



Universität
Basel

INSPIRE



Gesundheit und älter werden

Die INSPIRE Bevölkerungsbefragung für Senioren und Seniorinnen im Kanton Basel-Landschaft

**Ihre
Meinung
zählt!**

Bitte senden Sie diese Umfrage per Post im beiliegenden vorfrankierten Rückantwortumschlag zurück.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

**Dr. Mieke Deschodt · Prof. Dr. Sabina De Geest
Prof. Dr. med Andreas Zeller · Prof. Dr. Nicole Probst-Hensch
und das gesamte INSPIRE-Forschungsteam**

Das INSPIRE Forschungsprojekt wird unterstützt durch:

FNSNF

SCHWEIZERISCHER NATIONALFONDS
ZUR FÖRDERUNG DER WISSENSCHAFTLICHEN FORSCHUNG

**BASEL
LANDSCHAFT**

VOLKSWIRTSCHAFTS- UND GESUNDHEITSDIREKTION
AMT FÜR GESUNDHEIT

Gesundheit und älter werden

Die INSPIRE Bevölkerungsbefragung für Senioren
und Seniorinnen im Kanton Basel-Landschaft

Ältere Menschen im Kanton Basel-Landschaft wollen möglichst lange ein selbstbestimmtes und an ihre individuelle Situation angepasstes Leben führen. Jetzt geht es darum, **die Bedürfnisse der älteren Menschen besser zu verstehen**. Deshalb wird dieser Fragebogen an **alle über 75-jährigen Einwohnerinnen und Einwohner im Kanton Basel-Landschaft** verschickt.

Mit der Beantwortung der Umfrage können Sie deutlich machen, was gut läuft aber auch Ihre Bedürfnisse aufzeigen. Zum Beispiel welche Wohnsituation Sie sich wünschen, welche Hilfe Sie im Alltag bereits erhalten oder zusätzlich benötigen würden. Sie können aber auch deutlich machen, was nicht gut läuft. **Ihre Antworten sind sehr wertvoll** und werden Ihnen und uns helfen, Bewährtes zu stärken und konkrete Lösungen zu finden, wo Nachholbedarf besteht.

Ihre Antworten sind **vertraulich** und nur dem Studienteam der Universität Basel zugänglich. Sie können je nach Frage auch entscheiden, diese nicht zu beantworten.

Sie können den Fragebogen gerne **mit einer Ihnen vertrauten Person** ausfüllen. Das kann zum Beispiel jemand aus Ihrer Familie sein. Es kommen auch Freunde, Nachbarn oder andere Personen in Frage, mit denen Sie sich regelmässig treffen oder welche Sie auf irgendeine Art betreuen. Sie benötigen für das Ausfüllen des Fragebogens zwischen **30 und 60 Minuten**.

Anleitung zum Ausfüllen:

Für kurze, offene Antworten schreiben Sie bitte auf der angegebenen Linie.

die Spítex

Wenn die Antwort eine Zahl ist, schreiben Sie bitte nur eine Zahl pro Kästchen.

1	6	2
---	---	---

Für Fragen, bei denen mehreren Antworten möglich sind, kreuzen Sie bitte jedes Kästchen neben der für Sie zutreffenden Antwort an.



Wer sind Sie?

Nicht alle älteren Menschen wollen und brauchen das Gleiche.

Wir möchten auf Ihre persönlichen Bedürfnisse eingehen.

Dafür möchten wir Sie besser kennen lernen!



1. **Werden Sie den Fragebogen alleine oder mit Hilfe einer anderen Person ausfüllen?**

- Ich werde ihn alleine ausfüllen
 Ich werde ihn zusammen mit einer anderen Person ausfüllen

2. **Geburtsjahr:**

3. **Postleitzahl Ihres Wohnortes:**

4. **Geschlecht:**

- Männlich Weiblich

5. **In welchem Land wurden Sie geboren?**

- Schweiz
 Frankreich
 Deutschland
 Andere: _____

6. **Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?**

- Kein Schulabschluss
 - Volksschule
 - Abgeschlossene Ausbildung
 - Gymnasium
 - Fachhochschule / Technische Hochschule
 - Universität
 - Weiss nicht
 - Andere: _____
-

7. **Wie gut sprechen Sie Deutsch?**

- Schweizerdeutsch ist meine Muttersprache
 - Deutsch ist meine Muttersprache
 - Gut
 - Schlecht
-

8. **Wie hoch ist das derzeitige monatliche Gesamteinkommen *Ihres Haushalts* (alle Personen) in Schweizerfranken?**

- <3000
 - 3001-6000
 - 6001-9000
 - >9000
 - Weiss nicht
 - Ich möchte nicht antworten
-

9. **Haben Sie finanzielle Sorgen?**

- Ja
 - Nein
-

10. **Wie sind Sie bei der Krankenkasse versichert?**

- Allgemein
 - Halb-privat
 - Privat
 - Flex
 - Weiss nicht
-

11. **Erhalten Sie Ergänzungsleistungen?**

- Ja
 - Nein
 - Weiss nicht
-

12. **Erhalten Sie Hilflosenentschädigung?**

- Ja
 - Nein
 - Weiss nicht
-

Wie möchten Sie gerne wohnen?

Für ältere Menschen ist das Wohnen für die Lebensqualität entscheidend. Daher haben ältere Menschen immer mehr Möglichkeiten auszuwählen, wie sie wohnen möchten.

Wir wollen wissen, was Ihnen dabei wichtig ist.



Was ist für Sie eine gute Wohnsituation?

13. Was macht für Sie eine gute Wohnsituation aus? Bitte alle möglichen Antworten ankreuzen.

- Ihre eigene Wohnung / Ihr eigenes Haus
- Barrierefrei / rollstuhlgerecht
- Eigener Garten
- Nähe zu Familie und Freunden
- Nähe zur Natur / zu Parks
- Nähe zur Stadt
- Nähe zu Einkaufsmöglichkeiten, Bibliothek, etc.
- Nähe zu Ärzten, Gesundheitseinrichtungen, etc.
- Nähe zur Kirche oder zu sozialen Einrichtungen
- Gute Anbindung an den öffentlichen Verkehr
- Möglichkeiten für die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben
- Möglichkeiten für den Austausch mit anderen älteren Personen
- Möglichkeiten für den Austausch mit Menschen aller Altersgruppen
- Andere: _____

14. **Was wäre Ihre Idealvorstellung für das Wohnen im Alter so lange Sie unabhängig sind? Bitte nur 1 Antwort ankreuzen.**

- In meinem eigenen Zuhause (*bitte ausführen*):
 - alleine oder mit Partner / Partnerin
 - mit erweiterter Familie
 - mit Untermieter
- Im Zuhause eines Familienmitglieds (z.B. Sohn, Tochter)
- In einer Wohngemeinschaft
- In einer Alterswohnung / Betreutes Wohnen
- In einem Altersheim / Pflegeheim

15. **Wie wäre Ihre Idealvorstellung für das Wohnen im Alter, wenn Sie auf Unterstützung von anderen Personen (z.B. Spitex, Familie, Freunde) angewiesen sind? Bitte nur 1 Antwort ankreuzen.**

- In meinem eigenen Zuhause (*bitte ausführen*):
 - alleine oder mit Partner / Partnerin
 - mit erweiterter Familie
 - mit Untermieter
- Im Zuhause eines Familienmitglieds (z.B. Sohn, Tochter)
- In einer Wohngemeinschaft
- In einer Alterswohnung / Betreutes Wohnen
- In einem Altersheim / Pflegeheim

Wie ist Ihre aktuelle Wohnsituation?

16. **Mein aktuelle Wohnsituation ist: Bitte nur 1 Antwort ankreuzen.**

- Eigenes Einfamilienhaus
- Einfamilienhaus zur Miete
- Eigentumswohnung
- Wohnung zur Miete
- Alterswohnung
- Andere: _____

17. **Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt (Sie eingeschlossen)?**

Personen

18. **Wer lebt mit Ihnen im gleichen Haushalt?** Bitte alle möglichen Antworten ankreuzen.

- Ich lebe alleine
 - (Ehe-)Partner
 - Andere Erwachsene
 - Geschwister
 - Erwachsene Kinder
 - Professionelle Hilfe (z.B. eine bezahlte Betreuerin / Betreuer)
 - Andere: _____
-

19. **Hat Ihre Wohnung / Ihr Haus etwas von Folgendem?** Bitte alle möglichen Antworten ankreuzen.

- Treppen **OHNE** Handlauf
 - Treppen **MIT** Handlauf
 - Treppenlift
 - Lift
 - Bad / WC auf Eingangsebene
 - Schlafzimmer oder Raum, der als Schlafzimmer benutzt werden könnte, auf Eingangsebene
 - Breite Türrahmen
 - Trottoir vor dem Haus / der Wohnung
 - Haus / Wohnung liegt an einem Hang oder auf einem Hügel
-

20. **Sind Sie mit Ihrer gegenwärtigen Wohnsituation insgesamt zufrieden?** Bitte nur 1 Antwort ankreuzen.

- Ja, ich möchte so lange wie möglich weiterwohnen wie jetzt
 - Derzeit bin ich zufrieden mit meiner Wohnsituation, aber ich plane eine Veränderung in den nächsten Jahren
 - Nein, ich würde meine Wohnungssituation gerne ändern
-

21. **Was würden Sie ändern?** Bitte schreiben Sie.

Wieviel Unterstützung brauchen und erhalten Sie im Alltag?

Den meisten Menschen ist die Unabhängigkeit wichtig.

Mit zunehmendem Alter braucht es Unterstützung.

Unterstützung heisst aber nicht, dass man die Unabhängigkeit verliert.



Wie unabhängig können Sie sich bewegen?

22. **Beweglichkeit / Mobilität:** Bitte kreuzen Sie das Kästchen an, das Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.

- Ich habe **keine** Probleme herumzugehen
- Ich habe **leichte** Probleme herumzugehen
- Ich habe **mässige** Probleme herumzugehen
- Ich habe **grosse** Probleme herumzugehen
- Ich bin **nicht in der Lage** herumzugehen

23. **Verwenden Sie folgende Hilfsmittel?** Bitte alle möglichen Antworten ankreuzen.

- | | | |
|--|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Stock | <input type="checkbox"/> Krücken | <input type="checkbox"/> Gehböckli |
| <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Kein Hilfsmittel |
| <input type="checkbox"/> Andere: _____ | | |

24. **Sind Sie in der Lage, sich völlig selbständig ausserhalb des Hauses zu bewegen?** *In der näheren Umgebung des Hauses oder zu Nachbarn.*

- Ja Nein
-

25. **Welche Art von Transportmitteln benützen Sie aktuell?** *Bitte alle möglichen Antworten ankreuzen.*

- Ich fahre ein Fahrrad / E-Bike
 Ich fahre ein eigenes Auto
 Ich benütze öffentliche Transportmittel
 Ich bestelle und benütze selbständig ein Taxi, jedoch keine öffentlichen Transportmittel
 Ich benütze öffentliche Transportmittel in Begleitung
 Ich unternehme beschränkte Fahrten im Taxi oder Auto in Begleitung
 Ich kann mich ausserhalb des Hauses nicht mehr bewegen
-

26. **Welche Art von Transportmittel möchten Sie in Zukunft nützen?** *Bitte alle möglich Antworten ankreuzen.en*

- Fahrrad
 E-Bike
 Mein eigenes Auto
 Bus oder andere öffentliche Verkehrsmittel
 Hilfe von Freunden oder Familie
 Taxi
 Ich habe nicht vor, ausserhalb des Hauses mobil zu sein
 Andere: _____
-

Wie unabhängig sind Sie beim Kochen und Essen?

27. **Zubereitung von Mahlzeiten.** *Bitte nur 1 Antwort ankreuzen.*

- Ich plane und koche Mahlzeiten **selbständig**
 Ich brauche **Hilfe bei der Zubereitung** von Mahlzeiten
 Ich **erwärme** die von anderen Leuten zubereiteten Mahlzeiten
 Die Mahlzeiten müssen **verzehrfertig zubereitet** sein
-

Wie unabhängig sind Sie bei der Körperpflege?

28. Für sich selbst sorgen. Bitte nur 1 Antwort ankreuzen.

- Ich habe **keine** Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich habe **leichte** Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich habe **mässige** Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich habe **grosse** Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich bin **nicht in der Lage**, mich selbst zu waschen oder anzuziehen

29. Sind Sie in der Lage, völlig selbständig zur Toilette zu gehen?

- Ja
- Nein

Wie unabhängig sind Sie im Führen Ihres Haushaltes?

30. Alltägliche Tätigkeiten, z. B. Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten. Bitte nur 1 Antwort ankreuzen

- Ich habe **keine** Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe **leichte** Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe **mässige** Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe **grosse** Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich bin **nicht in der Lage**, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen

31. Einkaufen. Bitte nur 1 Antwort ankreuzen.

- Ich kann **alle Einkäufe unabhängig** erledigen
- Ich kann nur **kleinere Einkäufe unabhängig** erledigen
- Ich brauche **Hilfe** beim Einkaufen
- Ich bin **nicht in der Lage**, Einkäufe zu machen

32. Die Wäsche machen. Bitte nur 1 Antwort ankreuzen.

- Ich kann die Wäsche **selbständig** waschen
- Ich kann **kleine Wäsche**, z.B. Socken, waschen
- Meine Wäsche muss **vollständig von Anderen** gemacht werden

33. **Geldhaushalt.** Bitte nur 1 Antwort ankreuzen.

- Ich regle finanzielle Geschäfte **selbständig** (Budget, Schecks, Einzahlung, Weg zur Bank)
- Ich kann die **täglichen, kleineren Ausgaben** machen, aber ich brauche Hilfe bei Überweisungen und Bankgeschäften.
- Ich bin **nicht mehr in der Lage**, mit Geld umzugehen

34. **Telefon.** Bitte nur 1 Antwort ankreuzen.

- Ich benütze das Telefon **selbständig**
- Ich wähle nur einige **bekannte Nummern**
- Ich **nehme das Telefon ab**, wähle aber nicht selbstständig
- Ich benütze das Telefon überhaupt **nicht**

Welche Unterstützung erhalten Sie derzeit?

35. **Von welchen Personen erhalten Sie regelmässig Unterstützung im Alltag?** Bitte alle möglichen Antworten ankreuzen.

- Gleichaltrige Familienmitglieder (z.B. Ehepartner/in, Partner/in)
- Jüngere Familienmitglieder (z.B. Kinder, Enkel)
- Freunde und Nachbarn
- Brauche keine

36. **Von welchen Organisationen erhalten Sie regelmässig Unterstützung im Alltag?** Bitte alle möglichen Antworten ankreuzen.

- Gemeinnützige Hilfe (z.B. Spitex)
- Private Hilfe (Selbstzahlung)
- Alzheimervereinigung
- Parkinsonvereinigung
- Diabetesvereinigung
- Rotes Kreuz Baselland
- Pro Senectute
- Andere: _____
- Andere: _____

37. Welche Art Hilfe nehmen oder nahmen Sie im Jahr 2018 in Anspruch? Bitte alle möglichen Antworten ankreuzen.

- Ich benötigte im Jahre 2018 keine Hilfe
 - Pflege und Betreuung bei Ihnen zu Hause (*bitte ausführen*):
 - Öffentliche Organisation
 - Private Organisation
 - Hilfe bei der Hausarbeit (*bitte ausführen*):
 - Öffentliche Organisation
 - Private Organisation
 - Mahlzeitendienst
 - Physiotherapie
 - Transport- und Assistenzdienste (z.B. zum Ärztin/Arzt, Einkaufen)
 - Tagesklinik
 - Nachtklinik
 - Alterswohnung
 - Kurzaufenthalte in Alters- / Pflegeheim
 - Andere: _____
-

38. Wie häufig steht Ihnen folgende Unterstützung durch andere Menschen zur Verfügung? Egal ob durch professionelle Personen oder Unterstützung durch Familie / Freunde.

- a. Jemand, der Sie zum Arzt / zur Ärztin fährt, wenn es nötig ist
 - Nie
 - Manchmal
 - Oft
 - Immer
 - b. Jemand, der Ihnen Essen zubereitet, wenn Sie dazu nicht in der Lage sind
 - Nie
 - Manchmal
 - Oft
 - Immer
 - c. Jemand, der Ihnen bei alltäglichen Arbeiten hilft, wenn Sie krank sind
 - Nie
 - Manchmal
 - Oft
 - Immer
 - d. Jemand, der Ihnen in schwierigen Situationen gute Ratschläge gibt
 - Nie
 - Manchmal
 - Oft
 - Immer
 - e. Jemand, dem Sie sich anvertrauen oder mit dem Sie über persönliche Probleme sprechen können
 - Nie
 - Manchmal
 - Oft
 - Immer
-

f. Jemand, der Ihre Probleme versteht

- Nie Manchmal Oft Immer
-

39. **Entspricht die Unterstützung, die Sie im Alltag erhalten, Ihren Bedürfnissen?**

- Ja, ich erhalte die Unterstützung, die ich brauche
 Nein, ich brauche mehr Unterstützung
-

40. **Betreuen, pflegen oder unterstützen Sie selbst eine andere Person?** z.B. Kinder, ältere Menschen, Menschen mit einer Behinderung

- Ja Nein
-

Wie sieht es mit der Unterstützung in der Zukunft aus?

41. **Falls Sie hilfsbedürftiger werden, von welchen Personen bevorzugen Sie regelmässige Unterstützung im Alltag?** *Bitte alle möglichen Antworten ankreuzen.*

- Gleichaltrige Familienmitglieder (z.B. Ehepartner/in, Partner/in)
 Jüngere Familienmitglieder (z.B. Kinder, Enkel)
 Freunde und Nachbarn
-

42. **Falls Sie hilfsbedürftiger werden, von welchen Organisationen bevorzugen Sie regelmässige Unterstützung im Alltag?** *Bitte alle möglichen Antworten ankreuzen.*

- Gemeinnützige Hilfe (z.B. Spitex)
 Privat Hilfe (Selbstzahlung)
 Alzheimervereinigung
 Parkinsonvereinigung
 Diabetesvereinigung
 Rotes Kreuz Baselland
 Alters und Pflegeheim (APH)
 Pro Senectute
 Andere: _____
 Andere: _____
-

43. Falls Sie hilfsbedürftiger werden, welche der folgenden Dienstleistungen würden Sie in Betracht ziehen? Bitte alle möglichen Antworten ankreuzen.

- Pflege und Betreuung bei Ihnen zu Hause (*bitte ausführen*):
 - Öffentliche Organisation
 - Private Organisation
- Hilfe bei der Hausarbeit (*bitte ausführen*):
 - Öffentliche Organisation
 - Private Organisation
- Mahlzeitendienst
- Physiotherapie
- Transport- und Assistenzdienste (z.B. zum Ärztin /Arzt, zum Einkaufen)
- Tagesklinik
- Nachtklinik
- Alterswohnung
- Kurzaufenthalte in Alters-/Pflegeheim
- Weiss nicht
- Andere: _____

44. Würden Sie in Zukunft die folgenden technischen Hilfsmittel oder Gesundheitstechnologie in Betracht ziehen?

- a. **Telemedizin:** Die Möglichkeit mit Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt per Video oder Handy zu kommunizieren.
- Ja
 - Vielleicht
 - Nein
 - Ich verstehe nicht, wofür dieses technische Hilfsmittel verwendet wird
- b. **Handy oder SMS Service:** Anwendungen / Programme, die Sie an Ihre Krankheit erinnern oder Informationen darüber liefern, wie Sie Ihre Krankheit bewältigen oder Medikamente einnehmen können.
- Ja
 - Vielleicht
 - Nein
 - Ich verstehe nicht, wofür dieses technische Hilfsmittel verwendet wird

c. **Tragbares Gerät** (z.B. Herzmonitor, Blutzuckermonitor, SOS-Gerät, Aktivitätsmonitor)

Ja

Vielleicht

Nein

Ich verstehe nicht, wofür dieses technische Hilfsmittel verwendet wird

d. **Hilfsroboter**, für die Nutzung im Haushalt und in der Betreuung Zuhause

Ja

Vielleicht

Nein

Ich verstehe nicht, wofür dieses technische Hilfsmittel verwendet wird

e. **Welche dieser technischen Hilfsmittel oder Gesundheitstechnologien benutzen Sie derzeit?**

Telemedizin

Handy oder SMS Service

Tragbare Geräte

Hilfsroboter

Ich benutze derzeit noch keines dieser technischen Hilfsmittel

Wie geht es Ihnen gesundheitlich?

Nicht alle älteren Menschen sind gleich gesund.

Die Gesundheit hat einen grossen Einfluss auf die Bedürfnisse älterer Menschen.



Ihre Sinne

45. Haben Sie aufgrund schlechten Sehens Probleme im Alltag?

Ja

Nein

46. Haben Sie aufgrund schlechten Hörens Probleme im Alltag?

Ja

Nein

Ernährung

47. Haben Sie in den letzten 6 Monaten unbeabsichtigt viel Gewicht verloren? (z.B. 3 Kilogramm in 3 Monaten)

Ja

Nein

Schmerzen

48. Haben Sie regelmässig Schmerzen oder Beschwerden? Bitte nur 1 Antwort ankreuzen.

Ich habe **keine** Schmerzen oder Beschwerden

Ich habe **leichte** Schmerzen oder Beschwerden

Ich habe **mässige** Schmerzen oder Beschwerden

Ich habe **starke** Schmerzen oder Beschwerden

Ich habe **sehr starke / unerträgliche** Schmerzen oder Beschwerden

49. **Nehmen Sie regelmässig Schmerzmittel?** (z.B. Panadol / Dafalgan, Ibuprofen, Fentanyl, Tramal, Morphin)

- Ja, täglich Ja, wöchentlich Nein Weiss nicht

Schlaf

50. **Wie würden Sie insgesamt die Qualität Ihres Schlafes während der letzten vier Wochen beurteilen?**

- Sehr gut Ziemlich gut Ziemlich schlecht Sehr schlecht

51. **Nehmen Sie regelmässig Schlafmittel?**

- Ja Nein Weiss nicht

Gedächtnis

52. **Haben Sie Probleme mit dem Gedächtnis?**

- Ja Nein

Nehmen Sie regelmässig Medikamente?

53. **Nehmen Sie derzeit vier oder mehr verschiedene Medikamente ein?**

- Ja Nein

54. **Brauchen Sie Unterstützung, um Ihre Medikamente korrekt einzunehmen?** Bitte nur 1 Antwort ankreuzen.

- Ich nehme **selbstständig** meine Medikamente in genauer Dosierung und zum korrekten Zeitpunkt ein
- Ich nehme **vorbereitete** Medikamente korrekt (z.B. in Dosette)
- Ich kann die korrekte Einnahme von Medikamenten **nicht selbständig** handhaben
-

Wie sieht Ihr Lebensstil aus?

Wie aktiv sind Sie?

Wie geht es Ihnen seelisch?



Lebensstil und Wohlbefinden

55. Wie viele Minuten intensiver körperlicher Aktivität (z.B. Joggen) üben Sie in einer typischen Woche aus?

- Weniger als 30 Minuten
- 30-74 Minuten
- 75 Minuten oder mehr

56. Wie viele Minuten leicht anstrengender körperlicher Aktivität (z.B. Spazieren gehen) üben Sie in einer typischen Woche aus?

- Weniger als 30 Minuten
- 30-74 Minuten
- 75 Minuten oder mehr

57. **Wie oft üben Sie körperliche Aktivität aus, die eine Kombination aus Gleichgewicht, Muskelkräftigung und ausdauernder Bewegung umfasst (z.B. Tanzen, Yoga, Tai Chi, Gartenarbeit)?**

- Mindestens einmal pro Woche
- Weniger als einmal pro Woche
- Niemals

58. **Wenn Sie Ihre körperliche Fitness mit Punkten von 0 bis 10 bewerten müssten, wobei 0 „sehr schlecht“ bedeutet und 10 „ausgezeichnet“, welche Punktzahl würden Sie sich geben? Bitte umkreisen Sie eine Zahl.**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

59. **Wie oft konsumieren Sie ein alkoholhaltiges Getränk?**

- Niemals
- 1 mal im Monat oder weniger
- 1 mal pro Woche oder weniger
- 2 bis 3 mal pro Woche
- 4 bis 6 mal pro Woche
- Täglich

60. **Wie viele alkoholhaltige Getränke konsumieren Sie an einem typischen Tag, an dem Sie trinken (ein Getränk kann ein Glas Wein, eine Dose Bier (355 ml) oder 40 ml Spirituosen sein)?**

- 0 Getränke
- 1-2 Getränke
- 3-4 Getränke
- 5 oder mehr Getränke

61. **Rauchen Sie gegenwärtig?**

- Ja, täglich
 - Ja, nicht täglich
 - Nein, aber ich war Raucher/in
 - Nein, noch nie
-

62. **Fühlen Sie eine allgemeine Leere?**

- Ja Manchmal Nein
-

63. **Vermissen Sie die Gesellschaft anderer Menschen?**

- Ja Manchmal Nein
-

64. **Fühlen Sie sich im Stich gelassen?**

- Ja Manchmal Nein
-

65. **Haben Sie sich in letzter Zeit trübselig oder niedergeschlagen gefühlt?**

- Ja Nein
-

66. **Waren Sie in letzter Zeit nervös oder ängstlich?**

- Ja Nein
-

67. **Wie stark fühlen Sie sich ängstlich oder deprimiert? Bitte nur 1 Antwort ankreuzen.**

- Ich bin **nicht** ängstlich oder deprimiert
 Ich bin **ein wenig** ängstlich oder deprimiert
 Ich bin **mässig** ängstlich oder deprimiert
 Ich bin **sehr** ängstlich oder deprimiert
 Ich bin **extrem** ängstlich oder deprimiert
-

68. **Unten finden Sie 3 Aussagen. Bitte markieren Sie, ob Sie mit den einzelnen Aussagen einverstanden sind oder nicht.**

a. In vielen Belangen ist mein Leben nahezu ideal

- Einverstanden Weder – noch Nicht einverstanden

b. Meine Lebensumstände sind exzellent

- Einverstanden Weder – noch Nicht einverstanden

c. Ich bin mit meinem Leben zufrieden

- Einverstanden Weder – noch Nicht einverstanden
-

69. **Bitten geben Sie in der ersten Spalte an, bei welchen Aktivitäten / Gruppen Sie aktiv dabei sind. Bitte geben Sie in der zweiten Spalte an, bei welchen Aktivitäten / Gruppen Sie nicht dabei sind, aber gerne dabei sein möchten.**

	<i>Aktiv dabei</i>	<i>Nicht aktiv dabei, aber ich möchte es sein</i>
Turnvereine, sportliche Gruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hobbyvereine, z.B. Chor, Musik- und Theatervereine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufsverbände, Gewerkschaften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kirchengemeinde, religiöse Gruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Politische Gruppen, Parteien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treffen mit Familie, Freunden, Nachbarn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freiwilligenarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie oft brauchen Sie medizinische Hilfe?



Wie oft brauchten Sie im Jahr 2018 medizinische Hilfe?

70. Wie viele Male haben Sie im Jahr 2018 Ihre/n Hausarzt/in besucht?

mal oder mehr als 10

71. Wie oft haben Sie im Jahr 2018 einen Spezialisten / eine Spezialistin besucht?

mal oder mehr als 10

72. Wie viele Male waren Sie im Jahr 2018 auf einer Notfallstation in einem Spital?

mal

73. Bei oft waren Sie im Jahr 2018 im Spital? Zählen Sie nur die Spitalaufenthalte, bei denen Sie übernachten mussten.

mal

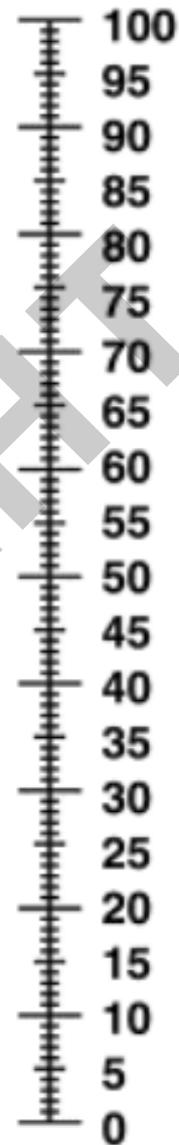
74. Welche anderen medizinischen Leistungen haben Sie 2018 in Anspruch genommen?

Allgemeine Gesundheit

75. Wir wollen herausfinden, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit HEUTE ist. Bitte kreuzen Sie auf der Skala an, der Ihre Gesundheit am besten beschreibt und tragen Sie bitte die Zahl, die Sie auf der Skala angekreuzt haben, in das Kästchen unten ein.

IHRE GESUNDHEIT HEUTE =

Beste Gesundheit,
die Sie sich vorstellen können



Schlechteste Gesundheit,
die Sie sich vorstellen können

Wir danken Ihnen ganz herzlich für Ihre Zeit!

Bitte senden Sie diese Umfrage per Post im beiliegenden vorfrankierten Rückantwortumschlag zurück.

COPYRIGHT

Einwilligungserklärung

Ihre Antworten werden nur für die Entwicklung eines besseren Gesundheitsversorgungsangebots im Kanton Basel-Landschaft verwendet.

1. Falls Sie Ihre Daten auch für weitere Forschungsprojekte, zur Verfügung stellen wollen, z.B. für einen internationalen Vergleich, können Sie das gerne unten bestätigen.

Ich bin damit einverstanden, dass das Studienteam meine Daten in verschlüsselter Form für weitere Forschungsprojekten im In- und Ausland verwenden darf.

Ja Nein

2. Falls Sie auch mithelfen wollen zu überprüfen, ob die Gesundheitskosten für alle erschwinglich sind, können Sie uns unten dafür Ihre Ermächtigung geben.

Ich bin damit einverstanden, dass das Studienteam meine Daten bei meiner Krankenkasse aus dem Jahr 2018 einholt.

Ja Nein

Vor- und Nachname: _____

Datum: __ / __ / ____

Unterschrift Teilnehmer/in

oder

Unterschrift Gesetzliche

Vertreter/ Angehörige

Beziehung zur/zum Teilnehmer/in: _____

COPYRIGHT

COPYRIGHT

Bitte wenden Sie sich an inspire-bl@unibas.ch bezüglich des Urheberrechts,
wenn Sie die Verwendung (von Teilen dieses Fragebogens) in Betracht ziehen.
Please contact inspire-bl@unibas.ch regarding intellectual property if you consider
using (parts of) this questionnaire.

COPYRIGHT



Universität Basel
Pflegerwissenschaft
Departement Public Health
Bernoullistrasse 28
CH-4056 Basel

inspire-bl@unibas.ch
www.inspire-bl.unibas.ch