

skolår 6

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"/> Staffanstorp | |
| <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 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"/>

A15 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 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

B7 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

B8 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

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 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"/>

B11 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"/>

B12 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"/>

B13 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)

- I gymnastiken på 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 ex. 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 ex. Spotify, Voddler, 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 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"/>

D10 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 Har du någon gång druckit så mycket alkohol att du känt dig berusad?

- Nej Ja

F3 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

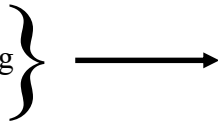
Hur många cigaretter röker du varje dag?

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 haft lust att pröva narkotika?

- Ja Nej

H3 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
-

SKOLAN

I1 Hur trivs du i skolan?

- Mycket bra
 Bra
 Varken bra eller dåligt
 Dåligt
 Mycket dåligt

I2 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

I3 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"/>

I4 Känner du dig stressad av ditt skolarbete?

Inte alls Lite grann Ganska mycket Mycket

I5 Om du har svårigheter med din skolgång eller i studierna, hur ofta får du hjälp?

(sätt 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"/>

I6 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

J1 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"/>

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

- Jag har inte blivit mobbad i skolan de senaste månaderna
- Det har hänt en eller två gånger under de senaste månaderna
- Två eller tre gånger i månaden
- Ungefär en gång i veckan
- Flera gånger i veckan

J3 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

J4 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"/>

J5 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"/>

TILL SIST.....

K1 Hur tycker du att din hälsa är?

- Mycket bra
- Bra
- Ganska bra
- Dålig

K2 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

K3 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.