

Folkhälsoenkät Ung 2020

Detta är en enkät om hälsa och levnadsvanor som görs i alla kommuner i Jönköpings län.

Resultaten kommer att användas som ett kunskapsunderlag för kommunens och Region Jönköpings läns arbete bland ungdomar.

Det är frivilligt att delta och du kan hoppa över frågor som du inte kan eller vill svara på genom att klicka på den högra knappen i nederkanten på sidan. Enkäten är anonym, det lösenord du fått kan inte kopplas till dig.

Välkommen att starta enkäten!

Enkäten handlar om:



Du och din familj

I vilket skolår går du?

- Skolår 7
- Skolår 8
- Skolår 9
- År 1 på gymnasiet
- År 2 på gymnasiet
- År 3 på gymnasiet

Vilken typ av program går du?

- Yrkesförberedande program
- Högskoleförberedande program
- Introduktionsprogram

Har du fyllt 18 år?

- Nej
- Ja

Vilket kön identifierar du dig med?

- Kille
- Tjej
- Annan könsidentitet (om du är eller känner dig tillhöra annat kön än kille eller tjej)
- Osäker

Identifierar du dig som transperson?

- Ja
- Nej
- Osäker

Vilken är din sexuella läggning?

- Bisexuell (Du blir kär i eller attraherad av någon oavsett kön)
- Heterosexuell (Du blir kär eller attraherad av någon av annat kön än ditt eget)
- Homosexuell (Du blir kär i eller attraherad av någon av samma kön som ditt eget)
- Annan
- Osäker
- Vill inte uppge

Vilken kommun bor du i?

- Aneby
- Eksjö
- Gislaved
- Gnosjö
- Habo
- Jönköping
- Mullsjö
- Nässjö
- Sävsjö
- Tranås
- Vaggeryd

- Vetlanda
- Värnamo
- Annan kommun

Var bor du?

- Centralorten i din kommun
- Annan ort i din kommun
- På landsbygden

Vilka bor du tillsammans med?

- Båda mina föräldrar/vårdnadshavare
- Växelvis hos mina föräldrar/vårdnadshavare
- Bara en förälder/vårdnadshavare och eventuell annan vuxen
- Bor i familjehem eller HVB – hem
- Bor på skolan
- Annan/andra: _____

Hur ofta upplever du att din familj har råd att göra/köpa samma saker som de flesta andra i din klass?

- Alltid
- Ofta
- Ibland
- Sällan
- Aldrig

Hur ofta har du tillräckligt med pengar för att göra samma saker som dina kompisar?

- Alltid
- Ofta
- Ibland

- Sällan
- Aldrig

Var är du född?

- I Sverige
- I ett annat land i Norden
- I ett annat land i Europa
- I ett annat land utanför Europa

Var är dina föräldrar födda?

*I de fall du inte vet vad du ska svara lämnar du den raden blank
Sätt ett kryss på varje rad*

	I Sverige	I ett annat land i Norden	I ett annat land i Europa	I ett annat land utanför Europa
Förälder A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förälder B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vad gör dina föräldrar/vårdnadshavare (huvudsaklig sysselsättning)?

Om du bor med foster-/bonusförälder anger du dennes/deras sysselsättning. I de fall du inte vet vad du ska svara lämnar du den raden blank. Sätt ett kryss på varje rad

	Arbetar	Studerar	Arbetslös	Långtids-sjukskriven eller sjukpension är	Annat
Förälder/vårdnadshavare A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förälder/vårdnadshavare B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hälsa och livsstil

Hur mår du rent allmänt?

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

Nedan kommer påståenden och frågor som handlar om känslor och tankar. Ange hur väl du instämmer med varje påstående eller fråga.

Sätt ett kryss per rad.

	Håller helt med	Håller med	Jag varken håller med eller inte	Håller inte med	Håller inte alls med
Jag tycker om mig själv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är tillräckligt bra som jag är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andra i min ålder tycker om mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ange här hur väl påståendena nedan stämmer överens med hur du upplevt din situation de senaste 2 veckorna.

Sätt ett kryss per rad.

	Alltid	Oftast	Ibland	Sällan	Aldrig
Jag har haft en positiv syn på framtiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har känt att jag har varit till nytta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har känt mig lugn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har hanterat problem på ett bra sätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har tänkt på ett klart sätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har känt mig nära andra människor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jag har själv kunnat bestämma mig om saker och ting.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Hur väl stämmer nedanstående påståenden? Det gäller hur du har haft det de senaste 6 månaderna.

	Stämmer inte	Stämmer delvis	Stämmer helt
Jag blir mycket arg och tappar ofta humöret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag slåss eller bråkar mycket. Jag kan tvinga andra att göra som jag vill	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är impulsiv och handlar utan att tänka först	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hur ofta under de senaste 6 månaderna har du haft följande besvär?
Sätt ett kryss på varje rad

	Sällan eller aldrig	Ungefär en gång i månaden	Ungefär en gång i veckan	Mer än en gång i veckan	I stort sett varje dag
Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ont i magen (ej mensvärk)	<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"/>
Känt mig nere/ledsen	<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"/>
Känt mig orolig/nervös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Känt mig stressad	<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"/>

Har du någon av följande funktionsnedsättningar?

	Nej	Ja, lätt	Ja, svår
Hörselnedsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synnedsättning där glasögon eller linser inte hjälper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rörelsehinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Läs- och/eller skrivsvårigheter, dyslexi, dyskalkyli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADHD, ADD, Tourettes eller liknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asperger, Autism eller liknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan funktionsnedsättning...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du en långvarig sjukdom eller annat långvarigt hälsoproblem som du har fått diagnosticerad av läkare?

Till exempel diabetes, allergi, eksem, gluten- eller laktosintolerans,

- Ja: Vilken/vilka? _____
- Nej

Hur ofta äter du vanligtvis frukost (mer än ett glas mjölk eller juice) under vardagar?

- Varje vardag
- 3-4 vardagar
- 1-2 vardagar
- Aldrig

Hur ofta brukar du äta/dricka följande?

Sätt ett kryss på varje rad

	Sällan eller aldrig	En gång i veckan	Några gånger i veckan	Så gott som dagligen	Mer än en gång om dagen
Sockersötad dryck (ej light) t.ex. läsk, saft, juice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Energidryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Godis, chips, glass eller fikabröd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grönsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fisk eller skaldjur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pizza, hamburgare, kebab eller liknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kosttillskott (för exempelvis prestationshöjning, muskeltillväxt, fettförbränning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hur ofta går eller cyklar du en timme eller mer per dag? (Tiden behöver inte vara sammanhängande)

- Varje dag
- 4-6 gånger i veckan
- 2-3 gånger i veckan
- En gång i veckan
- 1-3 gånger i månaden
- Mindre än en gång i månaden
- Aldrig

Hur ofta tränar du på fritiden i minst 30 minuter, så att du blir andfådd och svettas?

- Varje dag
- 4-6 gånger i veckan
- 2-3 gånger i veckan
- En gång i veckan
- 1-3 gånger i månaden
- Mindre än en gång i månaden
- Aldrig

Hur tycker du att du sover?

- Mycket bra
- Ganska bra

- Varken eller
- Ganska dåligt
- Mycket dåligt

Hur många timmar per natt brukar du sova?

Antal timmar på vardagar

Antal timmar på helger

Vad skulle du behöva mer kunskap om gällande sex och samlevnad?

Du kan markera flera alternativ

- Hur man hittar någon att bli tillsammans med
- Hur man får ett förhållande att fungera bra
- Hur man gör slut
- Onani och sex
- Homo-, bi- och transsexualitet
- Religionens/kulturens/samhällets påverkan på sexualiteten
- Hur man tar upp frågan om kondomanvändning, när man är på väg att ha sex
- Hur man undviker oönskade graviditeter
- Hur könssjukdomar smittar
- Annat: _____

Om du skulle ha sex med någon som ville använda kondom, hur skulle du reagera då?

Du kan markera flera alternativ

- Jag skulle tycka att personen verkade vara omtänksam/ansvarsfull
- Det skulle kännas som att personen kanske hade en könssjukdom eller trodde att jag hade det
- Jag skulle vilja använda kondom och tycker att det vore bra om min partner föreslog det

- Jag skulle inte vilja använda kondom och skulle bli störd om min partner föreslog det
- Om jag kände personen sedan tidigare skulle jag inte tycka att det behövdes
- Jag skulle inte tycka att kondom behövdes om jag eller min partner använde hormonellt preventivmedel, till exempel p-piller, minipiller, p-ring
- Vet inte

Tobak, alkohol, narkotika

Röker du?

- Nej
- Ja, ibland
- Ja, varje dag

Snusar du?

- Nej
- Ja, ibland
- Ja, varje dag

Har du någon gång rökt vattenpipa?

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

Använder du e-cigarett (vaping)?

- Nej
- Ja, ibland
- Ja, varje dag

Hur får du tag på tobak?

Till exempel cigaretter, snus och tobak till vattenpipa. Du kan markera flera alternativ

- Köper själv i butik, kiosk eller liknande
- Köper själv från internet
- Från kompisar
- Från syskon
- Från föräldrar
- Från försäljare av smuggeltobak
- På annat sätt: _____
- Jag använder inte tobak

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

Räkna inte med drycker under 2,8 %, t ex lättöl eller svag cider. Detta gäller för alla frågor om alkohol

- Nej
- Ja

Hur ofta dricker du alkohol?

- Har testat enstaka gång
- Några gånger per år
- 1 gång i månaden
- 2-3 gånger i månaden
- Någon gång i veckan
- Flera gånger i veckan

Hur ofta händer det att du vid ett och samma tillfälle dricker alkohol motsvarande minst:

- fyra stora burkar starköl/starkcider
- eller 25 cl sprit (ca sex shots/drinkar)
- eller en hel flaska vin
- eller sex burkar folköl?

- Jag dricker aldrig så mycket alkohol
- Några gånger per år
- 1 gång i månaden
- 2-3 gånger i månaden
- Någon gång i veckan
- Flera gånger i veckan

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

- Nej
- Ja

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

- Några gånger per år
- 1 gång i månaden
- 2-3 gånger i månaden
- Någon gång i veckan
- Flera gånger i veckan

Har du någon gång använt läkemedel tillsammans med alkohol i berusnings syfte?

- Nej
- Ja, 1-2 gånger

Ja, flera gånger

Hur får du tag på alkohol?

Du kan markera flera alternativ

- Köper själv, till exempel via Internet, utomlands, på restaurang/bar/pub
- Köper från någon som annonserar på sociala medier
- Köper från någon annan som säljer/köper ut till ungdomar
- Från mina kompisar
- Från syskon
- Får av mina föräldrar/vårdnadshavare
- Tar hemifrån utan tillstånd
- Får/tar på fest
- På annat sätt, nämligen: _____

Har du blivit bjuden på alkohol av dina föräldrar/vårdnadshavare?

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

Har du någon gång använt anabola steroider/dopingpreparat?

- Nej
- Ja, 1-2 gånger
- Ja, flera gånger

Har du någon gång använt receptbelagda läkemedel utan ordination från läkare?

Du kan markera flera alternativ

- Nej

- Ja, receptbelagda smärtstillande läkemedel (exempelvis Tramadol, Citadon, Morfin, Oxycontin)
- Ja, receptbelagda sömnmedel/lugnande medel (exempelvis Xanor, Stesolid, Zopiklon, Oxascand)
- Ja, annat: _____
- Vet ej

Hur får du tag på läkemedel?

- Köper själv, till exempel via Internet, utomlands
- Köper från någon som annonserar på sociala medier
- Köper från någon annan som säljer till ungdomar
- Från mina kompisar
- Tar hemifrån utan tillstånd
- På annat sätt, nämligen: _____

Har du någon gång blivit erbjuden att köpa eller få narkotika?

Med narkotika avses t.ex. cannabis, spice, amfetamin

- Nej
- Ja

Har du någon gång använt narkotika?

Med narkotika avses t.ex. cannabis, spice, amfetamin

- Nej
- Ja

Hur många gånger har du använt narkotika de senaste 12 månaderna?

Sätt ett kryss på varje rad

	Ingen gång	1 gång	2-4 gånger	5-20 gånger	Fler än 20 gånger
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan narkotika än Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Av vem har du köpt eller fått narkotika?

Du kan markera flera alternativ

- Jag har köpt av okänd
- Jag har köpt av någon jag känner
- Jag har köpt via Internet
- Jag har fått av någon jag känner (yngre än 20 år)
- Jag har fått av någon jag känner (äldre än 20 år)
- Jag har fått av någon okänd
- På annat sätt, nämligen: _____

Hur gammal var du första gången du:

Sätt ett kryss på varje rad

	Det har aldrig hänt	11 år eller yngre	12 år	13 år	14 år	15 år	16 år	17 år	18 år eller äldre
Drack alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blev berusad av alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rökte en cigarett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snusade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rökte e-cigarett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rökte vattenpipa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Använde narkotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Använde receptbelagda läkemedel utan ordination från läkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vilket av svarsalternativen nedan stämmer bäst in på dina föräldrars/vårdnadshavares inställning?

Sätt ett kryss på varje rad

	De förbjuder mig	De pratar med mig om att jag inte ska	De tycker att det är ok	Jag vet inte
Att röka cigaretter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att snusa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att dricka alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att dricka mig berusad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att röka vattenpipa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att röka cannabis, spice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SPEL

Har du någon gång spelat om pengar?

Markera med ett eller flera kryss.

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

Har du känt att du måste spela för mer och mer pengar?

- Nej
- Ja

Har du köpt/betalt för virtuella saker i data-/mobilspele (t.ex loot boxes, pay to win) den senaste månaden?

- Nej
- Ja

SKOLA

Hur ofta upplever du att du har arbetsro på lektionerna?

- Alltid
- Ofta
- Ibland
- Sällan
- Aldrig

Hur ofta upplever du att lärarna ger dig stöd och hjälp att utvecklas?

- Alltid
- Ofta
- Ibland
- Sällan
- Aldrig

Hur känner du dig inför skolarbetet?

- Mycket lugn
- Ganska lugn
- Ganska stressad
- Mycket stressad

Brukar du skolka från undervisningen?

- 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

FRITID

Nu kommer några frågor om din fritid. Med fritid menas tiden utanför skolarbetet. Hur mycket fritid du upplever att du har, vad du gör på din fritid och vad du vill ha ut av din fritid.

Hur stämmer dessa påståenden in på dig?

	Stämmer inte alls	Stämmer delvis	Stämmer helt
Det finns saker att göra men inget som intresserar mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det finns saker att göra men min familj säger nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det finns saker att göra men jag kan inte ta mig dit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det finns saker att göra men det kostar för mycket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du tänker på en vanlig vecka, hur många kvällar brukar du då:

Sätt ett kryss på varje rad

	Ingen kväll	1-2 kvällar i veckan	3-7 kvällar i veckan
vara på fritidsgården?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
idrotta, träna eller annan fysisk aktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sjunga, hålla på med musik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dansa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
spela teater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hålla på med foto eller film, teckna/måla, skriva, pyssla, sy eller liknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
läsa böcker, tidningar, artiklar, bloggar eller liknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
engagera dig i kyrkan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vara ute i naturen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ägn dig åt politik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ägn tid till skolarbete eller läxor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vara ute på stan/samhället?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
träffa kompisar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vara hemma hela kvällen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Är du medlem i någon förening?

Till exempel religiös förening eller församling, kultur- eller idrottsförening, politiskt ungdomsförbund, friluftsförening, data- eller spelförening m.m.

Ja, jag är medlem i en förening

Nej

Hur många timmar i genomsnitt en vardag efter skolan brukar du:

Sätt ett kryss på varje rad och avrunda till närmaste antal timmar

	Inte alls	1-2 timmar	2-4 timmar	5-6 timmar	7 timmar eller mer
Spela tv-, data- eller mobilspel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se på film, serier, tv-program eller kolla på klipp (exempelvis Youtube)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Använda sociala medier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TRYGGHET

Känner du dig trygg på följande ställen?

Sätt ett kryss på varje rad

	Ja, alltid	Ja, oftast	Nej	Jag vistas inte där
På väg till eller från skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I klassrummet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På rasterna i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På ungdomens hus, fritidsgården eller liknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På fritidsaktiviteten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I hemmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I mitt bostadsområde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På nätet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hur väl stämmer dessa påståenden?

Sätt ett kryss på varje rad

	Stämmer precis	Stämmer ganska bra	Stämmer till viss del	Stämmer ganska dåligt	Stämmer inte alls
Jag kan lita på någon av mina föräldrar/vårdnadshavare när det verkligen gäller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det finns vuxna i min närhet som jag kan berätta personliga saker för	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jag har en riktigt bra kompis som jag kan berätta personliga saker för	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har kompisar i skolan som vill vara med mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du under de senaste 12 månaderna blivit utsatt för mobbning eller trakasserier? Du kan markera flera svarsalternativ

Vi menar att en elev mobbas då en annan elev eller grupp av elever, säger eller gör elaka och otrevliga saker mot honom eller henne vid upprepade tillfällen. Det är också mobbning då en elev ständigt blir retad på ett sätt som han eller hon inte tycker om. Men det är inte mobbning då två ganska jämnstarka elever grälar eller slåss.

- Nej
- Ja, i skolan av en eller flera elever
- Ja, utanför skolan av en eller flera ungdomar
- Ja, i skolan av personal
- Ja, av någon vuxen i din närhet (utanför skolan)
- Ja, via mobiltelefon och/eller på Internet

Har du under de senaste 12 månaderna varit med och mobbat eller trakasserat andra?

Du kan markera flera svarsalternativ

- Nej
- Ja, i skolan
- Ja, utanför skolan
- Ja, via mobiltelefon och/eller på Internet

Har du varit utsatt för något av följande mot din vilja?

Du kan markera flera svarsalternativ

- Sett någon blotta sig
- Att någon tafsat på dig
- Blivit kontaktad på sociala medier i sexuellt syfte

- Tagit emot avklädda bilder
- Skickat avklädda bilder
- Blivit tvingad att ta på någon på ett sexuellt sätt
- Nej inget av ovanstående har hänt

Har det förekommit våld i din familj?

- Nej
- Ja, psykiskt våld
- Ja, fysiskt våld

Har det hänt att du har blivit utsatt för våld av någon vuxen?

- Nej
- Ja, psykiskt våld
- Ja, fysiskt våld

DEMOKRATI OCH INFLYTANDE

D3. Vilka möjligheter har du att föra fram dina åsikter till de som bestämmer i kommunen?

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

D4. Vill du vara med och påverka i frågor som rör din kommun?

- Ja
- Nej *Gå till fråga D4c*

D4b. Till vem eller vart vänder du dig om du vill påverka något i din kommun?

Här kan du markera flera alternativ.

- Någon jag känner
- Politiskt parti eller politiskt ungdomsförbund
- Förening eller organisation
- Internet/sociala medier, till exempel Facebook
- Tjänstemän eller politiker
- Någon organiserad ungdomsgrupp som jobbar med inflytande, till exempel ungdomsråd eller ungdomsfullmäktige
- Annat
- Vet inte

D4c. Vilken eller vilka är anledningarna till att du *inte* vill vara med och påverka?

Här kan du markera flera alternativ.

- Jag kan för lite om hur jag ska göra
- Jag är inte tillräckligt intresserad
- Jag har inte tid
- Jag tror inte att det spelar någon roll
- Annat

Livet och framtiden

Hur väl stämmer följande:

Följande frågor handlar om dina grundläggande värderingar. En personlig tro eller övertygelse kan, men behöver inte, ha en religiös anknytning. Den kan också vara kopplad till exempelvis ideologi, filosofi eller vetenskap

Sätt ett kryss på varje rad

	Stämmer precis	Stämmer ganska bra	Stämmer till viss del	Stämmer ganska dåligt	Stämmer inte alls
Jag upplever att mitt liv är meningsfullt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag upplever att mitt liv har ett syfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har en tro eller övertygelse som ger mig tröst/lättnad i vardagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är hoppfull inför mitt liv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hur trivs du med:

Sätt ett kryss på varje rad

	Mycket bra	Ganska bra	Inte särskilt bra	inte alls
Kompisar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fritiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familjen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Din skola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ditt bostadsområde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Din hemort/hemstad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hur ser du på din framtid?

- Mycket ljus
- Ganska ljus
- Varken ljus eller mörkt

Ganska mörkt

Mycket mörkt

Avslutningsvis

Har vi missat någon fråga som är viktig för dig eller har du andra synpunkter på enkäten?
