

# Liv & Hälsa

*ung*

Årskurs 9 • 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
- 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
- Annan/andra

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

|           | I Sverige                | I Norge,<br>Danmark,<br>Finland, Island | I ett<br>annat land<br>i Europa | I ett land<br>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.

**11. Ta ställning till följande påståenden:**

**Sätt ett kryss på varje rad.**

|  | Stämmer<br>bra           | Stämmer varken<br>bra eller dåligt | Stämmer<br>dåligt        |
|--|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| Jag tycker om att vara tillsammans med mina föräldrar                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |
| Jag kan alltid lita på mina föräldrar när det verkligen gäller             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |
| Mina föräldrar brukar ha kontakt med mig via mobilen och fråga vad jag gör | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |

**12. Läger dina föräldrar märke till om du gjort något bra?**

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

**13. Tycker dina föräldrar att det är viktigt att du sköter skolarbetet?**

- Ja
- Nej
- Vet inte

**14. Hur ofta brukar du hjälpa till hemma?**

T.ex. städa, diska, handla, passa syskon.

- Varje dag
- Några dagar i veckan
- En dag i veckan
- Sällan eller aldrig

**15 a. Får du vara med och bestämma hemma hos dig?**

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

**15 b. Om ja, vad får du bestämma om?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Hälsa

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

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

### 18. Hur tycker du att din tandhälsa är?

- Mycket bra  
 Bra  
 Varken bra eller dålig  
 Dålig  
 Mycket dålig

### 19. 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

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

|                    | Sällan<br>eller aldrig   | Ungefär en<br>gång i<br>månaden | Ungefär en<br>gång i<br>veckan | Mer än en<br>gång i<br>veckan | I stort sett<br>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"/>  |

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

Sätt ett kryss på varje rad.

|                             | Sällan<br>eller aldrig   | Ungefär en<br>gång i<br>månaden | Ungefär en<br>gång i<br>veckan | Mer än en<br>gång i<br>veckan | I stort sett<br>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"/>  |

**22. 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<br>(t.ex. Mb Chron, ulcerös colit) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**23. 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 25.

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

**Sätt ett kryss på varje rad.**

|                         | Nej, påverkar<br>inte    | Ja, påverkar<br>lite     | Ja, påverkar<br>ganska mycket | Ja, påverkar<br>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"/>       |

**25. 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

**26. 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



**27. 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



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

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

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

**30. 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"/> |

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

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

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

\_\_\_\_\_

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

- Ja
- Nej
- Vet inte

**33. 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

**34. 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

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

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

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

- Nej → **Fortsätt till fråga 38.**
- Ja, någon gång under terminen
- Ja, någon gång i månaden
- Ja, någon gång i veckan
- Ja, i stort sett varje dag

**37. 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

## Levnadsvanor

38. 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"/> |

39. Hur många dagar i veckan äter du vanligtvis skolmaten?

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

40. 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

41. 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

42. 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

43. 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
- En gång i veckan
- 1-3 gånger i månaden
- Mindre än en gång i månaden
- Sällan eller aldrig

**44. 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
- En gång i veckan
- 1-3 gånger i månaden
- Mindre än en gång i månaden
- Sällan eller aldrig

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

- Ja
- Nej
- Vet inte

**46. 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



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

- Nej → **Fortsätt till fråga 49.**
- Ja, en gång
- Ja, flera gånger

**48. 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



### 49. 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

### 50. 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

### 51. 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 54.**
- En gång
- Någon eller några gånger per halvår
- 1-3 gånger per månad
- 1-2 gånger per vecka
- Mer än 2 gånger per vecka

### 52. 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 av langare eller liknande
- Annat

**53. 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

**54. 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

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

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

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

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

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

**57. 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              | Vet inte                 |
|--|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| För mina föräldrar är det okej om jag röker cigaretter | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> |
| För mina föräldrar är det okej om jag dricker alkohol  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| För mina föräldrar är det okej om jag röker vattenpipa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Sex och samlevnad



### 58. Har du haft samlag?

- Nej → **Fortsätt till fråga 62.**
- Ja, en gång → **Om ja, hur gammal var du första gången?** \_\_\_\_\_ år.
- Ja, flera gånger →

### 59. 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

### 60. 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

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

- För att förhindra graviditet
- För att förhindra smitta

### 62. Här kommer några påståenden om samlevnad och sex. Vad tycker du?

**Sätt ett kryss på varje rad.**

|   | Instämmer<br>helt        | Instämmer<br>delvis      | Instämmer<br>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

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

- Nej  
 Ja, av jämnårig  
 Ja, av vuxen

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

- Nej **→ Fortsätt till fråga 66.**  
 Ja, en gång  
 Ja, flera gånger

**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.**

**65. 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        |
|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> |

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

|   | Nej                      | Ja, 1 gång               | Ja, 2–5 gånger           | 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



67. Vad tycker du om att göra på din fritid?

---

---

---

68. Hur nöjd är du med din fritid?

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

69. Är du med i någon förening eller organisation?

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

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

- Ja
- Nej

70 b. Om nej, varför är det så? **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

71. 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

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

- Ja  
 Nej → **Fortsätt till fråga 74.**

**73. 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



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

|  | Ja, oftast<br>eller alltid | Ibland                   | Nej, sällan<br>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"/>    |

**75. 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<br>men kan tänka<br>mig att göra | Det skulle jag<br>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/<br>politik på nätet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>      |

## Kontakter med vården



### 76. Har du besökt någon ungdomsmottagning?

- Nej → **Fortsätt till fråga 78.**
- Ja, en gång
- Ja, flera gånger

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


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

### 78. 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"/> |

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

- Ja, en gång  
 Ja, flera gånger  
 Nej  
 Vet inte
- 
**Fortsätt till fråga 82.**

**80. 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"/> |

**81. 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"/> |

**82. 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...



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

- Ja, flera
- Ja, en
- Nej

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

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

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

---

---

---

**86. 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:**

---

---

---

---

---

---

**När du är klar, 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)

