

## Kjære 18-19 åring

Du er en av omlag 900 unge som i 1993 ble med i første runde av TOPP-studien. De første gangene var det dine foreldre som svarte på spørreskjemaet. Fra du var 12-13 år har du hatt mulighet til svare på egne skjema - i 2004, 2006 og 2008. Vi håper at du tar deg tid til å svare også denne gangen! Nedenfor er det nyttig informasjon om deltakelse i studien og kontaktinformasjon. Riv av denne siden før du sender spørreskjemaet tilbake til oss.

### Praktisk

Det tar ca. en halvtime å fylle ut spørreskjemaet. Vi anbefaler at du er alene når du svarer på spørreskjemaet, ettersom det inneholder noen sensitive spørsmål. Det er viktig at du svarer på så mange spørsmål som mulig. Dersom det skulle være spørsmål du synes det er vanskelig å svare på kan du eventuelt hoppe over disse. Når du har fylt ut spørreskjemaet, legger du det i konvolutten du fikk sammen med spørreskjemaet. Portoen er allerede betalt, så konvolutten kan legges rett i en postkasse uten frimerke. Som takk for innsatsen er du med i trekningen av 40 gavekort, hver til en verdi av 500 kr. Sjansen for å vinne er ganske stor ettersom det er relativt mange gavekort i forhold til antall deltakere.

### Konfidensielt

Alle svarene dere gir blir som før behandlet konfidensielt. Det betyr at svarene dine ikke blir koblet til navn, personnummer eller adresse. På spørreskjemaet er navnet ditt erstattet med et ID-nummer. Listen som kobler personinformasjon og ID-nummer blir oppbevart adskilt fra spørreskjemaene, og det er kun to personer ved FHI som har tilgang til denne informasjonen.

### Frivillig

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst reservere deg mot å bli kontaktet igjen. Dette gjør du ved å ta direkte kontakt med prosjektkoordinator (se kontaktinformasjon under). Endelig prosjektslutt er foreløpig satt til 2020. Opplysningene om hvem du er vil bli slettet etter at prosjektet er avsluttet. Prosjektet er meldt til Datatilsynet og er godkjent av Regional Etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

### Kontakt

Ikke nøl med å ta kontakt dersom du har spørsmål. Send en e-post, eller ring til vår prosjektkoordinator Frøydis Enstad ([fren@fhi.no](mailto:fren@fhi.no), 21 07 83 09). Du kan også ta direkte kontakt andre i forskergruppen. Nyttig informasjon om studien finner du på [www.fhi.no/toppstudien](http://www.fhi.no/toppstudien).

## På forhånd takk for hjelpen!

Vennlig hilsen TOPP-gruppen!

Evalill Karevold  
Psykolog, PhD  
21078336

Anne Kjeldsen  
Psykolog  
21078366

Anni Skipstein  
Samfunnsviter  
21078340

Maren J.Helland  
Psykolog  
21078385

Wendy Nilsen  
Samfunnsviter  
21078384

Kristin B.Gustavson  
Psykolog  
21078313

Kristin S. Mathiesen  
Psykolog, PhD  
Prosjektleder  
21078338



1 Tildelt ID nr:

## Spørreskjema til ungdom på 18-19 år

## Slik fyller du ut skjemaet

Skjemaet vil bli lest maskinelt, det er derfor viktig at du krysser av riktig:

 Riktig Galt GaltHvis du krysser av i feil rute, må du fylle ruta slik: ■  
og sette kryss i den riktige ruta.

## Skriv tydelige tall:

Riktig 

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Galt 

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Bruk kun sort eller blå penn, bruk ikke blyant eller tusj.

## Samtykkeerklæring

2

## SETT ET KRYSS

Gir du ditt samtykke til at dataene samlet inn i TOPP-studien kan kobles med opplysninger om deg i offentlige registre\*?

 Ja, jeg samtykker til registerkobling Nei, jeg samtykker ikke til registerkobling

\* Aktuelle registre er FD-trygd (trygderegister), sysselsettingsdata, Nasjonal utdanningsbase, Norsk pasientregister (NPR), Medisinsk fødselsregister og Reseptbasert legemiddelregister.

## Familieforhold

3-5 Når er du født? 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 (DDMMÅÅ)6 Er du jente eller gutt?  Jente  Gutt

7-15 Hvem bor du sammen med nå?

(Sett så mange kryss som passer)

 Mor og far  Bare mor  Bare far  Mor/far med ny samboer eller ektefelle Bor omtrent like mye hos mor og far  Ingen (bor alene)  Ektefelle/samboer Andre ungdommer (bofellesskap)  Annet

## Skole, utdanning og jobb

Her vil vi vite hvilken skole du går på nå, har fullført eller planlegger å begynne på.

(Sett så mange kryss som passer)

		Går på nå	Påbegynt, men sluttet før eksamen	Fullført	Planlegger å begynne på
16	Videregående skole, studieforbereende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Videregående skole, yrkesfaglig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	1-2 års utdanning etter videregående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	3-årig høyskole/universitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	4 år eller mer på høyskole/universitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21 Har du lønnet arbeid?  Ja  Nei

22 Hvis ja, hvor mange timer arbeider du vanligvis pr. uke?  timer

23-27 Hva har du levd av de siste 12 månedene?

(Sett så mange kryss som passer)

Forsørget av foreldrene  Studielån/stipend  Egen inntekt  Sosialhjelp/trygd (NAV)  Annet

28 Har du vært borte fra jobb eller skole de siste 6 månedene grunnet egen sykdom?  Ja  Nei

Hvis ja, hvor mange dager, uker og/eller måneder har du vært borte totalt de siste 6 månedene?

29-31 Totalt  dager,  uker, og/eller  måneder

I hvilken grad vil du si at dette sykefraværet skyldes:

(Sett ett kryss på hver linje)

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I høy grad
32 Fysisk sykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 Psykiske plager/vansker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Følelser og tanker

Hvor riktige er påstandene under for deg?

(Sett ett kryss på hver linje)

		Ikke riktig	Litt riktig	Nesten riktig	Helt riktig
34	Jeg klarer alltid å løse vanskelige problemer hvis jeg prøver hardt nok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	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"/>
36	Hvis jeg har et problem og står helt fast, så finner jeg vanligvis en vei ut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	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"/>
38	Jeg beholder roen når jeg møter vanskeligheter, fordi jeg stoler på mine evner til å mestre/få til ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Følelser og tanker *fortsetter*

Nå ønsker vi å få vite hvor fornøyd du er med livet ditt, slik som det er i dag.

Kryss av for hvor enig eller uenig du er i de følgende påstandene:

(Sett ett kryss på hver linje)

		Svært uenig	Uenig	Litt uenig	Verken eller	Litt enig	Enig	Svært enig
39	På de fleste måter er livet mitt nær idealet mitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	Mine livsforhold er utmerkede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Jeg er tilfreds med livet mitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	Så langt har jeg fått de viktige tingene jeg ønsker i livet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Hvis jeg kunne leve livet på nytt, ville jeg nesten ikke forandre på noe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Her følger en liste over forskjellige følelser og tanker man av og til kan ha. Tenk på de to siste ukene og kryss av for om du har følt eller tenkt noe av det som står nedenfor

(Sett ett kryss på hver linje)

		Stemmer	Stemmer noen ganger	Stemmer ikke
44	Jeg var lei meg eller ulykkelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	Jeg følte meg så trøtt at jeg bare ble sittende uten å gjøre noen ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	Jeg var veldig rastløs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	Jeg var ikke glad for noe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	Jeg følte meg lite verdt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	Jeg gråt mye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	Jeg tenkte at livet ikke var verdt å leve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51	Jeg synes det var vanskelig å tenke klart eller konsentrere meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52	Jeg hatet meg selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53	Jeg tenkte at jeg aldri kunne bli så god som andre ungdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54	Jeg følte meg ensom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55	Jeg tenkte at ingen egentlig var glad i meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56	Jeg følte meg som et dårlig menneske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57	Jeg syntes jeg gjorde alt galt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58	Jeg tenkte at fremtiden ikke hadde noe positivt å by meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59	Jeg tenkte på å ta livet mitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Følelser og tanker *fortsetter*

Les gjennom alle utsagnene og kryss av for å vise i hvor stor grad du føler at utsagnet passer for deg den siste uken. Det er ingen svar som er riktige eller gale.

(Sett ett kryss på hver linje)

		Passer ikke i det hele tatt	Passer til en viss grad, eller noe av tiden	Passer godt, eller en god del av tiden	Passer best, eller mesteparten av tiden
60	Jeg merket at jeg var tørr i munnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61	Jeg hadde pustevansker (f.eks. pustet altfor fort, eller ble andpusten uten fysisk anstrengelse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62	Jeg følte meg skjelven (f.eks. følte at bena kom til å gi etter under meg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63	Jeg opplevde situasjoner som gjorde meg så engstelig at jeg ble utrolig lettet når de var over	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64	Jeg følte at jeg kom til å besvime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65	Jeg svettet mye (f.eks. i hendene) uten at det var varmt og uten fysisk anstrengelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66	Jeg følte meg redd uten å ha særlig grunn til det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67	Jeg hadde problemer med å svelge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68	Jeg var oppmerksom på hjerterytmen min uten at jeg hadde vært i fysisk aktivitet (f.eks. følelse av økt hjerterytme, eller at hjertet hoppet over et slag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69	Jeg følte at jeg var nær ved å få panikk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70	Jeg var redd for at selv en enkel, triviell oppgave kunne bringe meg ut av fatning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71	Jeg var livredd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72	Jeg bekymret meg for å komme opp i situasjoner der jeg kunne få panikk og dumme meg ut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73	Jeg skalv ofte (f.eks. på hendene)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74	Jeg unngikk aktiviteter hvor jeg var i sentrum for andres oppmerksomhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75	Jeg unngikk å gjøre ting eller snakke til andre av redsel for å bli flau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nedenfor følger åtte påstander som du kan være enig eller uenig i.

(Sett ett kryss på hver linje for å indikere hvor enig eller uenig du er i hver påstand)

		Svært uenig	Uenig	Litt uenig	Verken eller	Litt enig	Enig	Svært enig
76	Jeg lever et meningsfylt liv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77	Mine sosiale relasjoner er støttende og givende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78	Jeg er engasjert og interessert i det jeg driver med til daglig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79	Jeg bidrar aktivt til andres lykke og trivsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80	Jeg er kompetent og dyktig i de aktivitetene som er viktige for meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81	Jeg er en god person og lever et godt liv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82	Jeg ser optimistisk på fremtiden min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83	Folk respekterer meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Venner, foreldre og fritid

Når folk beskriver forholdet til vennene sine, bruker de ofte setninger som nedenfor.

På en skala fra 1-5, hvor enig eller uenig er du i beskrivelsene nedenfor?

(Sett ett kryss på hver linje)

84	Jeg føler meg nært knyttet til mine venner	<b>Helt enig</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<b>Helt uenig</b>
85	Vennene mine hører på meningene mine	<b>Helt enig</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<b>Helt uenig</b>
86	Det hender at jeg føler meg utenfor selv blant venner	<b>Helt enig</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<b>Helt uenig</b>

Hvor ofte har du gjort følgende i løpet av den siste uken?

(Sett ett kryss på hver linje)

		Ingen ganger	1 - 2 ganger	3 - 4 ganger	5 - 6 ganger	Hver dag
87	Vært sammen med venner i fritiden (utenom skoletid, jobb og organiserte aktiviteter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88	Trent i idrettslag/klubb (fotball, friidrett, ski og lignende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89	Trent i helsestudio/treningssenter (aerobic, vekter/apparater og lignende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90	Trent på egenhånd utendørs eller hjemme hos deg selv (jogging, vekter og lignende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91	Vært på møte, øving eller lignende i forening/lag (kor, fritidsklubb, organisasjon og lignende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Her kommer noen utsagn om hvordan ungdom kan oppleve at foreldrene er mot dem.

Kryss av for hvor godt du synes dette stemmer for deg.

(Sett ett kryss på hver linje)

Tenk på moren din:		Nesten aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Nesten alltid
92	Jeg kan stole på at hun hjelper meg hvis jeg har problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
93	Hun oppmuntrer meg alltid til å gjøre mitt beste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
94	Hun oppmuntrer meg til å ta egne valg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenk på faren din:		Nesten aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Nesten alltid
95	Jeg kan stole på at han hjelper meg hvis jeg har problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
96	Han oppmuntrer meg alltid til å gjøre mitt beste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
97	Han oppmuntrer meg til å ta egne valg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Brudd på regler

Her er det listet opp handlinger som har å gjøre med brudd på regler i hjem, skole og samfunn. Noen handlinger gjelder ting som er ulovlige eller på grensen til det ulovlige, men som mange likevel gjør.

Har du vært med på eller gjort noe av det følgende i løpet av de siste 12 månedene?

(Sett ett kryss på hver linje)

	Ikke gjort det	1 gang	2-3 ganger	4-10 ganger	Mer enn 10 ganger	
98	Lurt deg fra å betale på kino, kafè, buss, tog eller liknende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
99	Tatt penger fra noen i familien din uten å ha lov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100	Tatt varer fra kjøpesenter, butikk eller kiosk uten å betale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101	Skulket en eller to skoletimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
102	Skulket en eller to timer fra jobb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
103	Med vilje ødelagt eller knust vindusruter, benker, postkasser, hageplanter eller liknende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
104	Klort eller lugget noen (ikke søsken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
105	Brutt deg inn i en butikk, hus eller leilighet, for å stjele noe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
106	Truet med å slå eller skade noen (ikke søsken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
107	Vært i slåsskamp på skolen eller andre steder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
108	Slått eller sparket noen (ikke søsken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
109	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"/>
110	Prøvd hasj eller marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Livshendelser og belastninger

Har du opplevd noen av hendelsene som er listet opp nedenfor i løpet av de siste 12 månedene

(Sett ett kryss på hver linje)

	Nei	Ja	
111	Foreldrene mine er blitt skilt eller separert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
112	Jeg har blitt slått ned, overfalt eller grovt ydmyket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
113	Jeg har blitt tatt for å ha gjort noe galt (stjålet noe eller lignende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114	Noen jeg var glad i er død (slektning, god venn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
115	Faren eller moren min har mistet jobben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
116	Jeg har mistet kjæledyret mitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
117	Det har blitt slutt med kjæresten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
118	Jeg har opplevd noe fint som jeg ikke vil si til noen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
119	Jeg har opplevd noe leit som jeg ikke vil si til noen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Nedenfor har vi listet opp ting som mange ungdommer kan oppleve. Tenk på det siste året og kryss av for hvor ofte du har opplevd noe av det følgende:

(Sett ett kryss på hver linje)

		Sjelden eller aldri	Av og til	Ganske ofte	Svært ofte
120	Foreldrene mine er for mye borte hjemmefra (pga. arbeid eller annet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
121	Jeg har for mye ansvar hjemme (for småsøsken, husarbeid eller lignende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
122	En eller begge foreldrene mine prøver å kontrollere alt jeg gjør	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
123	Jeg hører at foreldrene mine krangler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
124	Foreldrene mine slåss med hverandre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
125	Familien min har hatt økonomiske problemer som har gått utover meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
126	Jeg har blitt utstøtt fra vennene mine og miljøet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Jeg er bekymret fordi:**

127	En av mine nærmeste bruker for mye alkohol, piller eller andre rusmidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
128	En av mine nærmeste er lei seg og oppgitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
129	En av mine nærmeste er engstelig eller redd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
130	En av mine venner/ søsken er i alvorlige vanskeligheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
131	Mor, far eller søsken er alvorlig syk/ alvorlig skadet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Kropp og helse

132 **Hvordan anser du helsen din å være nå for tiden?**

Dårlig     Ikke helt god     OK     God     Svært god

133-134 **Hvor mye veier du?** Ca     kg    **Hvor høy er du?** Ca     cm  
(Oppgi svar i hele kilo)

Tenk på det siste året; hvor ofte har du vondt i (inkl. idrettsskader):

(Sett ett kryss på hver linje)

	Aldri	Noen ganger i året	1-3 ganger pr. måned	1-3 ganger pr. uke	Daglig eller nesten daglig
135 Hodet:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
136 Magen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
137 Ryggen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
138 Armer/ben:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Kropp og helse *fortsetter*

Nedenfor er en del utsagn om mat og spisevaner. Kryss av for det som passer for deg.

(Sett ett kryss på hver linje)

	Nesten alltid	Ofte	Sjelden	Nesten aldri
139 Jeg er opptatt av å bli tynnere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
140 Jeg prøver å holde diett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
141 Jeg føler ubehag etter at jeg har spist søtsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
142 Jeg trimmer for å gå ned i vekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
143 Jeg kaster opp etter at jeg har spist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
144 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"/>
145 Jeg bruker for mye tid til å tenke på mat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
146 Jeg føler at maten kontrollerer livet mitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
147 Når jeg spiser, skjærer jeg maten opp i små biter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
148 Jeg bruker lengre tid enn andre på et måltid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
149 Andre mennesker synes jeg er for tynn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
150 Jeg føler at andre presser meg til å spise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

151 Har du noen gang prøvd å slanke deg?  Nei  Ja

152 Har du prøvd å slanke deg i løpet av de siste 12 månedene?  Nei  Ja

Hvis du har prøvd å slanke deg de siste 12 månedene, hva har du gjort for å slanke deg?

(Sett ett kryss på hver linje)

	Aldri	Sjelden	Ofte	Alltid
153 Jeg spiser mindre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
154 Jeg faster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
155 Jeg trener mer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
156 Jeg kaster opp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
157 Jeg tar mettende eller sultdempende midler (pulver, piller ol.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du i løpet av de siste 12 månedene fått behandling eller blitt henvist for noen av de følgende problemene?

(Sett så mange kryss som passer)

158-160 Depresjon  Nei  Ja, henvist  Ja, fått behandling

161-163 Angstlidelse  Nei  Ja, henvist  Ja, fått behandling

164-167 En annen alvorlig psykisk lidelse,  Nei  Ja, henvist  Ja, fått behandling

nevnen hvilken: \_\_\_\_\_

## Kjærester og seksualitet

169-170 **Har du kjæreste?**

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

**Hvis du har kjæreste/samboer/ektefelle nå, hvor gammel er han/hun?**

år

171-172 **Hvilken seksuell legning har du?**

- Hetrofil  
 Homofil  
 Bifil

**Har du noen gang hatt samleie?**

- Ja  
 Nei

**Hvis du ikke har hatt samleie kan du hoppe til neste side.**

173-174 **Hvor gammel var du første gang du hadde samleie?**

år

**Totalt, hvor mange har du hatt samleie med?**

Totalt   personer

175-177 **I løpet av de siste 12 månedene, hvor mange har du hatt samleie med?**

Antall

**Har du noen gang vært gravid eller gjort noen gravid?**

- Ja  Nei

**Har du egne barn?**

- Ja  Nei

<i>Sett så mange kryss som passer</i>	Ingen prevensjon	Kondom	P-piller/ P-sprøyte	Annen prevensjon	Vet ikke
178-182 <b>I løpet av de siste 12 månedene, hvilken type/typer har du/din partner brukt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
183-187 <b>Ved siste samleie, hvilken type prevensjon brukte du/din partner?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

188 **Har du noen gang blitt behandlet for en seksuell overførbart sykdom (kjønnssykdom) som klamydia, herpes, kjønnsvorter eller lignende?**

- Ja  
 Nei

**Disse spørsmålene besvares kun av jenter:**

189-190 **Har du noen gang tatt abort?**

- Ja  
 Nei

**Har du noen gang brukt "angrepille"?**

- Nei  
 Ja

191

**Hvis ja, hvor mange ganger har du brukt angrepille?**

Ca.   ganger

## Om deg selv som person

Her er noen beskrivelser av hvordan folk kan oppleve seg selv og hvordan de kan ha det. Kryss av slik det stemmer for deg. (Sett ett kryss på hver linje)

		Stemmer veldig godt	Stemmer ganske godt	Både/og	Stemmer ganske dårlig	Stemmer veldig dårlig
192	Jeg liker å være sammen med andre mennesker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
193	Jeg gir ikke opp selv om jeg jobber med en vanskelig oppgave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
194	Jeg er vanligvis på farten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
195	Jeg blir lett skremt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
196	Jeg blir ofte lei meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
197	Når jeg ikke er fornøyd sier jeg fra med én gang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
198	Jeg trives best alene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
199	Selv om jeg blir avbrutt, fortsetter jeg med oppgavene mine (som lekser og husarbeid) etterpå	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
200	Jeg liker å gjøre noe hele tiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
201	Jeg regnes for å være temperamentsfull og hissig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
202	Jeg blir ofte irritert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
203	Jeg jobber med en oppgave helt til den er fullført	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
204	Jeg gjør mange ting hele tiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
205	Vanlige hendelser plager og bekymrer meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
206	Jeg har problemer med å gjøre ting ferdig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
207	Jeg føler meg ofte usikker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
208	Det er mange ting som irriterer meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
209	Når jeg blir skremt får jeg nesten panikk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
210	Jeg vil heller jobbe sammen med andre enn å jobbe alene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
211	Jeg blir fort opprørt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
212	Jeg føler meg ofte fylt av energi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
213	Det skal mye til for å gjøre meg sint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
214	Jeg er mindre engstelig for ting enn mine jevnaldrende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
215	Jeg synes andre mennesker er mer spennende enn noe annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
216	Jeg skifter lett fra en aktivitet til en annen, uten å bli ferdig med det jeg holdt på med først	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nedenfor følger noen setninger som i større eller mindre grad beskriver hvordan du selv synes du er. Hvor godt stemmer beskrivelsene for deg nå for tiden?

(Sett ett kryss på hver linje)

		Stemmer svært dårlig	Stemmer ganske dårlig	Stemmer litt	Stemmer ganske godt	Stemmer veldig godt
217	Jeg synes at jeg ser bra ut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
218	Jeg er ikke fornøyd med utseendet mitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
219	Jeg liker utseendet mitt veldig godt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
220	Jeg ønsker at jeg så annerledes ut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
221	Jeg ønsker at kroppen min var annerledes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Uønskede seksuelle hendelser

Har du **noen gang** vært utsatt for noe av det følgende mot din vilje?

(Sett to kryss på hver linje)

	Før du fylte 13 år			Etter at du fylte 13 år		
	Nei	Ja	Antall ganger	Nei	Ja	Antall ganger
222-225 Noen har befølt deg mot din vilje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
226-229 Du har befølt en annen mot din vilje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
230-233 Du har hatt samleie mot din vilje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
234-237 Du har hatt annen form for sex mot din vilje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
238-241 Du har vært utsatt for voldtektsforsøk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
242-245 Du har vært utsatt for voldtekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Dersom du svarte nei på alle spørsmålene kan du hoppe over til neste side.

246 Tenk på **den første** gangen du ble utsatt for en uønsket seksuell hendelse. Hvor gammel var du da det skjedde?

Jeg var omtrent   år

247 Omtrent hvor gammel var personen som gjorde dette mot deg?

Han/hun var omtrent   år

248-249 Hadde du drukket alkohol da dette skjedde?

- Ja  
 Nei

Hadde hun/han som gjorde dette mot deg drukket alkohol da dette skjedde?

- Ja  
 Nei  
 Vet ikke

250 Hvem var personen som gjorde dette mot deg?

(Sett kun ett kryss)

- Familiemedlem
- Kjæreste
- Annen jevnaldrende jeg kjente fra før
- Fremmed jevnaldrende
- Annen voksen jeg kjente fra før
- Fremmed voksen

Når du tenker tilbake på denne hendelsen, passer noen av de følgende betegnelse på det som skjedde?

(Sett ett kryss på hver linje)

	Passer svært dårlig	Passer nokså dårlig	Passer nokså godt	Passer svært godt
251 Jeg var for liten/ung til å forstå	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
252 Jeg deltok frivillig, men angret etterpå	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
253 Jeg ble utsatt for press	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
254 Jeg ble holdt fast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
255 Jeg ble truet med vold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Røyking og alkohol

	Ikke i løpet av det siste året	Sjeldnere enn en gang i mnd.	Omtrent en gang i mnd.	2 - 3 ganger i mnd.	Omtrent en gang i uken	2 - 4 ganger i uken	Hver dag eller nesten hver dag
256	Omtrent hvor ofte drikker du noen form for alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
257	Omtrent hvor mange ganger i året drikker du så mye alkohol at det tilsvarer 5 flasker øl, en flaske vin, en halv flaske hetvin, eller en kvart flaske brennevin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Drikker ikke	1-2	3-4	5-6	7-9	10 eller flere
258	<b>Hvor mange alkoholenheter tar du på en typisk drikkedag?</b> <i>(En alkoholenhet er en halvliter pils, ett glass rødvin, eller en drink)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor ofte har du i løpet av det siste år.....	Aldri	Sjeldnere enn månedlig	Noen ganger i måneden	Noen ganger i uken	Daglig el. nesten daglig
259	- ikke vært i stand til å stoppe å drikke etter at du hadde begynt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
260	- unnlatt å gjøre ting fordi du hadde drukket?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
261	- trengt en drink om morgenen for å komme i gang etter sterk drikking dagen før?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
262	- hatt skyldfølelse eller samvittighetsnag på grunn av drikking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
263	- ikke husket hva som hendte kvelden før på grunn av drikking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nei	Ja - men ikke i løpet av siste år	Ja - i løpet av siste år	
264	Har du eller noen annen blitt skadet som følge av din drikking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
265	Har en slektning eller venn eller lege (eller annen helsearbeider) engstet seg over drikkingen din, eller antydnet at du burde redusere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du noen gang vært påvirket av alkohol og gjort følgende:	Nei, aldri	Ja, en gang	Ja, to eller flere ganger	
266	Hatt samleie/sex med noen og senere angret?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
267	Hatt samleie/sex med noen uten å ha brukt kondom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
268	Hatt samleie/sex med noen uten å ha brukt annen form for prevensjon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Røyking og alkohol *fortsetter*

269-270 **Har det hendt at du har fått en halvliter pils, ett glass rødvin eller en drink foreldrene dine før du var 18 år?**

- Nei, det har aldri hendt  
 Ja, en sjelden gang  
 Ja, noen ganger  
 Ja, ofte

**Har det hendt at du har fått en halvliter pils, ett glass rødvin eller en drink av foreldrene dine før du var 15 år?**

- Nei, det har aldri hendt  
 Ja, en sjelden gang  
 Ja, noen ganger  
 Ja, ofte

271-272 **Hvor ofte har du sett moren din tydelig beruset?**

- Aldri  
 Noen ganger  
 Noen ganger i måneden  
 Noen ganger i uka

**Hvor ofte har du sett faren din tydelig beruset?**

- Aldri  
 Noen ganger  
 Noen ganger i måneden  
 Noen ganger i uka

### Røyker du?

- 273-274  Har aldri røkt  Har prøvd  Har røkt tidligere, men har sluttet nå  Røyker av og til
- Røyker daglig ca.   sigaretter

## Bruk av digitale medier

	Vanligvis ikke	Mindre enn 1 time	1 - 2 timer	3 - 4 timer	5-6 timer	7 timer eller mer
275 Hvor mange timer sitter du vanligvis foran PCen på en hverdag, utenom skolen/jobben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hvor lang tid bruker du vanligvis når du gjør følgende i løpet av en hverdag (ikke lørdag/søndag), utenom skolen/jobben?**

	Vanligvis ikke	Mindre enn 1 time	1 - 2 timer	3 - 4 timer	5-6 timer	7 timer eller mer
276 Ser på TV/DVD/video	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
277 Spiller dataspill (PC- eller TV-spill)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
278 Chatter med andre på nettet (Facebook, MSN eller lignende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Tusen takk for at du har tatt deg tid til å fylle ut spørreskjemaet!**

Vi vil sende deg et sammendrag av hovedfunnene fra denne åttende og siste innsamlingsrunden så snart dataene er analysert. Dette planlegger vi å være ferdig med i løpet av 2011.