

# Spørreskjema Ung i Oslo 2023

Elever på mellomtrinnet (5.-7. trinn)

**Før undersøkelsen starter vil elevene se en informasjonsfilm eller oppleve følgende tekst:**

«Dette spørreskjemaet er til barn i Oslo. Spørreundersøkelsen heter Ung i Oslo, og er en undersøkelse om hvordan det er å vokse opp i Oslo.

I spørreskjemaet er det spørsmål om hvordan barn har det og hva de gjør. Spørsmålene handler om forskjellige ting. Du blir blant annet spurt om skolen, venner, familien din og fritiden din. Du blir også spurt om følelser eller tanker om ting som kan være sårt eller vanskelig.

Det er frivillig å svare på spørsmålene. Det er altså du selv som bestemmer om du vil være med eller ikke. Det får ingen konsekvenser for deg om du ikke deltar.

Hvis du velger å delta, kan du hoppe over spørsmål du ikke vil svare på. Du kan også når som helst trekke deg fra undersøkelsen uten å si hvorfor du ikke vil være med. Da slutter du bare å svare på spørsmålene.

Undersøkelsen er anonym, og det betyr at det ikke er mulig å finne ut hvem som har svart hva. Det er altså ingen som kan vite hva du svarer.

Dersom du vil snakke med en voksen etterpå, ta gjerne kontakt med sosiallærer, helsesykepleier eller med Kors på halsen – Røde Kors sin hjelpetjeneste for barn og unge.

Det er forskningsinstituttet NOVA ved OsloMet – storbyuniversitetet som gjennomfører denne undersøkelsen for Oslo kommune.

Lykke til!»

## WEBSKJEMA – UNG I OSLO 2023- UNGDATA JUNIOR

VELKOMMEN TIL UNGDATA JUNIOR!

DU SVARER PÅ SPØRSMÅLENE VED Å KLIKKE I SIRKELEN 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. UNDERSØKELSEN ER ANONYM. DET BETYR AT INGEN VET HVA DU SVARER. TAKK FOR AT DU VIL VÆRE MED I UNDERSØKELSEN!

|  |
|--|
| <b>Er du gutt eller jente?</b>   |
| <input type="checkbox"/> Gutt  |
| <input type="checkbox"/> Jente   |
| <b>Hvilket klassetrinn går du i?</b>   |
| <input type="checkbox"/> 5. trinn  |
| <input type="checkbox"/> 6. trinn  |
| <input type="checkbox"/> 7. trinn  |
| <b>Er begge dine foreldre/foresatte dine født i et annet land enn Norge?</b> |
| <input type="checkbox"/> Ja  |
| <input type="checkbox"/> Nei   |

NÅ KOMMER NOEN SPØRSMÅL OM FAMILIEN DIN OG HJEMMET DITT. HVIS DU BOR I TO HJEM, SKAL DU SVARE FOR HJEMMET DER DU SOV SIST.

|  |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Har familien din bil?</b>   |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Nei   |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Ja, én                                      |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Ja, to eller flere                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>Har du eget soverom?</b>  |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Ja  |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Nei   |                          |                          |                          |                          |
| <b>Hvor mange ganger reiste du på ferie med familien din i fjor?</b> |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Ingen ganger                                |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Én gang                                     |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> To ganger                                   |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Mer enn to ganger                           |                          |                          |                          |                          |
| <b>Hvor mange datamaskiner eller nettbrett har familien din?</b>     |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Ingen                                       |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> En  |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> To  |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Tre   |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Mer enn tre                                 |                          |                          |                          |                          |
| <b>Er du enig eller uenig i det som står her?</b>                    | <b>Helt enig</b>         | <b>Litt enig</b>         | <b>Litt uenig</b>        | <b>Helt uenig</b>        |
| Mine foreldre/foresatte pleier å vite hvor jeg er i fritiden min     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mine foreldre/foresatte kjenner vennene mine                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mine foreldre/foresatte liker meg som jeg er                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mine foreldre/foresatte forteller meg ofte hvor flink jeg er         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg liker å være sammen med mine foreldre/foresatte                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mine foreldre/foresatte kjefter ofte på meg                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Hvordan har du 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 i klassen                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg har det alltid bra i friminuttene  | <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"/> |
| Jeg kjeder meg i skoletimene   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Hvor ofte har du hatt det slik den siste tiden?</b>                           | <b>Ingen ganger</b>      | <b>Noen ganger</b>       | <b>Ganske ofte</b>       | <b>Veldig ofte</b>       |
| Jeg føler meg redd hvis jeg må snakke foran klassen                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg gruer meg veldig når jeg skal ha en prøve                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Omtrent hvor lang tid bruker du på lekser i løpet av en vanlig dag?</b>       |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Jeg gjør aldri / nesten aldri lekser                    |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Mindre enn en halvtime                                  |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> ½–1 time  |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> 1–2 timer   |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Mer enn 2 timer   |                          |                          |                          |                          |
| <b>Har du minst én venn som du kan stole helt på og snakke med om alt mulig?</b> |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Ja, helt sikkert  |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Ja, det tror jeg  |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Det tror jeg ikke                                       |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Har ingen jeg ville kalle venner, nå for tida           |                          |                          |                          |                          |
| <b>Har du noen å være sammen med på fritida?</b>                                 |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Ja, alltid  |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Ja, som regel   |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Nei, som regel ikke                                     |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Nei, aldri  |                          |                          |                          |                          |
| <b>Har du noen å være sammen med i friminuttene på skolen?</b>                   |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Ja, alltid  |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Ja, som regel   |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Nei, som regel ikke                                     |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Nei, aldri  |                          |                          |                          |                          |
| <b>Tenk på vennene dine. Er de gutter, jenter eller både gutter og jenter?</b>   |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Bare gutter   |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Flest gutter  |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Like mange gutter og jenter                             |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Flest jenter  |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Bare jenter   |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Har ingen jeg ville kalle venner, nå for tida           |                          |                          |                          |                          |
| <b>Er noe av dette viktig for å være populær i ditt vennemiljø?</b>              | <b>Nei, ikke viktig</b>  | <b>Ja, litt viktig</b>   | <b>Ja, veldig viktig</b> |                          |
| Å være god på skolen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Å være flink i idrett  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Å være til å stole på  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Å ha dyre merkeklær  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |

| Hvor trygg føler du deg?   | Veldig trygg             | Ganske trygg                      | Ikke så trygg                 | Ikke trygg i det hele tatt    |                               |                          |
|--|--------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| Hjemme hos deg selv  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      |                               |                          |
| På vei til og fra skolen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      |                               |                          |
| På skolen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      |                               |                          |
| Når du er ute i området der du bor   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      |                               |                          |
| <b>Tenk på de siste månedene. Har du blitt stengt ute, plaget eller truet av andre barn på skolen eller i fritida?</b> |                          |                                   |                               |                               |                               |                          |
| <input type="checkbox"/> Ja, flere ganger i uka  |                          |                                   |                               |                               |                               |                          |
| <input type="checkbox"/> Ja, omtrent én gang i uka   |                          |                                   |                               |                               |                               |                          |
| <input type="checkbox"/> Ja, omtrent hver 14. dag  |                          |                                   |                               |                               |                               |                          |
| <input type="checkbox"/> Ja, omtrent én gang i måneden   |                          |                                   |                               |                               |                               |                          |
| <input type="checkbox"/> Nesten aldri  |                          |                                   |                               |                               |                               |                          |
| <input type="checkbox"/> Aldri   |                          |                                   |                               |                               |                               |                          |
| <b>Er du med på noen faste fritidsaktiviteter for tiden?</b>   |                          |                                   |                               |                               |                               |                          |
| <input type="checkbox"/> Ja  |                          |                                   |                               |                               |                               |                          |
| <input type="checkbox"/> Nei, men jeg har vært med før   |                          |                                   |                               |                               |                               |                          |
| <input type="checkbox"/> Nei, jeg har aldri vært med på noen faste fritidsaktiviteter                                  |                          |                                   |                               |                               |                               |                          |
| <b>SPØRSMÅL TIL DE SOM ER MED PÅ FASTE FRITIDS AKTIVITETER</b>   |                          |                                   |                               |                               |                               |                          |
| <b>Fra mandag til fredag, hvor mange kvelder er du med på faste fritidsaktiviteter?</b>                                |                          |                                   |                               |                               |                               |                          |
| <input type="checkbox"/> Ingen kvelder   |                          |                                   |                               |                               |                               |                          |
| <input type="checkbox"/> En kveld  |                          |                                   |                               |                               |                               |                          |
| <input type="checkbox"/> To kvelder  |                          |                                   |                               |                               |                               |                          |
| <input type="checkbox"/> Tre kvelder   |                          |                                   |                               |                               |                               |                          |
| <input type="checkbox"/> Fire kvelder  |                          |                                   |                               |                               |                               |                          |
| <input type="checkbox"/> Fem kvelder   |                          |                                   |                               |                               |                               |                          |
| <b>SPØRSMÅL TIL DE SOM ER MED PÅ FASTE FRITIDS AKTIVITETER</b>   |                          |                                   |                               |                               |                               |                          |
| <b>Hva slags faste fritidsaktiviteter er du med på?</b>  |                          |                                   | <b>Nei</b>                    | <b>Ja</b>                     |                               |                          |
| Sport eller idrett   |                          |                                   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      |                               |                          |
| Spiller instrument eller synger  |                          |                                   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      |                               |                          |
| Teater eller dans  |                          |                                   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      |                               |                          |
| Annet  |                          |                                   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      |                               |                          |
| <b>Tenk på fritiden din utenfor skolen. Hvor ofte gjør du vanligvis disse tingene?</b>                                 | <b>Aldri</b>             | <b>Sjeldnere enn 1 dag i uken</b> | <b>1 eller 2 dager i uken</b> | <b>3 eller 4 dager i uken</b> | <b>5 eller 6 dager i uken</b> | <b>Hver dag</b>          |
| Er sammen med venner hjemme hos noen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |
| Henger ute sammen med venner   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |
| Trener eller driver med sport  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |
| Er i stallen eller driver med ridning  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |
| Er på fritidsklubb eller juniorklubb   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |
| <b>Tenk på fritiden din utenfor skolen. Hvor ofte gjør du vanligvis disse tingene?</b>                                 | <b>Aldri</b>             | <b>Sjeldnere enn 1 dag i uken</b> | <b>1 eller 2 dager i uken</b> | <b>3 eller 4 dager i uken</b> | <b>5 eller 6 dager i uken</b> | <b>Hver dag</b>          |
| Spiller et instrument  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |
| Deltar på religiøse aktiviteter  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |
| Gjør noe sammen med familien   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |
| Hjelper til hjemme med husarbeid   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |
| Slapper av for meg selv størsteparten av kvelden   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |

| Tenk på en vanlig dag etter skolen. Omtrent hvor mange timer bruker du på dette?  | Ikke noe tid             | En halvtime eller mindre | Mellom en halvtime og en time | 1–2 timer                | 2–3 timer                | 3 timer eller mer        |
|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Se på TV/filmer/serier/YouTube  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lese bøker  | <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  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lese aviser eller se på nyheter   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tenk på en vanlig dag etter skolen. Omtrent hvor mange timer bruker du til sammen på aktiviteter foran en skjerm (TV, data, nettbrett, mobil)? Ikke ta med skolearbeid. |                          |                          |                               |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Ikke noe tid   |                          |                          |                               |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Mindre enn 1 time  |                          |                          |                               |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> 1–2 timer  |                          |                          |                               |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> 2–3 timer  |                          |                          |                               |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> 3–4 timer  |                          |                          |                               |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> 4–6 timer  |                          |                          |                               |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> 6 timer eller mer  |                          |                          |                               |                          |                          |                          |
| Har du i løpet av de siste 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"/> |                          |                          |
| 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"/> |                          |                          |
| Vondt i nakken eller skuldrene  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| Vondt i magen   | <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"/> |                          |                          |
| Har du brukt tabletter mot hodepine eller andre smerter den siste uken?   |                          |                          |                               |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Ja   |                          |                          |                               |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Nei  |                          |                          |                               |                          |                          |                          |
| Omtrent hvor mange timer sov du natt til i dag?   |                          |                          |                               |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> 6 timer eller mindre   |                          |                          |                               |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> 7 timer  |                          |                          |                               |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> 8 timer  |                          |                          |                               |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> 9 timer  |                          |                          |                               |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> 10 timer   |                          |                          |                               |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> 11 timer   |                          |                          |                               |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> 12 timer eller mer   |                          |                          |                               |                          |                          |                          |
| Hvor enig er du i disse setningene?   | Helt enig                | Litt enig                | Litt uenig                    | Helt uenig               |                          |                          |
| Livet mitt er bra   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| Jeg har alt jeg ønsker meg i livet  | <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 veldig godt fornøyd med hvordan jeg er   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |                          |                          |

| Hvor fornøyd er du med ulike sider ved livet ditt?                                  |                          | Ikke fornøyd i det hele tatt | Litt fornøyd             | Ganske fornøyd           | Veldig fornøyd           |
|---|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Mine foreldre/foresatte   |                          | <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"/> |
| Skolen du går på  |                          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nærområdet der du bor   |                          | <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"/> |
| Utseendet ditt  |                          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Når du tenker på siste uka...   | Ikke i det hele tatt     | Litt                         | Ganske                   | Veldig                   | I høy grad               |
| Har du følt deg frisk og sprek?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | Aldri                    | Sjelden                      | Ganske ofte              | Veldig ofte              | Alltid                   |
| Har du følt deg full av energi?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Har du følt deg trist?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Har du følt deg ensom?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Har du hatt nok tid for deg selv?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Har du kunnet velge hva du vil gjøre i fritiden din?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Har dine foreldre/foresatte behandlet deg rettferdig?                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Har du hatt det gøy sammen med vennene dine?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | Ikke i det hele tatt     | Litt                         | Ganske                   | Veldig                   | I høy grad               |
| Har du klart deg bra på skolen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | Aldri                    | Sjelden                      | Ganske ofte              | Veldig ofte              | Alltid                   |
| Har du klart å følge med på skolen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kan du snakke med noen av disse om triste eller vanskelig ting?                     |                          | Ja, helt sikkert             | Ja, kanskje              | Nei                      |                          |
| Venner  |                          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Søsken  |                          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Mor/den ene av mine foresatte   |                          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Far/den andre av mine foresatte   |                          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Læreren din   |                          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Helsesykepleier eller helsesøster på skolen   |                          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Andre   |                          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Helt til slutt vil vi gjerne høre hva du synes om å være med i denne undersøkelsen? |                          | Helt enig                    | Litt enig                | Litt uenig               | Helt uenig               |
| 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"/> |

# Avslutning

Du har nå svart på alt, tusen takk for at du deltok.

Ønsker du å snakke med en voksen etter at du har svart på spørsmålene? Ta kontakt med en lærer, helsesøster eller helsesykepleier på skolen din. Du kan også ringe Kors på Halsen, en hjelpetelefon for barn. Det er gratis å ringe og du trenger ikke si hvem du er. Telefonnummeret er 800 333 21.

Synes du det er lettere å skrive ned tankene dine, finnes det en chat-tjeneste på [www.korspahalsen.no](http://www.korspahalsen.no), der du får et personlig svar fra en voksen (som er frivillig i Røde Kors). Trykk på «Fullfør» – så er du ferdig med undersøkelsen!