

# 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 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:**

**Skola:**

**Årskurs:**

**Klass:**

# ELEVHÄLSOENKÄT ÅK 1 Gymnasiet

## 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. 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
---------------------------------------	--	--	--	--

3. 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
---------------------------------------	--	--	--	--

4. Kan du koncentrera dig på lektionerna?

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

5. Kan du arbeta i din egen takt och hinna med ditt skolarbete?

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

6. Får du den hjälp och stöd i skolarbetet som du behöver i skolan?

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

7. Trivs du med det program som du går på?

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

8. Är du nöjd med dina studieresultat?

<input type="checkbox"/> Jag är mycket nöjd	<input type="checkbox"/> Jag är nöjd	<input type="checkbox"/> Jag är missnöjd	<input type="checkbox"/> Jag är mycket missnöjd	<input type="checkbox"/> Vill inte svara
---	--------------------------------------	--	---	--

9. 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
---------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--

10. 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
---------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	--

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

<input type="checkbox"/> Nej, aldrig	<input type="checkbox"/> Ja, någon enstaka gång	<input type="checkbox"/> Ja, upprepade gånger	<input type="checkbox"/> Vill inte svara
--------------------------------------	---	---	--

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

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

<input type="checkbox"/> Nej, aldrig	<input type="checkbox"/> Ja, någon enstaka gång	<input type="checkbox"/> Ja, upprepade gånger	<input type="checkbox"/> 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.*

<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, 1-2 dagar	<input type="checkbox"/> Ja, 3-5 dagar	<input type="checkbox"/> Ja, 6-9 dagar	<input type="checkbox"/> Ja, 10 dagar (eller fler)	<input type="checkbox"/> 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"/>

16. Besväras du av allergi eller överkänslighet

<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja mot: .....	<input type="checkbox"/> Vill inte svara
------------------------------	--	--

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

17. Hur ofta använder du värktabletter?

<input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Några gånger per år	<input type="checkbox"/> Några gånger per månad	<input type="checkbox"/> Några gånger per vecka	<input type="checkbox"/> Dagligen	<input type="checkbox"/> 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?

<input type="checkbox"/> Inte alls	<input type="checkbox"/> Lite grann	<input type="checkbox"/> Ganska mycket	<input type="checkbox"/> Mycket	<input type="checkbox"/> 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)?

<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
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------

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

<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
-------------------------------------	------------------------------	--	---------------------------------	--	--

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?

<input type="checkbox"/> Ingen gång	<input type="checkbox"/> 1-2 gånger	<input type="checkbox"/> 3-4 gånger	<input type="checkbox"/> 5 gånger eller fler	<input type="checkbox"/> Vill inte svara
-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	--	--

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

<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofta	<input type="checkbox"/> Sällan	<input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> 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.)

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

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

# IDENTITET, SEXUELL HÄLSA OCH RÄTTIGHETER

28. Hur väl stämmer följande påståenden in på dig?

	Stämmer mycket bra 4	3	2	1	Stämmer inte alls 0	Vill inte svara
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 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?

<input type="checkbox"/> Flicka	<input type="checkbox"/> Pojke	<input type="checkbox"/> Annat	<input type="checkbox"/> Vet inte	<input type="checkbox"/> 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.*

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

31. 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
------------------------------	-----------------------------	--

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

---

---

---

33. Vet du hur man skyddar sig mot sexuellt överförbara infektioner och oönskad graviditet?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> 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.

34. 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
------------------------------	-----------------------------	--

35. 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.*

<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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.*

<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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.*

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

## FRITID OCH RELATIONER

36. Är du aktiv i någon förening/klubb?

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

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

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

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

38. 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
--	--	--	--

39. Trivs du hemma?

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

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

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

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

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

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

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

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

43. Händer det att de du bor med bråkar 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
---------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	--

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

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

45. 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.*

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

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

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

## ALKOHOL, NARKOTIKA OCH TOBAK

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

<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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

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

<input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Någon gång	<input type="checkbox"/> Någon gång i veckan	<input type="checkbox"/> Varje dag	<input type="checkbox"/> Vill inte svara
---------------------------------	-------------------------------------	--	------------------------------------	--

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

<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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

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

<input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Någon gång	<input type="checkbox"/> Någon gång i veckan	<input type="checkbox"/> Varje dag	<input type="checkbox"/> Vill inte svara
---------------------------------	-------------------------------------	--	------------------------------------	--

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

<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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

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

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

<input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Någon gång	<input type="checkbox"/> Varje vecka	<input type="checkbox"/> Varje dag	<input type="checkbox"/> Vill inte svara
---------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------	--

53. Har du någon gång använt narkotika, oförskrivna läkemedel eller anabola steroider?

*(Exempel på narkotika: cannabis, amfetamin, ecstasy, GHB, LSD, kokain och heroin)*

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

## MITT LIV

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

<input type="checkbox"/> Ja, alltid	<input type="checkbox"/> Ja, ofta	<input type="checkbox"/> Nej, sällan	<input type="checkbox"/> Nej, aldrig	<input type="checkbox"/> Vill inte svara
-------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--

55. 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.)*

<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
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------

## FRAMTIDEN

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

---

---

---

---

---

---

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



Göteborgs  
Stad

Den här elevhälsoenkäten är framtagen av Västra Götalandsregionen

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



Göteborgs  
Stad

---

Den här elevhälsoenkäten är framtagen av Västra Götalandsregionen  
och Göteborgs stad i samarbete med Västkom.

---



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

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

**Längd:** \_\_\_\_\_

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

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

**Årskurs:** \_\_\_\_\_

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

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