

# Liv & Hälsa *ung*

Gymnasiet årskurs 2 • 2014



LANDSTINGET  
SÖRMLAND



Hej!

Det här är ett häfte med frågor om hur du mår och hur du har det i skolan, hemma och på fritiden. Undersökningen genomförs av Landstinget Sörmland och resultaten används för att förbättra ungas vardag.



Att tänka på innan du börjar:

- Du ska inte skriva ditt namn någonstans, ingen kommer att få veta hur du svarat.
- Läs varje fråga noga och svara vad som gäller för just dig.
- Be din lärare förklara om du inte förstår en fråga. Vänta med att fylla i svaret tills läraren gått.
- Om det är någon fråga som du inte kan eller vill svara på så behöver du inte göra det.



**Kryssa så här**   
**i rutan för det svar du väljer!**



I enlighet med personuppgiftslagen vill vi informera dig om att dina svar kommer att registreras i en databas. Ansvarig för databasen är Landstingsstyrelsen, Landstinget Sörmland.

Kontaktperson: Folkhälsochef Eva Aalbu, tel. 016-10 48 94.

## Frågor om dig själv och din familj



### 1. Hur mår du rent allmänt?

- Mycket bra
- Bra
- Varken bra eller dåligt
- Dåligt
- Mycket dåligt

### 2. Är du flicka eller pojke?

- Flicka
- Pojke

### 3. Bor du på mer än ett ställe?

- Ja
- Nej

### 4. Hur bor du? Sätt ett eller flera kryss.

- I hyreslägenhet
- I bostadsrättslägenhet
- I radhus/kedjehus/parhus
- I villa
- På gård
- Internat/inneboende
- Annat

### 5. Vilken kommun bor du i? Sätt ett eller flera kryss.

- Eskilstuna
- Flen
- Gnesta
- Katrineholm
- Nyköping
- Oxelösund
- Strängnäs
- Trosa
- Vingåker
- Annan kommun

**6. Vilka bor du tillsammans med? Sätt ett eller flera kryss.**

- Båda mina föräldrar (som bor tillsammans)
- Min mamma
- Min pappa
- Min mamma och hennes partner
- Min pappa och hans partner
- Familjehem
- Pojkvän/flickvän/kompis
- Bor själv
- Annan/andra

**7. Var är du och dina föräldrar födda? Sätt ett kryss på varje rad.**

	I Sverige	I Norge, Danmark, Finland, Island	I ett annat land i Europa	I ett land utanför Europa	Vet inte
Du själv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Din mamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Din pappa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**8. Vad gör din pappa? Sätt ett eller flera kryss.**

- Arbetar
- Studerar, går i skolan
- Arbetslös
- Långtidssjukskriven/sjukpensionär
- Annat
- Vet inte/har ingen

**9. Vad gör din mamma? Sätt ett eller flera kryss.**

- Arbetar
- Studerar, går i skolan
- Arbetslös
- Långtidssjukskriven/sjukpensionär
- Annat
- Vet inte/har ingen

**10. Hur mycket pengar har du i genomsnitt en vanlig månad att röra dig med?**

\_\_\_\_\_ kronor per månad.

## Hälsa



11. Hur mycket väger du ungefär? \_\_\_\_\_ kg

12. Hur lång är du ungefär? \_\_\_\_\_ cm

13. Hur tycker du att din tandhälsa är?

- Mycket bra
- Bra
- Varken bra eller dålig
- Dålig
- Mycket dålig

14. Hur ofta borstar du tänderna med tandkräm – en vanlig dag?

- Aldrig
- 1 gång om dagen
- 2 gånger om dagen
- 3 gånger om dagen eller mer

15. Hur ofta har du under de senaste tre månaderna känt dig...? **Sätt ett kryss på varje rad.**

	Sällan eller aldrig	Ungefär en gång i månaden	Ungefär en gång i veckan	Mer än en gång i veckan	I stort sett varje dag
Glad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stressad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängslig och orolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedstämd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Hur ofta har du under de senaste tre månaderna haft följande besvär?

**Sätt ett kryss på varje rad.**

	Sällan eller aldrig	Ungefär en gång i månaden	Ungefär en gång i veckan	Mer än en gång i veckan	I stort sett varje dag
Migrän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huvudvärk (ej migrän)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ont i magen (ej mensvärk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öronsus/tinnitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Värk i axlar/skuldror/nacke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Värk i rygg/höfter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svårt att somna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**17. Har du någon av följande sjukdomar? Sätt ett kryss på varje rad.**

	Nej	Ja, lätt	Ja, svår
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inflammatorisk tarmsjukdom (t.ex. Mb Chron, ulcerös colit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**18. Har du någon av följande funktionsnedsättningar? Sätt ett kryss på varje rad.**

	Nej	Ja, lätt	Ja, svår
Hörselnedsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synnedsättning där glasögon eller linser inte hjälper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rörelsehinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läs-/skrivsvårigheter, dyslexi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADHD, Asperger, Tourette eller liknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du inte har någon funktionsnedsättning, gå vidare till fråga 20.

**19. Om du har någon funktionsnedsättning – påverkar det följande negativt?**

Sätt ett kryss på varje rad.

	Nej, påverkar inte	Ja, påverkar lite	Ja, påverkar ganska mycket	Ja, påverkar väldigt mycket
Skolarbete/läxor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fritidssysselsättningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kamratrelationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familjerelationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**20. Har du mått dåligt någon period under de senaste 12 månaderna?**

Med att må dåligt menar vi att du under en lite längre period på minst två veckor i rad har mått dåligt av att du till exempel varit stressad, nedstämd, deprimerad, orolig, ensam, mobbad, haft ångest eller självmordstankar. Du behöver inte känt allt detta, en sak är tillräcklig.

- Nej  
 Ja

**21. Har du under de senaste 12 månaderna försökt att skära, rispa eller på annat sätt skada dig själv?**

- Nej  
 Ja, 1 gång  
 Ja, 2-5 gånger  
 Ja, mer än 5 gånger

**22. Kan du prata om saker som bekymrar dig med följande personer?**

**Sätt ett kryss på varje rad.**

	Ja, det har jag lätt för	Det har jag varken lätt eller svårt för	Nej, det har jag svårt för	Har ingen/ vi träffas aldrig
Mamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pappa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan närstående vuxen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Skolan**



**23. Vilken skola går du på?** \_\_\_\_\_

**24. Vilken typ av program går du?**

- Högskoleförberedande program
- Yrkesprogram
- Introduktionsprogram

**25. Hur trivs du i skolan?**

- Mycket bra
- Ganska bra
- Varken bra eller dåligt
- Ganska dåligt
- Mycket dåligt

**26. Här följer några påståenden om skolan. Hur tycker du att det är i din skola?**

**Sätt ett kryss på varje rad.**

	Stämmer bra	Stämmer varken bra eller dåligt	Stämmer dåligt	Vet inte
Det är bra stämning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Man kan få extra stöd/hjälp med skolarbetet om man behöver det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det är oftast arbetsro under lektionerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skolsköterskan är lätt att få tag på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skolkuratoren är lätt att få tag på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**27 a. Får eleverna vara med och bestämma på din skola?**

- Ja, oftast
- Ja, ibland
- Nej, sällan

**27 b. Om ja, vad får ni bestämma om?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**28. Upplever du att elevrådet kan påverka annat i kommunen än skolfrågor?**

- Ja
- Nej
- Vet inte

**29. Hur många timmar läser du läxor i genomsnitt per vecka?**

- 1-5 timmar
- 6-10 timmar
- 11-15 timmar
- Mer än 15 timmar
- Gör inte läxor

**30. Brukar du skolka?**

- Nej
- Ja, någon gång under terminen
- Ja, en gång i månaden
- Ja, 2-3 gånger i månaden
- Ja, en gång i veckan
- Ja, flera gånger i veckan

**31. Har du betyget F i några ämnen?**

- Nej
- Ja, 1-2 ämnen
- Ja, 3-4 ämnen
- Ja, 5 eller fler ämnen

**32. Har du blivit mobbad den här terminen?**

- Nej → **Fortsätt till fråga 34.**
- Ja, någon gång under terminen
- Ja, någon gång i månaden
- Ja, någon gång i veckan
- Ja, i stort sett varje dag

**33. Om du blivit mobbad, vad har du då råkat ut för? Sätt ett eller flera kryss.**

- Jag har blivit utfrusen
- Jag har blivit slagen eller knuffad
- Jag har blivit retad väldigt mycket
- Jag har blivit utelåst/inlåst
- Jag har blivit mobbad/kränkt på Internet eller via mobil
- Annat

**34. Har du haft sex- och samlevnadsundervisning på gymnasiet?**

- Ja
- Nej
- Vet inte

**35. Hur ofta äter du följande måltider under en vecka? Sätt ett kryss på varje rad.**

	Varje dag	4-6 dagar	1-3 dagar	Aldrig
Frukost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lunch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kvällsmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**36. Hur många dagar i veckan äter du vanligtvis skolmaten?**

- 4-5 dagar
- 1-3 dagar
- Aldrig

## Levnadsvanor

### 37. Hur ofta brukar du äta frukt eller grönsaker?

- Mer än en gång om dagen
- Så gott som dagligen
- Några gånger i veckan
- En gång i veckan
- Sällan eller aldrig

### 38. Hur ofta brukar du dricka läsk?

- Mer än en gång om dagen
- Så gott som dagligen
- Några gånger i veckan
- En gång i veckan
- Sällan eller aldrig

### 39. Hur ofta brukar du dricka energidrycker?

T.ex. Red Bull, Burn, V, Rockstar, Monster.

- Mer än en gång om dagen
- Så gott som dagligen
- Några gånger i veckan
- En gång i veckan
- Sällan eller aldrig

### 40. Hur ofta går eller cyklar du en timme eller mer per dag?

**Tiden behöver inte vara sammanhängande.**

- Varje dag
- 4-6 gånger i veckan
- 2-3 gånger i veckan
- 1 gång i veckan
- 1-3 gånger i månaden
- Mindre än en gång i månaden
- Sällan eller aldrig

### 41. Hur ofta brukar du träna på din fritid, minst 30 minuter, så att du blir andfådd eller svettas?

- Varje dag
- 4-6 gånger i veckan
- 2-3 gånger i veckan
- 1 gång i veckan
- 1-3 gånger i månaden
- Mindre än en gång i månaden
- Sällan eller aldrig

**42. Kan du simma 200 meter?**

- Ja
- Nej
- Vet inte

**43. Hur många timmar brukar du sova per natt?**

- Mer än 10 timmar
- 9-10 timmar
- 7-8 timmar
- 5-6 timmar
- Mindre än 5 timmar

## Olycksfall



**44. Har du under det senaste året blivit skadad i en olycka och fått åka till vårdcentral, sjukhus eller tandläkare?**

- Nej → **Fortsätt till fråga 46.**
- Ja, en gång
- Ja, flera gånger

**45. Om ja – var hände olyckan/olyckorna? Sätt ett eller flera kryss.**

- På skolgården
- I gymnastiksalen i skolan
- På annan plats i skolan
- På väg till eller från skolan
- På stan/i centrum
- Hemma
- I bostadsområdet
- Idrottsanläggning
- Annan plats

## Tobak, alkohol och narkotika



### 46. Röker du?

- Nej, jag har aldrig rökt
- Nej, men jag har provat
- Jag har rökt tidigare – men nu har jag slutat
- Ja, jag röker ibland
- Ja, jag röker i stort sett dagligen

### 47. Snusar du?

- Nej, jag har aldrig snusat
- Nej, men jag har provat
- Jag har snusat tidigare – men nu har jag slutat
- Ja, jag snusar ibland
- Ja, jag snusar i stort sett dagligen

### 48. Hur ofta under de senaste 12 månaderna har du druckit alkohol?

T.ex. folköl, mellanöl, starköl, alkoholstark cider, alkoholsk, vin, starkvin eller sprit, räkna inte med lättöl.

- Aldrig → **Fortsätt till fråga 51.**
- En gång
- Någon eller några gånger per halvår
- 1-3 gånger per månad
- 1-2 gånger per vecka
- Mer än 2 gånger per vecka

### 49. Var får du vanligtvis alkohol ifrån? Sätt max tre kryss.

- Från syskon
- Från kompisar
- Från kompisars syskon
- Blir bjuden av mina föräldrar
- Mina föräldrar köper ut
- Från mina föräldrar, utan lov (tar ur barskåp eller liknande)
- Från annan vuxen (20 år eller äldre) som bjuder eller köper ut
- Köper folköl själv i affär, bensinmack eller liknande
- Köper själv på restaurang
- Köper själv av langare eller liknande
- Annat

**50. Hur ofta under de senaste 12 månaderna har du druckit så mycket alkohol att du varit berusad/full?**

- Aldrig
- En gång
- Någon eller några gånger per halvår
- 1-3 gånger per månad
- 1-2 gånger per vecka
- Mer än 2 gånger per vecka

**51. Har du under de senaste 12 månaderna rökt vattenpipa?**

- Nej
- Ja, en gång
- Ja, någon eller några gånger per halvår
- Ja, 1-3 gånger per månad
- Ja, 1-2 gånger per vecka
- Ja, mer än 2 gånger per vecka

**52. Har du någon gång använt anabola steroider?**

- Nej
- Ja

**53. Har du någon gång använt någon så kallad nätdrog? Sätt ett eller flera kryss.**

- Nej
- Ja, spice eller liknande rökmixar
- Ja, mefedron, metedron eller liknande
- Ja, annan nätdrog

**54. Har du någon gång använt narkotika?**

Med narkotika menar vi hasch, marijuana, amfetamin, heroin, kokain, GHB och andra narkotikaklassade preparat.

- Nej → **Fortsätt till fråga 57.**
- Ja, en gång
- Ja, flera gånger

**55. Vilket eller vilka slag av narkotika har du använt? Sätt ett eller flera kryss.**

- Hasch
- Marijuana
- Amfetamin
- Kokain
- Ecstasy
- Heroin
- GHB
- Annat

**56. Hur många gånger har du använt ...? Sätt ett kryss på varje rad.**

	Aldrig	1 gång	2-4 gånger	5-9 gånger	10 gånger eller mer
Hasch och/eller marijuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan narkotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**57. Känner du till någon person som skulle kunna ge eller sälja narkotika till dig?**

- Nej
- Ja, det tror jag
- Ja, det vet jag säkert

## Sex och samlevnad



**58. Vilken är din sexuella läggning?**

- Heterosexuell
- Bisexuell
- Homosexuell
- Jag är osäker på min sexuella läggning

**59. Har du haft samlag?**

- Nej → **Fortsätt till fråga 63.**
- Ja, en gång → **Om ja, hur gammal var du första gången?** \_\_\_\_\_ år.
- Ja, flera gånger → **Om ja, hur gammal var du första gången?** \_\_\_\_\_ år.

**60. När du hade samlag första gången, var det något du...?**

- Verkligen ville
- Ville ganska mycket
- Som bara blev så
- Inte ville men gjorde ändå
- Som du blev tvingad till

**61. När du hade samlag senast, använde ni något skydd? Sätt ett eller flera kryss.**

- Ja, kondom
- Ja, p-piller
- Ja, akutpiller/"dagen efter piller"
- Ja, p-stav
- Ja, p-ring
- Ja, spiral
- Ja, annat
- Nej → **Fortsätt till fråga 63.**

**62. I vilket syfte använde ni skydd? Sätt ett eller två kryss.**

- För att förhindra graviditet
- För att förhindra smitta

**63. Här kommer några påståenden om samlevnad och sex. Vad tycker du?**

**Sätt ett kryss på varje rad.**

	Instämmer helt	Instämmer delvis	Instämmer inte alls	Vet inte
Samlag hör bara hemma inom förlovning och äktenskap/partnerskap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Man ska vara kär i den man har sex med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Killar som har haft många partner förtjänar dåligt rykte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En sexuell relation mellan två av samma kön är OK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tjejer som har haft många partner förtjänar dåligt rykte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Våld och kriminalitet



**64. Har du tvingats till sexuella handlingar? Sätt ett eller två kryss.**

- Nej  
 Ja, av jämnårig  
 Ja, av vuxen

**65. Har du fått örfil/blivit slagen av någon vuxen?**

- Nej  $\longrightarrow$  **Fortsätt till fråga 67.**  
 Ja, en gång  
 Ja, flera gånger

**66. Hur ofta och av vem har du fått örfil/blivit slagen? Sätt ett kryss på varje rad.**

	En eller två gångar	Mer än två gånger	Aldrig
Mamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pappa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mammas partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pappas partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan vuxen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**67. Har du någon gång...? Sätt ett kryss på varje rad.**

	Nej	Ja, 1 gång	Ja, 2–5 gångar	Ja, mer än 5 gånger
Tagit varor i varuhus, kiosk eller butik utan att betala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brutit dig in i källare, vind, förråd eller bil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hotat eller tvingat någon att ge dig pengar, mobiltelefon eller liknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sålt eller köpt något som du vetat eller trott varit stulet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Med avsikt slagit till någon så han/hon börjat blöda eller fått annan skada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Fritid



**68. Vad tycker du om att göra på din fritid?**

---

---

---

**69. Hur nöjd är du med din fritid?**

- Mycket nöjd
- Ganska nöjd
- Varken nöjd eller missnöjd
- Ganska missnöjd
- Mycket missnöjd

**70. Är du med i någon förening eller organisation?**

- Ja, i en förening/organisation
- Ja, i flera föreningar/organisationer
- Nej

**71 a. Har du möjlighet att delta i de fritidsaktiviteter du vill?**

- Ja
- Nej

**71 b. Om du inte har möjlighet, vad är orsaken? Sätt ett eller flera kryss.**

- Det jag vill göra finns inte där jag bor
- Har inte möjlighet att ta mig dit
- Har inte tid
- Har inte råd
- Annan anledning

**72. Hur ofta läser du på din fritid, minst 15 minuter? Inte läxor.**

- I stort sett varje dag
- Flera gånger i veckan
- Flera gånger i månaden
- Sällan eller aldrig

**73. Har du under de senaste 30 dagarna deltagit i spel eller lotterier med pengar eller värdeföremål som vinst?**

- Nej  $\longrightarrow$  **Fortsätt till fråga 75.**
- Ja, en gång
- Ja, flera gånger

**74. Hur mycket har du spelat för de senaste 30 dagarna?**

- Mindre än 50 kronor
- 50-99 kronor
- 100-300 kronor
- Mer än 300 kronor

## Trygghet/delaktighet



**75. Känner du dig trygg på följande ställen? Sätt ett kryss på varje rad.**

	Ja, oftast eller alltid	Ibland	Nej, sällan eller aldrig
Utomhus i mitt bostadsområde på dagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utomhus i mitt bostadsområde på kvällen/natten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På väg till och från skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I klassrummet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I skolan på rasterna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På nätet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**76. Har du någon gång de senaste 12 månaderna deltagit i någon av följande aktiviteter, eller kan du tänka dig att göra det? Sätt ett kryss på varje rad.**

	Det har jag gjort	Det har jag inte men kan tänka mig att göra	Det skulle jag aldrig göra
Ta kontakt med politiker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delta i möte för att påverka frågor som rör din kommun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bära märken/symboler som uttrycker en åsikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delta i demonstrationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vara medlem i ett politiskt parti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chatta/debattera/blogga om samhällsfrågor/politik på nätet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Kontakter med vården



### 77. Har du besökt någon ungdomsmottagning?

- Nej → **Fortsätt till fråga 79.**
- Ja, en gång
- Ja, flera gånger

### 78. Hur skedde ditt senaste besök på ungdomsmottagningen?

- Genom tidsbeställning eller bokad återbesök
- Drop in/gick bara dit
- Var med som sällskap/partner/kompis
- Var på studiebesök
- På annat sätt

### 79. Tycker du att personalen lyssnade på vad du sa/tyckte vid ditt senaste besök på...?

**Sätt ett kryss på varje rad.**

	Ja	Delvis	Nej	Har inte besökt
Ungdomsmottagning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tandläkarmottagning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skolsköterskemottagning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjukhus	<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"/>

**80. Har du besökt läkare på vårdcentral det senaste året?**

- Ja, en gång  
 Ja, flera gånger  
 Nej → **Fortsätt till fråga 83.**  
 Vet inte →

**81. Fick du vid något av dessa tillfällen:**

	Ja	Nej
Möjlighet att träffa din läkare utan dina föräldrar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information om din läkares tystnadsplikt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**82. Om du hade velat, kände du att du kunde ställa frågor om:**

	Ja	Delvis	Nej
Din kropp/utseende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kärlek/relationer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**83. Är det viktigt att:**

	Ja	Nej
Kunna få träffa sin läkare själv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Få information om läkares tystnadsplikt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Till sist...



**84. Har du någon kompis som du tycker du kan prata "om allt" med?**

- Ja, flera
- Ja, en
- Nej

**85. Hur trivs du med livet just nu?**

- Mycket bra
- Ganska bra
- Inte särskilt bra
- Trivs inte alls

**86. Vilken är den viktigaste framtidsfrågan för dig personligen?**

---

---

---

**87. Vilken tycker du är den viktigaste framtidsfrågan för världen i stort?**

---

---

---

**Tack för att du svarade på frågorna!**

Har du kommentarer till häftet kan du skriva dem här:

---

---

---

---

---

---

Lägg häftet i kuvertet, klistra igen  
och lämna till din lärare.



LANDSTINGET  
SÖRMLAND

Information om Liv & Hälsa ung finns på  
[www.landstingetsormland.se/lhu](http://www.landstingetsormland.se/lhu)

