



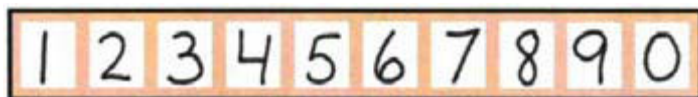
**Karolinska  
Institutet**

## ABUEL – En undersökning om livserfarenheter, levnadsförhållanden och hälsa

Löpnummer					
4	6				

### Instruktioner:

- Skriv tydliga siffror:



- Skriv tydliga och STORA bokstäver:



- Markera Dina svar med kryss, så här:  och inte så  här.

- Om Du vill ändra ett svar, täck hela rutan:

- Skriv eventuella kommentarer till frågorna i rutan i enkätens slut. Markera med ett kryss vid frågans nummer att det finns en kommentar till frågan.

- Posta brevet i det bifogade kuvertet.**



## A. BAKGRUND

Nedan följer några frågor om **Din bakgrund**. Kryssa för det som gäller för Dig/svara skriftligt.

**A1. Födelsedatum (åammdd)?**

--	--	--

**A2. Kön?**

- Kvinna  
 Man

**A3. Hur lång är Du?**

--	--	--

cm

**A4. Hur mycket väger Du?**

--	--	--

kg

**A5. Civilstånd? (Kryssa för ett alternativ)**

- Ogift/ej sammanboende  
 Gift/sammanboende  
 Frånskild/separerad  
 Änka/änkling

**A6. Ursprung?**

Var är Du född? \_\_\_\_\_  
I vilket land är Du född? \_\_\_\_\_  
Vilken nationalitet har Du? \_\_\_\_\_  
Vilket språk pratar Du hemma? \_\_\_\_\_

**A7. Hur bor Du? (Kryssa för ett alternativ)**

- Egen villa/radhus  
 Servicehus/servicelägenhet  
 Bostadsrätt (lägenhet)  
 Hyresrätt (lägenhet)  
 Hyresrätt (villa/radhus)  
 Annat boende, vilket? \_\_\_\_\_

**A8. Med vem bor Du? (Kryssa för ett eller fler alternativ)**

- Bor själv  
 Syster  
 Make/maka/sambo/partner  
 Bror  
 Dotter  
 Barnbarn  
 Son  
 Avlönad personal  
 Andra, vem? \_\_\_\_\_

**A9. Hur många personer bor hos Dig, inkluderat Dig själv? \_\_\_\_\_**

**A10. Din utbildning? (Kryssa för det högsta alternativet)**

- Kan inte skriva/läsa  
 Har ingen examen  
 Lägre än grundskola/liknande  
 Grundskola/liknande  
 Gymnasiet/liknande  
 Universitet/liknande  
 Annan utbildning, vilken? \_\_\_\_\_

**A11. Vilket är/var Ditt huvudsakliga yrke?**

\_\_\_\_\_

**A12. Arbetar Du?**

- Ja  
 Nej




gå till fråga A16


**A13. Om Du arbetar, ange hur många timmar per vecka?**

\_\_\_\_\_ Timmar

**A14. Om Du arbetar, har Du varit sjukskriven de senaste 12 månaderna?**

- Ja  antal dagar \_\_\_\_\_  
 Nej

**A15. Om Du arbetar, har Du varit arbetslös de senaste 12 månaderna?**

Ja       antal dagar \_\_\_\_\_  
 Nej

**A16. Om Du är pensionär, ange sedan hur länge?**

\_\_\_\_\_ År

**A17. Ungefär hur länge har Du sammanlagt varit arbetslös?**

- Har inte varit arbetslös
- 12 månader eller mindre
- Mer än 12 månader

**A18. Hur många timmar lägger Du vanligtvis ner på arbete hemma per vecka? (t.ex. hushållsarbete)**

\_\_\_\_\_ Timmar

**A19. Vilken är Din aktuella huvudförsörjning? (kryssa för ett alternativ)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arbete                        | <input type="checkbox"/> Änkepension                       |
| <input type="checkbox"/> Sköter hushållet              | <input type="checkbox"/> Sjukpension                       |
| <input type="checkbox"/> Arbetslöshetsersättning       | <input type="checkbox"/> Socialbidrag                      |
| <input type="checkbox"/> Sjukpenning                   | <input type="checkbox"/> Ekonomisk hjälp från barn (en)    |
| <input type="checkbox"/> Ekonomisk hjälp från familjen | <input type="checkbox"/> Ekonomisk hjälp från f.d. partner |
| <input type="checkbox"/> Ålderspension                 | <input type="checkbox"/> Ingen försörjning                 |
| <input type="checkbox"/> Förtidspension                | <input type="checkbox"/> Annat, vad? _____                 |

**A 20. Är Du bekymrad över hur Du ska få ekonomin att gå ihop? (t.ex. betala hyra)**

- Inte alls       Ganska ofta       Ofta       Alltid

## B. RELIGION

Nedan följer några frågor om **Din religion**.

**B1. Anser Du Dig vara en troende person? (Kryssa för ett alternativ)**

- Inte alls       Lite       Ganska mycket       Våldigt mycket


**B2. Om Du är religiös, ange vilken religion Du tillhör/känner Dig berörd av \_\_\_\_\_**

## C. LEVNADSVANOR

### RÖKNING

Nedan följer några frågor om **Dina rökvanor**.

**C1. Röker Du cigaretter?**

- Ja  
 Nej  gå till fråga C5

**C2. Hur ofta röker Du cigaretter?**

- |                             |                          |                          |                                  |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| Varje månad eller<br>mindre | 2-4 gånger per<br>månad  | 2-3 gånger i<br>veckan   | 4 eller flera<br>gångar i veckan |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         |

**C3. Hur många cigaretter röker Du en vanlig dag då Du röker?**

1-2                      3-5                      6-10                      10-20                      Mer än 20  
                                                                                       

**C4. Hur ofta röker Du 10-20 eller mer än 20 cigaretter vid ett och samma tillfälle?**

Aldrig                      Mindre än                      Varje månad                      Varje vecka                      Dagligen eller  
                      varje månad                                                                  nästan dagligen

**C5. Om Du inte röker nu, har Du rökt tidigare?**

Ja                       Nej

---

ALKOHOLVANOR

Nedan följer några frågor om **Dina alkoholvanor**.

Med ett glas menas till exempel 50 cl folköl, 33 cl starköl, 1 glas (15 cl) rött eller vitt vin, 1 litet glas (8cl) starkvin eller 4 cl sprit, till exempel Whisky.

**C6. Dricker Du alkohol? (t.ex. vin, öl, sprit)**

Ja  
 Nej       gå till fråga C10

**C7. Hur ofta dricker Du alkohol?**

Varje månad                      2-4 gånger per                      2-3 gånger i                      4 eller flera  
eller mindre                      månad                      veckan                      gånger i veckan  
                                                                 

**C8. Hur många "glas" (se exempel ovan) dricker Du en vanlig dag då Du dricker?**

1-2                      3-4                      5-6                      7-9                      10 eller fler  
                                                                                       

**C9. Hur ofta händer att Du dricker sex eller fler glas vid ett och samma tillfälle?**

Aldrig                      Mindre än varje                      Varje månad                      Varje vecka                      Dagligen eller  
                      månad                                                                  nästan dagligen

**C10. Om Du inte dricker alkohol nu, har Du druckit alkohol tidigare?**

Ja                       Nej

---

KOST OCH MÅLTIDSVANOR

Nedan följer några frågor om **Dina kost och måltidsvanor**.

**C11. Hur ofta äter Du följande? (Kryssa för ett alternativ på alla frågor)**

	Aldrig	Månad		Vecka			
		1 gång eller mindre	2-4 gångar	1 gång	2-3 gångar	4-6 gångar	Varje dag
•Frukt eller bär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Grönsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Kött	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Fisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Mjölksprodukter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Spannmålsprodukter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**C12. Var intar Du Dina måltider och hur ofta? (Kryssa för ett alternativ på alla frågor)**

	Aldrig	Månad		Vecka			Varje dag
		1 gång eller mindre	2-4 gånger	1 gång	2-3 gånger	4-6 gånger	
•Hemma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Annan plats, var? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**C13. Vem hjälper Dig med måltiderna och hur ofta? (Kryssa för ett alternativ på alla frågor)**

	Aldrig	Månad		Vecka			Varje dag
		1 gång eller mindre	2-4 gånger	1 gång	2-3 gånger	4-6 gånger	
•Lagar maten själv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Maka/make/sambo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Dotter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Son	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Svärdotter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Svärson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•System	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Bror	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Hemtjänsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Annan, vem? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**AKTIVITETER**

Nedan följer några frågor om **Dina aktiviteter**.

**C14. Hur ofta gör Du dessa aktiviteter? (Kryssa för ett alternativ på alla frågor)**

	Aldrig	Månad		Vecka			Varje dag
		1 gång eller mindre	2-4 gånger	1 gång	2-3 gånger	4-6 gånger	
•Läsning (t.ex. bok)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Syr, stickar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Ser på tv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Lyssnar på musik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Träffar familjen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Ser efter barnbarn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Sociala aktiviteter (t.ex. träffar vänner)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Religiösa aktiviteter (ex. går i kyrkan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Aktiviteter utanför hemmet (ex. biobesök)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Motionerar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Konstnärliga aktiviteter (ex. målar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Resor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Annat, ange vad _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## D. VÅRDERFARENHETER

Nedan följer några frågor om Dina vårderfarenheter.

**D1. Har Du under de senaste 12 månaderna varit i kontakt med vårdinrättningar och/eller vårdpersonal?**

- Ja  
 Nej  gå till fråga D3

**D2. Vilka vårdinrättningar/vårdpersonal har Du varit i kontakt med/hur ofta? (Kryssa för ett alternativ på alla frågor)**

	Aldrig	Månad		Vecka			Varje dag
		1 gång eller mindre	2-4 gånger	1 gång	2-3 gånger	4-6 gånger	
•Allmänläkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Specialistläkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Sjuksköterska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Kurator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Psykolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Socialassistent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Vårdcentral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Dagvård/verksamhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Tandläkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Ögonläkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Sjukhus (öppenvård)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Sjukhus (slutenvård)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Annat, ange _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


**D3. Har Du under de senaste 12 månaderna behövt vård, men inte sökt hjälp?**

- Ja  
 Nej  gå till fråga D5

**D4. Varför har Du inte sökt vård? (Kryssa för ett eller fler alternativ)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Besvären försvann                    | <input type="checkbox"/> Negativa erfarenheter från tidigare besök/vård |
| <input type="checkbox"/> För lång väntetid                    | <input type="checkbox"/> Ekonomiska problem                             |
| <input type="checkbox"/> Svårt att få kontakt                 | <input type="checkbox"/> Hade inte tid                                  |
| <input type="checkbox"/> Inte tillgängligt                    | <input type="checkbox"/> Visst inte vem jag skulle kontakta             |
| <input type="checkbox"/> Fick inte en tid tillräckligt snabbt | <input type="checkbox"/> Andra orsaker, ange _____                      |

**D5. Har Du under de senaste 12 månaderna låtit bli att köpa mediciner/vård?**

- Ja  
 Nej  gå till fråga D7
- Kommer inte ihåg

**D6. Vad var orsaken/orsakerna till att Du inte köpte mediciner/vård? (Kryssa för ett eller flera alternativ)**

- Besvären försvann  
 Biverkningar  
 Negativa erfarenheter från tidigare mediciner/vård  
 Ekonomiska problem  
 Hade inte tid  
 Andra orsaker, ange \_\_\_\_\_

## D7. Hur ofta känner Du dig oroad över vård- och medicinkostnader?

Inte alls       Ganska ofta       Ofta       Alltid

## D8. Om Du har varit i kontakt med vården/fått vård (t.ex. på vårdcentral) under de senaste 12 månaderna, hur nöjd är Du med den kontakten/vården Du fått?

Inte alls       Lite       Måttligt       I hög utsträckning       I mycket hög utsträckning

## E. HÄLSA

### KROPPSLIGA BESVÄR

Nedan följer en lista över **kroppsliga besvär**. Var god kryssa för ett alternativ på alla besvär som tas upp i listan för att visa i vilken grad dessa besvärar Dig. De besvär som inte passar in på Dig markeras med ett kryss i kolumnen "Inte alls".

### E1. I vilken grad besvärar Dig följande kroppsliga besvär? (Kryssa för ett alternativ på alla frågor)

	Inte alls	Lite	Ganska mycket	Mycket	Väldigt mycket
•Fysisk svaghet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Tung, snabb eller oregelbunden hjärklappning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Tryck eller tyngd i magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Överdrivet sömnbehov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Smärta i leder eller lemmar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Yrsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Ryggsmärter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Smärta i nacke och/eller axlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Kräkningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Illamående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Känsla av trånghet, andnöd eller klump i halsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Uppstötningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Halsbränna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Tendens till snabb utmattning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Trötthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Känsla av domning eller stelhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Tyngd eller trötthet i benen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Utmattning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Stickningar, smärter eller värk i bröstet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Magsmärter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Anfall av andnöd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Tryck i huvudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Plötsliga anfall av hjärtproblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### SJUKDOMAR

Nedan följer en lista över **sjukdomar**.

### E2. Har Du någon av följande sjukdomar? (Kryssa för ett alternativ på alla frågor)

	Nej	Ja	Tidigare (men inte nu)
•Allergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nej	Ja	Tidigare (men inte nu)
•Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Ögonsjukdomar (t.ex. katarakter )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Hjärt-kärlsjukdomar (t.ex. hög blodtryck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Leversjukdomar (t.ex. hepatit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Mag- och tarmsjukdomar (t.ex. magsår)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Lungsjukdomar (t.ex. KOL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Cancer, ange vilken form _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Andra sjukdomar, ange vilken/vilka _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**E3. Hur besvärad är Du av? (Kryssa för ett alternativ på alla frågor)**

	Inte alls	Lite	Ganska mycket	Mycket	Väldigt mycket
•Allergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Ögonsjukdomar (t.ex. katarakter )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Hjärt-kärlsjukdomar (t.ex. hög blodtryck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Leversjukdomar (t.ex. hepatit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Mag- och tarmsjukdomar (t.ex. magsår)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Lungsjukdomar (t.ex. KOL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Cancer, ange vilken form _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Andra sjukdomar, ange vilken/vilka _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**MEDICINER**

Nedan följer några frågor om **Dina mediciner och vem som hjälper Dig** med medicinerna.

**E4. Använder Du någon av följande mediciner? (Kryssa för ett alternativ på alla frågor)**

	Nej	Vid behov	Regelbundet	Dagligen
•Värkmedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Sömnmedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Medicin mot depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Medicin mot ångest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Medicin mot psykos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Allergimedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Astmamedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Hjärtmedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Medicin för diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Andra mediciner, vilka? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Naturläkermedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**E5. Vem hjälper Dig med medicinerna och hur ofta? (Kryssa för ett alternativ på alla frågor)**

	Nej	Vid behov	Regelbundet	Dagligen
•Jag själv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Maka/make/sambo/partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Min dotter/son	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Andra anhöriga, ange vilka _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Vårdpersonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Andra personer, ange vilka _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## F. LIVSKVALITET

Nedanstående frågor handlar om **i vilken utsträckning/hur mycket** Du har upplevt speciella saker (t.ex. valfrihet). Om Du har upplevt dessa saker i extremt hög utsträckning skall Du kryssa för "I extremt hög utsträckning". Om Du inte alls har upplevt dessa saker skall Du kryssa för "Inte alls". Om Ditt svar ligger mellan "Inte alls" och "I extremt hög utsträckning" skall Du kryssa för något av alternativen däremellan dessa svarsalternativ. **Svara på alla frågor.**

**F1. I vilken utsträckning påverkar försämring av Dina sinnen (t.ex. hörsel) Ditt dagliga liv?**

Inte alls	Lite	Måttligt	I hög utsträckning	I extremt hög utsträckning
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**F2. I vilken utsträckning påverkar förluster av t.ex. hörsel, syn, lukt eller känsel Din förmåga att delta i olika aktiviteter?**

Inte alls	Lite	Måttligt	I hög utsträckning	I extremt hög utsträckning
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**F3. Hur mycket frihet har Du att fatta Dina egna beslut?**

Inte alls	Lite	Måttligt	I hög utsträckning	I extremt hög utsträckning
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**F4. I vilken utsträckning känner Du att Du har kontroll över Din framtid?**

Inte alls	Lite	Måttligt	I hög utsträckning	I extremt hög utsträckning
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**F5. Hur mycket känner Du att människor i Din omgivning respekterar Din frihet?**

Inte alls	Lite	Måttligt	I hög utsträckning	I extremt hög utsträckning
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**F6. Hur orolig är Du över det sätt Du kommer att dö på?**

Inte alls	Lite	Måttligt	I hög utsträckning	I extremt hög utsträckning
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**F7. Hur rädd är Du för att Du inte skall kunna ha kontroll över Din död?**

Inte alls	Lite	Måttligt	I hög utsträckning	I extremt hög utsträckning
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**F8. Hur rädd är Du för att dö?**

Inte alls	Lite	Måttligt	I hög utsträckning	I extremt hög utsträckning
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**F9. Hur mycket fruktar Du att Du skall uppleva smärta före Du dör?**

Inte alls	Lite	Måttligt	I hög utsträckning	I extremt hög utsträckning
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nedanstående frågor handlar om **i vilken omfattning** Du har upplevt eller haft möjlighet att utföra vissa saker, t.ex. att vistas ute i den omfattning Du själv velat vara. Om du har kunnat utföra dessa saker helt och hållet skall du kryssa för "Helt och hållet". Om Du inte har kunnat utföra dessa saker skall Du kryssa för "Inte alls". Om Ditt svar ligger mellan "Inte alls" och "helt och hållet" skall Du kryssa för något av alternativen mellan dessa svarsalternativ. **Svara på alla frågor.**

**F10. I vilken utsträckning påverkar problem med Dina sinnen (t.ex. hörsel) din förmåga att umgås med andra?**

Inte alls	Lite	Måttligt	I hög utsträckning	Helt och hållet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**F11. I vilken utsträckning har Du möjligheter att göra saker Du tycker om?**

Inte alls	Lite	Måttligt	I hög utsträckning	Helt och hållet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**F12. I vilken utsträckning är Du tillfreds med Dina möjligheter att fortsätta åstadkomma saker i livet?**

Inte alls	Lite	Måttligt	I hög utsträckning	Helt och hållet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**F13. Hur mycket känner Du att Du har fått det erkännande som Du förtjänar i livet?**

Inte alls	Lite	Måttligt	I hög utsträckning	Helt och hållet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**F14. I vilken utsträckning känner Du att Du har tillräckligt med att göra varje dag?**

Inte alls	Lite	Måttligt	I hög utsträckning	Helt och hållet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nedanstående frågor handlar om **hur tillfredsställd, glad eller nöjd** Du har känt Dig över saker i Ditt liv, t.ex. om Ditt deltagande i samhällslivet eller vad Du har åstadkommit i Ditt liv. Avgör hur nöjd eller missnöjd Du är när det gäller varje sak och välj det alternativ som bäst beskriver hur Du känner för varje sak. **Svara på alla frågor.**

**F15. Hur nöjd är Du med det Du har åstadkommit i livet?**

Väldigt missnöjd	Missnöjd	Varken nöjd eller missnöjd	Nöjd	Väldigt nöjd
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**F16. Hur nöjd är Du med Ditt sätt at använda Din tid?**

Väldigt missnöjd	Missnöjd	Varken nöjd eller missnöjd	Nöjd	Väldigt nöjd
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**F17. Hur nöjd är Du med Din aktivitetsnivå?**

Väldigt missnöjd

Missnöjd

Varken nöjd eller missnöjd

Nöjd

Väldigt nöjd

**F18. Hur nöjd är Du med Dina möjligheter att delta i samhälliga aktiviteter?**

Väldigt missnöjd

Missnöjd

Varken nöjd eller missnöjd

Nöjd

Väldigt nöjd

**F19. Hur nöjd är Du med de saker och händelser som Du har möjlighet att se fram emot?**

Väldigt missnöjd

Missnöjd

Varken nöjd eller missnöjd

Nöjd

Väldigt nöjd

**F20. Hur skulle du gradera funktionen av Dina sinnen (t.ex. hörsel)?**

Väldigt missnöjd

Missnöjd

Varken nöjd eller missnöjd

Nöjd

Väldigt nöjd

Nedanstående frågor handlar om de **nära/intima relationer** som Du kan ha. Var vänlig överväg dessa frågor med avseende på en nära partner eller någon annan person som Du kan vara intim/förtrogen med. **Svara på alla frågor.**

**F21. I vilken utsträckning upplever Du en känsla av gemenskap i Ditt liv?**

Inte alls

Lite

Måttligt

I hög utsträckning

I extremt hög utsträckning

**F22. I vilken utsträckning upplever Du kärlek i ditt liv?**

Inte alls

Lite

Måttligt

I hög utsträckning

I extremt hög utsträckning

**F23. I vilken utsträckning har Du möjlighet att älska?**

Inte alls

Lite

Måttligt

I hög utsträckning

I extremt hög utsträckning

**F24. I vilken utsträckning har Du möjlighet att bli älskad?**

Inte alls

Lite

Måttligt

I hög utsträckning

I extremt hög utsträckning

## G. SOCIALT STÖD

Här nedan har Du några påstående om **människor i Ditt liv** (Kryssa för ett alternativ på alla frågor).

	Stämmer inte alls					Stämmer helt	
	1	2	3	4	5	6	7
• Det finns en speciell person i min närhet när jag behöver det.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Det finns en speciell person som jag kan dela glädje och sorg med.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Min familj försöker verkligen hjälpa mig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Jag får det känslomässiga stöd jag behöver från min familj.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Jag har en speciell person som är en källa till tröst för mig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mina vänner försöker verkligen hjälpa mig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Jag kan räkna med mina vänner när saker går snett.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Jag kan prata om mina problem med min familj.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Det finns en person i mitt liv som bryr sig om mina känslor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Min familj hjälper mig att fatta beslut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Jag kan prata om mina problem med mina vänner.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Jag har vänner med vilka jag kan dela glädje och sorg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## H. VÄLBEFINNANDE

Här nedan har Du några påstående om **Ditt välbefinnande**. Kryssa för det svarsalternativ Du tycker stämmer bäst för Dig (kryssa för alla frågor).

**H1. Jag känner mig spänd eller "uppskruvad"**

- För det mesta
- Ofta
- Då och då
- Inte alls

**H2. Jag uppskattar samma saker som förut**

- Precis lika mycket
- Inte lika mycket
- Bara lite
- Knappast alls

**H3. Jag får en slags känsla av rädsla som om någonting förfärligt håller på att hända**

- Alldeles bestämt och rätt illa
- Ja, men inte så illa
- Lite, men det oroar mig inte
- Inte alls

**H4. Jag kan skratta och se saker från den humoristiska sidan**

- Lika mycket som jag alltid kunnat
- Inte riktigt lika mycket nu
- Absolut inte så mycket nu
- Inte alls

**H5. Oroande tankar kommer ofta för mig**

- Mycket ofta
- Ofta
- Då och då men inte så ofta
- Bara någon enstaka gång

**H6. Jag känner mig glad**

- Inte alls
- Inte ofta
- Ibland
- För det mesta

**H7. Jag kan sitta i lugn och ro och känna mig avspänd**

- Absolut
- Oftast
- Inte ofta
- Inte alls

**H8. Jag känner mig som om jag gick på "lågt varv"**

- Nästan jämt
- Mycket ofta
- Ibland
- Inte alls

**H9. Jag får en slags känsla av rädsla som om jag har "fjärilar" i magen**

- Inte alls
- Någon gång
- Rätt ofta
- Mycket ofta

**H10. Jag har tappat intresset för mitt utseende**

- Absolut
- Jag bryr mig inte så mycket om det som jag borde
- Jag kanske inte bryr mig om det riktigt så mycket
- Jag bryr mig precis lika mycket om det som förut

**H11. Jag känner mig rastlös som om jag måste vara på språng**

- Verkligen mycket
- En hel del
- Inte så mycket
- Inte alls

**H12. Jag ser fram emot saker och ting med glädje**

- Lika mycket som förut
- Något mindre än jag brukade
- Klart mindre än jag brukade
- nästan inte alls

**H13. Jag får plötsliga panikkänslor**

- Verkligen ofta
- Rätt ofta
- Inte så ofta
- Inte alls

**H14. Jag kan njuta av en bra bok, en bra radio/tv-program**

- Ofta
- Ibland
- Inte så ofta
- Mycket sällan

## I. PSYKOLOGISKT VÅLD

Nedan finns en lista på **händelser av psykologisk karaktär** Du kan ha råkat ut för. Kryssa hur många gånger Du blivit utsatt för någon av dessa händelser under det senaste året. Om Du inte har utsatts för dessa händelser under det senaste året men det har inträffat tidigare – Kryssa "7". Om dessa händelser aldrig har inträffat, Kryssa "8".

**I1. Hur många gånger under det senaste året har Du blivit utsatt för att någon...?**

Hur många gånger?

- 1=** 1 gång det senaste året
- 2=** 2 gånger det senaste året
- 3=** 3-5 gånger det senaste året
- 4=** 6-10 gånger det senaste året
- 5=** 11-20 gånger det senaste året
- 6=** Fler än 20 gånger det senaste året
- 7=** Inte det senaste året, men det hände innan dess
- 8=** Det har aldrig inträffat

- Förolämpat Dig eller svurit åt Dig?
- Hotat Dig (*t.ex. slagit sönder saker du bryr Dig om*)?
- Underminerat eller förminskat det Du gör?
- Utestängt Dig eller upprepade gånger ignorerat Dig?
- Hotat att skada andra du bryr Dig om (*t.ex. släktingar*)?
- Hindrat Dig från att träffa andra du bryr Dig om?
- Skrikit åt eller skällt på Dig?
- Gjort något för att förarga Dig?
- Kallat Dig fet, ful eller andra otrevliga saker?
- Förstört något som tillhörde Dig?
- Hotat att slå eller kasta något på Dig?

1	2	3	4	5	6	7	8
<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om Du har svarat 8 (det har aldrig inträffat) på samtliga ovanstående frågor gå → **till avsnitt J** (Fysiskt våld).

## I2. Vem utsatte Dig för det psykologiska våldet?

Nedan finns en lista på **personer som kan ha utfört det psykologiska våldet**, hur ofta personen utsatt dig, om de lever med Dig och vilken ålder de har. Kryssa för varje person, hur ofta, om de lever med Dig och ange deras ålder.

### Hur många gånger?

- 1= 1 gång det senaste året
- 2= 2 gånger det senaste året
- 3= 3-5 gånger det senaste året
- 4= 6-10 gånger det senaste året
- 5= 11-20 gånger det senaste året
- 6= Fler än 20 gånger det senaste året
- 7= Inte det senaste året, men det hände innan dess
- 8= Det har aldrig inträffat

### Lever de med Dig?

- 9=Ja
- 10=Nej

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ålder
•Maka/make/sambo/partner	<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"/>	_____
•Dotter	<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"/>	_____
•Son	<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"/>	_____
•Svärdotter	<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"/>	_____
•Svärson	<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"/>	_____
•Systerdotter	<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"/>	_____
•Syster	<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"/>	_____
•Bror	<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"/>	_____
•Barnbarn (kvinnligt)	<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"/>	_____
•Barnbarn (manligt)	<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"/>	_____
•Andra anhöriga (kvinnliga), vem? _____	<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"/>	_____
•Andra anhöriga (manliga), vem? _____	<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"/>	_____
•Vän (manlig)	<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"/>	_____
•Väninna	<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"/>	_____
•Bekant (kvinnlig)	<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"/>	_____
•Bekant (manlig)	<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"/>	_____
•Granne (kvinnlig)	<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"/>	_____
•Granne (manlig)	<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"/>	_____
•Andra (kvinnliga), vem? _____	<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"/>	_____
•Andra (manliga), vem? _____	<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"/>	_____

## I3. Var inträffade det psykologiska våldet?

Nedan finns en lista på **platser där det psykologiska våldet** kan ha inträffat. Kryssa för platserna där våldhändelserna har inträffat om de har inträffat.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hemma hos mig              | <input type="checkbox"/> Transporter (t.ex. bussar)      |
| <input type="checkbox"/> Hemma hos andra            | <input type="checkbox"/> Restaurang, pub eller konditori |
| <input type="checkbox"/> Servicehus/servicelägenhet | <input type="checkbox"/> Affär (t.ex. mataffär)          |
| <input type="checkbox"/> Gatan                      | <input type="checkbox"/> Andra platser, ange _____       |

## I4. Hur reagerade Du på det psykologiska våldet?

Nedan finns en lista på **reaktioner Du kan ha fått efter det psykologiska våldet som Du** råkade ut för. Kryssa för en eller flera reaktioner eller ingen reaktion.

- Muntligt, ange hur \_\_\_\_\_
- Fysiskt, ange hur \_\_\_\_\_
- Känslomässigt (t.ex. arg)
- Anmälde händelsen, ange var \_\_\_\_\_
- Gick därifrån
- Annan reaktion, ange vilken \_\_\_\_\_
- Reagerade inte

### 15. Hur påverkades Du av det psykologiska våldet?

Nedan finns en lista på **upplevelser/känslor** Du kan ha haft efter att ha råkat ut för **det psykologiska våldet**. Kryssa för i vilken grad Du har påverkats (kryssa för alla frågorna).

	Inte alls	Inte så mycket	En hel del	Verkligen mycket
•Kände mig avskuren från familj och vänner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Blev arg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Blev rädd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Blev upprörd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Skämdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Andra känslor, ange vilka _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### J. FYSISKT VÅLD

Nedan finns en lista på **händelser av fysiskt karaktär** Du kan ha råkat ut för. Kryssa hur många gånger Du blivit utsatt för någon av dessa händelser under det senaste året. Om Du inte har utsatts för dessa händelser under det senaste året, men det har inträffat tidigare – Kryssa "7". Om dessa händelser aldrig har inträffat, Kryssa "8".

#### J1. Hur många gånger under det senaste året har Du blivit utsatt för att någon...?

- 1= 1 gång det senaste året
- 2= 2 gånger det senaste året
- 3= 3-5 gånger det senaste året
- 4= 6-10 gånger det senaste året
- 5= 11-20 gånger det senaste året
- 6= Fler än 20 gånger det senaste året
- 7= Inte det senaste året, men det hände innan dess
- 8= Det har aldrig inträffat

	1	2	3	4	5	6	7	8
•Slagit till Dig (t.ex. örfil)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Tagit hårt i Dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Sparkat Dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Knuffat Dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Bränt eller skållat Dig avsiktligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Tagit strypgrepp på Dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Kastat något som gör ont på Dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Vridit Din arm eller dragit i Ditt hår?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Använt en kniv, pistol eller annat vapen mot Dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Slagit Dig med något som kan göra ont?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Slängt Dig mot en vägg, dörr eller en möbel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Misshandlat dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Bundit Dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Hindrat Dig på något annat sätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Låst in Dig på ditt rum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Gett Dig droger eller för mycket medicin för att göra Dig foglig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Hotat Dig med kniv, pistol eller annat vapen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om Du har svarat 8 (det har aldrig inträffat) på samtliga ovanstående frågor gå → **till avsnitt K** (Skador).

## J2. Vem utförde det fysiska våldet?

Nedan finns en lista på personer som kan ha utfört det fysiska våldet, hur ofta personen utsatt Dig, om de lever med Dig och vilken ålder de har. Kryssa för varje person, hur ofta, om de lever med Dig och ange deras ålder.

### Hur många gånger?

- 1= 1 gång det senaste året  
 2= 2 gånger det senaste året  
 3= 3-5 gånger det senaste året  
 4= 6-10 gånger det senaste året  
 5= 11-20 gånger det senaste året  
 6= Fler än 20 gånger det senaste året  
 7= Inte det senaste året, men det hände innan dess  
 8= Det har aldrig inträffat

### Lever de med Dig?

- 9=Ja  
 10=Nej

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ålder
•Maka/make/sambo/partner	<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"/>	_____
•Dotter	<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"/>	_____
•Son	<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"/>	_____
•Svärdotter	<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"/>	_____
•Svärson	<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"/>	_____
•Systerdotter	<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"/>	_____
•Syster	<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"/>	_____
•Bror	<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"/>	_____
•Barnbarn (kvinnligt)	<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"/>	_____
•Barnbarn (manligt)	<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"/>	_____
•Andra anhöriga (kvinnliga), vem? _____	<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"/>	_____
•Andra anhöriga (manliga), vem? _____	<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"/>	_____
•Vän (manlig)	<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"/>	_____
•Väninna	<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"/>	_____
•Bekant (kvinnlig)	<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"/>	_____
•Bekant (manlig)	<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"/>	_____
•Granne (kvinnlig)	<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"/>	_____
•Granne (manlig)	<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"/>	_____
•Andra (kvinnliga), vem? _____	<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"/>	_____
•Andra (manliga), vem? _____	<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"/>	_____

## J3. Var inträffade det fysiska våldet?

Nedan finns en lista på platser där det fysiska våldet kan ha inträffat. Kryssa för platserna där våldshändelserna har inträffat om de har inträffat.

- Hemma hos mig  
 Hemma hos andra  
 Servicehus/servicelägenhet  
 Gatan  
 Transporter (t.ex. bussar)  
 Restaurang, pub eller konditori  
 Affär (t.ex. mataffär)  
 Annan plats, ange var \_\_\_\_\_

#### J4. Hur reagerade Du på det fysiska våldet?

Nedan finns en lista på **reaktioner Du kan ha haft efter det fysiska våldet** Du råkade ut för. Kryssa för en eller flera reaktioner eller ingen reaktion

- Muntligt, ange hur \_\_\_\_\_
- Fysiskt, ange hur \_\_\_\_\_
- Känslomässigt (t.ex. arg)
- Anmälde händelsen, ange var \_\_\_\_\_
- Gick därifrån
- Annan reaktion, ange vilken \_\_\_\_\_
- Reagerade inte

#### J5. Påverkades Du av det fysiska våldet?

Nedan finns en lista på **upplevelser/känslor** Du kan ha haft efter att ha råkat ut för **det fysiska våldet**. Kryssa för i vilken grad Du har påverkats (kryssa för alla frågorna).

	Inte alls	Inte så mycket	En hel del	Verkligen mycket
•Kände mig avskuren från familj och vänner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Blev arg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Blev rädd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Blev upprörd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Skämdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Andra känslor, ange vilka _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### K. SKADOR

Nedan finns en lista på **skador Du kan ha råkat ut för** efter ha blivit utsatt för våld. Kryssa hur många gånger Du har råkat ut för någon av dessa skador under det senaste året. Om Du inte har råkat ut för några under det senaste året men det har inträffat tidigare – Kryssa "7". Om dessa händelser aldrig har inträffat, Kryssa "8".

#### K1. Hur många gånger under det senaste året har...?

- 1= 1 gång det senaste året
- 2= 2 gånger det senaste året
- 3= 3-5 gånger det senaste året
- 4= 6-10 gånger det senaste året
- 5= 11-20 gånger det senaste året
- 6= Fler än 20 gånger det senaste året
- 7= Inte det senaste året, men det hände innan dess
- 8= Det har aldrig inträffat

	1	2	3	4	5	6	7	8
•Du fått en vrickning, ett blåmärke eller liten skråma från att ha blivit slagen eller skadad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Du svimmat efter att ha fått slag mot huvudet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Du gått till doktorn efter att ha blivit slagen eller skadad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Du behövt gå till doktorn efter att ha blivit slagen men gjorde det inte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Du brutit ben efter att ha blivit slagen eller skadad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Du känt fysisk smärta, som fortfarande kändes nästa dag, efter att ha blivit slagen eller skadad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Annan skada, ange vilken _____?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om Du har svarat 8 (det har aldrig inträffat) på samtliga ovanstående frågor gå ➔ **till avsnitt L** (Ekonomiska övergrepp).

## K2. Vem orsakade skadorna?

Nedan finns en lista på **personer som kan ha orsakat skadorna**, hur ofta personen orsakat dem, om de lever med Dig och vilken ålder de har. Kryssa för varje person, hur ofta, om de lever med Dig och ange deras ålder.

### Hur många gånger?

- 1= 1 gång det senaste året  
2= 2 gånger det senaste året  
3= 3-5 gånger det senaste året  
4= 6-10 gånger det senaste året  
5= 11-20 gånger det senaste året  
6= Fler än 20 gånger det senaste året  
7= Inte det senaste året, men det hände innan dess  
8= Det har aldrig inträffat

### Lever de med Dig?

- 9=Ja  
10=Nej

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ålder
•Maka/make/sambo/partner	<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"/>	_____
•Dotter	<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"/>	_____
•Son	<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"/>	_____
•Svärdotter	<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"/>	_____
•Svärson	<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"/>	_____
•Systemdotter	<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"/>	_____
•System	<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"/>	_____
•Bror	<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"/>	_____
•Barnbarn (kvinnligt)	<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"/>	_____
•Barnbarn (manligt)	<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"/>	_____
•Andra anhöriga (kvinnliga), vem? _____	<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"/>	_____
•Andra anhöriga (manliga), vem? _____	<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"/>	_____
•Vän (manlig)	<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"/>	_____
•Väninna	<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"/>	_____
•Bekant (kvinnlig)	<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"/>	_____
•Bekant (manlig)	<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"/>	_____
•Granne (kvinnlig)	<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"/>	_____
•Granne (manlig)	<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"/>	_____
•Andra (kvinnliga), vem? _____	<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"/>	_____
•Andra (manliga), vem? _____	<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"/>	_____

## K3. Var inträffade skadorna?

Nedan finns en lista på **platser där skadorna** kan ha inträffat. Kryssa för platserna där skadorna har inträffat om de har inträffat.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hemma hos mig              | <input type="checkbox"/> Transporter (t.ex. bussar)      |
| <input type="checkbox"/> Hemma hos andra            | <input type="checkbox"/> Restaurang, pub eller konditori |
| <input type="checkbox"/> Servicehus/servicelägenhet | <input type="checkbox"/> Affär (t.ex. mataffär)          |
| <input type="checkbox"/> Gatan                      | <input type="checkbox"/> Annan plats, ange var _____     |

## K4. Hur reagerade Du på skadorna?

Nedan finns en lista på **reaktioner Du kan ha fått efter skadorna** Du råkade ut för. Kryssa för en eller flera reaktioner eller ingen reaktion.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Muntligt, ange _____              | <input type="checkbox"/> Gick därifrån                     |
| <input type="checkbox"/> Fysiskt, ange _____               | <input type="checkbox"/> Annan reaktion, ange vilken _____ |
| <input type="checkbox"/> Känslomässigt (t.ex. arg)         | <input type="checkbox"/> Reagerade inte                    |
| <input type="checkbox"/> Anmälde händelsen, ange var _____ |  |

### K5. Påverkades Du av skadorna?

Nedan finns en lista på **känslor** Du kan ha upplevt efter att ha råkat ut för **skador**. Kryssa för i vilken grad Du har påverkats (kryssa för alla frågorna).

	Inte alls	Inte så mycket	En hel del	Verkligen mycket
•Kände mig avskuren från familj och vänner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Blev arg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Blev rädd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Blev upprörd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Skämdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Andra känslor, ange vilka _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## L. EKONOMISKA ÖVERGREPP

Nedan finns en lista på **händelser av ekonomiskt karaktär** som Du kan ha råkat ut för. Kryssa hur många gånger Du blivit utsatt för någon av dessa händelser under det senaste året. Om Du inte har utsatts för dessa händelser under det senaste året, men det har inträffat tidigare – Kryssa "7". Om dessa händelser aldrig har inträffat, Kryssa "8".

### L1. Hur många gånger under det senaste året har Du blivit utsatt för att någon...?

- 1= 1 gång det senaste året
- 2= 2 gånger det senaste året
- 3= 3-5 gånger det senaste året
- 4= 6-10 gånger det senaste året
- 5= 11-20 gånger det senaste året
- 6= Fler än 20 gånger det senaste året
- 7= Inte det senaste året, men det hände innan dess
- 8= Det har aldrig inträffat

	1	2	3	4	5	6	7	8
•Fick Dig att ge honom/henne/dem Dina pengar, ägodelar eller egendom mot Din vilja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Försökt få Dig att ge bort pengar, ägodelar eller egendom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Försökt använda utpressning för att ta pengar, ägodelar eller egendom från Dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Försökt skaffa eller behålla kontroll över Din ekonomi mot Din vilja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Försökt stjäla pengar, ägodelar eller egendom från Dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Har stulit pengar, ägodelar eller egendom från Dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Använde utpressning för att ta pengar, ägodelar eller egendom från Dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Skaffade sig eller behöll kontroll över Din ekonomi mot Din vilja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Gjorde någonting annat för att ta pengar, ägodelar eller egendom från Dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om Du har svarat 8 (det har aldrig inträffat) på samtliga ovanstående frågor gå → **till avsnitt M** (Sexuella övergrepp).

## L2. Vem utförde de ekonomiska övergreppen?

Nedan finns en lista på **personer som kan ha utfört de ekonomiska övergreppen**, hur ofta personen utfört dem, om de lever med Dig och vilken ålder de har. Kryssa för varje person, hur ofta, om de lever med Dig och ange deras ålder.

### Hur många gånger?

- 1= 1 gång det senaste året
- 2= 2 gånger det senaste året
- 3= 3-5 gånger det senaste året
- 4= 6-10 gånger det senaste året
- 5= 11-20 gånger det senaste året
- 6= Fler än 20 gånger det senaste året
- 7= Inte det senaste året, men det hände innan dess
- 8= Det har aldrig inträffat

### Lever de med Dig?

- 9=Ja
- 10=Nej

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ålder
•Maka/make/sambo/partner	<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"/>	_____
•Dotter	<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"/>	_____
•Son	<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"/>	_____
•Svärdotter	<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"/>	_____
•Svärson	<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"/>	_____
•Systerdotter	<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"/>	_____
•System	<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"/>	_____
•Bror	<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"/>	_____
•Barnbarn (kvinnligt)	<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"/>	_____
•Barnbarn (manligt)	<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"/>	_____
•Andra anhöriga (kvinnliga), vem? _____	<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"/>	_____
•Andra anhöriga (manliga), vem? _____	<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"/>	_____
•Vän (manlig)	<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"/>	_____
•Väninna	<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"/>	_____
•Bekant (kvinnlig)	<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"/>	_____
•Bekant (manlig)	<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"/>	_____
•Granne (kvinnlig)	<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"/>	_____
•Granne (manlig)	<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"/>	_____
•Andra (kvinnliga), vem? _____	<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"/>	_____
•Andra (manliga), vem? _____	<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"/>	_____

## L3. Var inträffade de ekonomiska övergreppen?

Nedan finns en lista på **platser där de ekonomiska övergreppen** kan ha inträffat. Kryssa för platserna där övergrepp har inträffat om de har inträffat.

- Hemma hos mig
- Hemma hos andra
- På gatan
- Servicehus/servicelägenhet
- Annan plats, ange var \_\_\_\_\_

## L4. Hur reagerade Du på de ekonomiska övergreppen?

Nedan finns en lista på **reaktioner Du kan ha fått efter de ekonomiska övergreppen** du råkade ut för. Kryssa för en eller flera reaktioner eller ingen reaktion.

- Ignorerade vad som hänt
- Konfronterade personen (erna)
- Känslomässigt (t.ex. arg)
- Anmälde händelsen, ange var \_\_\_\_\_
- Annan reaktion, ange vilken \_\_\_\_\_
- Reagerade inte

### L5. Påverkades Du av de ekonomiska övergreppen?

Nedan finns en lista på **känslor** Du kan ha haft efter att ha råkat ut för **de ekonomiska övergreppen**. Kryssa för i vilken grad Du har påverkats (kryssa för alla frågorna).

	Inte alls	Inte så mycket	En hel del	Verkligen mycket
•Kände mig avskuren från familj och vänner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Blev arg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Blev rädd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Blev upprörd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Skämdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Orsakade ekonomiska problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Andra känslor, ange vilka _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### M. SEXUELLA ÖVERGREPP

Nedan finns en lista på **händelser av sexuellt karaktär** Du kan ha råkat ut för. Kryssa hur många gånger Du blivit utsatt för någon av dessa händelser under det senaste året. Om Du inte har utsatts för dessa händelser under det senaste året, men det har inträffat tidigare – Kryssa "7". Om dessa händelser aldrig har inträffat, Kryssa "8".

#### M1. Hur många gånger under det senaste året har Du blivit utsatt för att någon...?

- 1= 1 gång det senaste året
- 2= 2 gånger det senaste året
- 3= 3-5 gånger det senaste året
- 4= 6-10 gånger det senaste året
- 5= 11-20 gånger det senaste året
- 6= Fler än 20 gånger det senaste året
- 7= Inte det senaste året, men det hände innan dess
- 8= Det har aldrig inträffat

	1	2	3	4	5	6	7	8
•Talade till Dig på ett sexuellt sätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Rörde Dig på ett sexuellt sätt mot Din vilja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Försökte röra Dig på ett sexuellt sätt mot Din vilja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Fick Dig att titta på pornografi mot Din vilja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Försökte få Dig att titta på pornografi mot Din vilja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Hade sexuellt umgängen med Dig mot Din vilja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Försökte ha sexuellt umgängen med Dig mot Din vilja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Annat sexuella övergrepp ange vad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om Du har svarat 8 (det har aldrig inträffat) på samtliga ovanstående frågor gå → **till avsnitt N** (Försummelse/vanvård).

## M2. Vem utförde de sexuella övergreppen?

Nedan finns en lista på **personer som kan ha utfört de sexuella övergreppen**, hur ofta personen utfört dem, om de lever med Dig och vilken ålder de har. Kryssa för varje person, hur ofta, om de lever med Dig och ange deras ålder.

### Hur många gånger?

- 1= 1 gång det senaste året  
 2= 2 gånger det senaste året  
 3= 3-5 gånger det senaste året  
 4= 6-10 gånger det senaste året  
 5= 11-20 gånger det senaste året  
 6= Fler än 20 gånger det senaste året  
 7= Inte det senaste året, men det hände innan dess  
 8= Det har aldrig inträffat

### Lever de med Dig?

- 9=Ja  
 10=Nej

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ålder
•Maka/make/sambo/partner	<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"/>	_____
•Dotter	<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"/>	_____
•Son	<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"/>	_____
•Svärdotter	<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"/>	_____
•Svärson	<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"/>	_____
•Systemdotter	<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"/>	_____
•System	<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"/>	_____
•Bror	<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"/>	_____
•Barnbarn (kvinnligt)	<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"/>	_____
•Barnbarn (manligt)	<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"/>	_____
•Andra anhöriga (kvinnliga), vem? _____	<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"/>	_____
•Andra anhöriga (manliga), vem? _____	<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"/>	_____
•Vän (manlig)	<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"/>	_____
•Väninna	<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"/>	_____
•Bekant (kvinnlig)	<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"/>	_____
•Bekant (manlig)	<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"/>	_____
•Granne (kvinnlig)	<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"/>	_____
•Granne (manlig)	<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"/>	_____
•Andra (kvinnliga), vem? _____	<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"/>	_____
•Andra (manliga), vem? _____	<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"/>	_____

## M3. Var inträffade de sexuella övergreppen?

Nedan finns en lista på **platser där de sexuella övergreppen** kan ha inträffat. Kryssa för platserna där övergreppen har inträffat om de har inträffat.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hemma hos mig              | <input type="checkbox"/> Transporter (t.ex. bussar)      |
| <input type="checkbox"/> Hemma hos andra            | <input type="checkbox"/> Restaurang, pub eller konditori |
| <input type="checkbox"/> Servicehus/servicelägenhet | <input type="checkbox"/> Affär (t.ex. mataffär)          |
| <input type="checkbox"/> Gatan                      | <input type="checkbox"/> Annan plats, ange var _____     |

## M4. Hur reagerade Du på de sexuella övergreppen?

Nedan finns en lista på **reaktioner Du kan ha haft efter de sexuella övergreppen** Du råkade ut för. Kryssa för en eller flera reaktioner eller ingen reaktion.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Muntligt, ange hur _____          | <input type="checkbox"/> Gick därifrån                     |
| <input type="checkbox"/> Fysiskt, ange hur _____           | <input type="checkbox"/> Annan reaktion, ange vilken _____ |
| <input type="checkbox"/> Känslomässigt (t.ex. arg)         | <input type="checkbox"/> Reagerade inte                    |
| <input type="checkbox"/> Anmälde händelsen, ange var _____ |  |

## M5. Påverkades Du av de sexuella övergreppen?

Nedan finns en lista på **känslor** Du kan ha haft efter att ha råkat ut för **de sexuella övergreppen**. Kryssa för i vilken grad Du har påverkats (kryssa för alla frågorna).

	Inte alls	Inte så mycket	En hel del	Verkligen mycket
•Kände mig avskuren från familj och vänner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Blev arg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Blev rädd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Blev upprörd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Skämdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Andra känslor, ange vilka _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## N. FÖRSUMMELSE/VANVÅRD

Nedan finns en lista på vardagliga/dagliga saker **som Du kan ha behövt hjälp med** under det senaste året. Kryssa för om Du behövde och fick hjälp "1", eller om Du behövde hjälp men inte fick "2" eller om Du inte behövde hjälp "3".

### N1. Har Du under det senaste året behövt hjälp med att...?

- 1=Ja, jag behövde hjälp och har fått  
2=Ja, jag behövde hjälp men har inte fått  
3=Jag behövde ingen hjälp

	1	2	3
•Handla mat, kläder eller andra saker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Laga mat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Utföra vanligt hushållsarbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Resa eller förflytta Dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Komma i och upp ur sängen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Tvätta Dig eller bada (inklusive att komma i och ur bad eller dusch)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Klä på eller av Dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Äta (inklusive att skära upp maten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Ta Dig till och använda toaletten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Hjälp med korrekt dosering av och tidpunkt för medicinering?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Andra dagliga aktiviteter, ange vilken/vilka _____?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Andra hushållsaktiviteter (t.ex. trädgårdsarbete)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Att förflytta dig i huset/servicehemmet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om Du har svarat 3 (Jag behövde ingen hjälp) på samtliga ovanstående frågor gå **→ till kommentarer på sidan 25.**

### N2. Vem hjälpte Dig?

Om Du tänker på de vardagliga/dagliga saker Du behövde och fick hjälp med, **vem hjälpte Dig?** Kryssa för en eller flera personer som hjälpte Dig.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Maka/make/sambo/partner               | <input type="checkbox"/> Andra anhöriga (manliga), vem _____ |
| <input type="checkbox"/> Dotter                                | <input type="checkbox"/> Vän (manlig)                        |
| <input type="checkbox"/> Son                                   | <input type="checkbox"/> Väninna                             |
| <input type="checkbox"/> Svärdotter                            | <input type="checkbox"/> Bekant (kvinnlig)                   |
| <input type="checkbox"/> Svärson                               | <input type="checkbox"/> Bekant (manlig)                     |
| <input type="checkbox"/> Syster                                | <input type="checkbox"/> Granne (kvinnlig)                   |
| <input type="checkbox"/> Bror                                  | <input type="checkbox"/> Granne (manlig)                     |
| <input type="checkbox"/> Barnbarn (kvinnlig)                   | <input type="checkbox"/> Andra (kvinnlig), vem _____         |
| <input type="checkbox"/> Barnbarn (manlig)                     | <input type="checkbox"/> Andra (manlig), vem _____           |
| <input type="checkbox"/> Andra anhöriga (kvinnliga), vem _____ |  |

### N3. Vem hjälpte Dig inte?

Om Du tänker på de vardagliga/dagliga saker Du behövde hjälp med, **vem avstod från att hjälpa Dig** och hur ofta. Kryssa också för om denna person lever med Dig och ange hennes/hans ålder.

Hur många gånger?

- 1= 1 gång det senaste året
- 2= 2 gånger det senaste året
- 3= 3-5 gånger det senaste året
- 4= 6-10 gånger det senaste året
- 5= 11-20 gånger det senaste året
- 6= Fler än 20 gånger det senaste året
- 7= Inte det senaste året, men det hände innan dess
- 8= Det har aldrig inträffat

Lever de med Dig?

- 9=Ja
- 10=Nej

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ålder
•Maka/make/sambo/partner	<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"/>	_____
•Dotter	<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"/>	_____
•Son	<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"/>	_____
•Svärdotter	<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"/>	_____
•Svärson	<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"/>	_____
•Systerdotter	<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"/>	_____
•System	<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"/>	_____
•Bror	<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"/>	_____
•Barnbarn (kvinnligt)	<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"/>	_____
•Barnbarn (manligt)	<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"/>	_____
•Andra anhöriga (kvinnliga), vem? _____	<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"/>	_____
•Andra anhöriga (manliga), vem? _____	<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"/>	_____
•Vän (manlig)	<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"/>	_____
•Väninna	<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"/>	_____
•Bekant (kvinnlig)	<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"/>	_____
•Bekant (manlig)	<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"/>	_____
•Granne (kvinnlig)	<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"/>	_____
•Granne (manlig)	<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"/>	_____
•Andra (kvinnliga), vem? _____	<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"/>	_____
•Andra (manliga), vem? _____	<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"/>	_____

### N4. Varför fick Du inte hjälp?

Nedan finns en lista på **anledningar** till varför Du inte fick någon hjälp. Kryssa för en eller flera anledningar till varför Du inte fick hjälp.

- Vårdare (t.ex. anhörig) var på jobbet
- Vårdare (t.ex. anhörig) var sjuk
- Vårdare (t.ex. anhörig) var på semester
- Vårdare (t.ex. anhörig) glömde
- Vårdare (t.ex. anhörig) var upptagen
- Jag frågade inte efter hjälp
- Jag vet inte
- Andra anledningar, ange vilka \_\_\_\_\_

### N5. Var befann Du dig då Du inte fick hjälp?

Nedan finns en lista på **platser där försummelserna/vanvård** kan ha inträffat. Kryssa för platserna där övergreppen har inträffat om de har inträffat.

- Hemmet hos mig
- Hemmet hos andra
- Servicehus/servicelägenhet
- Andra platser, ange vilka \_\_\_\_\_

### N6. Hur reagerade du när Du inte fick hjälp?

Nedan finns en lista på reaktioner Du kan ha haft på försummelse/vanvård Du råkade ut för. Kryssa en eller flera reaktioner.

- Muntligt, ange \_\_\_\_\_
- Fysiskt, ange \_\_\_\_\_
- Känslomässigt (t.ex. arg)
- Annan reaktion, vad \_\_\_\_\_
- Reagerade inte

### N7. Påverkades Du av försummelserna/vanvården?

Nedan finns en lista på upplevelser/känslor Du kan ha haft efter att ha råkat ut för försummelser/vanvård. Kryssa för i vilken grad Du har påverkats (kryssa för alla frågorna).

	Inte alls	Inte så mycket	En hel del	Verkligen mycket
•Kände mig avskuren från familj och vänner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Blev arg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Blev rädd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Blev upprörd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Skämdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Kände obehag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Blev hungrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Andra känslor, vad _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Kommentarer** (Här kan Du skriva eventuella allmänna kommentarer eller specifika kommentarer till frågorna tydliggör i så fall vilken fråga kommentaren relaterar till).

# TACK FÖR DIN MEDVERKAN!