

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

7



Du svarar anonymt

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



Börja här:

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

Att tänka på innan du börjar:

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

När du fyllt i enkäten:

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

Frågor om dig själv och din familj

1. Är du pojke eller flicka?

- Pojke
 Flicka

2. Bor du på mer än ett ställe?

- Ja
 Nej

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

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

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

- Eskilstuna
 Flen
 Gnesta
 Katrineholm
 Nyköping
 Oxelösund
 Strängnäs
 Trosa
 Vingåker
 Annan 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

10. 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"/>

11. 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"/>
Jag kan alltid lita på mina föräldrar när det verkligen gäller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hälsa

12. Hur mår du rent allmänt?

- Mycket bra
 Bra
 Varken bra eller dåligt
 Dåligt
 Mycket dåligt

13. Hur mycket väger du ungefär? _____ kg

14. Hur lång är du ungefär? _____ cm

15. Hur tycker du att din tandhälsa är?

- Mycket bra
 Bra
 Varken bra eller dålig
 Dålig
 Mycket dålig

16. 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

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

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

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

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

19. Om du har någon funktionsnedsättning – påverkar det följande negativt? (Sätt ett kryss på varje rad)

	Nej, påverkar inte	Ja, påverkar lite	Ja, påverkar ganska mycket	Ja, påverkar väldigt mycket
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"/>

20. 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"/>

21. 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"/>

22. Kan du prata om saker som bekymrar dig med följande personer? (Sätt ett kryss på varje rad)

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

Skolan

23. Hur trivs du i skolan

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

24. 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 extra 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"/>

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

- Ja
 Nej
 Vet ej

26. 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

27. 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

28. 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

29. 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"/>

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

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

31. 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

32. 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

33. 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

34. 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

35. 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

36. Kan du simma 200 meter?

- Ja
- Nej
- Vet ej

37. 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 och alkohol

38. 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

39. 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

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

- Nej → *Gå vidare till fråga 42*
- Ja, en gång
- Ja, flera gånger

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

- Nej
- Ja

42. 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 ej
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 dricker mig berusad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Våld

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

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

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

- Nej —→ *Gå vidare till fråga 49*
 Ja, en gång
 Ja, flera gånger

45. 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"/>

46. 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

47. Har du berättat för någon att du fått örfil/blivit slagen? (Sätt ett eller flera kryss)

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

48. Har 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.

Fritid

49. 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

50. 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

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

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

52. 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: _____

53. 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

54. Är du med i någon förening eller organisation?

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

55. 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

56. 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"/>

57. 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"/>

Till sist...

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

- Ja, flera
- Ja, en
- Nej

59. 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

60. 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

61. Vad vill du bli när du blir vuxen?

Kommentarer:

TACK FÖR DIN MEDVERKAN!

När du fyllt i enkäten:

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

Information om

Liv&Hälsa
ung

finns på Landstingets hemsida

www.landstinget.sormland.se/lhu



LANDSTINGET
SÖRMLAND