

HÄLSOFRÅGOR TILL DIG SOM GÅR I GYMNASIET

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 sen överlämna uppgifter från enkäten till Landstinget Dalarna så att de kan sammanställas i en elevhälsodatabas. Landstinget kommer då spara och behandla dina personuppgifter, t.ex. ditt personnummer och uppgifter om din hälsa. Data kommer att analyseras och användas i forskning och presenteras i vetenskapliga artiklar och hälsorapporter. Resultaten kommer sen redovisas utan att någon kan se vad just du har svarat. Syftet med detta är att kunna följa elevers hälsoutveckling och att få kunskap för att skolan ska bli en bra arbetsplats för alla elever.

Den rättsliga grunden för att behandla dina personuppgifter är att du lämnar samtycke till det. Du har när som helst rätt att återkalla ditt samtycke till behandlingen av personuppgifter. Landstinget kommer att spara dina personuppgifter så länge det är nödvändigt för ändamålet i enlighet med gällande lagstiftning.

Enligt dataskyddsförordningen (GDPR), som är en ny lag och som ersätter personuppgiftslagen (PUL), har du rätt att utan avgift få ta del av samtliga uppgifter som hanteras om dig och vid behov få eventuella fel rättade. Du har även rätt att begära radering, begränsning eller att invända mot behandling av personuppgifter och det finns möjlighet att lämna klagomål till Datainspektionen. Personuppgiftsansvarig är Hälso- och sjukvårdsnämnden i Landstinget Dalarna som kontaktas genom junia.joffer@Ltdalarna.se eller folkhalsan.dalarna@Ltdalarna.se. Du når dataskyddsombudet på dataskyddsombud@Ltdalarna.se.

Om du undrar över något är du välkommen att prata med mig som skolsköterska.

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 behandlas enligt informationen till denna enkät

Ja Nej

Samtycke enligt dataskyddsförordningen (GDPR) om hantering av personuppgifter. Läs mer i bifogad information.

Fylls i av skolsköterskan

Datum för hälsosamtalet (år och månad)

Längd Vikt

Elevhälsan har kopplats in p.g.a. oroväckande frånvaro giltig ogiltig

Eleven har kommit i puberteten ja nej

Program på gymnasiet

- Gymnasieförberedande program/Introduktionsprogram Högskoleförberedande program
 Yrkesprogram Gymnasiesärskoleprogram

Jag bor för det mesta tillsammans med;

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

Jag är född i;

- Sverige Övriga Norden Övriga Europa
 Afrika Asien inkl Mellanösterns länder Nordamerika
 Sydamerika Australien/Nya Zeeland

Förälder 1 född i;

- Sverige Övriga Norden Övriga Europa
 Afrika Asien inkl Mellanösterns länder Nordamerika
 Sydamerika Australien/Nya Zeeland

Förälder 2 född i;

- Sverige Övriga Norden Övriga Europa
 Afrika Asien inkl Mellanösterns länder Nordamerika
 Sydamerika Australien/Nya Zeeland

Mat och sovvanor

Stämmer mycket bra Stämmer ganska bra Stämmer dåligt Stämmer inte alls

(Markera med X (kryss) det som du tycker stämmer bäst)

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 skolmaten är bra	<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"/>
Jag känner mig utvilad när jag vaknar på morgonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fysisk aktivitet och fritid

Stämmer mycket bra Stämmer ganska bra Stämmer dåligt Stämmer inte alls

Jag är aktiv på idrottslektionerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag går eller cyklar till skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag idrottar/tränar och rör mig mycket på fritiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har fritidsintressen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är ofta utomhus efter skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag kan simma 200 meter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag använder padda/telefon/TV/TV-spel/dator mer än 2 timmar per dag på min fritid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Skola och arbetsmiljö

Stämmer mycket bra Stämmer ganska bra Stämmer dåligt Stämmer inte alls

Jag känner mig lugn och 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 bra 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"/>

Skola och arbetsmiljö

	Stämmer mycket bra	Stämmer ganska bra	Stämmer dåligt	Stämmer inte alls
Jag tycker arbetsmiljön i skolan är bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tycker skolans toaletter är fräscha	<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 tycker miljön i skolmatsalen är bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har arbetsro 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 har inga svårigheter med skolarbetet	<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 bestämma i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Trivsel och relationer

	Stämmer mycket bra	Stämmer ganska bra	Stämmer dåligt	Stämmer inte alls
Jag har vänner i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tycker all skolpersonal är vänlig mot mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tycker alla elever i skolan är vänliga mot mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är vänlig mot alla elever och personal i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag vet någon elev på skolan som inte har det bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag trivs bra 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 är orolig för någon i min familj eller i min närhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tycker att min familj har råd med det vi behöver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har vänner på fritiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har någon vuxen jag kan prata med om viktiga saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Någon har gjort mig så illa att jag blev riktigt rädd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Någon/något på internet har gjort mig ledsen eller riktigt rädd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allmänt hälsotillstånd

	Varje dag	Ofta	Sällan	Aldrig
Jag mår bra	<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"/>
Jag är nöjd med min kropp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner mig ledsen	<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"/>
Jag känner mig trött på dagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner mig irriterad eller på dåligt humör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner mig arg	<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"/>
Jag har huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allmänt hälsotillstånd

	Varje dag	Ofta	Sällan	Aldrig
Jag känner mig yr	<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"/>
Jag har ont i rygg, nacke eller axlar	<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"/>

Jag har besvär med allergi (t.ex. eksem, hösnuva)	<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"/>

I så fall vad

Jag behöver medicin/läkemedel (ej preventivmedel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om ja, vad och hur ofta				

Har du någon diagnostiserad funktionsnedsättning eller sjukdom?

(t.ex. epilepsi, diabetes, ADHD, dyslexi, astma, migrän)

Ja Nej Vet ej

Om ja, vad

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

	Ja	Nej	Vet ej
Jag ser bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag hör bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nej	Nej, men skulle behöva
Har du särskilda stödinsatser i skolan, d.v.s. åtgärdsprogram?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Går du på kontroller regelbundet eller periodvis inom sjukvården?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Går du regelbundet på kontroller hos tandvården?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tobak/alkohol/droger

	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>(folköl, starköl, starkcider, 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"/>

Om ja, vad

	Nej	Ja
Har du provat dopingpreparat (anabola steroider)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Bestämt nej	Troligen nej	Kanske ja	Ja
Om jag blir erbjuden narkotika säger jag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om jag blir erbjuden dopingpreparat (anabola steroider) säger jag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pubertet och utveckling

	Nej	Ja
Har du kommit i puberteten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Svara på den/de frågor som passar in på dig

Passar inte in på mig

	Nej	Ja	Passar inte in på mig
Har du fått mens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behöver du ta värktablett 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"/>

Har du frågor:

	Nej	Ja
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"/>

Framtidstankar

	Stämmer mycket bra	Stämmer ganska bra	Stämmer dåligt	Stämmer inte alls
Jag ser positivt på framtiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Så här ser jag på livet just nu

(ringa in siffran du tycker stämmer bäst)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Botten											Toppen

Har du något mer du vill prata om – skriv gärna här

