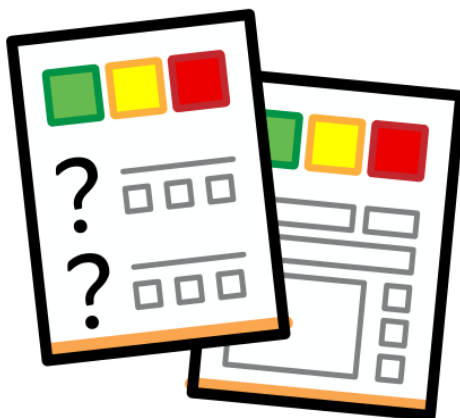


# FÖRENKLAD ELEVHÄLSOENKÄT

## ÅK 4

### *Västra Götalands regiongemensamma elevhälsoenkät för anpassad grundskola*

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:

- Låt eleven välja frågeområde utifrån samtalskartan längst fram på bildstödet.
- För anpassad grundskola årskurs 4, använd tillhörande bildstödet utan frågeområdena **Alkohol och tobak** samt **Identitet, sexuell hälsa och rättigheter**.

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

# FÖRENKLAD ELEVHÄLSOENKÄT ÅK 4

## SKOLMILJÖ

1. Trivs du i skolan?

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

2. Hur går skolarbetet?

|                                          |                                      |                                           |                                          |
|------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Det är för lätt | <input type="checkbox"/> Det går bra | <input type="checkbox"/> Det är för svårt | <input type="checkbox"/> Vill inte svara |
|------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------|

3. Använder du skolans toaletter?

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

4. Hur är det i matsalen?

|                                      |                                  |                                   |                                          |
|--------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lugn och ro | <input type="checkbox"/> Stökigt | <input type="checkbox"/> Vet inte | <input type="checkbox"/> Vill inte svara |
|--------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|

5. Är det någon i skolan som gör dig ledsen?

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

6. Är det någon i skolan som du är rädd för?

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

7. Hur kommer du till och från skolan?

|                                  |                                        |                                              |                                                 |                                          |
|----------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Jag går | <input type="checkbox"/> Jag åker buss | <input type="checkbox"/> Jag åker skolskjuts | <input type="checkbox"/> Mina föräldrar kör mig | <input type="checkbox"/> Vill inte svara |
|----------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------|

8. Känner du dig trygg på väg till och från skolan?

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

# FYSISK OCH PSYKISK HÄLSA

9. Hur mår du?

|                              |                                |                                 |                                          |
|------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bra | <input type="checkbox"/> Sådär | <input type="checkbox"/> Dåligt | <input type="checkbox"/> Vill inte svara |
|------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|

10. Brukar du ha ont i huvudet?

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

11. Brukar du ha ont i magen?

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

12. Brukar du ha ont i kroppen?

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

13. Har du någon fundering om din kropp exempelvis snoppen, snippan, mens, puberteten?

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

14. Känner du dig nöjd med dig själv?

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

15. Känner du dig ensam?

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

# SÖMN

**16.** Sover du bra?

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

**17.** Vilken tid brukar du somna?

**18.** Vilken tid brukar du vakna?

# MAT

**19.** Fungerar det bra att äta i skolan?

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

**20.** Äter du frukost?

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

**21.** Äter du middag?

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

## 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 med mera).*

**22.** Vad gör du för att röra på kroppen?

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

|                                  |                                    |                                                   |                                         |
|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Träning | <input type="checkbox"/> Dansar    | <input type="checkbox"/> Hoppar studsatta         | <input type="checkbox"/> Badar/simmar   |
| <input type="checkbox"/> Lekar   | <input type="checkbox"/> Klättring | <input type="checkbox"/> Spelar fotboll/bollsport | <input type="checkbox"/> Gymnastik      |
| <input type="checkbox"/> Cyklar  | <input type="checkbox"/> Promenad  | <input type="checkbox"/> Löpning                  | <input type="checkbox"/> Idrottslektion |

**23.** Är du med på idrottslektionerna?

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

**24.** Använder du skolans duschar?

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

# 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.*

**27.** Är du utsatt för våld?

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

**28.** Har du blivit slagen?

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

**29.** Har du blivit knuffad eller sparkad på?

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

**30.** Har någon rört eller tagit på din kropp på ett sätt du inte velat?

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

**31.** Har någon sagt dumma saker eller gjort dig ledsen?

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

**32.** Är det något som gör dig orolig?

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

## FRITID OCH RELATIONER

33. Hur ser din familj ut? Vilka bor du med?

|                                                        |                                                |                                        |                                          |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|
| <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 |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|

34. Har du vänner i skolan?

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

35. Har du vänner på fritiden?

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

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

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

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

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

38. Vad gör du på fritiden?

|                                                                    |                                                                 |                                                                               |                                                             |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tränar, sportar, cyklar eller badar       | <input type="checkbox"/> Dansar, spelar teater eller gör musik  | <input type="checkbox"/> Fotograferar eller filmar                            | <input type="checkbox"/> Använder sociala medier            |
| <input type="checkbox"/> Tecknar / målar                           | <input type="checkbox"/> Skriver eller pysslar                  | <input type="checkbox"/> Spelar TV-spel eller dataspel                        | <input type="checkbox"/> Spelar brädspel eller rollspel     |
| <input type="checkbox"/> Ser på film eller serier                  | <input type="checkbox"/> Tittar på Youtube, TV eller går på bio | <input type="checkbox"/> Läser böcker, tidningar eller annat                  | <input type="checkbox"/> Lyssnar på ljudböcker eller poddar |
| <input type="checkbox"/> Besöker bibliotek                         | <input type="checkbox"/> Går på ungdomens hus eller fritidsgård | <input type="checkbox"/> Går på teater, musikal, konsert eller dansuppvisning | <input type="checkbox"/> Går på museum eller utställning    |
| <input type="checkbox"/> Går på match eller annat idrottsevenemang | <input type="checkbox"/> Motorsport, mekar EPA eller A-traktor  | <input type="checkbox"/> Är ute i naturen                                     | <input type="checkbox"/> Är med kompisar                    |

**39.** Vad tycker du är roligt på fritiden?

**40.** Använder du dator / mobil / padda?

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

**41.** Vad gör du på nätet?

**42.** Har du fått någon bild skickad till dig som du inte ville titta på?

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

Tack för att du svarade på frågorna!



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



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

**Längd:**

**Vikt:**

**Skola:**

**Årskurs:**

**Klass:**