

APPENDIX 5

Eget spørreskjema for 1991-1992-kohorten

Spørsmål til foreldrene ved 10 år (første gangs oppfølging):

2.3 Er barnet aktivt medlem av idrettslag: nei ja

3.2 Har barnet noen gang brukt medisiner mot astma:

- Nei
 Ja, av og til
 Ja, regelmessig i mer enn 3 måneder

Hvis ja, har barnet brukt medisiner mot astma de siste 12 månedene: nei ja

4.6 Har barnet fått støtteundervisning på skolen: nei ja

4.7 Når det gjelder skolearbeidet, hvordan har barnet klart seg:

- omtrent som andre barn i klassen
 bedre enn andre barn i klassen
 ikke så bra som andre barn i klassen

4.8 Har barnet lese – og skrivevansker nei ja

4.11 Har barnet vært i kontakt med PPT (Pedagogisk Psykologisk Tjeneste):

nei ja

5.6 Hvilken utdanning har mor:

- Grunnskole
 Videregående skole
 Høyskole / universitet 4 år eller mindre
 Høyskole / universitet 4 år eller mer
 Annet (spesifiser) _____

5.7 Hvilken utdanning har far:

- Grunnskole
 Videregående skole
 Høyskole / universitet 4 år eller mindre
 Høyskole / universitet 4 år eller mer
 Annet (spesifiser) _____

9.3 Har familien mottatt hjelpestønad fra Folketrygden på grunn av barnet: nei ja
Hvor gammelt var barnet da familien fikk hjelpestønad: _____ år

9.4 Har familien mottatt grunnstønad fra Folketrygden på grunn av barnet: nei ja
Hvor gammelt var barnet da familien fikk grunnstønad: _____ år

9.5 Har familien mottatt andre ytelser fra kommunen eller det offentlige på grunn av barnet: nei ja
Hvis ja, angi hva slags ytelser _____

Hvor gammelt var barnet da familien fikk slik støtte: _____ år

9.6 Mener du/dere at barnet gjennom oppveksten burde hatt mer hjelp, eller blitt bedre fulgt opp fra helsevesenet, trygdesystemet, kommunen eller andre offentlige støtte/tilsynsordninger: nei ja

Hvis ja, beskriv: _____

Eget til ungdommene ved 18 år (andre gangs oppfølging):

Om deg selv

1. Kjønn

Gutt Jente

2. Alder

år

3. Hvem bor du sammen med nå? (sett ett eller flere kryss)

Mor Fosterforeldre
 Far Adoptivforeldre
 1-2 søsken Besteforeldre/andre
 3 eller flere søsken Ektefelle/samboer
 Mors nye mann eller samboer Venner
 Fars nye kone eller samboer Alene/på hybel

4. Hvilken klasse går du i?

- 1. videregående
- 2. videregående
- 3. videregående

Allmenfaglig

Yrkesfaglig

•Folkehøgskole

•Annet (spesifiser).....

Om fritid/aktivitet

6. Utenom skoletiden: Hvor mange dager i uken driver du idrett, eller mosjonerer du så mye at du blir andpusten og/eller svett? (sett bare ett kryss)

Hver dag
 4-6 ganger i uken
 2-3 ganger i uken
 En gang i uken
 1-3 ganger i måneden
 Mindre enn en gang i måneden
 Aldri

8. Er du aktivt medlem av et idrettslag?

Ja Nei

10. Hvor ofte gjorde du noen av disse aktivitetene i løpet av den siste uken?

Ingen 1 gang 2-3 ganger 4 ganger
eller flere

•Besøkte noen du kjente

•Fikk besøk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Leste en bok, blad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Hørte på musikk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Spilte et instrument	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Var ute mer enn to timer av gangen med venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Var på møte eller trening i en forening eller et lag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Drev med en annen hobby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Var på biblioteket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Var på kino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Var på konsert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvordan du har det

11. I løpet av de siste 6 månedene, hvor ofte har du hatt følgende plager? (sett ett kryss pr. linje)

	Omtrent hver dag	Mer enn en gang pr uke	Omtrent hver uke	Omtrent hver måned	Sjelden eller aldri
•Hodepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Vondt i magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Vondt i ryggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Følt deg nedfor (trist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Vært irritabel eller i dårlig humør	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Nervøs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Vanskelig for å sovne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Svimmel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Med mobbing mener vi gjentatt negativ eller "ondsinn" atferd fra en eller flere rettet mot en elev som har vansker for å forsvare seg. Gjentatt erting på en ubehagelig og sårende måte er også mobbing

12. Er du blitt mobbet på skolen de siste månedene?

Ikke i det hele tatt	En sjelden gang	2 eller 3 ganger i måneden	Omtrent 1 gang i uken	Flere ganger i uken
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Har du selv vært med på å mobbe en eller flere elever på skolen de siste månedene?

Ikke i det hele tatt	En sjelden gang	2 eller 3 ganger i måneden	Omtrent 1 gang i uken	Flere ganger i uken
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Under finner du noen påstander. (sett ett kryss for hver linje)

	Helt galt	Nokså galt	Nokså riktig	Helt riktig
• Jeg klarer alltid å løse vanskelige problemer hvis jeg prøver hardt nok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hvis noen motarbeider meg, så kan jeg finne måter og veier å få det som jeg vil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hvis jeg har et problem og står helt fast, så finner jeg vanligvis en vei ut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Jeg føler meg trygg på at jeg vil kunne takle uventede hendelser på en effektiv måte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Jeg beholder roen når jeg møter vanskeligheter, fordi jeg stoler på mine evner til å mestre/få ting til	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om helse/helsetjenester

17. Har du i løpet av de siste 12 månedene vært hos (Sett ett kryss for hver linje)

- | | Ja | Nei |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Allmennpraktiserende lege (fastlegen, lege utenom sykehus) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Lege ved sykehus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Helsestasjon for ungdom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Skolehelsetjenesten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Psykolog | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Psykiater | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • PPT (Pedagogisk Psykologisk Tjeneste) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Fysioterapeut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Kiropraktor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Annen behandler
(homøopat, naturmedisiner, fotsoneterapeut, håndspålegger, "healer", "synsk" e.l.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

18. Har du vært innlagt på sykehus i løpet av de siste 12 månedene? Ja Nei

19. Hvor ofte har du vært borte fra skolen pga sykdom de siste 12 månedene?

Mindre enn en uke 1-2 uker Mer enn 2 uker

Om luftveiene (fra ISAAC)

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

Ja Nei

25. Har du noen gang hatt astma? Ja Nei

33. Har du brukt medisiner mot astma i løpet av de siste 12 månedene?

- Nei
 Ja, av og til
 Ja, regelmessig i mer enn 3 måneder

Om bruk av medisiner

35. Hvor ofte de siste 3 månedene har du brukt reseptfrie medisiner mot noen av plagene nedenfor? (medisiner ikke foreskrevet av lege, for eksempel kjøpt på butikk eller apotek. Sett ett kryss pr. linje)

- | | Aldri | 1 dag i uken
eller sjeldnere | 2 dager
i uken | 3 dager
i uken | 4 dager i
i uken eller mer |
|----------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| •Hodepine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| •Muskel-/leddsmarter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| •Magesmerter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| •Ryggsmerter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| •Andre plager | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

36. Bruker du medisiner som du har fått av lege på resept?

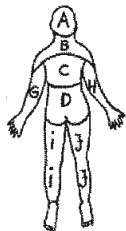
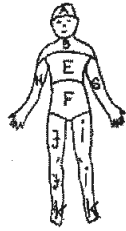
Ja Nei

Om smerter

53. Hvor ofte har du hatt noen av disse plagene i løpet av **de siste 3 månedene?**

(uten at du har skadet deg eller har en kjent sykdom som er årsak til smertene)

Se på figurene og sett ett kryss for hver linje

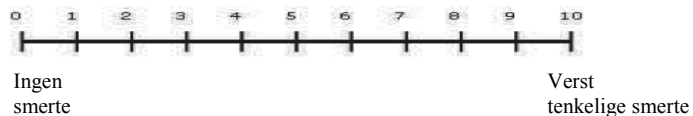
	Aldri/sjelden	Omtrent en gang i måneden	Omtrent en gang i uka	Her og der i uka	Nesten hver dag
 A. Hodepine/migræne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Nakke-/skuldersmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Smerter i øvre del av ryggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Smerter i nedre del av ryggen/setet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Smerter i brystkassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Magesmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 G. Smerter i venstre arm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Smerter i høyre arm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Smerter i venstre bein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Smerter i høyre bein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Smerter i ankler/føtter/hæler..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre smerter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis du har svart **aldri/sjelden** kan du avslutte.

Hvis du har hatt smerter i løpet av de siste 3 månedene:

54. Hvilken smerte har plaget deg mest?

55. Hvor sterk er denne smerten som har plaget deg mest, vanligvis? *(Fint om du setter ring rundt det tallet på linjen som passer best for deg - fra ingen smerte til den verst tenkelige smerte)*



56. Stemmer noe av det som står nedenfor for deg? *(sett ett kryss for hver linje)*

Stemmer Stemmer ikke

- Smerter gjør det vanskelig for meg å sovne
- Smerter forstyrrer den gode nattesøvnen min
- Smerter gjør det vanskelig å sitte i skoletimen
- Smerter gjør det vanskelig for meg å gå merr enn en kilometer
- På grunn av smerter har jeg problemer i gymtimen

57. Har smertene alt i alt hindret deg i å utføre daglige aktiviteter? (ett kryss pr. linje)

- | | Nei | Ja, av og til | Ja, ofte |
|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| •På skolen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| •I fritiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hvis ja, hva slags smerter hindret deg i å utføre daglige aktiviteter? (sett eller flere kryss)

Hodepine/migrene Magesmerter Muskel-/leddsmerter Andre smerter

Eget spørreskjema for 1982-1985-kohorten:

Spørsmål til ungdommene 17 år (første gangs oppfølging):

BAKGRUNNSOPPLYSNINGER OM DEG SELV

1. Hvem bor du sammen med (her kan det settes flere kryss)

- Mor
- Far
- Søsken
- Besteforeldre
- Noen andre voksne
- Jeg bor alene

2. Hva slags skole går du på?

- Barneskole
- Ungdomsskole
- Videregående skole, allmennfaglig
- Videregående skole, yrkesfaglig
- Jeg går ikke på skole

Hvis du ikke går på skole, hva gjør du da _____

OM SMERTER

**43. I løpet av de siste 6 månedene:
Hvor ofte har du hatt følgende plager ?
(sett ett kryss for hver linje)**

	omtrent hver dag	mer enn en gang pr uke	omtrent hver uke	omtrent hver måned	sjelden eller aldri
Hodepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vondt i magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vondt i ryggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg nedfor (trist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vært irritabel eller i dårlig humør	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervøs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vanskelig for å sovne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svimmel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spørsmål til foreldrene (første gangs oppfølging 17 år):

4.6 Har barnet fått støtteundervisning på skolen: nei ja

4.11. Har barnet vært i kontakt med PPT (Pedagogisk Psykologisk Tjeneste):
 nei ja

5.6 Hvilken utdanning har mor:

- Grunnskole
- Videregående skole
- Høyskole / universitet 4 år eller mindre
- Høyskole / universitet 4 år eller mer
- Annet (spesifiser) _____

5.7 Hvilken utdanning har far:

- Grunnskole
- Videregående skole
- Høyskole / universitet 4 år eller mindre
- Høyskole / universitet 4 år eller mer
- Annet (spesifiser) _____

Eget voksne 24 år (andre gangs oppfølging):

3. Hvem bor du sammen med? (sett ett eller flere kryss)

- Ingen
- Ektefelle /samboer
- Foreldre
- Andre personer over 18 år
- Personer under 18 år
- Institusjon / bofellesskap med tilsyn
- Egne barn

Om utdanning og arbeid

4. Hvilken utdanning er den høyeste du har fullført? (bare ett kryss)

- Grunnskole 7-10 år
- Videregående skole, allmennfaglig
- Videregående skole, yrkesfaglig
- Høgskole/universitet, mindre enn 4 år
- Høgskole/universitet, 4 år eller mer

5. Hva slags arbeidssituasjon har du nå? (sett ett eller flere kryss)

- Lønnet arbeid
- Deltid
- Selvstendig næringsdrivende
- Heltids husarbeid
- Utdanning, militærtjeneste
- Arbeidsledig, permittert
- Uføretrygdet
- Annet, *Spesifiser* _____

Om smerter

60. I løpet av de siste 6 månedene, hvor ofte har du hatt følgende plager? (sett ett kryss pr. linje)

	Omtrent hver dag	Mer enn en gang pr uke	Omtrent hver uke	Omtrent hver måned	Sjelden eller aldri
•Hodepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Vondt i magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Vondt i ryggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Følt deg nedfor (trist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Vært irriterbar eller i dårlig humør	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Nervøs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Vanskelig for å sovne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Svimmel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>