

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
9



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"/>
Annan närstående vuxen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Läs detta först!

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 t.ex. varit stressad, nedstämd, deprimerad, orolig, ensam, mobbad, haft ångest eller självmordstankar. Du behöver inte känt allt detta, en sak är tillräcklig.

24. Har du mått dåligt enligt beskrivningen ovan någon period under de senaste 12 månaderna?

- Nej **————▶ Gå vidare till fråga 26**
 Ja

25. När du mått dåligt - har det påverkat följande negativt...? (Sätt ett kryss på varje rad)

	Nej, inte påverkat	Ja, påverkat lite	Ja, påverkat ganska mycket	Ja, påverkat 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"/>

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

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

Ungdomsmottagningar

27. Vet du var ungdomsmottagningen finns i din hemkommun?

- Ja
 Osäker
 Nej

28. Känner du till att det går att boka/avboka tid till ungdomsmottagningen via nätet (e-tjänst)?

- Ja och jag har använt den tjänsten
 Ja, men jag har inte använt den tjänsten
 Nej

29. Har du besökt någon ungdomsmottagning?

- Nej **————▶ Gå vidare till fråga 31**
 Ja, en gång
 Ja, flera gånger

30. 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

**Mer information om ungdomsmottagningar hittar du på:
www.landstinget.sormland.se/ungdomsmottagningar**

Skolan

31. Hur trivs du i skolan?

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

32. 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"/>

33. 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"/>

34. 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"/>

35. 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

36. Har du IG (icke godkänt) i några ämnen?

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

37. 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

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

- Nej
- Ja, ibland
- Ja, ofta

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

- Ja
- Nej
- Vet ej

Levnadsvanor

40. 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"/>

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

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

42. 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

43. 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

44. 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

45. Hur ofta brukar du äta snabbmat som pizza, hamburgare, pommes frites 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

46. 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, alkohol och narkotika

47. 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

48. 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

Läs detta först!

Med alkohol menas folköl, mellanöl, starköl, alkoholstark cider, alkoholäsk, vin, starkvin och sprit.

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

- Aldrig **————→** *Gå vidare 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

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. Känner dina föräldrar till att du dricker alkohol?

- Ja, nästan allt/allt jag dricker
- Ja, men bara ungefär hälften av det jag dricker
- Ja, men bara en liten del av det jag dricker
- Nej

52. Var får du vanligtvis alkohol ifrån? (Sätt max tre kryss)

- Från syskon
- Från kompisar
- Från kompisars syskon
- Från mina föräldrar, med lov (blir bjuden)
- Från mina föräldrar, med lov (de 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. Vad dricker du vanligen när du dricker alkohol? (Sätt max tre kryss)

- Folköl
- Mellanöl
- Starköl
- Alkoläsk
- Alkoholstark cider
- Vin
- Sprit
- Hembränt
- Annat

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

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

55. Har du någon gång använt narkotika (med narkotika avses t.ex. hasch, marijuana, amfetamin, heroin, kokain, LSD, GHB eller ecstasy)?

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

56. 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/full	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
För mina föräldrar är det okej om jag använder narkotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kärlek, sex och samlevnad

57. Har du en partner/ett förhållande just nu?

- Nej **—————▶** *Gå vidare till fråga 59*
- Ja, flickvän
- Ja, pojkvän

58. Hur är det mellan dig och din partner? (Sätt max tre kryss)

- Kärleksfullt
- Tryggt
- Roligt
- Tråkigt
- Otryggt
- Hotfullt
- Annat, hur? _____

59. Har du haft samlag?

- Nej **—————▶** *Gå vidare till fråga 64*
 - Ja, en gång
 - Ja, flera gånger
- ▶ **Om ja, hur gammal var du första gången?** _____ år

60. När du hade samlag första gången, med vem var det?

- Med fast partner
- Med tillfällig partner
- Med kompis
- Med "okänd" partner
- Annan _____

61. 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

62. 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, annat
- Nej **—————▶** *Gå vidare till fråga 64*

63. I vilket syfte använde ni skydd? (Sätt ett eller två kryss)

- För att förhindra graviditet
- För att förhindra smitta

Våld och tvång

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

- Nej **—————▶ Gå vidare till fråga 66**
 Ja, av jämnårig
 Ja, av vuxen

65. Har du berättat för någon att du tvingats till sexuella handlingar? (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

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

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

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

- Nej **—————▶ Gå vidare till fråga 70**
 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.

68. 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"/>

69. 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

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

- Nej
 Ja, en gång
 Ja, flera gånger

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

- Nej
 Ja, en gång
 Ja, flera gånger

Kriminalitet

72. Har du någon gång....? (Sätt ett kryss på varje rad)

	Nej	Ja, en 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"/>

Trafiksäkerhet

73. Använder du cykelhjälm när du cyklar?

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

74. Använder du hjälm när du åker moped?

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

75. Använder du bilbälte när du åker bil?

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

Fritid

76. 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

77. 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

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

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

79. 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: _____

80. Är du med i någon förening eller organisation?

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

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

- Nej **————→** Gå vidare till fråga 83
- Ja, katt
- Ja, hund
- Ja, kanin
- Ja, marsvin/hamster/råtta
- Ja, akvariefiskar
- Ja, kräldjur/reptiler
- Ja, häst
- Ja, annat

82. Hur viktigt är husdjuret/husdjuren för dig?

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

83. 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

84. 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

85. Har du mobiltelefon?

- Nej **→ Gå vidare till fråga 88**
- Ja

86. 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"/>
Kontrollera om du är onykter eller påverkad	<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"/>

87. 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 och delaktighet

88. 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"/>

89. 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"/>
Ungdomsmottagning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

90. 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 gjort, men kan tänka mig att göra det	Det skulle jag aldrig göra
Skriva på en namninsamling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ta kontakt med politiker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skriva insändare	<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 politik på Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

91. Har du under de senaste tre månaderna upplevt att någon behandlat dig illa/på ett nedlåtande sätt (så att du tagit illa vid dig)?

- Nej ————— ➔ *Gå vidare till fråga 94*
- Ja, en gång
- Ja, flera gånger

92. Av vilken orsak blev du illa/nedlåtande behandlad? (Sätt ett eller flera kryss)

- Kön
- Ålder
- Utländsk bakgrund
- Hudfärg
- Sexuell läggning
- Utseende
- Funktionsnedsättning/handikapp
- Religion
- Annat: _____
- Vet ej

93. Jag blev illa/nedlåtande behandlad av/i kontakt med.... (Sätt ett eller flera kryss)

- Någon i min familj
- Kompis
- Grannar/andra i bostadsområdet
- Elever
- Skolans personal
- Förening
- Café, hamburgerbar, pizzeria eller liknande
- Affär
- Främmande person på allmän plats
- Polis
- Hälso- och sjukvård
- Socialtjänst
- Annan: _____

Till sist.....

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

- Ja, flera
- Ja, en
- Nej

95. 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

96. 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.

