

# ELEVHÄLSOENKÄT ÅK 8

## *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 sedan för ett hälsosamtal och går igenom dina svar. Därefter förs uppgifterna in i din journal där de är sekretesskyddade. Det betyder att uppgifterna i de flesta fall inte får lämnas ut till någon annan utan ditt medgivande. Undantaget 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 8

## SKOLMILJÖ

- Om du tänker på de **senaste 7 dagarna**, hur trivs du i skolan?  
 Mycket bra  Bra  Varken bra eller dåligt  Dåligt  Mycket dåligt  Vill inte svara
- 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
- Fick du godkänt i alla ämnen den **senaste terminen**?  
 Ja  Nej  Vet inte  Vill inte svara
- Känner du dig trygg i skolan?  
 Alltid  Ofta  Sällan  Aldrig  Vill inte svara
- Händer det att det är bråk i skolan så att du blir rädd eller känner oro?  
 Alltid  Ofta  Sällan  Aldrig  Vill inte svara
- Har du blivit kränkt, utstött eller illa behandlad under skoltid den **senaste månaden (30dagar)**?  
 Nej, aldrig  Ja, någon enstaka gång  Ja, upprepade gånger  Vill inte svara

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

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

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

## NÄRVARO I SKOLAN

13. 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

14. Om du var frånvarande någon gång under den **senaste månaden (30dagar)** var det för att...

- a.) du var sjuk?  Nej  Ja  Vill inte svara  
b.) undvika en viss situation?  Nej  Ja  Vill inte svara  
c.) det var någon i skolan som du inte ville träffa?  Nej  Ja  Vill inte svara  
d.) vara med kompisar?  Nej  Ja  Vill inte svara  
e.) du mådde psykiskt dåligt?  Nej  Ja  Vill inte svara  
f.) någon annan anledning?  Nej  Ja  Vill inte svara

## FYSISK OCH PSYKISK HÄLSA

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

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid	Vill inte svara
a) huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
c) värk i rygg/nacke/axlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

16. Besvärar du av allergi eller överkänslighet?

Nej     Ja mot..... Vill inte svara

17. Hur ofta använder du värktabletter?

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

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

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid	Vill inte svara
a) ledsen eller nedstämd	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
c) irriterad eller på dåligt humör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Om du tänker på de **senaste tre månaderna**, vilken grad av stress (högt tempo, psykisk press eller liknande) har du upplevt?

Inte alls     Lite grann     Ganska mycket     Mycket     Vill inte svara

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

0     1     2     3     4     5     6     7     8     9     10

Vill inte svara

## SÖMN

21. Tänk på hur det har varit den **senaste skolveckan**

a) När det är skola nästa dag, ungefär när somnar du? \_\_\_\_\_.

Vill inte svara

b) Ungefär när vaknar du en vanlig skoldag? \_\_\_\_\_.

Vill inte svara

22. Jag har de **senaste 7 dagarna** sovit

Mycket bra     Bra     Varken bra eller dålig     Dåligt     Mycket dåligt     Vill inte svara

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

## MAT

23. 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	Vill inte svara
a) frukost	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
c) lagad middag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. 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"/>

## FYSISK AKTIVITET

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

25. 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    Vill inte svara

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

- Alltid    Ofta    Sällan    Aldrig    Vill inte svara

27. 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 timma eller mer  
 Mer än 30 minuter men mindre än 1 timma  
 Mindre än 30 minuter  
 Vill inte svara

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

## KROPPSUPPFATTNINGAR OCH KÄNSLOR

28. 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"/>
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"/>
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"/>

29. Ser du på dig själv som?

- Flicka    Pojke    Annat    Vet inte    Vill inte svara

30. 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

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

- Nej    Ja    Vill inte svara

32. 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 (sex med sig själv).*

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

- Ja    Nej    Behövdes inte    Jag har inte haft sex    Vill inte svara

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

- Ja    Nej    Behövdes inte    Jag har inte haft sex    Vill inte svara

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

## VÅLD

Våld är varje handling som skrämmer, smärtar, skadar, får en person att göra något mot sin vilja eller avstå från att göra något den vill.

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

- Nej  Ja  Vill inte svara

36. a.) Har du **någonsin** blivit utsatt för **fysiskt** våld?

*Fysiskt våld är när någon rör dig eller gör en fysisk handling som skadar och orsakar fysisk smärta.*

- Nej  Ja  Vill inte svara

b.) Har du **någonsin** blivit utsatt för **sexuellt** våld?

*Sexuellt våld är när någon blir tvingad att delta i eller se på sexuella handlingar mot sin vilja.*

- Nej  Ja  Vill inte svara

c.) Har du **någonsin** blivit utsatt för **psykiskt** våld?

*Psykiskt våld är kränkningar med ord och handlingar som riktar sig mot dig som person.*

- Nej  Ja  Vill inte svara

d.) Har du **någonsin** blivit utsatt för **bevittnat** våld?

*Bevittnat våld är att se eller höra när någon annan blir utsatt för någon form av våld.*

- Nej  Ja  Vill inte svara

## FRITID OCH RELATIONER

37. Är du aktiv i någon förening/klubb?

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

- 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 timma  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  Vill inte svara

42. Känner du att vuxna lyssnar på dig?

- Alltid  Ofta  Sällan  Aldrig  Vill inte svara

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

43. Har du någon vuxen att prata med om det som är viktigt för dig?

- Ja       Nej       Vill inte svara

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

- Nej       Ja       Vill inte svara

47. 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 såsom utfrysning, isolering, skuld- och skambeläggning, förödmjukelse eller fysiskt våld.*

- Nej       Ja       Vill inte svara

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

- Alltid       Ofta       Sällan       Aldrig       Vill inte svara

## ALKOHOL, NARKOTIKA OCH TOBAK

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

- Nej       Ja       Vill inte svara

b) Om du någon gång provat att röka, hur gammal var du när du provade att röka första gången? \_\_\_\_\_ år.

- Vill inte svara

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

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

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



51. a) Har du **någon gång** provat att snusa?

Nej       Ja       Vill inte svara

b) Om du någon gång provat att snusa hur gammal var du när du provade att snusa första gången? \_\_\_\_ år.

Vill inte svara

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

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

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

Nej       Ja       Vill inte svara

b) Om du någon gång druckit alkohol så att du har blivit berusad, hur gammal var du när du blev berusad första gången? \_\_\_\_ år.

Vill inte svara

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

Aldrig     Någon gång     Varje vecka     Varje dag     Vill inte svara

55. Om du skulle bli erbjuden narkotika, oförskrivna läkemedel eller anabola steroider, vad säger du då?  
(Exempel på narkotika: cannabis, amfetamin, ecstasy, GHB, LSD, kokain och heroin)

Bestämt nej     Troligen nej     Kanske ja     Ja     Vill inte svara

## MITT LIV

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

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

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

0     1     2     3     4     5     6     7     8     9     10

Vill inte svara

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

## FRAMTIDEN

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

---

---

---

---

---

---

---

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

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

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

Längd: \_\_\_\_\_

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

Skolenhet: \_\_\_\_\_

Årskurs: \_\_\_\_\_

Klass: \_\_\_\_\_

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

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