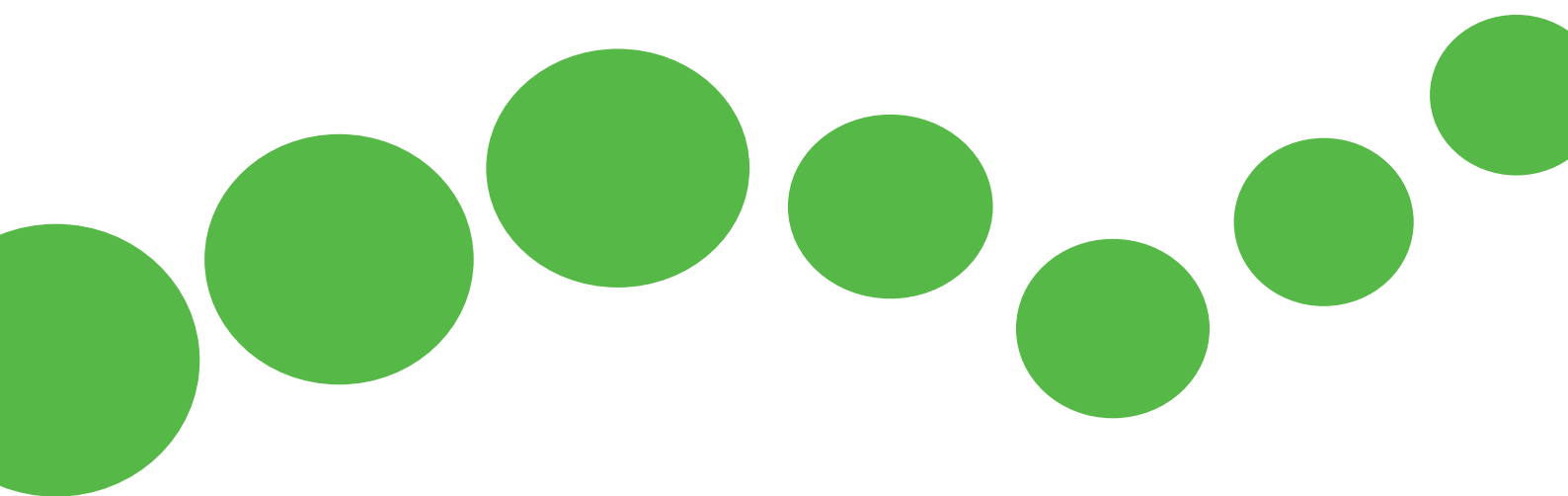




Liv & hälsa ung 2017

– en undersökning om ungdomars
livsvillkor, levnadsvanor och hälsa



Region Örebro län

Hej och välkommen till Liv & hälsa ung!

Den här undersökningen riktar sig till dig som går i grundskolan årskurs 7. Frågorna handlar bl a om hur ni ungdomar mår, hur ni lever, vad ni tycker om skolan och vad ni gör på fritiden.

Så fyller du i enkäten

- Kryssa i det svarsalternativ som du tycker stämmer bäst för dig. Är du osäker, välj det alternativ som ligger närmast.
- Sätt bara ett kryss vid varje svar om det inte står något annat.
- Om det är en fråga som du inte vill eller kan svara på så hoppar du över den.
- Har du kommentarer på enkäten, använd utrymmet på sista sidan.

Försök att svara på så många frågor som möjligt. Om du har svårt att förstå en fråga kan du be din lärare förklara denna för dig. Du kan när som helst avbryta din medverkan utan att ange något skäl.

När du fyllt i enkäten

- Stoppa enkäten i kuvertet och klistra igen det.
- Skriv **inte** ditt namn på enkäten eller kuvertet.
- Kuverten samlas in av din lärare, som lämnar kuverten oöppnade till oss som genomför undersökningen.

Ingen obehörig kommer att kunna se dina svar eller i efterhand kunna koppla svaren till dig som person.

Det är frivilligt att svara på enkäten men din medverkan är betydelsefull. Dina svar, tillsammans med andra elevers, blir en viktig del i arbetet med ungdomars hälsa och välmående.

Tack för att du är med i undersökningen!

FRÅGOR OM DIG SJÄLV OCH DIN FAMILJ

1. Är du ...?

- Tjej
- Kille
- Identifierar mig inte som tjej eller kille

2. Vilket år är du född?

Skriv året med 4 siffror.

--	--	--	--	--

3. Var är...?

Sätt ett kryss på varje rad.

	I Sverige	I övriga Norden	I övriga Europa	I övriga Världen	Vet inte
...du född?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...din förälder A född?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...din förälder B född?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du svarat att du är född i Sverige, → gå till fråga 5.

4. Hur länge har du bott i Sverige?

- 0-4 år
- 5-9 år
- 10 år eller längre

5. Vad gör dina föräldrar/vårdnadshavare?

Välj det alternativ som stämmer bäst.

	Arbetar	Studerar	Arbets-sökande	Långtidssjuk-skriven/sjuk-ersättning	Annat	Vet inte/har ingen
Förälder A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Ta ställning till följande påstående:

	Stämmer mycket bra	Stämmer bra	Stämmer varken bra eller dåligt	Stämmer dåligt	Stämmer mycket dåligt
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"/>

7. Är du orolig för din familjs ekonomi?

- Inte alls orolig
- Inte särskilt orolig
- Ganska orolig
- Mycket orolig

DIN HÄLSA

8. Hur mår du rent allmänt?

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

9. Hur lång är du?

Ange längden i hela centimeter.

--	--	--

 cm

10. Hur mycket väger du?

Ange vikten i hela kilo.

--	--	--

 kg

11. Hur ofta har du under de senaste 3 månaderna haft följande besvär?

Sätt ett kryss på varje rad.

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
Huvudvärk (inte migrän)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migrän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ont i magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Värk i axlar/skuldror/nacke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Värk i rygg/höfter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Värk i händer/knän/ben/fötter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öronsus/Tinnitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svårt att somna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orolig sömn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Har du någon av följande sjukdomar/besvär?

Sätt ett kryss på varje rad.

	Nej	Ja, lätt	Ja, svår
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan hudsjukdom t ex psoriasis eller acne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inflammatorisk tarmsjukdom t ex gluten-intolerans, mb Crohn, ulcerös kolit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Hur ofta har du under de senaste 3 månaderna känt dig?

Sätt ett kryss på varje rad.

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
Stressad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängslig/orolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedstämd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha kontroll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irriterad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lycklig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Hur många timmar brukar du sova per natt på vardagar?

Mindre än 5 timmar	5–6 timmar	7–8 timmar	9–10 timmar	Mer än 10 timmar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Ta ställning till följande påstående:

	Stämmer mycket bra	Stämmer bra	Stämmer varken bra eller dåligt	Stämmer dåligt	Stämmer mycket dåligt
Jag gillar min kropp som den är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. 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"/>
Autism eller autismliknande problem, t ex Asperger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan funktionsnedsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du inte har någon funktionsnedsättning, → fortsätt till fråga 18.

17. Om din funktionsnedsättning gör att du har behov av hjälpmedel, har du tillgång till dessa i skolan?

- Ja, helt
- Ja, delvis
- Nej
- Jag har inget behov av hjälpmedel

18. Hur tycker du att din tandhälsa är?

- Mycket bra
- Bra
- Varken bra eller dålig
- Dålig
- Mycket dålig

19. Hur ofta går du till tandläkaren/tandhygienisten?

- Jag går regelbundet när jag blir kallad
- Jag går bara när det är absolut nödvändigt, som vid akuta besvär eller när jag får ont
- Jag undviker helt tandvård

20. Har du under de senaste 12 månaderna blivit skadad eller råkat ut för någon olycka och fått åka till vårdcentral, tandläkare eller sjukhus?

- Nej → *fortsätt till fråga 22*
- 1 gång
- 2 eller fler gånger

21. Var hände detta? *Sätt ett eller flera kryss.*

- I gymnastiksalen i skolan
- På skolgården eller på annan plats i skolan
- På väg till eller från skolan
- På stan/i centrum
- Hemma
- I bostadsområdet
- På idrottsanläggning
- På annan plats

22. Hur nöjd är du med ditt liv?

- Våldigt nöjd
- Nöjd
- Varken nöjd eller missnöjd
- Missnöjd
- Våldigt missnöjd

23. Har du någon som du kan prata med om dina innersta känslor?

- Ja
- Nej
- Vet inte

24. Hur ser du på framtiden för din personliga del?

- Jag ser mycket ljust på framtiden
- Jag ser ganska ljust på framtiden
- Jag ser varken ljust eller mörkt på framtiden
- Jag ser ganska mörkt på framtiden
- Jag ser mycket mörkt på framtiden

FRITIDSVANOR

25. Hur ofta brukar du träna på din fritid, mer än 30 minuter, så att du blir andfådd/svettig?

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

26. Hur mycket rör du dig i snitt per dag, t ex går, cyklar eller idrottar?

- Mindre än 30 minuter
- 30-60 minuter
- Mer än 60 minuter

27. Kan du simma 200 meter?

- Ja
- Nej
- Vet inte

28. Är du med i någon idrottsförening?

- Ja
- Nej

29. Är du med i någon annan förening eller organisation?

- Ja
- Nej

30. Hur ofta brukar du göra följande?

Sätt ett kryss på varje rad.

	Aldrig	Någon, några gånger per år	Några gånger per månad	Minst en gång per vecka	Nästan varje dag
Läsa böcker för nöjes skull	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå på fritidsgård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spela instrument, sjunga eller skapa musik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Måla, sy, sticka eller skriva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå på bibliotek (inte på skoltid)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå i kyrka, moské, synagoga eller liknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vara ute i naturen, skogen, grönområden eller på sjön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå på konserter, teater, museum, bio eller liknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ligga hemma och slappa eller sova (förutom nattetid)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå ut med kompisar på stan eller i centrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Har du möjlighet att delta i de fritidsaktiviteter du vill?

- Ja → *fortsätt till fråga 33*
 Nej

32. Om nej, varför är det så?

Sätt ett eller flera kryss.

- Det jag vill göra finns inte i min kommun/närhet
 Har inte möjlighet att ta mig dit
 Har inte tid
 Har inte råd
 Får inte
 Annan anledning

MATVANOR

33. Hur ofta brukar du...?

	Sällan eller aldrig	En gång i veckan	Några gånger i veckan	En gång per dag	Mer än en gång per dag
Äta grönsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Äta frukt eller bär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dricka läsk eller saft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dricka energidryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Hur ofta äter du följande måltider under en vanlig vecka?

	Varje dag	4–6 dagar	1–3 dagar	Sällan eller aldrig
Frukost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagad lunch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagad mat på kvällen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Hur trivs du i skolans matsal/restaurang?

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

ALKOHOL

Med "alkohol" menar vi folköl, mellan-/starköl, starkcider, alkoholäsk, vin, starkvin och sprit men inte drycker under 2,8%, t ex lättöl eller svag cider.

36. Har du någon gång druckit alkohol?

- Nej → *fortsätt till fråga 38*
- Ja, under de senaste 30 dagarna
- Ja, under de senaste 12 månaderna
- Ja, för mer än 12 månader sedan

37. Har du någon gång druckit så mycket alkohol att du känt dig full?

- Nej
- Ja

TOBAK

38. Röker du?

- Nej, jag har aldrig rökt
- Nej, men jag har provat
- Nej, jag har slutat röka
- Ja, jag röker någon gång ibland
- Ja, jag röker dagligen

39. Snusar du?

- Nej, jag har aldrig snusat
- Nej, men jag har provat
- Nej, jag har slutat snusa
- Ja, jag snusar någon gång ibland
- Ja, jag snusar dagligen

40. Har du rökt vattenpipa någon gång?

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

ATTITYDER

41. Ta ställning till följande påståenden:

Sätt ett kryss på varje rad.

	Instämmer helt	Instämmer delvis	Varken för eller emot	Tar delvis avstånd	Tar helt avstånd
Det är bra att användandet av narkotika är olagligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det är OK att använda hasch/marijuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. Vad skulle du tycka om din bästa kompis skulle göra följande:

Sätt ett kryss på varje rad.

	Tycker det är OK	Neutral	Ogillar	Ogillar starkt
Röka cigaretter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dricka sig berusad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röka marijuana eller hasch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Använda spice eller liknande rökmixer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stjåla från andra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Använda våld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kränkta eller behandla någon illa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SKOLAN

43. Hur väl stämmer dessa påståenden in på dig och din skola?

Sätt ett kryss på varje rad.

	Stämmer mycket bra	Stämmer bra	Stämmer varken bra eller dåligt	Stämmer dåligt	Stämmer mycket dåligt
Jag vet vad jag behöver kunna för att nå kunskapskraven i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har studiero på lektionerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag vet vem på skolan jag kan prata med om jag känner mig otrygg eller har blivit illa behandlad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har kamrater i skolan som vill vara med mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På min skola är vi elever med och påverkar vår skolmiljö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. Hur väl stämmer dessa påståenden in på dina lärare?

Sätt ett kryss på varje rad.

	Stämmer mycket bra	Stämmer bra	Stämmer varken bra eller dåligt	Stämmer dåligt	Stämmer mycket dåligt
Mina lärare får mig att tro på mig själv och mitt skolarbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mina lärare hjälper mig i skolarbetet när jag behöver det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mina lärare förväntar sig att jag ska nå målen i alla ämnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag upplever att mina lärare lyssnar på mina åsikter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De vuxna på skolan reagerar om de får veta att en elev blivit kränkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. Hur trivs du i skolan?

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

46. Brukar du skolka?

- Nej
- Ja, någon gång under terminen
- Ja, en gång i månaden
- Ja, 2–3 gånger i månaden
- Ja, en gång i veckan
- Ja, flera gånger i veckan

47. Har du F eller streck (inget betyg alls) i några av dina ämnen?

- Nej, inte i något ämne
- Ja, i 1–2 ämnen
- Ja, i 3–4 ämnen
- Ja, i 5 eller fler ämnen

48. Har du under det senaste läsåret blivit utsatt för något av följande i skolan?

	Nej	Ja, en gång	Ja, flera gånger
Fysiskt våld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stöld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexuella trakasserier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falsk ryktesspridning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49. Har du under det senaste läsåret själv utsatt någon för något av följande i skolan?

	Nej	Ja, en gång	Ja, flera gånger
Fysiskt våld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stöld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexuella trakasserier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falsk ryktesspridning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50. Har du under det senaste läsåret blivit utsatt för någon form av kränkande behandling i skolan av en eller flera skolkamrater?

Exempelvis trakasserier, diskriminering eller annan kränkande behandling som t ex mobbning.

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

51. Har du under det senaste läsåret blivit utsatt för kränkande behandling i skolan av en eller flera vuxna?

Exempelvis trakasserier, diskriminering eller annan kränkande behandling som t ex mobbning.

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

TRYGGHET OCH UTSATTHET

52. Känner du dig trygg på följande ställen?

Sätt ett kryss på varje rad.

	Ja, alltid	Ja, oftast	Nej
Utomhus i mitt bostadsområde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utomhus i mitt bostadsområde på kvällen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På väg till eller från skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I klassrummet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På rasterna i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På fritidsgården eller liknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nöjesställe eller liknande, t ex konsert, festival	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ute på stan, på allmän plats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På buss, tåg eller liknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I hemmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vid fritidsaktiviteter t ex inom föreningar eller andra organisationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På nätet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53. Har du under de senaste 12 månaderna blivit utsatt för trakasserier eller kränkningar via mobil, dator eller surfplatta?

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

54. Har du någon gång blivit fysiskt eller psykiskt illa behandlad, t ex slagen eller kränkt, av någon vuxen i din närhet?

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

BOENDE

55. Vem/vilka bor du tillsammans med?

Sätt kryss i de rutor som stämmer för dig.

- Båda mina föräldrar som bor tillsammans
- Växelvis hos separerade föräldrar
- En av mina föräldrar
- Min förälders nya partner
- Ett eller flera syskon
- Andra elever på elevhem eller kollektivboende
- Familjehem/veckohemsfamilj
- Någon annan vuxen
- Bor ensam
- Någon annan

56. I vilken kommun...

går du i skolan?

bor du?

Sätt kryss i de rutor som stämmer för dig.

Askersund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Degerfors	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hallsberg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hällefors	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Karlskoga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kumla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laxå	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lekeberg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lindesberg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ljusnarsberg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örebro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En kommun utanför Örebro län		<input type="checkbox"/>

TILL SIST ...

57. Vad tyckte du om frågorna som du svarat på?

- De flesta kändes meningsfulla
- Några kändes meningsfulla
- Knappt någon kändes meningsfull

58. Vad tyckte du om språket i enkäten?

- Det var lätt att förstå
- Varken lätt eller svårt att förstå
- Det var svårt att förstå

Här finns det plats för dig att lägga till fler tankar och synpunkter

Tack för att du svarade på enkäten!

Kontakt: livochhalsaung@regionorebrolan.se

Har du frågor eller behöver stöd, prata med din skolas skolsköterska eller kurator, eller gå in på www.umo.se.