

+

+

1 Går du i årskurs 6 eller årskurs 9?

Årskurs 6

Årskurs 9

2 Är du flicka eller pojke?

Flicka

Pojke

3 Vilket år är du född?

1	9		
---	---	--	--



4 I vilken månad är du född?

Januari Maj September

Februari Juni Oktober

Mars Juli November

April Augusti December

5 I vilket land är du född?

Sverige

Syd- eller Nordamerika

Danmark, Norge eller Finland

Afrika

Annat land i Europa

Annat land i världen

Libanon, Iran, Irak, Turkiet eller Syrien

Vet inte

Annat land i Asien
(t.ex. Thailand, Sydkorea, Filipinerna, Indien)

6 I vilket land är din mamma född?

Sverige

Syd- eller Nordamerika

Danmark, Norge eller Finland

Afrika

Annat land i Europa

Annat land i världen

Libanon, Iran, Irak, Turkiet eller Syrien

Vet inte

Annat land i Asien
(t.ex. Thailand, Sydkorea, Filipinerna, Indien)

+

+



7 I vilket land är din pappa född?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sverige | <input type="checkbox"/> Syd- eller Nordamerika |
| <input type="checkbox"/> Danmark, Norge eller Finland | <input type="checkbox"/> Afrika |
| <input type="checkbox"/> Annat land i Europa | <input type="checkbox"/> Annat land i världen |
| <input type="checkbox"/> Libanon, Iran, Irak, Turkiet eller Syrien | <input type="checkbox"/> Vet inte |
| <input type="checkbox"/> Annat land i Asien
(t.ex. Thailand, Sydkorea, Filipinerna, Indien) | |

8a Bor du tillsammans med dina föräldrar?

- Ja, både med mamma och pappa
→ **Gå till fråga 8b**
- Ja, bara med mamma → **Gå till fråga 9**
- Ja, bara med pappa → **Gå till fråga 9**
- Nej, bor ensam eller tillsammans med annan
→ **Gå till fråga 9**

8b Bor du alltid tillsammans med mamma och pappa?

- Alltid tillsammans med mamma och pappa
- För det mesta ihop med mamma, pappa ibland
- För det mesta ihop med pappa, mamma ibland
- Ungefär lika mycket hos mamma och pappa
(t.ex. ena veckan hos mamma och andra veckan hos pappa)

Fysisk aktivitet och hälsa



9 Hur mår du rent allmänt?

- Utmärkt
- Mycket bra
- Bra
- Ganska bra
- Dåligt

10 Om du tänker på förra veckan:

	Inte alls	Lite grann	Sådär	Mycket	Jätte- mycket
Kände du dig frisk och i god form?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motionerade du (t.ex. simmade, sprang, cyklade)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunde du springa bra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





11 Om du tänker på förra veckan:

	Aldrig	Sällan	ibland	Ofta	Alltid
Kände du dig full av energi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allmän sinnesstämning



12 Om du tänker på förra veckan:

	Inte alls	Lite grann	Sådär	Mycket	Jätte-mycket
Var ditt liv bra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kände du dig glad över att leva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kände du dig nöjd med ditt liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13 Om du tänker på förra veckan:

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
Var du på gott humör?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kände du dig glad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hade du kul?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14 Om du tänker på förra veckan:

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
Kände du att allt du gör blir dåligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kände du dig ledsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kände du dig så nere att du inte hade lust att göra någonting?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15 Om du tänker på förra veckan:

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
Kände du att allting i ditt liv blir fel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kände du dig trött på allt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kände du dig ensam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kände du dig pressad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





Dina kompisar

16 Om du tänker på förra veckan:

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
Var du med dina kompisar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjorde du saker med andra i din ålder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hade du kul med dina kompisar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjälpte du och dina kompisar varandra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17 Om du tänker på förra veckan:

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
Kunde du prata om allt med dina kompisar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunde du få stöd av dina kompisar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Din familj

18 Om du tänker på förra veckan:

	Inte alls	Lite grann	Sådär	Mycket	Jätte-mycket
Visade din förälder/föräldrar förståelse för dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kände du dig älskad av din förälder/föräldrar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19 Om du tänker på förra veckan:

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
Hade du det bra hemma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hade din förälder/föräldrar tillräckligt med tid för dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlade din förälder/föräldrar dig rättvist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunde du prata med din förälder/föräldrar när du ville?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





Självuppfattning

20 Om du tänker på förra veckan:

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
Var du nöjd med dig själv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var du nöjd med dina kläder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21 Om du tänker på förra veckan:

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
Var du missnöjd med ditt utseende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var du avundsjuk på andra ungdomars utseende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ville du ändra på något på din kropp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Din fritid



22 Om du tänker på förra veckan:

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
Hade du tillräckligt med tid över för dig själv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunde du göra det du ville på fritiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hade du tillräckligt med möjligheter att vara ute?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hade du tillräckligt med tid att vara med kompisar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunde du välja vad du ville göra på fritiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Skola och inläring

23 Om du tänker på förra veckan:

	Inte alls	Lite grann	Sådär	Mycket	Jätte-mycket
Hade du det bra i skolan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjorde du bra ifrån dig i skolan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var du nöjd med dina lärare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24 Om du tänker på förra veckan:

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
Kunde du vara uppmärksam (i skolan)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tyckte du om att gå i skolan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kom du bra överens med dina lärare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





Mobbning

25 Om du tänker på förra veckan:

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
Var du rädd för andra elever?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blev du retad av andra elever?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blev du mobbad av andra elever?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pengar

26 Om du tänker på förra veckan:

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
Hade du tillräckligt med pengar för att kunna göra samma saker som dina kompisar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hade du tillräckligt med pengar för dina utgifter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27 Om du tänker på förra veckan:

	Inte alls	Lite grann	Sådär	Mycket	Jättemycket
Hade du tillräckligt med pengar för att göra saker tillsammans med dina kompisar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





Styrkor och svårigheter

28 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
Jag försöker att vara vänlig mot andra. Jag bryr mig om deras känslor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är rastlös. Jag kan inte vara stilla länge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har ofta huvudvärk, ont i magen eller illamående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag delar ofta med mig till andra (t.ex. godis, spel, pennor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag blir mycket arg och tappar ofta humöret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är ofta för mig själv. Jag gör oftast saker ensam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag gör oftast som jag blir tillsagd av vuxna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag oroar mig mycket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är hjälpsam om någon är ledsen, upprörd eller känner sig dålig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har svårt att sitta stilla, jag vill jämt vrida och röra på mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har en eller flera kompisar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag slåss eller bråkar mycket. Jag kan tvinga andra att göra som jag vill	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är ofta ledsen, nedstämd eller gråtfärdig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jämnåriga verkar gilla mig för det mesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har svårt att koncentrera mig. Jag är lättstörd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag blir nervös i nya situationer. Jag blir lätt osäker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är snäll mot yngre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag blir ofta anklagad för att ljuga eller fuska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andra barn eller ungdomar retar eller mobbar mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag ställer upp och hjälper andra (t.ex. föräldrar, lärare, jämnåriga)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tänker mig för innan jag gör olika saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tar saker som inte tillhör mig, t.ex. från skolan eller andra ställen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag kommer bättre överens med vuxna än med jämnåriga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är rädd för många olika saker. Jag är lättskrämd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag kan koncentrera mig, göra klart det jag arbetar med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Skriv gärna i rutan nedan om du har kommentarer eller vill tillägga något:



+

+

29 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 34**
- Ja, små svårigheter
- Ja, klara svårigheter
- Ja, allvarliga svårigheter

30 Hur länge har svårigheterna funnits?

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

31 Besväras eller oroas du av svårigheterna?

- Inte alls
- Bara lite
- Ganska mycket
- Våldigt mycket

32 Stör svårigheterna ditt vardagsliv inom följande områden?

	Inte alls	Bara lite	Ganska mycket	Våldigt mycket
Hemma/I familjen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Med kamrater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I skolarbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vid fritidsaktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



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

- Inte alls
- Bara lite
- Ganska mycket
- Våldigt mycket

+

+



Hälsa och välbefinnande



34 Om du tänker på de senaste 6 månaderna:

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
Har du känt att du haft svårt att koncentrera dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du känt att du haft svårt att sova?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du besvärats av huvudvärk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du besvärats av magont?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du känt dig spänd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du haft dålig aptit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du känt dig ledsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du känt dig yr i huvudet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35 Hur frisk tycker du att du är?

- Helt frisk
- Ganska frisk
- Inte särskilt frisk

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

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

37 Jag tycker att mitt liv har mål och mening

- Instämmer helt och hållet
- Instämmer delvis
- Tar delvis avstånd
- Tar avstånd helt och hållet

38 Har du en funktionsnedsättning?

- Ja
- Nej

Funktionsnedsättning betyder här att man exempelvis har ett rörelsehinder, dyslexi, nedsatt syn eller hörsel. Det kan också vara att man har ADHD, epilepsi eller diabetes.





Mobbning

39 Vissa elever kan vara mobbade, dvs. att de vid upprepade tillfällen utsätts för taskiga saker av andra elever. Tänk på eleverna i din egen skolklass.

Finns det någon (några) i din klass du tycker är mobbade av andra?

- Nej, inte vad jag vet
- Ja, kanske någon
- Ja, det finns någon som är mobbad
- Ja, det finns flera som är mobbade

Hur många då?

stycken

Rökning och snusning



40 Röker du?

- Nej, har aldrig rökt
- Nej, har bara provat
- Nej, har slutat
- Ja, men bara ibland
- Ja, men bara när jag är på fest
- Ja, men bara vid veckosluten
- Ja, nästan varje dag
- Ja, varje dag

41 Snusar du?

- Nej, har aldrig snusat
- Nej, har bara provat
- Nej, har slutat
- Ja, men bara ibland
- Ja, nästan varje dag
- Ja, varje dag

Sista frågan handlar om alkohol och det är bara du som går i årskurs 9 som ska svara på den.

42 Hur ofta händer det att du dricker mycket alkohol vid ett och samma tillfälle?

Med det menar vi minst 18 cl starksprit (en halv "kvartering") eller en helflaska vin eller fyra stora flaskor stark cider/alkoläsk eller fyra burkar starköl eller sex burkar folköl vid samma tillfälle?

- Dricker inte alkohol
- Någon gång i veckan
- Ett par gånger månaden
- Någon gång i månaden
- Några gånger per år
- Mer sällan
- Aldrig

