



# Folkhälsoenkät Barn och Unga i Skåne 2016

- en undersökning om barn 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 samarbete med Kommunförbundet Skåne.

Det är mycket viktigt att du och dina skolkamrater fyller i enkäten. Genom att göra detta ger ni många svar på hur barn och ungdomar har det idag och resultaten kan användas till att på olika sätt förbättra er vardag. Resultaten kommer även att användas för att bedriva forskning av sambanden mellan levnadsvillkor, 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 formuläret. 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 ingen kommer i efterhand att kunna se hur just du svarat på frågorna.**

När du fyllt i formuläret skall du stoppa det i kuvertet och klistra igen det, pennan får du behålla. Kuverten samlas in av din lärare som skickar dem öppnade till Region Skåne i Malmö där dina svar skannas in.

Så här vill vi att du besvarar enkäten eftersom enkäten kommer att skannas:

Använd den kulspetspenna du fick i samband med enkäten. **Använd inte tusch- eller blyertspenna!**

Kryssa så här , inte så här . Om du kryssat fel, fyll hela rutan  och kryssa i nya rutan

Skriv tydliga siffror: 

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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? år

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

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

### A6 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       |  |

### A7 I vilken del av Malmö bor du? (Gäller endast för dig som bor i Malmö)

*Om du bor på mer än ett ställe, ange den del av Malmö där du bor mest*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Centrum          | <input type="checkbox"/> Oxie               |
| <input type="checkbox"/> Fosie            | <input type="checkbox"/> Rosengård          |
| <input type="checkbox"/> Husie            | <input type="checkbox"/> Södra Innerstaden  |
| <input type="checkbox"/> Hyllie           | <input type="checkbox"/> Västra Innerstaden |
| <input type="checkbox"/> Kirseberg        | <input type="checkbox"/> Vet inte           |
| <input type="checkbox"/> Limhamn-Bunkeflo |   |

### A8 Vilket postnummer har ni där du bor?

*Om du bor på mer än ett ställe, ange postnumret där du bor mest*

+

+

**A9 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 pappa född?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... din mamma född?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... din pappas partner född?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... din mammas partner född?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A10 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

**A11 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

**A12 Hur många rum finns det i bostaden?**   rum (räkna inte med kök, hall och badrum/toalett). *Om du bor på mer än ett ställe, ange antal rum där du bor mest*

**A13 Hur många personer, vuxna och barn, bor i bostaden?**   personer  
*Om du bor på mer än ett ställe, ange antal personer där du bor mest*

**A14 Har dina föräldrar/vårdnadshavare universitets- eller högskoleutbildning?***Svara för den/de du bor mest hos*

	Ja	Nej	Vet inte
Pappa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pappas partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mammas partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A15 Vad gör dina föräldrar?***Svara för den/de du bor mest hos*

	Pappa	Mamma	Pappas partner	Mammas partner
Arbetar (hel- eller deltid)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat (t ex arbetslös, studerar, långtidssjukskriven)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vet inte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

**A16** 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

**A17** 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

Om ja, varför?

---

---

---

Om ja, hur påverkar detta din vardag?

---

---

---

**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 ser du på din egen kroppsvikt?**

- Jag väger lagom mycket
- Jag behöver gå ned i vikt
- Jag behöver gå upp i vikt

**B6 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

**B7 Hur många timmar per natt brukar du sova på vardagar?**

- Mindre än 7 timmar
- 7-9 timmar
- Mer än 9 timmar

**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

**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"/>
Lärare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personal inom elevhälsan på skolan, t ex skolsköterskan/kuratorn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan vuxen i skolan	<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"/>
Kamrater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syskon (om du har några)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BRIS, Jourhavande kompis eller likande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chattrum, diskussionsforum på Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B12 Hur nöjd är du vanligtvis med ditt förhållande till din familj?**

- Mycket nöjd
- Nöjd
- Varken nöjd eller missnöjd
- Missnöjd
- Mycket missnöjd

**B13 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nickelallergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

7

+

**B14 Har du någon långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning?***Markera med ett kryss på varje rad*

	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
Hörselnedsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synnedsättning som inte kan korrigeras med glasögon eller linser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rörelsehinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läsvårigheter, skrivsvårigheter, dyslexi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADHD eller ADD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan funktionsnedsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Långvarig sjukdom (t ex diabetes, allergi, epilepsi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utvecklingsstörning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autism/Aspergers syndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B14\_b Om du svarat Ja på någon av frågorna på B14, påverkar din sjukdom eller funktionsnedsättning ditt deltagande i skolan?**

<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B15 Hur väl stämmer följande påståenden in på dig och ditt liv?***Markera med ett kryss på varje rad*

	<b>Stämmer mycket dåligt</b>	<b>Stämmer ganska dåligt</b>	<b>Stämmer ganska bra</b>	<b>Stämmer mycket bra</b>
Mina föräldrar ger mig beröm när jag gjort något bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mina föräldrar bestämmer när jag ska vara hemma på kvällen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I min familj gör vi ofta saker tillsammans på fritiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner att jag får stöd och uppmuntran av mina föräldrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag får vara ute hur länge jag vill på fredags- och lördagskvällarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag berättar för mina föräldrar om något som har hänt även om jag skäms eller känner mig generad över det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alla i min familj äter middag tillsammans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det känns som att mina föräldrar har förtroende för mig och låter mig ta ansvar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mina föräldrar bråkar ofta med varandra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Följande fyra frågor handlar om att må dåligt. Med att må dåligt menar vi att 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 känt allt detta, en sak är tillräcklig.

**B16 Har du mått dåligt enligt beskrivningen ovan någon period under de senaste 12 månaderna?**

- Nej → Gå vidare till fråga C1  
 Ja → Fortsätt till fråga B17

**B17 Har du under de senaste 12 månaderna pratat med någon eller några av dessa för att få stöd när du mått dåligt?**

Markera med ett eller flera kryss

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, kompis                          | <input type="checkbox"/> Ja, lärare   |
| <input type="checkbox"/> Ja, pojk-/flickvän                  | <input type="checkbox"/> Ja, ledare/tränare/fritidsgårdspersonal  |
| <input type="checkbox"/> Ja, syskon                          | <input type="checkbox"/> Ja, hjälptelefon eller mail till BRIS, Jourhavande kompis eller dylikt               |
| <input type="checkbox"/> Ja, förälder                        | <input type="checkbox"/> Ja, beskrivit hur jag mått i chattrum eller diskussionsforum på Internet             |
| <input type="checkbox"/> Ja, släkting/annan närstående vuxen | <input type="checkbox"/> Nej, jag har inte kontaktat någon av ovanstående för att få stöd när jag mått dåligt |

**B18 Har du under de senaste 12 månaderna sökt stöd/hjälp från någon professionell verksamhet/ funktion för att du mått dåligt?**

Markera med ett eller flera kryss

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ja, skolsköterska                                 | <input type="checkbox"/> Ja, annan verksamhet/funktion   |
| <input type="checkbox"/> Ja, skolkurator                                   | <input type="checkbox"/> Nej, eftersom jag inte vetat var jag ska vända mig för stöd/hjälp                     |
| <input type="checkbox"/> Ja, övrig elevhälsovård: skolpsykolog, skolläkare | <input type="checkbox"/> Nej, eftersom jag inte velat eller vågat söka stöd/hjälp                              |
| <input type="checkbox"/> Ja, ungdomsmottagning                             | <input type="checkbox"/> Nej, jag har inte behövt söka stöd/hjälp från någon professionell verksamhet/funktion |
| <input type="checkbox"/> Ja, BUP/Barn- och ungdomspsykiatri                |  |

**B19 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 OLYCKSFALL OCH SKADOR

**C1 Har du under de senaste 12 månaderna skadats eller råkat ut för någon olycka som fått dig att besöka vårdcentral, tandläkare eller sjukhus?**

- Nej → Fortsätt till fråga C4  
 1 gång → Fortsätt till fråga C2  
 2 eller flera gånger → Fortsätt till fråga C2

**C2 Var hände skadan/skadorna/olyckan/olyckorna?***Markera med ett eller flera kryss*

- På idrotten i skolan
- På skolgården eller på annan plats i skolan
- På väg till eller från skolan
- På stan/centrum
- Hemma
- I bostadsområdet
- På idrottsanläggning
- Annan plats → \_\_\_\_\_

**C3 Vad gjorde du då du blev skadad?***Markera med ett eller flera kryss*

- Cyklade
- Åkte inlines, skridskor, skidor eller snow-/skateboard
- Red
- Tävlade, tränade i någon sport (inte någon av ovanstående aktiviteter)
- Åkte moped eller MC
- Promenerade/sprang
- Hoppade på studs matta
- Badade
- Festade
- Slogs eller blev slagen
- Annat → \_\_\_\_\_

**C4 Använder du följande?***Markera med ett kryss på varje rad*

	Alltid/ nästan alltid	Då och då	Aldrig/ nästan aldrig	Åker inte bil/cyklar inte
Säkerhetsbälte när du åker bil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cykelhjälm när du cyklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**HÄR KOMMER NÅGRA FRÅGOR OM DINA FRITIDSVANOR****D1 Hur mycket rör du dig i snitt per dag (t ex går, cyklar eller idrottar)?**

- Mindre än 30 minuter per dag
- 30-60 minuter per dag
- En timme eller mer per dag

**D2 Brukar du idrotta eller röra på dig på din fritid så att du blir andfådd eller svettig?**

- Varje dag     4-6 dagar i veckan     1-3 dagar i veckan     Sällan eller aldrig

**D3 Hur många timmar per dag, i genomsnitt, använder du dataspel eller konsollspel?**

- Inte alls  
 Mindre än 1 timme  
 1-3 timmar  
 Mer än 3 timmar

**D4 Har du en mobiltelefon?**

- Ja, jag har en smartphone med pekskärm (iPhone eller liknande)  
 Ja, jag har en egen mobiltelefon (ej smartphone)  
 Ja, jag delar en mobil med andra i familjen  
 Nej

**D5 Hur väl stämmer följande påståenden in på dig? (Med "mobil" menas även användning av iPad/surfplatta i följande påståenden.)**

Markera med ett kryss på varje rad

	Mycket ofta	Ganska ofta	Inte så ofta	Nästan aldrig	Aldrig
Jag har känt mig besvärad när jag inte kan kolla min mobil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har kommit på mig själv med att använda min mobil till saker som jag egentligen inte är så intresserad av att göra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har känt ett starkt behov av att kolla min mobil för att se om det hänt någonting nytt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har tillbringat mindre tid än jag borde med familj, vänner eller skolarbete pga mobilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag använder min mobil på platser och/eller vid tillfällen när det inte är riktigt lämpligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har försökt att dra ner på tiden jag använder min mobil men inte lyckats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D6 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 ggr/år	Några ggr/mån	Minst en gång/vecka	Nästan varje dag	Dagligen
Cykla eller gå till skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cykla eller gå till fritidsaktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vara ute i naturen, skogen eller på sjön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå på sportevenemang som publik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå ut med kompisar på stan/centrum	<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, skapa musik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Köra runt på moped, MC eller med bil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vara hemma med/hos kompisar på kvällen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D7 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 ggr/år	Några ggr/ mån	Minst en gång/ vecka	Nästan varje dag	Dag- ligen
Läsa böcker för nöjes skull	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå på café, restaurang eller liknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå på fest eller liknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vara på fritidsgården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blogga, fotografera, filma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Måla, sy, sticka, skriva	<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"/>
Ligga hemma och slappa eller sova (inte nattetid)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vara ensam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D8 Har du under de senaste 12 månaderna varit med i någon förening, klubb eller organisation (t ex idrott, kör, scouter)?**

Ja      Nej

    

**D9 Hur trivs du på din fritid?**

- Mycket bra  
 Bra  
 Sådär  
 Ganska dåligt  
 Mycket dåligt

**D10 Vad vill du göra på din fritid?**


---



---



---

## HÄR KOMMER NÅGRA FRÅGOR OM DINA MATVANOR

**E1 Hur ofta äter du följande måltider under en vanlig vecka?**

Markera med ett kryss på varje rad

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

+

+

**E2 Hur ofta brukar du ...***Markera med ett kryss på varje rad*

	Aldrig eller några ggr/år	Några ggr/ mån	Minst en gång/ vecka	Nästan varje dag	En gång/ dag	Flera ggr/ 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 pizza, hamburgare, pommes frites, kebab eller annan snabbmat	<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 Coca-Cola eller andra drycker som innehåller socker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dricka energidrycker (t ex Red Bull, Monster, Celsius, Powerking)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Använda kosttillskott (t ex vitaminer)	<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, alkoholisk 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 % t ex lättöl och lättcider.

**F1a Har du någon gång druckit alkohol?**

- Ja  
 Nej → Fortsätt till fråga F11

**F1b Hur gammal var du första gången du drack minst ett glas alkohol (öl, vin, sprit etc)?**

□ □ □ år

**F2 Har du någon gång under de senaste 12 månaderna druckit alkohol?**

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

**F3 Hur ofta har du druckit alkohol under de senaste 12 månaderna?**

- 3 gånger i veckan eller oftare  
 2 gånger i veckan  
 1 gång i veckan  
 2-3 gånger i månaden  
 1 gång i månaden  
 2-6 gånger under de senaste 12 månaderna  
 1 gång under de senaste 12 månaderna

**F4 Har du någon gång druckit så mycket alkohol att du känt dig berusad?**

- Nej    Ja

+

+

**F5 Hur ofta dricker du så mycket alkohol att du känner dig berusad?**

- Aldrig
- Sällan
- Ibland
- Nästan varje gång jag dricker
- Varje gång jag dricker

**F6 Tänk på den senaste gången du drack alkohol, hur fick du då tag på den?**

- Köpte själv på Systembolaget/i butik
- Från syskon
- Från pojk-/flickvän, kompis eller kompis syskon
- Från egna föräldrar/vårdnadshavare *med* lov
- Från egna föräldrar/vårdnadshavare *utan* lov
- Från annan vuxen som bjöd
- Från annan vuxen (langare) som köpte ut/sålde till mig
- Tog in själv från utlandet
- Annat sätt
- Vet inte

**F7 Tänk tillbaka på de senaste 12 månaderna. Hur ofta har du vid ett och samma tillfälle druckit alkohol motsvarande minst 4 burkar starköl eller stark cider/alkoläsk eller sex burkar folköl eller en hel flaska vin eller 25 cl sprit (ca 6 shots eller drinkar)? (Räkna inte med alkoholhaltiga drycker under 2,8 % t ex lättöl och lättcider)**

- 1 gång i veckan eller oftare
- 2-3 gånger i månaden
- 1 gång i månaden
- 2-6 gånger de senaste 12 månaderna
- 1 gång de senaste 12 månaderna
- Aldrig

**F8 Händer det att du blir bjuden på alkohol av någon av dina föräldrar? (Räkna inte med alkoholhaltiga drycker under 2,8 % t ex lättöl och lättcider)**

- Nej, aldrig
- Ja, jag får smaka ur deras glas
- Ja, jag får ett eget glas
- Ja, jag får hälla upp själv

**F9 Har det hänt att någon av dina föräldrar har köpt hem alkohol åt dig? (Räkna inte med alkoholhaltiga drycker under 2,8 % t ex lättöl och lättcider)**

- Ja     Nej

**F10 Har du blivit skadad eller råkat illa ut på grund av att du druckit alkohol?**

*(T ex olyckor, bråkat med vänner/föräldrar, slagits, haft oönskat/oskyddat sex, blivit bestulen, blivit rånad, förlorat värdesaker)*

- Nej, aldrig     Ja, 1 gång     Ja, 2 gånger     Ja, 3 gånger eller mer

**F11 Tycker du att det finns någon närstående person till dig som dricker för mycket alkohol?** (Detta kan inkludera andra personer än dina föräldrar)

- Ja → Fortsätt till fråga F12  
 Nej → Gå till G1a

**F12 Har det på något sätt skadat dig eller medfört problem för dig?**

- Ja  Nej

## HÄR KOMMER NÅGRA FRÅGOR OM RÖKNING OCH SNUSNING

**G1a Röker du cigaretter?**

- Nej, jag har aldrig rökt → Gå till G2a  
 Nej, men jag har provat  
 Nej, jag har rökt men slutat  
 Ja, varje dag → **Hur många cigaretter röker du varje dag?** Röker   cigaretter  
 Ja, nästan varje dag  
 Ja, när jag är på fest  
 Ja, ibland

**G1b Om du röker eller har rökt, hur gammal var du första gången du rökte en cigarett?**

år

**G2a Har du använt e-cigarett någon gång (elektronisk cigarett som omvandlar nikotinhaltig vätska till vattenånga)?**

Markera med ett eller flera kryss

- Nej → Gå till G3a  
 Ja, under de senaste 30 dagarna → Fortsätt till fråga G2b  
 Ja, under de senaste 12 månaderna → Fortsätt till fråga G2b  
 Ja, för mer än 12 månader sen → Fortsätt till fråga G2b

**G2b Varför har du använt e-cigarett?**

Markera med ett eller flera kryss

- För att sluta med cigaretter/snus  
 Nyfikenhet, jag ville testa  
 För att jag inte får tag på cigaretter eller snus  
 Godare än att röka/snusa  
 Annat

**G3a Har du rökt vattenpipa någon gång?**

- Nej → Gå till G4a
- Ja, under de senaste 30 dagarna → Fortsätt till fråga G3b
- Ja, under de senaste 12 månaderna → Fortsätt till fråga G3b
- Ja, för mer än 12 månader sen → Fortsätt till fråga G4a

**G3b Hur ofta under de senaste 12 månaderna har du rökt vattenpipa?**

- 1 gång       2-6 gånger       7-12 gånger       Mer än 12 gånger

**G4a Snusar du?**

- Nej, jag har aldrig snusat
- Nej, men jag har provat
- Nej, jag har snusat men slutat
- Ja, varje dag
- Ja, nästan varje dag
- Ja, ibland

**G4b Om du snusar eller har snusat, hur gammal var du första gången du snusade?**

år

**G5 Hur får du vanligen tag på tobak, t ex cigaretter och snus?**

Markera med ett eller flera kryss

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Jag använder inte tobak                   | <input type="checkbox"/> Från föräldrar                       |
| <input type="checkbox"/> Köper själv i butik, kiosk eller liknande | <input type="checkbox"/> Från försäljare av smuggelcigaretter |
| <input type="checkbox"/> Från kompisar                             | <input type="checkbox"/> Från annan person                    |
| <input type="checkbox"/> Från syskon                               |   |

**G6 Vem i din omgivning röker och/eller snusar dagligen eller regelbundet?**

Markera med ett kryss eller flera kryss för röker/snusar

	Röker	Snusar
Ingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En av föräldrarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Båda föräldrarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan i min närhet som jag ofta umgås med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**G7 Tillåter dina föräldrar att du använder tobak?**

Markera med ett kryss för cigaretter och ett kryss för snus

	Cigaretter	Snus
Nej, ingen av dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En av föräldrarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Båda föräldrarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag vet inte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## HÄR KOMMER NÅGRA FRÅGOR OM NARKOTIKA

*Följande frågor handlar om narkotika. Med narkotika menas här hasch, marijuana, spice, amfetamin, ecstasy, LSD, kokain, heroin, GHB eller liknande.*

### H1 Har du någon gång haft möjlighet att pröva narkotika?

- Ja  Nej

### H2 Har du någon gång under de senaste 12 månaderna blivit erbjuden att prova eller köpa narkotika?

- Ja  Nej

### H3a Har du någon gång använt narkotika?

*Markera med ett eller flera kryss*

- Ja, under de senaste 30 dagarna  
 Ja, under de senaste 12 månaderna  
 Ja, för mer än 12 månader sedan  
 Nej → Gå vidare till fråga H6

### H3b Hur gammal var du första gången du använde narkotika?

år

### H4 Vilken sorts narkotika har du använt?

*Markera med ett eller flera kryss*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hasch   | <input type="checkbox"/> Ecstasy                |
| <input type="checkbox"/> Marijuana   | <input type="checkbox"/> Heroin                 |
| <input type="checkbox"/> Spice (eller liknande rökmixar)   | <input type="checkbox"/> GHB                    |
| <input type="checkbox"/> Amfetamin   | <input type="checkbox"/> Anabola steroider      |
| <input type="checkbox"/> Kokain  | <input type="checkbox"/> Annan typ av narkotika |
| <input type="checkbox"/> Receptbelagda sömn-/lugnande tabletter utan läkarordination (t ex Tramadol, Sobril, Stesolid) |   |

### H5 Från vem eller vilka har du fått tag på narkotika?

*Markera med ett eller flera kryss*

- Syskon  
 Kompis eller pojk-/flickvän  
 Bekant  
 Läkare  
 Internet  
 Annan, t ex langare

### H6 Har du någon gång använt någon så kallad nätdrog (även kallat designerdroger, RC-droger, nya syntetiska droger)?

*Markera med ett eller flera kryss*

- Nej  
 Ja, spice eller liknande rökmixar  
 Ja, mefedron, metedron eller liknande  
 Ja, annan nätdrog

## HÄR KOMMER NÅGRA FRÅGOR OM SEX OCH SAMLEVNAD

### I1 Vilka av följande ämnen upplever du att du fått undervisning om i skolan?

Markera med ett eller flera kryss

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Relationer     | <input type="checkbox"/> Preventivmedel        |
| <input type="checkbox"/> Sexualitet     | <input type="checkbox"/> Heterosexualitet      |
| <input type="checkbox"/> Normer         | <input type="checkbox"/> Känslor               |
| <input type="checkbox"/> Bisexualitet   | <input type="checkbox"/> Mänskliga rättigheter |
| <input type="checkbox"/> Jämställdhet   | <input type="checkbox"/> Inget av ovanstående  |
| <input type="checkbox"/> Homosexualitet |  |

### I2a Känner du att du kan vända dig till någon, eller till något ställe, för att få information, prata fritt om sex, preventivmedel, sexuellt överförbara sjukdomar eller liknande frågor?

- Ja → Fortsätt till I2b
- Nej → Gå till fråga I3a
- Vet inte → Gå till fråga I3a

### I2b Till vem eller vart kan du vända dig?

Markera med ett eller flera kryss

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Skolsköterska/kurator | <input type="checkbox"/> Lärare                           |
| <input type="checkbox"/> Ungdomsmottagning     | <input type="checkbox"/> Annan vuxen                      |
| <input type="checkbox"/> Förälder              | <input type="checkbox"/> Kompis                           |
| <input type="checkbox"/> Syskon                | <input type="checkbox"/> Pojkvän/flickvän                 |
| <input type="checkbox"/> Internet              | <input type="checkbox"/> Annan person/annat ställe: _____ |

### I3a Har du någon gång haft samlag?

- Ja → Fortsätt till I3b
- Nej → Gå till fråga J1

### I3b Hur gammal var du första gången du hade samlag?

□□□ år

### I4 Var du påverkad av alkohol eller narkotika när du hade första samlaget?

Markera med ett eller flera kryss

- Nej
- Ja, alkohol
- Ja, narkotika

**I5 Använde ni något preventivmedel vid det senaste samlaget?***Markera med ett eller flera kryss*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, vi använde kondom som sattes på strax före utlösning | <input type="checkbox"/> Nej, vi litade på säker period     |
| <input type="checkbox"/> Ja, vi använde kondom som användes under hela samlaget   | <input type="checkbox"/> Nej, men vi tog dagen-efter-piller |
| <input type="checkbox"/> Ja, p-piller eller minipiller                            | <input type="checkbox"/> Nej                                |
| <input type="checkbox"/> Ja, annat preventivmedel                                 | <input type="checkbox"/> Osäker, vet inte                   |
| <input type="checkbox"/> Nej, men vi hade avbrutet samlag                         |   |

**HÄR KOMMER NÅGRA FRÅGOR OM SKOLAN****J1 Hur trivs du i skolan?**

- Mycket bra   
  Bra   
  Varken bra eller dåligt   
  Dåligt   
  Mycket dåligt

**Ange varför du trivs eller inte trivs i skolan:**


---



---

**J2 Brukar du skolka?**

- 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

**Om ja, ange varför:**


---



---

**J3 Hur många dagar i veckan har du schemalagd idrott i skolan?**

- Har inte schemalagd idrott → Gå vidare till fråga J5  
 En gång i veckan  
 Två gånger i veckan  
 Tre gånger eller fler varje vecka

**J4 Brukar du vara med på idrotten i skolan?**

- Alltid/nästan alltid  
 Ungefär varannan gång  
 Någon gång  
 Aldrig

+

+

**J5 Har du svårigheter med något av följande i skolan?***Markera med ett kryss på varje rad*

	Inte alls	Ganska lite	Ganska mycket	Mycket
Att följa med under lektionerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att göra mina läxor eller andra liknande uppgifter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att förbereda mig inför prov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att hitta den studieteknik som passar mig bäst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att komma igång med eller slutföra uppgifter som kräver egna initiativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att utföra skriftliga uppgifter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att utföra uppgifter som kräver läsning (t ex läsa en bok)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**J6 Känner du dig stressad av ditt skolarbete?**

Inte alls       Lite grann       Ganska mycket       Mycket

**Om du känner dig stressad, ange varför:**


---



---

**J7 Om du har svårigheter med dina studier, hur ofta får du hjälp?***Markera med ett kryss på varje rad*

	Alltid när jag behöver det	För det mesta	Sällan	Nästan aldrig
I skolan	<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"/>

**J8 Vad hade du för betyg förra terminen (senast) i följande ämnen?***Markera med ett kryss på varje rad*

	A	B	C	D	E	F	Betyg saknas
Svenska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engelska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matematik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**J9 Hur tycker du att dessa påståenden stämmer in på de lärare du har?***Markera med ett kryss på varje rad*

	Stämmer på mer än hälften av lärarna	Stämmer på hälften av lärarna	Stämmer på mindre 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"/>

+

+

**J10 Hur väl stämmer följande påstående in på dig?***Markera med ett kryss på varje rad*

	Stämmer mycket bra	Stämmer ganska bra	Stämmer ganska dåligt	Stämmer mycket dåligt
Jag vet vilka ordningsregler som gäller i min skola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I min skola ställer lärarna höga krav på eleverna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skolarbetet känns meningslöst för mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi elever får vara med och bestämma över saker som är viktiga för oss på vår skola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag får beröm av lärare när jag gör något bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vuxna ingriper om någon blir trakasserad eller mobbad i min skola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skolan berättar för mina föräldrar om jag gjort något bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elevernas åsikter tas inte på allvar i min skola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det är hög ljudnivå och stökigt på lektionerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efter att lektionen börjat tar det oftast mer än 5 minuter innan vi elever börjar arbeta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**J11 Har du möjlighet att ta del av kultur under skoltid?***Markera med ett eller flera kryss*

- Ja, via skolans konserter/teaterföreläsningar
- Ja, via skolbesök på museum/teater/konserthus/bibliotek/kulturhus
- Ja, via olika ämnen i skolan
- Nej

**HÄR KOMMER NÅGRA FRÅGOR OM TRYGGHET OCH UTSATTHET****K1 Känner du dig trygg på följande ställen?***Markera med ett kryss på varje rad*

	Ja, alltid	Ja, oftast	Nej
Utomhus i mitt bostadsområde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utomhus i mitt bostadsområde på kvällen	<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"/>
På rasterna i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nöjesställe eller liknande, t ex konsert, festival	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ute på stan, på allmän plats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På buss, tåg eller liknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I hemmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vid fritidsaktiviteter, t ex inom föreningar/organisationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Följande fyra frågor handlar om **MOBBNING**. Vi menar att en elev mobbas då en annan elev, eller en grupp elever, säger eller gör elaka och otrevliga saker mot honom/henne. Det är också mobbning då en elev upprepade gånger blir retad på ett sätt som han/hon inte tycker om eller om han/hon lämnas utanför. Det är däremot inte mobbning då två ganska jämnstarka elever grälar eller slåss, och inte heller när en elev retas på ett snällt och vänligt sätt.

**K2 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

**K3 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

**K4 Har du blivit utsatt för mobbning, trakasserier eller kränkningar på nätet (via mobil eller internet) i skolan eller på fritiden?**

	Nej	Ja, 1 gång	Ja, flera gånger
Under de senaste 2-3 månaderna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Under de senaste 12 månaderna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**K5 Har du själv utsatt andra för mobbning, trakasserier eller kränkningar på nätet (via mobil eller internet) i skolan eller på fritiden?**

	Nej	Ja, 1 gång	Ja, flera gånger
Under de senaste 2-3 månaderna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Under de senaste 12 månaderna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**K6 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"/>

**K7 Har du varit med om något av följande under de senaste 12 månaderna? Anmäldes detta i så fall till polisen?**

Markera med ett kryss på varje rad

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

HÄR KOMMER NÅGRA FRÅGOR OM SPEL

**L1 Har du någon gång spelat om pengar?**

Markera med ett eller flera kryss

- Nej → Gå vidare till fråga M1
- Ja, under de senaste 30 dagarna
- Ja, under de senaste 12 månaderna
- Ja, för mer än 12 månader sedan

**L2 Har du någonsin känt att du måste spela för mer och mer pengar, för att t ex vinna tillbaka om du förlorat?**

- Ja     Nej

**L3 Har du ljugit om hur mycket du spelar för människor som är viktiga för dig?**

- Ja     Nej

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 eller någon annan vuxen om det. Du kan också ta kontakt med din lärare, skolsköterska/läkare, skolans psykolog eller kurator.

Resultaten från enkäten som du och dina jämnåriga i Skåne nyss fyllt i kommer att presenteras under hösten.

HÄR KAN DU SKRIVA KOMMENTARER OM ENKÄTEN:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---