

# Hälsfrågor till elever i gymnasiet och information om samtycke för överföring av data till Region Dalarna

I den här enkäten ställer vi frågor om din hälsa, levnadsvanor, trivsel, relationer och skolmiljö. Frågorna utgör grunden för ditt hälsosamtal. I samband med samtalet är det bara du själv, skolsköterskan och skolläkaren som kommer läsa svaren. Sekretessen (tystnadsplikten) bryts dock vid misstanke om att du far illa på något sätt.

Om du lämnar ditt samtycke, så kommer skolan överlämna ett urval uppgifter från hälsobesöket till Region Dalarna så att de kan sammanställas i en elevhälsodatabas. Syftet med detta är att kunna följa elevers hälsoutveckling och att få kunskap för att skolan ska bli en bra arbetsplats för alla elever. Data kan också komma att användas i forskning och presenteras i vetenskapliga artiklar. Resultaten kommer att redovisas utan att någon kan se vad just du har svarat. Region Dalarna kommer då spara och behandla följande uppgifter: mat- och sovvanor, fritid och rörelse, skola och arbetsmiljö, trivsel och relationer, uppgifter om hälsa, diagnostiserad funktionsnedsättning, tobak, alkohol och droger, framtidstro, gymnasieprogram, kön, ålder, födelseland, boendesituation och ett kodat personnummer. Kodningen av personnumret innebär att personnumret byts ut mot ett unikt nummer som gör det möjligt att följa elevers hälsoutveckling över tid.

Uppgifterna om elevernas hälsa omfattas av sekretess enligt OSL 25 kap 1 §, vilket innebär att sekretess föreligger mellan kommunen och Region Dalarna. Samtycket innebär att du godkänner att uppgifterna lämnas över sekretessgränsen. Den rättsliga grunden för Region Dalarnas behandling av personuppgifter är att du lämnar ditt samtycke till det. Du har när som helst rätt att återkalla ditt samtycke till behandlingen av personuppgifter. Region Dalarna kommer att spara personuppgifter så länge det är nödvändigt för ändamålet i enlighet med gällande lagstiftning.

Enligt Dataskyddsförordningen (GDPR) har du rätt att utan avgift få ta del av samtliga uppgifter som hanteras och vid behov få eventuella fel rättade. Du har även rätt att begära radering, begränsning eller att invända mot behandling av personuppgifter. Om du har klagomål på vår behandling av dina personuppgifter har du rätt att lämna klagomål till tillsynsmyndigheten Datainspektionen. Personuppgiftsansvarig är Regionstyrelsen, Region Dalarna som kontaktas genom [junia.joffer@regiondalarna.se](mailto:junia.joffer@regiondalarna.se) eller [folkhalsan.dalarna@regiondalarna.se](mailto:folkhalsan.dalarna@regiondalarna.se). Du når dataskyddsombudet på [dataskyddsombud@regiondalarna.se](mailto:dataskyddsombud@regiondalarna.se).

Skolsköterska och skolläkare har tystnadsplikt och elevhälsans medicinska insatser är frivilliga. Vid frågor är du välkommen att vända dig till skolsköterskan.



---

Namn .....

Personnummer ..... - ..... Klass/grupp .....

*(år månad dag - xxxx)*

Mobilnummer ..... e-post .....

Hemkommun .....

Språk som talas i hemmet ..... Antal syskon .....

---

**Godkänner du att uppgifter från hälsobesöket överlämnas till Region Dalarna enligt informationen till denna enkät?**

Ja  Nej

Samtycke enligt dataskyddsförordningen (GDPR) om hantering av personuppgifter, samt samtycke att sekretessen mellan kommun och Region Dalarna efterges. Läs mer i bifogad information.

VÄND⇒

---

**Vilket av följande gymnasieprogram går du?**

- Gymnasieförberedande program/Introduktionsprogram  
 Yrkesprogram  
 Högskoleförberedande program  
 Gymnasiesärskoleprogram

---

**Jag bor för det mesta tillsammans med/i;**

- båda föräldrarna  
 växelvis boende (t.ex. varannan vecka)  
 en förälder  
 eget boende  
 familjehem  
 annan vuxen  
 elevboende  
 annat boende (t.ex. HVB-hem)

---

**Var är du född?**

- Sverige  
 Övriga Norden  
 Övriga Europa  
 Utanför Europa

---

**Var är dina föräldrar födda?****Förälder 1:**

- Sverige  
 Övriga Norden  
 Övriga Europa  
 Utanför Europa  
 Vet ej

**Förälder 2:**

- Sverige  
 Övriga Norden  
 Övriga Europa  
 Utanför Europa  
 Vet ej

---

**Dina mat- och sovvanor**

Här kommer några meningar om mat och sovvanor som vi vill att du funderar på om de stämmer in på dig. Markera ditt svar med ett kryss i någon av rutorna *Stämmer mycket bra*, *Stämmer ganska bra*, *Stämmer ganska dåligt*, *Stämmer mycket dåligt*.

	Stämmer mycket bra	Stämmer ganska bra	Stämmer ganska dåligt	Stämmer mycket dåligt
Jag äter frukost varje morgon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag äter skollunch varje skoldag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tycker om skolmaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag äter middag/kvällsmat varje dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har lätt att somna på kvällen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag sover gott på natten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

**Fritid och rörelse**

Nu kommer några meningar om din fritid och rörelse som vi vill att du funderar på om de stämmer in på dig. Markera ditt svar med ett kryss i någon av rutorna *Stämmer mycket bra*, *Stämmer ganska bra*, *Stämmer ganska dåligt*, *Stämmer mycket dåligt*.

	Stämmer mycket bra	Stämmer ganska bra	Stämmer ganska dåligt	Stämmer mycket dåligt
Jag har fritidsintressen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är aktiv på idrottslektionerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag går eller cyklar oftast till skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag rör mig mycket på fritiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tittar/surfat/spelar ofta på platta/telefon/TV/ dator på min fritid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är ofta utomhus på fritiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

## Skola och arbetsmiljö

Här kommer några meningar om din skola och arbetsmiljö som vi vill att du funderar på om de stämmer in på dig. Markera ditt svar med ett kryss i någon av rutorna *Stämmer mycket bra*, *Stämmer ganska bra*, *Stämmer ganska dåligt*, *Stämmer mycket dåligt*.

	Stämmer mycket bra	Stämmer ganska bra	Stämmer ganska dåligt	Stämmer mycket dåligt
Jag känner mig trygg inför skoldagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner mig motiverad att gå till skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag trivs i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag trivs med mitt programval	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är ofta utomhus på rasterna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag brukar använda skolans toaletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag brukar duscha efter idrottslektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tycker omklädningsrum och duschar fungerar och är fräscha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag trivs i skolmatsalen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har studiero på lektionerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tycker lärarna lyssnar på mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag får den hjälp jag behöver i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tycker oftast att skolarbetet är lätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är nöjd med mitt skolarbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag får vara med och påverka i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har bra närvaro i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har kompisar i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tycker att de som arbetar på skolan är snälla mot mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tycker att alla elever i skolan är snälla mot mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är snäll mot alla i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Trivsel och relationer

Nu kommer några meningar om trivsel och relationer som vi vill att du funderar på om de stämmer in på dig. Markera ditt svar med ett kryss i någon av rutorna *Stämmer mycket bra*, *Stämmer ganska bra*, *Stämmer ganska dåligt*, *Stämmer mycket dåligt*.

	Stämmer mycket bra	Stämmer ganska bra	Stämmer ganska dåligt	Stämmer mycket dåligt
Jag trivs hemma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner mig trygg hemma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har kompisar som jag träffar på fritiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har någon vuxen som jag kan prata med om viktiga saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Stämmer mycket bra	Stämmer ganska bra	Stämmer ganska dåligt	Stämmer mycket dåligt
Jag vet någon elev på skolan som inte har det bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är orolig för någon i min familj eller i min närhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Någon har slagit mig eller gjort något mot mig som inte kändes bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har blivit ledsen eller rädd för någon/något som hänt/jag har sett på internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är orolig för min familjs ekonomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Din hälsa

Nu kommer några meningar om din hälsa och ditt mående som vi vill att du funderar på om de stämmer in på dig. Markera ditt svar med ett kryss i någon av rutorna *Alltid, Ofta, Ibland, Sällan, Aldrig*

	Varje dag	Ofta	Ibland	Sällan	Aldrig
Jag mår bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner mig nöjd med mig själv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner mig nöjd med min kropp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Varje dag	Ofta	Ibland	Sällan	Aldrig
Jag känner mig ledsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner mig orolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner mig trött på dagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner mig arg eller irriterad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har svårt att koncentrera mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har ont i huvudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har ont i magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har ont i rygg, nacke eller axlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har ont i höfter, knän eller fötter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har besvär med allergi* (t.ex. eksem, hösnuva)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det finns annat som gör att jag inte mår bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Vad är det som gör att du inte mår bra?.....

Jag behöver läkemedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Har du någon diagnostiserad sjukdom? (t.ex. epilepsi, diabetes, astma, migrän)	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Vet ej</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om ja, vilken diagnostiserad sjukdom har du?.....

<b>Har du något av följande?</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
Hörselnedsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synnedsättning där glasögon eller linser inte hjälper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rörelsehinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läs – och/eller skrivsvårigheter, dyslexi, dyskalkyli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADHD eller ADD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autismspektrumtillstånd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan funktionsnedsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om ja, vilken annan funktionsnedsättning har du?.....

	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
Har du någon gång råkat ut för en allvarlig olycka eller skada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
Går du på kontroller inom sjukvården?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Går du på kontrollerna hos tandvården?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Nej, men jag skulle behöva det</b>
Har du stödinsatser i skolan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Tobak/alkohol/droger

Här kommer några frågor om tobak, alkohol och droger. Fyll i det svar som passar bäst in på dig.

	Aldrig	Har provat	Någon/ några gånger i månaden	Någon/ några gånger i veckan	Varje dag
Röker du?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snusar du?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Aldrig	Har provat	Någon/ några gånger om året	Någon/ några gånger i månaden	Någon/ några gånger i veckan
Dricker du alkohol? <i>(t.ex. folköl, starköl, vin, alkoholisk eller sprit)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nej	Ja
Har du känt dig berusad vid något tillfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du provat narkotika?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du provat dopingpreparat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Bestämt nej	Troligen nej	Kanske ja	Ja
Vad skulle du svara om du blir erbjuden narkotika? <i>Jag skulle svara....</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vad skulle du svara om du blir erbjuden dopingpreparat? <i>Jag skulle svara....</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Pubertet och utveckling

Här kommer några frågor om pubertet och utveckling. Fyll i det svar som passar bäst in på dig.

	Nej	Ja	Passar inte in på mig
Har du kommit in i puberteten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du fått mens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behöver du ta värktabletter när du har mens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du besvär med trång förhud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nej	Ja
<b>Har du frågor...</b>		
..kring din pubertet och utveckling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..kring din sexuella hälsa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..kring din könsidentitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Ditt liv och din framtid

Avslutningsvis kommer här två meningar om hur du ser på ditt liv och din framtid. Fyll i det svar som passar bäst in på dig.

### Så här ser jag på livet just nu:

(ringa in den siffra du tycker stämmer bäst)



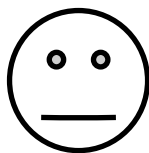
0

1

2

3

4



5

6

7

8

9



10

**Botten**

**Toppen**

Stämmer  
mycket bra

Stämmer  
ganska bra

Stämmer  
ganska dåligt

Stämmer  
mycket dåligt

Jag ser positivt på framtiden

Har du något mer du vill prata med skolsköterskan om?– skriv gärna här

---

---

---

---

---

Fylls i av skolsköterskan

Datum för hälsosamtalet (år och månad).....  
Längd..... Vikt .....