

Folkhälsoenkät

Barn och Unga i Skåne

2024 åk 6

- en undersökning om barns och ungdomars livsvillkor, levnadsvanor och hälsa

Hej!

Du är varmt välkommen att fylla i denna enkät som är riktad till skolelever i Skåne!

Enkäten innehåller frågor om bland annat skola, fritid, familj, trygghet, aktiviteter, tobaks- och alkoholvanor. Undersökningen genomförs av Region Skåne i samverkan med kommunerna i Skåne.

Det är mycket värdefullt att du och dina skolkamrater fyller i enkäten. Genom att göra detta ger ni viktig kunskap om hur barn och ungdomar har det idag. Resultaten kan användas till att på olika sätt förbättra din vardag. Resultaten kommer också att användas för att bedriva forskning av sambanden mellan livsvillkor, levnadsvanor, sociala faktorer och hälsa bland barn och unga.

Det är viktigt att du svarar ärligt och inte pratar med andra under tiden som du fyller i frågeformuläret. Försök svara på samtliga frågor i enkäten, men om det är någon enskild fråga som du inte vill eller kan besvara så hoppar du över den.

Det är frivilligt att vara med och dina svar är anonyma – ingen kommer i efterhand att kunna se hur just du svarat på frågorna.

Frågorna börjar på nästa sida!

HÄR KOMMER NÅGRA FRÅGOR OM DIG SJÄLV OCH DIN FAMILJ

A1 Mitt biologiska kön är ...

- Pojke Flicka

A2 Jag identifierar mig som ...

- Pojke Flicka Annat

A3 Hur gammal är du nu?

Årskurs 6

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | eller äldre |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Årskurs 9 och gym år 2

- | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | eller äldre |
| <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"/> |

A4 Hur lång är du? (anges i hela cm) □□□ cm

A5 Hur mycket väger du? (anges i hela kg) □□□ kg

A6a I vilken kommun bor du?

Om du bor på mer än ett ställe, ange den kommun där du bor mest

- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Bjuv | <input type="checkbox"/> Kävlinge | <input type="checkbox"/> Svedala |
| <input type="checkbox"/> Bromölla | <input type="checkbox"/> Landskrona | <input type="checkbox"/> Tomelilla |
| <input type="checkbox"/> Burlöv | <input type="checkbox"/> Lomma | <input type="checkbox"/> Trelleborg |
| <input type="checkbox"/> Båstad | <input type="checkbox"/> Lund | <input type="checkbox"/> Vellinge |
| <input type="checkbox"/> Eslöv | <input type="checkbox"/> Malmö | <input type="checkbox"/> Ystad |
| <input type="checkbox"/> Helsingborg | <input type="checkbox"/> Osby | <input type="checkbox"/> Åstorp |
| <input type="checkbox"/> Hässleholm | <input type="checkbox"/> Perstorp | <input type="checkbox"/> Ängelholm |
| <input type="checkbox"/> Höganäs | <input type="checkbox"/> Simrishamn | <input type="checkbox"/> Örkelljunga |
| <input type="checkbox"/> Hörby | <input type="checkbox"/> Sjöbo | <input type="checkbox"/> Östra Göinge |
| <input type="checkbox"/> Höör | <input type="checkbox"/> Skurup | <input type="checkbox"/> Annan utanför Skåne |
| <input type="checkbox"/> Klippan | <input type="checkbox"/> Staffanstorp | |
| <input type="checkbox"/> Kristianstad | <input type="checkbox"/> Svalöv | |

A6b Kartjänst

A7 I vilket land är ...

Sätt ett kryss på den/de rader som gäller för dig

	I Sverige	I Norge, Finland, Danmark eller Island	I annat land i Europa	I annat land utanför Europa
...du född?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...din mamma/annan vårdnadshavare född?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...din pappa/annan vårdnadshavare född?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A8 Hur länge har du bott i Sverige?

- I hela mitt liv
- I mer än 10 år men inte hela mitt liv
- I 5-10 år
- I mindre än 5 år

A9 Vilken/vilka av dina föräldrar bor du tillsammans med?

- Med båda mina föräldrar
- De bor inte tillsammans men jag bor lika mycket hos båda
- Mest hos en förälder
- Hos en förälder
- Inte hos någon av föräldrarna

rum

A10 Hur många rum finns det i bostaden?

Räkna inte med kök, hall och badrum/toalett.

Om du bor på mer än ett ställe, ange antal rum där du bor mest

personer

A11 Hur många personer, vuxna och barn, bor i bostaden?

Om du bor på mer än ett ställe, ange antal personer där du bor mest

A12 Vad gör dina föräldrar?

Svara för den/de du bor mest hos

	Pappa/annan vårdnadshavare	Mamma/annan vårdnadshavare
Arbetar (hel- eller deltid)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat (till exempel arbetslös, studerar, långtidssjukskriven)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vet inte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A13 Tänk tillbaka på de senaste 12 månaderna. Har det hänt att du inte kunnat följa med dina kompisar på något för att du inte haft råd?

- Ja, flera gånger
- Ja, en gång
- Nej
- Jag umgås inte med kompisar

A14 Tänk tillbaka på de senaste 12 månaderna. Har det hänt att du inte kunnat köpa något som du velat ha och som andra i din ålder har, för att du inte haft råd?

- Ja, flera gånger
 Ja, en gång
 Nej

HÄR KOMMER NÅGRA FRÅGOR OM DIN HÄLSA

B1 Hur mår du rent allmänt?

- Mycket bra
 Bra
 Någorlunda
 Dåligt
 Mycket dåligt

B2 Känner du dig nöjd med dig själv?

- Ja, oftast Ja, ibland Nej, nästan aldrig

B3 Känner du dig stressad i din vardag?

- Ja, ofta Ja, ibland Nej, nästan aldrig

B4 Hur ofta har du under de senaste 6 månaderna haft följande besvär?

Markera med ett kryss på varje rad. Om du aldrig haft detta besvär så markera "Sällan eller aldrig"

	I stort sett varje dag	Mer än en gång i veckan	Ungefär en gång i veckan	Ungefär en gång i månaden	Sällan eller aldrig
Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ont i magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ont i ryggen	<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"/>
Känt mig nere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varit irriterad eller på dåligt humör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängslig/Orolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haft svårt att somna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Känt mig yr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B5 Hur ofta borstar du tänderna?

- 2 eller fler gånger om dagen
 1 gång om dagen
 Åtminstone 1 gång i veckan men inte varje dag
 Mindre än 1 gång i veckan
 Aldrig

+

+

B6 Hur många timmar per natt brukar du sova på vardagar?

- 6 timmar eller mindre
- 7 timmar
- 8 timmar
- 9 timmar
- 10 timmar eller mer

B7 Hur mycket rör du dig i snitt per dag (till exempel går, cyklar eller tränar)?

- Mindre än 30 minuter per dag
- 30–59 minuter per dag
- 60 minuter eller mer per dag

B8 Har du just nu någon riktigt nära vän som du kan prata förtroligt med om nästan allt?

- Har inga nära vänner
- Har en nära vän
- Har två nära vänner
- Har flera nära vänner

B9 Hur väl tycker du att följande påstående stämmer:

	Håller inte alls med	Håller inte med	Håller med	Håller med fullständigt
Man kan lita på de flesta människor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B10 Händer det att du besväras av ensamhet?

- Varje dag
- Flera gånger i veckan
- Någon gång i veckan
- Någon eller några gånger i månaden
- Mer sällan än en gång i månaden eller aldrig

B11 Om du får problem eller bara skulle vilja prata med någon, hur lätt eller svårt tycker du då det är att vända sig till ...*Markera med ett kryss på varje rad*

	Mycket lätt	Ganska lätt	Varken lätt eller svårt	Ganska svårt	Mycket svårt
Föräldrar eller de vuxna du bor hos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan vuxen utanför skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personal inom elevhälsan på skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lärare eller annan vuxen i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vänner (även syskon kan ingå här)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

+

+

BRIS, Jourhavande kompis eller liknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chatt, diskussionsforum på Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B12 Har du eller har du haft något av följande besvär under de senaste 12 månaderna?
 Markera med ett kryss på varje rad

	Ja	Nej
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergiska ögon- eller näsbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Födoämnesallergi/Matallergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nickelallergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B13a Har du någon långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning?
 Markera med ett kryss på varje rad

	Ja	Nej
Hörselnedsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synnedsättning som inte kan korrigeras med glasögon eller linser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rörelsenedsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lässvårigheter, skrivsvårigheter, dyslexi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADHD eller ADD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autismspektrumtillstånd (inklusive Aspergers syndrom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Långvarig sjukdom (till exempel diabetes, allergi, epilepsi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intellektuell funktionsnedsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B13b Om du svarat Ja på någon av frågorna på B13a, påverkar din sjukdom eller funktionsnedsättning ditt deltagande i skolan?

Ja Nej

B14 Har du under de senaste 12 månaderna vänt dig till någon eller några av dessa för att få stöd för att du mått dåligt? Markera med ett eller flera kryss

- Ja, någon jämnårig (till exempel syskon, vän, pojk-/flickvän)
- Ja, förälder
- Ja, annan närstående vuxen (vuxna/äldre släktingar kan ingå här)
- Ja, lärare
- Ja, ledare/tränare/fritidsgårdspersonal
- Ja, hjälptelefon eller mail till BRIS, Jourhavande kompis eller liknande
- Ja, beskrivit hur jag mått i chatt eller diskussionsforum på Internet
- Ja, Elevhälsa (till exempel skolsköterska, skolläkare, skolkurator, skolpsykolog)

+

+

+

+

- Ja, Ungdomsmottagning (Youmo/UMO)
- Ja, Barn- och ungdomspsykiatri (BUP)
- Ja, annan person/verksamhet/funktion
- Nej

Följande fråga handlar om ifall du, under en lite längre period (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 ha känt allt detta, en sak är tillräcklig.

B15 Har du haft någon period som du mått dåligt på detta sätt under de senaste 12 månaderna?

- Ja
- Nej

B16 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

HÄR KOMMER NÅGRA FRÅGOR OM DIN FRITID

C1 Brukar du träna eller röra på dig på din fritid så att du blir andfådd eller svettig?

- Varje dag
- 4–6 dagar i veckan
- 2–3 dagar i veckan
- En dag i veckan
- Någon eller några dagar i månaden
- Sällan eller aldrig

C2 Hur många timmar per dag spelar du dator-, mobil-, konsol- eller tv-spel?

- Inte alls
- Mindre än 1 timme
- 1-3 timmar
- 4-5 timmar
- 6 timmar eller mer

C3 Hur ofta brukar du göra följande?

Markera med ett kryss på varje rad. Om du inte brukar göra detta markera rutan ”Aldrig”

	Aldrig	Någon eller några gånger/år	Några gånger/månad	Minst en gång/vecka	Nästan varje dag	Dagligen
Gå på sportevenemang som publik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå på konserter, teater, museum, bio eller liknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spela instrument, sjunga eller skapa musik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

7

+

+

+

Lyssna på böcker för nöjes skull	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läsa böcker för nöjes skull	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blogga, fotografera eller filma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Måla, sy, sticka eller skriva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spela teater eller dansa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå på bibliotek (inte på skoltid)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå i kyrka, moské, synagoga eller liknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C4 Har du under de senaste 12 månaderna varit med i någon förening, klubb eller organisation (till exempel idrott, kör, kulturskolan, scouter)?

Ja Nej

C5 Hur trivs du på din fritid?

Mycket bra Bra Sådär Ganska dåligt Mycket dåligt

HÄR KOMMER NÅGRA FRÅGOR OM DINA MATVANOR

D1 Hur ofta äter du följande måltider under en vanlig vecka?

Markera med ett kryss på varje rad

	Sällan/aldrig	1-3 dagar	4-6 dagar	Varje dag
Frukost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagad lunch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagad mat på kvällen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D2 Hur ofta brukar du ...

Markera med ett kryss på varje rad

	Aldrig eller några gånger/år	Några gånger/månad	Minst en gång/vecka	Nästan varje dag	En gång/dag	Flera gånger/dag
...äta grönsaker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...äta frukt eller bär?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...äta ”snabbmat” (till exempel pizza, hamburgare, pommes frites, kebab)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...äta sötsaker (godis eller choklad)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dricka läsk med socker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dricka läsk utan socker – så kallade light-produkter av läsk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dricka energidrycker (till exempel Red Bull, Monster, Celsius, Powerking, Nocco)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

HÄR KOMMER NÅGRA FRÅGOR OM ALKOHOL

Med alkohol menas folköl, mellan-/starköl, alkoholstark cider, alkoläsk, vin, starkvin och sprit. Även hembränt och smuggelsprit och sprit som ingår i drinkar eller shots räknas. Räkna inte med alkoholhaltiga drycker under 2,8 % tex lättöl och lättcider.

E1 Har du någon gång under de senaste 12 månaderna druckit alkohol?

- Nej En gång 2-4 gånger 5-10 gånger Mer än 10 gånger

E2 Har du någon gång druckit så mycket alkohol att du känt dig berusad?

- Nej Ja

HÄR KOMMER NÅGRA FRÅGOR OM RÖKNING OCH SNUSNING

F1a Röker du cigaretter?

- Nej, jag har aldrig rökt → Gå till F2a
 Nej, men jag har provat
 Nej, jag har rökt men slutat
 Ja, varje dag → **F1b Hur många cigaretter röker du varje dag?** Röker cigaretter
 Ja, nästan varje dag
 Ja, när jag är på fest/jag
feströker
 Ja, ibland

F2a Snusar du?

- Nej, jag har aldrig snusat ----- Gå till F4
 Nej, men jag har provat
 Nej, jag har snusat men slutat
 Ja, varje dag → **F2b Hur många gånger snusar du varje dag?** Snusar gånger per dag
 Ja, nästan varje dag
 Ja, ibland

F3 Använder du snus med eller utan tobak?

- Med tobak
 Utan tobak (så kallat nikotinsnus, nikotinpåsar eller vitt snus)
 Både med och utan tobak

F4 Har du använt e-cigarettor ("vape") någon gång (elektronisk cigarett som omvandlar nikotinhaltig vätska till vattenånga)? *Markera med ett eller flera kryss*

- Nej ----- Fortsätt till F5
- Ja, under de senaste 30 dagarna
- Ja, under de senaste 12 månaderna
- Ja, för mer än 12 månader sen

F5 Har du rökt vattenpipa någon gång? *Markera med ett eller flera kryss*

- Nej – Fortsätt till I1
- Ja, under de senaste 30 dagarna
- Ja, under de senaste 12 månaderna
- Ja, för mer än 12 månader sen

HÄR KOMMER NÅGRA FRÅGOR OM SKOLAN

I1 Hur trivs du i skolan?

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

I2 Brukar du skolka? *(Med skolk menas att vara borta från en lektion eller andra obligatoriska moment i skolan utan giltig anledning)*

- Nej, aldrig
- Ja, någon gång per termin
- Ja, en gång i månaden
- Ja, 2-3 gånger i månaden
- Ja, en gång i veckan
- Ja, flera gånger i veckan

I3 Brukar du vara med på idrotten i skolan?

- Alltid/nästan alltid
- Ungefär varannan gång
- Någon gång
- Aldrig
- Har inte schemalagd idrott

I4 Känner du dig stressad av ditt skolarbete?

- Inte alls
- Lite grann
- Ganska mycket
- Mycket

+

+

I5 Om du har svårigheter med dina studier, hur ofta får du hjälp?*Markera med ett kryss på varje rad*

	Nästan aldrig/Aldrig	Sällan	För det mesta	Alltid när jag behöver det	Jag har aldrig svårigheter
I skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I6 Hur tycker du att dessa påståenden stämmer in på de lärare du har?*Markera med ett kryss på varje rad*

	Stämmer på mindre än hälften av lärarna	Stämmer på hälften av lärarna	Stämmer på mer än hälften av lärarna
De är bra på att skapa arbetsro under lektionerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De anstränger sig för att jag ska klara skoluppgifterna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De uppmärksammar när jag gör någonting bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De behandlar pojkar och flickor lika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HÄR KOMMER NÅGRA FRÅGOR OM TRYGGHET OCH UTSATTHET**J1 Känner du dig trygg på följande ställen?***Markera med ett kryss på varje rad. Om det är något ställe du aldrig vistas på klickar du i "Inte aktuellt".*

	Ja, alltid	Ja, oftast	Nej	Inte aktuellt
Utomhus i mitt bostadsområde på dagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utomhus i mitt bostadsområde på kvällen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På väg till och från skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I klassrummet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På rasterna i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nöjesställen eller liknande, till exempel konsert, festival	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ute på stan, på allmän plats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På buss, tåg eller liknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I hemmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vid fritidsaktiviteter, till exempel inom föreningar/organisationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

Följande fyra frågor handlar om **MOBBNING**. Mobbning är när en elev upprepade gånger blir illa behandlad av en annan elev eller elever. Det kan vara elaka kommentarer, hot eller andra kränkningar i skolan eller på nätet, eller om eleven lämnas utanför. Det är inte mobbning när elever retas med varandra på ett vänskapligt sätt, eller när två personer som är lika starka slåss eller bråkar.

J2 Hur ofta har du blivit mobbad i skolan under de senaste månaderna?

- Jag har inte blivit mobbad i skolan de senaste månaderna
- Det har hänt 1 eller 2 gånger under de senaste månaderna
- 2 eller 3 gånger i månaden
- Ungefär 1 gång i veckan
- Flera gånger i veckan

J3 Hur ofta har du varit med och mobbat andra elever i skolan under de senaste månaderna?

- Jag har inte varit med och mobbat andra elever de senaste månaderna
- Det har hänt 1 eller 2 gånger under de senaste månaderna
- 2 eller 3 gånger i månaden
- Ungefär 1 gång i veckan
- Flera gånger i veckan

J4 Hur ofta under de senaste månaderna har du blivit nätmobbad (till exempel att någon har skickat elaka chattmeddelanden eller sms till dig, gjort elaka inlägg, skapat en webbsida som förlöjligar dig, lagt till pinsamma eller olämpliga bilder på dig på nätet eller skickat dem till andra utan din tillåtelse)?

- Jag har inte blivit nätmobbad de senaste månaderna
- Det har hänt 1 eller 2 gånger under de senaste månaderna
- 2 eller 3 gånger i månaden
- Ungefär 1 gång i veckan
- Flera gånger i veckan

J5 Hur ofta under de senaste månaderna har du deltagit i nätmobbning (till exempel skickat elaka chattmeddelanden eller sms, gjort elaka inlägg, skapat en webbsida som förlöjligar någon, lagt till pinsamma eller olämpliga bilder av någon på nätet eller skickat dem till andra utan tillåtelse)?

- Jag har inte varit med och nätmobbat andra elever de senaste månaderna
- Det har hänt 1 eller 2 gånger under de senaste månaderna
- 2 eller 3 gånger i månaden
- Ungefär 1 gång i veckan
- Flera gånger i veckan

+

+

J6 Hur väl stämmer följande påståenden in på dig?*Markera med ett kryss på varje rad*

	Stämmer helt och hållet	Stämmer ganska bra	Stämmer ganska dåligt	Stämmer inte alls	Vet ej
Jag har hört talas om barnkonventionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag vet vad barnkonventionen innehåller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag vet vilka rättigheter jag har enligt barnkonventionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J7 Har du varit med om något av följande under de senaste 12 månaderna?**Anmäldes detta i så fall till polisen?***Ange svar på varje rad*

	Har blivit utsatt för		Har anmälts till polisen	
	Ja	Nej	Ja	Nej
Blivit allvarligt hotad av annan person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blivit rånad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blivit bestulen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blivit slagen så att du behövt uppsöka skolsköterska, läkare eller tandläkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blivit slagen så att du fick ont men inte behövt uppsöka skolsköterska, läkare eller tandläkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blivit utsatt för oönskad sexuell handling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HÄR KOMMER NÅGRA FRÅGOR OM SOCIALA MEDIER*Sociala medier är online-forum för att skicka och få meddelanden via chatt (till exempel Viber, WhatsApp, Snapchat) eller via sociala nätverk (till exempel Facebook, Instagram, TikTok, Steam).***L1 Har du under det senaste året...***Sätt ett kryss per rad.*

	Ja	Nej
a) ... regelbundet märkt att du inte kan tänka på något annat än den stund du kommer att kunna använda sociala medier igen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ... regelbundet känt dig missnöjd därför att du velat spendera mer tid på sociala medier?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ... ofta mått dåligt när du inte kunnat använda sociala medier?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ... försökt att spendera mindre tid på sociala medier, men misslyckats?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ... regelbundet struntat i andra aktiviteter (till exempel fritidsintressen, idrott) därför att du ville använda sociala medier?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ... regelbundet grälat med andra på grund av ditt användande av sociala medier?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) ... regelbundet ljugit för dina föräldrar eller vänner angående hur mycket tid du spenderar på sociala medier?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) ... ofta använt sociala medier för att slippa tänka på negativa känslor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) ... haft allvarliga konflikter med dina föräldrar eller syskon på grund av ditt användande av sociala medier?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

TILL SIST...

M1 Hur tycker du att din hälsa är?

- Mycket bra
- Bra
- Ganska dålig
- Dålig

M2 Hur trivs du i stort sett med livet just nu?

- Jag trivs mycket bra
- Jag trivs ganska bra
- Jag trivs inte så bra
- Jag trivs inte alls

M3 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

Tack för dina svar!

Var det något i enkäten som du inte kan få ur tankarna? Prata i så fall med dina föräldrar/vårdnadshavare eller någon annan vuxen om det. Du kan också ta kontakt med din lärare, skolsköterska/läkare, skolpsykolog eller kurator.