



## Umfrage zu den Interessen und Bedürfnissen der Seniorinnen und Senioren in Sierre

Die Gemeinde Sierre setzt sich für das Wohlergehen von Seniorinnen und Senioren ein. Ihre Meinung interessiert uns sehr; wir laden Sie herzlich ein, diesen Fragebogen auszufüllen (10 Minuten).

Die anonym verarbeiteten Informationen dienen dazu, die Lebensqualität von 60+ zu verbessern. Vielen Dank für Ihre wertvolle Mitarbeit.

### Lebensraum

#### 1. Wo wohnen Sie derzeit (Hauptwohnsitz)?

Haus	Wohnung	betreute, altersgerechte Wohnung	Heim	Andere (Wohnwagen, Wohnmobil...)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 2. Wohnen Sie zur Miete oder im Eigentum?

Miete	Eigentum	Nicht anwendbar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 3. Fühlen Sie sich im Allgemeinen in Ihrer Wohnung wohl?

Ja	Nein	Keine Antwort
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 3.1. Wenn nein, aus welchen Gründen:

- Überhöhter Preis
- Zu kleine Unterkunft
- Zu grosse Unterkunft
- Zugänglichkeit der Inneneinrichtung (Treppen)
- Lärmbelästigung
- Schwierige oder nicht vorhandene Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln
- Mangelnde Nähe zu Geschäften
- Fehlen des familiären Netzwerks in der Nähe der Unterkunft
- Fehlen von sozialen Kontakten
- Andere

#### 4. Befindet sich Ihre Unterkunft in der Nähe wichtiger Dienstleistungen, die Sie benötigen?

(eine Antwort pro Zeile)

	Ja	Eher ja	Eher nein	Nein	Ich weiss nicht
Geschäfte und Dienstleistungen	<input type="checkbox"/>				
Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/>				

# Lebensraum

## 5. Wie zufrieden sind Sie mit dem Angebot an Wohnungen in der Gemeinde, die den unterschiedlichen Bedürfnissen von Seniorinnen und Senioren entsprechen?

Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden	Ich weiss nicht
<input type="checkbox"/>				

# Freizeit, Aktivitäten

## 6. Welchen Stellenwert haben die folgenden Interessen derzeit in Ihrem Leben? (eine Antwort pro Zeile)

	Extrem wichtig	Sehr wichtig	Eher wichtig	Eher unwichtig	Überhaupt nicht wichtig
Sportliche Aktivitäten (Wandern, Velofahren, Skifahren, Yoga...)	<input type="checkbox"/>				
Kulturelle Aktivitäten (Kino, Theater, Konzert, Lesen...)	<input type="checkbox"/>				
Freizeitaktivitäten in der Gruppe	<input type="checkbox"/>				
Reisen	<input type="checkbox"/>				
Medien, Informationen	<input type="checkbox"/>				
Computer, neue Technologien, Internet, Facebook	<input type="checkbox"/>				
Manuelle Aktivitäten (Gartenarbeit, Basteln, Nähen...)	<input type="checkbox"/>				
Spirituelle Aktivitäten (Meditation, Religion...)	<input type="checkbox"/>				
Landwirtschaft, Reben	<input type="checkbox"/>				
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>				

## 7. Sind Sie zufrieden mit dem Angebot an Aktivitäten und Veranstaltungen, die in Ihrer Gemeinde organisiert werden?

Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden	Ich kenne die Angebote nicht	Ich bin nicht interessiert
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

## 8. Diese Aktivitäten oder Veranstaltungen... (eine Antwort pro Zeile)

	Ja	Nein	Ich weiss nicht
...entsprechen Ihren Interessen, gefallen Ihnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...finden zu Zeiten statt, die für Sie passend sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...finden an Orten statt, die für Sie zugänglich sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...sind finanziell erschwinglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...werden klar und ausreichend kommuniziert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...finden für Sie oft genug statt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ermöglichen es Ihnen, soziale Kontakte zu knüpfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Mobilität, Sicherheit

## 9. Wie oft sind Sie im letzten Jahr mit den folgenden Mitteln unterwegs gewesen?

(eine Antwort pro Zeile)

	Täglich	Mindestens einmal pro Woche	Mindestens einmal im Monat	Mindestens einmal im Jahr	Nie	Nicht anwendbar
Zu Fuss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit dem Velo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit dem eigenen Auto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit einem Auto, das von einer anderen Person gefahren wird (Familie, Nachbarn...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit dem Taxi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit dem Zug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit dem Bus, Postauto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit einem organisierten Transport (Behinderten-transport oder andere freiwillige Dienste)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere (Standseilbahn, Seilbahn, Gondel, Schiff...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 10. Fühlen Sie sich im Strassenverkehr sicher, wenn Sie... (eine Antwort pro Zeile)

	Völlig sicher	Ziemlich sicher	Eher unsicher	Sehr unsicher	Nicht anwendbar
...sich zu Fuss auf dem Trottoir bewegen	<input type="checkbox"/>				
...zu Fuss eine Strasse überqueren müssen (Ampeln, Fussgängerstreifen...)	<input type="checkbox"/>				
...mit dem Velo oder Roller unterwegs sind	<input type="checkbox"/>				
...mit Ihrem Auto fahren	<input type="checkbox"/>				

## 11. Fühlen Sie sich an den folgenden Orten sicher... (eine Antwort pro Zeile)

	Völlig sicher	Ziemlich sicher	Eher unsicher	Sehr unsicher	Nicht anwendbar
In Parks und auf Spielplätzen	<input type="checkbox"/>				
In öffentlichen Gebäuden	<input type="checkbox"/>				
Am Bahnhof	<input type="checkbox"/>				
An der Bushaltestelle	<input type="checkbox"/>				
Im Stadtzentrum/Dorfzentrum	<input type="checkbox"/>				
In öffentlichen Parkhäusern	<input type="checkbox"/>				
In Geschäften	<input type="checkbox"/>				

# Mobilität, Sicherheit

## 12. Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden kommunalen Einrichtungen und Dienstleistungen: *(eine Antwort pro Zeile)*

	Sehr zufrieden	Ziemlich zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden	Ich weiss nicht
Anzahl der öffentlichen Sitzbänke	<input type="checkbox"/>				
Lage von Fussgängerstreifen	<input type="checkbox"/>				
Öffentliche Beleuchtung	<input type="checkbox"/>				
Sicherheit auf Treppen	<input type="checkbox"/>				
Unterhalt bei Schnee, Eis	<input type="checkbox"/>				
Die Kennzeichnung von Orten, an denen ein Sturzrisiko besteht	<input type="checkbox"/>				
Sitzgelegenheiten in öffentlichen Gebäuden	<input type="checkbox"/>				
Parkanlagen	<input type="checkbox"/>				
Wander- und Spazierwegen	<input type="checkbox"/>				

## 13. Wie beurteilen Sie... *(eine Antwort pro Zeile)*

	Sehr gut	Ziemlich gut	Eher schlecht	Sehr schlecht	Ich weiss nicht
...die Zugänglichkeit von öffentlichen Orten	<input type="checkbox"/>				
...die Zugänglichkeit von öffentlichen Gebäuden	<input type="checkbox"/>				
...den Standort von öffentlichen Einrichtungen	<input type="checkbox"/>				

## 14. Ist das derzeitige Angebot an öffentlichen Verkehrsmitteln in der Gemeinde für Ihre Bedürfnisse geeignet?

Ja	Eher ja	Eher nein	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 15. In Verbindung mit dem Angebot an öffentlichen Verkehrsmitteln, wie zufrieden sind Sie insgesamt mit... *(eine Antwort pro Zeile)*

	Sehr zufrieden	Ziemlich zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden	Ich weiss nicht
... der Organisation der Haltestellen (Anzahl, Ort)	<input type="checkbox"/>				
... der Einrichtung und Instandhaltung der Haltestellen (Unterstände, Sitzbänke...)	<input type="checkbox"/>				
...der Auskunft zum Angebot (Fahrpläne, Reiseziele...) und dem Verständnis dieser Informationen	<input type="checkbox"/>				
... dem Ein- und Aussteigen in den Bus oder das Postauto (Rollator...)	<input type="checkbox"/>				
...dem Billetkauf	<input type="checkbox"/>				
...den Billetpreisen	<input type="checkbox"/>				

# Lebensbedingungen, soziales Umfeld

## 16. Wie setzt sich Ihr Haushalt zusammen?

Ich lebe allein	Mit Lebenspartner/ in und Kindern	Nur mit Lebenspartner/in	Nur mit Kindern	Mit anderen Personen, bitte angeben:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 17. Wie oft haben Sie in Ihrer unmittelbaren Umgebung Kontakt mit...? (eine Antwort pro Zeile)

	Täglich	Mindestens einmal pro Woche	Mindestens einmal im Monat	Mindestens einmal im Jahr	Nie	Nicht anwendbar
... Ihrer Familie (ausser Ihrem Haushalt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Ihren Freundinnen und Freunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Ihren Nachbarn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Menschen aller Altersgruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 18. Haben Sie sich im letzten Jahr einsam gefühlt?

Immer	Oft	Manchmal	Nie	Keine Antwort
<input type="checkbox"/>				

## 19. Wie oft erhalten Sie Unterstützung für die Aktivitäten des täglichen Lebens, von...? (eine Antwort pro Zeile)

	Täglich	Mindestens einmal pro Woche	Mindestens einmal im Monat	Mindestens einmal im Jahr	Nie	Nicht anwendbar
...Ihrer Familie (ausser Ihrem Haushalt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Ihren Freundinnen und Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Ihren Nachbarn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...von Dritten (SMZ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 20. Wie wichtig sind Ihnen folgende Themen?

	Sehr wichtig	Eher wichtig	Eher unwichtig	Überhaupt nicht wichtig
Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialer Zusammenhalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Gesundheit, Pflege

## 21. Das pharmazeutische und medizinische Angebot meiner Gemeinde ist ausreichend.

	Ja	Nein	Ich weiss nicht	Nicht anwendbar
Apotheke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arzt/Ärztin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 22. Haben Sie eine Hausärztin oder einen Hausarzt?

Ja	Nein	Keine Antwort
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 22.1 Wenn ja, befindet sich die Hausarztpraxis auf dem Gemeindegebiet?

Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 23. Haben Sie leichten Zugang zu gesundheitsbezogenen Leistungen in der Nähe oder innerhalb Ihrer Gemeinde? (eine Antwort pro Zeile)

	Ja	Nein	Ich weiss nicht	Nicht anwendbar
Hausärztliches Angebot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachärztliches Angebot (Zahnarzt, HNO...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitsdienstleistungen (Physio, Ergo...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spitex / SMZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alters- und Pflegeheim, Langzeitaufenthalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alters- und Pflegeheim, Kurzaufenthalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagespflegestruktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haus der Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges (Verkehrsmittel, Haushalt, Einkaufen, Essen...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Informationen, Gemeindedienste

## 24. Die offiziellen Informationen der Gemeinde sind... (eine Antwort pro Zeile)

	Ja	Nein	Ich weiss nicht
...bedarfsgerecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...leicht lesbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...klar und verständlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...auf dem neuesten Stand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...vollständig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...nützlich und praktisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...leicht zugänglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...koordiniert und aus einer Hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Formelle/informelle Freiwilligenarbeit

**25. Wie häufig üben Sie folgende freiwilligen (unentgeltlichen) Tätigkeiten aus:**  
(eine Antwort pro Zeile)

	Täglich	Mindestens einmal pro Woche	Mindestens einmal im Monat	Mindestens einmal im Jahr	Nie	Nicht anwendbar
...auf Enkelkinder aufpassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ein Familienmitglied betreuen, helfen und unterstützen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... eine Person ausserhalb Ihrer Familie betreuen, helfen und unterstützen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...sich ehrenamtlich in einer offiziell anerkannten Organisation engagieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Freiwilligenarbeit in einem lokalen Verein leisten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Freiwilligenarbeit in einer lokalen Unternehmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Freiwilligenarbeit für die Gemeinde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Freiwilligenarbeit für die Kirche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**26. Kennen Sie die Möglichkeiten, sich als Freiwilliger in der Gemeinde zu engagieren (nach Beendigung Ihrer beruflichen Tätigkeit, wenn Sie noch erwerbstätig sind)?**

Ja	Nein	Ich weiss nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**27. Sind Sie daran interessiert, Ihre Fähigkeiten und Ihr Wissen in den Dienst der Gemeinschaft zu stellen?**

Ja	Nein	Ich weiss nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Möchten Sie sich als Freiwillige/r in Ihrer Gemeinde engagieren?

Es stehen Ihnen verschiedene Möglichkeiten offen!

Sie können z. B. Sportlehrer/in 60+ werden, sich in einer Seniorengruppe engagieren, Mahlzeiten ausliefern...

Sind Sie interessiert? Kontaktieren Sie Pro Senectute Valais-Wallis unter Tel. **027 948 48 50** oder per E-Mail an **ow@vs.prosenectute.ch** für mehr Informationen.

Wir freuen uns auf Sie!

# Platz für Ihre persönlichen Überlegungen

---

Was für Seniorinnen und Senioren speziell in meiner Gemeinde oder Nachbarschaft fehlt:

---

---

---

---

---

---

Was mir als Senior, als Seniorin in meiner Gemeinde oder in meinem Quartier gefällt:

---

---

---

---

---

---

## Zum Schluss möchten wir Sie besser kennenlernen

---

In welchem Quartier wohnen Sie?

Noës

Granges

Muraz

Sierre ouest

(depuis le National, route de Sion 1, direction Sion: Glariers, Rossfeld, Daval, Les Liddes, Condémines, Villa)

Sierre est

(depuis de le National, direction Brig: Plantzette, Goubing, Cloux-Rossier, Borzuat, Glarey, centre-ville, Sous-Géronde)

Autre, merci de préciser: \_\_\_\_\_

Geschlecht

männlich  weiblich

Alter

60-65

66-70

71-75

76-80

81-85

86-90

91-95

96 und mehr

Nationalität

Schweiz

Andere Nationalität

Wie lange leben Sie in der Schweiz?

<10 Jahre

10<20 Jahre

20<30 Jahre

>30 Jahre

Wie lange leben Sie schon in der Gemeinde?

<5 Jahre

<10 Jahre

10<20 Jahre

20<30 Jahre

>30 Jahre

Bitte senden Sie diesen Fragebogen an folgende Adresse  
oder werfen Sie ihn in den Gemeindebriefkasten:  
Hôtel de Ville · Rue du Bourg 14 · Case postale 96 · 3960 Sierre

***Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit!***