

Inledningsvis kommer det några frågor om din bakgrund och din nuvarande situation

1. Vilket år är du född?

År:

2. I vilket land är du född?

- Sverige → **Gå till fråga 4**
- Danmark, Finland, Island eller Norge
- Annat land i Europa
- I ett land utanför Europa, ange vilket land:

3. Hur gammal var du när du flyttade till Sverige (första gången om du har flyttat fram och tillbaka)?

Jag var år

4. I vilket land är din mamma född?

- Sverige
- Danmark, Finland, Island eller Norge
- Annat land i Europa
- I ett land utanför Europa, ange vilket land:

Vet ej

5. I vilket land är din pappa född?

- Sverige
- Danmark, Finland, Island eller Norge
- Annat land i Europa
- I ett land utanför Europa, ange vilket land:

Vet ej

6. Vilken är din högsta utbildning?

Obs! Ange endast ett alternativ.

- Folkskola, grundskola eller motsvarande
- Gymnasial utbildning högst 2-årig
- Gymnasial utbildning 3 år
- Eftergymnasial utbildning kortare än 3 år
- Eftergymnasial utbildning 3 år eller längre



7. Vilken är din huvudsakliga sysselsättning just nu?

Obs! Ange endast ett alternativ.

- Arbetar som anställd, deltid (högst 35 timmar)
- Arbetar som anställd, heltid (mer än 35 timmar)
- Egen företagare
- Studerande
- Ålderspensionär
- Sjuk- eller förtidspensionär
- Långtidssjukskriven (mer än 3 månader)
- Tjänstledig eller föräldraledig
- Arbetsökande eller i arbetsmarknadspolitisk åtgärd
- Hemarbetande, sköter hushållet
- Annat, ange vad:

8. Vilken typ av bostad bor du i?

Obs! Ange endast ett alternativ.

- Hyresrätt
- Bostadsrätt
- Egen villa eller radhus
- Annat boende, ange vad:

9. Vilket av nedanstående passar bäst in på dig?

- Jag är ensamstående/singel (med eller utan barn)
- Jag är särbo med en man/har pojkvän
- Jag är särbo med en kvinna/har flickvän
- Jag är sambo/gift/lever i registrerat partnerskap med en man
- Jag är sambo/gift/lever i registrerat partnerskap med en kvinna
- Annat, ange vad:

10. Om du plötsligt skulle hamna i en oförutsedd situation, där du på en vecka måste skaffa fram 15 000 kronor, skulle du klara det?

- Ja
- Nej

11. Har det hänt under *de senaste 12 månaderna* att du haft svårigheter att klara de löpande utgifterna för mat, hyra, räkningar m.m.?

- Nej
- Ja, vid ett tillfälle
- Ja, vid flera tillfällen



+

+

Här kommer det nu några frågor om hur du hade det under din uppväxttid. När du svarar ska du bara tänka på tiden innan du fyllde 18 år

12. Hur bodde du huvudsakligen under din uppväxttid, dvs innan du fyllde 18 år?

Obs! Ange endast ett alternativ.

Hyresrätt

Bostadsrätt

Familjens villa eller radhus

Annat boende, ange vad:

13. Bodde du någon gång under din uppväxt i fosterhem eller på barnhem?

Nej, aldrig

Ja, sammanlagt högst 6 månader

Ja, sammanlagt mellan 6 och 12 månader

Ja, sammanlagt mer än 12 månader

14. Vilken högsta utbildning hade dina föräldrar (de personer som hade det huvudsakliga föräldraansvaret för dig under din uppväxt, behöver inte vara de biologiska föräldrarna)?

	Mamma (eller motsvarande)	Pappa (eller motsvarande)
Folkskola, grundskola eller motsvarande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gymnasial utbildning högst 2-årig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gymnasial utbildning 3 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eftergymnasial utbildning kortare än 3 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eftergymnasial utbildning 3 år eller längre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vet ej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hade ingen mamma / pappa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

15. Hur väl stämmer följande påståenden in på din situation under din uppväxttid?

	Stämmer mycket bra	Stämmer bra	Stämmer till viss del	Stämmer dåligt	Stämmer mycket dåligt
a. Jag hade inte tillräckligt med mat att äta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Jag var tvungen att ha smutsiga kläder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Mina föräldrar/vårdnadshavare var för påverkade av alkohol eller droger för att ta hand om mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Jag visste att det fanns någon hemma som kunde ta hand om och skydda mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Det fanns någon som kunde ta mig till läkare om det behövdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Någon i min familj fick mig att känna mig viktig eller värdefull	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Jag kände mig älskad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Vi tog hand om varandra i min familj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Vi kände närhet till varandra i min familj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Min familj var en källa för styrka och stöd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. I min familj blev jag kallad "lat", "dum" eller "ful"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Jag trodde att mina föräldrar önskade att jag aldrig hade fötts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Människor i min familj sade sårande eller kränkande saker till mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Jag kände att någon i min familj hatade mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Jag tycker att jag blev utsatt för psykisk misshandel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Har du någon gång under din uppväxttid varit med om att dina föräldrar (inklusive sambos som var viktiga för dig) skilde sig/separerade från varandra?

Nej

Ja, när jag var 0-5 år hände det gånger

Ja, när jag var 6-10 år hände det gånger

Ja, när jag var 11-17 år hände det gånger

+

+

+

+

17. Har du någon gång under din uppväxttid levt tillsammans med någon vuxen som hade ansvar för dig och som:		Nej	Ja	Osäker/vet ej		
a.	Hade alkoholproblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	Använde narkotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	Var psykiskt sjuk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	Försökte begå (eller begick) självmord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e.	Var kriminell (flera gånger dömd för brott)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
18. Händet det under din uppväxt att du såg/hörde din <u>pappa</u> (eller motsvarande) göra något av nedanstående mot din <u>mamma</u> (eller motsvarande)?		Aldrig	Enstaka gång	Ibland	Ofta	
a.	Att din pappa använde någon form av fysiskt våld mot din mamma (exempelvis gav en örfil, drog i håret, kastade saker på, slog med knytnäve/tillhygge, sparkade på)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	Att din pappa hotade din mamma med fysiskt våld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	Att din pappa med ord kränkte, förtryckte eller dominerade din mamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Händet det under din uppväxt att du såg/hörde din <u>mamma</u> (eller motsvarande) göra något av nedanstående mot din <u>pappa</u> (eller motsvarande)?		Aldrig	Enstaka gång	Ibland	Ofta	
a.	Att din mamma använde någon form av fysiskt våld mot din pappa (exempelvis gav en örfil, drog i håret, kastade saker på, slog med knytnäve/tillhygge, sparkade på)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	Att din mamma hotade din pappa med fysiskt våld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	Att din mamma med ord kränkte, förtryckte eller dominerade din pappa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. Om du har gjort något av nedanstående, hur gammal var du första gången? Sätt ett kryss på varje rad.		Yngre än 13 år	13-14 år	15-17 år	18 år eller äldre	Har aldrig hänt
a.	Drack alkohol (ensam eller tillsammans med kompisar, utan att några vuxna var med)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Drack dig berusad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Rökte tobak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Använde narkotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Hade samlag (oralt, vaginalt eller analt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Blev gripen av polis för snatteri, stöld, misshandel, skadegörelse eller annat brott	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

+

+

21. Hur skulle du generellt sett beskriva din tid i högstadiet/motsvarande (åk 7-9)?

Jag gick inte i högstadiet/motsvarande → **Gå till fråga 22**

		Stämmer bra	Stämmer delvis	Stämmer dåligt
a.	Jag trivdes bra i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Jag var mobbad i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Jag skolkade ofta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Jag var duktig i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Jag var bråkig/stökig i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Jag hade många kompisar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Jag hade bra avgångsbetyg i åk 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Jag hade mycket kontakt med kurator, psykolog, ungdomsmottagning, skolsköterska el.dyl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Jag hade bra relationer till mina föräldrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Jag var ofta sjuk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.	Jag hade en nära vän som jag kunde tala med allt om	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Det händer ibland att flickor utsätts för sexuella övergrepp av vuxna personer. Det kan vara av föräldrar, släktingar, grannar, skol-/dagispersonal eller andra, kända eller okända, vuxna personer

22. Hände det dig, innan du fyllde 15 år, att någon vuxen gjorde något av följande mot dig?

Sätt ett kryss på varje rad.

		Aldrig	En gång	Flera gånger
a.	En vuxen person fick dig att posera naken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	En vuxen person tog på dig eller smekte dig på ett sexuellt sätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	En vuxen person fick dig att ta på hans/hennes kropp på ett sexuellt sätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	En vuxen person försökte ha samlag med dig (oralt, vaginalt eller analt) men utan att det fullbordades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	En vuxen person genomförde fullbordat samlag (oralt, vaginalt eller analt) med dig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du svarat "Aldrig" på samtliga rader, gå till fråga 26.

23. Hur gammal var du första gången något av detta hände dig?

Jag var år (uppgi ungefär hur gammal du var om du inte minns riktigt)

+

+

+

+

24. Vem eller vilka vuxna personer var det som gjorde detta mot dig innan du fyllt 15 år?				
		En gång	Flera gånger	
	Min pappa, styvpappa/mammas sambo/särbo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Min mamma, styvmamma/pappas sambo/särbo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Manlig vuxen släkting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Kvinnlig vuxen släkting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Vuxen man som du litade på (t.ex. lärare, lagledare, präst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Vuxen kvinna som du litade på (t.ex. lärare, lagledare, präst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Annan vuxen man som du kände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Annan vuxen kvinna som du kände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Okänd vuxen man	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Okänd vuxen kvinna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25. Hände det något av följande efteråt?				
		Aldrig	Ja, efter ett tillfälle	Ja, efter flera tillfällen
a.	Du pratade med någon i familjen eller en nära vän om det som hade hänt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Du hade kontakt med kurator, socialtjänst, psykolog eller psykiater pga av det som hade hänt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Du uppsökte läkare eller sjuksköterska pga av det som hade hänt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Du var hemma från dagis/skolan/sjukskriven från jobbet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Det du utsatts för blev polisanmält	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Hände det dig, när du var 15-17 år, att någon vuxen gjorde något av följande mot dig mot din vilja, d.v.s. genom hot eller våld eller genom att du inte kunde försvara dig t.ex. för att du sov, var sjuk eller påverkad av alkohol eller droger? <i>Sätt ett kryss på varje rad.</i>				
		Aldrig	En gång	Flera gånger
a.	En vuxen person fick dig att posera naken, mot din vilja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	En vuxen person tog på dig eller smekte dig på ett sexuellt sätt, mot din vilja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	En vuxen person fick dig att ta på hans/hennes kropp på ett sexuellt sätt, mot din vilja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	En vuxen person försökte, mot din vilja, att ha samlag med dig (oralt, vaginalt eller analt) men utan att det fullbordades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	En vuxen person genomförde fullbordat samlag med dig (oralt, vaginalt eller analt), mot din vilja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om du svarat "Aldrig" på samtliga rader, gå till fråga 29.				

+

+

+

+

27. Vem eller vilka vuxna personer var det som gjorde detta mot dig när du var 15-17 år?			
	En gång	Flera gånger	
Min pappa, styvpappa/mammas sambo/särbo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min mamma, styvmamma/pappas sambo/särbo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manlig vuxen släkting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kvinnlig vuxen släkting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vuxen man som du litade på (t.ex. lärare, lagledare, präst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vuxen kvinna som du litade på (t.ex. lärare, lagledare, präst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan vuxen man som du kände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan vuxen kvinna som du kände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Okänd vuxen man	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Okänd vuxen kvinna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Hände det något av följande efteråt?			
	Aldrig	Ja, efter ett tillfälle	Ja, efter flera tillfällen
a. Du pratade med någon i familjen eller en nära vän om det som hade hänt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Du hade kontakt med kurator, socialtjänst, psykolog eller psykiater pga av det som hade hänt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Du uppsökte läkare eller sjuksköterska pga av det som hade hänt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Du var hemma från dagis/skolan/sjukskriven från jobbet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Det du utsatts för blev polisanmält	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Det händer också att flickor utsätts för sexuella övergrepp av mera jämnåriga personer (mellan 5 år yngre och 5 år äldre än du)

29. Hände det dig, innan du fyllde 15 år, att någon jämnårig, dvs någon kompis, partner, skolkamrat eller annan jämnårig gjorde något av följande mot dig <u>mot din vilja</u> ? Sätt ett kryss på varje rad.			
	Aldrig	En gång	Flera gånger
a. En jämnårig person fick dig att posera naken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. En jämnårig person tog på dig eller smekte dig på ett sexuellt sätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. En jämnårig person fick dig att ta på hans/hennes kropp på ett sexuellt sätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. En jämnårig person försökte ha samlag med dig (oralt, vaginalt eller analt) men utan att det fullbordades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. En jämnårig person genomförde fullbordat samlag (oralt, vaginalt eller analt) med dig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du svarat "Aldrig" på samtliga rader, gå till fråga 32.

+

+

+

+

30. Vem eller vilka jämnåriga personer var det som gjorde detta mot dig innan du fyllt 15 år?			
	En gång	Flera gånger	
Min bror eller annan manlig jämnårig släkting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Min pojkvän/tidigare pojkvän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Annan pojke som jag kände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pojke som jag inte kände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Min syster eller annan kvinnlig jämnårig släkting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Min flickvän/tidigare flickvän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Annan flicka som jag kände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Flicka som jag inte kände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

31. Hände det något av följande efteråt?			
	Aldrig	Ja, efter ett tillfälle	Ja, efter flera tillfällen
a. Du pratade med någon i familjen eller en nära vän om det som hade hänt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Du hade kontakt med kurator, socialtjänst, psykolog eller psykiater pga av det som hade hänt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Du uppsökte läkare eller sjuksköterska pga av det som hade hänt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Du var hemma från dagis/skolan/sjukskriven från jobbet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Det du utsatts för blev polisanmält	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Hände det dig, när du var 15-17 år, att någon jämnårig gjorde något av följande mot dig <u>mot din vilja</u>, d.v.s. genom hot eller våld eller genom att du inte kunde försvara dig t.ex. för att du sov, var sjuk eller påverkad av alkohol eller droger? <i>Sätt ett kryss på varje rad.</i>			
	Aldrig	En gång	Flera gånger
a. En jämnårig person fick dig att posera naken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. En jämnårig person tog på dig eller smekte dig på ett sexuellt sätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. En jämnårig person fick dig att ta på hans/hennes kropp på ett sexuellt sätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. En jämnårig person försökte att ha samlag med dig (oralt, vaginalt eller analt) men utan att det fullbordades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. En jämnårig person genomförde fullbordat samlag med dig (oralt, vaginalt eller analt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du svarat "Aldrig" på samtliga rader, gå till fråga 35.

+

+



33. Vem eller vilka jämnåriga personer var det som gjorde detta mot dig när du var 15-17 år?				
	En gång	Flera gånger		
Min bror eller annan manlig jämnårig släkting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Min pojkvän/tidigare pojkvän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Annan pojke som jag kände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pojke som jag inte kände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Min syster eller annan kvinnlig jämnårig släkting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Min flickvän/tidigare flickvän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Annan flicka som jag kände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Flicka som jag inte kände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
34. Hände det något av följande efteråt?				
	Aldrig	Ja, efter ett tillfälle	Ja, efter flera tillfällen	
a. Du pratade med någon i familjen eller en nära vän om det som hade hänt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Du hade kontakt med kurator, socialtjänst, psykolog eller psykiater pga av det som hade hänt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Du uppsökte läkare eller sjuksköterska pga av det som hade hänt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Du var hemma från dagis/skolan/sjukskriven från jobbet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Det du utsatts för blev polisanmält	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
35. Blev du <u>någon gång under din uppväxt (före 18 års ålder)</u> utsatt för följande <u>sexuella trakasserier</u> av någon man eller kvinna, vuxen eller jämnårig, partner, bekant eller okänd?				
<i>Sätt ett kryss på varje rad.</i>				
	Aldrig	Enstaka gång	Ibland	Ofta
a. Fick oanständiga snuskiga brev, sms, mail, telefonsamtal el.dyl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Blev sexuellt förtalad genom rykten, bilder på nätet etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Blev utsatt för blottare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Fick oönskade sexuella kommentarer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Fick oönskade sexuella inviter/förslag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Blev utsatt för andra former av sexuella trakasserier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





Det händer ibland att flickor utsätts för psykiskt eller fysiskt våld av vuxna personer. Det kan vara av föräldrar, släktingar, grannar, skol-/dagispersonal eller andra, kända eller okända, vuxna personer

36. Ungefär hur ofta hände det innan du fyllde 15 år att någon vuxen gjorde något av följande mot dig?

Sätt ett kryss på varje rad.

	Aldrig	Enstaka gång	Ibland	Ofta
a. En vuxen person kränkte eller förtryckte dig med ord (exempelvis nedvärderade, förolämpade eller förnedrade dig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. En vuxen person hotade med att ge dig stryk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. En vuxen person slog dig med öppen hand (örfil), drog dig i håret, knuffade dig eller ruskade dig så det gjorde ont	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. En vuxen person slog dig med knytnäve, något hårt föremål, sparkade dig, tog stryptag etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. En vuxen person skadade dig med kniv eller skjutvapen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. En vuxen person utsatte dig för någon annan typ av fysiskt våld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du svarat "Aldrig" på samtliga rader, gå till fråga 39.

37. Vem eller vilka vuxna personer var det som gjorde detta mot dig innan du fyllt 15 år?

	Hotade med, eller använde, våld	Kränkte eller förtryckte dig med ord
Min pappa, styvpappa/mammas sambo/särbo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min mamma, styvmamma/pappas sambo/särbo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manlig vuxen släkting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kvinnlig vuxen släkting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan vuxen man som du kände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan vuxen kvinna som du kände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Okänd vuxen man	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Okänd vuxen kvinna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Hände det något av följande efteråt?

	Aldrig	Ja, efter ett tillfälle	Ja, efter flera tillfällen
a. Du pratade med någon i familjen eller en nära vän om det som hade hänt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Du hade kontakt med kurator, socialtjänst, psykolog eller psykiater pga av det som hade hänt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Du uppsökte läkare eller sjuksköterska pga av det som hade hänt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Du var hemma från dagis/skolan/sjukskriven från jobbet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Det du utsatts för blev polisanmält	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





39. Ungefär hur ofta hände det när du var 15-17 år att någon vuxen gjorde något av följande mot dig?

Sätt ett kryss på varje rad.

	Aldrig	Enstaka gång	Ibland	Ofta
a. En vuxen person kränkte eller förtryckte dig med ord (exempelvis nedvärderade, förolämpade eller förnedrade dig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. En vuxen person hotade med att ge dig stryk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. En vuxen person slog dig med öppen hand (örfil), drog dig i håret, knuffade dig eller ruskade dig så det gjorde ont	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. En vuxen person slog dig med knytnäve, något hårt föremål, sparkade dig, tog stryptag etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. En vuxen person skadade dig med kniv eller skjutvapen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. En vuxen person utsatte dig för någon annan typ av fysiskt våld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du svarat "Aldrig" på samtliga rader, gå till fråga 42.

40. Vem eller vilka vuxna personer var det som gjorde detta mot dig när du var 15-17 år?

	Hotade med, eller använde, våld	Kränkte eller förtryckte dig med ord
Min pappa, styvpappa/mammas sambo/särbo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min mamma, styvmamma/pappas sambo/särbo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manlig vuxen släkting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kvinnlig vuxen släkting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan vuxen man som du kände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan vuxen kvinna som du kände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Okänd vuxen man	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Okänd vuxen kvinna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. Hände det något av följande efteråt?

	Aldrig	Ja, efter ett tillfälle	Ja, efter flera tillfällen
a. Du pratade med någon i familjen eller en nära vän om det som hade hänt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Du hade kontakt med kurator, socialtjänst, psykolog eller psykiater pga av det som hade hänt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Du uppsökte läkare eller sjuksköterska pga av det som hade hänt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Du var hemma från dagis/skolan/sjukskriven från jobbet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Det du utsatts för blev polisanmält	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





Det händer också att flickor utsätts för psykiskt eller fysiskt våld av mera jämnåriga personer (mellan 5 år yngre och 5 år äldre än du)

42. Ungefär hur ofta hände det innan du fyllde 15 år att någon jämnårig, dvs någon kompis, partner, skolkamrat eller annan jämnårig gjorde något av följande mot dig?

Sätt ett kryss på varje rad.

	Aldrig	Enstaka gång	Ibland	Ofta
a. En jämnårig person kränkte eller förtryckte dig med ord (exempelvis mobbade, nedvärderade, förolämpade eller förnedrade dig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. En jämnårig person hotade med att ge dig stryk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. En jämnårig person slog dig med öppen hand (örfil), drog dig i håret, knuffade dig eller ruskade dig så det gjorde ont	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. En jämnårig person slog dig med knytnäve, något hårt föremål, sparkade dig, tog stryptag etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. En jämnårig person skadade dig med kniv eller skjutvapen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. En jämnårig person utsatte dig för någon annan typ av fysiskt våld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du svarat "Aldrig" på samtliga rader, gå vidare till fråga 45

43. Vem eller vilka jämnåriga personer var det som gjorde detta mot dig innan du fyllt 15 år?

	Hotade med, eller använde, våld	Kränkte eller förtryckte dig med ord
Min bror eller annan manlig jämnårig släkting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min pojkvän/tidigare pojkvän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan pojke som jag kände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pojke som jag inte kände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min syster eller annan kvinnlig jämnårig släkting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min flickvän/tidigare flickvän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan flicka som jag kände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flicka som jag inte kände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. Hände det något av följande efteråt?

	Aldrig	Ja, efter ett tillfälle	Ja, efter flera tillfällen
a. Du pratade med någon i familjen eller en nära vän om det som hade hänt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Du hade kontakt med kurator, socialtjänst, psykolog eller psykiater pga av det som hade hänt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Du uppsökte läkare eller sjuksköterska pga av det som hade hänt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Du var hemma från dagis/skolan/sjukskriven från jobbet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Det du utsatts för blev polisanmält	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





45. Ungefär hur ofta hände det när du var 15-17 år att någon jämnårig gjorde något av följande mot dig?

Sätt ett kryss på varje rad.

	Aldrig	Enstaka gång	Ibland	Ofta
a. En jämnårig person kränkte eller förtryckte dig med ord (exempelvis mobbade, nedvärderade, förolämpade eller förnedrade dig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. En jämnårig person hotade med att ge dig stryk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. En jämnårig person slog dig med öppen hand (örfil), drog dig i håret, knuffade dig eller ruskade dig så det gjorde ont	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. En jämnårig person slog dig med knytnäve, något hårt föremål, sparkade dig, tog stryptag etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. En jämnårig person skadade dig med kniv eller skjutvapen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. En jämnårig person utsatte dig för någon annan typ av fysiskt våld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du svarat "Aldrig" på samtliga rader, gå till fråga 48

46. Vem eller vilka jämnåriga var det som gjorde detta mot dig när du var 15-17 år?

	Hotade med, eller använde, våld	Kränkte eller förtryckte dig med ord
Min bror eller annan manlig jämnårig släkting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min pojkvän/tidigare pojkvän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan pojke som jag kände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pojke som jag inte kände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min syster eller annan kvinnlig jämnårig släkting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min flickvän/tidigare flickvän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan flicka som jag kände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flicka som jag inte kände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. Hände det något av följande efteråt?

	Aldrig	Ja, efter ett tillfälle	Ja, efter flera tillfällen
a. Du pratade med någon i familjen eller en nära vän om det som hade hänt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Du hade kontakt med kurator, socialtjänst, psykolog eller psykiater pga av det som hade hänt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Du uppsökte läkare eller sjuksköterska pga av det som hade hänt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Du var hemma från dagis/skolan/sjukskriven från jobbet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Det du utsatts för blev polisanmält	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





Det händer ibland att vuxna kvinnor utsätts för sexuellt, psykiskt eller fysiskt våld. Följande frågor handlar om det som kan ha hänt dig efter att du fyllde 18 år

48. Har det efter att du fyllde 18 år hänt att någon person (partner, anhörig, bekant, chef, arbetskamrat, klient/patient, okänd etc) har gjort något av följande mot dig?

	Någon gång efter din 18-årsdag		Har det hänt de senaste 12 månaderna?	
	Nej	Ja	Nej	Ja
a. Tvingat dig till samlag (oralt, vaginalt, analt) eller annan liknade sexuell handling (exempelvis onani) genom att hota med, eller använda, fysiskt våld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Försökt tvinga dig till samlag (oralt, vaginalt, analt) eller annan liknade sexuell handling (exempelvis onani) genom att hota med, eller använda, fysiskt våld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Tvingat eller försökt tvinga dig till någon form av sexuell aktivitet när du inte kunde försvara dig t.ex. för att du sov, var sjuk eller påverkad av alkohol eller droger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Mot din vilja tagit i dig eller rört vid din kropp på ett sexuellt sätt (exempelvis smekt, hållit fast, kramat, kysst, "kladdat") eller har fått dig att mot din vilja ta i eller röra vid hans/hennes kropp på ett sexuellt sätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du svarat "Nej" på samtliga rader, gå till fråga 52.

49. Vem eller vilka har någon gång gjort något av detta mot dig?

	Någon gång efter din 18-årsdag		De senaste 12 månaderna	
	Det var en kvinna	Det var en man	Det var en kvinna	Det var en man
En partner, dvs en person som jag var tillsammans med då det hände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En före detta partner, dvs en person som jag tidigare hade varit tillsammans med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En annan familjemedlem eller släkting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En vän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En bekant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En arbetskamrat, chef, lärare, granne etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Någon klient, patient eller annan person jag mött i mitt arbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Någon helt okänd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





50. På vilka platser har detta inträffat?

	Någon gång efter din 18-årsdag		De senaste 12 månaderna	
	En gång	Flera gånger	En gång	Flera gånger
Hemma hos mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemma hos någon annan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På mitt arbete/i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På krogen/annan nöjeslokal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På gator, torg, allmänna kommunikationer etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På annat ställe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51. Hände något av följande efter något tillfälle du blev utsatt?

	Aldrig	Ja, efter ett tillfälle	Ja, efter flera tillfällen
a. Du pratade med någon i familjen eller en nära vän om det som hade hänt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Du hade kontakt med kurator, socialtjänst, psykolog eller psykiater pga av det som hade hänt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Du uppsökte läkare eller sjuksköterska pga av det som hade hänt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Du var hemma från skolan/sjukskriven från jobbet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Det du utsatts för blev polisanmält	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

52. Har det efter att du fyllde 18 år hänt att någon person (partner, anhörig, bekant, chef, arbetskamrat, klient/patient, okänd etc) har gjort något av följande mot dig?

	Någon gång efter din 18-årsdag		Har det hänt de senaste 12 månaderna?	
	Nej	Ja	Nej	Ja
a. Fått dig till någon form av sex mot din vilja genom psykiska hot eller påtryckningar så att du exempelvis ställt upp på sex för att han/hon inte ska bli arg, sur, ledsen, besviken, göra slut, gå till någon annan, eller på annat sätt göra vardagslivet surt för dig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Fått dig att känna dig sexuellt förnedrad genom att, exempelvis, kritisera din kropp, din bristande sexuella lust/kapacitet, att du inte vill göra vissa sexuella saker, jämfört dig med andra, fått dig att mot din vilja se på porrfilm/porrbilder, visa dig naken eller annat som du upplevt sexuellt förnedrande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du svarat "Nej" på båda raderna, gå till fråga 54.





53. Vem eller vilka har någon gång gjort något av detta mot dig?

	Någon gång efter din 18-årsdag		De senaste 12 månaderna	
	Det var en kvinna	Det var en man	Det var en kvinna	Det var en man
En partner, dvs en person som jag var tillsammans med då det hände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En före detta partner, dvs en person som jag tidigare hade varit tillsammans med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En annan familjemedlem eller släkting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En vän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En bekant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En arbetskamrat, chef, lärare, granne etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Någon klient, patient eller annan person jag mött i mitt arbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Någon helt okänd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54. Har det efter du fyllde 18 år hänt att du har blivit utsatt för följande sexuella trakasserier av någon man eller kvinna, oavsett om det har varit en partner eller inte?

Sätta två kryss på varje rad, ett för varje tidsperiod.

	Någon gång efter din 18-årsdag			De senaste 12 månaderna		
	Aldrig	Ibland	Ofta	Aldrig	Ibland	Ofta
a. Fick oanständiga snuskiga brev, sms, mail, telefonsamtal el.dyl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Blev sexuellt förtalad genom rykten, bilder på nätet etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Blev utsatt för blottare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Fick oönskade sexuella kommentarer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Fick oönskade sexuella inviter/förslag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Blev utsatt för andra former av sexuella trakasserier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





55. Har det efter att du fyllde 18 år hänt att någon person (partner, anhörig, bekant, chef, arbetskamrat, patient/klient, okänd etc) har gjort något av följande mot dig?

	Någon gång efter din 18-årsdag		Har det hänt de senaste 12 månaderna?	
	Nej	Ja	Nej	Ja
a. Att din partner (eller tidigare partner) systematiskt och vid upprepade tillfällen nedvärderat, förolämpat, förnedrat eller på annat sätt kränkt eller förtryckt dig med ord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Att din partner (eller tidigare partner) systematiskt och vid upprepade tillfällen dominerat och bestämt över dig, vem du får träffa, hur mycket pengar du får ha, när du får gå ut, vilka kläder du ska ha etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Att din partner (eller tidigare partner) systematiskt och vid upprepade tillfällen hotat att skada sig själv eller barnen, att ta barnen och gå ifrån dig, att ha sönder dina värdefulla saker, att berätta för andra om sånt du vill hålla hemligt etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Att du blivit systematiskt och vid upprepade tillfällen mobbad, kränkt eller trakasserad av släktingar, på ditt arbete, i skolan, i ditt bostadsområde eller dylikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du svarat "Nej" på samtliga rader, gå till fråga 57.

56. Vem eller vilka har någon gång gjort något av detta mot dig?

	Någon gång efter din 18-årsdag		De senaste 12 månaderna	
	Det var en kvinna	Det var en man	Det var en kvinna	Det var en man
En partner, dvs en person som jag var tillsammans med då det hände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En före detta partner, dvs en person som jag tidigare hade varit tillsammans med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En annan familjemedlem eller släkting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En vän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En bekant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En arbetskamrat, chef, lärare, granne etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Någon klient, patient eller annan person jag mött i mitt arbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Någon helt okänd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





57. Har det efter att du fyllde 18 år hänt att någon person (partner, anhörig, bekant, chef, arbetskamrat, klient/patient, okänd etc) har gjort något av följande mot dig?

	Någon gång efter din 18-årsdag			Har det hänt de senaste 12 månaderna?	
	Nej	Ja		Nej	Ja
a. Hotat att skada dig med fysiskt våld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Slagit dig med öppen hand (örfil), dragit dig i håret, knuffat dig etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Slagit dig med knytnäve, något hårt föremål, sparkat dig, tagit stryptag etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Skadat dig med kniv eller skjutvapen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Utsatt dig för någon annan typ av fysiskt våld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du svarat "Nej" på samtliga rader, gå till fråga 61.

58. Vem eller vilka har någon gång gjort något av detta mot dig?

	Någon gång efter din 18-årsdag		De senaste 12 månaderna	
	Det var en kvinna	Det var en man	Det var en kvinna	Det var en man
En partner, dvs en person som jag var tillsammans med då det hände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En före detta partner, dvs en person som jag tidigare hade varit tillsammans med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En annan familjemedlem eller släkting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En vän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En bekant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En arbetskamrat, chef, lärare, granne etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Någon klient, patient eller annan person jag mött i mitt arbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Någon helt okänd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

59. På vilka platser har du efter din 18-årsdag blivit utsatt för hot eller våld?

	Någon gång efter din 18-årsdag		De senaste 12 månaderna	
	En gång	Flera gånger	En gång	Flera gånger
Hemma hos mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemma hos någon annan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På mitt arbete/i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På krogen/annan nöjeslokal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På gator, torg, allmänna kommunikationer etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På annat ställe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



+

+

60. Hända något av följande efter något tillfälle du blev utsatt för hot eller våld?		Aldrig	Ja, efter ett tillfälle	Ja, efter flera tillfällen
a.	Du pratade med någon i familjen eller en nära vän om det som hade hänt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Du hade kontakt med kurator, socialtjänst, psykolog eller psykiater pga av det som hade hänt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Du uppsökte läkare eller sjuksköterska pga av det som hade hänt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Du var hemma från skolan/sjukskriven från jobbet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Det du utsatts för blev polisanmält	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Här kommer det nu en del frågor om hur du har det för närvarande och om din nuvarande hälsa

61. Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?

- Mycket bra
 Bra
 Någorlunda
 Dåligt
 Mycket dåligt

62. Om du tänker på din kroppsliga hälsa, hur många dagar den senaste 30-dagarsperioden skulle du säga att den inte varit god (pga. sjukdom, kroppsliga besvär eller skador)?

Ange antal dagar mellan 0 och 30.

dagar

63. Om du tänker på din psykiska hälsa, hur många dagar den senaste 30-dagarsperioden skulle du säga att den inte varit god (t.ex. pga. stress, nedstämdhet eller oro)?

Ange antal dagar mellan 0 och 30.

dagar

64. Hur många dagar den senaste 30-dagarsperioden hindrade dålig kroppslig eller psykisk hälsa din arbetsförmåga eller dina dagliga aktiviteter?

Ange antal dagar mellan 0 och 30.

dagar

65. Har du under de senaste tre månaderna råkat ut för någon olycka som lett till att du sökt sjukvård eller tandvård?

- Nej
 Ja, en gång
 Ja, flera gånger

66. Har du någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, eller annat långvarigt hälsoproblem?

- Nej → **Gå till fråga 68**
 Ja

+

+

+

+

67. Medför dessa besvär att din arbetsförmåga är nedsatt eller hindrar dig i dina andra dagliga sysselsättningar?

- Nej, inte alls
 Ja, i någon mån
 Ja, i hög grad

68. Har du något funktionshinder?

- Nej → **Gå till fråga 70**
 Ja

69. Vilket/vilka funktionshinder har du?

Markera alla svarsalternativ som gäller för dig.

		Före födelsen	0-9 år	10-18 år	Efter 18 år
<input type="checkbox"/> Psykiskt funktionshinder	→ När uppstod ditt psykiska funktionshinder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Synskada	→ När uppstod din synskada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hörselskada	→ När uppstod din hörselskada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Rörelsehinder	→ När uppstod ditt rörelsehinder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Talsvårigheter	→ När uppstod dina talsvårigheter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Läs- och skrivsvårigheter (dyslexi)	→ När uppstod dina läs- och skrivsvårigheter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Annat funktionshinder, nämligen:	→ När uppstod ditt funktionshinder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

70. Hur lång är du?

--	--	--

cm

71. Hur mycket väger du?

--	--	--

kg

72. Hur många gånger motionerar du i genomsnitt per vecka? Med motionera menas att du anstränger dig tillräckligt för att bli varm och svettas (kan även vara promenader/cykling till jobbet etc).

ca gånger/vecka

Jag motionerar aldrig eller mindre än 1 gång i veckan → **Gå till fråga 74**

73. Hur lång tid brukar ett motionspass vara?

ca minuter

+

+



74. Har du under någon period i ditt liv rökt cigaretter dagligen?

- Nej, jag har aldrig rökt cigaretter dagligen → **Gå till fråga 78**
- Ja, jag har tidigare rökt cigaretter dagligen men har slutat helt att röka → **Gå till fråga 76**
- Ja, jag har tidigare rökt cigaretter dagligen men röker nu mera sällan → **Gå till fråga 76**
- Ja, jag röker cigaretter dagligen

75. Hur många cigaretter röker du per dygn i genomsnitt?

- 1-5 cigaretter
 - 6-10 cigaretter
 - 11-20 cigaretter
 - Fler än 20 cigaretter
- **Gå till fråga 78**

76. När du rökte cigaretter dagligen, hur många cigaretter rökte du i genomsnitt per dag innan du slutade?

- 1-5 cigaretter
- 6-10 cigaretter
- 11-20 cigaretter
- Fler än 20 cigaretter

77. Hur gammal var du när du slutade röka dagligen?

Jag var år



50 cl
folköl



33 cl
starköl

Med ett "glas" menas:



1 glas rött
el vitt vin



1 litet glas
starkvin



4 cl sprit,
t. ex. whisky

78. a. Hur ofta dricker du alkohol?

- Aldrig
- 1 gång i månaden eller mer sällan
- 2-4 gånger i månaden
- 2-3 gånger i veckan
- 4 gånger/vecka eller mer

b. Hur många "glas" (se exempel) dricker du en typisk dag då du dricker alkohol?

- Jag dricker aldrig alkohol
- 1-2 glas
- 3-4 glas
- 5-6 glas
- 7-9 glas
- 10 glas eller fler

c. Hur ofta dricker du sex sådana "glas" eller mer vid samma tillfälle?

- Aldrig
- Mer sällan än en gång i månaden
- Varje månad
- Varje vecka
- Dagligen eller nästan varje dag





d. Hur ofta under det senaste året har du inte kunnat sluta dricka sedan du börjat?

- Aldrig
- Mer sällan än en gång i månaden
- Varje månad
- Varje vecka
- Dagligen eller nästan varje dag

e. Hur ofta under det senaste året har du låtit bli att göra något som du borde för att du drack?

- Aldrig
- Mer sällan än en gång i månaden
- Varje månad
- Varje vecka
- Dagligen eller nästan varje dag

f. Hur ofta under det senaste året har du behövt en "drink" på morgon efter mycket drickande dagen innan?

- Aldrig
- Mer sällan än en gång i månaden
- Varje månad
- Varje vecka
- Dagligen eller nästan varje dag

g. Hur ofta under det senaste året har du haft skuld känslor eller samvetsförebåelser på grund av ditt drickande?

- Aldrig
- Mer sällan än en gång i månaden
- Varje månad
- Varje vecka
- Dagligen eller nästan varje dag

h. Hur ofta under det senaste året har du druckit så att du dagen efter inte kommit ihåg vad du sagt eller gjort?

- Aldrig
- Mer sällan än en gång i månaden
- Varje månad
- Varje vecka
- Dagligen eller nästan varje dag

i. Har du eller någon annan blivit skadad på grund av ditt drickande?

- Nej
- Ja, men inte under det senaste året
- Ja, under det senaste året

j. Har en släkting eller vän, en läkare (eller någon annan inom sjukvården) oroat sig över ditt drickande eller antytt att du borde minska på det?

- Nej
- Ja, men inte under det senaste året
- Ja, under det senaste året





79. a. Har du någon gång i ditt liv prövat eller mera regelbundet använt narkotika?

- Nej  **Gå till fråga 80**
 Ja

b. Har du prövat eller mera regelbundet använt narkotika innan du fyllde 18 år?

Nej Högst 5 gånger Mer än 5 gånger

Hasch, marijuana

Annan narkotika (amfetamin, heroin, kokain, extacy, svampar eller annan narkotika)

c. Har du prövat eller mera regelbundet använt narkotika efter att du fyllt 18 år?

Nej Högst 5 gånger Mer än 5 gånger

Hasch, marijuana

Annan narkotika (amfetamin, heroin, kokain, extacy, svampar eller annan narkotika)

d. Har du prövat eller mera regelbundet använt narkotika de senaste 12 månaderna?

Nej Högst 5 gånger Mer än 5 gånger

Hasch, marijuana

Annan narkotika (amfetamin, heroin, kokain, extacy, svampar eller annan narkotika)

80. Vilken är din sexuella läggning?

- Heterosexuell
 Bisexuell
 Homosexuell
 Osäker om min sexuella läggning

81. Med hur många olika kvinnor har du haft samlag?

- Inte med någon kvinna
 Med 1 kvinna
 Med 2-10 kvinnor
 Med 11-30 kvinnor
 Med fler än 30 kvinnor

82. Med hur många olika män har du haft samlag?

- Inte med någon man
 Med 1 man
 Med 2-10 män
 Med 11-30 män
 Med fler än 30 män

83. Har du någonsin misstänkt att du kan ha blivit smittad med en sexuellt överförbar infektion, t.ex. klamydia, gonorré, hepatit eller HIV, genom att du haft oskyddat samlag (utan kondom)?

- Nej
 Ja



+

+

84. Har du något/några av följande besvär eller symptom?

	Nej	Ja, lätta besvär	Ja, svåra besvär
a. Värk i skuldror, nacke eller axlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ryggsmärtor, ryggvärk, höftsmärtor eller ischias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Värk eller smärtor i händer, armbågar, ben eller knän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Huvudvärk eller migrän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Återkommande andfåddhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Trötthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Buksmärtor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Eksem eller hudutslag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Öronsus (tinnitus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Smärta eller problem vid samlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Återkommande mag-/tarmbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Yrsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

85. Har du någonsin fått diagnos från en läkare att du har (eller har haft) något av följande?*Du kan ange flera alternativ.*

- Hjärtsvikt
- Hjärtinfarkt
- Kärlkramp
- Högt blodtryck
- Propp eller blödning i hjärnan
- Fibromyalgi
- Reumatisk ledsjukdom
- Diabetes typ I
- Diabetes typ II
- Benskörhet
- Allergi som kräver behandling
- Kronisk obstruktiv lungsjukdom (emfysem eller kronisk bronkit)
- Alkoholmissbruk/beroende
- Kronisk leversjukdom (ej gallsten)
- Kolon irriterad (irriterad tarm, IBS)
- Gynekologisk sjukdom
- Depression
- Ängest
- Bulemi
- Anorexi
- Tumörsjukdom
- Hjärnhinneinflammation
- Lunginflammation
- Inflammatorisk tarmsjukdom (Crohns sjukdom, ulcerös kolit)
- Narkotikamissbruk/beroende

- Nej, Jag har aldrig haft någon av ovanstående diagnoser

+

+

**86. Känner du dig för närvarande stressad?**

Med stress menas ett tillstånd då man känner sig spänd, rastlös, nervös, orolig eller okoncentrerad.

- Inte alls
- I viss mån
- Ganska mycket
- Våldigt mycket

87. a. Har du någonsin medvetet skadat dig själv, allvarligt övervägt att ta ditt liv eller försökt att ta ditt liv?

- Nej → Gå till fråga 88
- Ja

b. Under vilken åldersperiod i ditt liv har du medvetet skadat dig själv, allvarligt övervägt att ta ditt liv eller försökt att ta ditt liv?

Sätt fyra kryss på varje rad, ett för varje åldersperiod. **Glöm inte att kryssa i nej-rutorna om det inte hänt.**

	Innan jag fyllde 15 år		När jag var 15-17 år		Efter min 18-årsdag		Senaste 12 månaderna	
	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja
a. Medvetet skadat mig själv (genom att skära/rispa/sticka/bränna mig/dunka huvudet i väggen el liknande)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Allvarligt övervägt att ta mitt liv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Försökt ta mitt liv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

88. Har du någon gång i ditt liv upplevt någon av följande allvarliga händelser?

Markera alla alternativ som stämmer på dig.

- En livshotande naturkatastrof
- Krigshandlingar
- Själv varit i en allvarlig olycka
- Själv blivit allvarligt skadad
- Själv haft en allvarlig eller livshotande sjukdom
- Själv varit närvarande när någon familjemedlem eller vän dog, blev allvarligt sjuk eller skadad när du var barn
- Dina föräldrar separerade eller skiljde sig när du var barn
- Du har sett någon bli allvarligt skadad eller dödad
- Någon annan allvarlig händelse, ange vad:

- Jag har aldrig varit med om något av ovanstående





89. Här nedan finns en uppräknig av problem och åkommor som människor ibland kan få när man har varit med om obehagliga upplevelser.

Läs varje fråga noggrant och markera med ett kryss om du har varit drabbad av problemet under den senaste månaden.

	Nej	Ja
a. Återkommande, plågsamma minnen, tankar eller minnesbilder av en obehaglig upplevelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Återkommande, plågsamma drömmar om en obehaglig upplevelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Att plötsligt agera, eller känna det, som om en obehaglig upplevelse hände igen (som om jag återupplevde den)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Att känna mig mycket upprörd över något som påminner mig om en obehaglig upplevelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Kroppsliga reaktioner (som hjärklappning, andningssvårigheter, svettningar) när någonting påminner mig om en obehaglig upplevelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Undvikit att tänka på eller att tala om en obehaglig upplevelse eller undvikit känslor som förknippas med upplevelsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Undvikit aktiviteter eller situationer eftersom de påminner om en obehaglig händelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Haft svårigheter att minnas viktiga delar av en obehaglig upplevelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Haft minskat intresse för aktiviteter som du tidigare tyckte om	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Känt distans till eller främlingskap inför andra människor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Känt känslomässig avtrubbning eller varit oförmögen att känna närhet till mina närmaste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Haft en känsla av att inte ha någon nära framtid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Haft problem med att somna eller svårigheter med att sova sammanhängande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Känt mig irriterad eller fått vredesutbrott	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Haft koncentrationssvårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Varit "hyperalert" eller spänt vaksam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. Känt mig "skakis" och spritter lätt till	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

90. Har du under de senaste tre månaderna haft kontakt med sjukvården?

Gäller egna besvär eller sjukdom.

Nej

Ja

91. Har du under de senaste tre månaderna ansett dig vara i behov av läkarvård men ändå avstått från att söka vård?

Nej

Ja



+

+

92. Följande frågor gäller hur du har känt dig under den senaste veckan.*Sätt ett kryss på varje rad.*

		För det mesta	Ofta	Då och då	Inte alls
a.	Jag känner mig spänd eller uppskruvad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Jag uppskattar samma saker som förut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Jag får en slags känsla av rädsla som om någonting förfärligt kommer att hända	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Jag kan skratta och se saker från den humoristiska sidan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Oroande tankar kommer för mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Jag känner mig glad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Jag kan sitta i lugn och ro och känna mig avspänd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Jag känner mig som om jag gick på "lågt varv"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Jag får en slags känsla av rädsla som om jag hade "fjärilar i magen"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Jag har tappat intresset för mitt utseende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.	Jag känner mig rastlös som om jag måste vara på språng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l.	Jag ser fram emot saker och ting med glädje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m.	Jag får plötsliga panikkänslor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n.	Jag kan njuta av en bra bok, ett bra radio- eller TV-program	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

93. Kan du få hjälp av någon/några personer om du har praktiska problem eller är sjuk?*T.ex. få råd, låna saker, hjälp med matinköp, reparationer etc.*

- Ja, alltid
 Ja, för det mesta
 Nej, för det mesta inte
 Nej, aldrig

94. Tycker du att man i allmänhet kan lita på de flesta människor?

- Ja
 Nej

95. Har du någon du kan dela dina innersta känslor med och anförtro dig åt?

- Ja
 Nej

+

+



96. Har du deltagit i någon av följande aktiviteter under de senaste 12 månaderna?

Flera alternativ kan anges.

- Studiecirkel/kurs på din arbetsplats
- Studiecirkel/kurs på din fritid
- Fackföreningsmöte
- Annat föreningsmöte
- Teater/bio
- Konstutställning
- Religiös sammankomst
- Sportutställning
- Skrivit insändare i tidning/tidskrift
- Demonstration av något slag
- Offentlig tillställning t.ex. nattklubb, danstillställning eller liknande
- Större släktsammankomst
- Privat fest hos någon

- Inget av ovanstående

97. För att kunna komplettera och få lite djupare kunskap om de områden som studeras vill vi som arbetar med denna undersökning gärna intervjua en del av er som har besvarat enkäten.

Om du kan tänka dig att medverka i en telefonintervju, behöver SCB ditt medgivande till att lämna ut dina kontaktuppgifter (namn, adress och telefonnummer) till Uppsala universitet. Kontaktuppgifterna levereras åtskilda från övriga uppgifter.

Innan du ger ditt medgivande är det viktigt att du är medveten om att vi som arbetar med undersökningen vid Uppsala universitet då kan veta vilka enkät-/registeruppgifter som gäller just dig. Självklart kan du när som helst ångra ditt medgivande genom att kontakta Tommy Andersson (se telefonnummer och e-postadress nedan), som då raderar dina kontaktuppgifter.

Får SCB lämna ut dina kontaktuppgifter till Uppsala universitet?

- Ja, jag kan tänka mig att medverka i en telefonintervju. SCB får lämna ut mina kontaktuppgifter (namn, adress och telefonnummer) till Uppsala universitet.
- Nej, jag vill inte medverka i en telefonintervju. SCB får inte lämna ut mina kontaktuppgifter.

Kontaktuppgifter gällande deltagande i kompletterande intervjuer:
Tommy Andersson, docent, forskningsledare
Tel: 018-611 27 93 (arbete), 070-399 50 05 (mobil)
E-post: tommy.andersson@nck.uu.se

Stort tack för din medverkan!

Om du vill prata med någon om minnen, tankar och känslor som kan ha kommit upp när du har besvarat enkäten kan du vända dig till nedanstående stödtelefonlinjer som är väl insatta i undersökningen:

Kvinnofridslinjen: 020 – 50 50 50

Brottsofferjouren: 0200 – 21 20 19

