

Liv & Hälsa ung 2008

Vad är Liv & Hälsa ung?

Landstinget Sörmland gör i samarbete med länets kommuner undersökningen Liv & Hälsa ung. Vi ställer i denna enkät frågor om hur du mår, vilka levnadsvanor du har och hur du har det i skolan, hemma och på fritiden. Frågeformuläret delas ut till elever i årskurs 7 och 9 samt i årskurs 2 på gymnasiet. Resultaten används för att på olika sätt förbättra barn och ungas vardag.

Årskurs
7



Du svarar anonymt



Du skall inte uppge ditt namn någonstans. Ingen kommer att kunna koppla svaren till dig som person.

Börja här:

Vilken skola går du på? Skriv skolans namn här nedan.

Att tänka på innan du börjar:

- När du kryssar för ett svarsalternativ - se till att krysset hamnar inuti rutan
- Om du råkar kryssa fel fyller du hela rutan, kryssa sedan i den rätta rutan
- Sätt bara kryss i en ruta vid respektive fråga om inte annat anges. Läs noga!
- På de ställen där du ska fylla i text – tänk på att texta tydligt
- Om du inte förstår någon fråga, be din lärare komma till din bänk, fråga – fyll sedan i ditt svar när läraren gått tillbaka
- Om inget alternativ stämmer helt med vad du tycker, välj det alternativ som passar bäst
- Dina ärliga svar är jätteviktiga, tänk till vad som gäller för dig vid alla frågorna

När du fyllt i enkäten:

- Lägg enkäten i kuvertet och klistra igen det
- Lämna in kuvertet till ansvarig lärare
- Du får instruktioner för resten av lektionen av din lärare

Frågor om dig själv och din familj

1. Är du pojke eller flicka?

- Pojke
- Flicka

2. Bor du på mer än ett ställe?

- Ja
- Nej

3. Hur bor du? (Sätt ett eller flera kryss)

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

4. Vilken kommun bor du i? (Sätt ett eller flera kryss)

- Eskilstuna
- Flen
- Gnesta
- Katrineholm
- Nyköping
- Oxelösund
- Strängnäs
- Trosa
- Vingåker
- Annan, vilken? _____

5. Vilket postnummer har du på din hemadress (där du bor mesta tiden)? _____

6. Vilka bor du tillsammans med? (Sätt flera kryss om du bor på mer än ett ställe)

- Båda mina föräldrar (som bor tillsammans)
- Min mamma
- Min pappa
- Min mamma och hennes partner
- Min pappa och hans partner
- Familjehem
- Annat, hur? _____

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 annat land utanför Europa
Du själv	<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"/>
Din pappa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- Arbetar
- Studerar
- Arbetslös
- Sjukskriven mindre än ett halvår
- Långtidssjukskriven mer än ett halvår/sjukpensionär
- Annat

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

- Arbetar
- Studerar
- Arbetslös
- Sjukskriven mindre än ett halvår
- Långtidssjukskriven mer än ett halvår/sjukpensionär
- Annat

10. Har din pappa läst på högskola/universitet?

- Ja
- Nej
- Vet ej

11. Har din mamma läst på högskola/universitet?

- Ja
- Nej
- Vet ej

12. Hur noga är det hemma hos dig med följande saker? (Sätt ett kryss på varje rad)

	Mycket noga	Ganska noga	Inte så noga	Inte alls noga
Att säga vart du går	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att du sköter ditt skolarbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
När du ska vara hemma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att du hjälper till hemma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Ta ställning till följande påståenden. (Sätt ett kryss på varje rad)

	Stämmer bra	Stämmer varken bra eller dåligt	Stämmer dåligt
Jag tycker om att vara tillsammans med mina föräldrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mina föräldrar frågar mig vad jag tycker innan de tar beslut om saker som påverkar mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mina föräldrar lägger märke till om jag gjort något bra och berömmar mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hälsa

14. Hur mår du rent allmänt?

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

15. Hur mycket väger du ungefär? _____ kg

16. Hur lång är du ungefär? _____ cm

17. Hur tycker du att din tandhälsa är?

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

18. 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

19. Hur nöjd är du med din kropp?

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

20. Har du någon av följande funktionsnedsättningar/sjukdomar? (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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADHD eller liknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>

21. 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
Huvudvärk (ej migrän)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>

22. 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"/>

23. 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"/>
Syskon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flickvän/pojkvän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kompis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat närstående vuxen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Skolan

24. Hur trivs du i skolan?

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

25. 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 ej
Det är bra stämning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Främlingsfientlighet /rasism är ett problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kränkningar via mobilkamera eller Internet är ett problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pojkar får bättre möjligheter än flickor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flickor får bättre möjligheter än pojkar	<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"/>
Skolkuratorn är lätt att få tag på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Får du som elev vara med och bestämma om...? (Sätt ett kryss på varje rad)

	Ja, oftast eller alltid	Ja, ibland	Nej, sällan eller aldrig
Vad du ska lära dig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur ni ska arbeta t.ex. grupparbete, projektarbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skolmiljön inne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skolmiljön ute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reglerna i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läxorna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skolmaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schemat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Vill du som elev vara med och bestämma om...? (Sätt ett kryss på varje rad)

	Ja, oftast eller alltid	Ja, ibland	Nej, sällan eller aldrig
Vad du ska lära dig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur ni ska arbeta t.ex. grupparbete, projektarbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skolmiljön inne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skolmiljön ute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reglerna i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läxorna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skolmaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schemat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. 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

29. Har du blivit mobbad av någon/några den här terminen?

- Nej
- Ja, någon gång under terminen
- Ja, någon gång i månaden
- Ja, någon gång i veckan
- Ja, i stort sett varje dag

30. Har du på din skola blivit utsatt för kränkande uttryck som t.ex. könsord?

- Nej
- Ja, ibland
- Ja, ofta

31. Har du haft sex- och samlevnadsundervisning i skolan?

- Ja
- Nej
- Vet ej

Levnadsvanor

32. 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"/>

33. Hur många dagar i veckan äter du vanligtvis lunch i skolmatsalen?

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

34. Hur ofta brukar du äta frukt och/eller grönsaker?

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

35. Hur ofta brukar du äta godis (gäller inte tuggummi)?

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

36. Hur ofta brukar du dricka läsk?

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

37. Hur ofta brukar du äta snabbmat som pizza, hamburgare, pommefrites eller kebab?

- Så gott som dagligen
- Några gånger i veckan
- En gång i veckan
- Några gånger i månaden
- En gång i månaden
- Mer sällan eller aldrig

38. Hur ofta brukar du träna på din fritid, minst 30 minuter, så att du blir andfädd eller svettas?

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

Tobak och alkohol


39. 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

40. 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

41. Har du någon gång druckit alkohol (folköl, mellanöl, starköl, alkoholstark cider, alkoläsk, vin, starkvin eller sprit, räkna inte med lättöl)?

- Nej  *Gå vidare till fråga 43*
- Ja, en gång
- Ja, flera gånger

42. Har du någon gång druckit så mycket alkohol att du känt dig berusad/full?

- Nej
- Ja

43. Hur väl stämmer följande påståenden in på dig och dina föräldrar? (Sätt ett kryss på varje rad)

	Stämmer dåligt	Stämmer varken bra eller dåligt	Stämmer bra
För mina föräldrar är det okej om jag röker cigaretter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
För mina föräldrar är det okej om jag snusar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
För mina föräldrar är det okej om jag dricker alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
För mina föräldrar är det okej om jag dricker mig berusad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Våld och tvång

44. Har det förekommit våld mellan de vuxna i din familj?

- Nej
- Ja, en eller två gånger
- Ja, flera gånger

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

- Nej **—————▶ Gå vidare till fråga 48**
- Ja, en gång
- Ja, flera gånger

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

	Aldrig	En eller två gånger	Mer än två gånger
Din mamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Din 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"/>

! Kom ihåg att du alltid kan gå till skolsköterskan, kuratorn eller ungdomsmottagningen för att prata. De som jobbar där kan se till att du får hjälp.

47. Har du berättat för någon att du fått örfil /blivit slagen?

(Sätt ett eller flera kryss)

- Ja, för syskon, kompis, flickvän eller pojkvän
- Ja, för förälder/närstående vuxen
- Ja, för personal inom skola, ungdomsmottagning, socialtjänst, polis eller liknande
- Ja, för BRIS, jourhavande kompis eller liknande
- Nej

48. Har någon jämnårig någon gång slagit, sparkat eller utsatt dig för annat fysiskt våld?

- Nej
- Ja, en gång
- Ja, flera gånger

49. Har någon jämnårig någon gång hotat eller tvingat dig att ge honom/henne pengar, mobiltelefon eller liknande?

- Nej
- Ja, en gång
- Ja, flera gånger

Trafiksäkerhet

50. Använder du cykelhjälm när du cyklar?

- Alltid
- Ofta
- Ibland
- Sällan
- Aldrig
- Cyklar aldrig

51. Använder du bilbälte när du åker bil?

- Alltid
- Ofta
- Ibland
- Sällan
- Aldrig
- Åker aldrig bil

Fritid

52. Är du nöjd med din fritid?

- Ja, jag är mycket nöjd
- Ja, jag är ganska nöjd
- Jag är varken nöjd eller missnöjd
- Nej, jag är ganska missnöjd
- Nej, jag är mycket missnöjd

53. När du träffar dina kompisar på fritiden, var brukar ni då oftast träffas? (Sätt max tre kryss)

- Hemma hos varandra
- På fritidsgård, ungdomshus eller liknande
- Bibliotek
- Utomhus
- Idrottshall/sporthall eller annan plats i samband med idrott
- Lokal i samband med fritidsaktivitet som t.ex. musik, teater, dans
- Café, hamburgerbar, pizzeria eller liknande
- På nätet
- Annan plats
- Träffar inga kompisar på fritiden

54. Har du tillräckligt med pengar för att göra saker tillsammans med kompisar?

- Ja, oftast eller alltid
- Ja, ibland
- Nej, sällan eller aldrig

55. Har du möjlighet att delta i de fritidsaktiviteter du vill? (Sätt ett eller flera kryss)

- Ja
- Nej, det jag vill göra finns inte i min kommun/närhet
- Nej, har inte möjlighet att ta mig dit
- Nej, har inte råd
- Nej, annat: _____

56. Är du med i någon förening eller organisation?

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

57. Har du/din familj husdjur? (Sätt ett eller flera kryss)

- Nej **—————▶ Gå vidare till fråga 59**
- Ja, katt
- Ja, hund
- Ja, kanin
- Ja, marsvin/hamster/råtta
- Ja, akvariefiskar
- Ja, kräldjur/reptiler
- Ja, häst
- Ja, annat

58. Hur viktigt är husdjuret/husdjuren för dig?

- Mycket viktigt
- Ganska viktigt
- Inte särskilt viktigt
- Inte alls viktigt

59. Hur mycket använder du dator till annat än skolarbete en vanlig vardag?

- Inte alls
- Mindre än 1 timme
- Mellan 1 och 2 timmar
- 2-3 timmar
- 4-5 timmar
- Mer än 5 timmar

60. Hur mycket tittar du på TV en vanlig vardag?

- Inte alls
- Mindre än 1 timme
- Mellan 1 och 2 timmar
- 2-3 timmar
- 4-5 timmar
- Mer än 5 timmar

61. Har du mobiltelefon?

- Nej **—————▶ Gå vidare till fråga 64**
- Ja

62. Om du är med kompisar under helgkvällar - brukar dina föräldrar vara i kontakt med dig på mobilen (samtal eller SMS) för att....? (sätt ett kryss på varje rad)

	Alla helgkvällar	De flesta helgkvällar	Vissa helgkvällar	Förekommer aldrig	Ej aktuellt
Fråga vad du gör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fråga vilka du är med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Påminna dig att komma hem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

63. Har du under de senaste tre månaderna blivit väckt på natten av samtal eller SMS via mobiltelefon?

- Nej
- Ja, någon gång
- Ja, några gånger per månad
- Ja, några gånger per vecka
- Ja, i stort sett varje natt

Trygghet/delaktighet

64. Känner du dig trygg på följande ställen? (Sätt ett kryss på varje rad)

	Ja, oftast eller alltid	Ja, 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"/>

65. Tycker du att personalen lyssnade på vad du sa/tyckte vid ditt senaste besök på? (Sätt ett kryss på varje rad)

	Har inte besökt	Ja	Delvis	Nej
Skolsköterskemottagning	<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"/>
Vårdcentral	<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"/>

Till sist.....

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

- Ja, flera
- Ja, en
- Nej

67. Hur trivs du i stort sett med livet just nu?

- Jag trivs mycket bra
- Jag trivs ganska bra
- Jag trivs inte särskilt bra
- Jag trivs inte alls

68. Hur ser du på din framtid?

- Jag ser mycket ljust på min framtid
- Jag ser ganska ljust på min framtid
- Jag ser varken ljust eller mörkt på min framtid
- Jag ser ganska mörkt på min framtid
- Jag ser mycket mörkt på min framtid

Har du några kommentarer till enkäten kan du skriva dessa på nästa sida.

Kommentarer:

TACK FÖR DIN MEDVERKAN!

När du fyllt i enkäten:

- Lägg enkäten i kuvertet och klistra igen det
- lämna in kuvertet till ansvarig lärare
- Du får instruktioner för resten av lektionen av din lärare

Information om

Liv&Hälsa
ung

finns på Folkhälsocentrums och FoU-centrums hemsidor

www.landstinget.sormland.se/folkhalsa
www.landstinget.sormland.se/fou-centrum



LANDSTINGET
SÖRMLAND