

Namn och personnummer:

Denna ruta fyller skolsköterskan i:

Datum för hälsosamtalet:	Skola/klass:
Längd:.....cm	Vikt:.....kg
Syn: Höger:                      Vänster:	

## 1. Identifierar du dig som

hon    han    hen    annat

## ARBETSMILJÖ

## 2. Hur trivs du i skolans lokaler (till exempel buller, belysning, ventilation, möbler, städning, temperatur och toaletter)?

mycket bra                      bra                      varken bra eller dåligt                      dåligt                      mycket dåligt

                                                                                      

## 3. Har du arbetsro på lektionerna, kan du arbeta utan att bli störd?

alltid                       ofta                       ibland                       sällan                       aldrig

## 4. Kan du koncentrera dig på lektionerna?

alltid                       ofta                       ibland                       sällan                       aldrig

## 5. Hur viktig är skolan för dig?

mycket viktig                      ganska viktig                      i viss mån viktig                      inte särskilt viktig                      inte alls viktig

                                                                                      

## 6. Känner du dig stressad av ditt skolarbete?\*

aldrig                       sällan                       ibland                       ofta                       alltid

## 7. Får du den hjälp och stöd i skolarbetet som du behöver?

alltid                       oftast                       i viss mån                       sällan                       aldrig

## 8. Hur trivs du i skolan?\*

mycket bra                      bra                      varken bra eller dåligt                      dåligt                      mycket dåligt

**9. Känner du dig trygg i skolan?**

alltid       oftast       i viss mån       sällan       aldrig

**10. Har du kompisar på skolan?**

alltid       ofta       ibland       sällan       aldrig

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

nej       ja, någon enstaka gång       ja, flera gånger

**12. Vet du om någon annan blivit kränkt, utstött eller illa behandlad under skoltid den senaste månaden?**

nej       ja, någon enstaka gång       ja, flera gånger

**13. Har du varit frånvarande från skolan den senaste månaden?**

nej       ja, någon enstaka gång       ja, flera gånger

**14. Är det något som gör att det är jobbigt eller svårt för dig att vara i skolan?**

nej, inte alls       ja, ibland       ja, ofta

## MATVANOR

**15. En vanlig vecka, hur ofta äter du**

a. frukost     varje dag     5-6 dagar     3-4 dagar     1-2 dagar     ingen dag  
b. lunch       varje dag     5-6 dagar     3-4 dagar     1-2 dagar     ingen dag  
c. middag     varje dag     5-6 dagar     3-4 dagar     1-2 dagar     ingen dag

**16. Hur ofta brukar du äta minst en portion grönsaker (en portion = en "handfull")?\***

varje dag     5-6 dagar     3-4 dagar     1-2 dagar     mindre ofta än en dag i veckan

**17. Hur ofta brukar du äta frukt och/eller bär?**

varje dag     5-6 dagar     3-4 dagar     1-2 dagar     mindre ofta än en dag i veckan

**18. Hur ofta brukar du äta godis, kakor, bullar, chips eller andra snacks?**

mindre ofta än en dag i veckan     5-6 dagar     3-4 dagar     1-2 dagar     varje dag

**19. Hur ofta brukar du dricka läsk eller saft som innehåller socker?\***

mindre ofta än en dag i veckan     5-6 dagar     3-4 dagar     1-2 dagar     varje dag

**20. Hur ofta dricker du energidrycker?**

mindre ofta än en dag i veckan     1-2 dagar     3-4 dagar     5-6 dagar     varje dag

## FYSISK AKTIVITET

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

alltid     ofta     ibland     sällan     aldrig     har inte idrott

22. Duschar du i skolan efter idrottslektionerna?

Ja     Ja, men helst inte     nej

23. Hur många timmar i veckan rör du på dig så att du blir andfådd och varm?

Lägg ihop all tid du rör på dig, både i skolan och på fritiden.\*

7 timmar eller mer     5-7 timmar     3-5 timmar  
 1-3 timmar     mindre än 1 timme i veckan

24. Hur mycket sitter du under ett normalt dygn om du räknar bort sömn?

mindre än 4 timmar     4-7 timmar     7-10 timmar  
 10-13 timmar     13-15 timmar     så gott som hela dagen

## FYSISK OCH PSYKISK HÄLSA

25. Här kommer en fråga om fysisk aktivitet. Längst till höger, 10, motsvarar en person som rör sig mycket, och längst till vänster, 0, motsvarar en person som ofta sitter stilla och inte rör sig så mycket. Kryssa i det nummer som bäst passar in på dig.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Jag mår...\*

mycket bra    bra    varken bra eller dåligt    dåligt    mycket dåligt  
               

27. Hur tycker du att du sover?\*

mycket bra    bra    varken bra eller dåligt    dåligt    mycket dåligt  
               

28. Känner du dig stressad på din fritid?\*

inte alls     lite grann     ganska mycket     mycket

29 a. Hur ofta har du besvärande huvudvärk?\*

sällan/aldrig    1 gång/månad    1 gång/vecka    mer än 1 gång/vecka    i stort sett varje dag

**29 b. Hur ofta har du besvärande ont i magen?\***

sällan/aldrig	1 gång/månad	1 gång/vecka	mer än 1 gång/vecka	i stort sett varje dag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**29 c. Hur ofta har du ont i rygg, nacke eller axlar?\***

sällan/aldrig	1 gång/månad	1 gång/vecka	mer än 1 gång/vecka	i stort sett varje dag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**29 d. Hur ofta har du värk i armar, ben eller knän?\***

sällan/aldrig	1 gång/månad	1 gång/vecka	mer än 1 gång/vecka	i stort sett varje dag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**30. Om du har mens, har du då mensvärk eller andra besvär som ibland påverkar dig så att du stannar hemma från skolan eller väljer bort att vara med på fritidsaktiviteter?**

nej     ja, ibland     ja, ofta eller alltid     ej aktuell

**31. Hur ofta använder du värktabletter?**

aldrig	några gånger/år	några gånger/månad	några gånger/vecka	dagligen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**32 a. Hur ofta har du känt dig ledsen eller nedstämd?\***

sällan eller aldrig	ungefär 1 gång i månaden	ungefär 1 gång i veckan	mer än 1 gång i veckan	i stort sett varje dag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**32 b. Hur ofta har du varit irriterad eller på dåligt humör?\***

sällan eller aldrig	ungefär 1 gång i månaden	ungefär 1 gång i veckan	mer än 1 gång i veckan	i stort sett varje dag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**32 c. Hur ofta har du känt dig orolig eller rädd?\***

sällan eller aldrig	ungefär 1 gång i månaden	ungefär 1 gång i veckan	mer än 1 gång i veckan	i stort sett varje dag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**32 d. Hur ofta har du svårt att somna?\***

sällan eller aldrig	ungefär 1 gång i månaden	ungefär 1 gång i veckan	mer än 1 gång i veckan	i stort sett varje dag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ALKOHOL, NIKOTIN OCH DROGER

33. Röker du (exempelvis cigarett, e-cigarett eller vape)?

aldrig  har provat  någon gång i månaden  någon gång i veckan  dagligen

34. Snusar du?

aldrig  har provat  någon gång i månaden  någon gång i veckan  dagligen

35. Dricker du alkohol (exempelvis folköl, starköl, vin, cider eller sprit)?

aldrig  har provat  någon gång i månaden  någon gång i veckan  dagligen

36. Om du blir erbjuden narkotika, hur skulle du svara då?

bestämt nej  troligen nej  kanske ja  ja

37. Har du provat narkotika, narkotikaklassade läkemedel (exempelvis Tradolan, cannabis, spice, hasch, GHB, kokain, kath) eller anabola steroider?

nej  ja

## RELATIONER OCH RÄTTEN TILL DIN EGEN KROPP

38. Hur trivs du hemma?\*

mycket bra  bra  varken bra eller dåligt  dåligt  mycket dåligt

39. Är du i ett förhållande med någon?

ja  nej  vet ej eller vill inte svara

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

nej  ja

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

ja  nej

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

ja  nej

43. Alla har rätt att bestämma över sin egen kropp. Har du varit med om att någon gjort något mot dig som inte kändes bra?

nej  ja

## MITT LIV NU OCH I FRAMTIDEN

44. Har du några fritidsintressen?

ja  nej

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

ja  nej

46. Om du tänker på ditt liv i största allmänhet, var tycker du att du står just nu? Längst till höger, 10, motsvarar det bästa liv du kan tänka dig, och längst till vänster, 0, motsvarar det sämsta liv du kan tänka dig. Kryssa i det nummer som bäst passar in på dig.\*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. Hur ser du på framtiden? Bilden till höger symboliserar en stega. Siffran 10 högst upp på stegen motsvarar en positiv syn på framtiden och siffran 0 motsvarar en negativ syn.

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0

Inför ditt hälsosamtal, fundera på om du har några frågor om din kroppsutveckling, om preventivmedel eller andra frågor om sex, identitet och/eller relationer.

\*Fråga från Nationellt kvalitetsregister för elevhälsans medicinska insatser.

Formuläret gäller från och med augusti 2023.