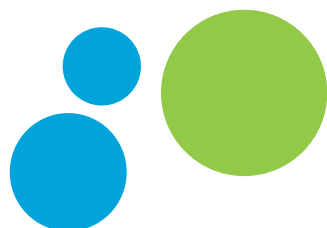




En undersökning om ungas  
hälsa av Region Västmanland

**Enkät för grundskolan läsåret 7**



## Din hälsa

### Hur mår du rent allmänt?

- Mycket bra
- Bra
- Varken bra eller dåligt
- Dåligt
- Mycket dåligt

### Har du någon av följande funktionsnedsättningar?

	Nej	Ja, lätt	Ja, svår
Hörselnedsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synnedsättning där glasögon eller linser inte hjälper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rörelsehinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läs/skrivsvårigheter, dyslexi, dyskalkyli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADHD, ADD, Tourettes eller liknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autism eller autismliknande problem t.ex. Asperger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan funktionsnedsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Den här frågan gäller endast dig som har minst en funktionsnedsättning!**

### Om din funktionsnedsättning gör att du har behov av hjälpmedel eller stöd har du tillgång till dessa i skolan?

- Ja, helt
- Ja, delvis
- Nej
- Jag har inget behov av hjälpmedel

**Har du någon av följande sjukdomar/besvär?**

	Nej	Ja, lätt	Ja, svår
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Långvarig nästäppa (längre än en månad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Födoämnesallergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan allergi (t.ex. nickelallergi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öronsus/Tinnitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hudsjukdom (t.ex. psoriasis, akne, eksem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inflammatorisk tarmsjukdom (t.ex. Mb Crohn, Ulcerös kolit, glutenintolerans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan sjukdom eller besvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Har du någon gång under de senaste tre månaderna haft kontakt med BUP (barn- och ungdomspsykiatri) eller barn- och ungdomshälsan?**

- Nej
- Ja
- Vet inte

**Tar du dagligen någon receptbelagd medicin mot funktionsnedsättning, sjukdom eller besvär?**

- Nej
- Ja
- Vet inte

**Har du under det senaste 12 månaderna blivit skadad, råkat ut för någon olycka och fått åka till vårdcentral, tandläkare eller sjukhus?**

- Nej → *Hoppa över nästa fråga*
- Ja, en gång
- Ja, minst två gånger

**Var hände skadan/skadorna/olyckan/olyckorna? (Markera med ett eller flera kryss)**

- I gymnastiksalen i skolan
- På skolgården eller på annan plats i skolan
- På väg till eller från skolan
- På stan/centrum
- Hemma
- I bostadsområdet
- På idrottsanläggning
- På annan plats

**Tycker du att man i allmänhet kan lita på de flesta människor?**

- Ja
- Nej

**Har du någon som du kan prata med om dina innersta känslor?**

- Ja
- Nej
- Vet inte

**Hur stämmer följande påstående in på dig?**

	Stämmer mycket bra	Stämmer ganska bra	Stämmer varken eller	Stämmer ganska dåligt	Stämmer inte alls
Jag känner mig ofta ensam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Har du under den senaste månaden haft något/några av följande besvär? (Sätt ett kryss per rad)**

	Nej	Ja, lätta besvär	Ja, svåra besvär
Huvudvärk eller migrän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Värk i skuldror, nacke eller axlar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Värk i rygg/höfter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Värk i händer/knän/ben/fötter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedstämdhet (känt dig nere)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängslan, oro eller ångest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sömnsvårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Känner du dig stressad?

*Med stress menas då man känner sig spänd, rastlös, nervös, orolig, eller okoncentrerad.*

- Inte alls
- Till viss del
- Ganska mycket
- Våldigt mycket

### Har du under de senaste 12 månaderna varit med om någon händelse som gjort dig väldigt upprörd, ledsen eller som fått dig att må dåligt under en längre tid (minst två veckor)?

- Nej
- Ja

Om du mår dåligt, prata med någon som du har förtroende för till exempel skolsköterska, skolkurator eller lärare. Andra du kan kontakta är:

- ✿ [www.bris.se](http://www.bris.se)
- ✿ [www.umo.se](http://www.umo.se) (Ungdomsmottagningen)
- ✿ [www.bo.se](http://www.bo.se) (Barnombudsmannen)
- ✿ [www.rkuf.se](http://www.rkuf.se) (Röda korset – ungdomsförbundet)
- ✿ <http://www.1177.se/Hitta-varld/Vastmanland/Kontakt/Barn-och-ungdomshalsan-Vastmanland/> (Barn- och ungdomshälsan)
- ✿ [http://www.ltv.se/Halsa\\_och\\_varld/Ung-och-mar-daligt/](http://www.ltv.se/Halsa_och_varld/Ung-och-mar-daligt/) (Ung och mår dåligt)

## Din kropp

Hur nöjd eller missnöjd är du med hur din kropp ser ut?

- Mycket nöjd
- Ganska nöjd
- Ganska missnöjd
- Mycket missnöjd

Hur tycker du att din tandhälsa är?

- Mycket bra
- Ganska bra
- Varken bra eller dålig
- Ganska dålig
- Mycket dålig

Hur lång är du? (Ange hela cm)

--	--	--

Hur mycket väger du? (Ange hela kg)

--	--	--

Längd och vikt används för att räkna ut BMI. Det är viktigt att följa utvecklingen av ungas BMI över tid.

## Din sömn

Hur många timmar brukar du sova per natt på vardagar?

Mindre än 5	5	6	7	8	9	10	11	12	Mer än 12
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

När går du vanligtvis och lägger dig före en skoldag?

Före kl 20:00	<input type="checkbox"/>
kl 20:00	<input type="checkbox"/>
kl 20:30	<input type="checkbox"/>
kl 21:00	<input type="checkbox"/>
kl 21:30	<input type="checkbox"/>
kl 22:00	<input type="checkbox"/>
kl 22:30	<input type="checkbox"/>
kl 23:00	<input type="checkbox"/>
kl 23:30	<input type="checkbox"/>
kl 00:00	<input type="checkbox"/>
kl 00:30	<input type="checkbox"/>
kl 01:00	<input type="checkbox"/>
kl 01:30	<input type="checkbox"/>
kl 02:00	<input type="checkbox"/>
Efter kl 02:00	<input type="checkbox"/>

## Du och din bakgrund

### Är du...?

- Tjej
- Kille
- Identifierar mig inte som tjej eller kille

### Hur gammal är du?

12 år	13 år	14 år	15 år	16 år	17 år	18 år	19 år	20 år	Äldre än 20
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Vad gör dina föräldrar? (Välj de alternativ som stämmer bäst)

	Arbetar	Studerar	Arbetslös	Långtids-sjukskriven/ sjukpensionär	Annat	Vet inte/har ingen
Förälder A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förälder B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Förälder A och B kan till exempel vara mamma och pappa eller mamma och mamma.

### Var bor du? Om du bor på flera ställen välj det område/kommun där du bor oftast. Kryssa i det område som ligger närmast, om inte ditt område finns med.

- Arboga
- Fagersta
- Hallstahammar
- Kungsör
- Köping
- Norberg
- Sala
- Skinnskatteberg
- Surahammar
- Västerås → *Besvara även var i Västerås du bor, nästa fråga*
- Annan kommun/stad



**Den här frågan gäller endast dig som bor i Västerås!**

➔ **Var i Västerås bor du? Om du bor på flera ställen välj det område där du bor oftast. Kryssa i det område som ligger närmast, om inte ditt område finns med.**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Skälby           | <input type="checkbox"/> Vetterstorp, Stohagen, Djäkneberget        | <input type="checkbox"/> Rönaby, Billsta            |
| <input type="checkbox"/> Bäckby           | <input type="checkbox"/> Aroslund, Kristiansborg                    | <input type="checkbox"/> Önsta, Gryta               |
| <input type="checkbox"/> Hammarby         | <input type="checkbox"/> Skallberget, Gideonsberg                   | <input type="checkbox"/> Irsta, Kungsåra, Gäddeholm |
| <input type="checkbox"/> Råby             | <input type="checkbox"/> Skiljebo, Klockartorp, Hemdal, Brandthovda | <input type="checkbox"/> Hökåsen, Tillberga, Sevala |
| <input type="checkbox"/> Erikslund        | <input type="checkbox"/> Ekbacken, Enhagen, Dingtuna, Barkarö       | <input type="checkbox"/> Haga, Malmaberg            |
| <input type="checkbox"/> Viksäng          | <input type="checkbox"/> Jakobsberg, Pettersberg                    | <input type="checkbox"/> Skultuna                   |
| <input type="checkbox"/> Östermälärstrand |   |   |
| <input type="checkbox"/> Bjurhovda        | <input type="checkbox"/> Vallby, Brottberga, Hagaberg               |   |
| <input type="checkbox"/> Centrum          | <input type="checkbox"/> Hamre, Talltorp, Framnäs                   |   |

**Vem bor du tillsammans med? (Sätt kryss i de rutor som stämmer för dig)**

- Båda mina föräldrar som bor tillsammans
- Växelvis hos separerade föräldrar
- En av mina föräldrar
- Familjehem/fosterfamilj
- Annat alternativ

Var är ...	I Sverige	I övriga Europa	I övriga världen	Vet inte
... du född	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... din förälder A född	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... förälder B född	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Förälder A och B kan till exempel vara mamma och pappa eller mamma och mamma.*

**Hur länge har du bott i Sverige?**

- Mer än 10 år
- 5 - 10 år
- Mindre än 5 år

## Din familj

**Är du orolig för din familjs ekonomi?**

- Inte alls orolig
- Inte särskilt orolig
- Ganska orolig
- Mycket orolig

**Ta ställning till följande påstående: Jag kan alltid lita på någon av mina föräldrar eller vårdnadshavare när det verkligen gäller**

- Stämmer mycket bra
- Stämmer bra
- Stämmer varken bra eller dåligt
- Stämmer dåligt
- Stämmer mycket dåligt

**Har det hänt att någon av dina föräldrar knuffat, slagit eller använt annat våld mot dig eller något syskon? (Sätt ett eller flera kryss)**

- Nej
- Ja, mot mig
- Ja, mot syskon

**Har det varit svåra och uppslitande gräl mellan dina föräldrar?**

- Nej
- Ja, mindre än en gång per år
- Ja, någon gång per år
- Ja, någon gång i månaden
- Ja, någon gång i veckan
- Ja, varje eller nästan varje dag

**Har det hänt att någon av dina föräldrar knuffat, slagit eller använt annat våld mot den andra föräldern/partnern?**

- Nej
- Ja, mindre än en gång per år
- Ja, någon gång per år
- Ja, någon gång i månaden
- Ja, någon gång i veckan
- Ja, varje eller nästan varje dag

Om du mår dåligt, prata med någon som du har förtroende för till exempel skolsköterska, skolkurator eller lärare. Andra du kan kontakta är:

- ✿ [www.bris.se](http://www.bris.se)
- ✿ [www.umo.se](http://www.umo.se) (Ungdomsmottagningen)
- ✿ [www.bo.se](http://www.bo.se) (Barnombudsmannen)
- ✿ [www.rkuf.se](http://www.rkuf.se) (Röda korset – ungdomsförbundet)
- ✿ <http://www.1177.se/Hitta-varld/Vastmanland/Kontakt/Barn-och-ungdomshalsan-Vastmanland/> (Barn- och ungdomshälsan)
- ✿ [http://www.ltv.se/Halsa\\_och\\_varld/Ung-och-mar-daligt/](http://www.ltv.se/Halsa_och_varld/Ung-och-mar-daligt/) (Ung och mår dåligt)

## Matvanor

**Hur ofta äter du frukost en vanlig vecka?**

- Varje dag
- 4-6 dagar
- 1-3 dagar
- Sällan/aldrig

**Hur många dagar äter du skollunch en vanlig vecka?**

*Gäller även dig som går i skola som saknar egen matsal.*

- 5 dagar
- 3-4 dagar
- 1-2 dagar
- Mer sällan/aldrig

	Mer än en gång per dag	Så gott som dagligen	Några gånger i veckan	En gång i veckan	Mer sällan eller aldrig
<b>Hur ofta brukar du äta frukt och/eller grönsaker?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hur ofta brukar du dricka läsk?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Rörelse

**Hur ofta brukar du träna på din fritid, mer än 30 minuter, så att du blir andfådd/svettig?**

- Varje dag
- 3-6 gånger i veckan
- 1-2 gånger i veckan
- 1-3 gånger i månaden
- Mindre än 1 gång i månaden
- Aldrig

## Skolan

### Hur trivs du i skolan?

- Mycket bra
- Bra
- Varken bra eller dåligt
- Dåligt
- Mycket dåligt

### På vilket vis tar du dig vanligtvis till skolan?

- Går
- Cyklar
- Med bil
- Kollektivtrafik (Tåg, buss eller skoltaxi)
- Moped, scooter eller liknande
- Annat

### 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

### Har du betyget F eller streck (inget betyg alls) i några ämnen?

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

Hur väl stämmer dessa påståenden om dig, din skola och ditt skolarbete? (Sätt ett kryss per rad)

	Stämmer mycket bra	Stämmer bra	Stämmer varken bra eller dåligt	Stämmer dåligt	Stämmer mycket dåligt
Skolarbetet gör mig nyfiken så jag får lust att lära mig mer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har kompisar i skolan som vill vara med mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag får regelbundet veta hur det går för mig i skolarbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag vet vem jag kan prata med om jag känner mig otrygg eller blir illa behandlad i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har studiero på lektionerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mina föräldrar/vårdnadshavare är engagerade i hur det går för mig i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har studiero hemma då jag behöver göra läxor eller plugga till prov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vilka svårigheter har du med ditt skolarbete jämfört med andra i din klass?

- Inga
- Lite
- Vissa
- Ganska mycket
- En hel del

Har du stödundervisning eller anpassad skolgång?

- Nej
- Ja, stöd i enskilt ämne
- Ja, anpassad skolgång eller särskild undervisningsgrupp

Har du svårt att koncentrera dig i skolan?

- Aldrig
- Sällan
- Ibland
- För det mesta
- Hela tiden

**Hur väl stämmer dessa påståenden in på dina lärare? (Sätt ett kryss per rad)**

	Stämmer mycket bra	Stämmer bra	Stämmer varken bra eller dåligt	Stämmer dåligt	Stämmer mycket dåligt
Jag känner att jag blir uppmärksammas av lärarna när jag gör något bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner att mina lärare lyssnar på mina åsikter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag upplever att jag får den hjälp jag behöver i skolarbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tycker att mina lärare ger killar och tjejer samma förutsättningar att klara av skolarbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Vad tycker du om följande i din skola...**

	Mycket bra	Ganska bra	Mindre bra	Inte alls bra	Min skola saknar egen matsal
Miljön i skolmatsalen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skolmaten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ta ställning till följande påstående om elevhälsoteamet (skolkurator, skolsköterska, specialpedagog eller skolpsykolog) vid din skola:**

	Stämmer bra	Stämmer mindre bra	Stämmer inte alls	Har ingen uppfattning
Jag kan få hjälpa av elevhälsoteamet om jag behöver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du under det senaste läsåret blivit utsatt för någon form av kränkande behandling i skolan av en eller flera skolkamrater? (T.ex. trakasserier, diskriminering eller mobbning)

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

Har du under det senaste läsåret blivit utsatt för någon form av kränkande behandling i skolan av en eller flera vuxna? (T.ex. trakasserier, diskriminering eller mobbning)

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

Har du under det senaste läsåret blivit slagen, sparkad eller utsatt för annat våld av någon/några av dina skolkamrater?

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

## Trygghet och utsatthet

Känner du dig trygg på följande ställen? (Sätt ett kryss per rad)

	Ja, alltid	Ja, oftast	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 och 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"/>
På rasterna i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I klassrummet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I hemmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På nätet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vid fritidsaktiviteter t.ex. inom föreningar eller andra organisationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ute på stan, på allmän plats, på buss, tåg eller liknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Har du under de senaste 12 månaderna blivit utsatt för trakasserier eller kränkningar via mobil, surfplatta eller dator?

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

## Fritiden

Hur nöjd eller missnöjd är du med din fritid?

- Mycket nöjd
- Ganska nöjd
- Ganska missnöjd
- Mycket missnöjd

Är du med i någon idrottsförening?

- Ja
- Nej

Är du med i någon annan förening eller organisation?

- Ja
- Nej

Har du möjlighet att delta i de fritidsaktiviteter du vill?

- Ja → *Hoppa över nästa fråga*
- Nej

Varför är det så?

- Det jag vill göra finns inte i min kommun/närhet
- Har inte möjlighet att ta mig dit
- Har inte tid
- Har inte råd
- Får inte
- Annan anledning

Har du under de senaste två veckorna blivit väckt på natten av din mobiltelefon?

- Min mobil är avstängd på natten
- Nej
- Ja, en gång
- Ja, flera gånger

## Framtiden

### Hur ser du på framtiden för din personliga del?

- Jag ser mycket ljust på framtiden
- Jag ser ganska ljust på framtiden
- Jag ser varken ljust eller mörkt på framtiden
- Jag ser ganska mörkt på framtiden
- Jag ser mycket mörkt på framtiden

## Alkohol och tobak

*Med "alkohol" menas folköl, mellan-/starköl, alkoholstark cider, alkoläsk, vin, starkvin och sprit.*

### Har du någon gång druckit alkohol?

- Nej
- Ja, under de senaste 30 dagarna
- Ja, under de senaste 12 månaderna
- Ja, för mer än 12 månader sedan

### Röker du?

- Nej, jag har aldrig rökt
- Nej, men jag har provat
- Nej, jag har slutat röka
- Ja, jag röker någon gång ibland
- Ja, jag röker dagligen

### Snusar du?

- Nej, jag har aldrig snusat
- Nej, men jag har provat
- Nej, jag har slutat snusa
- Ja, jag snusar någon gång ibland
- Ja, jag snusar dagligen

## Övriga frågor

**Vad tycker du om frågorna i den här enkäten?**

- De flesta kändes betydelsefulla
- Några kändes betydelsefulla
- Knappt någon kändes betydelsefull

**Vad tycker du om frågornas utformning, hur var de att läsa och förstå?**

- De flesta var lätta
- De var varken lätta eller svåra
- De flesta var svåra

**Har du några övriga synpunkter som du vill lämna om enkäten och innehållet?**

*Skriv inte ditt namn eller kontaktuppgifter.*

---

---

---

---

**ETT STORT TACK FÖR DIN MEDVERKAN!**

