

Takk for frammøtet til undersøkelsen!

Vi vil også be deg fylle ut dette spørreskjemaet. Opplysningene vil bli brukt i større forskningsarbeider om forebyggende helsearbeid. Noen av spørsmålene likner på spørsmål du har svart på i det skjemaet du fylte ut hjemme og leverte ved frammøte til helseundersøkelsen. Det er likevel viktig at du svarer på alle spørsmålene også i dette skjemaet. Det utfylte skjemaet returneres i vedlagte svarkonvolutt. Porto er betalt.

Alle opplysningene er underlagt streng taushetsplikt.

Vennlig hilsen

Helsetjenesten i Nord-Trøndelag

Statens Institutt for Folkehelse Statens helseundersøkelser

Hvis du ikke ønsker å besvare spørreskjemaet, sett kryss her og returner skjemaet. Da slipper du purring.  
Jeg ønsker ikke å besvare skjemaet

### UTFYLING

Dato for utfylling av skjema:  19

### OPPVEKST

I hvilken kommune bodde du da du fylte 1 år?

Hvis du ikke bodde i Norge, oppgi land i stedet for kommune

24

### BOLIG

Hvilken type bolig bor du i? Bare ett kryss

- Enebolig/villa ..... 25  1  
 Gårdsbruk .....  2  
 Blokk/terrasseleilighet .....  3  
 Rekkehus/2-4 mannsbolig .....  4  
 Trygdebolig/aldersbolig/servicebolig .....  5  
 Sykeheim/aldersheim .....  6  
 Annen bolig .....  7

Hvor stor er din boenhet? ..... 26  kvm

- Er det heldekkende tepper i stua? ..... 29  Ja  Nei  
 Er det heldekkende tepper på ditt soverom? .....    
 Er det katt i boligen? ..... 31    
 Er det hund i boligen? .....    
 Er det andre pelskleddede dyr eller fugler i boligen?

Hvem bor du sammen med? Ett eller flere kryss

- Ektefelle/samboer ..... 34  Søster/bror ..... 37   
 Barn/svigerbarn .....  Annen familie/slekt .....   
 Bor alene ..... 36  Andre ..... 39

### SYKDOM I FAMILIEN

Kryss av for de slektningene som har eller har hatt noen av sykdommene. Kryss av for "ingen" hvis ingen av slektningene har hatt denne sykdommen. Evt. flere kryss på hver linje

	Mor	Far	Bror	Søster	Barn	Ingen
Hjerneslag eller hjerneblødning ..... 40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerteinfarkt før 60 års alder ..... 46	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma ..... 52	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergi ..... 58	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreftsykdom ..... 64	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Høyt blodtrykk ..... 70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiske plager ..... 76	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose (benskjørhet) ..... 82	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (sukkersyke) ..... 88	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alder da de fikk diabetes ..... 94	<input type="text" value=" år"/>	<input type="text" value=" år"/>	<input type="text" value=" år"/>	<input type="text" value=" år"/>	<input type="text" value=" år"/>	

Har du selv høysnue eller neseallergi? ..... 104  Ja  Nei

### SIVILSTAND

Hva er din sivilstand? 105

- Gift .....  1 Enkemann .....  3  
 Skilt/separert .....  2 Har aldri vært gift .....  4

### BRUK AV HELSETJENESTER

Har du i løpet av de siste 12 månedene vært hos:

- Ett kryss på hver linje Ja Nei  
 allmennpraktiserende lege (kommunelege, privatpraktiserende lege, turnuskandidat) ..... 106    
 lege ved sykehus (uten at du var innlagt) .....    
 annen lege .....    
 fysioterapeut .....    
 kiropraktor .....    
 homøopat ..... 111    
 annen behandler (naturmedisiner, fotsoneterapeut, håndspålegger, "healer", "synsk", e.l.) .....

### SYKEHUS

Har du vært innlagt i sykehus de siste 5 åra? ..... 113  Ja  Nei

Hvis «Ja»: Svar ut fra siste gang du var innlagt

Synes du at du ble utskrevet for tidlig, i passe tid eller for seint? 114

- For tidlig .....   
 I passe tid .....   
 For seint .....

Hvor ble du utskrevet til? 115

- Heim .....   
 Kuropphold .....   
 Sykeheim .....

Fikk du tilstrekkelig hjelp og oppfølging etter utskrivingen? ..... 116  Ja  Nei

### HEIMEHJELP

Har du heimehjelp? Ja Nei  
 Privat ..... 117    
 Kommunal ..... 118

Dersom du har KOMMUNAL heimehjelp: Har du nok kommunal heimehjelp, eller trenger du mer? 119

- Ja, jeg har nok .....   
 Nei, jeg trenger mer .....

I tilfelle du IKKE har kommunal heimehjelp: Ja Nei  
 Trenger du kommunal heimehjelp? ..... 120

## HEIMESYKEPLEIE

Har du heimesykepleie? ..... 121 Ja  Nei

Hvis «Ja»:

Har du nok heimesykepleie, eller trenger du mer?

Ja, jeg har nok .....   
 Nei, jeg trenger mer .....

## SYKEHEIM

Har du vært innlagt på sykeheim i løpet av de siste 12 månedene? <sup>123</sup>

Nei .....   
 Ja, jeg har vært der en periode .....   
 Ja, jeg bor der fast .....

Hvis «Nei», kan du hoppe over de neste to spørsmålene

Hvis «Ja»:

Hvor var du FØR du ble innlagt på sykeheimen siste gang? <sup>124</sup>

Bodde i egen heim .....   
 Var innlagt i sykehus .....   
 Var annet sted .....

Hvis du har vært på sykeheimen EN PERIODE i løpet av de siste 12 mndr.:

Bodde du på sykeheimen passe lenge? <sup>125</sup>

Det var for kort tid .....   
 Passe tid .....   
 Det var for lang tid .....

## KOMMUNAL HJELP ALT I ALT

Hvordan er du alt i alt fornøyd med hjelpa du får fra kommunen? <sup>126</sup>

Meget fornøyd ..... <input type="checkbox"/> 1	Jeg får ingen hjelp, men burde ha hatt det .... <input type="checkbox"/> 5
Nokså fornøyd ..... <input type="checkbox"/> 2	
Nokså misfornøyd .. <input type="checkbox"/> 3	Jeg får ingen hjelp, og trenger det ikke ..... <input type="checkbox"/> 6
Meget misfornøyd .. <input type="checkbox"/> 4	

## KOSTHOLD

Hvor mange måltider spiser du vanligvis daglig (middag og brødmåltid)? ..... 127

Antall

Hvor mange dager i uka spiser du varm middag?

Hva slags type brød (kjøpt eller hjemmebakt) spiser du vanligvis? *Inntil to kryss*

Brødtypen ligner mest på ..... <sup>129</sup> <input type="checkbox"/>	Loff <input type="checkbox"/>	Fint brød <input type="checkbox"/>	Kneipp-brød <input type="checkbox"/>	Grov-brød <input type="checkbox"/>	Knekke-brød <input type="checkbox"/>
--	-------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------

Hva slags fett blir vanligvis brukt i din husholdning?

<i>Ett kryss for matlagning og ett kryss for brød</i>		<i>Til matlagning På brød</i>
Bruker ikke smør eller margarin ..... <sup>134</sup> <input type="checkbox"/> 1		<sup>135</sup> <input type="checkbox"/> 1
Meierismør ..... <input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 2
Hard margarin ..... <input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 3
Bløt (soft) margarin ..... <input type="checkbox"/> 4		<input type="checkbox"/> 4
Smør/margarin blanding ..... <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> 5
Lettmargarin ..... <input type="checkbox"/> 6		<input type="checkbox"/> 6
Oljer ..... <input type="checkbox"/> 7		<input type="checkbox"/> 7

Hvor mange glass melk (alle sorter, også drikkeyoghurt) drikker du vanligvis daglig? *Bare ett kryss* <sup>136</sup>

Ingen ..... <input type="checkbox"/> 1	1-2 glass ..... <input type="checkbox"/> 3
Mindre enn ett ..... <input type="checkbox"/> 2	3 eller mer ..... <input type="checkbox"/> 4

Hvor mange brødskeer med kvitost spiser du vanligvis daglig? *Bare ett kryss* <sup>137</sup>

Ingen ..... <input type="checkbox"/> 1	1-2 skiver ..... <input type="checkbox"/> 3
Mindre enn en ..... <input type="checkbox"/> 2	3 eller mer ..... <input type="checkbox"/> 4

## HVILE OG AVSLAPPING

Hvor mange timer tilbringer du vanligvis i liggende stilling i løpet av et døgn? (nattesøvn, middagshvil) ..... 138

Antall timer

Hvor mange timer tilbringer du vanligvis i sittende stilling i løpet av et døgn? (arbeid, måltider, TV, bil etc.) ..... 140

Antall timer

Har du i løpet av siste måned hatt innsøvningsproblemer? *Bare ett kryss* <sup>142</sup>

Nesten hver natt ..... <input type="checkbox"/> 1	Av og til ..... <input type="checkbox"/> 3
Ofta ..... <input type="checkbox"/> 2	Aldri ..... <input type="checkbox"/> 4

Har du i løpet av siste måned våknet for tidlig og ikke fått sove igjen? *Bare ett kryss* <sup>143</sup>

Nesten hver natt ..... <input type="checkbox"/> 1	Av og til ..... <input type="checkbox"/> 3
Ofta ..... <input type="checkbox"/> 2	Aldri ..... <input type="checkbox"/> 4

## MEDISINBRUK

Har du i deler av de siste 12 måneder brukt noen medisiner daglig eller nesten daglig? ..... 144 Ja  Nei

Hvis «Ja»:

Angi hvor mange måneder du brukte følgende medisiner: *Sett 0 hvis du ikke har brukt medisinerne*

smertestillende ..... 145	<input type="checkbox"/>	Antall mndr.	hjertemedisin (ikke blodtrykksmedisin) ..... <input type="checkbox"/>	Antall mndr.
sovemedisin ..... 147	<input type="checkbox"/>		annen medisin ..... <input type="checkbox"/>	
beroligende medisin	<input type="checkbox"/>		<i>Kosttilskudd:</i>	
medisin mot depresjon	<input type="checkbox"/>		jerntabletter ..... 161	<input type="checkbox"/>
allergimedisin ..... 153	<input type="checkbox"/>		vitamin D-tilskudd	<input type="checkbox"/>
astmamedisin ..... 155	<input type="checkbox"/>		andre vitamintilskudd	<input type="checkbox"/>
			tran/fiskeoljer ..... 167	<input type="checkbox"/>

Hvor ofte har du brukt avslappende/beroligende medisin eller sovemedisin den siste måneden? <sup>169</sup>

Daglig ..... <input type="checkbox"/> 1	Sjeldnere enn hver uke ..... <input type="checkbox"/> 3
Hver uke, men ikke hver dag <input type="checkbox"/> 2	Aldri ..... <input type="checkbox"/> 4

## VENNER

Hvor mange gode venner har du?

Regn med de du kan snakke fortrolig med og som kan gi deg god hjelp når du trenger det ..... 170  
*Tell ikke med de du bor sammen med, men regn med andre slektninger*

Antall

Føler du at du har mange nok gode venner? .... 172 Ja  Nei

Hvor ofte tar du vanligvis del i foreningsvirksomhet som f.eks. syklubb, eldrecenter, pensjonistforening, politiske lag, religiøse eller andre foreninger? *Bare ett kryss* 173

- Aldri, eller noen få ganger i året ..... <sup>1</sup> Omtrent en gang i uka ... <sup>3</sup>  
 1-2 ganger i måneden ... <sup>2</sup> Mer enn en gang i uka ... <sup>4</sup>

## HUMØR OG TRIVSEL

*Ett kryss på hver linje*

**Angi hvordan du har følt deg den siste måneden:**

- |                                     |                          |                          |                          |                          |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                     | <i>Aldri</i>             | <i>Noen ganger</i>       | <i>Ganske ofte</i>       | <i>For det meste</i>     |
| i godt humør ..... <sup>174</sup>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i dårlig humør ..... <sup>175</sup> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Er du rask til å oppfatte et humoristisk poeng?** <sup>176</sup>

- |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <i>Svært treg</i>        | <i>Ganske treg</i>       | <i>Ganske rask</i>       | <i>Svært rask</i>        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Er du enig i at det er noe ansvarsløst over folk som stadig prøver å være morsomme?** <sup>177</sup>

- |                                    |                                 |
|------------------------------------|---------------------------------|
| Nei, slett ikke ..... <sup>1</sup> | Ganske enig ..... <sup>3</sup>  |
| I noen grad ..... <sup>2</sup>     | Ja, absolutt ..... <sup>4</sup> |

**Er du en munter person?** <sup>178</sup>

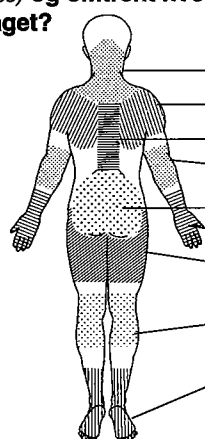
- |                                    |                                  |
|------------------------------------|----------------------------------|
| Nei, slett ikke ..... <sup>1</sup> | Ganske munter ..... <sup>3</sup> |
| I noen grad ..... <sup>2</sup>     | Ja, absolutt ..... <sup>4</sup>  |

## MUSKEL-/SKJELETTPLAGER

**Har du hatt plager (smerter, verk, ubehag) i muskler og/eller ledd i den siste måneden?** .....<sup>179</sup> *Ja*  *Nei*

*Hvis «Nei»: Gå til HODEPINE*

**Hvis «Ja»: Hvor har du hatt disse plagene (ett eller flere kryss) og omtrent hvor mange dager tilsammen var du plaget?**

	<i>Plager (Sett kryss)</i>	<i>Antall dager</i>
	Nakke ..... <sup>180</sup>	<input type="checkbox"/>
	Skuldre/aksler ..... <sup>183</sup>	<input type="checkbox"/>
	Øvre del av ryggen	<input type="checkbox"/>
	Albuer ..... <sup>189</sup>	<input type="checkbox"/>
	Korsryggen ..... <sup>192</sup>	<input type="checkbox"/>
	Håndledd/hender	<input type="checkbox"/>
	Hofter ..... <sup>198</sup>	<input type="checkbox"/>
	Knær ..... <sup>201</sup>	<input type="checkbox"/>
	Ankler/føtter ..... <sup>204</sup>	<input type="checkbox"/>
	<i>Dersom flere kryss: Sett ring rundt krysset der plagen var verst</i>	

**Har plagene hindret deg i å utføre daglige aktiviteter den siste måneden?** .....<sup>207</sup> *Ja*  *Nei*

## HODEPINE

**Har du vært plaget av hodepine i løpet av de siste 12 måneder?** <sup>208</sup>

- |  |                          |   |                      |
|--|--------------------------|---|----------------------|
| Ja, anfallsvis (migrene)..... <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> | Antall anfall siste 12 mndr. <sup>209</sup> | <input type="text"/> |
| Ja, annen slags hodepine.. <sup>2</sup>    | <input type="checkbox"/> |   |                      |
| Nei ..... <sup>3</sup>                     | <input type="checkbox"/> |   |                      |

*Hvis «Nei»: Gå til URINLEKKASJE*

**Omtrent hvor mange dager pr. måned har du hodepine?**  
 Mindre enn 7 dager <sup>1</sup> 7 til 14 dager <sup>2</sup> Mer enn 14 d. <sup>3</sup>

**Hvor lenge varer hodepinen vanligvis hver gang?** <sup>212</sup>  
 Mindre enn 4 timer <sup>1</sup> 4 timer-3 døgn <sup>2</sup> Mer enn 3 døgn <sup>3</sup>

**Hvor ofte er hodepinen preget av eller ledsaget av:**

- |   |                            |                          |                          |
|---|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <i>Ett kryss på hver linje</i>                      | <i>Sjelden eller aldri</i> | <i>Av og til</i>         | <i>Ofte</i>              |
| bankende/dunkende smerte ..... <sup>213</sup>       | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| pressende smerte .....                              | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| halvsidighet, alltid samme side .....               | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| halvsidighet, vekselvis h. og v. side               | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| smerter i «hele hodet» .....                        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| kvalme ..... <sup>218</sup>                         | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| lys- og/eller lydskyhet .....                       | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| forverring ved fysisk aktivitet.....                | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| synsforstyrrelser før hodepine ..... <sup>221</sup> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Hvor mange tabletter/stikkpiller har du eventuelt brukt av disse medisinene alt i alt i løpet av den siste måneden?**

*Skriv 0 hvis du ikke har brukt medisinen.*

Cafergot  <sup>222</sup> Anervan  <sup>224</sup> Imigran  <sup>226</sup>

## URINVEGS- OG PROSTATAPLAGER

*Ett kryss på hver linje*

**Har du noen gang blitt fortalt av lege at du har:** *Ja*  *Nei*

forstørret prostata ..... <sup>228</sup>	<input type="checkbox"/>
prostatakreft ..... <sup>229</sup>	<input type="checkbox"/>

**Har du gjennomgått noe av følgende:** *Ja*  *Nei*

sterilisering ..... <sup>230</sup>	<input type="checkbox"/>
tatt vevsprøve (biopsi) av prostata ..... <sup>231</sup>	<input type="checkbox"/>
kirurgisk fjerning av prostata (helt eller delvis) ..... <sup>232</sup>	<input type="checkbox"/>

**De neste spørsmålene gjelder siste måned**

*Bare ett kryss for hvert hver spørsmål*

**Hvor ofte har du hatt følelsen av at blæren ikke er blitt fullstendig tømt etter avsluttet vannlating?** <sup>233</sup>

Aldri ..... <sup>1</sup>	Omtrent annenhver gang ... <input type="checkbox"/>	<sup>4</sup>
Omtrent 1 av 5 ganger ... <input type="checkbox"/>	Omtrent 2 av 3 ganger ..... <input type="checkbox"/>	<sup>5</sup>
Omtrent 1 av 3 ganger ... <input type="checkbox"/>	Nesten alltid ..... <input type="checkbox"/>	<sup>6</sup>

**Hvor ofte har du måttet late vannet på nytt mindre enn 2 timer etter forrige vannlating?** <sup>234</sup>

Aldri ..... <sup>1</sup>	Omtrent annenhver gang ... <input type="checkbox"/>	<sup>4</sup>
Omtrent 1 av 5 ganger ... <input type="checkbox"/>	Omtrent 2 av 3 ganger ..... <input type="checkbox"/>	<sup>5</sup>
Omtrent 1 av 3 ganger ... <input type="checkbox"/>	Nesten alltid ..... <input type="checkbox"/>	<sup>6</sup>

**Hvor ofte har du måttet stoppe og starte flere ganger under vannlatingingen?** <sup>235</sup>

Aldri ..... <sup>1</sup>	Omtrent annenhver gang ... <input type="checkbox"/>	<sup>4</sup>
Omtrent 1 av 5 ganger ... <input type="checkbox"/>	Omtrent 2 av 3 ganger ..... <input type="checkbox"/>	<sup>5</sup>
Omtrent 1 av 3 ganger ... <input type="checkbox"/>	Nesten alltid ..... <input type="checkbox"/>	<sup>6</sup>

**Hvor ofte synes du det har vært vanskelig å holde igjen når du har følt trang til å late vannet?** <sup>236</sup>

Aldri ..... <sup>1</sup>	Omtrent annenhver gang ... <input type="checkbox"/>	<sup>4</sup>
Omtrent 1 av 5 ganger ... <input type="checkbox"/>	Omtrent 2 av 3 ganger ..... <input type="checkbox"/>	<sup>5</sup>
Omtrent 1 av 3 ganger ... <input type="checkbox"/>	Nesten alltid ..... <input type="checkbox"/>	<sup>6</sup>

**Hvor ofte har du hatt svak urinstråle?** <sup>237</sup>

Aldri ..... <sup>1</sup>	Omtrent annenhver gang ... <input type="checkbox"/>	<sup>4</sup>
Omtrent 1 av 5 ganger ... <input type="checkbox"/>	Omtrent 2 av 3 ganger ..... <input type="checkbox"/>	<sup>5</sup>
Omtrent 1 av 3 ganger ... <input type="checkbox"/>	Nesten alltid ..... <input type="checkbox"/>	<sup>6</sup>

Hvor ofte har du måttet trykke eller presse for å begynne vannlatingen? <sup>238</sup>

- Aldri .....  <sup>1</sup> Omtrent annenhver gang ...  <sup>4</sup>  
 Omtrent 1 av 5 ganger ....  <sup>2</sup> Omtrent 2 av 3 ganger .....  <sup>5</sup>  
 Omtrent 1 av 3 ganger ....  <sup>3</sup> Nesten alltid .....  <sup>6</sup>

Hvor mange ganger har du vanligvis måttet stå opp i løpet av natta for å late vannet? <sup>239</sup>

- Ingen .....  <sup>1</sup> 2 ganger .....  <sup>3</sup> 4 ganger .....  <sup>5</sup>  
 1 gang .....  <sup>2</sup> 3 ganger .....  <sup>4</sup> 5 ganger eller mer  <sup>6</sup>

Hvis du resten av livet måtte leve med de vannlatingsproblemene du har nå, hvordan ville du føle det? <sup>240</sup>

- Være meget godt fornøyd ..  <sup>1</sup> Være for det meste utilfreds  <sup>5</sup>  
 Være fornøyd .....  <sup>2</sup> Være misfornøyd .....  <sup>6</sup>  
 Være for det meste tilfreds .  <sup>3</sup> Ha det forferdelig .....  <sup>7</sup>  
 Ha blandete følelser .....  <sup>4</sup>

## HVORDAN DU SER PÅ DEG SELV

Folk ser på seg selv på ulike måter. Kryss av for hvert utsagn hvor enig eller uenig du er. *Ett kryss på hver linje*

- |  | Svært enig               | Enig                     | Uenig                    | Svært uenig              |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Jeg har en positiv holdning til meg selv ..... <sup>241</sup>                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg føler meg virkelig ubrukelig til tider ..... <sup>242</sup>                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg føler at jeg ikke har mye å være stolt av ..... <sup>243</sup>                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg føler at jeg er en verdifull person, i allefall på lik linje med andre ..... <sup>244</sup>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Synes du at du har funnet et virkelig betydningsfullt innhold i livet ditt? ..... <sup>245</sup> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Føler du at du lever fullt ut? ..... <sup>246</sup>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## HVORDAN DU FØLER DEG NA

Sett kryss i den ruta utenfor det svaret som best beskriver dine følelser **den siste uka**. *Bare ett kryss*

Føler du deg stort sett sterk og opplagt, eller trøtt og sliten? <sup>247</sup>

- |  |   |
|--|---|
| Meget sterk og opplagt ..... <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | Ganske trøtt og sliten <input type="checkbox"/> <sup>5</sup>    |
| Sterk og opplagt ..... <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>       | Trøtt og sliten ..... <input type="checkbox"/> <sup>6</sup>     |
| Ganske sterk og opplagt <input type="checkbox"/> <sup>3</sup>      | Svært trøtt og sliten ... <input type="checkbox"/> <sup>7</sup> |
| Både – og ..... <input type="checkbox"/> <sup>4</sup>              |   |

Har du i det store og hele en rolig og god følelse inne i deg? <sup>248</sup>

- |  |   |
|--|---|
| Nesten hele tida ..... <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | Av og til ..... <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> |
| Ofta ..... <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>             | Aldri ..... <input type="checkbox"/> <sup>4</sup>     |

Er du vanligvis glad eller nedstemt? <sup>249</sup>

- |  |  |
|--|--|
| Svært nedstemt ..... <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | Nokså glad ..... <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> |
| Nedstemt ..... <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>       | Glad ..... <input type="checkbox"/> <sup>6</sup>       |
| Nokså nedstemt ..... <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | Svært glad ..... <input type="checkbox"/> <sup>7</sup> |
| Både – og ..... <input type="checkbox"/> <sup>4</sup>      |  |

## LEGEMLIGE FUNKSJONER

Klarer du selv, uten hjelp av andre, i det daglige å:

- | <i>Ett kryss på hver linje</i>                   | Ja                       | Med noe hjelp            | Nei                      |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Gå innendørs i samme etasje ..... <sup>250</sup> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gå på toalettet .....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vaske deg på kroppen ..... <sup>252</sup>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bade eller dusje .....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kle på og av deg ..... <sup>254</sup>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Legge deg og stå opp .....                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Spise selv ..... <sup>256</sup>                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hvis du har hatt hjelp til noe av dette, omtrent hvor lenge har du hatt hjelp? *Bare ett kryss* <sup>257</sup>

- |   |  |
|---|--|
| Under 3 måneder ..... <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | 1 – 5 år ..... <input type="checkbox"/> <sup>4</sup>     |
| 3 – 6 måneder ..... <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>   | Mer enn 5 år ..... <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> |
| 1/2 – 1 år ..... <input type="checkbox"/> <sup>3</sup>      |  |

Hvis du trenger hjelp til ett eller flere av disse gjøremålene, hvem er det som for det meste hjelper deg?

- Bare ett kryss*
- |   |  |
|---|--|
| Ektefelle/samboer ..... <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | Annen familie/slekt .... <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |
| Barn/svigerbarn ..... <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>   | Andre ..... <input type="checkbox"/> <sup>5</sup>              |
| Søster/bror ..... <input type="checkbox"/> <sup>3</sup>       |  |

## DAGLIGE OPPGAVER

Klarer du selv disse gjøremålene i det daglige uten hjelp fra andre? *Ett kryss på hver linje*

- |  | Ja                       | Med noe hjelp            | Nei                      |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Lage varm mat ..... <sup>259</sup>                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gjøre lett husarbeid (f.eks. oppvask) .....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gjøre tyngre husarbeid (f.eks. gulvvaske) ..... <sup>261</sup> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vaske klær .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Betale regninger ..... <sup>263</sup>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ta medisinerne .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Komme deg ut ..... <sup>265</sup>                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gjøre innkjøp .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ta bussen ..... <sup>267</sup>                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hvis du trenger hjelp til ett eller flere av disse gjøremålene, omtrent hvor lenge har du hatt hjelp?

- Bare ett kryss* <sup>268</sup>
- |   |  |
|---|--|
| Under 3 måneder ..... <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | 1 – 5 år ..... <input type="checkbox"/> <sup>4</sup>     |
| 3 – 6 måneder ..... <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>   | Mer enn 5 år ..... <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> |
| 1/2 – 1 år ..... <input type="checkbox"/> <sup>3</sup>      |  |

Hvis du trenger hjelp til ett eller flere av disse gjøremålene, hvem er det som for det meste hjelper deg?

- Bare ett kryss* <sup>269</sup>
- |   |  |
|---|--|
| Ektefelle/samboer ..... <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | Annen familie/slekt .... <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |
| Barn/svigerbarn ..... <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>   | Andre ..... <input type="checkbox"/> <sup>5</sup>              |
| Søster/bror ..... <input type="checkbox"/> <sup>3</sup>       |  |

*Legg det utfylte spørreskjemaet i den vedlagte svarkonvolutt og postlegg den så snart som mulig!  
 Porto er betalt.*

*Hjertelig takk for hjelpa!*