning of 2014, possibilities to choose or change the place of care in public health care (health station or hospital) have increased for residents of Finland. The following questions concern the freedom of choice.

38. Did you know that you have a legal right to:

	no	yes
choose the health station/health centre you register with anywhere in Finland?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
choose, together with your doctor, the unit that provides you with specialised health care (hospital) anywhere in Finland?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
choose a particular doctor, nurse or similar health care professional (e.g. physiotherapist, psychologist, speech therapist) whenever possible?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
seek treatment in another EU country?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. In the past 12 months, have you exercised your right to change your health station (public health care)? Here, a health care service is considered public health care even if the municipality relies on a private service provider to deliver some health station services.

- I have not used health station services in the past 12 months
- I have not changed my health station
- I have changed my health station, I changed my health station
 - to another health station in my municipality
 - to a health station in another municipality in Finland
 - to a health station in another EU country

40. In the past 12 months, have you exercised your right to choose or change your hospital (public health care)? Here, a health care service is considered public health care even if the municipality relies on a private service provider to deliver some forms of hospital treatment

- I have not needed hospital treatment or examinations
- I have not chosen or changed my hospital
- yes, I have chosen or changed my hospital, I chose
 - the hospital closest to me that provides the treatment I need
 - a hospital elsewhere in Finland that provides the treatment I need
 - a hospital in another EU country that provides the treatment I need

41. In the near future, are you considering changing your...

	no	maybe	yes
health station	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



42. What is your opinion of the following statements? Please choose only one alternative on each line. I find it important that I can personally make the choice on my...

	completely agree	somewhat agree	neither agree nor disagree	somewhat disagree	strongly disagree
health station	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
doctor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nurse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. There are options from which I can genuinely make a choice on my preferred...

	several	a couple	hardly any options
health station	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
doctor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nurse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. What is your opinion of the following statements? Please choose only one alternative on each line. To make a choice on my place of care, I have enough information about...

	completely agree	somewhat agree	neither agree nor disagree	somewhat disagree	strongly disagree
the medical quality of the services of different places of care (e.g. success of medical procedures, patient safety)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
customer satisfaction at different places of care (good treatment, possibility to influence the care provided for the patient, confidentiality, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
waiting times at different places of care (e.g. to see a doctor or a nurse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
the service selection provided at different places of care (what services are available at the place of care)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
what measures I must take if I wish to change to another health station	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
what measures I must take if I wish to change to another hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



45. Below are listed issues which people might think about when choosing a health station. Please select the three issues which you find most important when making the choice.

	select the three most important issues
good location of the health station	<input type="checkbox"/>
easy access by transport (by public transport or your car, e.g. parking spaces)	<input type="checkbox"/>
availability of doctor's appointments	<input type="checkbox"/>
availability of public health nurse's/nurse's appointments	<input type="checkbox"/>
the opening hours of the health station	<input type="checkbox"/>
good quality of care at the health station	<input type="checkbox"/>
the health station has special expertise in the services I need	<input type="checkbox"/>
a long-term care relationship with a specific doctor or nurse	<input type="checkbox"/>
the comfort of the facilities	<input type="checkbox"/>
accessibility: e.g. automatic doors, smooth walking routes and clear guide signs and instructions.	<input type="checkbox"/>
occupational health care services are provided at the same place	<input type="checkbox"/>
other reason, please specify: _____	<input type="checkbox"/>

46. How important do you consider being able to select a private health service at the same price as a public one? Please choose only one alternative.

- highly important
- quite important
- not very important
- not at all important
- not sure

47. The opportunity to choose is currently primarily concerned with health care services. How important do you find it that the freedom of choice will be extended to also cover...

	highly important	quite important	not very important	not at all important	not sure
services for elderly people	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
other social welfare services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





THE USE OF E-SERVICES

48. Do you have access to...

	yes	no
the internet at home, your workplace, library or some other place?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
online banking codes or mobile certificate for electronic identification online?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49. Do you use the internet for the following:

	no	yes
e-transactions (online banking, social insurance institution [Kela], taxoffice, ticket sales, local public services, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
finding information (timetables, health information, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50. What kind of experiences do you have of the internet from the perspective of the following issues?

	Based on my experience, for this purpose, the internet is			
	very useful	quite useful	useless	I have never used it
finding information about illnesses, symptoms or healthy ways of life	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
support provided by peer groups (e.g. weight loss group), health advice or other self-care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
using social and health care services (e.g. scheduling an appointment, prescriptions, laboratory results, decisions on social welfare services or benefits)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
comparing services and places of care (quality, waiting times, prices)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





THE USE OF HEALTH SERVICES

51. How many times in the past 12 months have you seen a doctor, public health nurse or a nurse in an appointment or at your home because of an illness you have or had (or because of pregnancy or childbirth)? *If you have not seen a doctor or nurse at all, please enter 0. This does not include any times when you have been admitted to a hospital as an inpatient.*

	I saw a doctor	I saw a nurse
at a health station (no dental appointments)	<input type="text"/> times	<input type="text"/> times
at a private medical clinic	<input type="text"/> times	<input type="text"/> times
in occupational health care	<input type="text"/> times	<input type="text"/> times
at a hospital outpatient clinic	<input type="text"/> times	<input type="text"/> times
in public dental care	<input type="text"/> times	<input type="text"/> times
in private dental care	<input type="text"/> times	<input type="text"/> times

52. In the past 12 months, how many times have you had contact with the following health care professionals:

	not at all	once	2-3 times	4-6 times	more than 6 times
By phone					
with a doctor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
with a public health nurse or a nurse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
with some other health care professional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Via the internet (computer, mobile phone or other device)					
with a doctor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
with a public health nurse or a nurse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
with some other health care professional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53. When using the health services, do you typically see the same....

	always	often	sometimes	never
doctor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nurse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





54. In the past 12 months, have you been treated at an inpatient unit at a hospital (including inpatient unit at a health centre)?

- yes
 no

55. Think about your experiences of using health services in the past 12 months. How were the below aspects achieved in your case?

	always	most of the time	sometimes	never	does not concern me (I have not used health services)
I was able to contact the place of care smoothly	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I was able to make an appointment without undue delay	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I was examined without undue delay (e.g. laboratory tests, X-ray, ultrasound)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
my privacy was respected in the examinations and treatments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
the treatment appointment was beneficial for me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
my problem was handled smoothly and information was transferred between professionals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56. Think about your experiences of care personnel (doctors, nurses and other staff providing your care) in the past 12 months. How were the below aspects achieved in your case?

	always	most of the time	sometimes	never	does not concern me (I have not used health services)
I was treated with respect	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
conversations took place so that they could not be heard by outsiders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
my information was handled confidentially	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
personnel spent enough time with me during the appointments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I was given enough time to ask about my health status or the treatment I was given	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
matters were explained to me in a way that I could understand them	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I could participate in the decisions on my treatment or the examinations made as much as I wanted to	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I was asked for my consent before starting treatment or examinations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





57. Have the following factors interfered with you receiving treatment in the past 12 months?
Please choose only one alternative on each line.

	always	most of the time	sometimes	never	does not concern me (I have not used health services)
I was sent back and forth from one service unit to another in connection with taking care of my case	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I had to explain my situation to several employees or many different times	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
the opening hours were difficult	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
the place of care was hard to reach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
my financial situation made it difficult to receive treatment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
excessively high customer charges made it difficult to receive treatment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

58. Do you feel you received enough of the following health care services in the previous 12 months? *Please note services provided by the municipality and private service providers.*

	I have not needed it	I would have needed it, but did not receive the service	I have used the service but it was not adequate	I have used the service and it was adequate
doctor's appointment services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nurse's or public health nurse's appointment services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dentist services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

59. Have you been vaccinated against influenza in the past 12 months?

- no
- yes





60. When have you last had the following measurements taken by a health care professional?

Please choose one alternative on each line.

	during the past 12 months	1 to 5 years ago	more than 5 years ago	never	I don't know
blood pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
blood cholesterol level	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
blood sugar level	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
waist circumference	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weight	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

61. Have you had any of the following screenings or examinations during the past 5 years?

	no	yes, during the past 1 year	yes, during the past 1–5 years
colorectal cancer screening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mammography (screening test for breast cancer), women	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAPA test (cervical cancer screening)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSA screening from a blood sample related to prostate examination (men)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

62. In the past 12 months, have you visited any of the following services because of mental health issues or substance abuse problems?

	no	yes, because of mental health problems	yes, because of substance abuse problems
a health centre, occupational health care or student health care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a mental health clinic or psychiatry outpatient clinic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
an A-Clinic, detoxification or other substance abuse treatment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a private practice (doctor, psychologist, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a psychiatric or other hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
other place of care, please specify where: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





The following question is concerned with people with a long-term illness. If you do not have a long-term illness, you may move on to question 63.

63. To what extent are the following true for the treatment of your long-term illness?

If you have several diseases, please select the alternative based on the illness requiring most care.

	always	usually	sometimes	never	does not apply to me
information is transferred between the personnel at my treatment unit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
information is transferred between the treatment unit and the hospital or other specialised medical care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
information is transferred between home nursing and other health care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
information is transferred between my treatment unit and social welfare services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
the ways in which I take care of my illness have been agreed with me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in case of multiple illnesses: all my illnesses are comprehensively taken into account in my treatment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





THE USE OF SOCIAL SERVICES

64. Do you feel you have been adequately provided with the following social and health care services or benefits over the past 12 months? Also note in the final column which service you used most recently. *Please note services provided by the municipality and private service providers.*

	no need	I would have needed, but service or benefit was not received	the service or benefit was provided, but was not adequate	I have received adequate services or benefits	I used this service most recently
treatment and care services provided at home (e.g. home care, meal delivery and other support services, rehabilitation services, home alteration work)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
other services for elderly people (e.g. sheltered housing, residential home for elderly people, family care)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
services for disabled people (e.g. transportation services, personal assistance, apartment alteration work)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
services for families with children (e.g. child welfare services, parenting and family counselling, home services)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
social worker's guidance and counselling services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
basic social assistance provided by the Social Insurance Institution of Finland (Kela)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
supplementary or preventive social assistance provided by the municipality	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65. Do you think that the fee charged for the social service you used most recently was reasonable?

If you have not needed social welfare services in the past 12 months, proceed to question 68

- yes
- no
- no fee was charged for the service

66. How long did you have to wait to access the social service you needed?

Please choose only one alternative.

- not at all or less than a week
- 1-2 weeks
- 3-4 weeks
- longer than a month but less than 3 months
- 3 months or longer





67. In the past 12 months, how many times have you had contact with a social worker or a social counsellor?

	not at all	once	2–3 times	4–6 times	more than 6 times
by phone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
via the internet (computer, mobile phone or other device)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

68. How has the interaction with the personnel been when you have used social welfare services in the past 12 months? Please choose only one alternative on each line. Please assess the service you have used most recently.

	always	most of the time	sometimes	never	does not concern me (I have not used social welfare services)
the personnel treated me with respect	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
matters were explained to me in a way that I could understand them	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
personnel spent enough time with me during the appointments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
personnel gave me enough time to ask questions about my situation and the service I was using	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I received information about the handling of my case	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I could participate in the decisions concerning me as much as I wanted to	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

69. How do the following statements describe your experiences of social welfare services over the past 12 months? Please assess the service you have used most recently

	always	most of the time	sometimes	never	does not concern me (I have not used social welfare services)
my problem was handled without undue delay	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
the end result of the service corresponded to my need	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
my problem was handled smoothly and information was transferred between professionals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





70. Have the following factors interfered with you receiving social welfare services in the past 12 months? Please choose only one alternative on each line.

	always	most of the time	sometimes	never	does not concern me (I have not used social welfare services)
I was sent back and forth from one service unit to another in connection with taking care of my case	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I had to explain my situation to several employees or many different times	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
the opening hours were difficult	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
the service unit was hard to reach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
my financial situation made it difficult to receive the service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
excessively high customer charges made it difficult to receive the service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

71. Have you used private social welfare services at your own expense in the past 12 months? Social welfare services refer to, for instance, services for elderly people, home services and services for disabled people.

- yes
 no

SOCIAL AND HEALTH CARE FUNDING AND COSTS

72. To what extent do you feel tax revenue should be used for funding the following services?

	more than currently	as much as currently	less than currently
health and medical care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
social welfare services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
transfer payments, such as social benefits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

73. To what extent do you wish customers would use their own funds (as customer fees) in financing the following services?

	more than currently	as much as currently	less than currently
for health and medical care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
for social welfare services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



74. Should client fees be graded according to people's income so that people with a large income would pay a larger portion of the service price as customer charges than those with a small income?

	yes, definitely	maybe	no
for health care services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
for social welfare services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

75. Have you used a service voucher in the past 12 months?

	ja	nej	jag vet inte eller är inte säker
för att köpa hälso- och sjukvårdstjänster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
för att köpa socialservice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

76. Have you acquired a private medical insurance that covers costs resulting from the treatment of an illness in Finland, such as private doctors' fees, medicine costs and fees charged for days spent in hospital?

- yes
- no, but I have considered it
- no, and I have not considered it

LIFESTYLE

The following three questions (76 - 78) concern how you get exercise in your leisure time and on the way to and from work. If you exercise in different ways at different times of the year, please select the alternative that best describes your average situation.

77. How much do you exercise and strain yourself physically in your free time?

Exercise on the way to and from work/study not included.

- I read, watch TV and do things that are not very strenuous physically
- I walk, cycle or do light housework and gardening, etc., several hours a week
- I engage in exercise or sport such as running, skiing, swimming or ball games several hours a week

78. How often do you engage in leisure exercise for a period of at least 30 minutes after which you are at least slightly out of breath and sweating? *Exercise on the way to and from work/study not included.*

- daily
- 4–6 times a week
- 3 times a week
- 2 times a week
- once a week
- 2–3 times a month
- a few times a year or less
- I cannot exercise because of an illness or injury



79. For how many minutes do you walk or cycle on your way to and from work?

Note! Refers to the time used travelling to and from work in total

- I'm not working or I work from home
- I only use motor vehicles
- less than 15 minutes per day
- 15-30 minutes per day
- 30-60 minutes per day
- over an hour per day

80. How often have you eaten the following types of food in the past 7 days?

	once a week or less frequently	1-6 times a week	1-2 times a day	3 or more times a day
fresh vegetables or green salad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cooked vegetables (excluding potatoes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fruit or berries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
butter or butter and margarine mixture (e.g. Oivariini)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

81. How often do you usually brush your teeth / dental prosthesis?

- more than twice a day
- twice a day
- once a day
- less often than every day
- never

82. Has any of the persons mentioned below encouraged you to do any of the following in the past 12 months? You may choose more than one alternative on each line.

	no one	a doctor or dentist	a public health nurse, or some other health care professional	a family member	someone else
to exercise more	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
to change your dietary habits for health reasons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
to lose weight	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
to drink less alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
to quit smoking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



83. Do you feel that you get enough sleep?

- yes, almost always
- yes, often
- rarely or hardly ever
- not sure

84. Do you smoke currently (cigarettes, cigars or pipe)?

- yes, daily
- occasionally
- not at all
- I have never smoked

85. Do you currently use any of the following products?

	yes, daily	yes, occasionally	not at all	I have never used
snus (Swedish type moist snuff)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e-cigarettes with nicotine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e-cigarettes without nicotine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nicotine replacement therapy products such as patches or chewing gum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
prescription medication for smoking cessation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cannabis (hashish, marijuana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

86. Have you drunk alcoholic beverages over the past 12 months?

- no (*proceed to question number 87*)
- yes

87. How often do you consume beer, wine or other alcoholic beverages? Also include the times when you only had a small amount, e.g. a bottle of medium-strength beer or a sip of wine.

Choose the option that best describes your situation.

- never
- around once a month or less
- 2–4 times a month
- 2–3 times a week
- 4 or more times a week



**88. How many drinks containing alcohol do you have on a typical day when you are drinking?
Please refer to the adjacent box.**

- 1–2 servings
- 3–4 servings
- 5–6 servings
- 7–9 servings
- 10 or more units

ONE ALCOHOL PORTION IS:
 1 bottle (33cl) of medium-strength beer or cider, or
 1 glass (12cl) of regular wine, or
 1 small glass (8cl) of fortified wine, or
 a standard drink (4cl) of strong spirits.

89. How often have you had six or more drinks on one occasion?

- never
- less than once a month
- once a month
- once a week
- daily or almost daily

EXAMPLES:
 0.5 l ('pint') of medium-strength beer or cider = 1.5 units
 0.5 l ('pint') of stronger A beer or strong cider = 2 units
 0.75 l bottle of table wine (12%) wine = 6 units
 0.5 l bottle of spirits = 13 units

ACCIDENTS AND VIOLENCE

90. Do you use any of the following protective or safety equipment?

	always	often	sometimes	not at all	does not concern me
helmet when riding a bicycle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
safety belt on the back seat of a car	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
life jacket or other flotation device in a boat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
studded footwear or ice grips when walking outdoors in slippery conditions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
reflector when it is dark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





91. Has anyone behaved violently towards you in the past 12 months?

You may choose one or more alternatives.

	no one	unknown person or a casual acquaintance	present spouse, cohabitant or partner	other person well known to me (other family member, ex-spouse, friend, close acquaintance, colleague)
threatening you with physical harm in person, over the phone or online	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
obstructing you from moving, or grabbing, pushing or shoving you	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hitting with a fist or a hard object, kicking, strangling or using a weapon of some kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
harassing you with sexually offensive words or actions (e.g. touching, calling you names, sexual innuendo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
forced or attempted forced sexual intercourse or other sexual activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

92. Did you fill in this form alone, or did someone assist you?

- I filled it in alone
 - I filled it in together with my spouse
 - I filled it in together with another family member
 - I filled it in together with a nurse or a home care helper
 - I was assisted by someone else. Please specify who (e.g. a neighbour) _____
-
- someone else filled this form in on my behalf. Please specify who _____
-

THANK YOU FOR YOUR TIME!

Please remember to remove the covering letter before sending the questionnaire.

You can see the results of the survey at www.thl.fi/finsote







FinSote – National Study of Health, Wellbeing and Social and Health Services


Please respond to this questionnaire as soon as possible, preferably within 10 days.
Return your response in the enclosed envelope; no stamp is needed.

You may also fill in the questionnaire online at www.thl.fi/finsote/vastaa. To log in, you will need the form code – the number at the top of the covering letter. Your password is in the covering letter.

Thank you for your time!

INSTRUCTIONS TO RESPONDENTS

Answer the questions as follows:

- Tick the most suitable alternative or write the information required in the space given with a ballpoint pen.
-  If you make some marks to an answer box which you do not mean, please blacken the entire answer box.
If you make some marks to the answer box which you do not mean, please blacken the entire answer box.
- You should only tick one best alternative for each question unless it is specifically stated that you may select more than one alternative.
- There are further instructions for some questions. Remember to answer all questions. Enter negative answers by ticking the 'no' alternative or by writing '0' (zero) in the space provided.

EXAMPLE 1.

How would you evaluate your state of health at present?

- very good
- fairly good
- fair
- fairly poor
- poor

EXAMPLE 2.

Give your present height and weight

height 165 cm

weight 62 kg

Further information about the study:

toll-free number 0800 97730 (9.00–11.00)

e-mail: finsote-info@thl.fi

www.thl.fi/finsote/osallistuvalla



CONSENT

I have read the "Information for study participants" leaflet and received sufficient information about the study and the related collection, processing, compilation and disclosure of information. I understand that my participation in this study is voluntary and that all information I provide will be handled in confidence. If necessary, I am able to withdraw my consent later on by contacting the National Institute for Health and Welfare.

I consent to my responses being combined with the register data mentioned in the information sheet

LIVING CONDITIONS AND QUALITY OF LIFE

1. Are you currently:

- married or in a registered relationship
- cohabiting
- separated or divorced
- widowed
- single

2. How many years altogether have you attended school or studied full time?

Including primary and comprehensive school.

_____ years

3. Do you live alone?

- yes
- no

4. Have you within the past 12 months ever:

	no	yes
feared that you will run out of food before you can get money to buy more	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
been unable to buy medicines because you did not have any money	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
not visited a doctor because you did not have any money	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





5. Does any of the following occur near your home, and if so, to what extent does it bother you?

	no	yes, but it does not bother me	it bothers me slightly	it bothers me a lot
dangerous intersections and/or traffic routes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
slippery pedestrian paths in winter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
poorly lit traffic routes/roads and paths	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
noise, smell or dust caused by traffic or industry	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
long distances to health services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
long distances to other services (e.g. shops)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
poor public transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

When answering questions number (6 - 8), please consider the past two weeks.

6. How would you rate your quality of life?

- very poor
- poor
- neither poor nor good
- good
- very good





7. How satisfied are you with:

	very dissatisfied	dissatisfied	neither satisfied nor dissatisfied	satisfied	very satisfied
your health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
your ability to perform your daily living activities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
yourself	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
your personal relationships	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
the conditions of your living place	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
abilities to use public transport or other means of transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. In the last two weeks, how completely were you able to do the following:

	not at all	a little	moderately	mostly	completely
do you have enough energy for everyday life?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
have you enough money to meet your needs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



INCLUSION AND FUNCTIONAL CAPACITY

9. How often are you in contact in the following ways with your friends and relatives who do not live in the same household with you?

	daily or almost daily	1-3 times a week	1-3 times a month	less than once a month	never
meeting in person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
telephone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
over the internet (e-mail, chat, Skype, Facebook, etc.) or by letter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Do you participate in the activities of any club, association, hobby group or religious or spiritual community (e.g. a sports club, residents' association, political party, choir, parish)?

- no
 yes, actively
 yes, occasionally

11. Do you ever feel lonely:

- never
 very rarely
 sometimes
 fairly often
 all the time

12. Please estimate how you would expect to receive help from the following when you need help or support. You may choose one or more alternatives on each line

	spouse, partner	other next of kin	close friend	close colleague	close neighbour	other person close to you	no one
who do you believe truly cares about you, whatever may happen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
who will provide practical help for you when you need it?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Do you regularly help someone living in your household who has limited functional capacity, or is ill, to cope at home? *You can choose multiple options.*

no (*you may proceed to question 15*)

yes, my spouse

yes, my child or grandchild

yes, some other person, whom? _____

14. Are you an official informal caregiver (have entered into an agreement)?

no

yes

15. Has a statutory service need assessment been carried out for you?

Please choose only one alternative.

yes, within the past 12 months

yes, at least a year (12 months) ago

no

16. Can you usually perform the following actions?

	yes, with no problem	yes, with some difficulty	yes, but with great difficulty	no, I cannot
walk about 500 m without stopping to rest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
read ordinary newspaper print (with or without spectacles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
follow a conversation between several people (with or without a hearing aid)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
walk up one flight of stairs without stopping to rest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
move about outdoors in summer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
move about outdoors in winter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
use public transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
move from one room to another in your home	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



17. Can you usually perform the following everyday chores and actions?

	yes, with no problem	yes, with some difficulty	yes, but with great difficulty	no, I cannot
light housework (vacuum cleaning, washing dishes, making beds, doing laundry, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
minor repairs around the home (replacing a light bulb or a smoke alarm battery, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
day-to-day financial transactions (paying bills, withdrawing cash, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
shopping for food	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cooking or heating meals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chewing food (all kinds of food, including chewy or hard bread, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
washing yourself in a shower, bath or sauna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
personal hygiene (combing hair, brushing teeth, shaving, washing face and hands, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cutting toenails	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dressing and undressing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
using the toilet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
taking medication (remembering to take medication, correct dosage, opening the packaging, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





18. The following questions concern memory, learning and concentration.

	very well	well	adequately	poorly	very poorly
how well does your memory work?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
how easily do you learn new things?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
how well can you concentrate on things?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. If your functional capacity is impaired, do you need and get help for your daily activities?

- I do not need help and do not get it
- I would need help but do not get it
- I get help, but not enough
- I get enough help
- I get more help than I need

HEALTH

20. How tall are you?

please round to nearest centimetre

_____ cm

21. How much do you weigh when wearing light clothing?

please round to nearest kilogramme

_____ kg

22. How would you describe your state of health at present?

- good
- fairly good
- average
- fairly poor
- poor





23. Do you have any longstanding illness or health problem?

yes

no (*proceed to question 26*)

24. Does your long-term illness or health problem require regular treatment or monitoring by a health care professional (e.g. a doctor or nurse)?

yes

no (*proceed to question 26*)

25. Has a care plan including the objectives of the treatment and related monitoring been prepared for you?

yes

no

I don't know

**26. Are you limited because of a health problem in activities people usually do?
Would you say you are...**

severely limited

limited but not severely

not limited at all (*proceed to question 28*)

27. Have you been limited for at least the past 6 months?

yes

no



28. Have you had any of the following conditions diagnosed or treated by a doctor over the past 12 months?

	yes
high blood pressure, hypertension	<input type="checkbox"/>
(cerebral) stroke	<input type="checkbox"/>
high blood cholesterol	<input type="checkbox"/>
coronary thrombosis, myocardial infarction	<input type="checkbox"/>
coronary disease, angina pectoris (=chest pain under physical stress)	<input type="checkbox"/>
arthrosis of the knee or hip	<input type="checkbox"/>
arthrosis of the back, sciatica, back pain or other back condition	<input type="checkbox"/>
chronic bronchitis, emphysema	<input type="checkbox"/>
depression	<input type="checkbox"/>
other mental health issue	<input type="checkbox"/>
memory disorder (e.g. dementia, Alzheimer's disease)	<input type="checkbox"/>
asthma	<input type="checkbox"/>
diabetes	<input type="checkbox"/>
a substance abuse or addiction problem	<input type="checkbox"/>
none of the above-mentioned illnesses	<input type="checkbox"/>

29. Over the past 4 weeks, for how much of the time have you felt:

Please choose one alternative on each line

	all the time	most of the time	a good bit of the time	some of the time	a little of the time	not at all
very nervous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in such a low mood that nothing could cheer you up	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
calm and peaceful	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
downhearted and sad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
happy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

The following question deals with thoughts and feelings regarding harming yourself. Some people experience difficulties in their lives that prompt such thoughts and feelings

30. Have you thought about suicide over the past 12 months?

- no
 yes

SOCIAL AND HEALTH CARE SERVICES

31. What is your opinion of the following statements regarding health care services? Health care services refer to, for instance, health centres and hospitals.

Please choose only one alternative on each line.

	completely agree	somewhat agree	neither agree nor disagree	somewhat disagree	strongly disagree
In general, health services function well in Finland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I trust in the expertise and competence of health service staff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
the health services increase social equity and fairness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. What is your opinion of the following statements regarding social welfare services? For example, social welfare services refer to services for elderly people, services for families with children, home services, services for disabled people, counselling provided by a social worker or counsellor, and social assistance.

Please choose only one alternative on each line.

	completely agree	somewhat agree	neither agree nor disagree	somewhat disagree	strongly disagree
In general, social welfare services function well in Finland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I trust in the expertise and competence of social service staff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
the social welfare services increase social equity and fairness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. What is your opinion of the following statements? Please choose only one alternative on each line. I trust that when I need the following service, it will be available for me...

	completely agree	somewhat agree	neither agree nor disagree	somewhat disagree	strongly disagree
urgent treatment for a sudden, serious illness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
regular treatment and monitoring of a long-term illness (e.g. high blood pressure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
treatment and care services provided at home (e.g. home care, meal delivery and other support services, rehabilitation services, home alteration work)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
other services for elderly people (e.g. sheltered housing, residential home for elderly people, family care)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
services for disabled people (e.g. transportation services, personal assistance, home alteration work)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
counselling and guidance provided by a social worker or counsellor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
basic social assistance provided by the Social Insurance Institution of Finland (Kela)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
supplementary or preventive social assistance provided by the municipality	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



34. Social and health care services are undergoing a reform. The reform has many different objectives. Below there are listed the objectives set out for the reform at its various stages. Which three of these objectives you find most important?

	choose three most important objectives
primary services (e.g. health centre services and social welfare services) are strengthened	<input type="checkbox"/>
the client's case is handled smoothly and information is transferred between professionals	<input type="checkbox"/>
clients and patients have an increasing opportunity to make choices (e.g. on their place of care)	<input type="checkbox"/>
everyone living in Finland will have equal access to services based on their needs (regardless of their income level, place of residence, origin or any other factor)	<input type="checkbox"/>
everyone's responsibility on their own health and well-being and that of their family members will be increased	<input type="checkbox"/>
service and treatment practices will be uniform in the entire country	<input type="checkbox"/>
social and health care costs will remain reasonable	<input type="checkbox"/>





35. In the following section, we will ask you about ways in which regular people and service users can make their views and experiences known and participate in developing the services. How important do you consider the below issues and do you have personal experience of participation?

	highly important	quite important	not very important	not at all important	not sure	I have participated in this way
an opportunity to influence the service or treatment provided to you	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
regularly collecting the experiences of service users, for example using customer surveys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
residents and service users are included in planning, developing and evaluating the services (e.g. customer panels and joint development together with employees)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





FREEDOM OF CHOICE

Since the beginning of 2014, possibilities to choose or change the place of care in public health care (health station or hospital) have increased for residents of Finland. The following questions concern the freedom of choice.

36. Did you know that you have a legal right to:

	no	yes
choose the health station/health centre you register with anywhere in Finland?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
choose, together with your doctor, the unit that provides you with specialised health care (hospital) anywhere in Finland?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
choose a particular doctor, nurse or similar health care professional (e.g. physiotherapist, psychologist, speech therapist) whenever possible?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
seek treatment in another EU country?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. In the past 12 months, have you exercised your right to change your health station (public health care)? Here, a health care service is considered public health care even if the municipality relies on a private service provider to deliver some health station services.

- I have not used health station services in the past 12 months
- I have not changed my health station
- I have changed my health station, I changed my health station
 - to another health station in my municipality
 - to a health station in another municipality in Finland
 - to a health station in another EU country



38. In the past 12 months, have you exercised your right to choose or change your hospital (public health care)? Here, a health care service is considered public health care even if the municipality relies on a private service provider to deliver some forms of hospital treatment

- I have not needed hospital treatment or examinations
- I have not chosen or changed my hospital
- yes, I have chosen or changed my hospital, I chose
 - the hospital closest to me that provides the treatment I need
 - a hospital elsewhere in Finland that provides the treatment I need
 - a hospital in another EU country that provides the treatment I need

39. In the near future, are you considering changing your...

	no	maybe	yes
health station	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. What is your opinion of the following statements? Please choose only one alternative on each line. I find it important that I can personally make the choice on my...

	completely agree	somewhat agree	neither agree nor disagree	somewhat disagree	strongly disagree
health station	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
doctor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nurse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. There are options from which I can genuinely make a choice on my preferred...

	several	a couple	hardly any options
health station	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
doctor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nurse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



42. What is your opinion of the following statements? Please choose only one alternative on each line. To make a choice on my place of care, I have enough information about...

	completely agree	somewhat agree	neither agree nor disagree	somewhat disagree	strongly disagree
the medical quality of the services of different places of care (e.g. success of medical procedures, patient safety)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
customer satisfaction at different places of care (good treatment, possibility to influence the care provided for the patient, confidentiality, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
waiting times at different places of care (e.g. to see a doctor or a nurse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
the service selection provided at different places of care (what services are available at the place of care)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
what measures I must take if I wish to change to another health station	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
what measures I must take if I wish to change to another hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



43. Below are listed issues which people might think about when choosing a health station. Please select the three issues which you find most important when making the choice.

	select the three most important issues
good location of the health station	<input type="checkbox"/>
easy access by transport (by public transport or your car, e.g. parking spaces)	<input type="checkbox"/>
availability of doctor's appointments	<input type="checkbox"/>
availability of public health nurse's/nurse's appointments	<input type="checkbox"/>
the opening hours of the health station	<input type="checkbox"/>
good quality of care at the health station	<input type="checkbox"/>
the health station has special expertise in the services I need	<input type="checkbox"/>
a long-term care relationship with a specific doctor or nurse	<input type="checkbox"/>
the comfort of the facilities	<input type="checkbox"/>
accessibility: e.g. automatic doors, smooth walking routes and clear guide signs and instructions.	<input type="checkbox"/>
other reason, please specify: <input style="width: 600px; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>

44. How important do you consider being able to select a private health service at the same price as a public one? Please choose only one alternative.

- highly important
- quite important
- not very important
- not at all important
- not sure



45. The opportunity to choose is currently primarily concerned with health care services. How important do you find it that the freedom of choice will be extended to also cover...

	highly important	quite important	not very important	not at all important	not sure
services for elderly people	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
other social welfare services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

THE USE OF E-SERVICES

46. Do you have access to...

	yes	no
the internet at home, your workplace, library or some other place?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
online banking codes or mobile certificate for electronic identification online?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. Do you use the internet for the following:

	I use independently	I use assisted	I do not use
e-transactions (online banking, social insurance institution [Kela], taxoffice, ticket sales, local public services, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
finding information (timetables, health information, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



48. What kind of experiences do you have of the internet from the perspective of the following issues?

Based on my experience, for this purpose, the internet is				
	very useful	quite useful	useless	I have never used it
finding information about illnesses, symptoms or healthy ways of life	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
support provided by peer groups (e.g. weight loss group), health advice or other self-care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
using social and health care services (e.g. scheduling an appointment, prescriptions, laboratory results, decisions on social welfare services or benefits)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
comparing services and places of care (quality, waiting times, prices)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

THE USE OF HEALTH SERVICES

49. How many times in the past 12 months have you seen a doctor, public health nurse or a nurse in an appointment or at your home because of an illness you have or had (or because of pregnancy or childbirth)? *If you have not seen a doctor or nurse at all, please enter 0. This does not include any times when you have been admitted to a hospital as an inpatient.*

	I saw a doctor	I saw a nurse
at a health station (no dental appointments)	<input type="text"/> times	<input type="text"/> times
at a private medical clinic	<input type="text"/> times	<input type="text"/> times
at a hospital outpatient clinic	<input type="text"/> times	<input type="text"/> times
in public dental care	<input type="text"/> times	<input type="text"/> times
in private dental care	<input type="text"/> times	<input type="text"/> times



50. In the past 12 months, how many times have you had contact with the following health care professionals:

	not at all	once	2-3 times	4-6 times	more than 6 times
By phone					
with a doctor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
with a public health nurse or a nurse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
with some other health care professional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Via the internet (computer, mobile phone or other device)					
with a doctor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
with a public health nurse or a nurse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
with some other health care professional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51. When using the health services, do you typically see the same....

	always	often	sometimes	never
doctor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nurse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

52. In the past 12 months, have you been treated at an inpatient unit at a hospital (including inpatient unit at a health centre)?

- yes
- no





53. Think about your experiences of using health services in the past 12 months. How were the below aspects achieved in your case?

	always	most of the time	some-times	never	does not concern me (I have not used health services)
I was able to contact the place of care smoothly	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I was able to make an appointment without undue delay	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I was examined without undue delay (e.g. laboratory tests, X-ray, ultrasound)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
my privacy was respected in the examinations and treatments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
the treatment appointment was beneficial for me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
my problem was handled smoothly and information was transferred between professionals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





54. Think about your experiences of care personnel (doctors, nurses and other staff providing your care) in the past 12 months. How were the below aspects achieved in your case?

	always	most of the time	some-times	never	does not concern me (I have not used health services)
I was treated with respect	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
conversations took place so that they could not be heard by outsiders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
my information was handled confidentially	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
personnel spent enough time with me during the appointments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I was given enough time to ask about my health status or the treatment I was given	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
matters were explained to me in a way that I could understand them	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I could participate in the decisions on my treatment or the examinations made as much as I wanted to	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I was asked for my consent before starting treatment or examinations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



55. Have the following factors interfered with you receiving treatment in the past 12 months? *Please choose only one alternative on each line.*

	always	most of the time	sometimes	never	does not concern me (I have not used health services)
I was sent back and forth from one service unit to another in connection with taking care of my case	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I had to explain my situation to several employees or many different times	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
the opening hours were difficult	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
the place of care was hard to reach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
my financial situation made it difficult to receive treatment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
excessively high customer charges made it difficult to receive treatment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56. Do you feel you received enough of the following health care services in the previous 12 months? *Please note services provided by the municipality and private service providers.*

	I have not needed it	I would have needed it, but did not receive the service	I have used the service but it was not adequate	I have used the service and it was adequate
doctor's appointment services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nurse's or public health nurse's appointment services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dentist services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



57. Have you been vaccinated against influenza in the past 12 months?

- no
- yes

58. When have you last had the following measurements taken by a health care professional? Please choose one alternative on each line.

	during the past 12 months	1 to 5 years ago	more than 5 years ago	never	I don't know
blood pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
blood cholesterol level	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
blood sugar level	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weight	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
balance (e.g. standing balance)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
memory	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

59. Have you had any of the following screenings or examinations during the past 5 years?

	no	yes, during the past 1 year	yes, during the past 1–5 years
colorectal cancer screening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mammography (screening test for breast cancer), women	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAPA test (cervical cancer screening)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSA screening from a blood sample related to prostate examination (men)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



60. In the past 12 months, have you visited any of the following services because of mental health issues or substance abuse problems?

	no	yes, because of mental health problems	yes, because of substance abuse problems
a health centre, occupational health care or student health care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a mental health clinic or psychiatry outpatient clinic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
an A-Clinic, detoxification or other substance abuse treatment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a private practice (doctor, psychologist, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a psychiatric or other hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
other place of care , please specify where: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

The following question is concerned with people with a long-term illness. If you do not have a long-term illness, you may move on to question 62.

61. To what extent are the following true for the treatment of your long-term illness? If you have several diseases, please select the alternative based on the illness requiring most care.

	always	usually	some-times	never	does not apply to me
information is transferred between the personnel at my treatment unit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
information is transferred between the treatment unit and the hospital or other specialised medical care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
information is transferred between home nursing and other health care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
information is transferred between my treatment unit and social welfare services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
the ways in which I take care of my illness have been agreed with me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in case of multiple illnesses: all my illnesses are comprehensively taken into account in my treatment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

THE USE OF SOCIAL SERVICES

62. Do you feel you have been adequately provided with the following social and health care services or benefits over the past 12 months? Also note in the final column which service you used most recently.

Please note services provided by the municipality and private service providers.

	no need	I would have needed, but service or benefit was not received	the service or benefit was provided, but was not adequate	I have received adequate services or benefits	I used this service most recently
treatment and care services provided at home (e.g. home care, meal delivery and other support services, rehabilitation services, home alteration work)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
other services for elderly people (e.g. sheltered housing, residential home for elderly people, family care)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
services for disabled people (e.g. transportation services, personal assistance, apartment alteration work)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
social worker's guidance and counselling services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
support services for informal caregivers (e.g. possibility to take time off)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
compensation for informal care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
basic social assistance provided by the Social Insurance Institution of Finland (Kela)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
supplementary or preventive social assistance provided by the municipality	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

63. Do you think that the fee charged for the social service you used most recently was reasonable? *If you have not needed social welfare services in the past 12 months,*

proceed to question 65.

- yes
- no
- no fee was charged for the service

64. How long did you have to wait to access the social service you needed?

Please choose only one alternative

- not at all or less than a week
- 1-2 weeks
- 3-4 weeks
- longer than a month but less than 3 months
- 3 months or longer

65. In the past 12 months, how many times have you had contact with a social worker or a social counsellor?

	not at all	once	2-3 times	4-6 times	more than 6 times
by phoner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
via the internet (computer, mobile phone or other device)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

66. How has the interaction with the personnel been when you have used social welfare services in the past 12 months? Please choose only one alternative on each line. Please assess the service you have used most recently.

	always	most of the time	some-times	never	does not concern me (I have not used social welfare services)
the personnel treated me with respect	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
matters were explained to me in a way that I could understand them	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
personnel spent enough time with me during the appointments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
personnel gave me enough time to ask questions about my situation and the service I was using	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I received information about the handling of my case	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I could participate in the decisions concerning me as much as I wanted to	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



67. How do the following statements describe your experiences of social welfare services over the past 12 months? Please assess the service you have used most recently

	always	most of the time	some-times	never	does not concern me (I have not used social welfare services)
my problem was handled without undue delay	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
the end result of the service corresponded to my need	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
my problem was handled smoothly and information was transferred between professionals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

68. Have the following factors interfered with you receiving social welfare services in the past 12 months? Please choose only one alternative on each line.

	always	most of the time	some-times	never	does not concern me (I have not used social welfare services)
I was sent back and forth from one service unit to another in connection with taking care of my case	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I had to explain my situation to several employees or many different times	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
the opening hours were difficult	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
the service unit was hard to reach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
my financial situation made it difficult to receive the service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
excessively high customer charges made it difficult to receive the service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

69. Have you used private social welfare services at your own expense in the past 12 months? Social welfare services refer to, for instance, services for elderly people, home services and services for disabled people.

- yes
- no



SOCIAL AND HEALTH CARE FUNDING AND COSTS

70. To what extent do you feel tax revenue should be used for funding the following services?

	more than currently	as much as currently	less than currently
health and medical care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
social welfare services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
transfer payments, such as social benefits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

71. To what extent do you wish customers would use their own funds (as customer fees) in financing the following services?

	more than currently	as much as currently	less than currently
for health and medical care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
for social welfare services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

72. Should client fees be graded according to people's income so that people with a large income would pay a larger portion of the service price as customer charges than those with a small income?

	yes, definitely	maybe	no
for health care services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
for social welfare services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

73. Have you used a service voucher in the past 12 months?

	yes	no	I don't know	I am not sure
to obtain health care services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
to obtain social welfare services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

74. Have you acquired a private medical insurance that covers costs resulting from the treatment of an illness in Finland, such as private doctors' fees, medicine costs and fees charged for days spent in hospital?

- yes
- no, but I have considered it
- no, and I have not considered it

LIFESTYLE

The following two questions (75 - 76) concern your exercise habits. If you exercise in different ways at different times of the year, please select the alternative that best describes your average situation.

75. How often do you go for a walk outdoors for at least 20 minutes?

- 5 or more times a week
- 4 times a week
- 3 times a week
- 1–2 times a week
- less often than once a week
- I cannot exercise because of an illness or injury

76. How much do you exercise and strain yourself physically in your free time?

Please choose the alternative that best fits your situation.

- I read, watch TV and do things that are not very strenuous physically
- I walk, cycle or do light housework and gardening, etc., several hours a week
- I engage in exercise or sport such as running, skiing, swimming or ball games several hours a week
- I spend most of my time in bed

77. How often have you eaten the following types of food in the past 7 days?

	once a week or less frequently	1–6 times a week	1–2 times a day	3 or more times a day
fresh vegetables or green salad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cooked vegetables (excluding potatoes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fruit or berries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
butter or butter and margarine mixture (e.g. Oivariini)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

78. Who usually prepares your main meal on weekdays?

- myself
- my spouse or cohabitant
- other person close to me
- a home care worker prepares it, or I have a ready meal delivered
- I eat out or bring a take-out meal to eat at home

79. Has any of the persons mentioned below encouraged you to do any of the following in the past 12 months? *You may choose more than one alternative on each line.*

	no one	a doctor or dentist	a public health nurse, or some other health care professional	a family member	someone else
to exercise more	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
to change your dietary habits for health reasons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
to lose weight	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
to drink less alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
to quit smoking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

80. Do you feel that you get enough sleep?

- yes, almost always
- yes, often
- rarely or hardly ever
- not sure

81. Do you smoke currently (cigarettes, cigars or pipe)?

- yes, daily
- occasionally
- not at all
- I have never smoked

82 . Have you drunk alcoholic beverages over the past 12 months?

- no (*proceed to question 86*)
- yes



83. How often do you consume beer, wine or other alcoholic beverages? Also include the times when you only had a small amount, e.g. a bottle of medium-strength beer or a sip of wine. Choose the option that best describes your situation.

- never
- around once a month or less
- 2–4 times a month
- 2–3 times a week
- 4 or more times a week

84. How many drinks containing alcohol do you have on a typical day when you are drinking? Please refer to the adjacent box.

- 1–2 servings
- 3–4 servings
- 5–6 servings
- 7–9 servings
- 10 or more units

ONE ALCOHOL PORTION IS:
1 bottle (33cl) of medium-strength beer or cider, or
1 glass (12cl) of regular wine, or
1 small glass (8cl) of fortified wine, or
a standard drink (4cl) of strong spirits.

85. How often have you had six or more drinks on one occasion?

- never
- less than once a month
- once a month
- once a week
- daily or almost daily

EXAMPLES:
0.5 l ('pint') of medium-strength beer or cider = 1.5 units
0.5 l ('pint') of stronger A beer or strong cider = 2 units
0.75 l bottle of table wine (12%) wine = 6 units
0.5 l bottle of spirits = 13 units





ACCIDENTS AND VIOLENCE

86. Do you use any of the following protective or safety equipment?

	always	often	sometimes	not at all	does not concern me
helmet when riding a bicycle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
safety belt on the back seat of a car	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
life jacket or other flotation device in a boat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
studded footwear or ice grips when walking outdoors in slippery conditions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hip protectors	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
reflector when it is dark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

87. Do you use any of the following aids? *You may choose one or more alternatives.*

- walking stick, forearm crutches or crutches
- a rollator or kickcycle
- a wheelchair
- a hearing aid
- a dosette box

88. Have you fallen down in the past 12 months?

- no I have not
- yes, indoors at home, how many times? _____ times
- yes, in the yard or garden at home, how many times? _____ times
- yes, outdoors in the street or in a public place , how many times? _____ times



89. Has anyone behaved violently towards you in the past 12 months?

You may choose one or more alternatives

	no one	unknown person or a casual acquaintance	present spouse, cohabitant or partner	other person well known to me (other family member, ex-spouse, friend, close acquaintance, colleague)
threatening you with physical harm in person, over the phone or online	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
obstructing you from moving, or grabbing, pushing or shoving you	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hitting with a fist or a hard object, kicking, strangling or using a weapon of some kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
harassing you with sexually offensive words or actions (e.g. touching, calling you names, sexual innuendo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

90. Did you fill in this form alone, or did someone assist you?

- I filled it in alone
- I filled it in together with my spouse
- I filled it in together with another family member
- I filled it in together with a nurse or a home care helper
- I was assisted by someone else.

Please specify who (e.g. a neighbour) _____

- someone else filled this form in on my behalf.

Please specify who _____

THANK YOU FOR YOUR TIME!

Please remember to remove the covering letter before sending the questionnaire.

You can see the results of the survey at www.thl.fi/finsote

