

ELEVHÄLSOENKÄT FÖRSKOLEKLASS

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. Därefter förs uppgifterna in i din journal av skolsköterskan 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 tillsammans med skolsköterskan som kommer läsa upp frågorna och fylla i svaren för dig.

| |
|----------------------|
| Namn: |
| Personnummer: |
| Skola: |
| Årskurs: |
| Klass: |

ELEVHÄLSOENKÄT FÖRSKOLEKLASS

SKOLMILJÖ

1. Om du tänker på de **senaste 7 dagarna**, hur trivs du i skolan?

| | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|--|---------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mycket bra | <input type="checkbox"/> Bra | <input type="checkbox"/> Varken bra eller dåligt | <input type="checkbox"/> Dåligt | <input type="checkbox"/> Mycket dåligt | <input type="checkbox"/> Vill inte svara |
|-------------------------------------|------------------------------|--|---------------------------------|--|--|

2. Använder du toaletterna på skolan?

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ja, när jag behöver | <input type="checkbox"/> Nej, jag håller mig | <input type="checkbox"/> Vill inte svara |
|--|--|--|

3. Trivs du med skolans lärare och personal?

| | | | | |
|---------------------------------------|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ja, med alla | <input type="checkbox"/> Ja, med de flesta | <input type="checkbox"/> Ja, med några | <input type="checkbox"/> Nej, inte med någon | <input type="checkbox"/> Vill inte svara |
|---------------------------------------|--|--|--|--|

4. Trivs du med de andra eleverna i skolan?

| | | | | |
|---------------------------------------|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ja, med alla | <input type="checkbox"/> Ja, med de flesta | <input type="checkbox"/> Ja, med några | <input type="checkbox"/> Nej, inte med någon | <input type="checkbox"/> Vill inte svara |
|---------------------------------------|--|--|--|--|

5. Känner du dig trygg i skolan?

| | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Alltid | <input type="checkbox"/> Ofta | <input type="checkbox"/> Sällan | <input type="checkbox"/> Aldrig | <input type="checkbox"/> Vill inte svara |
|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--|

6. Händer det att det är bråk i skolan så att du blir rädd eller känner oro?

| | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Aldrig | <input type="checkbox"/> Sällan | <input type="checkbox"/> Ofta | <input type="checkbox"/> Alltid | <input type="checkbox"/> Vill inte svara |
|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|--|

FYSISK OCH PSYKISK HÄLSA

7. 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) irriterad eller på dåligt humör | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

| | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> Vill inte svara |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|--|

Personnummer: _____

SÖMN

9. Hur sover du på natten?

| | | | |
|------------------------------|--|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Bra | <input type="checkbox"/> Varken bra eller dåligt | <input type="checkbox"/> Dåligt | <input type="checkbox"/> Vill inte svara |
|------------------------------|--|---------------------------------|--|

MAT

10. 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"/> |

11. 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 eller 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"/> |

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).

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

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

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> En timma eller mer |
| <input type="checkbox"/> Mer än 30 minuter men mindre än 1 timme |
| <input type="checkbox"/> Mindre än 30 minuter |
| <input type="checkbox"/> Vill inte svara |

Personnummer: _____

KROPPSUPPFATTNINGAR OCH KÄNSLOR

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

| | | |
|------------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Vill inte svara |
|------------------------------|-----------------------------|--|

14. Har du några frågor som handlar om din kropp?

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.

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

| | | |
|------------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Vill inte svara |
|------------------------------|-----------------------------|--|

FRITID OCH RELATIONER

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

| | | | | |
|--------------------------------------|--|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Spelar inte | <input type="checkbox"/> Mindre än 1 timma | <input type="checkbox"/> 1-3 timmar | <input type="checkbox"/> Mer än 3 timmar | <input type="checkbox"/> Vill inte svara |
|--------------------------------------|--|-------------------------------------|--|--|

17. Vilka bor du tillsammans med? Hur bor du?

| | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Med förälder / vårdnadshavare | <input type="checkbox"/> I familjehem / på HVB | <input type="checkbox"/> På annat sätt | <input type="checkbox"/> Vill inte svara |
|--|--|--|--|

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

| | | |
|------------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Vill inte svara |
|------------------------------|-----------------------------|--|

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

| | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Alltid | <input type="checkbox"/> Ofta | <input type="checkbox"/> Sällan | <input type="checkbox"/> Aldrig | <input type="checkbox"/> Vill inte svara |
|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--|

Tack för att du svarade på frågorna!

Personnummer: _____

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

Längd: _____

Vikt: _____

Skola: _____

Årskurs: _____

Klass: _____



Den här elevhälsoenkäten är framtagen av Västra Götalandsregionen
i samarbete med Elevhälsodata Väst anslutna skolhuvudmän.



Gemensam information- och tjänstesamordning

Personnummer: _____