

# Ungdomsenkäten

*Om mig*

2026



Hej,

*Om mig* är en enkät om hälsa och livsstil som har tagits fram tillsammans med ungdomar i Östergötland. Resultaten kommer att användas för att uppmärksamma vad ni unga tycker. Innan du börjar ska du veta att:

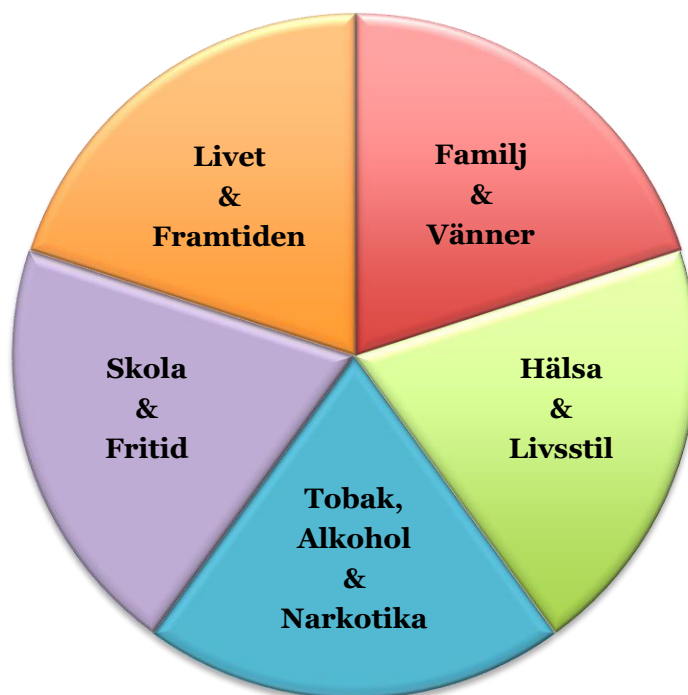
- Det är helt **frivilligt att delta** i enkäten
- Du kan **hoppa över frågor** som du inte kan eller vill svara på genom att trycka på knappen "Nästa (svar sparas)"
- Dina **svar är anonyma** vilket betyder att vi inte kan veta hur just *du* svarat på frågorna.

Enkäten är ett samarbete mellan Region Östergötland, Länsstyrelsen Östergötland och länets kommuner. Dina svar är betydelsefulla och kommer användas som kunskapsunderlag för förbättringar i skolor och kommuner och kan även komma att användas för forskning\*.

Vill du veta mer om enkäten eller komma i kontakt med oss som ansvarar för *Om mig* kan du besöka <https://www.regionostergotland.se/ommig>

Bilden nedan visar vilka frågeområden som enkäten innehåller.

**Välkommen att starta enkäten!**



\* Den lagliga grunden till att dina svar får samlas in och sparas är att det finns ett viktigt allmänt intresse att få information om vad som kan förbättras inom verksamheter som arbetar med barn och unga. Region Östergötland och kommunerna har gemensamt ansvar för att skydda dina svar enligt GDPR. Dina svar sparas i en databas så länge de behövs i arbetet för ungdomar i Östergötland. Mer information och kontaktuppgifter till Region Östergötlands dataskyddsombud hittar du i [Brev till elever 2026-information om GDPR](#).

# BAKGRUND

Vi ställer frågor om din bakgrund för att kunna se om det förekommer ojämlikhet och diskriminering bland unga.

## 1. Är du...?

- ☐ Tjej  
☐ Kille  
☐ Annan könsidentitet (*t ex transperson, icke-binär eller om du känner dig osäker på din könsidentitet*)

## 2. Var är du född?

- ☐ Sverige  
☐ Danmark, Finland, Island, Norge  
☐ Annat land

## 3. Var är dina biologiska föräldrar födda?

|            | Sverige                  | Danmark, Finland,<br>Island, Norge | Annat land               | Vet inte                 |
|------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Förälder 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Förälder 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 4. Vilken kommun bor du huvudsakligen i?

(Den kommun du är folkbokförd i)

Rullista över länets 13 kommuner och alternativet Annan kommun utanför länet

Boxholm, Finspång, Kinda, Linköping, Mjölby, Motala, Norrköping, Söderköping, Valdemarsvik, Vadstena, Ydre, Åtvidaberg, Ödeshög, Annan kommun utanför länet

Om kommun Linköping, Norrköping eller Motala:

**Vilket bostadsområde bor du i?**

Rullista med bostadsområde och svarsalternativet Vill inte uppge bostadsområde  
(max 2 alternativ)

## 5. I vilken kommun går du i skolan?

Rullista över länets 13 kommuner och alternativet Annan kommun utanför länet

## 6. Vilken skola går du i?

Rullista med skolor

# BAKGRUND

*Endast gymnasieskolan:*

## **7. Vad går du för program i skolan?**

- ☐ Högskoleförberedande program (t.ex. Naturvetenskap, Samhällsvetenskap, Estetiska)
- ☐ Yrkesförberedande program(t.ex. Barn- och fritid, Bygg- och anläggning, Försäljnings- och serviceprogrammet, Vård- och omsorg)
- ☐ Introduktionsprogram (IMS språkintröduktion, IMA individuellt alternativ, IMV programinriktat val eller IMY yrkesintröduktion)
- ☐ Anpassad gymnasieskola

*Om svar intröduktionsprogram:*

### **Vilket år är du född?**

- ☐ 2011 eller senare
- ☐ 2010
- ☐ 2009
- ☐ 2008
- ☐ 2007
- ☐ 2006
- ☐ 2005 eller tidigare

# BAKGRUND

## Vad går du för gymnasieprogram?

*Rullista med de nationella gymnasieprogrammen*

*Om högskoleförberedande program:*

Ekonomiprogrammet  
Estetiska programmet  
Humanistiska programmet  
IB-programmet  
Naturvetenskapsprogrammet  
Samhällsvetenskapsprogrammet  
Teknikprogrammet

*Om yrkesförberedande program:*

Barn- och fritidsprogrammet  
Bygg- och anläggningsprogrammet  
El- och energiprogrammet  
Flygteknikutbildningen  
Fordons- och transportprogrammet  
Frisör och stylistprogrammet  
Försäljnings- och serviceprogrammet  
Hotell- och turismprogrammet  
Industri tekniska programmet  
Naturbruksprogrammet  
Restaurang- och livsmedelsprogrammet  
VVS- och fastighetsprogrammet  
Vård- och omsorgsprogrammet

*Om svar anpassad gymnasieskola:*

## Vilket år i gymnasiet går du?

- ☐ År 1
- ☐ År 2
- ☐ År 3
- ☐ År 4

# FAMILJ & VÄNNER

**När du svarar på följande frågor ska du tänka på de föräldrar (vårdnadshavare) som du bor med eller som tar hand om dig tills du blir 18 år.**

## 1. Hur ofta tycker du att dina föräldrar (vårdnadshavare)...

|                                                        | Alltid                   | Ofta                     | Ibland                   | Sällan                   | Aldrig                   |
|--------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ställer upp för dig om du får problem?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| hjälper dig med läxor eller skolarbeten om du behöver? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| tar sig tid att lyssna på dig?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 2. Hur mycket vill du att dina föräldrar (vårdnadshavare) ska veta om ditt liv?

|                                   | Mer än nu                | Lite mer än nu           | Bra som det är           | Lite mindre än nu        | Mindre än nu             |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Om vad du gör på datorn/internet  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Om hur du känner dig innerst inne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Om var du är på fritiden          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Om hur du har det med kompisar    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 3. Hur ofta upplever du att din familj har råd att göra/köpa samma saker som de flesta andra på din skola?

- ☐ Alltid
- ☐ Ofta
- ☐ Ibland
- ☐ Sällan
- ☐ Aldrig

## 4. Har du någon bra kompis som du kan lita på och berätta personliga saker för?

- ☐ Ja, flera
- ☐ Ja, en
- ☐ Nej

# FAMILJ & VÄNNER

## 5. Tror du att du vill ha barn i framtiden?

- ☐ Ja, absolut
- ☐ Ja, troligen
- ☐ Nej, troligen inte
- ☐ Nej, absolut inte
- ☐ Vet inte

**Följdfråga: Berätta gärna hur du tänker om ditt svar:**

# HÄLSA & LIVSSTIL

Hälsa handlar om hur du mår - både fysiskt och psykiskt.

## 1. Hur tycker du att din hälsa är?

- ☐ Mycket bra
- ☐ Bra
- ☐ Någorlunda
- ☐ Dålig
- ☐ Mycket dålig

## 2. Hur tycker du att du sover?

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

## 3. Hur många timmar i veckan lägger du på *träning* som gör dig andfådd, till exempel springa, spela fotboll, gå på gym eller idrottslektion i skolan?

- ☐ 0 timmar
- ☐ 1-2 timmar **i veckan**
- ☐ 3-4 timmar **i veckan**
- ☐ 5-6 timmar **i veckan**
- ☐ 7 timmar **i veckan eller mer**

## 4. Hur många timmar i veckan lägger du på *vardagsmotion*, till exempel promenader i snabb takt eller cykla till och från skolan?

- ☐ 0 timmar
- ☐ 1-2 timmar **i veckan**
- ☐ 3-4 timmar **i veckan**
- ☐ 5-6 timmar **i veckan**
- ☐ 7 timmar **i veckan eller mer**



# HÄLSA & LIVSSTIL

## 5. Hur ofta har du haft något av dessa besvär under denna termin?

|                             | Nästan<br>varje dag      | Någon gång<br>i veckan   | Någon gång<br>i månaden  | Sällan<br>eller aldrig   |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ont i huvudet               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ont i magen (inte mensvärk) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ont i nacke/axlar           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Informationsruta till ett eller flera av svarsalternativen Nästan varje dag/Någon gång i veckan

Tänk på att vi inte kommer att kunna koppla ditt svar till dig.

Om du behöver stöd eller hjälp så kan du ta kontakt med skolsköterskan, kuratorn, ungdomshälsan/ungdomsmottagningen eller någon annan person som du litar på.

## 6. Hur ofta har du haft något av dessa besvär under denna termin?

|                     | Nästan<br>varje dag      | Någon gång<br>i veckan   | Någon gång<br>i månaden  | Sällan<br>eller aldrig   |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Oro/ångest          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nedstämd/deprimerad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arg/irriterad       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Informationsruta till ett eller flera av svarsalternativen Nästan varje dag/Någon gång i veckan

Tänk på att vi inte kommer att kunna koppla ditt svar till dig.

Om du behöver stöd eller hjälp så kan du ta kontakt med skolsköterskan, kuratorn, ungdomshälsan/ungdomsmottagningen eller någon annan person som du litar på.

# HÄLSA & LIVSSTIL

**En funktionsnedsättning betyder att man har en kroppslig, intellektuell eller psykisk begränsning. En funktionsnedsättning kan vara medfödd eller uppkomma efter till exempel en sjukdom eller en olycka.**

## 7. Har du någon funktionsnedsättning som påverkar dig i ditt dagliga liv?

*T.ex. rörelsehinder, ADHD, dyslexi, intellektuell funktionsnedsättning eller annan diagnos.*

- ☐ Nej
- ☐ Ja, som påverkar mig lite
- ☐ Ja, som påverkar mig mycket

## 8. Har du någon långvarig sjukdom som påverkar dig i ditt dagliga liv?

*T.ex. diabetes, astma, epilepsi, tarmsjukdom eller annan diagnos.*

- ☐ Nej
- ☐ Ja, som påverkar mig lite
- ☐ Ja, som påverkar mig mycket

## 9. Hur ofta känner du ...

|                                   | Alltid                   | Ofta                     | Ibland                   | Sällan                   | Aldrig                   |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| att du duger precis som du är?    | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> |
| att du kan vara dig själv?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 10. Hur ofta på vardagar (mån-fre) äter du...

|                    | Varje dag                | 3-4 gånger i veckan      | 1-2 gånger i veckan      | Mer sällan eller aldrig  |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| frukost?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| skollunch*?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| middag på kvällen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

\*Årskurs 8: skollunch (eller på hemkunskapen)?

# HÄLSA & LIVSSTIL

## 11. Hur ofta äter du...

|                                                                       | Mindre än<br>en gång<br>per <i>vecka</i><br>eller aldrig | 1-2 gånger<br>per <i>vecka</i> | 3-4<br>gånger<br>per <i>vecka</i> | 5-6<br>gånger<br>per <i>vecka</i> | 1 gång<br>per <i>dag</i> | 2 gånger<br>per <i>dag</i> | 3 gånger<br>per <i>dag</i><br>eller<br>oftare |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------|
| grönsaker eller<br>rotfrukter<br>(färska, frysta<br>eller tillagade)? | <input type="checkbox"/>                                 | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                      |
| frukt eller bär<br>(färska, frysta,<br>konserverade)?                 | <input type="checkbox"/>                                 | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                      |

## 12. Hur ofta dricker du läsk, saft, eller andra söta drycker (t. ex energidryck)?

- ☐ Aldrig
- ☐ Mindre än en gång per *vecka*
- ☐ 1 gång per *vecka*
- ☐ 2-3 gånger per *vecka*
- ☐ 4-6 gånger per *vecka*
- ☐ 1 gång per *dag*
- ☐ 2 gånger per *dag* eller oftare

# TOBAK, NIKOTIN, ALKOHOL, NARKOTIKA & SPEL OM PENGAR

## 1. Röker du cigaretter?

- ☐ Nej
- ☐ Ja, ibland
- ☐ Ja, varje dag

*Om Ja, ibland/Ja, varje dag:*

**Vilken årskurs gick du i när du rökte första gången?**\_\_\_\_\_

*Om Ja, ibland/Ja, varje dag:*

**Röker du på skoltid?**

- ☐ Nej
- ☐ Ja

*Om Ja, ibland/Ja, varje dag:*

**Var får du tag på cigaretter?** (Du kan kryssa i ett eller fler svarsalternativ)

- ☐ Köper själv i till exempel butik, bensinstation, kiosk
- ☐ Köper från någon som säljer till ungdomar
- ☐ Från kompisar
- ☐ Från föräldrar(vårdnadshavare)
- ☐ Från syskon/släktingar
- ☐ På fest
- ☐ På annat sätt, skriv hur:\_\_\_\_\_

*Om Ja, ibland/Ja, varje dag:*

**Skulle du vilja sluta röka?**

- ☐ Ja, nu
- ☐ Ja, men inte just nu
- ☐ Nej

*Om Ja, nu/Ja, men inte just nu:*

Det finns bra hjälp för att sluta röka. Det viktigaste är att du själv vill.

Du kan börja med att prata med någon som stöttar dig, skolsköterskan eller ungdomshälsan/ungdomsmottagningen. Du kan också kontakta Region Östergötlands tobaksavvänjningsmottagning:

[https://www.1177.se/Ostergotland/hitta-  
vard/kontaktkort/Tobaksavvanjningsmottagningen-Region-Ostergotland/](https://www.1177.se/Ostergotland/hitta-<br/>vard/kontaktkort/Tobaksavvanjningsmottagningen-Region-Ostergotland/)

# TOBAK, NIKOTIN, ALKOHOL, NARKOTIKA & SPEL OM PENGAR

## 2. Finns det någon som röker på skolområdet?

*(Du kan kryssa i ett eller fler svarsalternativ)*

- ☐ Nej
- ☐ Elever
- ☐ Personal
- ☐ Andra

## 3. Röker du E-cigarett/vapes?

- ☐ Nej
- ☐ Ja, ibland
- ☐ Ja, varje dag

E-cigarett/vapes innehåller inte tobak men oftast nikotin. Nikotin orsakar allvarliga hälsorisker och är starkt beroendeframkallande. E-cigarett/vapes kan därför vara en inkörsport till vanlig rökning bland unga. Dessutom har röken från E-cigarett/vapes visat sig vara skadlig för luftvägarna.

Källa: [Tobaksfakta](#)

## 4. Snusar du?

- ☐ Nej
- ☐ Ja, ibland
- ☐ Ja, varje dag

*Om Ja, ibland/Ja, varje dag:*

### Vilken typ av snus?

*(Du kan kryssa i ett eller fler svarsalternativ)*

- ☐ Brunt lössnus
- ☐ Brunt portionssnus
- ☐ Vitt/tobaksfritt snus
- ☐ Nikotinfritt snus
- ☐ Vet ej, kommentera gärna:

# TOBAK, NIKOTIN, ALKOHOL, NARKOTIKA & SPEL OM PENGAR

*Om Ja, ibland/Ja, varje dag:*

**Vilken årskurs gick du i när du snusade första gången?** \_\_\_\_\_

*Om Ja, ibland/Ja, varje dag:*

**Snusar du på skoltid?**

☐ Nej

☐ Ja

*Om Ja, ibland/Ja, varje dag:*

**Var får du tag på snus?** (Du kan kryssa i ett eller fler svarsalternativ)

☐ Köper själv i till exempel butik, bensinstation, kiosk

☐ Köper från någon som säljer till ungdomar

☐ Från kompisar

☐ Från föräldrar(vårdnadshavare)

☐ Från syskon/släktingar

☐ På fest

☐ På annat sätt, skriv hur: \_\_\_\_\_

*Om Ja, ibland/Ja, varje dag:*

**Skulle du vilja sluta snusa?**

☐ Ja, nu

☐ Ja, men inte just nu

☐ Nej

*Om Ja, nu/Ja, men inte just nu:*

Det finns bra hjälp för att sluta snusa. Det viktigaste är att du själv vill.

Du kan börja med att prata med någon som stöttar dig, skolsköterskan eller ungdomshälsan/ungdomsmottagningen. Du kan också kontakta Region Östergötlands tobaksavvänjningsmottagning:

[https://www.1177.se/Ostergotland/hitta-  
vard/kontaktkort/Tobaksavvanjningsmottagningen-Region-Ostergotland/](https://www.1177.se/Ostergotland/hitta-<br/>vard/kontaktkort/Tobaksavvanjningsmottagningen-Region-Ostergotland/)

# TOBAK, NIKOTIN, ALKOHOL, NARKOTIKA & SPEL OM PENGAR

## 5. Har du någon gång druckit alkohol (räkna inte med lättöl eller svag cider (max 2,25%))?

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

*Om ja en/flera gånger:*

**Vilken årskurs gick du i när du drack alkohol första gången? \_\_\_\_\_**

*Om ja en/flera gånger:*

**Har du druckit så mycket alkohol att du känt dig full/berusad?**

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

*Om ja en/flera gånger:*

**Var har du fått alkohol ifrån? (Du kan kryssa i ett eller fler svarsalternativ)**

- ☐ Köpt själv till exempel via Internet, utomlands, på restaurang
- ☐ Köpt från någon som säljer till ungdomar
- ☐ Från mina kompisar
- ☐ Från mina syskon
- ☐ Fått av mina föräldrar(vårdnadshavare)
- ☐ På fest
- ☐ Tagit hemifrån utan tillstånd
- ☐ På annat sätt, skriv hur: \_\_\_\_\_

*Om ja flera gånger:*

**Om du tänker tillbaka på det senaste halvåret...**

**Hur ofta har du druckit alkohol?**

- ☐ Aldrig
- ☐ Några enstaka gånger
- ☐ Varje månad
- ☐ Varje vecka/helg

## 6. Har du blivit bjuden på alkohol av dina föräldrar (vårdnadshavare)?

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

# TOBAK, NIKOTIN, ALKOHOL, NARKOTIKA & SPEL OM PENGAR

Med narkotika menar vi alla droger som är olagliga, till exempel hasch, amfetamin, marijuana, spice och kristall. Vi menar även tabletter som är narkotikaklassade som du inte har fått i samband med sjukvård. Tobak och nikotin, i cigaretter, vapes och snus, samt alkohol räknas *inte* som narkotika.

## 7. Har du någon gång blivit erbjuden narkotika?

- ☐ Nej
- ☐ Ja, erbjuden att prova
- ☐ Ja, erbjuden att köpa
- ☐ Ja, erbjuden att sälja
- ☐ Ja, erbjuden att flytta/förvara

*Om ja, erbjuden att prova/köpa/sälja/flytta:*

**Vilken typ av narkotika (om du vet det)?**

## 8. Har du någon gång använt narkotika?

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

*Om ja, använt en/flera gånger:*

**Vilken typ av narkotika har du använt (om du vet det)?**

*Om ja, använt en/flera gånger:*

**Vilken årskurs gick du i när du använde narkotika första gången? \_\_\_\_\_**

*Om ja, använt en/flera gånger:*

**Var har du fått narkotika ifrån? (Du kan kryssa i ett eller fler svarsalternativ)**

- ☐ Via en internetsida
- ☐ Via sociala medier t.ex. snapchat
- ☐ Från en kompis
- ☐ Från någon i familjen
- ☐ Från någon okänd person som säljer narkotika
- ☐ På fest
- ☐ På annat sätt, skriv hur: \_\_\_\_\_



# TOBAK, NIKOTIN, ALKOHOL, NARKOTIKA & SPEL OM PENGAR

## 9. Vad tycker du är okej för någon som går i årskurs 8/år 2 på gymnasiet?

|                                                | Okej                     | Inte okej                |
|------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Att feströka                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Att röka varje dag                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Att snusa varje dag                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Att dricka ett glas alkohol någon enstaka gång | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Att dricka alkohol så att man blir berusad     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Att röka cannabis (marijuana och hasch)        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 10. Har du deltagit i spel om pengar (t.ex. nätkasino, betting, spelautomater)?

- ☐ Nej
- ☐ Ja, en gång
- ☐ Ja, några gånger
- ☐ Ja, spelar ofta

Det finns bra hjälp att få om du eller någon du känner vill sluta med alkohol, tobak eller narkotika. Börja med att prata med någon som stöttar dig, t ex skolsköterskan eller ungdomshälsan/ ungdomsmottagningen. I slutet av enkäten hittar du länkar med information om hur du kan avstå och förhålla dig till alkohol, tobak och narkotika.

# SKOLA & FRITID

## 1. Hur ofta känner du dig såhär en vanlig dag i skolan?

|           | Känner mig ofta          | Känner mig ibland        | Känner mig sällan        |
|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Glad      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stressad  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Motiverad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Uttråkad  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Duktig    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 2. Hur ofta upplever du detta i skolan?

|                                                  | Alltid                   | Ofta                     | Ibland                   | Sällan                   | Aldrig                   |
|--------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Att det är bra stämning                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Att du har arbetsro på lektionerna               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Att du ger upp när skoluppgifterna är svåra      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Att du tröttnar när skoluppgifterna är för lätta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Att du behandlas rättvist av lärarna             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Att lärarna ser vad du är bra på                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Att lärarna ger dig stöd och hjälp att utvecklas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Som elev ska du kunna påverka och vara delaktig i din utbildning. Det kan bland annat ske genom klassråd, mentorstid och elevråd. Det är viktigt att du blir lyssnad på och har möjlighet att diskutera frågor som känns viktiga för dig.**

## 3. Hur mycket kan du vara med och påverka i din skola?

- ☐ Väldigt mycket
- ☐ Ganska mycket
- ☐ Ganska lite
- ☐ Väldigt lite
- ☐ Vill inte påverka

# SKOLA & FRITID

## 4. Hur skulle det kännas att vända sig till någon av dessa om du får något problem eller bekymmer?

|                                                                           | Skulle kännas lätt<br>att vända sig till | Skulle kännas svårt<br>att vända sig till | Vet inte                 |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------|
| Elevhälsan i skolan (t.ex. kurator/skolsköterska)                         | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |
| Lärare/Mentor                                                             | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |
| Rektor                                                                    | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |
| Annan skolpersonal (t.ex. elevcoach/assistent eller personal i kafeteria) | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |
| Ledare/tränare på fritidsaktivitet                                        | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |
| Ungdomshälsan/ungdomsmottagning                                           | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |

## 5. Hur ofta 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"/> |
| I ditt bostadsområde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Om aldrig/sällan/ibland otrygg i skolan, hemma och/eller i ditt bostadsområde:

**Skulle du vilja berätta vad som skulle få dig att känna dig tryggare?**

Till aldrig/sällan/ibland trygga:

Tänk på att vi inte kommer att kunna koppla ditt svar till dig.

Om du behöver stöd eller hjälp så kan du ta kontakt med skolsköterskan, kuratorn, ungdomshälsan/ungdomsmottagningen eller någon annan person som du litar på.

# SKOLA & FRITID

**Med mobbning menas upprepade kränkningar under en längre tid. Mobbning kan vara både fysisk och psykisk. Det kan exempelvis handla om utfrysning, hot, ryktesspridning eller våld i olika former.**

**Mobbning kan finnas i skolan, på fritiden eller på nätet.**

## **6. Har du blivit mobbad under denna termin?**

*(Du kan kryssa i ett eller fler svarsalternativ)*

- ☐ Nej
- ☐ Ja, av elever
- ☐ Ja, av skolpersonal

*Om ja, av elever/Ja, av personal:*

### **Har du fått hjälp?**

*(Du kan kryssa i ett eller fler svarsalternativ)*

- ☐ Ja, av skolpersonal
- ☐ Ja, av familj eller släkt
- ☐ Ja, av vänner
- ☐ Ja, av någon annan
- ☐ Nej

Du har rätt att få hjälp och stöd om du (eller någon du känner) är utsatt för mobbning.

Om du redan har berättat för skolpersonal och inget händer så kan du kontakta [Barn- och elevombudet vid Skolinspektionen](#). Kontaktuppgifter och länk till hemsida finns även i slutet av enkäten.

## **7. Har du någon planerad fritidsaktivitet som du gör varje vecka (t.ex. fotbollsträning, dansgrupp eller spela gitarr)?**

- ☐ Har ingen fritidsaktivitet
- ☐ En eller flera gånger i veckan
- ☐ Nästan varje dag

# SKOLA & FRITID

## 8. Har du i högstadiet/gymnasiet skolkat eller varit frånvarande från skolan fast du inte var sjuk?

- ☐ Nej, aldrig
- ☐ Ja, någon enstaka gång
- ☐ Ja, några gånger per termin
- ☐ Ja, några gånger i månaden
- ☐ Ja, några gånger i veckan

Om Ja, har skolkat eller varit frånvarande utan sjukdom:

**Skulle du vilja berätta varför du skolkat/varit frånvarande från skolan?**

## 9. Hur många timmar total skärmtid har du i genomsnitt per dag, vardagar, på fritiden?

*Räkna med alla typer av skärmar, dvs mobil, dator, surfplatta, TV.*

- ☐ 0-1 timme
- ☐ 1-2 timmar
- ☐ 2-3 timmar
- ☐ 3-5 timmar
- ☐ 5-7 timmar
- ☐ 7-9 timmar
- ☐ mer än 9 timmar

## 10. Hur många timmar i snitt per dag brukar du lägga på följande skärmaktiviteter:

|                                                                                         | Inte<br>alls             | 30<br>min                | 1<br>tim                 | 2<br>tim                 | 3<br>tim                 | 4<br>tim                 | 5<br>tim                 | 6<br>tim                 | 7 tim<br>eller mer       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Spela tv-, data- eller mobilspel                                                        | <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"/> |
| Använda sociala medier (t.ex. snapchat, instagram och tiktok)                           | <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"/> |
| Se på film, serier, tv-program eller videoklipp (t.ex. Youtube)?                        | <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"/> |
| Använda digitalt verktyg (t.ex. surfplatta eller dator) för skolundervisning och läxor? | <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"/> |
| Söka information eller nyheter på internet                                              | <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"/> |

# SKOLA & FRITID

## 11. Vad tycker du själv om din sammanlagda skärmtid?

- ☐ Alldeles för lite
- ☐ Något för lite
- ☐ Lagom
- ☐ Något för mycket
- ☐ Alldeles för mycket

*Om för mycket tid:*

## Vad tror du skulle kunna hjälpa dig att minska din skärmtid?

## 12. Hur ofta händer det att du vaknar och kollar notiser, sociala medier eller scrollar på mobilen på natten?

- ☐ Flera gånger varje natt
- ☐ En gång varje natt
- ☐ Några gånger i veckan
- ☐ En gång i veckan
- ☐ Någon gång i månaden
- ☐ Mer sällan eller aldrig

## 13. På fritiden, hur ofta brukar du umgås med kompisar?

*Räkna inte med planerade fritidsaktiviteter som t ex träning och föreningsliv.*

|                                                                | Nästan<br>varje dag<br>eller<br>oftare | Några<br>gånger i<br>veckan | En gång i<br>veckan      | Någon<br>gång i<br>månaden | Mer sällan<br>eller<br>aldrig |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| IRL, "In real life",<br>dvs ses på<br>plats/fysiskt            | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>      |
| Online, tex via<br>spel, sociala<br>medier eller<br>videochatt | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>      |

# SKOLA & FRITID

**14. Under lektionstid, använder du mobiltelefon, smartklocka eller dator till andra saker än skolarbete, t ex sociala medier, kolla på klipp eller spela spel?**

- ☐ Nästan varje lektion
- ☐ Någon gång varje dag
- ☐ Några gånger i veckan
- ☐ En gång i veckan
- ☐ Någon gång i månaden
- ☐ Mer sällan eller aldrig

**15. Vad tycker du om mobilfria skolor? Ange gärna både positiva och negativa aspekter.**

# LIVET & FRAMTIDEN

## 1. Hur trivs du med...

|                     | Mycket bra               | Ganska bra               | Ganska dåligt            | Mycket dåligt            |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| din fritid?         | <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 hemstad?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Kommunen har hand om till exempel skola, idrottsanläggningar, fritidsgårdar och parker. Alla som bor i en kommun ska kunna vara med och påverka hur saker och ting ska vara i kommunen. Det sker huvudsakligen genom att rösta i val men ska även vara möjligt att vara delaktig på andra sätt.**

## 2. Om du fick möjlighet att vara med och påverka olika saker i din hemstad/kommun –skulle du vilja påverka?

- ☐ Ja, helt säkert
- ☐ Ja, troligen
- ☐ Nej, troligen inte
- ☐ Nej, absolut inte

## 3. Hur mycket litar du på...

|                                                                           | Mycket                   | Ganska mycket            | Ganska lite              | Lite                     |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| andra människor i allmänhet?                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| din egen förmåga att klara av saker?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| samhällets skyddsnät (t.ex. Hälso- och sjukvård, polis och socialtjänst)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| politiker/beslutsfattare                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



# LIVET & FRAMTIDEN

## 4. Hur ser du på din framtid?

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

# UTVÄRDERING

*Utvärderingsfråga till alla:*

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

Tryck på knappen "Skicka" för att skicka in dina svar.

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

**Om du vill veta mer:**

**Hälsa och livsstil**

[www.umo.se](http://www.umo.se)  
[www.1177.se/Ostergotland/Tema/Halsa/](http://www.1177.se/Ostergotland/Tema/Halsa/)  
[www.umo.se/Att-ma-daligt/Stress/](http://www.umo.se/Att-ma-daligt/Stress/)  
[www.drugsmart.com](http://www.drugsmart.com)

**Mobbning och utsatthet**

Berätta alltid för någon som du litar på om du eller någon du känner är utsatt för mobbning. Om du redan har berättat för skolpersonal och inget händer så kan du kontakta Barn- och elevombudet vid Skolinspektionen via [beo@skolinspektionen.se](mailto:beo@skolinspektionen.se)

Om du blir utsatt eller har problem med dina relationer till familj, vänner eller partner finns information här

[www.youmo.se/sprakvalsida/](http://www.youmo.se/sprakvalsida/)  
[ungarelationer.se](http://ungarelationer.se)  
[www.hedersfortryck.se](http://www.hedersfortryck.se)

**För frågor och kontakt angående undersökningen du just svarat på:**

<https://www.regionostergotland.se/ommig>

