

skolår 9

# Folkhälsoenkät Barn och Unga i Skåne 2012

- 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 även viktigt att Du och alla andra känner att Du kan svara ärligt och att ingen kan kontrollera hur just Du har svarat. **Därför ber vi Dig att inte prata med andra under tiden som Du fyller i formuläret.**


Det är frivilligt att vara med och ingen vet att det är just Du som 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 oöppnade 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 kulspeppenna du fick i samband med enkäten. **Använd inte tusch- eller blyertspenna!**

Markera dina svar så här

Om du vill ändra ditt svar, täck hela den felaktiga rutan så här 

Skriv tydliga siffror 

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

Frågorna börjar på nästa sida!

## FRÅGOR OM DIG SJÄLV OCH DIN FAMILJ

### A1 Är du pojke eller flicka?

- Pojke
- Flicka

### A2 Hur gammal är du?

### A3 Hur lång är du? (anges i hela cm)

### A4 Hur mycket väger du? (anges i hela kg)

### A5 I vilken kommun bor du?

- |                                       |  |  |
|---------------------------------------|--|--|
| <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"/> Staffanstorps |  |
| <input type="checkbox"/> Kristianstad | <input type="checkbox"/> Svalöv        |  |

### A6 Vilket postnummer har ni där du bor?

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

### A7 I vilken stadsdel bor du? (gäller endast för dig som bor i Malmö)

- Centrum
- Fosie
- Husie
- Hyllie
- Kirseberg
- Limhamn-Bunkeflo
- Oxie
- Rosengård
- Södra Innerstaden
- Västra Innerstaden
- Vet inte

**A8 Var är du född?**

- I Sverige
- I Norge, Danmark, Finland eller Island
- I ett annat land i Europa
- I ett land utanför Europa

**A9 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

**A10 Var är dina föräldrar födda?**

	Pappa	Mamma
I Sverige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I Norge, Danmark, Finland eller Island	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I ett annat land i Europa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I ett land utanför Europa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A11 Vilken/vilka av dina föräldrar bor du tillsammans med?**

- Med båda mina föräldrar
- De bor inte tillsammans, men jag bor lika mycket hos mamma och pappa
- Mest hos mamma
- Mest hos pappa
- Varken mamma eller pappa

**A12 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

**A13 Hur många personer, vuxna och barn, bor i bostaden?**

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

**A14 Vilken högsta utbildning har din mamma och pappa?**

	Pappa	Mamma
Högskola/universitetsutbildning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gymnasium/folkhögskoleutbildning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundskoleutbildning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vet inte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A15 Vad gör dina föräldrar?**

	Pappa	Mamma
Arbetar (hel- eller deltid)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Studerar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tjänstledig/föräldraledig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetslös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Långtidssjukskriven/sjukpensionär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vet inte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A16 Hur mycket pengar har du som du själv kan använda varje månad?**

- Jag har inte egna pengar
- 1-249 kronor
- 250-499 kronor
- 500-999 kronor
- 1000-1499 kronor
- 1500 kronor eller mer

---

FRÅGOR OM DIN HÄLSA

**B1 Hur mår du rent allmänt?**

- Mycket bra
- Bra
- Någorlunda
- Dåligt
- Mycket dåligt

**B2 Hur frisk tycker du att du är?**

- Mycket frisk
- Ganska frisk
- Inte särskilt frisk

**B3 Känner du dig nöjd med dig själv?**

- Ja, oftast
- Ja, ibland
- Nej, nästan aldrig

**B4 Känner du dig stressad i din vardag?**

- Ja, ofta
- Ja, ibland
- Nej, nästan aldrig

**B5 Hur ofta har du under de senaste 6 månaderna haft följande besvär?**

(sätt 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"/>
Värk i axlar/skuldror/nacke	<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"/>
Stressad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lycklig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avslappnad och lugn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha kontroll	<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"/>
Orolig sömn	<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"/>

**B6 Håller du på att banta eller gör du något annat för att gå ned i vikt just nu?**

- Nej, jag väger lagom mycket
- Nej, men jag behöver gå ned i vikt
- Nej, för jag behöver gå upp i vikt
- Ja

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

- Mindre än 6 timmar
- 6-7 timmar
- 7-8 timmar
- 8-9 timmar
- Mer än 9 timmar

**B8 När brukar du lägga dig en vanlig kväll då du ska gå till skolan dagen efter?**

- Före klockan 22
- Klockan 22-23
- Klockan 23-24
- Klockan 24-01
- Efter klockan 01

**B9 Har du just nu någon riktigt nära vän som du kan samtala förtroligt med om nästan alla dina personliga saker?**

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

**B10 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"/>

**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 .....**

(sätt 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	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B12 Har du eller har du haft något eller några av följande besvär under de senaste 12 månaderna?**

(sätt ett kryss på varje rad, om du inte har eller har haft detta besvär markera rutan *Nej*)

	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"/>
Annan hudsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B13 Har du någon av följande funktionsnedsättningar?**

(sätt ett kryss på varje rad, om du inte har denna funktionsnedsättning markera rutan *Nej*)

	Ja	Nej
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"/>

## B14 Hur väl stämmer följande påstående in på dig och ditt liv?

(sätt ett kryss på varje rad)

	Stämmer mycket dåligt	Stämmer ganska dåligt	Stämmer ganska bra	Stämmer mycket bra
Jag vet vilka ordningsregler som gäller i min skola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mina föräldrar ger mig beröm när jag gjort något bra	<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"/>
Mina föräldrar bestämmer när jag ska vara hemma på kvällen	<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"/>
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"/>
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"/>
Jag får vara ute hur länge jag vill på fredags- och lördagskvällarna	<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"/>
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"/>

## OLYCKSFALL

### 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  $\longrightarrow$  fortsätt till fråga C4
- 1 gång
- 2 eller flera gånger

### C2 Var hände skadan/skadorna/olyckan/olyckorna?

(du får sätta mer än ett 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?

(du får sätta mer än ett 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?

(sätt ett kryss på varje rad)

	Alltid/nästan alltid	Då och då	Aldrig/nästan aldrig	Åker inte
säkerhetsbälte när du åker bil/buss	<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"/>
hjälm när du åker moped/MC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

## 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 vara med på idrotten i skolan?

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

### D3 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

### D4 Har du under de senaste 12 månaderna varit med i någon förening, klubb eller organisation?

- Ja     Nej

**D5 Hur många timmar per dag sitter du i genomsnitt framför datorn på fritiden?**  
(räkna inte tiden i skolan)

- Använder inte dator på fritiden
- Mindre än 1 timme
- Mellan 1-2 timmar
- Mellan 2-3 timmar
- Mellan 3-5 timmar
- Mer än 5 timmar

**D6 Hur ofta brukar du använda dator för att ...**

(sätt ett kryss på varje alternativ, om du aldrig använt datorn till detta markera rutan *Aldrig*)

	Nästan varje dag	3-4 dagar/ vecka	1-2 dagar/ vecka	Ett par gångar/ månad	Aldrig
Kommunicera med andra tex. Facebook, MSN, mail, ICQ eller liknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lyssna på musik, kolla på film eller serier tex. Spotify, Vodder, Youtube eller liknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spela spel (ej om pengar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blogga eller läsa bloggar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leta information, läsa tidningar eller liknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Göra skoluppgifter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D7 Hur många timmar om dagen brukar du titta på TV?**

- Max 1 timme
- 1-2 timmar
- 2-3 timmar
- Mer än 3 timmar
- Tittar inte på TV

**D8 Hur trivs du på din fritid?**

- Mycket bra
- Bra
- Sådär
- Ganska dåligt
- Mycket dåligt

**D9 Har du under de senaste 12 månaderna deltagit i någon av följande aktiviteter, eller kan du tänka dig att göra det?** (sätt ett kryss på varje rad)

	Det har jag gjort	Det har jag inte gjort, men kan tänka mig att göra	Det skulle jag aldrig göra
Skriva på en namnsamling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ta kontakt med någon politiker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skriva insändare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bära märken/symboler som uttrycker en åsikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delta i bojkotter/köpstrejker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delta i lagliga demonstrationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vara medlem i ett politiskt parti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chatta/debattera politik på internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delta i olagliga demonstrationer/aktioner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Måla politiska slagord på allmän plats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ockupera byggnader	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skada andras/allmän egendom i protest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D10** Tänk dig att du är politiker och bestämmer i den kommun där du bor. Vad är viktigast att satsa på? Markera med kryss de fyra områden som du tycker att det är viktigast att kommunen satsar på. (här får du sätta högst fyra kryss)

- arbete mot kriminalitet
- arbete mot främlingsfientlighet och rasism
- bostäder för unga
- ungas psykiska hälsa
- arbetsmiljö i skolan
- arbete för miljön
- gator, vägar och cykelbanor
- lika lön för lika arbete för män och kvinnor
- kollektivtrafik, t.ex. bussar och tåg
- arbete för att minska användandet av alkohol och droger bland unga
- skapa arbeten för unga
- ställen där ungdomar kan träffas
- stöd till föreningar
- stöd till kulturverksamheter för unga
- djurens rättigheter
- sjukvård
- skola
- barnomsorg
- äldreomsorg
- fritidsaktiviteter
- idrottsanläggningar

**D11** Hur stor möjlighet tycker du att du själv har att föra fram dina åsikter till dem som bestämmer i kommunen?

- Mycket stora möjligheter
- Ganska stora möjligheter
- Ganska små möjligheter
- Mycket små möjligheter/inga möjligheter alls
- Vet inte

## D12 Hur ofta brukar du göra följande?

(sätt 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
Cykla eller gå till skolan	<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"/>
Läsa böcker för nöjes skull	<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"/>
Gå på fest eller liknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå på fritidsgården	<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"/>
Måla, sy, sticka, skriva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå på bibliotek (ej på skoltid)	<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"/>
Gå på sportevenemang som publik	<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"/>
Gå på konserter, teater, museum, bio el. liknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ligga hemma och slappa eller sova (ej nattetid)	<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"/>
Gå ut med kompisar på stan/centrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Köra runt på moped, MC eller med bil bara på kul	<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"/>

## D13 Vad vill du göra på din fritid?

---

---

---

## MATVANOR

### E1 Hur ofta brukar du? (sätt ett kryss på varje rad)

	Aldrig eller några ggr/år	Några ggr/mån	Minst en gång/vecka	Nästan varje dag	Flera ggr/dag
Äta grönsaker	<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"/>
Äta pizza, hamburgare, pommes frites, kebab eller annan snabbmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Äta godis, chips, ostbågar, dricka läsk eller liknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dricka energidrycker (ex. Red Bull, Burn, V, Rockstar, Monster)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### E2 Hur ofta äter du följande måltider under en vanlig vecka? (sätt 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"/>

---

## ALKOHOL

Med alkohol menas folköl, mellan-/starköl, alkoholstark cider, alkoläsk, vin, starkvin och sprit. (räkna inte med alkoholhaltiga drycker under 2,8 % ex. lättöl och lättcider)

Med sprit menas brännvin, vodka, gin, konjak, whisky, likör, punsch men också hembränt och smuggelsprit. Även sprit som ingår i drinkar eller shots räknas.

**F1 Har du någon gång under de senaste 12 månaderna druckit öl, alkoläsk, mellanstark eller starkcider, vin eller sprit?**

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

**F2 Hur många gånger under de senaste 12 månaderna har du druckit följande drycker?** (sätt ett kryss för varje typ av dryck)

	Smugglad starköl	Smuggel-sprit	Hembränd sprit (hembränt)
Aldrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-2 gånger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 gånger eller fler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vet ej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- Dricker inte folköl  
 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 Hur ofta har du druckit starköl under de senaste 12 månaderna?**

- Dricker inte starköl  
 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 de senaste 12 månaderna  
 1 gång under de senaste 12 månaderna

**F5 Hur ofta har du druckit starkcider, alkoholisk eller liknande under de senaste 12 månaderna?**

*Med starkcider avses sådan som finns på Systembolag, pubar o dyl.*

- Dricker inte starkcider, alkoholisk eller liknande
- 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 de senaste 12 månaderna
- 1 gång under de senaste 12 månaderna

**F6 Hur ofta har du druckit vin under de senaste 12 månaderna?**

- Dricker inte vin
- 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 de senaste 12 månaderna
- 1 gång under de senaste 12 månaderna

**F7 Hur ofta har du druckit sprit under de senaste 12 månaderna?**

- Dricker inte sprit
- 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 de senaste 12 månaderna
- 1 gång under de senaste 12 månaderna

**F8 Hur får du vanligen tag på följande drycker?**

(du får sätta mer än ett kryss per dryck)

	Cider Folköl (max 3,5%)	Starköl Starkcider Alkoläsk (mer än 3,5%)	Vin	Sprit
Dricker inte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Köper själv på Systembolaget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Köper själv i butik i den egna kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Köper själv i butik utanför den egna kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Från syskon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Från kompisar eller kompisars syskon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Från egna föräldrar <u>med</u> lov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Från egna föräldrar <u>utan</u> lov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Från kompisars föräldrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Från annan vuxen som bjuder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Från annan vuxen som köper ut åt mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På restaurang, pub eller liknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handlar själv i ett grannland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat sätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**F9 Hur får du vanligen tag på följande drycker?**

(du får sätta mer än ett kryss per dryck)

	Smugglad starköl, stark cider & alkoläsk mer än 3,5%	Smuggelsprit	Hembränt
Dricker inte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Från syskon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Från kompisar eller kompisars syskon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Från egna föräldrar <u>med</u> lov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Från egna föräldrar <u>utan</u> lov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Från annan vuxen som bjuder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Från annan vuxen som köper ut åt mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handlar själv i ett grannland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tillverkar själv	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat sätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**F10 Har du någon gång druckit så mycket alkohol att du känt dig berusad?**

- Nej    Ja

**F11 Hur ofta dricker du så mycket alkohol att du känner dig berusad?**

- Jag dricker inte alkohol  
 Aldrig  
 Sällan  
 Ibland  
 Nästan varje gång jag dricker  
 Varje gång jag dricker

**F12** Tänk tillbaka på de senaste 12 månaderna. Hur ofta har du vid ett och samma tillfälle druckit alkohol motsvarande minst fyra burkar starköl eller stark cider/alkoläsk eller sex burkar folköl eller en hel flaska vin eller 25 cl sprit (ca 6 shots eller drinkar)?

- Dricker inte alkohol
- 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

**F13** Händer det att du blir bjuden på alkohol av någon av dina föräldrar?

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

**F14** Har det hänt att någon av dina föräldrar har köpt hem folköl, starköl, mellancider, starkcider, alkoläsk, vin eller sprit åt dig?

(du får sätta mer än ett kryss)

- Ja, folköl eller mellancider (max 3,5 %)
- Ja, starköl eller starkcider (mer än 3,5 %)
- Ja, vin
- Ja, sprit
- Nej, det har de inte gjort

**F15** 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

**F16** Har någon du känner blivit skadad eller råkat illa ut på grund av att personen 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



**F17 Tycker du att det finns någon närstående person till dig som dricker för mycket alkohol?** (detta kan inkludera andra personer än dina (styv) föräldrar)

- Ja
- Nej

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

- Ja
- Nej

## TOBAK

### G1 Röker du?

- Nej, jag har aldrig rökt
- Nej, men jag har provat
- Nej, jag har rökt men slutat
- Ja, varje dag
- Ja, nästan varje dag
- Ja, när jag är på fest
- Ja, ibland

**Hur många cigaretter röker du varje dag?**

Röker  cigaretter per dag

- Jag röker inte cigaretter

### G2 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

**Hur mycket snus använder du?**

Jag snusar för det mesta  dosor per vecka

- Jag snusar mindre än 1 dosa per vecka
- Innehåller snuset nikotin?  Ja  Nej

### G3 Hur får du vanligen tag på tobak, t ex cigaretter och snus?

(du får sätta mer än ett kryss)

- Jag använder inte tobak
- Köper själv i butik eller liknande i den egna kommunen
- Köper själv i butik eller liknande utanför den egna kommunen
- Från syskon eller kompisar
- Från egna föräldrar med lov
- Från egna föräldrar utan lov
- Från kompisars föräldrar
- Från annan vuxen (18 år eller äldre)

**Var har du köpt tobak?**

(du får sätta mer än ett kryss)

- Varuhus/mataffär
- Närbutik/jourbutik
- Kiosk
- Bensinstation
- Restaurang
- Annat ställe

**G4 Vem i din omgivning röker och/eller snusar dagligen eller regelbundet?**

(markera med ett eller flera kryss för röker/snusar)

	Röker	Snusar
Ingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mamma (styvmamma, fostermamma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pappa (styvpappa, fosterpappa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syskon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pojk- eller flickvän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kamrater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan i min närhet som jag ofta umgås med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**G5 Tillåter dina föräldrar att du använder tobak?**

(sätt ett kryss för cigaretter och ett kryss för snus)

	Cigaretter	Snus
Nej, ingen av dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pappa, men inte mamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mamma, men inte pappa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, båda tillåter det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag vet inte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**G6 Har du någon gång rökt vattenpipa?**

Ja       Nej

**G7 Hur ofta under de senaste 12 månaderna har du rökt vattenpipa?**

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

---

**NARKOTIKA**

Med narkotika avses hasch, marijuana, 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

**H3 Har du någon gång använt narkotika?**

- Ja  Nej

**H4 Har du någonsin använt något av följande medel och i så fall hur många gånger?**  
(sätt ett kryss på varje rad)

	Aldrig	En gång	2-4 ggr	5-10 ggr	11-20 ggr
Hasch/marijuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin som röks/injiceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Khat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GHB/GBL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sömn/lugnande eller smärtstillande medel utan läkares ordination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anabola steroider/hormondopningsmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**H5 Har du använt narkotika de senaste 30 dagarna (från och med igår)?**  
(du får sätta mer än ett kryss)

- Jag har aldrig använt narkotika  
 Nej, inte de senaste 30 dagarna  
 Ja, hasch/marijuana  
 Ja, annan narkotika

**H6 Har du använt narkotika de senaste 12 månaderna?**  
(du får sätta mer än ett kryss)

- Jag har aldrig använt narkotika  
 Nej, inte de senaste 12 månaderna  
 Ja, hasch/marijuana  
 Ja, ecstasy  
 Ja, amfetamin  
 Ja, annan narkotika

**H7 Var har du fått tag på narkotikan?**  
(du får sätta mer än ett kryss)

- Jag har aldrig använt narkotika  
 I skolan eller i närheten av skolan  
 På annan plats i kommunen  
 På annan ort i Sverige  
 I Danmark  
 På Internet  
 På annat ställe

### H8 Har du sniffat någon gång?

- Nej
- Ja, under de senaste 30 dagarna
- Ja, under de senaste 12 månaderna
- Ja, men för mer än ett år sedan

---

## SEX OCH SAMLEVNAD

### I1 Har din skola tagit upp något av följande ämnen när ni arbetat med sex- och samlevnadsfrågor? (du får sätta mer än ett kryss)

- Kärlek
- Homosexualitet, Bisexualitet, Transsexualitet
- Kropp och könsorgan
- Sex på nätet
- Preventivmedel
- Pornografi
- Sexuellt överförbara sjukdomar
- Vår skola har inte tagit upp någonting kring dessa ämnen

### I2 Hur tycker du att skolans undervisning om sex och samlevnad har varit?

- Har inte haft någon undervisning om dessa ämnen
- Mycket bra
- Bra
- Varken bra eller dålig
- Dålig
- Mycket dålig

### I3 Känner du att du har någon, eller någonstans, som du kan vända dig till för att få information eller prata fritt om sex, preventivmedel, sexuellt överförbara sjukdomar eller liknande frågor?

- Ja
- Nej
- Vet inte

**Till vem eller vart kan du vända dig?**  
(du får sätta mer än ett kryss)

- Skolsköterska
- Ungdomsmottagning
- Förälder
- Syskon
- Lärare
- Annan vuxen
- Kompis
- Pojkvän/flickvän
- Internet
- Annan person/annat ställe \_\_\_\_\_

**I4 Har du någon gång haft samlag?**

- Ja  
 Nej  fortsätt till fråga I7

**Om du svarat ja, hur gammal var du första gången du hade samlag?**

**I5 Var du påverkad av alkohol/narkotika när du hade första samlaget?**

(du får sätta mer än ett kryss)

- Nej  
 Ja, alkohol  
 Ja, narkotika

**I6 Använde ni något preventivmedel vid det senaste samlaget?**

(du får sätta mer än ett kryss)

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

**I7 Hur gammal var du när du (om någonsin) gjorde följande saker för första gången?**

(besvara varje delfråga)

	Aldrig	Ålder
Drack minst ett glas alkohol (öl, vin, sprit etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Blev berusad av alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Rökte en cigarett	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Snusade	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Använde marijuana eller hasch	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Använde annan narkotika än marijuana/hasch	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sniffade (lim, spray etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Använde alkohol tillsammans med läkemedel	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

---

## SKOLAN

### J1 Hur trivs du i skolan?

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

### 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

### J3 Hur går det för dig i skolan? Har du svårigheter med något av följande?

(sätt ett kryss på varje rad).

	Inte alls	Ganska litet	Ganska mycket	Mycket
Att följa med under lektionerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att arbeta i grupp	<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 (ex. bok)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att komma överens med skolkamraterna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att komma överens med lärarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### J4 Känner du dig stressad av ditt skolarbete?

- Inte alls     Lite grann     Ganska mycket     Mycket

### J5 Om du har svårigheter med din skolgång eller i studierna, hur ofta får du hjälp? Besvara båda punkterna.

	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"/>

**J6 Vad hade du för betyg förra terminen (senast) i följande ämnen?**

(markera en ruta på varje delfråga)

	Betyg saknas	IG	G	VG	MVG
Svenska	<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"/>
Matematik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**J7 Dina lärare – Hur tycker du att dessa påståenden stämmer in på de lärare du har?**

(sätt ett kryss på varje rad)

	Stämmer på nästan alla lärare	Stämmer på mer än hälften av lärarna	Stämmer på hälften av lärarna	Stämmer på mindre än hälften av alla lärarna	Stämmer nästan inte på någon lärare
De jobbar för att klasser och grupper ska fungera bra ihop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De anstränger sig för att ingen elev ska bli diskriminerad, trakasserad eller kränkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De är bra på att skapa arbetsro under lektionerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De är bra på att förklara sådant vi ska lära oss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De är bra på att få oss att tänka själv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De uppmärksammar mig när jag gör någonting bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## TRYGGHET OCH UTSATTHET

**K1 Känner du dig trygg på följande ställen?**

(sätt 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 eller 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"/>
På fritidsgården eller liknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nöjesställe eller liknande, 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 ex. inom föreningar/organisationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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 en eller två gånger under de senaste månaderna
- Två eller tre gånger i månaden
- Ungefär en gång i veckan
- Flera gånger i veckan

**K3 Har du under de senaste 12 månaderna, i skolan eller på fritiden, blivit utsatt för trakasserier eller kränkningar via mobiltelefon och/eller Internet?**

(SMS, MSN, facebook, mail eller liknande)

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

**K4 Har du varit med om något av följande under de senaste 12 månaderna?**

**Om du varit det, har det anmälts till polisen?**

(besvara varje delfråga)

	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"/>

**K5 Hur väl stämmer följande påståenden överens med dig?**

(besvara varje delfråga)

	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"/>



---

## SPEL

### L1 Vilka spel om pengar har du deltagit i under de senaste 12 månaderna?

(sätt ett kryss på varje rad)

	Flera gånger i veckan	Flera gånger i månaden	En gång/ månad eller mer sällan	Har inte spelat det senaste året	Har aldrig spelat
Spel om pengar på Internet (t.ex. poker, casino, betting)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spelautomater (t.ex. Jack Vegas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lotter (t.ex. Triss, Bingolotto, Lotto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sportspel (t.ex. Måltipset, Stryktipset, Hästar, Oddset)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poker eller andra kortspel med vänner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Övriga spel om pengar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### L2 Hur mycket har du spelat för de senaste 30 dagarna?

- Jag har inte spelat alls med pengar som insats
- 100 kronor eller mindre
- 100-299 kronor
- 300-600 kronor
- Mer än 600 kronor

### L3 Har du någonsin känt att du måste spela för mer och mer pengar, för att t.ex. vinna tillbaka om du förlorat?

- Nej
- Ja

---

## TILL SIST.....

### M1 Hur tycker du att din hälsa är?

- Mycket bra
- Bra
- Ganska bra
- 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.