

# Barn- och ungdomsenkät i Kronobergs län

## Årskurs 8 2024



### Hur mår du?

Anledningen till att vi gör den här undersökningen är att vi vill få kunskap om ungas hälsa och levnadsvanor. Resultatet kommer att vara en hjälp för dem som fattar beslut som berör er unga så att de kan ta större hänsyn till vad ni själva tycker.

För att förstå hur barn och ungdomar mår och har det är det viktigt att så många som möjligt deltar. Men du bestämmer själv om du vill svara på frågorna. Du kan alltid hoppa över en fråga som du inte vill eller kan svara på. Enkäten är anonym och ingen kommer att få veta vad just du svarat.

Att svara på frågor om hur du mår kan ge många olika tankar och känslor. Om du behöver prata med någon kan du alltid ta kontakt med en vuxen som du litar på, till exempel din mentor, skolsköterska eller kurator.

Dina svar tas om hand av Region Kronoberg som ansvarar för denna undersökning.

### Frågor om dig och din familj

1. Vilken skola går du på? \_\_\_\_\_

2. Vilket år är du född? ☐ 2009 ☐ 2010 ☐ 2011 ☐ Annat år

3. Jag är född som: ☐ Kille ☐ Tjej

4. Jag identifierar mig som:

☐ Kille ☐ Tjej ☐ Annat ☐ Osäker

**5. Var är du och dina föräldrar födda?**

|          | Sverige                  | Övriga Norden            | Övriga Europa            | Utanför Europa           | Vet ej                   |
|----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Du själv | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pappa    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mamma    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**6. Om du inte är född i Sverige hur länge har du bott i Sverige?**

Ställs endast till de som ej svarar "Sverige" på f.5

- ☐ 10 år eller längre
- ☐ 4–9 år
- ☐ 0–3 år

**7. Vem bor du tillsammans med?**

- ☐ Båda mina föräldrar
- ☐ Bara mamma
- ☐ Bara pappa
- ☐ Ibland hos mamma, ibland hos pappa
- ☐ Någon annan
- ☐ Eget boende

**8. 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

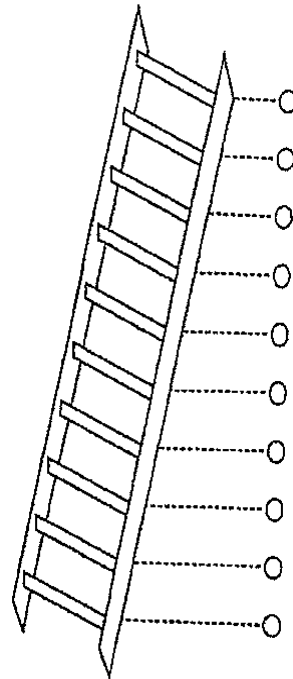
**9. Hur ofta har du tillräckligt med pengar för att göra samma saker som dina kompisar?**

- ☐ Alltid  
☐ Ofta  
☐ Ibland  
☐ Sällan  
☐ Aldrig

**10. Tänk dig att denna stega är ett sätt att beskriva din skola.**

- På toppen av stegen finns de elever som är mest respekterade, som alla vill vara med och de som har den högsta ställningen.
- Nederst på stegen finns de elever som ingen respekterar, som ingen vill vara med och de som har den lägsta ställningen.

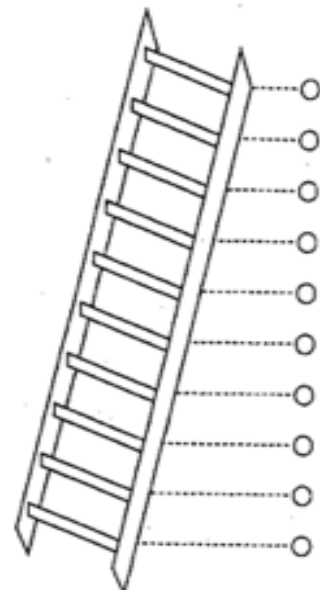
**Var skulle du placera dig själv på denna stega?** Fyll i cirkeln som bäst representerar var du befinner dig på stegen.



**11. Tänk dig att denna stega är ett sätt att beskriva det svenska samhället.**

- På toppen av stegen finns de individer som har det bäst. De har mest pengar, högst utbildning och arbeten som ger respekt.
- Nederst på stegen finns de individer som har det sämst. De har minst pengar, ingen eller lite utbildning, inga jobb eller jobb som ingen vill ha.

Tänk nu på din egen familj. **Var skulle du själv placera din familj på denna stega?** Fyll i cirkeln som bäst representerar var din familj befinner sig på stegen



**12. Hur ser du på din framtid?**

- ☐ Mycket positivt
- ☐ Ganska positivt
- ☐ Ganska negativt
- ☐ Mycket negativt

**Frågor om fysisk aktivitet och mat****13. Hur många dagar varje vecka rör du på dig så att du blir andfådd eller svettig sammanlagt 1 timme eller mer? Räkna in idrotten i skolan.**  
*(exempelvis tränar, cyklar, promenerar eller dansar)***Antal dagar per vecka:**

- |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**14. Hur länge är du stillasittande sammanlagt efter en dag i skolan?***(exempelvis att du är still och tittar på mobil/surfplatta/dator/TV, läser eller liknande)*

- ☐ Mindre än 1 timme
- ☐ 1-2 timmar
- ☐ 2-3 timmar
- ☐ 3-5 timmar
- ☐ Mer än 5 timmar

**15. Hur ofta äter du frukost?**

- ☐ Varje dag
- ☐ 5-6 dagar i veckan
- ☐ 2-4 dagar i veckan
- ☐ En dag i veckan
- ☐ Aldrig

**16. Hur ofta brukar du äta dig mätt i skolmatsalen?**

- ☐ Alla skoldagar i veckan  
☐ 2-4 dagar i veckan  
☐ 1 dag i veckan  
☐ Några gånger i månaden  
☐ Nästan aldrig eller aldrig

**17. Hur ofta under en skolvecka äter du lunch på annan plats än skolmatsalen?**

- ☐ Alla skoldagar i veckan  
☐ 2-4 dagar i veckan  
☐ 1 dag i veckan  
☐ Några gånger i månaden  
☐ Nästan aldrig eller aldrig

**18. Hur ofta äter du lagad mat på kvällen?**

- ☐ Varje dag  
☐ 5-6 dagar i veckan  
☐ 2-4 dagar i veckan  
☐ En dag i veckan  
☐ Aldrig

**19. Hur ofta äter eller dricker du något av följande?**

|                                            | Varje dag                | Flera gånger i veckan    | 1-2 gånger i veckan      | Sällan eller aldrig      |
|--------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Frukt                                      | <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"/> |
| Godis                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Coca cola eller annan läsk                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Energidryck (ex. Nocco, Monster, Red Bull) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Frågor om tobak, nikotin, alkohol och narkotika****20. Röker du cigaretter?**

- ☐ Ja
- ☐ Nej, har slutat
- ☐ Nej, men har prövat
- ☐ Nej, har aldrig rökt

} **Gå vidare till fråga 22**

**21. Hur ofta röker du?**

- ☐ Varje dag
- ☐ Nästan varje dag
- ☐ Under helgen
- ☐ Nästan aldrig

**22. Använder du e-cigaretter/vejps?**

- ☐ Ja, varje dag
- ☐ Ja, ibland
- ☐ Nej, men har prövat
- ☐ Nej

**23. Snusar du?**

- ☐ Ja
- ☐ Nej, har slutat
- ☐ Nej, men har prövat
- ☐ Nej, har aldrig snusat

} **Gå vidare till fråga 25**

**24. Hur ofta snusar du?**

- ☐ Varje dag
- ☐ Nästan varje dag
- ☐ Under helgen
- ☐ Nästan aldrig

**25. Använder du tobaksfritt snus som innehåller nikotin (även kallat vitt snus)?**

- ☐ Ja, varje dag
- ☐ Ja, ibland
- ☐ Nej, men har provat
- ☐ Nej

**26. Hur ofta under det senaste året har du druckit alkohol?**

(räkna inte med drycker såsom lättöl och svagcider, under 2,8 %)

☐ Aldrig —————> **Gå vidare till fråga 29**

- ☐ En gång under året
- ☐ 2-4 gånger under året
- ☐ 5-12 gånger under året
- ☐ 1-3 gånger i månaden
- ☐ En gång i veckan eller mer

**27. Har du någonsin druckit så mycket alkohol att du blivit full/berusad?**

- ☐ Nej, aldrig
- ☐ Ja, en gång
- ☐ Ja, 2-3 gånger
- ☐ Ja, 4-10 gånger
- ☐ Ja, mer än 10 gånger

**28. Har du några negativa erfarenheter av alkohol när du själv varit full?**

- ☐ Nej      ☐ Ja

Om ja: vad hände då?

---

**29. Har någon av följande köpt ut alkohol till dig?**

|                | Nej                      | Ja                       |
|----------------|--------------------------|--------------------------|
| Dina föräldrar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Syskon         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kompis         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annan vuxen    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**30. Har du blivit bjuden på alkohol av dina föräldrar då de själva dricker?**

- ☐ Nej, aldrig  
☐ Ja, någon enstaka gång  
☐ Ja, ofta  
☐ Ja, men jag får bara smaka ur deras glas

**31. Har du några negativa erfarenheter av alkohol när någon vuxen i din närhet varit full?**

- ☐ Nej      ☐ Ja

Om ja: vad hände då?

---

**32. Har du några negativa erfarenheter av alkohol när någon jämnårig varit full?**

- ☐ Nej      ☐ Ja

Om ja: vad hände då?

---



**33. Har du någon gång haft möjlighet att prova eller köpa narkotika?**

(Med narkotika avses bland annat cannabis, amfetamin, ecstasy, kokain, narkotikaklassade läkemedel)

- ☐ Nej ☐ Ja

**34. Har du någon gång använt narkotika?**

- ☐ Nej —————> **Gå vidare till fråga 36**  
☐ Ja, 1 gång  
☐ Ja, 2 eller flera gånger

**35. När använde du senast narkotika?**

- ☐ Senaste månaden  
☐ Senaste året  
☐ För mer än ett år sedan

**36. Har du någon gång använt anabola steroider utan läkarordination?**

- ☐ Nej ☐ Ja

**37. Hur stor risk tror du att det är att människor skadar sig själva, fysiskt eller på annat sätt, om de...**

|                                             | Ingen risk               | Liten risk               | Måttlig risk             | Stor risk                | Vet ej                   |
|---------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ...röker 10 cigaretter eller mer per dag    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...snusar 3 dosor (ca 75 prillor) per vecka | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...berusar sig på alkohol varje helg        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...provar cannabis 1–2 gånger               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...använder cannabis varje helg             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Frågor om spel

**38. Har du spelat om pengar (på internet eller i butik, t.ex. poker, trav, lotto) den senaste månaden?**

☐ Nej ☐ Ja

**39. Har du någon gång spelat för mer pengar än vad du egentligen hade tänkt dig?**

☐ Aldrig ☐ Ibland ☐ Ofta ☐ Alltid

**40. Har du köpt/betalat för virtuella saker i data-/mobilspel den senaste månaden?**

☐ Nej ☐ Ja, en gång ☐ Ja, flera gånger

## Frågor om hur du mår

**41. Hur tycker du att din hälsa är?**

☐ Mycket bra ☐ Bra ☐ Mindre bra ☐ Dålig

**42. Hur ofta känner du dig...?**

|                             | I stort sett varje dag   | Någon gång i veckan      | Någon gång i månaden     | Sällan eller aldrig      |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Pigg och glad               | <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"/> |
| Trygg och säker i dig själv | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**43. Hur ofta har du...?**

|                                             | I stort sett<br>varje dag | Någon gång i<br>veckan   | Någon gång i<br>månaden  | Sällan<br>eller aldrig   |
|---------------------------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Huvudvärk                                   | <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"/> |
| Ont i ryggen, nacke, axlar                  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Känt dig yr                                 | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Känt dig nere/ledsen                        | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Känt dig irriterad eller på<br>dåligt humör | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Känt dig orolig/nervös                      | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Svårt att somna/sova                        | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Känt dig stressad                           | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**44. Har du någon gång medvetet skadat dig själv?**

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

Om ja: på vilket sätt har du medvetet skadat dig själv?

---

**45. Hur många timmar brukar du sova per natt i genomsnitt?**

|          | Mindre än 5<br>timmar    | 5-6 timmar               | 7-8 timmar               | 9-10 timmar              | Mer än 10<br>timmar      |
|----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Vardagar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Helger   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**46. Har du någon långvarig sjukdom/hälsoproblem eller diagnos? (exempelvis diabetes, allergi, eksem, ADHD, hörselnedsättning)**

- ☐ Nej —————→ Gå vidare till fråga 48
- ☐ Ja

Om du svarat ja, vilken eller vilka sjukdom(ar)/hälsoproblem eller diagnos(er)? \_\_\_\_\_

**47. Hur mycket påverkar sjukdomen/hälsoproblemet eller diagnosen ditt liv?**

- ☐ Mycket negativt
- ☐ Lite negativt
- ☐ Inte alls
- ☐ Lite positivt
- ☐ Mycket positivt

**48. Hur ofta känner du så här?**

|                               | Alltid                   | Ofta                     | Ibland                   | Sällan                   | Aldrig                   |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Att du kan vara dig själv     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Att du duger precis som du är | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nöjd med hur du ser ut        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ensam                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**49. Ta ställning till följande påstående:**

**Jag har själv haft psykisk ohälsa under de senaste 6 månaderna.**

- ☐ Håller verkligen med
- ☐ Håller med
- ☐ Jag varken håller med eller inte håller med
- ☐ Håller inte med
- ☐ Håller verkligen inte med

**50. Har ofta känner du dig orolig för...?**

|                                                                                      | Aldrig                   | Sällan                   | Ibland                   | Ofta                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Familjens ekonomi                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Att någon av dina föräldrar ska bli arbetslös <i>eller</i> är arbetslös              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Att dina föräldrar har flyttat ifrån varandra <i>eller</i> ska flytta ifrån varandra | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Att någon i familjen dricker för mycket alkohol                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Att du ska bli utsatt för mobbning                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Att du ska bli utsatt för fysisk misshandel                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Att du ska bli utsatt för sexuella övergrepp                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Att terrorattack eller krig ska bryta ut i Sverige                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Påverkan av klimatförändringar                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**51. Är du orolig för att någon person i din familj eller släkt ska bestämma...?**

|                                                                      | Inte alls orolig         | Inte särskilt orolig     | Ganska orolig            | Mycket orolig            |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... vilken utbildning du ska välja?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... vad du ska göra på din fritid?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... du ska vara klädd eller se ut?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... vilka vänner du ska ha?                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... vem du ska gifta dig med eller leva tillsammans med i framtiden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Frågor om utsatthet

## 52. Har du blivit utsatt för något av följande?

|                                                                                                                | Nej                      | Ja, en gång              | Ja, några gånger         | Ja, många gånger         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Blivit fysisk illa behandlad av någon <b>vuxen</b> , till exempel slagit dig eller gett dig en örfil           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blivit fysisk illa behandlad av någon <b>jämnårig</b> , till exempel slagit dig eller gett dig en örfil        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blivit fysisk illa behandlad av någon <b>pojck-/flickvän</b> , till exempel slagit dig eller gett dig en örfil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blivit tvingad till en sexuell handling mot din vilja av pojk-/flickvän                                        |                          |                          |                          |                          |
| Sett någon i din familj bli slagen                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 53. Har du själv varit våldsam?

- ☐ Nej  
☐ Ja, en gång  
☐ Ja, några gånger  
☐ Ja, många gånger

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

|                                                           | Nej                      | Ja, en gång              | Ja, några gånger         | Ja, många gånger         |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Blivit kontaktad på sociala medier/spel i sexuellt syfte  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tvingad att titta på porr                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tagit emot avklädda bilder                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tvingad att skicka avklädda bilder                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Att någon tafsar på dig/tagit på dig på ett sexuellt sätt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tvingad att ta på någon annan på ett sexuellt sätt        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Frågor om sociala relationer

**55. Pratar du med följande personer om saker som bekymrar dig?**

|             | Ja                       | Ibland                   | Nej                      | Har ingen/<br>träffas inte |
|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Mamma       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| Pappa       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| Syskon      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| Vänner      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| Annan vuxen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |

**56. Skulle du vilja ha mer stöd än du har idag av någon vuxen för något som oroar dig?**

- ☐ Ja, verkligen  
☐ Ja, kanske  
☐ Nej, troligen inte  
☐ Nej, verkligen inte  
☐ Vet inte

**57. Brukar vuxna lyssna på dig och ta hänsyn till vad du vill när det gäller saker som är viktiga för dig?**

|                                  | Ja, nästan<br>alltid     | Ja,<br>ganska<br>ofta    | Varken<br>ofta eller<br>sällan | Nej, ganska<br>sällan    | Nej, nästan<br>aldrig    |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Föräldrar                        | <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"/> |
| Skolsköterska/kurator            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annan vuxen på<br>skolan         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ledare för<br>fritidsaktiviteter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**58. Litar du på vuxna?**

- ☐ Ja, det finns många vuxna som jag litar på
- ☐ Ja, det finns någon/några vuxna som jag litar på
- ☐ Nej, det finns ingen vuxen som jag litar på

**59. Hur många riktiga vänner (som du litar på) har du?**

- ☐ Ingen      ☐ En      ☐ Två      ☐ Fler än två

**60. Har du lätt eller svårt att skaffa nya vänner?**

- ☐ Lätt
- ☐ Ganska lätt
- ☐ Varken lätt eller svårt
- ☐ Ganska svårt
- ☐ Svårt

**61. Hur viktigt är följande för att du ska må bra?**

|                                  | Mycket viktigt           | Ganska viktigt           | Inte så viktigt          | Inte alls viktigt        |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Kompisar                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pojk-/flickvän                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Syskon                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Föräldrar                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Skolprestationer                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fritidsaktiviteter               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Att du är nöjd med hur du ser ut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Att du känner dig omtyckt        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pengar                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**62. Hur trivs du med livet?**

- ☐ Mycket bra
- ☐ Ganska bra
- ☐ Ganska dåligt
- ☐ Mycket dåligt



**Frågor om fritid, skola och mobbning****63. Hur nöjd är du med din fritid?**

- ☐ Mycket nöjd
- ☐ Ganska nöjd
- ☐ Varken nöjd eller missnöjd
- ☐ Ganska missnöjd
- ☐ Mycket missnöjd

**64. Under en vanlig vecka, hur många dagar i veckan brukar du delta i fritidsaktivitet med ledare/tränare där du utvecklas i det du gör?**

- ☐ 4 dagar eller mer
- ☐ 2–3 dagar
- ☐ 1 dag
- ☐ Sällan/aldrig

**65. Hur känner du inför skolarbetet?**

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

**66. Hur ofta skolkar du från lektioner? (ogiltig frånvaro)**

- ☐ Aldrig
- ☐ Någon gång per termin
- ☐ Någon/några gånger i månaden
- ☐ En gång i veckan
- ☐ Flera gånger i veckan

**67. Vad tycker du om att gå i skolan?**

- ☐ Mycket bra  
☐ Bra  
☐ Dåligt  
☐ Mycket dåligt

**68. Får du den hjälp du behöver med skolarbetet i skolan?**

- ☐ Alltid  
☐ Ofta  
☐ Ibland  
☐ Sällan  
☐ Aldrig  
☐ Jag behöver inte hjälp med skolarbetet

**69. Känner du dig trygg...?**

|                     | Alltid                   | Ofta                     | Ibland                   | Sällan                   | Aldrig                   |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| I skolan            | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> |
| På allmänna platser | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**70. Hur ofta har du blivit mobbad i skolan den här terminen?**

- ☐ Aldrig  
☐ En gång  
☐ Flera gånger

**71. Har det hänt att någon skrivit elakt om dig eller lagt ut känsliga bilder/filmklipp på sociala medier?**

- ☐ Nej      ☐ Ja, en gång      ☐ Ja, flera gånger      ☐ Använder inte sociala medier

**72. Hur ofta har du känt dig utanför bland klasskamraterna i skolan den här terminen?**

- ☐ Aldrig
- ☐ En eller ett par gånger
- ☐ Några gånger
- ☐ Ungefär en gång i veckan
- ☐ Flera gånger i veckan
- ☐ Varje dag

Tack för att du tog dig tid att svara på enkäten!

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

---

---

---

---

---

---