





**27.** Gav vårdpersonalen din familj/närstående den information de önskade?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	
Nej, inte alls			Ja, helt och hållet		Ej aktuellt

**28.** Om din familj/närstående ville prata med någon i vårdpersonalen, hade de då möjlighet att göra det?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	
Nej, inte alls			Ja, helt och hållet		Ej aktuellt

**29.** Upplevde du att personalen samarbetade väl?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	
Nej, inte alls			Ja, helt och hållet		Ej aktuellt

**30.** Var personalen insatt i dina tidigare kontakter med vården i den utsträckning du önskade?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	
Nej, inte alls			Ja, helt och hållet		Ej aktuellt

**31.** Vid ditt besök, togs ett beslut om nästa steg i din vård/ behandling?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	
Nej, inte alls			Ja, helt och hållet		Ej aktuellt

**32.** Anser du att personalen på mottagningen/ enheten samordnade dina kontakter med vården i den utsträckning du behöver?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	
Nej, inte alls			Ja, helt och hållet		Ej aktuellt

**33.** Var du delaktig i besluten beträffande din vård/ behandling i den utsträckning du önskade?

Utveckla gärna ditt svar på sista sidan under fråga 48

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	
Nej, inte alls			Ja, helt och hållet		Ej aktuellt

**34.** Anser du att ditt aktuella behov av vård/ behandling har blivit tillgodosett?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	
Nej, inte alls			Ja, helt och hållet		Ej aktuellt

**35.** Upplevde du att atmosfären på mottagningen/enheten var bra?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	
Nej, inte alls			Ja, helt och hållet		Ej aktuellt

**36.** Skulle du rekommendera mottagningen/ enheten till någon i din situation?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	
Nej, inte alls			Ja, helt och hållet		Ej aktuellt

**37.** Hur upplevde du besöket som helhet?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	
Mycket dåligt			Mycket bra		Ej aktuellt

Diskuterade läkaren eller någon annan ur personalen någon av följande levnadsvanor med dig?

	Ja, vid detta besök	Ja, under det senaste halvåret	Nej
<b>38.</b> Matvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>39.</b> Motionsvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>40.</b> Tobaksvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>41.</b> Alkoholvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**42.** Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	
Mycket dåligt			Mycket bra		Ej aktuellt

**43.** Var det här besöket en del av en behandling för kronisk sjukdom/hälsotillstånd?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ej aktuellt
-----------------------------	------------------------------	--------------------------------------

**44.** Har dina förväntningar på att kunna få vård vid behov, förändrats på grund av coronapandemin?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	
Nej, inte alls			Ja, helt och hållet		Ej aktuellt

**45.** Har du undvikit att söka vård (till exempel sjukvård, tandvård, psykolog, mödravård) på grund av coronapandemin?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	
Nej, inte alls			Ja, helt och hållet		Ej aktuellt

**Om dig**

För att svaren från den här undersökningen ska bli så givande som möjligt, önskar vi att du svarar på två frågor om dig själv. Alla uppgifter hanteras konfidentiellt.

**46. Vänligen ange din högsta avslutade utbildning:**

- Grundskola, folkskola eller motsvarande
- Gymnasium, realskola eller motsvarande
- Eftergymnasial utbildning, universitet eller högskola
- Ingen avslutad utbildning

**47. Vänligen ange din huvudsakliga sysselsättning:**

- Arbetar
- Arbetslös
- Studerar
- Pensionär
- Övrigt

**48. Det går inte att fråga om allt i en enkät. Har du andra synpunkter eller vill utveckla dina svar?**

Ditt svar kommer att återföras i sin helhet till hälso- och sjukvården. Var god skriv inom rutans ramar, texta tydligt.

**Tack för din medverkan!**

Var god posta enkäten senast 30 juni 2021

Har du förlorat ditt svarskuvert?  
Skicka frågeformuläret portofritt till:  
FRISVAR  
Institutet för kvalitetsindikatorer  
204 65 081  
400 99 Göteborg