

Spørreskjema Ung i Oslo 2023

Elever på videregående

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

«60.000 elever i Oslo er invitert til å bli med i spørreundersøkelsen Ung i Oslo 2021 – Oslo kommune sin Ungdata-undersøkelse. Dette er en mulighet for unge i Oslo til å fortelle politikere, myndigheter og forskere om hvordan deres ungdomsliv er.

Resultatene vil gi kunnskap som kommunen og bydelen kan bruke for å legge bedre til rette for dere som vokser opp i Oslo. Data fra undersøkelsen vil også brukes til forskning, for å få ny kunnskap om ungdoms hverdagsliv.

De fleste spørsmålene i undersøkelsen handler om hvordan du har det og hvordan du bruker fritiden din. Undersøkelsen omfatter også spørsmål om bruk av rusmidler, om regelbrudd og vold.

Det er frivillig å delta. Det er altså du selv som bestemmer om du vil være med eller ikke. Det får ingen konsekvenser for deg om du ikke deltar. Dersom du velger å delta, skal du være klar over at du kan 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.

Alle besvareelser vil bli behandlet fortrolig. Kun forskere og rådgivere i prosjektet og firmaet som registrerer besvarelsene vil få tilgang til svarene. Ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes når resultatene fra undersøkelsen offentliggjøres. Alle data som inneholder mulige indirekte personopplysninger vil bli oppbevart på et sikkert område fram til utgangen av 2028. Etter det vil alle opplysninger bli anonymisert.

I datasettet vil det være svært vanskelig å identifisere enkeltpersoner med sikkerhet, derfor er det heller ikke mulig å få dine data slettet i etterkant av undersøkelsen.

Undersøkelsen foregår ved at du får tildelt en tilfeldig engangskode, som du bruker når du skal logge deg på og besvare undersøkelsen.

Dersom du trenger å snakke med en voksen etter å ha svart på spørsmålene, kan du ta kontakt med helsesykepleier, sosiallærer, Helsestasjon for ungdom eller med Kors på halsen, som er Røde Kors' hjelpetjeneste for barn og unge.

Vi håper at så mange som mulig vil delta.

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

Lykke til!»

WEBSKJEMA – UNG I OSLO 2023- UNGDATA

VELKOMMEN TIL UNGDATA!

FØR DU SVARER PÅ SPØRSMÅLENE SKAL DU VITE AT:

1. DET ER FRIVILLIG Å DELTA
2. DU KAN HOPPE OVER SPØRSMÅL SOM DU SYNES ER VANSKELIG Å SVARE PÅ
3. DU KAN AVSLUTTE UNDERSØKELSEN NÅR SOM HELST
4. INGEN FÅR VITE HVA AKKURAT DU HAR SVART

Er du gutt eller jente?			
<input type="checkbox"/> Gutt			
<input type="checkbox"/> Jente			
<input type="checkbox"/> Annen kjønnsidentitet			
Hvilket klassetrinn går du i?			
<input type="checkbox"/> Videregående trinn 1			
<input type="checkbox"/> Videregående trinn 2			
<input type="checkbox"/> Videregående trinn 3			
SPØRSMÅL TIL ELEVER I VIDEREGÅENDE			
Hvor gammel er du?			
<input type="checkbox"/> 16 år eller yngre			
<input type="checkbox"/> 17 år			
<input type="checkbox"/> 18 år			
<input type="checkbox"/> 19 år			
<input type="checkbox"/> 20 år eller eldre [Skal ikke delta i undersøkelsen, vil bli sendt videre til siste side]			
Hvilken bydel bor du i?			
<input type="checkbox"/> Vestre Aker	<input type="checkbox"/> St. Hanshaugen	<input type="checkbox"/> Bjerke	<input type="checkbox"/> Østensjø
<input type="checkbox"/> Ullern	<input type="checkbox"/> Sagene	<input type="checkbox"/> Alna	<input type="checkbox"/> Nordstrand
<input type="checkbox"/> Frogner	<input type="checkbox"/> Grünerløkka	<input type="checkbox"/> Stovner	<input type="checkbox"/> Søndre Nordstrand
<input type="checkbox"/> Nordre Aker	<input type="checkbox"/> Gamle Oslo	<input type="checkbox"/> Grorud	<input type="checkbox"/> Jeg bor ikke i Oslo
SPØRSMÅL TIL ELEVER I VIDEREGÅENDE, RUTING BASERT PÅ SVAR PÅ FORRIGE SPØRSMÅL			
Hvilken del av din bydel bor du i?			
>> NEDTREKKSMENY MED LISTE OVER DELBYDELER			
SPØRSMÅL TIL ELEVER I VIDEREGÅENDE			
Er du født i Norge?			
<input type="checkbox"/> Ja			
<input type="checkbox"/> Nei			
SPØRSMÅL TIL DE SOM SVARTE «NEI» PÅ FORRIGE SPØRSMÅL			
Hvor gammel var du da du flyttet til Norge?			
<input type="checkbox"/> Yngre enn 2 år			
<input type="checkbox"/> 2 – 5 år			
<input type="checkbox"/> 6 – 12 år			
<input type="checkbox"/> 13 – 15 år			
<input type="checkbox"/> 16 år eller eldre			

Hvor er dine foreldre/foresatte født?
<input type="checkbox"/> Begge er født i Norge
<input type="checkbox"/> Den ene er født i Norge, den andre i utlandet
<input type="checkbox"/> Begge er født i utlandet
SPØRSMÅL TIL DE MED MINST ÉN FORELDRE FØDT I UTLANDET
Hvilket land er moren din/den ene av dine foresatte født i?
>> NEDTREKKSMENY MED LISTE OVER ALLE LAND I VERDEN
Hvilket land er faren din/den andre av dine foresatte født i?
>> NEDTREKKSMENY MED LISTE OVER ALLE LAND I VERDEN

NÅ KOMMER NOEN SPØRSMÅL OM FAMILIEN DIN OG HJEMMET DITT. HVIS DU HAR FLERE HJEM, SVARER DU FOR DET HJEMMET DER DU BOR MEST ELLER VELG ETT AV HJEMMENE. HVIS DU HAR FLYTTET HJEMMEFRA ELLER BOR PÅ HYBEL, SKAL DU SVARE FOR HJEMMET TIL DINE FORELDRE/FORESATTE.

Har familien din bil?				
<input type="checkbox"/> Nei				
<input type="checkbox"/> Ja, én				
<input type="checkbox"/> Ja, to eller flere				
Har du eget soverom?				
<input type="checkbox"/> Ja				
<input type="checkbox"/> Nei				
Hvor mange ganger har du reist et sted på ferie med familien din i løpet av det siste året?				
<input type="checkbox"/> Ingen ganger				
<input type="checkbox"/> Én gang				
<input type="checkbox"/> To ganger				
<input type="checkbox"/> Mer enn to ganger				
Hvor mange datamaskiner eller nettbrett har familien din?				
<input type="checkbox"/> Ingen				
<input type="checkbox"/> En				
<input type="checkbox"/> To				
<input type="checkbox"/> Tre				
<input type="checkbox"/> Mer enn tre				
Hvor mange bøker tror du det er hjemme hos dere? NB! Én meter bøker tilsvarer omtrent 50 bøker				
<input type="checkbox"/> Ingen bøker				
<input type="checkbox"/> Mindre enn 20 bøker				
<input type="checkbox"/> 20–100 bøker				
<input type="checkbox"/> 100–500 bøker				
<input type="checkbox"/> 500–1000 bøker				
<input type="checkbox"/> Mer enn 1000 bøker				
Er du enig eller uenig i det som står under?	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"/>

Tenk deg en skala som går 0 til 10. Toppen av skalaen (10) står for det best mulige livet for deg og nederst (0) er det verst mulig livet for deg. Generelt sett, hvor står du på denne skalaen nå for tiden?

<input type="checkbox"/> 10 Best mulig liv (øverst på skalaen)
<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> 7
<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 0 Dårligst mulig liv (nederst på skalaen)

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"/>
Hvor godt passer det som står under for dine foreldre eller foresatte?	Passer svært godt	Passer ganske godt	Passer ganske dårlig	Passer svært dårlig	
De pleier å vite hvor jeg er, og hvem jeg er sammen med i fritida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
De kjenner de fleste av vennene jeg er sammen med i fritida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
De er svært interessert i livet mitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jeg forsøker å holde mesteparten av fritida mi skjult for dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Det er ofte krangling mellom de voksne i min familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har familien din hatt god eller dårlig råd/økonomi de siste to årene?					
<input type="checkbox"/> Vi har hatt god råd hele tida					
<input type="checkbox"/> Vi har stort sett hatt god råd					
<input type="checkbox"/> Vi har verken hatt god råd eller dårlig råd					
<input type="checkbox"/> Vi har stort sett hatt dårlig råd					
<input type="checkbox"/> Vi har hatt dårlig råd hele tida					
Hender det at dine foreldre eller foresatte mangler penger til å betale for fritidsaktiviteter du ønsker å delta i (idrett, kino, bursdager, reiser etc.)?					
<input type="checkbox"/> Nei, aldri					
<input type="checkbox"/> Ja, av og til					
<input type="checkbox"/> Ja, ofte					

Har dine foreldre/foresatte utdanning fra universitet eller høyskole?					
<input type="checkbox"/> Nei, ingen av dem					
<input type="checkbox"/> Ja, den ene					
<input type="checkbox"/> Ja, begge					
Er du enig eller uenig i følgende utsagn om hvordan du har det på skolen?	Helt enig	Litt enig	Litt uenig	Helt uenig	
Jeg trives på skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lærerne mine bryr seg om meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jeg føler at jeg passer inn blant elevene på skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jeg kjeder meg på skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jeg gruer meg ofte til å gå på skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hvor lang tid bruker du gjennomsnittlig per dag på lekser og annet skolearbeid (utenom skoletida)?					
<input type="checkbox"/> 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"/> 2–3 timer					
<input type="checkbox"/> 3–4 timer					
<input type="checkbox"/> Mer enn 4 timer					
Hvor ofte har du hatt det slik de siste månedene?	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Svært ofte
Jeg blir stresset av skolearbeidet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du minst én venn som du kan stole fullstendig på og kan betro deg til om alt mulig?					
<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					
Har du noen å være sammen med på fritida?					
<input type="checkbox"/> Ja, alltid					
<input type="checkbox"/> Ja, som regel					
<input type="checkbox"/> Nei, som regel ikke					
<input type="checkbox"/> Nei, aldri					
Har du noen å være sammen med i friminuttene på skolen?					
<input type="checkbox"/> Ja, alltid					
<input type="checkbox"/> Ja, som regel					
<input type="checkbox"/> Nei, som regel ikke					
<input type="checkbox"/> Nei, aldri					
Har du hatt samleie med noen?					
<input type="checkbox"/> Ja					
<input type="checkbox"/> Nei					

SPØRSMÅL TIL DE SOM SVARTE «JA» PÅ AT DE HAR HATT SAMLEIE					
Hvor gammel var du da du hadde samleie første gangen?					
<input type="checkbox"/>	13 år eller yngre				
<input type="checkbox"/>	14 år				
<input type="checkbox"/>	15 år				
<input type="checkbox"/>	16 år				
<input type="checkbox"/>	17 år				
<input type="checkbox"/>	18 år				
<input type="checkbox"/>	19 år eller eldre				
Har du hatt samleie med noen siste 12 måneder?					
<input type="checkbox"/>	Nei				
<input type="checkbox"/>	Ja, én gang				
<input type="checkbox"/>	Ja, to eller flere ganger				
Har du i løpet av siste 12 måneder hatt noen av disse seksuelle erfaringene?	Nei	Ja, én gang	Ja, to eller flere ganger		
Klint («tungekyss»)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Befølt hverandre på overkroppen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hatt seksuell kommunikasjon på nett eller mobil (sendt og fått snapper, bilder, film eller lignende)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Befølt hverandre på kjønnsorganene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hatt oralsex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Det finnes et mangfold av seksuelle orienteringer. Hvilken av de under passer best for deg?					
<input type="checkbox"/>	Heterofil				
<input type="checkbox"/>	Homofil/lesbisk				
<input type="checkbox"/>	Bifil				
<input type="checkbox"/>	Skeiv				
<input type="checkbox"/>	Panfil				
<input type="checkbox"/>	Aseksuell				
<input type="checkbox"/>	Annet				
<input type="checkbox"/>	Usikker/søkende				
<input type="checkbox"/>	Ønsker ikke svare				
Hvor mange ganger har du gjort noe av dette det siste året (de siste 12 månedene)?	Ingen ganger	1 gang	2–5 ganger	6–10 ganger	11 ganger eller mer
Tatt med deg varer fra butikk uten å betale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vært i slåsskamp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Med vilje ødelagt eller knust vindusruter, busseter, postkasser eller lignende (gjort hæververk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprayet eller tagget ulovlig på vegger, bygninger, tog, buss eller lignende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lurt deg fra å betale på kino, idrettsstevner, buss, tog eller lignende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vært borte en hel natt uten at dine foreldre/foresatte visste hvor du var	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor mange ganger har du gjort noe av dette det siste året (de siste 12 månedene)?	Ingen ganger	1 gang	2–5 ganger	6–10 ganger	11 ganger eller mer
Skulket skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bevisst jukset på en prøve eller innlevering du skulle få karakter på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatt med deg kniv eller andre våpen på steder der det ikke er lov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hacket, svindlet noen eller drevet med annen kriminalitet på nettet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Solgt hasj eller andre ulovlige stoffer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hender det at du er med på plaging, trusler eller utfrysing av andre unge på skolen eller i fritida? Sett kryss der det passer best					
<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					
Blir du selv utsatt for plaging, trusler eller utfrysing av andre unge på skolen eller i fritida? Sett kryss der det passer best					
<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					
Blir du mobbet, truet eller utestengt på nett?					
<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					
Tenk på de siste 12 månedene	Ingen ganger	1 gang	2–5 ganger	6 ganger eller mer	
Har en ungdom slått deg, sparket deg, ristet deg hardt, lugget deg eller lignende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har en ungdom med gjenstander eller våpen truet, angrepet eller ranet deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har en voksen i familien din slått deg med vilje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har du sett eller hørt at en voksen i din familie har blitt slått, sparket, ristet hardt eller lugget av en annen voksen i familien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har du i løpet av de siste 12 månedene blitt utsatt for noe av dette på en måte som du ikke likte?	Ingen ganger	1 gang	2–5 ganger	6 ganger eller mer	
At noen mot din vilje befølte deg på en seksuell måte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
At noen på en sårende måte kalte deg for hore, homse eller andre ord med seksuelt innhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
At noen spredte negative seksuelle rykter om deg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
At noen mot din vilje delte bilder eller filmer av deg der du er naken eller deltar i seksuelle handlinger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
At noen presset eller tvang deg til samleie eller andre seksuelle handlinger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Er du, eller har du tidligere vært, med i noen organisasjoner, klubber, lag eller foreninger etter at du fylte 10 år?					
<input type="checkbox"/> Ja, jeg er med nå					
<input type="checkbox"/> Nei, men jeg har vært med tidligere					
<input type="checkbox"/> Nei, jeg har aldri vært med					
Hvor mange ganger den siste måneden har du vært med på aktiviteter, møter eller øvelser i følgende organisasjoner, klubber eller lag?	Ingen ganger	1–2 ganger	3–4 ganger	5 ganger eller oftere	
Idrettslag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fritidsklubb/ungdomshus/ungdomsklubb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Religiøs forening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Korps, kor, orkester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kulturskole/musikkskole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Annen organisasjon, lag eller forening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Her blir det nevnt en del aktiviteter som du kan bruke fritida di til. Tenk tilbake på den siste uka (de siste 7 dagene). Hvor mange ganger har du ...	Ingen ganger	1 gang	2–3 ganger	4–5 ganger	6 ganger eller mer
Vært sammen med venner hos meg eller hos dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukt størstedelen av kvelden ute sammen med venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vært hjemme hele kvelden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spilt onlinespill med andre størstedelen av kvelden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vært sosial på nett eller mobil størstedelen av kvelden (snakket, chattet eller lignende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du en lønnet jobb utenom skolen?					
<input type="checkbox"/> Nei					
<input type="checkbox"/> Ja					
SPØRSMÅL TIL DE SOM SVARER «JA» PÅ SPØRSMÅL OM LØNNET JOBB					
Omtrent hvor mange timer i uka jobber du vanligvis?					
<input type="checkbox"/> 1-2 timer i uka					
<input type="checkbox"/> 3-5 timer i uka					
<input type="checkbox"/> 6-10 timer i uka					
<input type="checkbox"/> Mer enn 10 timer i uka					
Tenk på områdene rundt der du bor. Hvordan opplever du at tilbudet til ungdom er når det gjelder ...	Svært bra	Nokså bra	Verken bra eller dårlig	Nokså dårlig	Svært dårlig
Lokaler for å treffe andre unge på fritida (fritidsklubb, ungdomshus eller lignende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idrettsanlegg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kulturtilbudet (kino, konsertscener, bibliotek eller lignende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kollektivtilbudet (buss, tog, trikk eller lignende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Når du er ute om kvelden, opplever du det som trygt å være i nrområdet der du bor?					
<input type="checkbox"/> Ja, svært trygt					
<input type="checkbox"/> Ja, ganske trygt					
<input type="checkbox"/> Usikker					
<input type="checkbox"/> Nei, jeg føler meg utrygg					

Røyker du?					
<input type="checkbox"/>	Har aldri røykt				
<input type="checkbox"/>	Har røykt før, men har sluttet helt nå				
<input type="checkbox"/>	Røyker sjeldnere enn én gang i uka				
<input type="checkbox"/>	Røyker ukentlig, men ikke hver dag				
<input type="checkbox"/>	Røyker daglig				
Bruker du snus?					
<input type="checkbox"/>	Har aldri brukt snus				
<input type="checkbox"/>	Har brukt før, men har sluttet helt nå				
<input type="checkbox"/>	Snuser sjeldnere enn én gang i uka				
<input type="checkbox"/>	Snuser ukentlig, men ikke hver dag				
<input type="checkbox"/>	Snuser daglig				
Bruker du e-sigaretter/vape?					
<input type="checkbox"/>	Har aldri brukt e-sigaretter				
<input type="checkbox"/>	Har brukt før, men har sluttet helt nå				
<input type="checkbox"/>	Bruker sjeldnere enn én gang i uka				
<input type="checkbox"/>	Bruker ukentlig, men ikke hver dag				
<input type="checkbox"/>	Bruker daglig				
Hender det at du drikker noen form for alkohol?					
<input type="checkbox"/>	Aldri				
<input type="checkbox"/>	Har bare smakt noen få ganger				
<input type="checkbox"/>	Av og til, men ikke så ofte som månedlig				
<input type="checkbox"/>	Nokså jevnt 1–3 ganger i måneden				
<input type="checkbox"/>	Hver uke				
SPØRSMÅL TIL DE SOM SVARER NOE ANNET ENN «ALDRI» PÅ FORRIGE SPØRSMÅL					
Har du noen gang drukket en hel øl, cider, rusbrus, et glass med vin eller en liten drink med sprit?					
<input type="checkbox"/>	Nei				
<input type="checkbox"/>	Ja				
SPØRSMÅL TIL DE SOM SVARER «JA» PÅ FORRIGE SPØRSMÅL					
Hvor gammel var du første gangen du drakk så mye alkohol?					
<input type="checkbox"/>	Under 13 år				
<input type="checkbox"/>	13 år				
<input type="checkbox"/>	14 år				
<input type="checkbox"/>	15 år				
<input type="checkbox"/>	16 år				
<input type="checkbox"/>	17 år [KUN VIDEREGÅENDE]				
<input type="checkbox"/>	18 år eller eldre [KUN VIDEREGÅENDE]				
Får du lov til å drikke alkohol av dine foreldre/foresatte?					
<input type="checkbox"/>	Ja				
<input type="checkbox"/>	Nei				
<input type="checkbox"/>	Vet ikke				
Hvor mange ganger har du gjort noe av dette det siste året (de siste 12 månedene)?	Ingen ganger	1 gang	2–5 ganger	6–10 ganger	11 ganger eller mer
Drukke så mye at du har følt deg tydelig beruset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukt hasj eller marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukt andre narkotiske stoffer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du i løpet av det siste året (de siste 12 månedene) blitt tilbudt hasj eller marihuana?				
<input type="checkbox"/> Ja, flere ganger				
<input type="checkbox"/> Ja, én gang				
<input type="checkbox"/> Nei, aldri				
Dersom du føler deg utafør eller trist og trenger en å snakke med, har du noen du kan prate med?				
<input type="checkbox"/> Ja				
<input type="checkbox"/> Nei				
<input type="checkbox"/> Vet ikke				
Hvor mange ganger har du brukt følgende helsetjenester i løpet av de siste 12 månedene?	Ingen ganger	1–2 ganger	3–5 ganger	6 ganger eller mer
Helsesøster eller helsesykepleier på skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helsestasjon for ungdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykolog	<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"/>
Andre fysiske plager (for eksempel kvalme, vondt i magen, smerter i ledd, nakke eller muskler)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte har du brukt smertestillende tabletter (Paracet, Ibux og lignende) i løpet av siste måned?				
<input type="checkbox"/> Ingen ganger				
<input type="checkbox"/> Sjeldnere enn én gang i uka				
<input type="checkbox"/> Minst ukentlig				
<input type="checkbox"/> Flere ganger i uka				
<input type="checkbox"/> Daglig				
Har du i løpet av den siste uka vært plaget av noe av dette:	Ikke plaget i det hele tatt	Lite plaget	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget
Følt at alt er et slit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatt søvnproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg ulykkelig, trist eller deprimert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt håpløshet med tanke på framtida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg stiv eller anspent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekymret deg for mye om ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg ensom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenk på en vanlig skoleuke, hvor ofte pleier du å spise følgende?	5 dager i uka	3-4 dager i uka	1-2 dager i uka	Sjeldnere
Frokost før første time	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matpakke eller lunsj på skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte er du så fysisk aktiv at du blir andpusten eller svett?				
<input type="checkbox"/> Aldri				
<input type="checkbox"/> Sjelden				
<input type="checkbox"/> 1-2 ganger i måneden				
<input type="checkbox"/> 1-2 ganger i uka				
<input type="checkbox"/> 3-4 ganger i uka				
<input type="checkbox"/> Minst 5 ganger i uka				

Hvor ofte trener du eller driver du med følgende aktiviteter?	Aldri	Sjelden	1–2 ganger i måneden	1–2 ganger i uka	3–4 ganger i uka	Minst 5 ganger i uka
Trener eller konkurrerer i et idrettslag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trener på treningsstudio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen organisert trening (dans, kampsport eller lignende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trener på egen hånd (løper, svømmer, sykler, går tur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kroppsøving eller trening organisert av skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du noen gang vært med i et idrettslag eller i en idrettsklubb?						
<input type="checkbox"/> Nei						
<input type="checkbox"/> Ja, men jeg sluttet på barneskolen						
<input type="checkbox"/> Ja, men jeg sluttet på ungdomsskolen						
<input type="checkbox"/> Ja, men jeg sluttet på videregående						
<input type="checkbox"/> Ja, og jeg er fortsatt med						
SPØRSMÅL TIL DE SOM FORTSATT ER MED						
Hvilken idrett driver du med? Hvis du er med i flere idretter, velg den du er mest aktiv i						
>> NEDTREKKSMENY: Fotball; Håndball; Basketball; Volleyball; Bandy; Ishockey; Cricket; Langrenn; Slalom; Snowboard; Friidrett; Svømming; Turn; Dans; Cheerleading; Esport; Tennis; Golf; Lacrosse; Kampsport; Klatring; Ridning; Motorsport; En annen idrett						
SPØRSMÅL TIL DE SOM HAR SLUTTET I IDRETTLAG						
Hvilken idrett sluttet du i? Hvis du har sluttet i flere idretter, velg den du sist var med på						
>> NEDTREKKSMENY: Fotball; Håndball; Basketball; Volleyball; Bandy; Ishockey; Cricket; Langrenn; Slalom; Snowboard; Friidrett; Svømming; Turn; Dans; Cheerleading; Esport; Tennis; Golf; Lacrosse; Kampsport; Klatring; Ridning; Motorsport; En annen idrett						
Hvis du ser bort fra det du eventuelt driver med gjennom en idrettsklubb, hvor ofte er du med på følgende aktiviteter?	Aldri	Av og til	1–2 ganger i måneden	1–2 ganger i uka	3–4 ganger i uka	Minst 5 ganger i uka
Spiller fotball, basket, står på ski eller driver med andre «vanlige» idrettsaktiviteter (ikke i idrettslag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kjører skate-, snow- eller longboard, streetdanser, klatrer, driver med parkour eller andre liknende aktiviteter (ikke i idrettslag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenk på en gjennomsnittsdag. Hvor lang tid bruker du på følgende:	Ikke noe tid	Under 30 minutter	30 minutter – 1 time	1–2 timer	2–3 timer	Mer enn 3 timer
Se på TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lese bøker (ikke skolebøker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se på filmer/serier/Youtube	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
Utenom skolen, hvor lang tid bruker du vanligvis på aktiviteter foran en skjerm (TV, data, nettbrett, mobil) i løpet av en dag?						
<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"/> Mer enn 6 timer						

Opplever du press i hverdagen din?	Ikke noe press	Litt press	En del press	Mye press	Svært mye press	
Press om å se bra ut eller ha en fin kropp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Press om å gjøre det bra på skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Press om å gjøre det bra i idrett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Press om å ha mange følgere og likes på sosiale medier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har du opplevd så mye press den siste uka at du har hatt problemer med å takle det?						
<input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt						
<input type="checkbox"/> I liten grad						
<input type="checkbox"/> I stor grad						
<input type="checkbox"/> I svært stor grad						
Hvor mye betyr religion for hvordan du lever livet ditt til daglig?						
<input type="checkbox"/> Det er svært viktig						
<input type="checkbox"/> Religion betyr ganske mye for hvordan jeg lever i hverdagen						
<input type="checkbox"/> Religion betyr lite for hvordan jeg lever i hverdagen						
<input type="checkbox"/> Religion har ingen betydning for hvordan jeg lever livet mitt						
Hvilket utdanningsprogram går du på?						
<input type="checkbox"/> Studiespesialisering						
<input type="checkbox"/> Idrettsfag						
<input type="checkbox"/> Kunst, design og arkitektur						
<input type="checkbox"/> Medier og kommunikasjon						
<input type="checkbox"/> Musikk, dans og drama						
<input type="checkbox"/> Bygg- og anleggsteknikk						
<input type="checkbox"/> Elektro og datateknologi						
<input type="checkbox"/> Frisør, blomster, interiør og eksponeringsdesign						
<input type="checkbox"/> Helse- og oppvekstfag						
<input type="checkbox"/> Håndverk, design og produktutvikling						
<input type="checkbox"/> Informasjonsteknologi og medieproduksjon						
<input type="checkbox"/> Naturbruk						
<input type="checkbox"/> Restaurant- og matfag						
<input type="checkbox"/> Salg, service og reiseliv						
<input type="checkbox"/> Teknologi og industrifag						
<input type="checkbox"/> Påbygging til generell studiekompetanse (Vg3)						
Hvordan tror du at framtida di vil bli? Tror du at du ...				Ja	Nei	Vet ikke
Vil komme til å fullføre videregående?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vil komme til å ta utdanning på universitet eller høyskole?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noen gang vil bli arbeidsledig?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vil komme til å få et godt og lykkelig liv?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vil få bedre råd enn dine foreldre/foresatte når du selv blir voksen?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I hvilken grad bekymrer du deg for krig og uro i verden?						
<input type="checkbox"/> Ikke bekymret i det hele tatt						
<input type="checkbox"/> Litt bekymret						
<input type="checkbox"/> Ganske bekymret						
<input type="checkbox"/> Veldig bekymret						
<input type="checkbox"/> Vet ikke						
Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med ulike sider ved livet ditt?	Svært misfornøyd	Litt misfornøyd	Verken fornøyd eller misfornøyd	Litt fornøyd	Svært fornøyd	
Dine foreldre/foresatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vennene dine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Skolen du går på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lokalmiljøet der du bor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Helsa di	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utseendet ditt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sist gang du fikk standpunkt- eller halvårsvurdering i fagene under, hvilke karakterer fikk du?	1	2	3	4	5	6
Norsk skriftlig hovedmål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matematikk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engelsk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er far/den ene av dine foresatte i jobb nå?						
<input type="checkbox"/> Ja, heltid						
<input type="checkbox"/> Ja, deltid						
<input type="checkbox"/> Nei						
Er mor/den andre av dine foresatte i jobb nå?						
<input type="checkbox"/> Ja, heltid						
<input type="checkbox"/> Ja, deltid						
<input type="checkbox"/> Nei						
SPØRSMÅL TIL DE SOM SVARER «JA» PÅ AT FAR ER I JOBB						
Hvilket yrke har faren din/den ene av dine foresatte? Skriv tittelen på yrket og kort hva hen gjør på jobben.						
Yrket til far/den ene av dine foresatte: _____						
Skriv kort hva hen gjør på jobben: _____						
SPØRSMÅL TIL DE SOM SVARER «JA» PÅ AT MOR ER I JOBB						
Hvilket yrke har moren din/den andre av dine foresatte? Skriv tittelen på yrket og kort hva hen gjør på jobben.						
Yrket til mor/den ene av dine foresatte: _____						
Skriv kort hva hen gjør på jobben: _____						

Hvilken religion eller trosretning tilhører du?
<input type="checkbox"/> Jeg tilhører ingen religion eller trosretning
<input type="checkbox"/> Kristendommen
<input type="checkbox"/> Islam
<input type="checkbox"/> Annet
Hvordan opplever du tilbudet av fritidsaktiviteter til ungdom i bydelen eller området du bor i?
<input type="checkbox"/> Svært bra
<input type="checkbox"/> Ganske bra
<input type="checkbox"/> Verken bra eller dårlig
<input type="checkbox"/> Nokså dårlig
<input type="checkbox"/> Svært dårlig
Hvor mange kvelder i uka – fra mandag til fredag – er du vanligvis med på organiserte eller faste fritidsaktiviteter?
<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
Er du vanligvis med på organiserte eller faste fritidsaktiviteter i helgene?
<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nei
SPØRSMÅL TIL DE SOM IKKE ER MED PÅ ORGANISERTE FRITIDSAKTIVITETER
Du har krysset av for at du vanligvis ikke er med på organiserte eller faste fritidsaktiviteter. Har du lyst til å være med på slike aktiviteter?
<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nei
SPØRSMÅL TIL DE SOM HAR VÆRT PÅ FRITIDSKLUBB E.L.
Du har tidligere svart at du har vært i en fritidsklubb, ungdomshus eller ungdomsklubb. Hvor fornøyd er du med den klubben du var på?
<input type="checkbox"/> Veldig fornøyd
<input type="checkbox"/> Ganske fornøyd
<input type="checkbox"/> Litt fornøyd
<input type="checkbox"/> Ikke fornøyd i det hele tatt
SPØRSMÅL TIL DE HAR BRUKT HELSESØSTER/HELSESYKEPLEIER PÅ SKOLEN
Du har tidligere svart at du har brukt skolehelsetjenesten ved skolen din (vært hos helsesøster eller helsesykepleier). Hvor fornøyd er du med hjelpen du fikk?
<input type="checkbox"/> Veldig fornøyd
<input type="checkbox"/> Ganske fornøyd
<input type="checkbox"/> Litt fornøyd
<input type="checkbox"/> Ikke fornøyd i det hele tatt
SPØRSMÅL TIL DE SOM HAR BRUKT HELSESTASJON FOR UNGDOM
Du har tidligere svart at du har brukt helsestasjon for ungdom. Hvor fornøyd er du med hjelpen du fikk?
<input type="checkbox"/> Veldig fornøyd
<input type="checkbox"/> Ganske fornøyd
<input type="checkbox"/> Litt fornøyd
<input type="checkbox"/> Ikke fornøyd i det hele tatt

Tenk tilbake på de siste fire ukene, hvor mange ganger har du vært sammen med andre ungdommer som har...	Ingen ganger	1 gang	2-4 ganger	5 ganger eller mer
... drukket alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... brukt hasj, marihuana eller cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... brukt andre narkotiske stoffer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Nei	Ja
Føler du at det er et press blant ungdom om å prøve hasj eller marihuana?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du følt deg presset av andre til å prøve hasj eller marihuana?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du enig eller uenig i dette?	Helt uenig	Litt uenig	Litt enig	Helt enig
Hasj og marihuana bør bli lovlige rusmidler i Norge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor mange ganger har du gjort noe av dette det siste året (siste 12 måneder)?	Nei	Ja, 1 gang	Ja, 2-5 ganger	Ja, 6 ganger eller mer
Brukt amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukt MDMA eller ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukt kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukt syntetiske rusmidler (f.eks. syntetisk hasj)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du i løpet de siste 12 månedene gjort seksuelle handlinger for å oppnå goder (penger, klær, sminke, alkohol, andre rusmidler, overnatting, reise, mat eller andre ting eller gaver eller lignende)?				
<input type="checkbox"/> Nei				
<input type="checkbox"/> Ja, 1 gang				
<input type="checkbox"/> Ja, 2-5 ganger				
<input type="checkbox"/> Ja, 6 ganger eller mer				
SPØRSMÅL TIL DE SOM SVARER «JA» PÅ FORRIGE SPØRSMÅL				
Hvor gammel var du første gang du gjorde seksuelle handlinger mot goder?				
<input type="checkbox"/> 13 år eller yngre				
<input type="checkbox"/> 14 år				
<input type="checkbox"/> 15 år				
<input type="checkbox"/> 16 år				
<input type="checkbox"/> 17 år				
<input type="checkbox"/> 18 år				
<input type="checkbox"/> 19 år eller eldre				
<input type="checkbox"/> Har aldri gjort det				

TO SPØRSMÅL TIL DE SVARER NOE ANNET ENN «HAR ALDRI GJORT DET» PÅ FORRIGE SPØRSMÅL					
Sist gang du gjorde seksuelle handlinger mot goder, skjedde det fysisk eller digitalt?					
<input type="checkbox"/> Fysisk					
<input type="checkbox"/> Digitalt					
Sist gang du gjorde seksuelle handlinger mot goder, hvem var den du gjorde det med?					
<input type="checkbox"/> En ungdom jeg kjenner					
<input type="checkbox"/> En ungdom jeg ikke kjenner					
<input type="checkbox"/> En voksen jeg kjenner					
<input type="checkbox"/> En vokser jeg ikke kjenner					
<input type="checkbox"/> Jeg vet ikke om det var en voksen eller en ungdom					
Hvor stort eller lite problem synes du kriminalitet er i din bydel?					
<input type="checkbox"/> Veldig lite problem					
<input type="checkbox"/> Ganske lite problem					
<input type="checkbox"/> Verken stort eller lite problem					
<input type="checkbox"/> Ganske stor problem					
<input type="checkbox"/> Veldig stort problem					
Hvor sterk tillit har du til følgende institusjoner i samfunnet?	Meget stor tillit	Stor tillit	Litt tillit	Ikke tillit i det hele tatt	Vet ikke
Politiet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnevernet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skolesystemet i Norge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helsevesenet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stortinget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nasjonale media	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenk på det siste året. Hvor ofte har du vært utsatt for rasisme?					
<input type="checkbox"/> Aldri					
<input type="checkbox"/> Sjelden					
<input type="checkbox"/> Av og til					
<input type="checkbox"/> Ofte					
<input type="checkbox"/> Svært ofte					
Er du redd for å bli utsatt for vold?	Nei, aldri	Litt redd	Svært redd		
I sentrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
I området der du bor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
På skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
I familien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Omtrent hvor mange timer sov du natt til i dag?				
<input type="checkbox"/>	Mindre enn 5 timer			
<input type="checkbox"/>	5 timer			
<input type="checkbox"/>	6 timer			
<input type="checkbox"/>	7 timer			
<input type="checkbox"/>	8 timer			
<input type="checkbox"/>	9 timer			
<input type="checkbox"/>	10 timer			
<input type="checkbox"/>	Mer enn 10 timer			
I løpet av den siste uka (de siste 7 dagene), hvor mange dager har du ...	Ingen dager	1-2 dager	3-4 dager	5 dager eller mer
Hatt problemer med å sovne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vært så søvnig/trøtt at det har gått ut over skole eller fritid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MODUL A HERFRA SPLITTES UTVALGET I TO LIKE STORE GRUPPER – HALVPARTEN SVARER PÅ SPØRSMÅLENE I MODUL A

SPØRSMÅL TIL DE SOM I GRUNNMODULEN SIDE 29 SVARTE AT DE TRENER/KONKURRERER I IDRETTLAG MINST 3-4 GANGER I UKA	
Du har tidligere svart at du er aktiv i idrett. Nå er vi interessert i å vite mer om din totale treningsmengde. Omtrent hvor mange timer trente du eller konkurrerte du i forrige uke – mandag til søndag? Ta med alt, både det som skjedde i idretten, utenfor og eventuelt på skolen.	
>> NEDTREKKSMENY MED LISTE MED TALL FRA 0 – 29 TIMER [SISTE SVARALTERNATIV: «30 TIMER ELLER MER»]	
SPØRSMÅL TIL DE SOM I GRUNNMODULEN SIDE 29 SVARTE AT DE TRENER/KONKURRERER I IDRETTLAG MINST 3-4 GANGER I UKA	
Hvor mange timer trente eller konkurrerte du forrige uke på følgende måter:	NEDTREKKSMENY LIK SOM FORRIGE SPØRSMÅL
Trente eller konkurrerte i eget idrettslag/klubb	<input type="checkbox"/>
Ekstra treningsopplegg i eller utenfor eget idrettslag/klubb (f.eks. akademi, treningssamlinger eller aktiviteter på f.eks krets- eller landslagsnivå)	<input type="checkbox"/>
På treningssenter	<input type="checkbox"/>
På egenhånd	<input type="checkbox"/>
Kroppsøving eller trening organisert av skolen	<input type="checkbox"/>

SPØRSMÅL TIL DE SOM TRENER/KONKURRERER I IDRETTLAG MINST 1-2 GANGER I MÅNEDEN					
Du har tidligere krysset av for at du driver med idrett. Hvorfor driver du med idrett?	Stemmer ikke	Stemmer litt	Stemmer godt	Stemmer helt	
Fordi det er gøy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fordi det er sosialt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fordi jeg føler mestring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fordi jeg liker å konkurrere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fordi jeg vil holde meg sunn og frisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fordi jeg vil se bra ut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fordi jeg vil bli proff og/eller leve av idrett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SPØRSMÅL TIL DE SOM TRENER/KONKURRERER I IDRETTLAG MINST 1-2 GANGER I MÅNEDEN					
Hvordan opplever du å være med i idrettslaget ditt?	Helt enig	Litt enig	Verken enig eller uenig	Litt uenig	Helt uenig
Det er gøy å delta i turneringer og/eller spille kamper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes det er for strenge krav om å være flink eller god	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes trening eller kamper/konkurranser er for lite seriøst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg trives sosialt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SPØRSMÅL TIL DE SOM TRENER/KONKURRERER I IDRETTLAG MINST 1-2 GANGER I MÅNEDEN					
Har du i løpet av de siste 12 månedene blitt utsatt for noe av dette i forbindelse med idretten du driver med (på trening, konkurranser, reiser eller liknende)?	Ingen ganger	1–2 ganger	3–5 ganger	6 ganger eller mer	
Opplevd å blitt truet, mobbet eller frosset ut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blitt utsatt for fysisk vold (slått, sparket, dyttet hardt o.l.) på måter som ikke er lov eller akseptert i din idrett?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fått kommentarer om din hudfarge, religion eller etniske bakgrunn som du opplevde som negativt, upassende eller sårende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fått kommentarer om din kjønnsidentitet eller seksuelle orientering som du opplevde som negativt, upassende eller sårende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

TO SPØRSMÅL TIL DE SOM SVARTE AT DE OPPLEVDE FYSISK VOLD [LINJE #2]	
Hvem var det som utsatte deg for fysisk vold? Sett ett eller flere kryss	
<input type="checkbox"/>	En trener, lagleder eller en annen voksen i idrettslaget ditt
<input type="checkbox"/>	En dommer, trener eller en annen voksen utenfor ditt eget idrettslag
<input type="checkbox"/>	En ungdom i idrettslaget ditt
<input type="checkbox"/>	En motstander eller konkurrent i idretten din
<input type="checkbox"/>	En tilskuer eller forbipasserende
<input type="checkbox"/>	Andre
I hvilken situasjon skjedde det? Sett ett eller flere kryss	
<input type="checkbox"/>	På trening i idrettslaget ditt
<input type="checkbox"/>	På trening utenfor idrettslaget ditt (f.eks. akademi eller treningssamlinger)
<input type="checkbox"/>	I forbindelse med kamp eller konkurranse i idretten din
<input type="checkbox"/>	På overnattingstur i idretten din (f.eks. turnering, cup eller treningsleir)
<input type="checkbox"/>	På fest eller arrangement i forbindelse med idretten
<input type="checkbox"/>	Annen situasjon
TO SPØRSMÅL TIL DE SOM SVARTE AT DE OPPLEVDE RASISME [LINJE #3]	
Hvem var det som utsatte deg for negative kommentarer om din hudfarge, religion eller etniske bakgrunn? Sett ett eller flere kryss	
<input type="checkbox"/>	En trener, lagleder eller en annen voksen i idrettslaget ditt
<input type="checkbox"/>	En dommer, trener eller en annen voksen utenfor ditt eget idrettslag
<input type="checkbox"/>	En ungdom i idrettslaget ditt
<input type="checkbox"/>	En motstander eller konkurrent i idretten din
<input type="checkbox"/>	En tilskuer eller forbipasserende
<input type="checkbox"/>	Andre
I hvilken situasjon skjedde det? Sett ett eller flere kryss	
<input type="checkbox"/>	På trening i idrettslaget ditt
<input type="checkbox"/>	På trening utenfor idrettslaget ditt (f.eks. akademi eller treningssamlinger)
<input type="checkbox"/>	I forbindelse med kamp eller konkurranse i idretten din
<input type="checkbox"/>	På overnattingstur i idretten din (f.eks. turnering, cup eller treningsleir)
<input type="checkbox"/>	På fest eller arrangement i forbindelse med idretten
<input type="checkbox"/>	Annen situasjon

TO SPØRSMÅL TIL DE SOM SVARTE AT DE OPPLEVDE KJØNNSDISKRIMINERING [LINJE #4]				
Hvem var det som utsatte deg for negative kommentarer om din kjønnsidentitet eller seksuelle orientering? Sett ett eller flere kryss				
<input type="checkbox"/>	En trener, lagleder eller en annen voksen i idrettslaget ditt			
<input type="checkbox"/>	En dommer, trener eller en annen voksen utenfor ditt eget idrettslag			
<input type="checkbox"/>	En ungdom i idrettslaget ditt			
<input type="checkbox"/>	En motstander eller konkurrent i idretten din			
<input type="checkbox"/>	En tilskuer eller forbipasserende			
<input type="checkbox"/>	Andre			
I hvilken situasjon skjedde det? Sett ett eller flere kryss				
<input type="checkbox"/>	På trening i idrettslaget ditt			
<input type="checkbox"/>	På trening utenfor idrettslaget ditt (f.eks. akademi eller treningssamlinger)			
<input type="checkbox"/>	I forbindelse med kamp eller konkurranse i idretten din			
<input type="checkbox"/>	På overnattingstur i idretten din (f.eks. turnering, cup eller treningsleir)			
<input type="checkbox"/>	På fest eller arrangement i forbindelse med idretten			
<input type="checkbox"/>	Annen situasjon			
SPØRSMÅL TIL DE SOM SVARTE «ALDRI» ELLER «SJELDEN» PÅ SPØRSMÅL PÅ SIDE 29 OM DE TRENER ELLER KONKURRERER I IDRETTSLAG OG SOM PÅ SPØRSMÅL PÅ SIDE 29 OM DE NOEN GANG HAR VÆRT MED I ET IDRETTSLAG ELLER IDRETTSKLUBB KRYSSET AV «JA, HAR SLUTTET» (NB! To slutte-kategorier på ungdomsskolen, tre på videregående).				
Du har tidligere krysset av for at du har sluttet i et idrettslag eller en idrettsklubb. Hvorfor sluttet du?	Stemmer ikke	Stemmer litt	Stemmer godt	Stemmer helt
Idrettsrelatert skade gjorde det vanskelig for meg å fortsette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sykdom, stress eller andre helseplager gjorde det vanskelig for meg å fortsette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det ble for strenge krav om å være flink eller god	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg måtte bruke mer tid på skolearbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg ville bruke mer tid på andre ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det ble for dyrt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klubben hadde ikke lenger et tilbud som passet meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg trivdes ikke lenger med de jeg trente sammen med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg opplevde å bli mobbet, utestengt eller trakassert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SPØRSMÅL TIL DE SOM SVARTE «ALDRI» ELLER «SJELDEN» PÅ SPØRSMÅL PÅ SIDE 29 OM DE TRENER ELLER KONKURRERER I IDRETTSLAG OG SOM PÅ SPØRSMÅL PÅ SIDE 29 OM DE NOEN GANG HAR VÆRT MED I ET IDRETTSLAG ELLER IDRETTSKLUBB KRYSSET AV «NEI» ELLER HAR SLUTTET (NB! To slutte-kategorier på ungdomsskolen, tre på videregående).				
Har du lyst til å drive med idrett i et idrettslag eller en klubb nå?				
<input type="checkbox"/>	Ja, veldig gjerne			
<input type="checkbox"/>	Ja, kanskje			
<input type="checkbox"/>	Nei, det tror jeg ikke			
<input type="checkbox"/>	Nei, helt sikkert ikke			

SPØRSMÅL TIL DE SOM SVARER «JA»				
Hva er grunnen til at du ikke driver med idrett i et idrettslag i dag?	Stemmer ikke	Stemmer litt	Stemmer godt	Stemmer helt
Fordi jeg har en skade eller sykdom som gjør det vanskelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fordi det ikke finnes noe tilbud som passer meg i nærheten av der jeg bor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fordi jeg ikke synes jeg passer inn blant de som driver med idrett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fordi det koster for mye å drive med idrett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fordi jeg ikke er flink i idrett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fordi jeg ikke har noen å gjøre det sammen med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fordi jeg ikke har funnet en idrett som passer for meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fordi jeg ikke får lov av mine foreldre/foresatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MODUL B - HALVPARTEN FÅR MODUL B

SPØRSMÅL TIL DE SOM HAR HATT SEKSUELLE ERFARINGER				
Har du i løpet av siste 12 måneder hatt noen av disse seksuelle erfaringene?	Nei	Ja, én gang	Ja, to eller flere ganger	
Hatt sex når du har vært svært beruset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hatt samleie uten prevensjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hatt sex med en du ikke kjente fra før	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hatt sex med flere på en kveld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hatt sex du har angret på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
[JENTER] Tatt «angrepille» i etterkant av samleie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
[GUTTER] Hatt samleie med en jente som har tatt «angrepille» i etterkant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hatt en kjønnssykdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SPØRSMÅL TIL DE SOM HAR HATT SEKSUELLE ERFARINGER				
Hvor godt stemmer påstandene under for hvordan du tenker om deg selv og ditt sexliv?	Stemmer ikke i det hele tatt	Stemmer litt	Stemmer godt	Stemmer svært godt
Jeg vet hva jeg liker og ikke når det kommer til sex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes det er lett å forstå om en annen person vil ha sex med meg eller ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes det er lett å forstå hva den jeg har sex med har lyst til og ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har stort sett hatt positive erfaringer med sex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes det er vanskelig å si nei til sex når den andre personen forventer at det skal skje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes det er vanskelig å kommunisere hva jeg har lyst til og ikke når jeg har sex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har hatt frivillig sex med noen selv om jeg egentlig ikke ville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nå følger noen spørsmål om deltakelse i det vi kaller for organiserte kulturaktiviteter. Eksempler på dette er å være med i kor, korps, orkester, kulturskole, musikkskole, organisert dans, teater, revy, nysirkus, filmklubb, rollespillklubb, bokklubb, gamingklubb eller kunst og håndverksgruppe. Har du noen gang drevet med dette på fritiden din?

Nei, dette har jeg aldri drevet med

Ja, men jeg sluttet da jeg gikk på barneskolen

Ja, men jeg sluttet i løpet av ungdomsskolen

Ja, men jeg sluttet i løpet av videregående

Ja, jeg driver med dette i dag

TO SPØRSMÅL TIL DE SOM SVARER «JA, MEN JEG SLUTTET...» PÅ SPØRSMÅLET OVER

Hvilken aktivitet sluttet du med? Hvis du har sluttet i flere aktiviteter, velg den du sist var med på

>> NEDTREKKS MENY: Kor; Korps; Orkester; Kulturskole; Musikkskole; Organisert dans; Teater; Revy; Nysirkus; Filmklubb; Rollespillklubb; Bokklubb; Gamingklubb; Kunst og håndverksgruppe; Annen aktivitet

Kan du kort beskrive de viktigste grunnene til at du sluttet med aktiviteten? _____

TO SPØRSMÅL TIL DE SOM SVARER «JA, JEG DRIVER MED DETTE FOR TIDEN» PÅ SPØRSMÅLET OVER

Hvilken aktivitet driver du med? Hvis du er med i flere aktiviteter, velg den du er mest aktiv i

>> NEDTREKKS MENY: Kor; Korps; Orkester; Kulturskole; Musikkskole; Organisert dans; Teater; Revy; Nysirkus; Filmklubb; Rollespillklubb; Bokklubb; Gamingklubb; Kunst og håndverksgruppe; Annen aktivitet

Kan du kort beskrive de viktigste grunnene til at du driver med denne aktiviteten? Hvis du driver med flere aktiviteter, tenk på den som er viktigst for deg/som du bruker mest tid på. _____

SPØRSMÅL TIL ALLE

Helt til slutt vil vi gjerne høre hva du synes om å være med i denne ungdomsundersøkelsen?	Stemmer svært godt	Stemmer nokså godt	Stemmer nokså dårlig	Stemmer svært dårlig
Undersøkelsen gir et godt bilde av hvordan jeg har det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det var lett å svare på spørsmålene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Undersøkelsen var altfor lang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg svarte ærlig på spørsmålene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg fikk god informasjon om undersøkelsen i forkant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avslutning

Du har nå svart på alle spørsmålene i undersøkelsen.

Ønsker du å snakke med en voksen etter at du har svart på spørsmålene? Ta kontakt med helsesøster eller helsesykepleier på skolen din eller Helsestasjon for ungdom.

Du kan også ringe Kors på halsen på nummer 800 333 21 (åpent mandag-fredag kl. 14.00 – 22.00) eller Barnas alarmtelefon på nummer 116 111. Det er gratis å ringe fra mobil eller fasttelefon, og du er helt anonym. Synes du det er lettere å skrive ned tankene dine, kan du sende en melding på www.korspahalsen.no og få et personlig svar fra en voksen (som er frivillig i Røde Kors).

Vennligst klikk på "Fullfør"