

Folkhälsoenkät Ung 2020

Hej,

Folkhälsoenkät Ung är en enkät om hälsa och livsstil. Dina svar är betydelsefulla och kommer att användas för att uppmärksamma hur unga mår och vad ungdomar tycker. De kommer också att användas som kunskapsunderlag för förbättringar i skolor och kommuner och, om du har fyllt 15 år och godkänner, för forskning om hur Coronapandemin har påverkat ungdomars hälsa och levnadsvanor.

Innan du börjar ska du veta att:

- Det är helt **frivilligt att delta** i enkäten. Du kan när som helst avbryta att svara på enkäten utan att ange orsak till det.
- Du kan **hoppa över frågor** som du inte kan eller vill svara på genom att trycka på knappen "Nästa (svar sparas)"
- Dina **svår är anonyma** vilket betyder att vi inte kan veta vilken login-kod just du har fått eller vilka svar som är dina.

Om frågorna gör att du känner behov av att prata med någon om din hälsa eller dina upplevelser, kan du kontakta skolsköterskan, skolkuratoren eller ungdomsmottagningen.

Enkäten är ett samarbete mellan Region Jönköpings län, Länsstyrelsen i Jönköpings län och länets kommuner. Region Jönköpings län har ansvar för att skydda dina svar enligt Dataskyddsförordningens regler. Dina svar sparas i en databas så länge det behövs i arbetet för ungdomar i Jönköpings län. Vill du ha mer information om hur dina data skyddas kan du kontakta Region Jönköpings läns dataskyddsombud på dataskyddsombud@rjl.se

När alla ungdomars svar har kommit in sammanställs och analyseras de av Region Jönköpings län. Resultaten kommer att presenteras under vårterminen 2021.

Vill du veta mer om enkäten eller komma i kontakt med oss som ansvarar för Folkhälsoenkät Ung, kontakta:

Ida Erixon, projektledare för Folkhälsoenkät Ung 2020
0102424205
ida.erixon@rjl.se

Marit Eriksson, ansvarig forskare för Folkhälsoenkät Ung 2020
0722024207
marit.eriksson@rjl.se



1. Har du fyllt 15 år?

Ja

Nej *Gå till fråga 3*

2. Jag godkänner att mina svar används för forskning om hur Coronapandemin har påverkat ungdomars hälsa och levnadsvanor.

Ja

Nej



Välkommen att starta enkäten!

Du och din familj

3. I vilket skolår går du?

- Skolår 7 *Gå till fråga 6*
- Skolår 8 *Gå till fråga 6*
- Skolår 9 *Gå till fråga 6*
- År 2 på gymnasiet

4. Vilken typ av program går du?

- Yrkesförberedande program
- Högskoleförberedande program
- Introduktionsprogram

5. Har du fyllt 18 år?

- Nej
- Ja

6. Vilket kön identifierar du dig med?

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

7. Identifierar du dig som transperson?

- Ja
- Nej
- Osäker

8. 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

9. Vilken kommun bor du i?

- Aneby
- Eksjö
- Gislaved
- Gnosjö
- Habo
- Jönköping
- Mullsjö
- Nässjö
- Sävsjö
- Tranås
- Vaggeryd
- Vetlanda
- Värnamo
- Annan kommun:

10. Var bor du?

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

11. 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:

12. 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.

	Arbetar	Studerar	Arbetslös	Långtids- sjukskriven eller sjuk- pensionär	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"/>

13. 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

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

- Alltid
- Ofta
- Ibland
- Sällan
- Aldrig

15. Var är du född?

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

16. Var är dina föräldrar födda?

I de fall du inte vet vad du ska svara lämnar du den raden blank

	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"/>



Hälsa och livsstil

17. Hur mår du rent allmänt?

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

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

Sätt ett kryss på varje 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"/>

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

Sätt ett kryss på varje 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"/>

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

Sätt ett kryss på varje rad

	Stämmer inte	Stämmer delvis	Stämmer helt
Jag blir mycket arg och tappas 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"/>

21. 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"/>

22. Har du någon av följande funktionsnedsättningar?

Sätt ett kryss på varje rad

	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, ange vad:

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

Till exempel diabetes, allergi, eksem, depression eller annan psykisk ohälsa

- Ja, ange vilken/vilka:
 Nej

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

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

25. 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"/>

26. 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

27. 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

28. Hur tycker du att du sover?

- Mycket bra
- Ganska bra
- Varken eller
- Ganska dåligt
- Mycket dåligt

29. Hur många timmar brukar du sova per natt?

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Vardagar	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	timmar
	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Helger	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	timmar

30. 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 kondom användning, när man är på väg att ha sex
- Hur man undviker oönskade graviditeter
- Hur könssjukdomar smittar
- Annat:

31. 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 och spel

32. Röker du?

- Nej
- Ja, ibland
- Ja, varje dag

33. Snusar du?

- Nej
- Ja, ibland
- Ja, varje dag

34. Har du någon gång rökt vattenpipa?

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

35. Använder du e-cigarett (vaping)?

- Nej
- Ja, ibland
- Ja, varje dag

Om nej på samtliga av frågorna 32-35, gå till fråga 37.

36. Hur får du tag på tobak?

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

- Köper själv i butik, kiosk eller liknande
- Köper själv från internet
- Köper från någon annan som säljer/köper ut till ungdomar
- Från kompisar
- Från syskon
- Från föräldrar
- Från försäljare av smuggeltobak
- På annat sätt:

37. 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 *Gå till fråga 45*
- Ja

38. Hur ofta dricker du alkohol?

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

39. 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

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

- Nej *Gå till fråga 42*
- Ja

41. 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

42. Har du någon gång använt läkemedel tillsammans med alkohol i berusningssyfte?

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

43. 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:

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

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

45. Har du någon gång använt anabola steroider/dopingpreparat?

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

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

Du kan markera flera alternativ

- Nej *Gå till fråga 48*
- Ja, receptbelagda smärtstillande läkemedel (exempelvis Tramadol, Citadon, Morfin, Oxycontin)
- Ja, receptbelagda sömnmedel/lugnande medel (exempelvis Xanor, Stesolid, Zopiklon, Oxascand)
- Ja, annat:
- Vet ej

47. Hur får du tag på receptbelagda läkemedel (ej ordinerade från läkare)?

Du kan markera flera alternativ

- 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:

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

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

- Nej
- Ja

49. Har du någon gång använt narkotika?

- Nej *Gå till fråga 52*
- Ja

50. 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"/>

51. 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:

52. Tycker du att det är okej att någon som går i samma årskurs som du använder cannabis?

Nej

Ja

53. 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"/>

54. 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"/>

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

Nej

Ja

56. Har du någon gång spelat om pengar?

Du kan markera flera alternativ

- Nej *Gå till fråga 58*
- Ja, under de senaste 30 dagarna
- Ja, under de senaste 12 månaderna
- Ja, för mer än 12 månader sedan

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

- Nej
- Ja



Skola

58. Hur ofta upplever du att du har arbetsro på lektionerna?

- Alltid
- Ofta
- Ibland
- Sällan
- Aldrig

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

- Alltid
- Ofta
- Ibland
- Sällan
- Aldrig

60. Hur känner du dig inför skolarbetet?

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

61. 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.

62. Hur stämmer dessa påståenden om din fritid in på dig?

Sätt ett kryss på varje rad

	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"/>

63. 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, moskén etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vara ute i naturen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ägna dig åt politik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ägna 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"/>

64. 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. Ange vilken/vilka:
 Nej

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

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

	Mindre än en timme	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

66. 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"/>

67. 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 alltid 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 litar på och 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"/>

68. Har du under de senaste 12 månaderna blivit utsatt för mobbning eller trakasserier?

Du kan markera flera svarsalternativ

- 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

69. 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

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

Du kan markera flera svarsalternativ

- Sett någon blotta sig
- Att någon tafsar på dig
- Blivt kontaktad på sociala medier i sexuellt syfte
- Tagit emot avklädda bilder
- Skickat avklädda bilder
- Tagit på någon på ett sexuellt sätt
- Nej inget av ovanstående har hänt

71. Har det förekommit våld i din familj?

Du kan markera flera svarsalternativ

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

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

Du kan markera flera svarsalternativ

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

73. 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

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

- Ja *Gå till fråga 75, sedan fråga 77*
- Nej *Gå till fråga 76j*

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

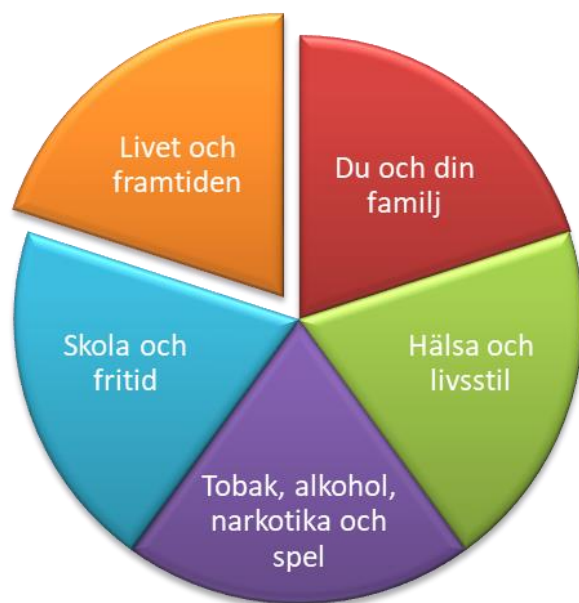
Här kan du markera flera alternativ.

- 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/annan, nämligen:
- Vet inte

76. 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, nämligen:



Livet och framtiden

77. 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"/>

78. 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"/>

79. Hur ser du på din framtid?

- Mycket ljust
- Ganska ljust
- Varken ljust eller mörkt
- Ganska mörkt
- Mycket mörkt

80. Hade du distansundervisning eller undervisning i skolan under våren 2020 (från mitten av mars till skolavslutningen)?

- Distansundervisning hela tiden
- Distansundervisning nästan hela tiden, men var i skolan vid några tillfällen
- Distansundervisning ca hälften av tiden
- Undervisning i skolan nästan hela tiden, men hade distansundervisning vid några tillfällen
- Undervisning i skolan hela tiden

81. Känner du någon som har eller har haft (bekräftad) Covid-19 (Corona)?

Du kan markera flera alternativ

- Nej
- Ja, jag
- Ja, någon i min familj
- Ja, någon av mina mor- och farföräldrar
- Ja, annan släkting
- Ja, någon kompis
- Ja, någon annan
- Tveksam/vet inte

82. Hur har Coronapandemin påverkat dig när det gäller:

Sätt ett kryss på varje rad. Om någon fråga inte gäller dig, hoppa över den.

	Mycket sämre	Lite sämre	Inte påverkat alls	Lite bättre	Mycket bättre
fokus på studierna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
relationen med dina kompisar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
relationen med dina föräldrar/vårdnadshavare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
relationen med dina syskon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
relationen med andra släktingar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
möjlighet att utöva dina fritidsintressen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
din fysiska hälsa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
din psykiska hälsa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avslutningsvis

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

Ibland händer det att man börjar tänka på olika saker när man har fyllt i en enkät. Om du känner att du behöver prata med någon kan du alltid vända dig till skolsköterskan, skolkuratoren, ungdomsmottagningen eller någon vuxen du kan lita på.

På UMO kan du ställa frågor och hitta information om bland annat hälsa, sex och relationer, kränkningar och våld www.umo.se

UMO finns även på andra språk: www.youmo.se/sv/Sprakvaljarsida

På Drugsmart finns fakta om alkohol och droger. Där kan du också hitta stöd om någon i din familj har problem med missbruk www.drugsmart.com

För att slutföra enkäten, klicka på "skicka" och stäng sedan ner fönstret.