

**Velkommen til Ungdata!**

Du skal klikke eller krysse av i den ruta som passer best. Er det spørsmål som du synes er vanskelige, eller som du ikke har lyst til å svare på, kan du hoppe over dem.

Takk for at du vil være med i undersøkelsen!

**BAKGRUNNSSPØRSMÅL**

Er du gutt eller jente?

Gutt

Jente

Hvilket klassetrinn går du i?

8. trinn

9. trinn

10. trinn

Videregående trinn 1

Videregående trinn 2

Videregående trinn 3

Har foreldrene dine utdanning fra universitet eller høyskole?

Sett ett kryss for hver forelder. Hvis du ikke har kontakt med én eller begge av foreldrene dine, hopper du over spørsmålet som gjelder denne forelderen.

Ja

Nei

Far

Mor

**BAKGRUNNSSPØRSMÅL**

Nå kommer noen spørsmål om familien din og hjemmet ditt.

Hvis du bor i to ulike hjem, skal du svare for den av foreldrene du bor mest hos. Hvis du bor like mye hos begge foreldrene dine, kan du velge hvilket hjem du svarer for. Hvis du har flyttet hjemmefra eller bor på hybel, skal du svare for hjemmet til foreldrene dine.

Har familien din bil?

Nei

Ja, én

Ja, to eller flere

Har du eget soverom?

Ja

Nei

## BAKGRUNNSSPØRSMÅL

Hvor mange ganger har du reist et sted på ferie med familien din i løpet av det siste året?

Ingen ganger

Én gang

To ganger

Mer enn to ganger

Hvor mange datamaskiner eller nettbrett har familien din?

Ingen

Én

To

Mer enn to

## SKOLE

Er du enig eller uenig i følgende utsagn om hvordan du har det på skolen?

	Helt enig	Litt enig	Litt uenig	Helt uenig
Jeg trives på skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lærerne mine bryr seg om meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler at jeg passer inn blant elevene på skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg kjeder meg på skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg gruer meg ofte til å gå på skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor lang tid bruker du gjennomsnittlig per dag på lekser og annet skolearbeid (utenom skoletida)?

Gjør aldri / nesten aldri lekser

Mindre enn en halvtime

½-1 time

1-2 timer

2-3 timer

3-4 timer

Mer enn 4 timer

Hvor ofte har du hatt det slik de siste månedene?

	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Svært ofte
Jeg blir stresset av skolearbeidet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler meg utslitt på grunn av skolearbeidet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har mer skolearbeid enn jeg klarer å gjøre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## FORELDRE

Her kommer noen utsagn om hvordan du vil beskrive forholdet ditt til foreldrene dine.

	Passer svært godt	Passer ganske godt	Passer ganske dårlig	Passer svært dårlig
Foreldrene mine pleier å vite hvor jeg er, og hvem jeg er sammen med i fritida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foreldrene mine kjenner de fleste av vennene jeg er sammen med i fritida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foreldrene mine kjenner foreldrene til vennene mine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg krangler ofte med foreldrene mine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg liker å være sammen med foreldrene mine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har familien din hatt god eller dårlig råd/økonomi de siste to årene?

- Vi har hatt god råd hele tida
- Vi har stort sett hatt god råd
- Vi har verken hatt god råd eller dårlig råd
- Vi har stort sett hatt dårlig råd
- Vi har hatt dårlig råd hele tida

Hvor mange bøker tror du det er hjemme hos dere?  
NB! Én meter bøker tilsvarer omtrent 50 bøker

- Ingen bøker
- Mindre enn 20 bøker
- 20–100 bøker
- 100–500 bøker
- 500–1000 bøker
- Mer enn 1000 bøker

## VENNER

Når du er sammen med venner/kamerater, er du da som oftest sammen med ...

- Én eller to faste venner
- Én eller to faste venner som ofte er med i en gruppe andre ungdommer
- En vennegjeng som holder sammen
- Nokså tilfeldig hvem jeg er sammen med
- Er ikke så ofte sammen med jevnaldrende

Har du minst én venn som du kan stole fullstendig på og kan betro deg til om alt mulig?

- Ja, helt sikkert
- Ja, det tror jeg
- Det tror jeg ikke
- Har ingen jeg ville kalle venner, nå for tida

Har du minst én nær venn som du bare har kontakt med gjennom nettet?

- Ja, helt sikkert
- Ja, det tror jeg
- Det tror jeg ikke
- Har ingen jeg ville kalle nære nettvenner for tiden

Har du en fast kjæreste?

- Ja, jeg har en kjæreste nå
- Nei, men jeg har hatt kjæreste tidligere
- Nei, jeg har aldri hatt fast kjæreste

## SEKSUALITET

Har du hatt samleie med noen (ligget sammen)?

Ja

Nei

Hvor gammel var du da du hadde samleie første gangen?

13 år eller yngre

14 år

15 år

16 år

17 år

18 år

19 år eller eldre

Brukte dere prevensjon da du hadde samleie første gang?

Ja

Nei

Usikker/husker ikke

Brukte dere kondom da du hadde samleie første gang?

Ja

Nei

Usikker/husker ikke

## STATUS I VENNEMILJØET

Hva er viktig for å få status i ditt vennemiljø?

	Øker statusen mye	Øker statusen litt	Har ingen betydning	Minker statusen litt	Minker statusen mye
Å være god på skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å være flink i idrett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å ha et bra utseende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å være til å stole på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å drikke seg full	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å røyke hasj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å ha mange følgere og likes på sosiale medier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## REGELBRUDD

Hvor mange ganger har du vært med på eller gjort noe av dette det siste året (de siste 12 månedene)?

	Ingen ganger	1 gang	2-5 ganger	6-10 ganger	11 ganger eller mer
Tatt med deg varer fra butikk uten å betale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vært i slåsskamp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Med vilje ødelagt eller knust vindusruter, busseter, postkasser eller lignende (gjort hærverk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprayet eller tagget ulovlig på vegger, bygninger, tog, buss eller lignende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lurt deg fra å betale på kino, idrettsstevner, buss, tog eller lignende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vært borte en hel natt uten at foreldrene dine visste hvor du var	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skulka skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## MOBBING

Hender det at du er med på plaging, trusler eller utfrysing av andre unge på skolen eller i fritida?

Sett kryss der det passer best

Ja, flere ganger i uka

Ja, omtrent én gang i uka

Ja, omtrent hver 14. dag

Ja, omtrent én gang i måneden

Nesten aldri

Aldri

Blir du selv utsatt for plaging, trusler eller utfrysing av andre unge på skolen eller i fritida?

Sett kryss der det passer best

Ja, flere ganger i uka

Ja, omtrent én gang i uka

Ja, omtrent hver 14. dag

Ja, omtrent én gang i måneden

Nesten aldri

Aldri

## NEGATIVE OPPLEVELSER PÅ NETTET/MOBIL

Har du i løpet av de siste 12 månedene blitt utsatt for noe av det følgende?

	Ingen ganger	1 gang	2-5 ganger	6 ganger eller mer
At noen via nettet eller mobil har truet deg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At noen via nettet eller mobil har skrevet sårende ting til deg eller om deg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At noen har lagt ut sårende bilder eller videoer av deg på nettet eller mobil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At noen har stengt deg ute fra sosiale ting på nettet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## VOLD

Har du i løpet av de siste 12 månedene blitt utsatt for noe av det følgende?

	Ingen ganger	1 gang	2-5 ganger	6 ganger eller mer
Jeg har blitt utsatt for trusler om vold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har blitt slått uten å få synlige merker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har fått sår eller skade på grunn av vold uten at jeg trengte legebehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har blitt skadet så sterkt på grunn av vold at det krevde legebehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## SEKSUELL TRAKASSERING

Har du i løpet av de siste 12 månedene blitt utsatt for noe av dette på en måte som du absolutt ikke likte?

	Ingen ganger	1 gang	2-5 ganger	6 ganger eller mer
At noen mot din vilje befølte deg på en seksuell måte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At noen på en sårende måte kalte deg for hore, homo eller andre ord med seksuelt innhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At noen spredte negative seksuelle rykter om deg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## FASTE FRITIDSAKTIVITETER

Er du, eller har du tidligere vært, med i noen organisasjoner, klubber, lag eller foreninger etter at du fylte 10 år?

Ja, jeg er med nå

Nei, men jeg har vært med tidligere

Nei, jeg har aldri vært med

Hvor mange ganger den siste måneden har du vært med på aktiviteter, møter eller øvelser i følgende organisasjoner, klubber eller lag?

	Ingen ganger	1-2 ganger	3-4 ganger	5 ganger eller oftere
Idrettslag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fritidsklubb/ungdomshus /ungdomsklubb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Religiøs forening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korps, kor, orkester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kulturskole/musikkskole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen organisasjon, lag eller forening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## RELIGION

Hvor mye betyr religion for hvordan du lever livet ditt til daglig?

Det er svært viktig

Religion betyr ganske mye for hvordan jeg lever i hverdagen

Religion betyr lite for hvordan jeg lever i hverdagen

Religion har ingen betydning for hvordan jeg lever livet mitt

## FRITIDSAKTIVITETER

Her blir det nevnt en del aktiviteter som du kan bruke fritida di til. Tenk tilbake på den siste uka (de siste 7 dagene).

Hvor mange ganger har du ...

	Ingen ganger	1 gang	2-5 ganger	6 ganger eller mer
Vært sammen med venner hjemme hos meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vært sammen med venner hos dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukt størstedelen av kvelden ute sammen med venner/kamerater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spilt onlinespill med andre størstedelen av kvelden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vært sosial på nett eller mobil størstedelen av kvelden (snakket, chattet eller lignende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kjørt eller sittet på med bil, motorsykkel eller moped for moro skyld (kjørt for å kjøre en tur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vært hjemme hele kvelden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spilt fotball, stått på snowboard eller drevet med annen fysisk aktivitet sammen med venner (ikke i idrettslag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## NÆRMILJØ

Tenk på områdene rundt der du bor. Hvordan opplever du at tilbudet til ungdom er når det gjelder ...

	Svært bra	Nokså bra	Verken bra eller dårlig	Nokså dårlig	Svært dårlig
Lokaler for å treffe andre unge på fritida (fritidsklubb, ungdomshus eller lignende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idrettsanlegg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kulturtilbudet (kino, konsertscener, bibliotek eller lignende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kollektivtilbudet (buss, tog, trikk eller lignende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Når du er ute om kvelden, opplever du det som trygt å ferdes i nærområdet der du bor?

- Ja, svært trygt
- Ja, ganske trygt
- Usikker
- Nei, jeg føler meg utrygg

Kan du tenke deg å bo i kommunen din når du blir voksen?

- Ja
- Nei
- Vet ikke



## TOBAKK

Røyker du?

- Har aldri røykt
- Har røykt før, men har sluttet helt nå
- Røyker sjeldnere enn én gang i uka
- Røyker ukentlig, men ikke hver dag
- Røyker daglig

Bruker du snus?

- Har aldri brukt snus
- Har brukt før, men har sluttet helt nå
- Snuser sjeldnere enn én gang i uka
- Snuser ukentlig, men ikke hver dag
- Snuser daglig

## ALKOHOL

Hender det at du drikker noen form for alkohol?

Aldri

Har bare smakt noen få ganger

Av og til, men ikke så ofte som månedlig

Nokså jevnt 1–3 ganger i måneden

Hver uke

Får du lov til å drikke alkohol av foreldrene dine?

Ja

Nei

Vet ikke

## RUSMIDLER

Hvor mange ganger har du gjort noe av dette det siste året (de siste 12 månedene)?

	Ingen ganger	1 gang	2-5 ganger	6-10 ganger	11 ganger eller mer
Drukket alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drukket så mye at du har følt deg tydelig beruset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukt hasj/marihuana/cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukt andre narkotiske stoffer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du i løpet av det siste året (de siste 12 månedene) blitt tilbudt hasj eller marihuana?

Ja, flere ganger

Ja, én gang

Nei, aldri

## NÆRE RELASJONER

Tenk deg at du har et personlig problem. Du føler deg utafør og trist og trenger noen å snakke med. Hvem ville du snakket med eller søkt hjelp hos?

	Helt sikkert	Kanskje	Nei
Foreldre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre familiemedlemmer (søsken, besteforeldre eller lignende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helsesøster eller en annen i skolehelsetjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lærer eller andre ansatte på skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre voksne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## HELSETJENESTER

Hvor mange ganger har du brukt følgende helsetjenester i løpet av de siste 12 månedene?

	Ingen ganger	1-2 ganger	3-5 ganger	6 ganger eller mer
Helsesøster på skolen (skolehelsetjenesten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helsestasjon for ungdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fastlege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legevakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sykehus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## HELSEPLAGER

Har du hatt noen av disse plagene i løpet av siste måned?

	Ingen ganger	Noen ganger	Mange ganger	Daglig
Hodepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nakke- og skuldersmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ledd- og muskelsmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magesmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kvalme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjertebank	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor ofte har du brukt reseptfrie medikamenter (Paracet, Ibux og lignende) i løpet av siste måned?

Ingen ganger

Sjeldnere enn én gang i uka

Minst ukentlig

Flere ganger i uka

Daglig

## PSYKISKE HELSEPLAGER

Har du i løpet av den siste uka vært plaget av noe av dette:

	Ikke plaget i det hele tatt	Lite plaget	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget
Følt at alt er et slit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatt søvnproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg ulykkelig, trist eller deprimert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt håpløshet med tanke på framtida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg stiv eller anspent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekymret deg for mye om ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg ensom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du i løpet av den siste uka vært plaget av noe av dette:

	Ikke plaget i det hele tatt	Lite plaget	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget
Plutselig redd uten grunn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stadig redd eller engstelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervøsitet, indre uro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt at du ikke er verdt noe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





## FYSISK AKTIVITET OG TRENING

Hvor ofte er du så fysisk aktiv at du blir andpusten eller svett?

- Aldri
- Sjelden
- 1-2 ganger i måneden
- 1-2 ganger i uka
- 3-4 ganger i uka
- Minst 5 ganger i uka

Hvor ofte trener du eller driver du med følgende aktiviteter?

	Aldri	Sjelden	1-2 ganger i måneden	1-2 ganger i uka	3-4 ganger i uka	Minst 5 ganger i uka
Trener eller konkurrerer i et idrettslag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trener på treningsstudio eller helsestudio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Driver med annen organisert trening (dans, kampsport eller lignende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trener eller trimmer på egen hånd (løper, svømmer, sykler, går tur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du noen gang vært med i et idrettslag eller i en idrettsklubb?

- Nei
- Ja, men jeg sluttet på barneskolen
- Ja, men jeg sluttet på ungdomsskolen
- Ja, og jeg er fortsatt med

Har du noen gang vært med i et idrettslag eller i en idrettsklubb?

Nei

Ja, men jeg sluttet på barneskolen

Ja, men jeg sluttet på ungdomsskolen

Ja, men jeg sluttet på videregående

Ja, og jeg er fortsatt med

## MEDIEBRUK

Tenk på en gjennomsnittsdag. Hvor lang tid bruker du på følgende:

	Ikke noe tid	Under 30 minutter	30 minutter–1 time	1–2 timer	2–3 timer	Mer enn 3 timer
Se på TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lese bøker (ikke skolebøker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se på filmer/serier/Youtube	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spille dataspill/TV-spill	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spille på telefon/nettbrett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosiale medier (Facebook, Instagram eller lignende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Utenom skolen, hvor lang tid bruker du vanligvis på aktiviteter foran en skjerm (TV, data, nettbrett, mobil) i løpet av en dag?

Ikke noe tid

Mindre enn 1 time

1–2 timer

2–3 timer

3–4 timer

4–6 timer

Mer enn 6 timer

## OPPLEVD PRESS

Opplever du press i hverdagen din?

	Ikke noe press	Litt press	En del press	Mye press	Svært mye press
Press om å se bra ut eller ha en fin kropp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Press om å gjøre det bra på skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Press om å gjøre det bra i idrett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Press om å ha mange følgere og likes på sosiale medier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Press på andre områder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du opplevd så mye press den siste uka at du har hatt problemer med å takle det?

- Ingen ganger
- Noen ganger
- Ganske ofte
- Svært ofte

## TANKER OM FRAMTIDEN

Hvordan tror du at framtida di vil bli? Tror du at du ...

	Ja	Nei	Vet ikke
Vil komme til å fullføre videregående skole?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vil komme til å ta utdanning på universitet eller høyskole?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noen gang vil bli arbeidsledig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vil komme til å få et godt og lykkelig liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## SELVBILDE

Nedenfor er det noen påstander om hvor fornøyd du er med livet ditt. Kryss av i den ruta som passer best for deg.

	Passer svært godt	Passer ganske godt	Passer ganske dårlig	Passer svært dårlig
Jeg er svært fornøyd med hvordan jeg er	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er ofte skuffet over meg selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg liker meg selv slik jeg er	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er fornøyd med hvordan jeg har det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg opplever at det jeg driver med i livet er meningsfullt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes det er ganske vanskelig å få venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## FORNØYDHET MED LIVET

Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med ulike sider ved livet ditt?

	Svært misfornøyd	Litt misfornøyd	Verken fornøyd eller misfornøyd	Litt fornøyd	Svært fornøyd
Foreldrene dine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vennene dine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skolen du går på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lokalmiljøet der du bor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helsa di	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utseendet ditt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## BAKGRUNNSSPØRSMÅL

Hvilken kommune bor du i? (Om du bor på hybel/internat, bruk bostedet til foreldrene dine når du svarer)

## BAKGRUNNSSPØRSMÅL

Hvilket utdanningsprogram går du på?

- Studiespesialisering
- Idrettsfag
- Musikk, dans og drama
- Kunst, design og arkitektur
- Bygg- og anleggsteknikk
- Design og håndverk
- Elektrofag
- Helse- og oppvekstfag
- Medier og kommunikasjon
- Naturbruk
- Restaurant- og matfag
- Service og samferdsel
- Teknikk og industriell produksjon

## BAKGRUNNSSPØRSMÅL

Hvilke karakterer fikk du i følgende fag ved siste karakteroppgjør (jul eller sommer)?

	1	2	3	4	5	6
Norsk skriftlig hovedmål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matematikk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engelsk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## BAKGRUNNSSPØRSMÅL

Er du født i Norge?

- Ja
- Nei



## BAKGRUNNSSPØRSMÅL

Hvor gammel var du da du flyttet til Norge?

Yngre enn 2 år

2-5 år

6-12 år

13-15 år

16 år eller eldre

## BAKGRUNNSSPØRSMÅL

Hvor er foreldrene dine født?

Begge er født i Norge

Den ene er født i Norge, den andre i utlandet

Begge er født i utlandet

Hvilket land er moren din født i?

Hvilket land er faren din født i?

Hvilke voksne bor du sammen med nå?

Jeg veksler mellom å bo hos mor og far

Jeg bor sammen med begge foreldrene mine

Jeg bor sammen med den ene av foreldrene mine og en stemor eller stefar

Jeg bor kun sammen med den ene av foreldrene mine

Annet

Hvem bor du mest hos?

Jeg bor klart mest hos far

Jeg bor klart mest hos mor

Jeg bor omtrent like mye hos dem begge

## HOLDNINGER TIL EGEN OG FORELDRES ALKOHOLBRUK

Nå vil vi be deg ta stilling til noen påstander:  
(Kryss av for alle)

	Enig	Uenig
Foreldre bør på ingen måte drikke alkohol i barnas nærvær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foreldre kan drikke litt, men ikke drikke seg tydelig beruset i barnas nærvær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foreldre er viktige forbilder for barna sine, også når det gjelder alkoholbruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er flaut for barna når foreldrene deres er fulle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg lytter mer til foreldrene mine enn til jevnaldrende når det gjelder mitt syn på rusmiddelbruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg lytter mer til jevnaldrende enn til foreldrene mine når det gjelder mitt syn på rusmiddelbruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foreldre bør kunne hente oss når vi har vært på fest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## KJØRING I RUSSET TILSTAND

Her kommer noen utsagn om kjøring i ruset tilstand.  
Hvor enig eller uenig er du i disse?

	Helt enig	Litt enig	Litt uenig	Helt uenig
Det er greit å kjøre moped eller annet motorisert kjøretøy når en har drukket alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er greit å sitte på når sjåføren har drukket alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## FARER VED BRUK AV RUSMIDLER

Hvor farlig tror du det er for helsa di å bruke følgende:

	Veldig helsefarlig	Ganske helsefarlig	Litt helsefarlig	Ikke helsefarlig
Å røyke tobakk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å bruke snus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å drikke alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å røyke hasj/marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å bruke andre tyngre narkotiske stoffer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## DOPING

Har du noen gang brukt dopingmidler (f.eks. anabole steroider, veksthormoner, insulin, testosteron)?

- Aldri
- Har brukt doping før, men har sluttet nå
- Bruker doping nå

Dersom du ønsket å få tak i dopingmidler, hvor lett kunne du ha skaffet deg det du var på jakt etter?

- Veldig lett
- Ganske lett
- Ganske vanskelig
- Veldig vanskelig
- Vet ikke

Hvordan kunne du ha skaffet deg dopingmidler dersom du ønsket det?  
(Sett ett kryss for hver linje)

	Ja	Nei
Fra venner/bekjente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ta med hjem fra utlandet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kjøpe fra treningssenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trener kan skaffe det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Over Internett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På andre måter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## MÅLTIDER

Hvor ofte pleier du å spise følgende?

	Sjelden eller aldri	1 gang i uka	2-3 ganger i uka	4-6 ganger i uka	Hver dag
Frokost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lunsj/formiddagsmat/niste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Middag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kveldsmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ENERGIDRIKK

Hvor ofte drikker du energidrikk (f.eks. Adrenaline, Battery, Burn, Monster, Red Bull, Urge Intense)?

- Aldri
- Drakk det tidligere, men har sluttet
- Ca. hver måned eller sjeldnere
- Ca. hver 14. dag
- 1-3 ganger i uka
- 4-6 ganger i uka
- Daglig

Hvor godt stemmer følgende påstander om hvorfor du aldri har drukket eller har sluttet å drikke energidrikk?

	Stemmer svært godt	Stemmer ganske godt	Stemmer ganske dårlig	Stemmer svært dårlig
Har ikke lyst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Får ikke lov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synes ikke det smaker godt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mener det kan være usunt for meg å drikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synes det er for dyrt / vil heller bruke pengene på annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har opplevd bivirkninger/ubehag når det jeg har drukket energidrikk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ENERGIDRIKK

Hvor godt stemmer følgende påstander om hvorfor du drikker energidrikk?

	Stemmer svært godt	Stemmer ganske godt	Stemmer ganske dårlig	Stemmer svært dårlig
Fordi det smaker godt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Hvor godt stemmer følgende påstander om hvorfor du drikker energidrikk?

	Stemmer svært godt	Stemmer ganske godt	Stemmer ganske dårlig	Stemmer svært dårlig
Fordi jeg trenger energi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For å holde meg våken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fordi vennene mine gjør det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For å konsentrere meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## SØVNPROBLEMER

I løpet av den siste uka (de siste 7 dagene), hvor mange dager har du ...

	Ingen dager	1-2 dager	3-4 dager	5 dager eller mer
Hatt problemer med å sovne etter at lyset ble slukket?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg lite uthvilt etter å ha sovet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vært så søvnig/trøtt at det har gått ut over skole eller fritid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatt vansker med å våkne når du skulle om morgenen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ikke klart å sovne før klokka 02:00 (om natta)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Våknet for tidlig uten å få sove igjen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## MESTRING

Hvor riktige er disse utsagnene for deg?

	Helt galt	Nokså galt	Nokså riktig	Helt riktig
Jeg klarer alltid å løse vanskelige problemer hvis jeg prøver hardt nok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis noen motarbeider meg, så kan jeg finne måter og veier for å få det som jeg vil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler meg trygg på at jeg ville kunne takle uventede hendelser på en effektiv måte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg beholder roen når jeg møter vanskeligheter fordi jeg stoler på mestringsevnen min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis jeg er i knipe, så finner jeg vanligvis en vei ut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## SEKSUELLE HANDLINGER MOT GODER

Har du i løpet av de siste 12 månedene gjort seksuelle handlinger for å oppnå goder (penger, klær, sminke, alkohol, andre rusmidler eller lignende)?

Nei

Ja

## SEKSUELLE OVERGREP

Har du i løpet av de siste 12 månedene blitt utsatt for noe av dette på en måte som du absolutt ikke likte?

	Ingen ganger	1 gang	2-5 ganger	6 ganger eller mer
At noen mot min vilje presset meg til seksuelle handlinger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At noen mot min vilje hadde sex med meg når jeg var for full til å motsette meg det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## VOLD I FAMILIEN

Tenk på de siste 12 månedene. Har en voksen i familien din slått deg med vilje?

Nei, aldri

Ja, 1 gang

2-4 ganger

5-10 ganger

Mer enn 10 ganger

**Merk:** Stilles ikke til de som aldri har blitt slått av noen i familien

Har du forsøkt å si fra til noen om at en voksen i familien din har slått deg med vilje?

Nei

Ja

## BRUK AV KULTURTILBUD

Hvor ofte har du gjort følgende ting i løpet av den siste måneden (de siste 30 dagene)? Hvor mange ganger har du ...

	Aldri	1 gang	2-4 ganger	5 ganger eller mer
Vært på kino?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vært på bibliotek (ikke skolebibliotek)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vært tilskuer på idrettsarrangement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor ofte har du gjort følgende ting i løpet av det siste året (de siste 12 månedene)? Hvor mange ganger har du ...

	Aldri	1 gang	2-4 ganger	5 ganger eller mer
Gått på teater eller revyforestilling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vært på konsert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vært på musikkfestival?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gått på kunstutstilling/museum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## DATABRUK

Hvor ofte gjør du noen av disse aktivitetene?

	Aldri eller nesten aldri	1-3 dager per måned	1 dag i uka	Flere dager i uka	Daglig eller nesten daglig
Spiller dataspill eller TV-spill	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruker datamaskinen til lekser og skolearbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surfer på Internett uten å lete etter noe spesielt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leter etter informasjon på Internett (til f.eks. fritidsinteresser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Holder kontakt med venner via Internett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruker Internett til å kommunisere med personer du ikke kjenner fra før	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skriver blogg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## DATASPILL

Tenk på en vanlig hverdag. Hvilken tid på døgnet spiller du vanligvis dataspill?  
(Sett gjerne flere kryss)

Jeg spiller vanligvis ikke dataspill

Morgen (kl. 06–09)

Formiddag (kl. 09–12)

Tidlig ettermiddag (kl. 12–16)

Sen ettermiddag (kl. 16–19)

Kveld (kl. 19–22)

Sen kveld (kl. 22–01)

Natt (kl. 01–06)

Tenk på en vanlig helg (lørdag/søndag). Hvilken tid på døgnet spiller du vanligvis dataspill?  
(Sett gjerne flere kryss)

Jeg spiller vanligvis ikke dataspill

Morgen (kl. 06–09)

Formiddag (kl. 09–12)

Tidlig ettermiddag (kl. 12–16)

Sen ettermiddag (kl. 16–19)

Kveld (kl. 19–22)

Sen kveld (kl. 22–01)

Natt (kl. 01–06)

Her kommer noen spørsmål om bruk av dataspill:

Ja

Nei

Har foreldrene dine eller andre uttrykt  
bekymring på grunn av spillingen din?

Har foreldrene dine satt noen grenser for  
når eller hvor lenge du får lov til å spille?

Her kommer noen spørsmål om bruk av dataspill:

	Ja	Nei
Synes du selv at du spiller for mye?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du forsøkt å redusere spillingen uten at du har klart det?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har spillingen ført til konflikter/krangling i familien din?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du vært borte fra skolen på grunn av spilling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## SKJERMTID

Tenk på en vanlig hverdag. Hvilken tid på døgnet bruker du vanligvis på aktiviteter foran en skjerm (mobil, nettbrett, datamaskin, TV, dataspill)? (Sett gjerne flere kryss)

- Morgen (kl. 06–09)
- Formiddag (kl. 09–12)
- Tidlig ettermiddag (kl. 12–16)
- Sen ettermiddag (kl. 16–19)
- Kveld (kl. 19–22)
- Sen kveld (kl. 22–01)
- Natt (kl. 01–06)
- Jeg bruker sjeldent tid på skjermaktiviteter på hverdager

Tenk på en vanlig helg (lørdag/søndag). Hvilken tid på døgnet bruker du vanligvis på aktiviteter foran en skjerm (mobil, nettbrett, datamaskin, TV, dataspill)? (Sett gjerne flere kryss)

- Morgen (kl. 06–09)
- Formiddag (kl. 09–12)
- Tidlig ettermiddag (kl. 12–16)
- Sen ettermiddag (kl. 16–19)
- Kveld (kl. 19–22)
- Sen kveld (kl. 22–01)
- Natt (kl. 01–06)
- Jeg bruker sjeldent tid på skjermaktiviteter på lørdag/søndag

Her kommer noen spørsmål om skjermbruk:

Ja

Nei

Har foreldrene dine eller andre uttrykt bekymring på grunn av din skjermbruk?

Her kommer noen spørsmål om skjermbruk:

	Ja	Nei
Har foreldrene dine satt noen grenser for når eller hvor lenge du får lov til å være på skjerm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synes du selv at du er for mye på skjerm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du forsøkt å redusere din skjermbruk uten at du har klart det?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har skjermbruken ført til konflikter/krangling i familien din?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har skjermbruken ført til at du ikke får nok søvn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## NETTKONTAKTER

Personene du har kontakt med via Internett, er det ...

	Aldri	Noen ganger	Ofte	Alltid
Venner som du treffer jevnlig utenom Internett?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venner/bekjente som du kun treffer over Internett?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ukjente som du kommer i kontakt med via Internett?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du møtt noen ansikt til ansikt som du først fikk kontakt med på Internett?

Ja

Nei

## SOSIALE MEDIER

Når på døgnet er du mest aktiv på sosiale medier (Facebook, Instagram og lignende)?

Jeg er vanligvis ikke aktiv på sosiale medier

Morgen (kl. 06–09)

Formiddag (kl. 09–12)

Tidlig ettermiddag (kl. 12–16)

Sen ettermiddag (kl. 16–19)

Kveld (kl. 19–22)

Sen kveld (kl. 22–01)

Natt (kl. 01–06)

## SOSIALE MEDIER OG FORELDRE

Her kommer noen utsagn om foreldrene dine og regler knyttet til bruk av sosiale medier.

	Passer svært godt	Passer ganske godt	Passer ganske dårlig	Passer svært dårlig
Foreldrene mine har laget regler for hvordan jeg kan bruke sosiale medier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foreldrene mine kjenner til hvilke sosiale medier jeg er aktiv på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg skjuler noe av det jeg skriver/deler på sosiale medier for foreldrene mine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foreldrene mine er gode rollemodeller når det gjelder bruk av sosiale medier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## SOSIALE MEDIER OG VENNER

Her kommer noen utsagn om vennskap og bruk av sosiale medier.

	Passer svært godt	Passer ganske godt	Passer ganske dårlig	Passer svært dårlig
Å ha kontakt med venner på sosiale medier er svært viktig for meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg hadde følt meg utenfor hvis jeg ikke var på de samme sosiale mediene som vennene mine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personene jeg har kontakt med på sosiale medier, er de samme som jeg har kontakt med i «den virkelige verden»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## FORHOLD TIL FORELDRENE

Her kommer noen utsagn om foreldrene dine og forholdet ditt til dem:

	Passer svært godt	Passer ganske godt	Passer ganske dårlig	Passer svært dårlig
Foreldrene mine forteller ofte hvor flink jeg er	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foreldrene mine er skuffet over meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foreldrene mine aksepterer meg som jeg er	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg stoler på foreldrene mine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foreldrene mine stoler på meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg forsøker å holde mesteparten av fritida mi skjult for foreldrene mine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foreldrene mine kjenner til hvem jeg har kontakt med på nettet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er ofte krangling mellom de voksne i min familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## TILBAKEMELDING

Helt til slutt vil vi gjerne høre hva du synes om å være med i denne ungdomsundersøkelsen?

	Stemmer svært godt	Stemmer nok så godt	Stemmer nok så dårlig	Stemmer svært dårlig
Undersøkelsen gir et godt bilde av hvordan jeg har det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det var lett å svare på spørsmålene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Undersøkelsen var altfor lang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg svarte ærlig på spørsmålene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg fikk god informasjon om undersøkelsen i forkant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## FULLFØRT!

Tusen takk! Du har nå svart på alle spørsmålene i undersøkelsen.

Ønsker du å snakke med en voksen etter at du har svart på spørsmålene? Ta kontakt med helsesøster på skolen din eller Helsestasjon for ungdom. Du kan også ringe Kors på halsen på nummer 800 333 21 (åpent mandag-fredag kl. 14:00-22:00) eller Alarmtelefonen for barn og unge på nummer 116 111. Det er gratis å ringe fra mobil eller fasttelefon, og du er helt anonym.

Synes du det er lettere å skrive ned tankene dine, kan du sende en melding på [www.korspahalsen.no](http://www.korspahalsen.no) og få et personlig svar fra en voksen (som er frivillig i Røde Kors).

**Vennligst klikk på "Avslutt".**