

## Liv & Hälsa ung 2011

### *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 barns och ungas vardag.

Årskurs  
2



### *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 kommun
  
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
  - 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 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
- Långtidssjukskriven/sjukpensionär
- Annat

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

- Arbetar
- Studerar
- Arbetslös
- Långtidssjukskriven/sjukpensionär
- Annat

## Hälsa

**10. Hur mår du rent allmänt?**

- Mycket bra  
 Bra  
 Varken bra eller dåligt  
 Dåligt  
 Mycket dåligt

**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. 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"/>

**16. 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADHD, DAMP eller liknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**17. 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
Skolarbetet/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"/>

**18. Om du har ADHD eller DAMP...**

	Ja	Nej	Vet ej
Har du fått diagnosen av psykolog eller läkare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tar du någon medicin mot detta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**19. 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 rygghöfter	<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"/>

**20. 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"/>

**21. 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 till exempel varit stressad, nedstämd, deprimerad, orolig, ensam, mobbad, haft ångest eller självmordstankar. Du behöver inte kännt allt detta, en sak är tillräcklig.

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

Nej —————→ *Gå vidare till fråga 25*

Ja

**23. Har du under de senaste 12 månaderna talat med någon eller några av dessa för att få stöd när du mått dåligt? (Sätt ett eller flera kryss)**

Ja, kompis, pojk-/flickvän eller syskon

Ja, förälder

Ja, släkting/annan närstående vuxen

Ja, lärare

Ja, ledare/tränare/fritidsgårdspersonal

Ja, hjälptelefon eller mail till BRIS, Jourhavande kompis eller dylikt

Ja, beskrivit hur jag mått i chatrum eller diskussionsforum på Internet

Nej, jag har inte talat med någon av ovanstående för att få stöd när jag mått dåligt

**24. Har du under de senaste 12 månaderna sökt stöd/hjälp från någon professionell verksamhet/funktion för att du mått dåligt? (Sätt ett eller flera kryss)**

Ja, skolsköterska

Ja, skolkurator

Ja, övrig elevhälsovård: skolpsykolog, skolläkare

Ja, ungdomsmottagning

Ja, BUP/Barn- och ungdomspsykiatri

Ja, annan verksamhet/funktion

Nej, eftersom jag inte vetat var jag ska vända mig för stöd/hjälp

Nej, eftersom jag inte velat eller vågat söka stöd/hjälp

Nej, jag har inte behövt söka stöd/hjälp från någon professionell verksamhet/funktion

**25. 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

## Skolan

**26. Vilken typ av program går du?**

- Studieförberedande program (naturvetenskaps-, teknik- eller samhällsvetenskapsprogram)
- Yrkesinriktat program
- IV (individuellt program)

**27. Hur trivs du i skolan**

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

**28. 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"/>
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"/>
Jag känner till skolans likabehandlingsplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eleverna får vara med och bestämma vilka regler som ska gälla på skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elevrådet tas på allvar och lyssnas på av personalen i skolan	<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"/>
Den elev som behöver hjälp/stöd med skolarbetet kan få det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lärarna är bra på att förklara det jag ska lära mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lärarna uppmärksammar mig när jag gör någonting bra	<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"/>

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

- Ja
- Nej
- Vet ej



**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 IG (icke godkänt) i några ämnen?**

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

**32. 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

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

- Jag har blivit utfrusen i skolan
- De har pratat illa om mig, de har kallat mig för dumma saker
- Jag har blivit slagen eller knuffad
- Jag har blivit retad väldigt mycket
- Jag har blivit utelåst/inlåst
- Jag har blivit mobbad/kränkt på Internet/via mobil
- Annat

## Levnadsvanor

34. 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"/>
Middag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

36. 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

37. 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

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
- Mer sällan eller aldrig

- 39. 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
  - Aldrig
- 40. 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
  - Aldrig
- 41. Kan du simma 200 meter?**
- Ja
  - Nej
  - Vet ej
- 42. 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

## Tobak, alkohol och narkotika

### 43. 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

### 44. 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, alkoläsk, vin, starkvin och sprit.

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

- Aldrig → *Gå vidare till fråga 50*
- En gång
- Någon eller några gånger per halvår
- 1-3 gånger per månad
- 1-2 gånger per vecka
- Mer än 2 gånger per vecka

### 46. 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

### 47. 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

48. **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)
  - Tar hemma, utan lov
  - Från annan vuxen (20 år eller äldre) som bjuder eller köper ut
  - Köper folköl själv
  - Köper själv av langare eller liknande
  - Annat
49. **Har det under de senaste 12 månaderna hänt att du funderat på att du dricker för mycket alkohol?**
- Nej
  - Ja, en gång
  - Ja, flera gånger
50. **Har du någon gång rökt vattenpipa?**
- Nej —————> *Gå vidare till fråga 52*
  - Ja, med nikotin
  - Ja, utan nikotin
  - Ja, men vet ej om den innehöll nikotin
51. **Hur ofta under de senaste 12 månaderna har du rökt vattenpipa?**
- 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
52. **Känner du till någon person som skulle kunna ge eller sälja narkotika till dig?**
- Nej
  - Ja, det tror jag
  - Ja, det vet jag säkert

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

Nej —————> Gå vidare till fråga 55

Ja, en gång

54. Hur många gånger har du använt narkotika? (Sätt ett kryss på varje rad.)

	Aldrig	1 gång	2-4 gånger	5-9 gånger	10 gånger eller fler
Hasch/marijuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GHB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55. Har du under de senaste 12 månaderna åkt bil med någon förare som varit påverkad av alkohol/narkotika?

Nej

Ja, en gång

Ja, flera gånger

Vet ej

## Kärlek, sex och samlevnad

**56. Har du en partner/ett förhållande just nu?**

Nej —————> Gå vidare till fråga 58

Ja, flickvän

Ja, pojkvän

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

Kärleksfullt

Tryggt

Roligt

Tråkigt

Otryggt

Hotfullt

Annat, hur? \_\_\_\_\_

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

Heterosexuell

Bisexuell

Homosexuell

Osäker

**59. Har du haft samlag?**

Nej —————> Gå vidare till fråga 62

Ja, en gång

Ja, flera gånger —————> Om ja, hur gammal var du första gången? \_\_\_\_\_ år

**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, annat

Nej —————> Gå vidare till fråga 62

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

För att förhindra graviditet

För att förhindra smitta

## Ungdomsmottagningar

**62. Har du besökt någon ungdomsmottagning?**

- Nej —————→ *Gå vidare till fråga 64*
- Ja, en gång
- Ja, flera gånger

**63. 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

## 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 72
- Ja, en gång
- Ja, flera gånger

## 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. På vilket sätt har du blivit slagen av någon vuxen? (Sätt ett eller flera kryss)

- Örfil, hård omruskning, luggad i håret
- Lättare slag med handen/knytnäven
- Kraftigare slag med handen/knytnäven
- Slag med käpp eller livrem
- Annat

## 70. 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

## 71. Har detta (att du fått örfil/blivit slagen) inträffat de senaste 12 månaderna?

- Ja
- Nej



**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.**

## 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"/>

## Fritid

**73. 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

**74. 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 och dans
- Café, hamburgerbar, pizzeria eller liknande
- På nätet
- Annan plats
- Träffar inga kompisar på fritiden

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

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

**76. 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: \_\_\_\_\_

77. Hur ofta läser du böcker/tidningar på din fritid minst 15 minuter? (Ej läxor)

- Varje dag
- Flera gånger i veckan
- En gång i veckan
- 2-3 gånger i månaden
- En gång i månaden
- Någon gång under året
- Aldrig

78. Är du med i någon förening eller organisation?

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

79. Hur ofta under de senaste 12 månaderna har du, på din fritid, gjort följande i naturen...?  
(Sätt ett kryss på varje rad)

	Aldrig	En gång	2-5 gånger	Mer än 5 gånger
Strövat i skog och mark t. ex plockat svamp eller bär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vandrat med packning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Åkt längdskidor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Åkt långfärdsskridskor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paddlat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiskat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Trygghet/delaktighet

**80. 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"/>

**81. 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
Skolsköterskemottagningen	<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"/>

**82. 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"/>

**83. 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 85
- Ja, en gång
- Ja, flera gånger

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

- Någon i min familj
- Kompis
- Elever på skolan
- Lärare eller annan skolpersonal
- Främmande person på allmän plats
- Polis
- Hälso- och sjukvård
- Socialtjänst
- Annan

**Till sist...**

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

- Ja, flera
- Ja, en
- Nej

**86. 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

**87. Om du hade alla möjligheter, vad skulle du då helst göra direkt efter gymnasiet?**

- Studera i Sverige
- Studera utomlands
- Jobba här i kommunen eller i en kommun i närheten
- Jobba någon annanstans i Sverige
- Jobba utomlands
- Resa
- Bo kvar hemma, sedan får jag se vad jag ska göra
- Vet inte
- Annat

**88. Vad tror du att du kommer att göra direkt efter gymnasiet?**

- Studera i Sverige
- Studera utomlands
- Jobba här i kommunen eller i en kommun i närheten
- Jobba någon annanstans i Sverige
- Jobba utomlands
- Resa
- Bo kvar hemma, sedan får jag se vad jag ska göra
- Arbetslös
- Vet inte
- Annat

**89. 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**

