



Frågeformulär

Frågor till Dig som har
slutat att köra bil



LUNDS
UNIVERSITET



REGION
SKÅNE

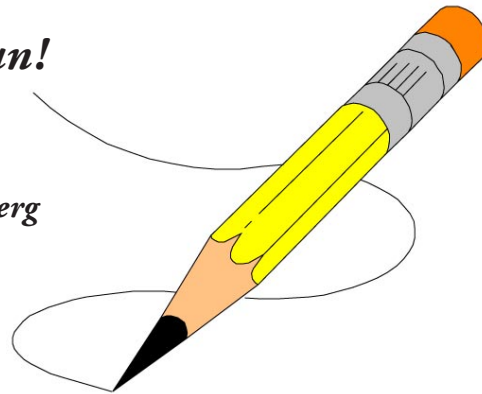
Så här fyller Du i frågeformuläret:

De flesta frågorna besvaras med ett kryss för det svarsalternativ som bäst stämmer in på Dig själv. I några fall kan Du kryssa i flera svarsalternativ på samma fråga. I så fall står det angivet direkt efter frågan.

Om Du undrar över något i formuläret står vi gärna till tjänst med upplysningar. Du kan nå oss på telefon 040-33 26 73.

Stort tack för Din medverkan!

Sölve Elmståhl ***Ingalill Rahm Hallberg***
Professor *Professor*



Samhällsmedicinska Institutionen
Lunds universitet

Institutionen för omvårdnad
Lunds universitet

Geriatriskt utvecklingscentrum
Universitetssjukhuset MAS i Malmö

Frågor till Dig som har slutat att köra bil

1. Har Du tillgång till personbil?

- ₁ Ja, jag har tillgång till bil i hushållet Årsmodell: |__|__|__|__|
- ₂ Ja, jag har tillgång till bil genom anhörig i närheten Årsmodell: |__|__|__|__|
- ₃ Ja, jag har tillgång till bil genom bekant Årsmodell: |__|__|__|__|
- ₄ Nej

2. Hur ofta åker Du som *passagerare* i bil till följande? (Svara med ett X på varje rad)

	Dagligen	Någon gång i veckan	Någon gång i månaden	Mer sällan	Aldrig
a. Arbete	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b. Släkt, vänner, familj	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c. Fritidsområde, rekreation	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
d. Affär för att göra inköp	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
e. Sjukvård och apotek	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
f. Dagcentral/annan service	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

g. Om annat, ange vad:

.....

3. Reser Du överhuvudtaget mindre nu jämfört med när Du körde bil?

- ₁ Betydligt mindre
- ₂ Något mindre
- ₃ Oförändrat
- ₄ Jag reser mer
- ₅ Vet ej

4. Hur påverkades Ditt beslut att sluta köra bil av följande? (Svara med ett X på varje rad)

	Mycket	Ganska mycket	Ganska lite	Inte alls
a. Nedsatt syn	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b. Nedsatt hörsel	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
c. Nedsatt rörelseförmåga	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
d. Nedsatt hälsa i övrigt	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
e. Ökad osäkerhet som bilist	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
f. För komplicerat att köra	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
g. Ökad stress i trafiken	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
h. Har ingen anledning att köra bil längre	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
i. För dyrt att köra bil	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
j. Åker på annat sätt	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
k. Varit med om en olycka	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

5. Har Du blivit avrådd att köra bil, i så fall av vem?

- ₁ Nej
- ₂ Ja, av anhörig
- ₃ Ja, av läkare
- ₄ Ja, av annan; *om annan, vem:*

6. Beskriv med egna ord varför Du inte kör bil längre.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. Nedan följer en uppräknig av olika situationer som förekommer vid bilkörning. Markera för var och en av dessa hur ansträngande Du upplevt dem när Du fortfarande körde bil. (Svara med ett X på varje rad)

	Mycket ansträngande	Ganska ansträngande	Obetydligt ansträngande	Inte alls ansträngande
a. Köra i stadstrafik?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b. Köra på landsväg?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
c. Köra i bostadsområde?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
d. Köra på motorväg?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
e. Köra i obekanta orter?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
f. Backa/fickparkera?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
g. Köra i halka?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
h. Köra i dimma?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
i. Köra i mörker?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
j. Hitta rätt i mörker?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
k. Köra i starkt solljus?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
l. Passera genom en hårt trafikerad korsning?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
m. Svänga vänster i en hårt trafikerad korsning?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
n. Köra i rondell?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
o. Observera andra bilister, gående och cyklister?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
p. Hinna med trafikrytmen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
q. Hinna se alla trafikmärken?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
r. Hålla hastighetsgränsen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
s. Köra vid trötthet?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
t. Köra långa vägsträckor?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
u. Göra omkörning?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
v. Köra i rusningstrafik?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Några frågor om Din hälsa

8. Hur skulle Du beskriva Ditt nuvarande hälsotillstånd?

- ₁ Bra
₂ Ganska bra
₃ Ganska dåligt
₄ Dåligt

9. Upplever Du problem med följande:

	Ja, mycket	Ja, något	Ja, men obetydligt	Nej, inte alls
a. Syn?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b. Hörsel?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
c. Rörelseförmåga?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

En fråga om trafikolyckor

10. Har Du som personbilsförare varit inblandad i någon trafikolycka eller tillbud under de senaste 2 åren? (Räkna även in obetydliga plåtskador på bil)

a. Under de senaste 2 åren?

- ₁ Ja; om JA hur många gånger: |__|__|
₂ Nej

b. Under de senaste 5 åren?

- ₁ Ja; om JA hur många gånger: |__|__|
₂ Nej

Följande frågor handlar om informationssystem i bilen

11. Skulle Du kunna ha nytta av följande informationssystem i bilen, när Du fortfarande körde bil? (Svara med ett X för varje exempel)

	Stor nytta	Ganska stor nytta	Liten nytta	Ingen nytta	Vet ej
a. Ett system som ger information om trafikstockningar och trafikolyckor	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b. Ett vägvisningssystem som underlättar att hitta på obekanta orter. Systemet hjälper en att köra till en viss adress med röstinstruktioner och pilar på en bildskärm inne i bilen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c. Ett system som via en bildskärm eller en röst via högtalare anger den aktuella hastighetsgränsen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
d. Ett system som automatiskt begränsar bilens hastighet till gällande hastighetsgräns	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
e. Ett system som automatiskt anpassar avstånd till framförvarande bilar så att man kan hålla ett säkert avstånd till dem	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
f. Ett system som automatiskt anpassar hastighet till halka och dimma	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
g. Ett system som varnar för halt väglag	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
h. Ett system som informerar om att man närmar sig en korsning	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
i. Ett system som varnar när det är farligt att svänga vänster i en korsning	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
j. Ett system som förbättrar sikt i mörker och dimma	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
k. Ett backningssystem som på en skärm i bilen visar vad som finns bakom bilen. Systemet ger en varningssignal om man är på väg att backa på något, t ex en fotgängare eller en annan bil	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
l. Ett system som varnar en om man håller på att somna bakom ratten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
m. Ett system som tillfälligt tar kontroll över bilen för att avstyra en kollision eller avkörning	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
n. Ett system i bilen som vid olycka automatiskt meddelar en larmcentral var olyckan skett	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
o. Ett system i bilen som gör det möjligt att kontakta en trafikcentral om man skulle köra vilse eller behöver assistans på annat sätt	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

En fråga om tekniska apparater och tjänster

12. Hur ofta använder Du följande tekniska apparater och tjänster?

(Svara med ett X på varje rad)

	Dagligen	Någon gång i veckan	Någon gång i månaden	Mer sällan	Aldrig
a. Text-TV	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b. Video	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c. Persondator	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
d. Mobiltelefon	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
e. Bilradio	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
f. CD-spelare	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
g. Bankomat/Minuten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
h. Betalkort i affärer	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
i. Knapptelefon	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
j. Telefonbank	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

13. Övriga kommentarer

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DV & MP 2001-05-08

Tack!

*Tack för att Du tog Dig tid och fyllde i
det här frågeformuläret. Dina svar är
en ovärderlig hjälp för oss.*

Geriatriskt utvecklingscentrum
Universitetssjukhuset MAS, ingång 59A, plan 2
205 02 Malmö

DV & MP 2001-05-08