

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
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 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. 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"/>

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 till exempel 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 27*
 - Ja
25. **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
26. **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
27. **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

28. Hur trivs du i skolan

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

29. 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"/>
Skolkuratorn är lätt att få tag på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- Ja
- Nej
- Vet ej

31. 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

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

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

33. 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

34. 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

35. 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"/>

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

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

37. 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

38. 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

39. 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

40. 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

41. 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

42. Kan du simma 200 meter?

- Ja
- Nej
- Vet ej

43. 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

44. 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

45. 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.

46. 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

47. 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

48. 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

49. 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

50. Har du någon gång rökt vattenpipa? (Sätt ett eller flera kryss)

- 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
- Ja, en gång
- Ja, flera gånger

54. 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"/>
För mina föräldrar är det okej om jag röker vattenpipa	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>

Kärlek, sex och samlevnad

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

- Nej → *Gå vidare till fråga 57*
- Ja, flickvän
- Ja, pojkvän

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

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

57. Vilken är din sexuella läggning?

- Heterosexuell
- Bisexuell
- Homosexuell
- Osäker

58. Har du haft samlag?

- Nej → *Gå vidare till fråga 61*
- Ja, en gång
- Ja, flera gånger
- Om ja, hur gammal var du första gången? _____ år

59. 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 61

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

- För att förhindra graviditet
- För att förhindra smitta

Ungdomsmottagningar

61. Har du besökt någon ungdomsmottagning?

- Nej → Gå vidare till fråga 63
- Ja, en gång
- Ja, flera gånger

62. 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

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

- Nej → Gå vidare till fråga 65
- Ja, av jämnårig
- Ja, av vuxen

64. 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

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

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

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

- Nej \longrightarrow Gå vidare till fråga 71
- Ja, en gång
- Ja, flera gånger

67. 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"/>

68. 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

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 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

71. **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

72. **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

73. **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

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

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

75. **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: _____

76. **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

77. **Är du med i någon förening eller organisation?**

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

78. **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

79. 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"/>

80. 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"/>

81. 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 namnsamling	<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"/>

82. 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 84
- Ja, en gång
- Ja, flera gånger

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

- Ja, flera
- Ja, en
- Nej

85. 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

86. Vad tror du att du kommer att göra nästa läsår?

- Gå yrkesprogram (yrkesinriktat program/lärlingsprogram)
- Gå högskoleförberedande program (studieförberedande program)
- Gå introduktionsprogram (individuellt/IV program)
- Jobba/söka jobb
- Ingenting
- Annat

87. 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

