

# Ungdomsenkäten

*Om mig*

2023



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:

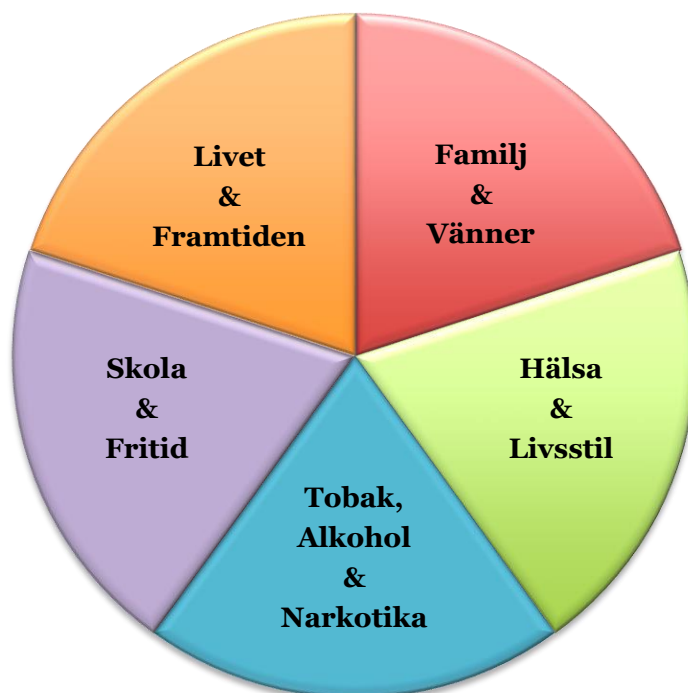
- Det är helt **frivilligt att delta** i enkäten
- Du kan **hoppa över frågor** som du inte kan eller vill svara på genom att trycka på knappen "Nästa (svar sparas)"
- Dina **svar är anonyma** vilket betyder att vi inte kan veta vilken login-kod just du har fått

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/ro/det-har-gor-vi/folkhalsa/ungdomsenkaten-om-mig>

Bilden nedan visar vilka frågeområden som enkäten innehåller.

**Välkommen att starta enkäten!**



\* Den lagliga grunden till att dina personuppgifter samlas in 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 det behövs i arbetet för ungdomar i Östergötlands län. Mer information och kontaktuppgifter till Region Östergötlands dataskyddsombud hittar du i [Brev till elever 2023- 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, 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)*

# BAKGRUND

*Endast gymnasieskolan:*

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

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

*Om svar intröduktionsprogram:*

### **Vilket år är du född?**

- 2008 eller senare
- 2007
- 2006
- 2005
- 2004
- 2003
- 2002 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  
Handels- och administrationsprogrammet  
Hantverksprogrammet  
Hotell- och turismprogrammet  
Industri tekniska programmet  
Naturbruksprogrammet  
Restaurang- och livsmedelsprogrammet  
Vård- och omsorgsprogrammet  
VVS- och fastighetsprogrammet

*Om svar anpassad gymnasieskola (särskola):*

## 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 riktigt bra kompis som du kan lita på och berätta personliga saker för?

- Ja, flera
- Ja, en
- Nej

# 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 varje dag	Någon gång i veckan	Någon gång i månaden	Sällan 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 varje dag	Någon gång i veckan	Någon gång i månaden	Sällan 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"/>

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, utvecklingsstörning, dyslexi 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 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"/>

# HÄLSA & LIVSSTIL

## 11. 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)?

## 11. Hur ofta äter du...

	Mindre än en gång per vecka eller aldrig	1-2 gånger per vecka	3-4 gånger per vecka	5-6 gånger per vecka	1 gång per dag	2 gånger per dag	3 gånger per dag eller oftare
grönsaker eller rotfrukter (färska, frysta 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 (färska, frysta, 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, ALKOHOL & NARKOTIKA

## 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.

Du kan börja med att prata med någon som stöttar dig, skolsköterskan eller ungdomshälsan/ ungdomsmottagningen. Du kan också sms:a ordet "FRI" till 070-195 89 19, för att få hjälp med tobaksavvänjning inom Region Östergötland.

# TOBAK, ALKOHOL & NARKOTIKA

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

(Du kan kryssa i ett eller fler svarsalternativ)

- Nej
- Elever
- Personal
- Andra

## 3. Har du någon gång provat att röka vattenpipa?

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

## 4. Har du någon gång provat att röka E-cigarett/Vapes?

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

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

Källa: [Tobaksfakta](#)

## 5. 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, ALKOHOL & NARKOTIKA

*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

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 sms:a ordet "FRI" till 070-195 89 19, för att få hjälp med tobaksavvänjning inom Region Östergötland.

# TOBAK, ALKOHOL & NARKOTIKA

## 6. Har du någon gång druckit alkohol (räkna inte med lättöl eller svag cider)?

- 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

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

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

# TOBAK, ALKOHOL & NARKOTIKA

Med narkotika menar vi till exempel hasch, amfetamin, marijuana och droger som till exempel spice och kristall. Vi menar även tabletter som är narkotikaklassade som du inte har fått i samband med sjukvård.

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

- Nej
- Ja, erbjuden att prova
- Ja, erbjuden att köpa
- Ja, erbjuden att sälja

Om ja, erbjuden att prova/köpa/sälja:

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

## 9. 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, ALKOHOL & NARKOTIKA

Det finns bra hjälp att få om du eller någon du känner vill sluta med alkohol eller narkotika. Börja med att prata med någon som stöttar dig, t ex skolsköterskan eller ungdomshälsan/ ungdomsmottagningen.

## 2. Har du någon gång andats in gas (boffat) för att bli påverkad/ känna ett rus?

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

*Om ja, använt en/flera gånger:*

**Vilken typ av gas?**

*Om ja, använt en/flera gånger:*

Många tror att det är ofarligt att andas in gaser, men hjärta, luftvägar och nerver kan påverkas negativt. Redan vid ett enstaka tillfälle kan man svimma eller få en överdos som i värsta fall kan leda till att man dör.

Källa: [Drugsmart](#) och [UMO](#)

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

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



# TOBAK, ALKOHOL & NARKOTIKA

## 4. Har du under de senaste två terminerna fått undervisning om...

	Ja	Nej	Vet inte
tobak?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
narkotika?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
doping?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
spel om pengar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 5. 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"/>

Om okej att röka cannabis:

**Berätta gärna varför du tycker det är okej att röka/ använda cannabis**

# TOBAK, ALKOHOL & NARKOTIKA

## 6. Vad tror du att dina föräldrar(vårdnadshavare) tycker är okej för dig nu när du går i åttan/årskurs 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"/>

Om du vill veta mer om hur du kan avstå och förhålla dig till alkohol, tobak och narkotika så hittar du länkar i slutet av enkäten.

# SKOLA & FRITID

## 1. 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.**

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

- Veldig mycket
- Ganska mycket
- Ganska lite
- Veldig lite
- Vill inte påverka

# SKOLA & FRITID

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

	Skulle kännas lätt att vända sig till	Skulle kännas svårt 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"/>

## 4. 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 om vad som får dig att känna dig otrygg?**

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.**

## 5. 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 i slutet av enkäten.

## 6. 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

# 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"/>

## 2. 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 skyddsnet (t.ex. Hälso- och sjukvård, polis och socialtjänst)?	<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.**

## 3. 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

# LIVET & FRAMTIDEN

## 4. Hur ser du på din framtid?

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

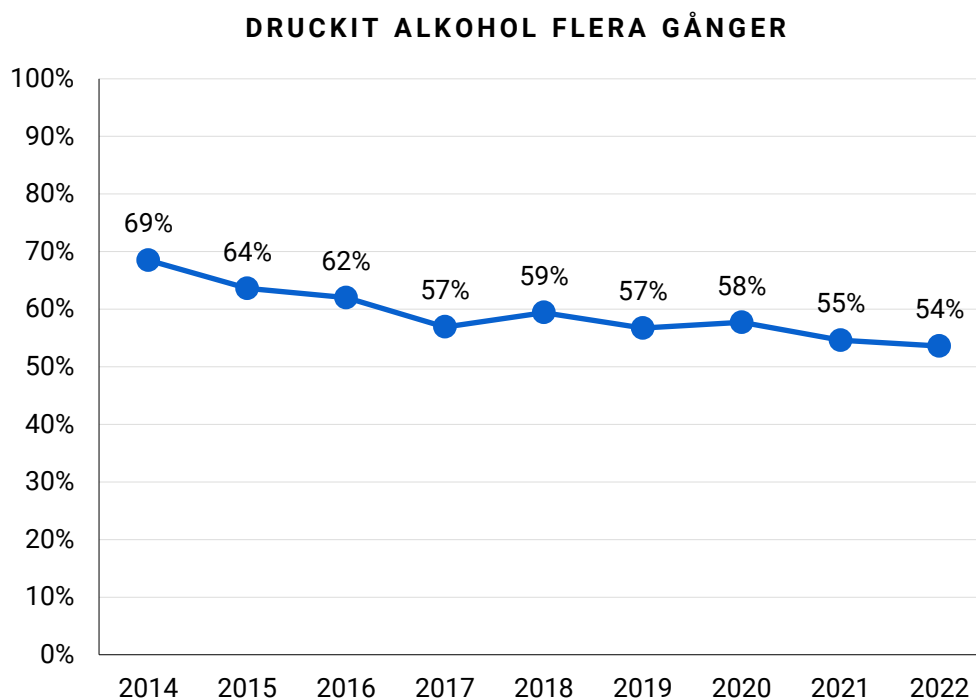
Till gymnasieungdomar:

## 5. Vill du hjälpa till att tolka resultatet på en fråga från förra årets enkät?

- Ja (du kommer att få se resultatet från föregående års enkät)
- Nej

*Om ja:*

**Den här bilden visar att andelen ungdomar i årskurs 2 på gymnasiet som druckit alkohol flera gånger har minskat sedan 2014**



**Vad tror du att minskningen kan bero på?**

# 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/)

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

[vardgivarwebb.regionostergotland.se/Ungdomsenkat](http://vardgivarwebb.regionostergotland.se/Ungdomsenkat)

