

# ELEVHÄLSOENKÄT

## ÅK 1 Gymnasiet

### *Västra Götalands regiongemensamma elevhälsoenkät*

Frågorna i den här enkäten handlar om din hälsa, skolsituation, livsstil och hur du mår. Det finns inga rätt eller fel svar. Du svarar det som stämmer bäst in på dig själv. Du och skolsköterskan träffas sen för ett hälsosamtal och går igenom dina svar. Uppgifterna förs sedan in i din journal där de är sekretesskyddade. Det betyder att uppgifterna i de flesta fall inte får lämnas ut till någon annan. Undantag kan vara om du riskerar att fara illa och behöver hjälp eller skydd.



#### **Gör så här:**

- Svara på frågorna i tur och ordning. Fråga skolsköterskan eller läraren om du behöver hjälp. Sätt kryss i rutan för ditt svar, ibland kan du också skriva egna kommentarer.
- Vissa frågor handlar om hur du har det nu. Andra frågor handlar om hur det varit de senaste 7 dagarna eller skolveckan, och vissa frågor om hur det har varit den senaste månaden eller de senaste tre månaderna.
- Ta god tid på dig och läs frågorna noga.
- Har du synpunkter på frågorna kan du prata med din skolsköterska.

**Namn** \_\_\_\_\_

**Personnummer** \_\_\_\_\_

**Årskurs** \_\_\_\_\_

**Klass** \_\_\_\_\_

# ELEVHÄLSOENKÄT ÅK 1 Gymnasiet

## SKOLMILJÖ

- Om du tänker på de **senaste 7 dagarna**, hur trivs du i skolan?  
 Mycket bra    Bra    Varken bra eller dåligt    Dåligt    Mycket dåligt
- Trivs du med skolans lokaler vad gäller buller, belysning, ventilation, möbler, städning och toaletter?  
 Alltid    Ofta    Sällan    Aldrig    Vill inte svara
- Trivs du med skolans lärare och personal?  
 Ja, med alla    Ja, med de flesta    Ja, med några    Nej, inte med någon    Vill inte svara
- Trivs du med de andra eleverna i skolan?  
 Ja, med alla    Ja, med de flesta    Ja, med några    Nej, inte med någon    Vill inte svara
- Kan du koncentrera dig på lektionerna?  
 Alltid    Ofta    Sällan    Aldrig    Vill inte svara
- Kan du arbeta i din egen takt och hinna med ditt skolarbete?  
 Alltid    Ofta    Sällan    Aldrig    Vill inte svara
- Får du den hjälp och stöd i skolarbetet som du behöver i skolan?  
 Alltid    Ofta    Sällan    Aldrig    Vill inte svara
- Trivs du med det program som du går på?  
 Alltid    Ofta    Sällan    Aldrig    Vill inte svara
- Är du nöjd med dina studieresultat?  
 Jag är mycket nöjd    Jag är nöjd    Jag är missnöjd    Jag är mycket missnöjd    Vill inte svara
- Fick du godkänt i alla ämnen senaste terminen?  
 Ja    Nej    Vill inte svara
- Känner du dig trygg i skolan?  
 Alltid    Ofta    Sällan    Aldrig    Vill inte svara
- Händer det att det är bråk så att du blir rädd eller känner oro i skolan?  
 Alltid    Ofta    Sällan    Aldrig    Vill inte svara

Personnummer: \_\_\_\_\_

13. Har du blivit kränkt, utstött eller illa behandlad under skoltid under den senaste månaden (30dagar)?

- Nej, aldrig    Ja, någon enstaka gång    Ja, upprepade gånger    Vill inte svara

14. Har du blivit kränkt, utstött eller illa behandlad utanför skoltid under den senaste månaden (30dagar)?

- Nej, aldrig    Ja, någon enstaka gång    Ja, upprepade gånger    Vill inte svara

## NÄRVARO I SKOLAN

15. a) Har du varit frånvarande från skolan under den senaste månaden (30dagar)?

*Med frånvaro menas att du har missat minst ett lektionstillfälle den dagen.*

- Nej    Ja, 1-2 dagar    Ja, 3-5 dagar    Ja, 6-9 dagar    Ja, 10 dagar (eller fler)    Vill inte svara

b) Om du var frånvarande någon gång under den senaste månaden (30dagar), varför var du det? Du kan ange ett eller flera alternativ.

- Jag var sjuk  
 För att undvika en viss situation  
 Det var någon i skolan som jag inte ville träffa  
 För att vara med kompisar  
 För att jag mådde psykiskt dåligt  
 Annat nämligen: \_\_\_\_\_  
 Vill inte svara

Personnummer: \_\_\_\_\_

# FYSISK OCH PSYKISK HÄLSA

16. Jag har de **senaste tre månaderna** haft besvärande ...

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
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) värk i rygg/nacke/axlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. a) Besväras du av allergi eller överkänslighet? (flera val är möjliga)

- Nej, jag har inga besvär av allergier eller överkänslighet
- Ja, av pollen (lövträd, gräs, gråbo eller andra örter)
- Ja, av pälsdjur
- Ja, av mat eller dryck
- Ja, av dofter (från t ex parfym eller starka dofter)
- Ja, av kosmetika (smink) eller produkter för hudvård eller personlig hygien
- Ja, av annat nämligen: \_\_\_\_\_
- Vill inte svara

b) Förvärras din allergi eller överkänslighet i skolmiljön?

- Jag har inga besvär av allergier eller överkänslighet
- Nej
- Ja
- Vill inte svara

18. Hur ofta använder du värktabletter?

- Aldrig
- Några gånger per år
- Några gånger per månad
- Några gånger per vecka
- Dagligen
- Vill inte svara

19. Jag har de **senaste tre månaderna** känt mig...

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
a) ledsen eller nedstämd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) orolig eller ängslig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) irriterad eller på dåligt humör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Om du tänker på de **senaste tre månaderna**...

Vilken grad av stress (jåkt, högt tempo, psykisk press eller liknande) har du upplevt?

- Inte alls
- Lite grann
- Ganska mycket
- Mycket

21. Hur mår du idag (där 0 är så illa du kan tänka dig och 10 är så bra du kan tänka dig)?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

Personnummer: \_\_\_\_\_

## SÖMN

### 22. Tänk på hur det har varit den senaste skolveckan

- a) När det är skola nästa dag, ungefär när somnar du? \_\_\_\_\_.
- b) Ungefär när stiger du upp en vanlig skoldag? \_\_\_\_\_.

### 23. Jag har de **senaste 7 dagarna** sovit...

- Mycket bra    Bra    Varken bra eller dåligt    Dåligt    Mycket dåligt

## MAT

### 24. Om du tänker på de **senaste 7 dagarna**...

Hur ofta har du ätit...

	Varje dag	5-6 dagar	3-4 dagar	1-2 dagar	Ingen dag
a) frukost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) lunch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) lagad middag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 25. Om du tänker på de **senaste 7 dagarna**...

Hur ofta...

	2 gånger per dag eller oftare	1 gång per dag	3-6 gånger i veckan	1-2 gånger i veckan	Mindre än 1 gång i veckan eller aldrig	Vill inte svara
a) åt du frukt och grönsaker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) åt du godis, glass, bullar eller kakor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) drack du läsk, saft, juice eller andra söta drycker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) åt du salta snacks (chips, jordnötter eller popcorn)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) drack du energidryck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personnummer: \_\_\_\_\_

## FYSISK AKTIVITET OCH RÖRELSE

**FYSISK AKTIVITET** är all aktivitet, som gör dig varm och/eller andfådd (till exempel promenader, skolidrott, jogging, gymnastik, styrketräning, cykling, simning, bollspel, dans mm).

26. a) Om du tänker på de senaste 7 dagarna...Hur mycket har du varit fysisk aktiv?

- Mindre än 1 timme
- 1-2 timmar
- 2-3 timmar
- 3-4 timmar
- 4-5 timmar
- 5-7 timmar
- 7-10 timmar
- Mer än 10 timmar

27. b) Hur ofta av de tillfällen du tränat/motionerat de **senaste 7 dagarna** har du tränat/motionerat så **intensivt** att du blir andfådd och svettig?

- Ingen gång
- 1-2 gånger
- 3-4 gånger
- 5 gånger eller fler

28. Deltar du aktivt på lektionerna i idrott och hälsa?

- Alltid
- Ofta
- Sällan
- Aldrig
- Vill inte svara

29. Hur mycket rör du på dig allt som allt en vanlig vardag?

*(t.ex. under idrottslektioner, träning, utelek, promenad/cykel till och från skola.)*

- En timme eller mer
- Mer än 30 minuter men mindre än 1 timme
- Mindre än 30 minuter

Personnummer: \_\_\_\_\_

## KROPPSUPPFATTNINGAR OCH KÄNSLOR

30. Hur väl stämmer följande påståenden in på dig?

	Stämmer mycket bra				Stämmer inte alls		Vill inte svara
	4	3	2	1	0		
a) Jag gillar mig själv som jag är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Mitt liv känns för det mesta meningsfullt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Jag är ofta besviken på mig själv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ser du på dig själv som...?

- Flicka     Pojke     Annat: \_\_\_\_\_     Vill inte svara / vet inte

31. Identifierar du dig som en person inom HBTQ-spektrat?

*Hbtq är ett samlingsbegrepp för homosexuella, bisexuella, transpersoner och personer med queera uttryck och identiteter.*

- Ja     Nej     Osäker     Vill inte svara

32. Alla har rätt att bestämma över sin egen kropp. Har någon gjort något mot dig som inte kändes okej?

- Nej     Ja     Vill inte svara

33. Har du några frågor som handlar om din kroppsutveckling eller andra frågor om känslor, sexualitet och relationer?

---

---

---

## SEXUELL HÄLSA OCH RÄTTIGHETER

I din ålder är den vanligaste formen av sex/onani att man har det med sig själv.

34. Om du har haft sex med någon annan, använde ni kondom som skydd mot könssjukdomar?

- Ja     Nej     Behövdes inte     Vill inte svara

35. Om du har haft sex med någon annan, använde ni något skydd mot graviditet?

- Ja     Nej     Behövdes inte     Vill inte svara

36. Har du blivit utsatt för våld? Ange ett eller flera alternativ.

*Våld är varje handling som skrämmer, smärftar, skadar, får en person att göra något mot sin vilja eller avstå från att göra något den vill. **Fysiskt våld** är när någon rör dig eller gör en fysisk handling som skadar och orsakar fysisk smärta. **Sexuellt våld** är när någon blir tvingad att delta i eller se på sexuella handlingar mot sin vilja. **Psykiskt våld** är kränkningar med ord och handlingar som riktar sig mot dig som person. **Bevitnat våld** är att se eller höra när någon annan blir utsatt för någon form av våld. Våld sker även på nätet.*

- Aldrig i     Ja,     Ja,     Ja,     Ja,     Ja,     Vill inte  
någon form    fysiskt    psykiskt    sexuellt    bevitnat våld    annat våld    svara

Personnummer: \_\_\_\_\_

## FRITID OCH RELATIONER

37. Är du aktiv i någon förening/klubb?

(t.ex. dans, musik, teater, spelklubb, scouter, fotboll, innebandy, friluftsrämjandet)

- Ja       Nej       Vill inte svara

38. Hur många timmar per dag spelar du i genomsnitt datorspel, tv-spel eller mobilspel?

- Spelar inte     Minde än en timme     1-3 timmar     Mer än 3 timmar     Vill inte svara

39. Trivs du hemma?

- Alltid     Ofta     Sällan     Aldrig     Vill inte svara

40. Har du lugn och ro hemma när du till exempel ska göra läxor eller sova?

- Alltid     Ofta     Sällan     Aldrig     Vill inte svara

41. Har du någon som kan hjälpa dig med läxorna om det behövs?

- Alltid     Ofta     Sällan     Aldrig

42. Känner du att vuxna lyssnar på dig?

- Alltid     Ofta     Sällan     Aldrig     Vill inte svara

43. Jag har någon vuxen att prata med om det som är viktigt för mig?

- Ja       Nej

44. Känner du att föräldrar/vårdnadshavare har förståelse för dig och hjälper dig fatta viktiga beslut?

- Alltid     Ofta     Sällan     Aldrig     Vill inte svara

45. Händer det att de du bor med bråkar så att du blir rädd eller känner oro?

- Aldrig     Sällan     Ofta     Alltid     Vill inte svara

46. Har du sett eller varit med om våld i din familj eller närhet?

- Nej       Ja       Vill inte svara

47. Känner du dig oroad eller bekymrad för någon i din omgivning, till exempel vän eller familj?

- Nej       Ja

48. Är du utsatt för hedersrelaterat förtryck?

*Hedersvåld och förtryck handlar om att det finns krav på att alla i familjen måste följa vissa regler, för att inte förstöra familjens rykte och anseende, dess heder. Bryter man mot reglerna kan det innebära bestraffning så som utfrysning, isolering, skuld- och skambeläggning, förödmjukelse eller fysiskt våld.*

- Nej       Ja       Vill inte svara

49. Har du någon kompis att prata med om det som är viktigt för dig?

- Alltid     Ofta     Sällan     Aldrig     Vill inte svara

Personnummer: \_\_\_\_\_



## ALKOHOL, NARKOTIKA OCH TOBAK

50. a) Har du någon gång provat att röka (cigarretter, e-cigarretter, vattenpipa etc)?

- Nej       Ja       Vill inte svara

b) Om ja, hur gammal var du när du provade röka första gången? \_\_\_\_\_ år.

51. Hur ofta har du rökt den senaste månaden (30 dagar)?

- Aldrig     Någon gång     Någon gång i veckan     Varje dag     Vill inte svara

52. a) Har du någon gång provat att snusa?

- Nej       Ja       Vill inte svara

b) Om ja, hur gammal var du när du provade snusa första gången? \_\_\_\_\_ år.

53. Hur ofta har du snusat den senaste månaden (30 dagar)?

- Aldrig     Någon gång     Någon gång i veckan     Varje dag     Vill inte svara

54. a) Har du någon gång druckit alkohol så att du har blivit berusad?

- Nej       Ja       Vill inte svara

b) Om ja, hur gammal var du när du blev berusad första gången? \_\_\_\_\_ år.

55. Hur ofta har du druckit alkohol (folköl, starköl, starkcider, vin, alkoholisk eller sprit) den senaste månaden (30 dagar)?

- Aldrig     Någon gång     Någon gång i veckan     Varje dag     Vill inte svara

56. Om du blir erbjuden narkotika/droger, vad säger du då?

*(Exempel på droger är: cannabis, amfetamin, kokain, heroin, ecstasy, LSD, anabola steroider eller oförskrivna läkemedel)*

- Bestämt nej     Troligen nej     Kanske ja     Ja     Vill inte svara

Personnummer: \_\_\_\_\_

## MITT LIV

57. Känner du att du kan vara/leva som den person du vill och känner dig som?

- Ja, alltid    Ja, ofta    Nej, sällan    Nej, aldrig    Vill inte svara

58. Om du tänker på hur du har det...

Steg 10 motsvarar det bästa liv du kan tänka dig. Om du tänker på ditt liv i största allmänhet, var tycker du att du står just nu?

- 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

## FRAMTIDEN

59. Så här tänker jag om min framtid. Skriv gärna här:

---

---

---

**TACK för att du svarade på frågorna!**

Personnummer: \_\_\_\_\_

60. (Ej synligt för eleven) BMI (Detta fyller skolsköterskan i efter hälsosamtalet)

Längd: \_\_\_\_\_

Vikt: \_\_\_\_\_

Skola: \_\_\_\_\_

Undervikt

Normalvikt

Övervikt

Fetma