



1	Är du flicka eller pojke?	<input type="checkbox"/> Flicka																		
		<input type="checkbox"/> Pojke																		
2	Vilken månad är du född?																			
	<input type="checkbox"/> Januari	<input type="checkbox"/> Juli																		
	<input type="checkbox"/> Februari	<input type="checkbox"/> Augusti																		
	<input type="checkbox"/> Mars	<input type="checkbox"/> September																		
	<input type="checkbox"/> April	<input type="checkbox"/> Oktober																		
	<input type="checkbox"/> Maj	<input type="checkbox"/> November																		
	<input type="checkbox"/> Juni	<input type="checkbox"/> December																		
3	Vilket år är du född?	<input type="checkbox"/> 1993 eller tidigare																		
		<input type="checkbox"/> 1994																		
		<input type="checkbox"/> 1995																		
		<input type="checkbox"/> 1996																		
		<input type="checkbox"/> 1997																		
		<input type="checkbox"/> 1998																		
		<input type="checkbox"/> 1999 eller senare																		
4	I vilket land är du född?	<input type="checkbox"/> Sverige																		
		<input type="checkbox"/> Annat land, skriv vilket land i rutan.																		
		<div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>																		
5	I vilket land är dina föräldrar födda?																			
		<table border="0"><tr><td></td><td>Sverige</td><td>Norge, Finland, Danmark, Island</td><td>Annat land i Europa</td><td>Annat land utanför Europa</td><td>Vet inte</td></tr><tr><td>a) Mamma</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>b) Pappa</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>		Sverige	Norge, Finland, Danmark, Island	Annat land i Europa	Annat land utanför Europa	Vet inte	a) Mamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b) Pappa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sverige	Norge, Finland, Danmark, Island	Annat land i Europa	Annat land utanför Europa	Vet inte															
a) Mamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
b) Pappa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
6	Hur bor du?	<input type="checkbox"/> Lägenhet																		
	<i>Om din mamma och pappa bor på olika platser, ska ditt svar gälla det hem där du bor mest.</i>	<input type="checkbox"/> Radhus/kedjehus																		
		<input type="checkbox"/> Villa																		





7 Var bor du?

Om din mamma och pappa bor på olika platser, ska ditt svar gälla det hem där du bor mest.

- Storstad (Stockholm, Göteborg, Malmö)
- Förort till Stockholm, Göteborg eller Malmö
- Större stad (50 000– 200 000 invånare)
- Stad (25 000 – 49 999 invånare)
- Mindre stad/samhälle (12 500 – 24 999 invånare)
- Samhälle/landsbygd (mindre än 12 500 invånare)

Föräldrars arbete

8 Har din pappa ett arbete?

- Ja → *Gå till fråga 9*
- Nej → *Gå till fråga 11*
- Vet inte → *Gå till fråga 12*
- Har ingen pappa eller träffar honom inte → *Gå till fråga 12*

9 Var jobbar din pappa?

T.ex. sjukhus, skola, restaurang

10 Beskriv vad för slags arbete han har där.

T.ex. sjuksköterska, lärare, kock

11 Varför har inte din pappa något arbete?

- Han är sjuk, pensionär eller studerar
- Han söker arbete
- Han är hemmaman
- Jag vet inte

12 Har din mamma ett arbete?

- Ja → *Gå till fråga 13*
- Nej → *Gå till fråga 15*
- Vet inte → *Gå till fråga 16*
- Har ingen mamma eller träffar henne inte → *Gå till fråga 16*





13 Var jobbar din mamma?

T.ex. sjukhus, skola, restaurang

14 Beskriv vad för slags arbete hon har där.

T.ex. sjuksköterska, lärare, kock

15 Varför har inte din mamma något arbete?

- Hon är sjuk, pensionär eller studerar
- Hon söker arbete
- Hon är hemmafru
- Jag vet inte

Hälsa

16 Hur tycker du att din hälsa är?

- Mycket bra
- Bra
- Ganska bra
- Dålig

17 Hur mycket väger du utan kläder?

Svara i hela kilon utan decimal.

 kg

18 Hur lång är du utan skor?

Svara i hela centimeter utan decimal.

 cm

FYSISK AKTIVITET är all aktivitet som får ditt hjärta att slå snabbare och som gör dig andfådd. Fysisk aktivitet kan man hålla på med i idrottssammanhang, i olika aktiviteter på skolan, när man leker med kamrater eller då man går till skolan. Några exempel på fysisk aktivitet är att springa, gå snabba promenader, åka skridskor eller rullskridskor, simma, spela fotboll, cykla eller dansa.

När du svarar på nästa fråga, lägg ihop all tid som du är fysiskt aktiv varje dag.

19 Hur många dagar har du varit fysiskt aktiv sammanlagt minst 1 timme om dagen under de senaste 7 dagarna?

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





20 Hur ofta äter du vanligtvis frukost (mer än t.ex. ett glas mjölk eller juice)?

Sätt ett kryss för vardagar och ett kryss för helgen.

Vardagar:

- Jag äter aldrig frukost på vardagar
- En dag i veckan
- Två dagar i veckan
- Tre dagar i veckan
- Fyra dagar i veckan
- Fem dagar i veckan

Helger:

- Jag äter aldrig frukost under helgen
- Jag äter vanligen frukost en av helgdagarna (lördag ELLER söndag)
- Jag äter vanligtvis frukost båda helgdagarna (lördag OCH söndag)

21 Hur många gånger i veckan äter eller dricker du vanligtvis ...

	Aldrig	Mindre än 1 gång i veckan	1 gång i veckan	2-4 dagar per vecka	5-6 dagar per vecka	Varje dag, 1 gång om dagen	Varje dag, mer än 1 gång om dagen
a) ... frukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ... grönsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ... sötsaker (godis eller choklad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ... coca-cola eller andra läskedrycker som innehåller socker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22 Håller du på att banta eller gör du något annat för att gå ned i vikt just nu?

- Nej, jag väger lagom mycket
- Nej, men jag behöver gå ned i vikt
- Nej, för jag behöver gå upp i vikt
- Ja

23 En del barn och ungdomar går till skolan eller sängs hungriga för att det inte finns tillräckligt med mat hemma. Hur ofta händer detta dig?

- Alltid
- Ofta
- Ibland
- Aldrig

24 Hur ofta borstar du tänderna?

- 2 eller fler gånger om dagen
- 1 gång om dagen
- Åtminstone 1gång i veckan, men inte varje dag
- Mindre än en gång i veckan
- Aldrig





25 Det här är en bild av en stege.

Toppen på stegen '10' motsvarar det bästa liv du kan tänka dig och botten '0' det sämsta liv du kan tänka dig.

Om du tänker på ditt liv i största allmänhet, var tycker du att du står just nu?

Kryssa i rutan vid det nummer som bäst passar in på dig.

<input type="checkbox"/>	10	Bästa tänkbara liv
<input type="checkbox"/>	9	
<input type="checkbox"/>	8	
<input type="checkbox"/>	7	
<input type="checkbox"/>	6	
<input type="checkbox"/>	5	
<input type="checkbox"/>	4	
<input type="checkbox"/>	3	
<input type="checkbox"/>	2	
<input type="checkbox"/>	1	
<input type="checkbox"/>	0	Sämsta tänkbara liv

26 Hur ofta har du under de senaste 6 månaderna haft följande besvär?

	I stort sett varje dag	Mer än en gång i veckan	Ungefär en gång i veckan	Ungefär en gång i månaden	Sällan eller aldrig
a) Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ont i magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ont i ryggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Känt mig nere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Varit irriterad eller på dåligt humör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Känt mig nervös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Haft svårt att somna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Känt mig yr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27 Har du under den senaste månaden ätit tabletter eller någon annan medicin mot följande besvär?

	Nej	Ja, en gång	Ja, mer än en gång
a) Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ont i magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Haft svårt att somna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Känt dig nervös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Något annat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





- 28 Tycker du att du är ...**
- ... alldeles för mager?
 - ... lite för mager?
 - ... lagom?
 - ... lite för tjock?
 - ... alldeles för tjock?

- 29 Denna fråga ska bara FLICKOR svara på**
- Har du fått din menstruation?**
- Nej, jag har ännu inte fått min menstruation
 - Ja, jag fick den då jag var

år och månader gammal

RESTEN AV FRÅGORNA SKA BÅDE POJKAR OCH FLICKOR SVARA PÅ

- 30 Hur gammal var du när du hade samlag för första gången?**
- Jag har inte haft samlag → *Gå till fråga 33*
 - 11 år eller yngre
 - 12 år
 - 13 år
 - 14 år
 - 15 år
 - 16 år eller äldre

- 31 Vilken preventivmetod använde du och din partner för att inte bli gravid senaste gången ni hade samlag?**

	Ja	Nej
a) P-piller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Kondom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Avbrutet samlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Akut p-piller ("dagen efter piller)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Någon annan metod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Vet inte	<input type="checkbox"/>	

- 32 Använde du eller din partner kondom senaste gången ni hade samlag?**
- Ja
 - Nej





Många unga människor gör sig illa eller skadas då de exempelvis idrottar eller är i slagsmål med andra på olika platser som gatan eller hemma. Att skada sig kan innebära att man t.ex. bryter/stukar sig eller bränner sig. Att skada sig innebär inte att man får sjukdomar som mässlingen eller influensa.

Följande frågor handlar om skador som du kan ha råkat ut för under de senaste 12 månaderna.

33 Hur många gånger har du under de senaste 12 månaderna skadat dig så illa att du blivit behandlad av en läkare eller sjuksköterska?	<input type="checkbox"/> Jag har inte skadat mig de senaste 12 månaderna <input type="checkbox"/> 1 gång <input type="checkbox"/> 2 gånger <input type="checkbox"/> 3 gånger <input type="checkbox"/> 4 gånger eller fler
34 Hur många gånger har du under de senaste 12 månaderna varit i slagsmål?	<input type="checkbox"/> Jag har varit i slagsmål de senaste 12 månaderna <input type="checkbox"/> 1 gång <input type="checkbox"/> 2 gånger <input type="checkbox"/> 3 gånger <input type="checkbox"/> 4 gånger eller fler

Alkohol och tobak

35 Har du någonsin prövat att röka? <i>Minst en cigarett, cigarr eller pipa</i>	<input type="checkbox"/> Nej → <i>Gå till fråga 37</i> <input type="checkbox"/> Ja, 1-2 gånger <input type="checkbox"/> Ja, mer än 2 gånger
36 Hur ofta röker du?	<input type="checkbox"/> Jag röker inte <input type="checkbox"/> Mindre än en gång i veckan <input type="checkbox"/> Minst en gång i veckan, men inte varje dag <input type="checkbox"/> Varje dag
37 Har du någonsin prövat att snusa?	<input type="checkbox"/> Nej → <i>Gå till fråga 39</i> <input type="checkbox"/> Ja, 1-2 gånger <input type="checkbox"/> Ja, mer än 2 gånger
38 Hur ofta snusar du?	<input type="checkbox"/> Jag snusar inte <input type="checkbox"/> Mindre än en gång i veckan <input type="checkbox"/> Minst en gång i veckan, men inte varje dag <input type="checkbox"/> Varje dag





**39 Hur ofta dricker du alkohol, som t.ex. öl, vin eller sprit?
Ta även med de gånger då du bara dricker lite grann.**

	Aldrig	Sällan	Varje månad	Varje vecka	Varje dag
a) Öl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Vin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Sprit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Alkoläsk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Cider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Annat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40 Har du någonsin druckit så mycket att du blivit riktigt full?

- Nej, aldrig
- Ja, 1 gång
- Ja, 2-3 gånger
- Ja, 4-10 gånger
- Ja, mer än 10 gånger

41 Hur gammal var du när du första gången gjorde något av följande?

Om det är något du inte har gjort kryssar du i rutan "aldrig"

	Aldrig	11 år eller yngre	12 år	13 år	14 år	15 år	16 år eller äldre
a) Drack alkohol (mer än bara smakat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Blev full	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Rökte (mer än ett bloss)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42 Hur många gånger har du gjort något av följande under de 30 senaste dagarna?

	Aldrig	1-2 gånger	3-5 gånger	6-9 gånger	10-19 gånger	20-39 gånger	40 gånger eller fler
a) Rökt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Snusat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Druckit alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Varit full	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**43 Har du någon gång prövat hasch eller marijuana ...**

	Aldrig prövat	1-2 gånger	3-9 gånger	10 gånger eller mer
a) ... i ditt liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ... under de senaste 12 månaderna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ... under de senaste 30 dagarna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vänner och familj**44 Hur många pojkar och flickor har du som nära vänner just nu?**

	Ingen nära vän	1	2	3 eller fler nära vänner
a) Pojkar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Flickor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45 Hur lätt har du för att prata med följande personer om saker som bekymrar dig?

	Mycket lätt	Lätt	Svårt	Mycket svårt	Har ingen/vi träffas inte
a) Mamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Pappa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Mammas sambo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Pappas sambo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Bror/bröder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Syster/systrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Bästa vännen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Vänner av samma kön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Vänner av motsatt kön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46 Hur ofta pratar du med kompisar i telefon, skickar dem sms eller har kontakt med dem via e-mail/Internet?

- Sällan eller aldrig
- 1-2 dagar i veckan
- 3-4 dagar i veckan
- 5-6 dagar i veckan
- Varje dag





Här kommer några frågor om mobbing. Vi menar att en elev MOBBAS då en annan elev, eller en grupp elever, säger eller gör elaka och otrevliga saker mot honom/henne.

Det är också mobbing då en elev upprepade gånger blir retad på ett sätt som han/hon inte tycker om eller om han/hon lämnas utanför.

Men det är INTE MOBBING då två ganska jämnstarka elever grälar eller slåss. Det är inte heller mobbing när en elev retas på ett snällt och vänligt sätt.

47 Hur ofta har du blivit mobbad i skolan under de senaste månaderna?

- Jag har inte blivit mobbad i skolan de senaste månaderna
- Det har hänt 1 eller 2 gånger under de senaste månaderna
- 2 eller 3 gånger i månaden
- Ungefär en gång i veckan
- Flera gånger i veckan

48 Hur ofta har du varit med och mobbat andra elever i skolan under de senaste månaderna?

- Jag har inte varit med och mobbat andra elever i skolan de senaste månaderna.
- Det har hänt 1 eller 2 gånger under de senaste månaderna
- 2 eller 3 gånger i månaden
- Ungefär en gång i veckan
- Flera gånger i veckan

Alla familjer är olika (t.ex. så lever inte alla med båda sina föräldrar, ibland bor man med bara en förälder, ibland har man två hem och lever med två familjer). Vi skulle vilja veta mer om hur du bor. Den första frågan handlar om det hem där du bor hela tiden eller för det mesta.

49 Kryssa för vilka du bor tillsammans med:

Vuxna:

- Mamma
- Pappa
- Mammas sambo
- Pappas sambo
- Farfar/morfar
- Farmor/mormor
- Jag bor med fosterföräldrar eller liknande
- Jag bor tillsammans med någon annan vuxen

Barn:

Skriv hur många bröder och systrar som bor här (räkna med halv-, styv-, eller fostersyskon). Du ska inte räkna med dig själv. Skriv antalet eller skriv noll (0) om det inte bor något annat barn här.

Hur många bröder?

Hur många systrar?

50 Har du ytterligare ett hem eller en annan familj, t.ex. om dina föräldrar är skilda?

- Nej → Gå till fråga 53
- Ja





51 Hur ofta bor du i det andra hemmet?

- Hälften av tiden
- Regelbundet men inte hälften av tiden
- Ibland
- Nästan aldrig

52 Kryssa för vilka du bor med i det andra hemmet:

Vuxna:

- Pappa
- Mamma
- Pappas sambo
- Mammas sambo
- Farfar/morfar
- Farmor/mormor
- Jag bor med fosterföräldrar eller liknande
- Jag bor tillsammans med någon annan vuxen

Barn:

Skriv hur många bröder och systrar som bor här (räkna med halv-, styv-, eller fostersyskon). Ta inte med syskon som du räknat upp i den förra frågan eller dig själv. Skriv antalet eller skriv noll (0) om det inte bor något annat barn här.

Hur många bröder?

Hur många systrar?

53 Hur pass bra ställt ekonomiskt tycker du att din familj har det?

- Mycket bra
- Ganska bra
- Genomsnittligt
- Inte så bra
- Inte alls bra
- Vet inte

54 Hur frisk tycker du att du är?

- Mycket frisk
- Ganska frisk
- Inte särskilt frisk

55 Hur trivs du i stort sett med livet just nu?

- Jag trivs mycket bra
- Jag trivs ganska bra
- Jag trivs inte så bra
- Jag trivs inte alls





56 Kryssa för något av "stämmer inte", "stämmer delvis" och "stämmer helt" för varje fråga. Sätt bara ett kryss på varje fråga och försök att besvara alla frågor. Frågorna gäller hur du har haft det de senaste 6 månaderna.

	Stämmer inte	Stämmer delvis	Stämmer helt
a) Jag försöker att vara vänlig mot andra. Jag bryr mig om deras känslor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Jag är rastlös. Jag kan inte vara stilla länge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Jag har ofta huvudverk, ont i magen eller illamående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Jag delar ofta med mig till andra (t.ex. godis, spel, pennor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Jag blir mycket arg och tappar ofta humöret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Jag är ofta för mig själv. Jag gör oftast saker ensam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Jag gör oftast som jag blir tillsagd av vuxna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Jag oroar mig mycket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Jag är hjälpsam om någon är ledsen, upprörd eller känner sig dålig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Jag har svårt att sitta still, jag vill jämt vrida och röra på mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Jag har en eller flera kompisar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Jag slås eller bråkar mycket. Jag kan tvinga andra att göra som jag vill	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Jag är ofta ledsen, nedstämd eller gråtfärdig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Jämnåriga verkar gilla mig för det mesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Jag har svårt att koncentrera mig, jag är lättstörd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Jag blir nervös i nya situationer. Jag blir lätt osäker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Jag är snäll mot yngre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) Jag blir ofta anklagad för att ljuga eller fuska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) Andra barn eller ungdomar retar eller mobbar mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t) Jag ställer upp och hjälper andra (t.ex. föräldrar, lärare, jämnåriga)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u) Jag tänker mig för innan jag gör olika saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v) Jag tar saker som inte tillhör mig, t.ex. från skolan eller andra ställen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
x) Jag kommer bättre överens med vuxna än med jämnåriga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
y) Jag är rädd för många olika saker, jag är lättskrämd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
z) Jag kan koncentrera mig, göra klart det jag arbetar med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
å) Skriv gärna i rutan nedan om du har kommentarer eller vill tillägga något			





**57 Tycker du att du har svårigheter med något av följande:
Dina känslor, din koncentrationsförmåga, ditt beteende eller med att komma överens och umgås med andra?**

- Nej → *Gå till fråga 62*
 Ja, små svårigheter
 Ja, klara svårigheter
 Ja, allvarliga svårigheter

58 Hur länge har svårigheterna funnits?

- Mindre än 1 månad
 1-5 månader
 6-12 månader
 Mer än 1 år

59 Besväras eller oroas du av svårigheterna?

- Inte alls
 Bara lite
 Ganska mycket
 Våldigt mycket

60 Stör svårigheterna ditt vardagsliv inom följande områden?

	Inte alls	Bara lite	Ganska mycket	Våldigt mycket
a) Hemma/i familjen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Med kamrater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) I skolarbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Vid fritidsaktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

61 Tror du att svårigheterna blir jobbiga för människor runt omkring dig (familj, kamrater, lärare osv.)?

- Inte alls
 Bara lite
 Ganska mycket
 Våldigt mycket

Din fritid

62 Hur många dagar i veckan brukar du vara tillsammans med kompisar direkt efter skolan?

- 0 dagar 1 dag 2 dagar 3 dagar 4 dagar 5 dagar

63 Hur många kvällar i veckan brukar du vara ute med kompisar?

- 0 kvällar 1 kväll 2 kvällar 3 kvällar 4 kvällar 5 kvällar 6 kvällar 7 kvällar

64 Om du tänker på förra veckan. Hade du tillräckligt med pengar för ...

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
a) ... att kunna göra samma saker som dina kompisar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ... för dina utgifter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





65 Hur många timmar om dagen brukar du vanligtvis titta på TV (eller video/DVD) på din fritid?

Sätt ett kryss för vardagar och ett för helger

Vardagar:

- Inte alls
- Ca en halvtimme om dagen
- Ca 1 timme om dagen
- Ca 2 timmar om dagen
- Ca 3 timmar om dagen
- Ca 4 timmar om dagen
- Ca 5 timmar om dagen
- Ca 6 timmar om dagen
- Ca 7 timmar eller mer om dagen

Helger:

- Inte alls
- Ca en halvtimme om dagen
- Ca 1 timme om dagen
- Ca 2 timmar om dagen
- Ca 3 timmar om dagen
- Ca 4 timmar om dagen
- Ca 5 timmar om dagen
- Ca 6 timmar om dagen
- Ca 7 timmar eller mer om dagen

66 Hur många timmar om dagen spelar du vanligtvis data eller TV-spel på din fritid?

Sätt ett kryss för vardagar och ett för helger

Vardagar:

- Inte alls
- Ca en halvtimme om dagen
- Ca 1 timme om dagen
- Ca 2 timmar om dagen
- Ca 3 timmar om dagen
- Ca 4 timmar om dagen
- Ca 5 timmar om dagen
- Ca 6 timmar om dagen
- Ca 7 timmar eller mer om dagen

Helger:

- Inte alls
- Ca en halvtimme om dagen
- Ca 1 timme om dagen
- Ca 2 timmar om dagen
- Ca 3 timmar om dagen
- Ca 4 timmar om dagen
- Ca 5 timmar om dagen
- Ca 6 timmar om dagen
- Ca 7 timmar eller mer om dagen

67 Hur många timmar om dagen använder du vanligtvis en dator till att skicka e-mail, chatta, göra läxor eller surfa på nätet på din fritid?

Sätt ett kryss för vardagar och ett för helger.

Vardagar:

- Inte alls
- Ca en halvtimme om dagen
- Ca 1 timme om dagen
- Ca 2 timmar om dagen
- Ca 3 timmar om dagen
- Ca 4 timmar om dagen
- Ca 5 timmar om dagen
- Ca 6 timmar om dagen
- Ca 7 timmar eller mer om dagen

Helger:

- Inte alls
- Ca en halvtimme om dagen
- Ca 1 timme om dagen
- Ca 2 timmar om dagen
- Ca 3 timmar om dagen
- Ca 4 timmar om dagen
- Ca 5 timmar om dagen
- Ca 6 timmar om dagen
- Ca 7 timmar eller mer om dagen





68	Hur många datorer har din familj?	<input type="checkbox"/> Ingen
		<input type="checkbox"/> 1
		<input type="checkbox"/> 2
		<input type="checkbox"/> 3 eller fler
69	Har din familj någon bil?	<input type="checkbox"/> Nej
		<input type="checkbox"/> Ja, 1
		<input type="checkbox"/> Ja, 2 eller fler
70	Har du ett eget rum?	<input type="checkbox"/> Nej
		<input type="checkbox"/> Ja
71	Hur många gånger har du rest bort på semester med din familj det senaste året?	<input type="checkbox"/> Ingen gång
		<input type="checkbox"/> 1 gång
		<input type="checkbox"/> 2 gånger
		<input type="checkbox"/> 3 gånger eller fler
72	Hur ofta brukar du träna på din fritid, (dvs. utanför skoltid) så att du blir andfådd eller svettas?	<input type="checkbox"/> Varje dag
		<input type="checkbox"/> 4-6 gånger i veckan
		<input type="checkbox"/> 2-3 gånger i veckan
		<input type="checkbox"/> 1 gång i veckan
		<input type="checkbox"/> 1 gång i månaden → Gå till fråga 74
		<input type="checkbox"/> Mindre än 1 gång i månaden → Gå till fråga 74
		<input type="checkbox"/> Aldrig → Gå till fråga 74
73	Hur många timmar i veckan brukar du träna på din fritid, (dvs. utanför skoltid) så att du blir andfådd eller svettas?	<input type="checkbox"/> Aldrig
		<input type="checkbox"/> Ca 30 minuter
		<input type="checkbox"/> Ca 1 timma
		<input type="checkbox"/> Ca 2-3 timmar
		<input type="checkbox"/> Ca 4-6 timmar
		<input type="checkbox"/> 7 timmar eller mer





Frågor om skolan

74 Hur duktig tror du din klassföreståndare/dina lärare tycker du är i skolan jämfört med dina klasskamrater?

Mycket duktig

Duktig

Medelbra

Mindre bra

75 Vad tycker du om skolan?

Mycket bra

Ganska bra

Inte särskilt bra

Inte alls bra

76 Känner du dig stressad av ditt skolarbete?

Inte alls

Lite grann

Ganska mycket

Mycket

77 Kryssa i en ruta för varje påstående om dina klasskamrater.

	Instämmer absolut	Instämmer	Tveksam	Instämmer inte	Instämmer absolut inte
a) Eleverna i min klass trivs tillsammans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) De flesta av mina klasskamrater är snälla och hjälpsamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) De andra eleverna accepterar mig som jag är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

78 Kryssa i en ruta för varje påstående om dina lärare. Om du bara har en lärare, tänk då på den personen när du svarar.

	Instämmer absolut	Instämmer	Tveksam	Instämmer inte	Instämmer absolut inte
a) Om jag behöver extra hjälp, så får jag det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Lärarna behandlar oss rättvist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) De flesta av mina lärare är vänliga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





79 Kryssa i en ruta för varje påstående om din skola.

	Instämmer absolut	Instämmer	Tveksam	Instämmer inte	Instämmer absolut inte
a) På min skola är eleverna med och bestämmer reglerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Eleverna behandlas för strängt på min skola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Reglerna på min skola är rättvisa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Eleverna är med och bestämmer hur lektionstiden ska användas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Eleverna är med och bestämmer vilka aktiviteter som ska göras på lektionerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Jag känner mig trygg på min skola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

80 Kryssa i en ruta för varje påstående om hur du kan uppleva arbetet i skolan (tänk både på det arbete som du gör i skolan och läxor som du gör hemma)

	Instämmer absolut	Instämmer	Tveksam	Instämmer inte	Instämmer absolut inte
a) Jag har för mycket skolarbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Jag tycker skolarbetet är svårt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Jag blir trött av skolarbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

81 Kryssa i en ruta för varje påstående om dina föräldrar. Om din mamma och pappa bor på olika platser, ska dina svar gälla det hem där du bor mest.

	Instämmer absolut	Instämmer	Tveksam	Instämmer inte	Instämmer absolut inte
a) Om jag har problem i skolan försöker mina föräldrar hjälpa mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Mina föräldrar kommer gärna till skolan och pratar med mina lärare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Mina föräldrar uppmuntrar mig att vara duktig i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Mina föräldrar är intresserade av vad som händer mig i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Mina föräldrar hjälper gärna mig med mina läxor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Jag känner mig trygg på min skola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





82 Vad tror du att du kommer att göra när du slutat grundskolan?

- Gå på något av gymnasiets teoretiska program
- Gå på något av gymnasiets praktiska/yrkesinriktade program
- Få ett arbete
- Få praktik- eller lärlingsjobb
- Bli arbetslös
- Jag vet inte
- Annat, skriv vad i rutan

Tack för din medverkan!

