

U/T1. DINE STERKE OG SVAKE SIDER

1.1 Svar på grunnlag av slik du har hatt det de siste 6 månedene.

(Sett ett kryss for hver linje)

	Stemmer ikke	Stemmer delvis	Stemmer helt
Jeg prøver å være hyggelig mot andre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg bryr meg om hva de føler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er rastløs. Jeg kan ikke være lenge i ro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har ofte hodepine, vondt i magen eller kvalme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg deler gjerne med andre (mat, spill, andre ting)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg blir ofte sint og har kort lunte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er ofte for meg selv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg gjør som regel ting alene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg gjør som regel det jeg får beskjed om	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg bekymrer meg mye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg stiller opp hvis noen er såret, lei seg eller føler seg dårlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er stadig urolig eller i bevegelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har en eller flere gode venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg slåss mye. Jeg kan få andre til å gjøre det jeg vil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er ofte lei meg, nedfor eller på gråten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg blir som regel likt av andre på min alder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg blir lett distraheret, jeg synes det er vanskelig å konsentrere meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg blir nervøs i nye situasjoner.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg blir lett usikker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er snill mot de som er yngre enn meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg blir ofte beskyldt for å lyve eller jukse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre barn eller unge plager eller mobber meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tilbyr meg ofte å hjelpe andre (foreldre, lærere, andre barn/unge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tenker meg om før jeg handler (gjør noe) ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tar ting som ikke er mine hjemme, på skolen eller andre steder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg kommer bedre overens med voksne enn de på min egen alder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er redd for mye, jeg blir lett skremt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg fullfører oppgaver. Jeg er god til å konsentrere meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.2 Samlet, synes du at du har vansker på ett eller flere av følgende områder: med følelser, konsentrasjon, oppførsel eller med å komme overens med andre mennesker?

Nei 1 Ja, små vansker 2 Ja, tydelige vansker 3 Ja, alvorlige vansker 4

Hvis du har svart JA, vennligst svar på følgende spørsmål:

Hvor lenge har disse vanskene vært tilstede?

Mindre enn en måned 1 1-5 måneder 2 6-12 måneder 3 Mer enn ett år 4

Forstyrrer eller plager vanskene deg?

Ikke i det hele tatt 1 Bare litt 2 En god del 3 Mye 4

Virker vanskene inn på livet ditt på noen av disse områdene?

	Ikke i det hele tatt	Bare litt	En god del	Mye
Hjemme/ i familien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forhold til venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Læring på skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fritidsaktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

U/T

Er vanskene en belastning for de rundt deg (familie, venner, lærere osv.)?

Ikke i det hele tatt 1 Bare litt 2 En god del 3 Mye 4

U/T2. BEKYMRINGER OG PROBLEMER

Har du i løpet av de siste 12 månedene hatt noen av disse problemene?

(Sett ett kryss for hver linje)

	Nei, aldri	Ja, av og til	Flere ganger	Svært ofte
Krangler, eller konflikter med foreldrene dine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekymringer i forhold til seksualitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiske problemer hos foreldre/ foresatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemer i forhold til venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Økonomiske problemer hos foreldre/foresatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rusproblemer hos foreldre/ foresatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

U/T3. LITT OM RØYK, RUSMIDLER OG HOLDNINGER

	Helt enig	Delvis enig	Delvis uenig	Helt uenig
Det er lett for ungdom å få tak i sigaretter/tobakk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er lett for ungdom å få tak i øl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er lett for ungdom å få tak i vin/brennevin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er lett for ungdom å få tak i hasj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er lett for ungdom å få tak i «partydop», (ecstasy, amfetamin, GHB, kokain osv)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er lett for ungdom å få tak i «dopingmidler» (anabole steroider, testosteron osv)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er OK for ungdom på min alder å røyke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er OK for ungdom på min alder å drikke alkohol på fest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er OK for ungdom på min alder å røyke hasj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det burde være lovlig å bruke hasj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

U/T4. HVEM KAN DU SNAKKE MED

4.1 Hvis du har personlige problemer, hvem føler du at du kan snakke med om dette? (Kryss av ett alternativ i hver linje)

	Ja	Nei	Vet ikke
Ingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venn/venninne(r)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kamerater/gjengen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søsken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foreldre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lærer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helsesøster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nei	Vet ikke
Egen lege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre slektninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre voksne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3

U/T5. SKOLESITUASJONEN DIN

5.1 Hvordan har du det på skolen? (Sett ett kryss for hver linje)

	Helt enig	Delvis enig	Delvis uenig	Helt uenig
Jeg trives på skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har mye til felles med andre i klassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler meg knyttet til klassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes jeg har gode muligheter til å snakke mitt morsmål med mine medelever på skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler at jeg har et språkproblem (fordi jeg har et annet morsmål enn norsk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klassen legger vekt på mine meninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lærerne legger vekt på meningene mine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lærerne mine setter pris på meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lærerne hjelper meg med fagene når jeg trenger det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lærerne hjelper meg med personlige problemer hvis jeg trenger det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

5.2 Hvor lett er det for deg å få nye venner på skolen?

(Sett ett kryss for hver linje)

	Alltid lett	Som regel lett	Som regel vanskelig	Alltid vanskelig
Blant ungdom med samme kulturelle bakgrunn som meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blant ungdom med en annen bakgrunn enn meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Er du adoptert? Ja Nei Hvis «ja», hvor fra? (Spesifiser)

5.3 Ønsker du å bosette deg på hjemstedet ditt når du er ferdig med utdanningen din?

- 1 Ja, svært gjerne 2 Ja, dersom det faller seg slik
3 Usikker 4 Nei, jeg ønsker å bosette meg et annet sted

U/T6. FORHOLDET TIL FAMILIEN DIN

6.1 Hvor viktig er det for deg: (Sett ett kryss for hver linje)

	Meget viktig	Ganske viktig	Litt viktig	Ikke viktig i det hele tatt
Å tilfredsstillere behovene til familien din, selv om dine egne behov er forskjellige fra deres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å unngå krangling med andre medlemmer av familien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å sette familiens behov foran dine egne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å dele tingene (eiendelene) dine med andre i familien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å dele pengene dine med familien din	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å leve opp til forventningene fra familien din	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å ha kontakt med besteforeldre, tanter/onkler, gudforeldre osv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

U/T7. KULTUR OG KONTAKT

Du kan føle deg som medlem av ulike etniske eller kulturelle grupper, som samisk, finsk, kvensk, russisk, tamilsk osv, og du kan samtidig føle at du er en del av et større samfunn som for eksempel det norske.

7.1 Her følger noen utsagn om kontakt mellom etniske grupper.

(Sett ett kryss for hver linje)

	Helt enig	Delvis enig	Delvis uenig	Helt uenig
Jeg liker meg like godt blant nordmenn som blant folk fra andre etniske grupper og kulturer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg foretrekker å være sammen med folk fra samme etniske gruppe som meg selv ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes at folk fra andre etniske grupper og kulturer burde tilpasse seg norske kulturtradisjoner og <i>ikke</i> holde på sine egne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har like godt forhold til nordmenn som til folk fra min egen kultur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siden jeg bor i Norge, er det best jeg lever helt som norsk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes at folk med en annen kulturell bakgrunn skal leve som de gjør i sin gruppe/kultur, selv om de bor i Norge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes det er vanskelig å velge om jeg skal leve som norsk, eller i tråd med min egen etniske gruppe/kultur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler meg like trygg sammen med nordmenn som folk fra min egen gruppe/ kultur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

7.2 Hvordan ser du på deg selv? (Sett ett kryss for hver linje)

	Helt enig	Delvis enig	Delvis uenig	Helt uenig
Jeg oppfatter meg selv som:				
Norsk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kvensk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finsk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet (hva)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4	3	2	1
Jeg har brukt tid til å prøve å finne ut mer om min etniske gruppe, slik som historie, tradisjoner og skikker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg deltar aktivt i organisasjoner eller sosiale sammenhenger som hovedsakelig har medlemmer fra min egen etniske gruppe ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har en klar oppfatning av min etniske bakgrunn og hva den betyr for meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tenker mye på hvordan min etniske tilhørighet vil påvirke livet mitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er glad for å tilhøre den gruppen jeg tilhører	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har en sterk følelse av å tilhøre min etniske gruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har en ganske god forståelse av hva min etniske tilhørighet betyr for meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For å lære mer om min bakgrunn, har jeg ofte snakket med andre om min etniske tilhørighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er veldig stolt over min etniske gruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg deltar i kulturelle aktiviteter og tradisjoner innen min etniske gruppe slik som f.eks tradisjonell matlaging, musikk eller andre skikker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler en sterk tilknytning til min egen etniske gruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4	3	2	1

	Helt enig	Delvis enig	Delvis uenig	Helt uenig
Jeg er fornøyd med min etniske eller kulturelle bakgrunn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er glad for å være norsk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler at jeg er en del av den norske kulturen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4	3	2	1

Min etnisitet er (skriv ett eller flere av tallene nedenfor):

1=Norsk, 2=Samisk, 3=Kvensk, 4=Finsk, 5=Annet

(skriv hvilken):

Fars etnisitet er (bruk tallene ovenfor):

Mors etnisitet er (bruk tallene ovenfor):

7.3 Hvilket språk snakker du og familien din?

(Sett ett eller flere kryss)

	Norsk	Samisk	Kvensk/finsk	Annet språk
Hjemme har jeg lært	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. språk på skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. språk på skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Far snakker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mor snakker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farmor snakker(t)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farfar snakker(t)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mormor snakker(t)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morfar snakker(t)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.4 Har du, dine foreldre /foresatte og besteforeldre tilhørighet til noe spesielt trossamfunn?

(Kryss av det som passer for deg, dine foreldre/foresatte og besteforeldre)

	Meg selv	Mor	Far	Besteforeldre
Statskirken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Læstadianismen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet (feks. Pinsemenigheten, Jehovas vitner)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.5 Når folk med forskjellig bakgrunn er sammen, kan noen føle seg urettferdig behandlet. Følgende utsagn handler om dette.

(Sett ett kryss for hver linje)

	Helt enig	Delvis enig	Delvis uenig	Helt uenig
Jeg synes at andre har oppført seg urettferdig eller negativt ovenfor folk fra min kultur...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler meg ikke akseptert av folk fra andre kulturer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler at folk fra andre kulturer har i mot meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har blitt ertet og fornærmet på grunn av min kulturelle bakgrunn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har blitt truet eller angrepet på grunn av min kulturelle bakgrunn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

U/T8. KOSTHOLD

Hvor ofte spiser du disse matvarene? (Sett kryss for hver linje)

	Sjelden/aldri	1-3 g. mnd.	1-2 g. pr. uke	2-4 g. pr. uke	5-7 g. pr. uke
Kokt fisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisk (uansett type)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stekt kjøtt (alle slag, inkl. hamburgerer, pølser, kjøttkaker) ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reinkjøtt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tørket kjøtt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jerntabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamintabl. som inneholder jern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

U/T9. MAGE-/TARM SYMPTOMER

9.1 Har du noen gang hatt smerter eller «verk» i magen som har vart i minst 3 måneder? Ja Nei

9.2 Hvis Ja, hvor i magen sitter smertene?

Øvre del Nedre del Hele magen

9.3. Er smerten eller «verken» jevnt over tilstede:

1 I perioder på en til flere dager? 2 I perioder av ukers varighet?

3 I perioder på måneders varighet? 4 Bestendig?

5 Etter måltider? 6 Om natten?

9.4 Er du ofte plaget av oppblåsthet, rumling i magen eller rikelig luftavgang? Ja Nei

9.5 Er avføringen din vanligvis:

1 Normal 2 Vekslende hard og løs 3 Løs

4 Hard og perlete 5 Illeluktende 6 Fettaktig og glinsende

9.6 Har du i perioder 3 eller flere avføringer daglig:

Ja Nei

9.7 Har du hatt plager i mage/tarm etter inntak av melk:

Ja Nei

9.8 Er det andre i familien som har de samme mage symptomene:

Mor Far Søsken Ingen Vet ikke

9.9 Har du vært undersøkt hos lege på grunn av:

Ja Nei

Magesmerter i lengre tid (> 3 mndr)?

Avføringsproblemer?

Halsbrann/sure oppstøt?

Lav blodprosent eller dårlig jernlagre?

U/T10. SELVSKADING

10.1 Kjenner du noen som har tatt sitt eget liv? Ja Nei

10.2 Hvis «ja», var det: (Sett ett eller flere kryss)

1 Nær familie? 2 Slekt? 3 Venn/venninne?

4 Medelev? 5 Kjæreste? 6 Noen i nærmiljøet?

10.3 Har du noen gang tenkt på å ta livet ditt? Ja Nei

10.4 Har du noen gang forsøkt å ta ditt eget liv? Ja Nei

10.5 Har du skadet deg selv med vilje noen gang? Ja Nei

Hvis du har svart «Nei» på alle de tre spørsmålene ovenfor, hopp til punkt U/T11. RISIKOATFERD.

10.6 Har du i løpet av de siste 12 månedene tenkt på å ta livet ditt? Ja Nei

10.7 Har du i løpet av de siste 12 månedene forsøkt å ta ditt eget liv? Ja Nei

DERSOM DU ALDRI HAR FORSØKT Å TA DITT EGET LIV, HOPP TIL SPØRSMÅL 10.13.

10.8 På hvilken måte forsøkte du å ta ditt eget liv?

1 Henging 2 Ved hjelp av piller/medikamenter

3 Skarp gjenstand 4 Skytevåpen

5 Annet

10.8.1 Var du beruset/rusa da du forsøkte å ta ditt eget liv? Ja Nei

10.9 Hvor gammel var du første gang du forsøkte å ta ditt eget liv? Jeg var år

10.10 Hvor mange ganger har du forsøkt å ta ditt eget liv? Antall ganger

10.11 Fortalte du til noen andre om selvmordsforsøket? Ja Nei

10.12 Har du vært i kontakt med helsepersonell, lege, helsesøster og/eller politi i forbindelse med selvmordsforsøket/ene? Ja Nei

10.12.1 Hva var årsaken til at du forsøkte å ta ditt eget liv?

10.13 Har du i løpet av de siste 12 månedene skadet deg selv med vilje? Ja Nei

10.14 På hvilken måte skadet du deg selv?

- 1 Brenning 2 Kutting, skjæring, risping med skarp gjenstand
3 Slag mot kroppsdeler, hodedunking 4 Annet

U/T11. RISIKOATFERD

11.1 Har det i løpet av de siste 12 månedene hendt at du i forbindelse med din egen bruk av alkohol (Sett ett kryss for hver linje)

	Nei	Ja, 1-2 ganger	Ja, flere ganger/alltid
– Har følt deg mer ovenpå (hatt større selvtillit) ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Har hatt ubeskyttet samleie (ikke brukt kondom) mens du har vært påvirket?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Har havnet i bråk eller slagsmål?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Har følt at din alkoholbruk går utover din fysiske helse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Har følt at din alkoholbruk går utover din psykiske helse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.2 Har du noensinne vært passasjer i kjøretøy der sjåføren har vært i alkoholpåvirket tilstand? (Sett ett eller flere kryss)

- 1 Nei, aldri 2 Ja, motorsykkel 3 Ja, snøscooter 4 Ja, bil

U/T12. FORELSKELSE OG SEKSUALITET

12.1 Har du fast kjæreste?

- 1 Ja, har kjæreste nå, han/hun er år
2 Nei, men jeg har hatt kjæreste tidligere
3 Nei, jeg har aldri hatt fast kjæreste

12.2. Har du noen gang vært forelsket

	Nei	Ja	Usikker
i en jente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i en gutt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12.3. Har du hatt noen form for seksuell omgang med personer av samme kjønn som deg selv (klining, beføling, samleie og lignende)?

- Ja Nei

12.4. Hva regner du som din seksuelle legning/orientering?

- 1 Heterofil 2 Lesbisk/homofil 3 Biseksuell/bifil 4 Usikker

U/T13. OM VENNER

13.1 Omtrent hvor mange nære venner har du? (Ta ikke med søsken)

	Ingen	1	2-3	4 eller flere
13.2 Omtrent hvor mange ganger i uka er du sammen med dem utenom skolen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13.3 Er noen av dine beste venner eldre enn deg?

- 1 Ingen 2 Noen
3 Omtrent halvparten 4 Alle eller nesten alle

U/T14. PUBERTETSUTVIKLING

Når man er tenåring er det perioder da man vokser raskt.

14.1 Har du merket at kroppen din har vokst fort (blitt høyere)?

- 1 Har ikke begynt
2 Har så vidt begynt å vokse raskt
3 Har helt tydelig begynt å vokse raskt
4 Det virker som om jeg er ferdig å vokse raskt

14.2 Og hva med hår på kroppen (under armene og i skrittet?) Vil du si at hår på kroppen din har:

- 1 Ikke begynt å vokse enda 2 Har så vidt begynt
3 Helt tydelig begynt å vokse 4 Det virker som om håret på kroppen er utvokst

14.3 Har du begynt å få uren hud, f.eks kviser?

- 1 Ikke merket noe enda 2 Har så vidt begynt
3 Har helt tydelig begynt 4 Har hatt uren hud en god stund

BARE FOR JENTER:

14.4 Har du begynt å få bryster?

- 1 Har ikke begynt ennå 2 Har så vidt begynt
3 Har helt tydelig begynt 4 Det virker som om brystene er fullt utviklet

BARE FOR GUTTER:

14.5 Har du begynt å komme i stemmeskiftet?

- 1 Har ikke begynt ennå 2 Har så vidt begynt
3 Har helt tydelig begynt 4 Det virker som om stemmeskiftet er helt ferdig

14.6 Har du begynt å få bart eller skjegg?

- 1 Har ikke begynt ennå 2 Har så vidt begynt
3 Har helt tydelig begynt 4 Har fått en god del skjeggvekst

U/T 15. HVORDAN ER DU?

Nedenfor er en liste over egenskaper folk kan ha. Vennligst kryss for det som stemmer eller ikke stemmer for deg.

	Stemmer ikke i det hele tatt	Stemmer nok så dårlig	Stemmer omtrent	Stemmer nok så godt	Stemmer helt
Forsvarer mine meninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tar hensyn til andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sterk personlighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forståelsesfull	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har lederegenskaper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trøster gjerne andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Villig til å ta sjanser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sier hva jeg mener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vennlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TIL SLUTT VIL VI SPØRRE DEG OM DITT SAMTYKKE TIL Å KONTAKTE DEG IGJEN FOR EVT. VIDERE UNDERSØKELSER: JA NEI