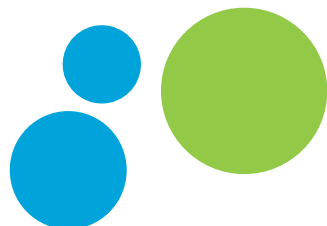




En undersökning om ungas hälsa  
av Region Västmanland

**Enkät för grundskolan läsår 9 och år 2 på gymnasiet**



## 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

Under den senaste månaden, hur ofta har du känt? (Sätt ett kryss per rad)

	Aldrig	En eller två gånger	1 gång/vecka	2-3 gånger/vecka	Nästan dagligen	Dagligen
lycka, glädje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ett intresse för livet (att livet engagerar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dig nöjd/tillfredsställd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att du har något viktigt att bidra med till samhället (t.ex. åsikter och idéer för att påverka skola, politik, familj, fritid, kultur till det bättre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att du tillhör en gemenskap (t.ex. en grupp människor, din skola, ditt bostadsområde eller en förening)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att vårt samhälle håller på att bli en bättre plats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att människor i grunden är goda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att det sätt som samhället fungerar på verkar begripligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att du gillar det mesta av din personlighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att du är bra på att ta ansvar för ditt dagliga liv (t.ex. vardagliga uppgifter hemma, i skolan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att du har varma och tillitsfulla relationer med andra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att du upplevt saker som utmanat dig och fått dig att växa som person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att du har självförtroende att ha dina egna tankar och åsikter och att du vågar uttrycka dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att du är på väg någonstans i livet och livet har en mening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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  
 Väldigt mycket

**Under den senaste månaden, hur ofta har du känt att du haft kontroll över de viktiga sakerna i ditt liv?**

- Aldrig
- Nästan aldrig
- Ibland
- Ganska ofta
- Våldigt ofta

**Ibland händer det att vi hamnar i situationer som stressar oss. Försök att tänka på situationer som du varit med om och som verkligen gjorde dig stressad (t.ex. hemma, i skolan, mellan dig och dina vänner, eller något annat). Svara sedan på hur ofta du använde något av följande sätt för att hantera den stress som du kände då:**

	Aldrig	Ibland	Ganska ofta	Nästan jämt
Jag försökte att inte tänka eller bry mig så mycket om det som stressade mig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag blev irriterad och arg, på mig själv, på andra personer eller saker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tänkte negativa tankar om mig själv och tänkte mycket på problemet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag pratade med någon som jag litar på och som kunde hjälpa mig förbättra situationen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tänkte på att ta hand om mig, t.ex. röra på mig, äta gott eller vila ut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Stämmer mycket bra	Stämmer ganska bra	Stämmer varken eller	Stämmer ganska dåligt	Stämmer inte alls
När något går fel i mitt liv tar det vanligtvis lång tid för mig att återgå till det normala.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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

**Har du någonsin försökt att ta ditt liv?**

- 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"/> Östermälarsstrand |   |   |
| <input type="checkbox"/> Bjurhovda         | <input type="checkbox"/> Vallby, Brottbjerga, 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

**Föreställ dig samhället som en stege. Om du tänker på din familjs ekonomi i jämförelse med samhället i stort, var skulle du placera din familj på följande skala?**

- Högst upp, mest pengar
- 
- 
- 
- 
- 
- Längst ner, minst pengar
- Vet inte**

**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 någon 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 mycket rör du dig i snitt per dag? (t.ex. går, cyklar eller idrottar)**

- Mindre än 30 minuter
- 30-60 minuter
- Mer än 60 minuter

**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

### Du som går på gymnasiet, vilken typ av program går du?

- Högskoleförberedande
- Yrkesprogram
- Introduktionsprogram
- Går inte på gymnasiet

### Hur trivs du i skolan?

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

### Hur lång tid tar det vanligtvis för dig att ta dig från ditt hem till skolan?

- Mindre än 30 min
- 30-60 min
- Mer än 60 min

### 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
Mina lärare förväntar sig att jag ska nå målen i alla ämnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner att jag blir uppmärksammad 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 påståenden om elevhälsoteamet (skolkurator, skolsköterska, specialpedagog eller skolpsykolog) vid din skola:

	Stämmer bra	Stämmer mindre bra	Stämmer inte alls	Har ingen uppfattning
Jag kan få hjälp av elevhälsoteamet om jag behöver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om elevhälsoteamet inte kan ge mig den hjälp jag behöver hänvisar teamet mig vidare till rätt stöd	<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

**Hur ofta är du aktiv på eller besöker sociala medier/nätverk t.ex. Instagram, Snapchat, Kik, Facebook, Twitter, Tumblr, LinkedIn?**

- Minst en gång per timme
- Flera gånger per dag
- En gång per dag
- Några gånger per vecka
- En gång per vecka
- Mera sällan

**I stort hur är dina erfarenheter av sociala medier/nätverk?**

- Mycket positiva
- Ganska positiva
- Varken positiva eller negativa
- Ganska negativa
- Mycket negativa

**Hur mycket pratar du vanligtvis i en mobiltelefon per dag?**

- Mindre än 5 min
- 5-15 min
- 15-30 min
- 30-60 min
- Mer än 60 min

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

## Delaktighet

Hur intresserad är du av följande?

	Inte alls intresserad	Inte särskilt intresserad	Ganska intresserad	Mycket intresserad
Politik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samhällsfrågor i allmänhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vill du vara med och påverka i frågor som rör din kommun?

- Ja
- Nej

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

## Sex och preventivmedel

Har någon tafsat på dig eller tvingat dig att ta på dem på ett sexuellt sätt utan att du velat det?

- Nej
- Ja, en gång
- Ja, några gånger
- Ja, många gånger

Har du haft sex eller samlag med någon? (Med sex och samlag menas oralt, vaginalt, eller analt)

- Nej → *Gå vidare till rubriken Sexuell läggning*
- Ja

När du hade sex senaste gången var det något som ...? (Sätt ett kryss)

- Du verkligen ville
- Du ville ganska mycket
- Bara blev så
- Du inte ville men gjorde ändå
- Du blev tvingad till
- Annat alternativ

När du hade sex senast, användes preventivmedel? (Sätt ett eller flera kryss)

- Kondom
- P-piller, p-stav, p-ring eller liknande
- "Dagen efter piller"
- Annat preventivmedel
- Vi använde inget preventivmedel

## Sexuell läggning

Med vilken sexuell läggning identifierar du dig?

- Heterosexuell
- Bisexuell
- Homosexuell
- Annan
- Osäker
- Vill inte uppge

*Heterosexuell = bli kär i eller kåt på någon av ett annat kön*

*Bisexuell = bli kär i eller kåt på både tjejer och killar*

*Homosexuell = bli kär i eller kåt på någon av samma kön*

Upplever du att du kan vara öppen med din sexuella läggning?

- Ja, alltid
- Ibland, i vissa sammanhang
- Nej
- Osäker

## Spel

Har du någon gång spelat om pengar?

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

Har du någon gång under de senaste 12 månaderna spelat för mer pengar än du verkligen har råd att förlora?

- Nej
- Ja

## Alkohol

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

Har du någon gång druckit alkohol?

- Nej → *Gå vidare till avsnittet om tobak*
- Ja, under de senaste 30 dagarna
- Ja, under de senaste 12 månaderna
- Ja, för mer än 12 månader sedan

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

- Varannan månad eller mer sällan
- Ungefär 1 gång per månad
- 2-4 gånger per månad
- 2-3 gånger per vecka
- 4 gånger i veckan eller mer

Hur ofta under de senaste 12 månaderna har du druckit så mycket alkohol att du känt dig berusad?

- Aldrig
- Varannan månad eller mer sällan
- 1 gång per månad
- 2-3 gånger per månad
- Någon eller några gånger per vecka



Hur många "glas" dricker du en typisk gång då du dricker alkohol? (se exempel nedan)

- 1-2 "glas"
- 3-4 "glas"
- 5-6 "glas"
- 7-9 "glas"
- 10 eller fler "glas"

Med ett "glas" menas:

50 cl (en burk)  
folköl eller  
folk cider

33 cl (liten flaska/burk)  
starköl/cider/alkoläsk

1 glas  
rött eller vitt vin

1 litet glas starkvin  
tex Campari, Martini

4 cl sprit  
t. ex vodka rom,  
whiskey



En folköl  
(50 cl)



En starköl/cider  
(33 cl)



Ett glas vin  
(12-15 cl)



Starkvin  
(8 cl)



Sprit, t ex  
whiskey (4 cl)

Hur ofta dricker du 6 sådana "glas" eller fler vid samma tillfälle?

- Aldrig
- Varannan månad eller mer sällan
- Ungefär 1 gång per månad
- 2-4 gånger per månad
- 2-3 gånger per vecka eller oftare
- 4 gånger per vecka eller oftare

## Tobak

### 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

## Narkotika

*Med narkotika menas t.ex. hasch/marijuana (cannabis), amfetamin, heroin, kokain, LSD, GHB, ecstasy, spice eller andra så kallade "nättdroger".*

### Har du någon gång blivit erbjuden att prova narkotika?

- Nej
- Ja

### Har du någon gång använt narkotika?

- Nej → *Gå vidare till frågan om anabola steroider*
- Ja, under de senaste 30 dagarna
- Ja, under de senaste 12 månaderna
- Ja, för mer än 12 månader sedan

### Hur många gånger har du använt hasch/marijuana?

- Ingen gång
- 1 gång
- 2-4 gånger
- 5-10 gånger
- 11-20 gånger
- Mer än 20 gånger

Hur många gånger har du använt annan narkotika än hasch/marijuana?

- Ingen gång
- 1 gång
- 2-4 gånger
- 5-10 gånger
- 11-20 gånger
- Mer än 20 gånger

Har du någon gång använt anabola steroider utan läkarordination?

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

## 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!**

