

ung-hunt

Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag

Nå er det *din tur* til å delta i *ung-hunt 2000*

Vi håper du har lest igjennom informasjonen du fikk med hjem om *ung-hunt* og bestemt deg for å være med!

Les nå først gjennom samtykkeerklæringen som ligger i spørreskjemaet. Sjekk at det er ditt navn som står der! Kryss av for om du vil delta eller ikke, og undertegn. Lever denne lappen til læreren. Alle lappene legges i en konvolutt som klistres igjen.

Navnet ditt skal IKKE være med på spørreskjemaet!

Fyll så ut spørreskjemaet. Sett et kryss i rutene du synes passer for deg. Svar så godt du kan! Spørsmål du ikke ønsker å svare på, kan du hoppe over. Når du er ferdig, legger du spørreskjemaet i den konvolutten du har fått, klistrer igjen og leverer konvolutten til læreren. Lever også spørreskjemaet selv om du ikke ble helt ferdig.

Alle svarene dine blir behandlet med taushetsplikt!

Ingen på skolen får se svarene dine.

Hvis du ønsker å snakke med noen om undersøkelsen, kan du ta kontakt med *ung-hunt*-sykepleieren på skolen din eller ringe Folkehelse i Verdal (se baksiden).

Lykke til og tusen takk!



Dato for utfylling av skjema: / 20.....

1. Er du gutt eller jente? Gutt Jente
2. Hvilken klasse går du i? Allmenfaglig Yrkesfaglig
- ★ 1. videregående
- ★ 2. videregående
- ★ 3. videregående
- ★ Folkehøgskole
3. Hvilke planer for videre utdanning har du? (sett ett eller flere kryss)
- ★ Ingen ★ Høgskole eller universitet i 4 år eller mer
- ★ Høgskole eller universitet mindre enn 4 år ★ Annen yrkesutdanning
- ★ Vet ikke

OM DER DU BOR

4. Hvilken type bolig (hus) bor du i? (Sett bare ett kryss)
- ★ Enebolig/villa ★ Gardsbruk
- ★ Blokk/terasseleilighet ★ Rekkehus/2-4 mannsbolig
- ★ Annen bolig
5. Hvem bor du sammen med nå? (Her kan du sette ett eller flere kryss)
- ★ Mor ★ Fars nye kone eller samboer
- ★ Far ★ Ektefelle/samboer/venner
- ★ 1-2 søsken ★ Alene/på hybel
- ★ 3 eller flere søsken ★ Fosterforeldre
- ★ Mors nye mann eller samboer ★ Andre
6. Er det heldekkende tepper (teppegulv) hjemme hos deg:
- i stua? Ja Nei
- på soverommet ditt? Ja Nei
7. Er det katt i boligen (hjemme hos deg)? Ja Nei
8. Er det hund i boligen (hjemme hos deg)? Ja Nei
9. Er det andre pelskleddede dyr i boligen (hjemme hos deg)? Ja Nei

OM HELSA DI

10. **Hvordan er helsa di nå?** (Sett ett kryss for det som passer for deg)

- | | | | |
|-----------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| ★ Dårlig | <input type="checkbox"/> | ★ God | <input type="checkbox"/> |
| ★ Ikke helt god | <input type="checkbox"/> | ★ Svært god | <input type="checkbox"/> |

11. **Er du funksjonshemmet på noen av disse måtene?**

(Sett ett kryss på hver linje)

	Nei	Litt	Middels	Mye
★ Er bevegelseshemmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
★ Har nedsatt syn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
★ Har nedsatt hørsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
★ Hemmet pga. kroppslig sykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
★ Hemmet pga. psykiske plager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. **Har du hatt noen av disse plagene i løpet av de siste 12 månedene?**

(Sett ett kryss på hver linje)

	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte
A Hodepine (uten kjent medisinsk årsak)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Nakke og skuldersmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C Ledd og muskelsmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D Magesmerter (uten kjent medisinsk årsak)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E Kvalme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F Treg mage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G Diare, magesyke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H Hjertebank	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I Bronkitt eller lungebetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J Ørebetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K Bihulebetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. **Hvis du har svart «aldri» på alle plagene nevnt ovenfor: Har du hatt noen av disse plagene ofte tidligere** (dvs. før de siste 12 månedene)?

Ja Nei

Hvis ja: **Hvilke plager (se ovenfor) var det?** (Skriv navn eller bokstavene ovenfor som passer)

.....

OM LUFTVEISPLAGER

14. Har du noen gang hatt tung pust eller piping/surkling/tetthet i brystet?
Ja Nei

HVIS DU HAR SVART «NEI»: GÅ TIL SPØRSMÅL 19

15. Har du hatt tung pust eller piping/surkling/tetthet i brystet i løpet av de siste 12 månedene?
Ja Nei

HVIS DU HAR SVART «NEI»: GÅ TIL SPØRSMÅL 19

16. Hvor mange anfall med tung pust eller piping/surkling/tetthet i brystet har du hatt i løpet av de siste 12 månedene?
Ingen 1 til 3 4 til 12 Mer enn 12

17. Hvor ofte i gjennomsnitt har søvnen din blitt forstyrret pga. tung pust eller piping/surkling/tetthet i brystet de siste 12 månedene?
Aldri våknet Mindre enn en natt pr. uke En eller flere netter pr. uke

18. Har piping/surkling/tetthet i brystet eller tung pust vært så alvorlig de siste 12 månedene at du har hatt problemer med å snakke, slik at du bare har kunnet si ett eller to ord mellom hver pust?
Ja Nei

19. Har du noen gang hatt astma?
Ja Nei

Hvis ja:

- Har lege sagt at du har hatt astma?
Ja Nei

20. Har du i løpet av de siste 12 månedene hatt tung pust eller piping/surkling/tetthet i brystet under eller etter fysisk trening, aktiv lek eller mosjonering?

Ja Nei

21. Har du i løpet av de siste 12 månedene hatt tørr hoste om natten uten å være forkjølet eller hatt annen luftveisinfeksjon?

Ja Nei

OM UTSLETT

22. Har du noen gang hatt kløende utslett som har kommet og gått i minst 6 måneder?

Ja Nei

HVIS DU HAR SVART «NEI»: GÅ TIL SPØRSMÅL 27

23. Har du noen gang hatt dette kløende utslettet i løpet av de siste 12 månedene?

Ja Nei

HVIS DU HAR SVART «NEI»: GÅ TIL SPØRSMÅL 27

24. Har dette kløende utslettet noen gang sittet på noen av de følgende stedene: albuebøyene (på innsiden), bak knærne, foran på ankene, under baken eller rundt hals, ører eller øyne?

Ja Nei

25. Har dette utslettet vært helt borte noen gang i løpet av de siste 12 månedene?

Ja Nei

26. I løpet av de siste 12 månedene, hvor ofte i gjennomsnitt har du blitt holdt våken om natten på grunn av dette kløende utslettet?

- * Ingen ganger de siste 12 månedene
- * Mindre enn en natt pr. uke
- * En eller flere netter pr. uke.

27. Har du noen gang hatt eksem?

Ja Nei

OM NESEPLAGER

Alle spørsmålene er om problemer som oppstår når du IKKE er forkjølet eller har influensa.

28. Har du noen gang hatt problemer med nysing eller tett eller rennende nese når du IKKE har vært forkjølet eller har hatt influensa?

Ja Nei

HVIS DU HAR SVART «NEI»: GÅ TIL SPØRSMÅL 33

29. I løpet av de siste 12 månedene, har du da hatt problemer med nysing, rennende eller tett nese uten å ha vært forkjølet eller å ha hatt influensa?

Ja Nei

HVIS DU HAR SVART «NEI»: GÅ TIL SPØRSMÅL 33

30. I løpet av de siste 12 månedene, har disse neseproblemene vært ledsaget av kløende, rennende øyne?

Ja Nei

31. I hvilke av de siste 12 månedene har du hatt neseproblemene?
(Sett ett kryss for hver måned som passer)

★ Januar <input type="checkbox"/>	★ Mai <input type="checkbox"/>	★ September <input type="checkbox"/>
★ Februar <input type="checkbox"/>	★ Juni <input type="checkbox"/>	★ Oktober <input type="checkbox"/>
★ Mars <input type="checkbox"/>	★ Juli <input type="checkbox"/>	★ November <input type="checkbox"/>
★ April <input type="checkbox"/>	★ August <input type="checkbox"/>	★ Desember <input type="checkbox"/>

32. I løpet av de siste 12 månedene, hvor mye har disse neseproblemene virket inn på din daglige aktivitet?

Ikke i det hele tatt Litt Mye Veldig mye

33. Har du noen gang hatt høysnue eller neseallergi?

Ja Nei

OM ALLERGI

34. Er du allergisk?

Ja Nei Vet ikke

HVIS DU HAR SVART «NEI»: GÅ TIL SPØRSMÅL 37

35. **Hva kjenner du selv at du er allergisk for?** Kryss av for hva slags plager du har for hver ting. (Sett ett eller flere kryss for hver linje)

	Ingen plager	Nese-plager	Øye-plager	Eksem-plager	Mage-plager	Astma/puste-plager	Annet
★ Hund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
★ Katt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
★ Andre dyr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
★ Gress/trær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
★ Husstøv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
★ Mat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
★ Røyk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
★ Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. **Har du tatt allergitest hos lege (blodprøve, hudtest)?**

Ja

Nei

OM MEDISINER

37. **Bruker du noen av disse medisinene eller kosttilskuddene?**

Tenk på hva du bruker medisinene for. (Sett ett kryss for hver linje)

	Aldri	Av og til	Nesten daglig
★ Smertestillende medisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
★ Migrenemedisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
★ Sovemedisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
★ Nervemedisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
★ Beroligende medisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
★ Astmamedisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
★ Allergimedisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
★ Eksemsalve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
★ Avføringstabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
★ Jerntabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
★ Vitamintilskudd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
★ Tran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
★ Homøopatmedisin, naturmedisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
★ Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis annet, hva _____

OM ANDRE SYKDOMMER

38. Har legen sagt at du har: Ja Nei
- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| * <i>Epilepsi</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * <i>Diabetes (sukkersyke)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * <i>Migrene</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

39. Har du noen andre sykdommer som har vart over 3 måneder? Ja Nei

Hvilke(n)? _____

OM TOBAKK

40. Røyker noen hjemme hos deg? (Sett ett eller flere kryss)
- | | | |
|--|---|--|
| * <i>Nei, ingen</i> <input type="checkbox"/> | * <i>Ja, mor</i> <input type="checkbox"/> | * <i>Ja, søsken</i> <input type="checkbox"/> |
| | * <i>Ja, far</i> <input type="checkbox"/> | * <i>Ja, andre</i> <input type="checkbox"/> |
41. Har du prøvd å røyke? (minst en sigarett) Ja Nei

HVIS DU HAR SVART «NEI»: GÅ TIL SPØRSMÅL 45

42. Røyker du selv? *Ja, jeg røyker ca sigaretter daglig*
- (Sett ett kryss og oppgi evt. antall sigaretter En pakke tobakk er ca 50 sigaretter)
- Ja, jeg røyker av og til, men ikke daglig*
- Nei, ikke nå, men tidligere røykte jeg av og til*
- Nei, ikke nå lenger, men tidligere røykte jeg ca sigaretter daglig*
- Nei, jeg røyker ikke*

HVIS DU HAR SVART «NEI»: GÅ TIL SPØRSMÅL 45

43. Hvor gammel var du da du begynte å røyke? _____ år
44. Hvor mange år tilsammen har du røykt daglig? _____ år

Hvis du ikke røyker daglig, men **av og til**:

Hvor mange dager har du røykt den siste måneden? _____ antall

Omtrent hvor mange sigaretter har du røykt den siste måneden? _____ antall

(Sett 0 hvis du **ikke** har røykt siste måned)

45. **Blir du noen ganger sjenert (plaget) av røyklukt:** Aldri Av og til Ofte
 - på skolen?
 - hjemme?

46. **Bruker du eller har du brukt snus, skrå eller lignende?**

Nei, aldri Ja, men jeg har sluttet Ja, av og til Ja, hver dag

HVIS DU HAR SVART «NEI, ALDRI»: GÅ TIL SPØRSMÅL 50

47. **Hvor gammel var du da du begynte med snus/skrå?** _____ år
48. **Hvor mange år tilsammen har du brukt snus/skrå?** _____ år
49. **Hvor mange esker/poser snus/skrå bruker/brukte du i uka?** _____ antall

OM IDRETT OG MOSJON

50. Utenom skoletida: **Hvor mange dager i uka driver du idrett, eller mosjonerer du så mye at du blir andpusten og/eller svett?**
 (Sett bare ett kryss)
- | | |
|--|--|
| ★ Hver dag <input type="checkbox"/> | ★ Ikke hver uke, men minst en dag hver 14. dag. <input type="checkbox"/> |
| ★ 4-6 dager i uka <input type="checkbox"/> | ★ Ikke hver 14. dag, men minst en dag i måneden <input type="checkbox"/> |
| ★ 2-3 dager i uka <input type="checkbox"/> | ★ Sjeldnere enn en dag i måneden <input type="checkbox"/> |
| ★ 1 dag i uka <input type="checkbox"/> | ★ Aldri <input type="checkbox"/> |
51. Utenom skoletida: **Tilsammen hvor mange timer i uka driver du idrett, eller mosjonerer du så mye at du blir andpusten og/eller svett?**
 (Sett bare ett kryss)
- | | |
|---|--|
| ★ Ingen <input type="checkbox"/> | ★ Omtrent 2-3 timer <input type="checkbox"/> |
| ★ Omtrent ½ time <input type="checkbox"/> | ★ Omtrent 4-6 timer <input type="checkbox"/> |
| ★ Omtrent 1 time <input type="checkbox"/> | ★ 7 timer eller mer <input type="checkbox"/> |
52. **Bruker du astma-medisin før mosjon, trening eller idrettskonkurranser?**
 Ja Nei

53. **Driver du aktiv idrett?**

Ja

Nei, men jeg drev med aktiv idrett før

Nei

HVIS DU HAR SVART «NEI» (aldri drevet aktiv idrett): GÅ TIL SPØRSMÅL 59

54. Hvis du har sluttet: **Hvor gammel var du da du sluttet med aktiv idrett?** _____ år

55. **Hvilke(n) idrett(er) er/var du med i?** (Sett ett eller flere kryss)

A Ski (langrenn, skiskyting)

B Ski (slalåm, hopp)

C Fotball

D Riding

E Skøyter, ishockey

F Håndball, basket, volleyball

G Kampidrett, boksing

H Bodybuilding

I Sykling

J Styrkeløft/vektløfting

K Friidrett/løp/orientering

L Svømming

M Gymnastikk/turn

N Annet,

Hva?

56. **Deltar du i idrettskonkurranser, kamper?** (Sett ett kryss)

Ja

Nei, men jeg deltok før

Nei

HVIS DU HAR SVART «NEI» (aldri deltatt i konkurranse, kamper): Gå til spørsmål 59

57. **På hvilket nivå deltok/deltar du i idrettskonkurranser?** (Angi høyeste nivå)

★ Lokalt nivå
(klubbmesterskap, serier etc)

★ Krets nivå

★ Nasjonalt nivå (landsstevne,
norgesmesterskap)

58. **Hvilke(n) idrett(er) var/er dette?** (Skriv inntil 3 idretter du er/var mest med på)

Jeg er/har vært mest aktiv i og har holdt på med dette i år

Jeg er/har vært nest mest aktiv i og har holdt på med dette i år

Jeg er/har vært 3. mest aktiv i og har holdt på med dette i år

HVORDAN HAR DU DET

59. Når du tenker på hvordan du har det for tida, er du stort sett fornøyd eller er du stort sett misfornøyd? (Sett bare ett kryss)

- | | | | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ★ Svært fornøyd | <input type="checkbox"/> | ★ Nokså misfornøyd | <input type="checkbox"/> |
| ★ Meget fornøyd | <input type="checkbox"/> | ★ Meget misfornøyd | <input type="checkbox"/> |
| ★ Ganske fornøyd | <input type="checkbox"/> | ★ Svært misfornøyd | <input type="checkbox"/> |
| ★ Både og | <input type="checkbox"/> | | |

60. Føler du deg stort sett sterk og opplagt eller trøtt og sliten? (Sett bare ett kryss)

- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| ★ Meget sterk og opplagt | <input type="checkbox"/> | ★ Ganske trøtt og sliten | <input type="checkbox"/> |
| ★ Sterk og opplagt | <input type="checkbox"/> | ★ Trøtt og sliten | <input type="checkbox"/> |
| ★ Ganske sterk og opplagt. | <input type="checkbox"/> | ★ Svært trøtt og sliten | <input type="checkbox"/> |
| ★ Både og | <input type="checkbox"/> | | |

61. Er du vanligvis glad eller nedstemt (trist)? (Sett bare ett kryss)

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| ★ Svært nedstemt (trist) | <input type="checkbox"/> | ★ Nokså glad | <input type="checkbox"/> |
| ★ Nedstemt (trist) | <input type="checkbox"/> | ★ Glad | <input type="checkbox"/> |
| ★ Nokså nedstemt (trist) | <input type="checkbox"/> | ★ Svært glad | <input type="checkbox"/> |
| ★ Både og | <input type="checkbox"/> | | |

62. Hva slags oppfatning har du av deg selv? Kryss av for hver av setningene under ettersom du er enig eller uenig i at de passer for deg. (Ett kryss for hver linje)

- | | Svært
enig | Enig | Uenig | Svært
uenig |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ★ Jeg har en positiv holdning til meg selv | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ★ Jeg føler meg virkelig ubrukelig til tider | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ★ Jeg føler at jeg ikke har mye å være stolt av | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ★ Jeg føler at jeg er en verdifull person,
i hvert fall på lik linje med andre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

63. Har du i løpet av den siste måneden:

- | | Nesten
hver natt | Ofte | Av og
til | Aldri |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ★ hatt vanskelig for å sovne inn? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ★ våknet for tidlig og ikke sovnet igjen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

64. Spørsmålene nedenfor dreier seg om hvordan du vanligvis opptrer, føler og handler. Kryss av det som passer best, enten Ja eller Nei for hver linje.

- | | Ja | Nei |
|--|--------------------------|--------------------------|
| * Er du forholdsvis livlig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Ville du bli oppskaket av å se et barn eller dyr lide? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Liker du å treffe nye mennesker? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Bli dine følelser lett såret? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Hender det ofte at du "går trøtt"? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Liker du å spille andre et puss som av og til kan såre dem? ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Er du ofte bekymret? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Er gode manérer og renslighet viktig for deg? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Bekymrer du deg for at fryktelige ting kan skje? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Tar du vanligvis selv det første skrittet for å få nye venner? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Er du for det meste stille når du er sammen med andre? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Liker du å komme til avtaler i god tid? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Har du ofte følt deg trøtt og giddeslaus uten grunn? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Er det mange mennesker som forsøker å unngå deg? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Klarer du å holde fart i et selskap? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Bekymrer du deg for lenge etter en pinlig opplevelse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Liker du å ha masse liv og røre rundt deg? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Forteller folk deg en masse løgner? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

65. Nedenfor er en liste over noen problemer eller plager. Har du vært plaget av noe av dette de siste 14 dagene? (Sett ett kryss for hver linje)

- | | Ikke plaget | Litt plaget | Ganske plaget | Veldig plaget |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| * Vært stadig redd og engstelig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Følt deg anspent eller urolig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Følt håpløshet når du tenker på framtida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Følt deg nedfor eller trist | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Bekymret deg for mye om forskjellige ting | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

66. Har du i løpet av den siste måneden vært plaget av nervøsitet (irritabel, urolig, anspent eller rastløs)?

- Nesten hele tida Ofte Av og til Aldri

OM FRITIDA

67. Tenk tilbake på den siste uka, altså de 7 siste dagene. Hvis du gjorde noe som står på lista nedenfor, omtrent hvor mange ganger gjorde du det? (Sett ett kryss for hvert punkt med stjerne)

	Ingen gang	En gang	To eller tre ganger	Fire eller flere
* Besøkte noen du kjente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Fikk besøk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Leste en bok du likte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Hørte på musikk eller spilte et instrument lengre enn et kvarter av gangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Var ute mer enn 2 timer av gangen med kamerater eller venninner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Var på møte eller trening i en forening eller et lag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Drev med en annen hobby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Så på TV eller video	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Gjorde lekser eller hjemmearbeid lengre enn en time	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

68. Hvor mange lag eller foreninger er du med i? (f.eks. idrettslag, speiderforening, musikk-korps el.)

Ingen

En

To eller flere

OM VENNER

69. Har du hatt noen som du har regnet som din beste venn gjennom mesteparten av skoletiden? Ja Nei

70. Hender det du føler deg ensom? (Sett ett kryss)

* Svært ofte

* Ofte

* Av og til

* Sjelden

* Svært sjelden eller aldri

71. Er dine foreldre separert eller skilt, eller har de noen gang flyttet fra hverandre for mer enn ett år? (Sett ett kryss og evt. alderen din)

★ *Nei*

★ *Ja, de flyttet fra hverandre eller ble separert da jeg var _____ år, men flyttet senere sammen igjen*

★ *Ja, de ble skilt eller flyttet fra hverandre for godt da jeg var _____ år*

72. Hvis du har søsken, hvor godt forhold føler du at du har til søsteren eller broren din? Hvis du har flere søsken, tenk på den du har det beste forholdet til. (Sett ett kryss)

★ *Mye dårligere enn vanlig*

★ *Bedre enn vanlig*

★ *Dårligere enn vanlig*

★ *Mye bedre enn vanlig*

★ *Som vanlig*

★ *Har ikke søsken*

73. Omtrent hvor mange nære venner har du? Regn med de du kan snakke fortrolig med og som kan gi deg god hjelp når du trenger det. Regn ikke med de du bor sammen med, men regn med andre slektninger. (Sett ett kryss)

★ *Ingen*

★ *2 eller flere*

★ *En*

★ *4 eller flere*

74. Har du fast kjæreste? Ja Nei

75. Føler du at du har mange nok venner? Ja Nei

OM SKOLEN

76. **Hender noe av dette deg på skolen, eller har det hendt før?** (Sett ett kryss for hvert punkt med stjerne)

	Aldri	En gang i blant	Ofte	Svært ofte
* <i>Har vanskelig for å konsentrere deg i timen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* <i>Synes gym eller formingstimene er morsomme</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* <i>Synes andre timer er morsomme</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* <i>Krangler med læreren</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* <i>Gleder deg til å gå på skolen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* <i>Skulker</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* <i>Forstår når lærerne underviser</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* <i>Har det morsomt i friminuttene</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* <i>Er fornøyd med resultatene på prøver</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* <i>Kommer i slåsskamp</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* <i>Bli mobbet av andre elever</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* <i>Får skjenn av læreren</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* <i>Klarer ikke å være rolig i timene</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* <i>Kjeder deg, eller mistrives</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OM KOSTHOLD OG SPISEVANER

77. **Hvor ofte spiser du til vanlig disse måltidene?** (Sett ett kryss for hver linje)

	Hver dag	4-6 dg i uka	1-3 dg i uka	Sjeldnere eller aldri
* <i>Frokost</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* <i>Formiddagsmat/nistepakke</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* <i>Varm middag</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

78. **Prøver du å slanke deg?**

Nei, vekten min er passe Nei, men jeg trenger å slanke meg Ja

79. Hvor ofte hender det at du ikke spiser matpakken selv om du har den med? (Sett ett kryss)

- * Hver skoledag * 1-3 dager i uka
 * 4-6 dager i uka * Sjeldnere eller aldri
 * Har aldri med matpakke

80. Hvor ofte drikker du eller spiser du noe av dette?

(Sett ett kryss for hver linje)

- | | Mer enn
1 gang
pr. dag | En gang
pr. dag | Hver uke,
men ikke
hver dag | Sjeldnere | Aldri |
|---|------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| * Cola, brus eller andre
leskedrikker | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Lettmelk/skummet melk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Helmelk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Kaffe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Potetgull o.l. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Sukkertøy, sjokolade, andre
søtsaker | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Pommes frites, hamburger,
pølser | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Grovt brød/knekkebrød | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Meierismør | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Margarin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Frukt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Grønnsaker | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

81. Vil du si om deg selv at du er: (Sett ett kryss)

- * Svært tykk * Heller tynn
 * Litt tykk * Svært tynn
 * Omtrent som andre

82. **Nedenfor er en liste over ting som gjelder spisevaner.** Kryss av for hva som passer deg. (Sett ett kryss for hvert punkt med stjerne)

	Aldri	Sjelden	Ofte	Alltid
* Når jeg først har begynt å spise, kan det være vanskelig å stoppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Jeg kaster opp etter at jeg har spist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Jeg bruker for mye tid til å tenke på mat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Jeg føler at maten kontrollerer livet mitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Når jeg spiser skjærer jeg maten opp i små biter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Jeg bruker lengre tid enn andre på et måltid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Eldre mennesker synes at jeg er for tynn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Jeg føler at andre presser meg til å spise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OM ALKOHOL

83. **Har du noen gang prøvd å drikke alkohol? (Dvs. alkoholholdig øl, vin, brennevin eller hjemmebrent)**

Ja Nei Vet ikke

HVIS DU HAR SVART «NEI»: GÅ TIL SPØRSMÅL 87

84. **Har du noen gang drukket så mye alkohol at du har vært beruset (full)?**
(Sett ett kryss)

* Nei, aldri	<input type="checkbox"/>		
* Ja, en gang	<input type="checkbox"/>	* Ja, 4-10 ganger	<input type="checkbox"/>
* Ja, 2-3 ganger	<input type="checkbox"/>	* Ja, mer enn 10 ganger	<input type="checkbox"/>

85. **Omtrent hvor mye øl, vin eller brennevin drikker du vanligvis i løpet av to uker?** Regn ikke med alkoholfritt øl. Sett 0 hvis du ikke drikker.

Øl	antall ½ flasker	Brennevin	antall glass (ca ½ dl)
Vin	antall glass (ca 1 dl)	Hjemmebrent	antall glass (ca ½ dl)

Hvor ofte drikker du alkohol nå for tiden?

* Hver uke eller oftere	<input type="checkbox"/>
* Hver annen uke	<input type="checkbox"/>
* Sjeldnere enn hver annen uke, men oftere enn en gang i måneden	<input type="checkbox"/>
* Sjeldnere enn en gang i måneden	<input type="checkbox"/>
* Aldri	<input type="checkbox"/>

86. På hvilke ukedager drikker du som oftest alkoholholdige drikker?
(Sett ett eller flere kryss)

* Drikker ikke * Fredager * Andre dager i uken
* Lørdager

87. Har du noen gang sett at noen av dine foreldrene har vært beruset?
(Sett ett kryss)

* Aldri * Noen ganger i året
* Noen få ganger * Noen ganger i måneden
* Noen ganger i uka

LESE- OG SKRIVEVANSKER

88. Hvor ofte føler du at din lese- og skriveferdighet er utilstrekkelig for de oppgavene du skal gjøre på skolen og/eller i fritiden?

	Aldri	Nesten aldri	Noen ganger	Ofte	Alltid
* Lesing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Skrivning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

89. Har du hatt spesielle lese- eller skriveproblemer de siste 12 månedene?

	Store problemer	Noen problemer	Ingen problemer
* Lesing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Skrivning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

90. Får du hjelp for lese- eller skriveproblemer nå? Ja Nei

91. Har du hatt lese- eller skriveproblemer tidligere, men ikke de siste 12 månedene? Ja Nei

Hvis ja, *fikk du hjelp den gangen*? Ja Nei

Har du fått diagnosen dysleksi (lese og skrivevansker)? Ja Nei

92. Har du noen form for talevansker? Ja Nei

Hvis ja: hvilke:

- * Stammering
- * Uttalevansker
- * Stemmevansker
- * Vansker med å uttrykke seg

OM HELSETJENESTEN

93. Har du i løpet av de siste 12 månedene vært hos: (Ett kryss på hver linje)

- | | <i>Ja</i> | <i>Nei</i> |
|--|--------------------------|--------------------------|
| * Allmennpraktiserende lege (lege utenom sykehus) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Lege på sykehus (uten at du var innlagt) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Psykolog | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Fysioterapeut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Kiropraktor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Homøopat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Annen behandler (naturmedisiner, fotsoneterapeut, håndspålegger, "healer", "synsk", e.l) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

94. Har du noen gang vært innlagt på sykehus? (utenom da du ble født)

Nei, aldri Ja, en gang Ja, mer enn en gang

Hvis ja, Har du vært innlagt på sykehus i løpet av de siste 12 månedene?

Ja Nei

95. Hvor ofte har du vært hos skolehelsetjenesten de siste 12 månedene?

Ingen ganger 1-3 ganger Mer enn 3 ganger

96. Har du selv noen gang tatt kontakt med skolehelsetjenesten?

Ja Nei

97. Ønsker du deg mer kontakt med skolehelsetjenesten enn det du har hatt?

Ja Nei

98. **Hvor ofte har du vært borte fra skolen p.g.a. sykdom de siste 12 månedene?**

Mindre enn en uke

1-2 uker

Mer enn 2 uker

OM UTVIKLING

Du er nå i en alder da kroppen din kan ha begynt å forandre seg og bli mer og mer lik kroppen til en voksen. Her er noen spørsmål om kroppslige forandringer som skjer med ungdommer i din alder.

99. **Når man er tenåring, er det perioder da man vokser raskt. Har du merket at kroppen din har vokst fort (blitt høyere)? (Sett ett kryss)**

- ★ *Nei, den har ikke begynt å vokse*
- ★ *Ja, den har såvidt begynt å vokse raskt*
- ★ *Ja, den har helt tydelig begynt å vokse*
- ★ *Ja, det virker som om jeg er ferdig med å vokse raskt*

100. **Og hva med hår på kroppen (under armene og i skrittet)? Vil du si at håret på kroppen din har: (Sett ett kryss)**

- ★ *Ikke begynt å vokse enda*
- ★ *Såvidt begynt å vokse*
- ★ *Helt tydelig begynt å vokse*
- ★ *Det virker som om håret på kroppen er utvokst*

101. **Når du ser på deg selv nå, mener du at du er/var tidligere eller senere fysisk moden enn andre på din alder? (Sett ett kryss)**

- | | |
|--|---|
| ★ <i>Mye tidligere</i> <input type="checkbox"/> | ★ <i>Lite grann senere</i> <input type="checkbox"/> |
| ★ <i>Noe tidligere</i> <input type="checkbox"/> | ★ <i>Noe senere</i> <input type="checkbox"/> |
| ★ <i>Lite grann tidligere</i> <input type="checkbox"/> | ★ <i>Mye senere</i> <input type="checkbox"/> |
| ★ <i>Akkurat som andre</i> <input type="checkbox"/> | |

SPØRSMÅL BARE FOR JENTER

102. Har du begynt å få bryster? (Sett ett kryss)

- * Nei, har ikke begynt ennå * Ja, har helt tydelig begynt
 * Ja, har såvidt begynt * Det virker som om brystene er fullt utviklet

103. Har du fått menstruasjon («mensen»)? Ja Nei

HVIS DU HAR SVART «NEI»: GÅ TIL SPØRSMÅL 106

104. Hvor gammel var du da du fikk din første menstruasjon?

jeg var år og måneder.

Når hadde du siste menstruasjon? dato mnd år
(Skriv dato for første menstruasjonsdag så nær som du husker)

105. Har du noen gang etter en blødning vært blødningsfri i flere måneder (uten å ha vært gravid)? (Sett ett kryss)

- * Ja, 2-5 mnd * Ja, mer enn 1 år
 * Ja, 6-12 mnd * Nei, aldri

 106. Har du noen gang fått behandling av lege for:

- | | Ja | Nei |
|--|--------------------------|--------------------------|
| * Underlivsbetennelse (eggstokkbetennelse, egglederbetennelse) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Utflod | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Menstruasjonsmerter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

107. Har du noen gang brukt p-piller eller minipiller? Ja Nei

HVIS DU HAR SVART «NEI»: GÅ TIL SPØRSMÅL 115

108. Hvor gammel var du første gang du brukte p-piller? _____ år

109. Hvor lenge har du brukt p-piller i alt? _____ år

110. Bruker du p-piller nå? Ja Nei

SPØRSMÅL BARE FOR GUTTER

112. Har du begynt å komme i stemmeskiftet? (Sett ett kryss)

- ★ *Nei, har ikke begynt ennå*
- ★ *Ja, har såvidt begynt*
- ★ *ja, har helt tydelig begynt*
- ★ *Det virker som om stemmeskiftet er ferdig*

113. Har du begynt å få bart og skjegg? (Sett ett kryss)

- ★ *Nei har ikke begynt ennå*
- ★ *Ja, har såvidt begynt*
- ★ *Ja, har helt tydelig begynt*
- ★ *Ja, har fått en god del skjeggvekst*

114. Har du vært behandlet hos lege for: (Sett ett kryss for hver linje)

- | | Ja | Nei |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ★ <i>Trang forhud</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ★ <i>Utfloed fra urinrøret</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ★ <i>Betennelse i forhuden eller pungen (testiklene)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

FOR ELEVER I VIDEREGÅENDE SKOLE

Disse spørsmålene står bare i spørreskjemaet for dere som går i videregående skole.

115. Har du i løpet av det siste året ofte følt at du har presset deg, eller stadig drevet deg selv framover?

Ja Nei Vet ikke

116. Føler du deg under tidspress, også når det gjelder daglige gjøremål?

- ★ Alltid, eller nesten alltid
- ★ Noen ganger
- ★ Aldri

117. Har du hatt tanker om å ta ditt eget liv?

Ja Nei

118. Har du noen gang prøvd hasj, marihuana eller lign.?

Ja Nei

Hvis ja, hvor gammel var du første gang?

_____ år

119. Har du noen gang brukt anabole steroider eller andre dopingmidler?

Ja Nei

120. Har du noen gang hatt samleie?

Ja Nei

121. For JENTER: Har du noen gang vært gravid uten at du ønsket det?

Ja Nei

122. For GUTTER: Har en jente noen gang blitt gravid med deg uten at det var meningen?

Ja Nei Vet ikke

For BÅDE gutter og jenter:

Hvis ja:

123. Hvor gammel var du da dette skjedde?

_____ år

124. Ble det utført abort?

Ja Nei Vet ikke

125. **Hvilken utdanning har dine foreldre fullført?**
(Sett bare kryss for den høyeste utdannelsen de har fullført)

- * Grunnskole, ungdomsskole, framhaldsskole
- * Videregående skole med yrkesfag, yrkesskole, realskole
- * Videregående skole med allmennfag, gymnas/artium
- * Høgskole eller universitet, mindre enn 4 år
- * Høgskole eller universitet, 4 år eller mer

KOMMENTARER

Hvis du har tid, kan du gjerne skrive litt om det du synes er viktig, men som det ikke er spurt etter i spørreskjemaet. Hvordan synes du det er å være ung i dag? Er det noe du mener kan bli bedre når det gjelder helse og trivsel for dere som er unge?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vennlig hilsen



FOLKEHELSE
Statens Institutt for Folkehelse
Samfunnsmedisinsk
forskningssenter,
Verdal

Turid Lingaas Holmen
Turid Lingaas Holmen
overlege, prosjektleder
Folkehelse, Verdal

Tlf. 74 07 51 80

Kjell Terje Gundersen
Kjell Terje Gundersen
høgskoledosent,
prosjektansvarlig ved
Høgskolen i Nord-Trøndelag
Levanger