



Fornavn Etternavn
Adresse 1
~~Adresse 2~~
0000 Poststed

Invitasjon til helseundersøkelse

Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) har siden 1984 invitert alle unge og voksne nordtrøndere til å delta i omfattende undersøkelser som har inkludert spørreskjema, intervjuer, undersøkelser og blodprøver. Dette er en av de største befolkningsundersøkelsene i verden og gir viktig informasjon om ulike helseplager og sykdommer, og hvilke forhold som påvirker utvikling av disse.

Etter at Nord- og Sør-Trøndelag nå er slått sammen til Trøndelag, utvider HUNT datainnsamlingen med et **spørreskjema** til alle personer over 18 år som bor i tidligere Sør-Trøndelag. Ved å delta gir du et viktig bidrag til medisinsk forskning og arbeidet for å fremme folkehelse.

Dette skjemaet går til deltakere som er 76 år eller eldre.

Vennligst svar så nøyaktig som mulig.

Du kan lese mer om HUNT i den vedlagte informasjonsbrosjyren, og mer om denne delen av undersøkelsen på hunt.no/trondelag.

SLIK SVARER DU PÅ SPØRRESKJEMAET

Fyll ut skjemaet slik det er beskrevet på neste side, og kryss av på spørsmål om samtykke.

- LEGG DET I SVARKONVOLUTTEN
- POST DET SNAREST MULIG
- PORTO ER BETALT

Om noe er uklart vedrørende din deltakelse, kan du kontakte oss på telefon 41 28 00 18.
For andre henvendelser, se kontaktinformasjonen til HUNT forskningscenter i informasjonsbrosjyren.



OM SPØRRESKJEMAET

I spørreskjemaet finner du spørsmål om plager og sykdommer, og om andre forhold som har betydning for helsa. Dersom enkelte spørsmål er uklare, lar du dem stå ubesvarte. Flere steder i skjemaet ber vi om antall ganger noe har skjedd, eller alder første gang noe skjedde. Hvis du ikke husker nøyaktig, kan du skrive tallet du tror er mest riktig. Hver deltaker er like viktig, enten du er ung eller gammel, frisk eller syk. Jo flere som er med, jo mer helhetlig og verdifull blir helseundersøkelsen. Din deltakelse bidrar til at vi kan finne ut mer om hva som påvirker helse og livskvalitet for alle grupper i samfunnet.

Med vennlig hilsen



Steinar Krokstad
Professor dr. med
Leder HUNT forskningscenter



Arnulf Langhammer
Professor dr. med
Leder HUNT databank

SAMTYKKE TIL DELTAGELSE

Jeg har lest informasjonsbrosjyren om helseundersøkelsen og er kjent med hva det generelle samtykket til å delta innebærer. Jeg har hatt anledning til å spørre om mer informasjon på telefon og epost.

Samtykker du til å delta?

Ja, jeg samtykker til å delta i helseundersøkelsen

**LES
DETTE
FØR DU
STARTER**

Skjemaet skal leses maskinelt. Følg derfor disse instruksjonene:

- Bruk svart/blå kulepenn eller en god blyant.
- Kryss av slik:
- Krysser du feil, fyller du hele feltet med farge, slik: Sett så kryss i rett felt.
- Sett bare ett kryss for hvert spørsmål om ikke annet er oppgitt.
- Bruk hele tall når du fyller inn antall år eller antall ganger, slik:

1 Hvordan er helsa di nå?

Dårlig Ikke helt god God Svært god

2 Har du nå noen langvarig (minst 1 år) sykdom, skade eller lidelse av fysisk eller psykisk art som nedsetter dine funksjoner i ditt daglige liv?

Nei Ja

HVIS JA:

Hvor mye vil du si at dine funksjoner er nedsatt?
(Sett ett kryss per linje)

	Ikke nedsatt	Litt nedsatt	Middels nedsatt	Mye nedsatt
Er bevegelsehemmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har nedsatt syn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har nedsatt hørsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemmet pga. kroppslig sykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemmet pga. psykisk sykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 I hvilken grad har din fysiske helse eller følelsesmessige problemer begrenset deg i din vanlige sosiale omgang med familie eller venner i løpet av de siste 4 uker?

Ikke i det hele tatt En del Litt Mye Kunne ikke ha sosial omgang

4 Har du de siste 2 ukene følt deg:

(Sett ett kryss per linje)

	Nei	Litt	En god del	Svært mye
Trygg og rolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glad og optimistisk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervøs og urolig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plaget av angst.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedfor/deprimert.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Generelt anspent.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 Har du vært plaget med smerter i muskler og ledd sammenhengende i minst 3 måneder i løpet av det siste året?

Nei Ja

HVIS JA:

Hvor har du hatt disse plagene?

(Sett ett eller flere kryss)

Nakke Kjeve
 Bryst Skuldre
 Øvre del av ryggen Albue
 Korsryggen Hofte
 Lår Håndledd/fingre
 Knær
 Legg Ankler/føtter

Har du vært plaget både i høyre og venstre kroppshalvdel? Nei Ja

Har plagene hindret deg i å utføre daglige aktiviteter? Nei Ja

I arbeid.....

I fritida.....

6 Kjenner du deg vedvarende utmattet/sliten?

Nei Ja

HVIS JA:

Omtrent hvor lenge har du kjent deg utmattet/sliten?

Mindre enn 3 måneder 3-6 måneder Mer enn 6 måneder

Omtrent hvor mye av tiden kjenner du deg utmattet/sliten?

Mindre enn 25 % av tiden 25-50 % av tiden 50-75 % av tiden Mer enn 75 % av tiden

7 Har du, eller har du noen gang hatt, noen av følgende sykdommer/plager? Angi også alder da du fikk dette/disse. (Sett ett kryss per linje)

	Nei	Ja	Alder første gang?
Angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Hjerteinfarkt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Hjertesvikt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Atrieflimmer (forkammerflimmer).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Hjerneslag (hjerneinfarkt eller blødning).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Kols eller emfysem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Diabetes (sukkersyke).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Lavt stoffskifte (hypotyreose).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Høyt stoffskifte (hypertyreose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Kreftsykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Migrene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Psoriasis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Nyresykdom, utenom urinveisinfeksjon.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Leddgikt (reumatoid artritt).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Bechterews sykdom (spondylartritt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Urinsyregikt (podagra)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Psysiske plager som du har søkt hjelp for.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel

8 Hvordan vurderer du tannhelsa di?

Meget dårlig	Dårlig	God	Meget god
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9 Har du noen gang opplevd noe av dette?

(Flere kryss mulig)

	Nei	Ja, før 18 år	Ja, etter 18 år	Ja, siste 12 måneder
Vært livstruende syk eller skadet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatt livstruende sykdom eller skade blant dine nærmeste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alvorlige problem i forholdet til din partner eller ektefelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brudd i ditt parforhold.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brå og uventet død hos noen som stod deg nær.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blitt utsatt for fysisk vold (banket/ skadet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjentatt psykisk vold fra dine nærmeste (truet/utskjelt/latterliggjort/nedverdiget)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blitt utsatt for uønskede seksuelle handlinger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blitt mobbet på mobil eller internett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blitt mobbet/trakassert på skole/ utdanningssted.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10 Har du i løpet av de siste 12 måneder vært utsatt for en eller flere skader som førte til at du oppsøkte lege eller tannlege?

Ja, en skade	Ja, flere skader	Nei
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11 Har du i løpet av de siste 12 måneder vært hos:

	Nei	Ja
Legevakt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fastlege/allmennlege.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen lege eller psykolog utenfor sykehus....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsultasjon uten innleggelse		
- ved psykiatrisk poliklinikk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ved annen poliklinikk i sykehus.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunal psykiatrisk sykepleier.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysioterapeut/manuell terapeut.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiropraktor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naprapat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akupunktør.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alternativ behandler (homøopat, soneterapeut, håndspålegger eller annen)....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12 Bruker du noen reseptpliktige medisiner nå?

Nei Ja

HVIS JA:

Bruker du noen av disse medisinene? Angi også alder da du begynte med slik medisin.

	Nei	Ja	Alder første gang?
Medisin for høyt blodtrykk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Kolesterolsenkende medisin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Medisin for astma eller kols.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Medisin for angst eller depresjon.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Medisin for stoffskiftet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Tabletter eller neseppray mot allergi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel

LEVEVANER

13 Tenk på det siste året; hvor mange ganger per uke spiser du disse matvarene?

(Sett ett kryss per linje)

	Mindre enn 1 gang	1-3 ganger	4-6 ganger	7 eller mer
Frukt/bær.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grønnsaker.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rødt, rent kjøtt (storfe, svin, lam, vilt).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvitt, rent kjøtt (kylling, kalkun).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kjøttdeig, pølser og lignende.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mager, ren fisk (f.eks. torsk, sei).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fet fisk (f.eks. laks, ørret, sild, makrell som pålegg/middag).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14 Hvor ofte spiser du vanligvis disse måltidene?

(Sett ett kryss per linje)

	Sjelden/ aldri	1-2 ganger per uke	3-6 ganger per uke	Hver dag
Frokost.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formiddagsmat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Middag.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kveldsmat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet måltid.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nattmat (kl. 24-06)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15 Røykevaner (Sett ett kryss)

- Jeg har aldri røykt
- Jeg har røykt AV OG TIL tidligere
- Jeg røyker AV OG TIL nå (ikke daglig)
- Jeg røyker DAGLIG nå: ▼

- Jeg røyker omtrent..... sigaretter per dag

- Jeg begynte å røyke daglig da jeg var..... år gammel

- Jeg har røykt DAGLIG tidligere; ▼

- Jeg begynte da jeg var..... år gammel

- Jeg sluttet da jeg var..... år gammel

- Da jeg røykte, røykte jeg..... sigaretter per dag

16 Omtrent hvor ofte har du i løpet av de siste 12 måneder drukket alkohol? *(Regn ikke med lettøl)*

- Ikke drukket alkohol siste 12 måneder
- 1 gang i måneden eller sjeldnere
- 2-4 ganger per måned
- 2-3 ganger per uke
- 4 eller flere ganger per uke
- Jeg har aldri drukket alkohol

17 Hvor mange glass øl drikker du vanligvis i løpet av 2 uker?

(Regn ikke med lettøl, sett 0 hvis du ikke drikker alkohol)

Øl

Antall glass

18 Hvor mange glass vin drikker du vanligvis i løpet av 2 uker?

(Sett 0 hvis du ikke drikker alkohol)

Vin

Antall glass

19 Hvor mange glass brennevin drikker du vanligvis i løpet av 2 uker?

(Sett 0 hvis du ikke drikker alkohol)

Brennevin

Antall glass

20 Hvor ofte drikker du 6 glass eller mer av øl, vin eller brennevin ved samme anledning?

- Aldri
- Sjeldnere enn månedlig
- Månedlig
- Ukentlig
- Daglig eller nesten daglig

21 Hvor ofte har det hendt i løpet av de siste 3 måneder at du:

	Aldri/sjelden	Av og til	Minst 3 ganger per uke
Snorker høyt og sjenerende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Får pustestopp når du sover	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har vanskelig for å sovne om kvelden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Våkner gjentatte ganger om natta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Våkner for tidlig og får ikke sove igjen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fungerer dårlig på dagtid (sosialt eller yrkesmessig) pga. søvnproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Får ubehag, kribling eller mauring i bein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omtrent hvor mange timer nattesøvn får du på en vanlig hverdag?.....	<input type="text" value="0"/>		timer

22 Hvor ofte driver du mosjon? *(Ta et gjennomsnitt)*

Med mosjon mener vi at du f.eks. går tur, går på ski, sykler, svømmer eller driver trening/idrett.

- Aldri.....
- Sjeldnere enn en gang i uka
- En gang i uka
- 2-3 ganger i uka
- Omtrent hver dag

23 Dersom du driver slik mosjon, så ofte som en eller flere ganger i uka; hvor hardt mosjonerer du? *(Ta et gjennomsnitt)*

- Tar det rolig uten å bli andpusten eller svett
- Tar det så hardt at jeg blir andpusten eller svett
- Tar meg nesten helt ut

24 Hvor lenge holder du på hver gang?

(Ta et gjennomsnitt)

- Mindre enn 15 minutter.....
- 15-29 minutter
- 30-60 minutter
- Mer enn 60 minutter

25 Omtrent hvor mange timer sitter du i ro på en vanlig hverdag? Regn med både jobb og fritid.

(Ved PC, TV, nettbrett, lesing, bil/buss/togkjøring o.l.)

Antall timer

26 Anslå hvor lang tid du vanligvis bruker til skjermbaserte aktiviteter per dag i fritiden.

Med skjermbaserte aktiviteter menes PC, nettbrett, smarttelefon, spillkonsoll, TV, lesebrett.

	Ingen tid	Mindre enn 1 time	1-3 timer	4-6 timer	Mer enn 6 timer
Ser på TV/videoer/ annen skjermbasert underholdning.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spiller spill (alene/ med andre).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontakter venner eller nettverk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innhenting av kunnskap/ informasjon.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SOSIALE FORHOLD OG NÆRMILJØ

27 Kunne du i oppveksten søke støtte hos en voksen person som du var trygg på?

- I svært høy grad.....
- I høy grad.....
- I liten grad.....
- I svært liten grad.....
- Ikke i det hele tatt.....

28 Når du tenker på barndommen/oppveksten din, vil du beskrive den som:

- Svært god.....
- God.....
- Middels.....
- Vanskelig.....
- Svært vanskelig.....

29 Bor du sammen med noen? (Flere kryss mulig)

- Nei, jeg bor alene
- Ja, ektefelle/samboer/partner
- Ja, andre personer 18 år eller eldre: ▼

HVIS JA: Hvor mange andre over 18 år?..... Antall

- Ja, barn under 18 år: ▼

HVIS JA: Hvor mange barn under 18 år?..... Antall

20 Regner du deg selv som samisk? Ja Nei

31 Har/hadde du, dine foreldre eller besteforeldre samisk som hjemme-språk? Ja Nei Vet ikke

32 Har du noen som kan gi deg hjelp når du trenger det? Nei Ja

HVIS JA:

Hvem kan gi deg hjelp? (Flere kryss mulig)

- Venner
- Familie
- Naboer

33 Har du noen som du kan snakke fortrolig med? Nei Ja

HVIS JA:

Hvem kan du snakke fortrolig med?

(Flere kryss mulig)

- Venner
- Familie
- Naboer

34 I hvilken grad trives du i nærmiljøet ditt?

- I stor grad.....
- I noen grad.....
- I liten grad.....
- Ikke i det hele tatt.....

35 I hvilken grad føler du deg trygg i nærmiljøet ditt?

- I stor grad.....
- I noen grad.....
- I liten grad.....
- Ikke i det hele tatt.....

36 Hvor mange ganger har du i løpet av de siste 6 måneder vært på/i:

(Sett ett kryss per linje)

	Mer enn 3 ganger/ måned	1-3 ganger/ måned	1-6 ganger siste 6 måneder	Aldri
Museum, kunstutstilling.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsert, teater, kino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kirke, bedehus, moske, synagoge e.l.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idrettsarrangement....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37 Hvor mange ganger har du i løpet av **de siste 6 måneder** selv drevet med: (Sett ett kryss per linje)

	Mer enn 1 gang/ uke	1 gang/ uke	1-3 ganger/ måned	1-5 ganger siste 6 måneder	Aldri
Politisk aktivitet/ samfunnsdebatt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forenings- virksomhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musikk, sang, teater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menighetsarbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Friluftsliv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trening, idrett.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38 Opplever du at kultur- og idrettstilbud (kino, bibliotek, svømmehall, idrettshall etc.) er lett tilgjengelige? *Tilgjengeligheten er*

- Svært god
- God
- Dårlig.....
- Svært dårlig.....
- Vet ikke.....

39 Opplever du at butikker, spisesteder og andre servicetilbud er lett tilgjengelige?

- Tilgjengeligheten er*
- Svært god
 - God
 - Dårlig.....
 - Svært dårlig.....
 - Vet ikke

40 Opplever du at offentlig transport er lett tilgjengelig? *Tilgjengeligheten er*

- Svært god
- God
- Dårlig.....
- Svært dårlig.....
- Vet ikke

41 Opplever du at det er enkelt for deg å komme deg til natur- og friluftsområder? *Tilgjengeligheten er*

- Svært god
- God
- Dårlig.....
- Svært dårlig.....
- Vet ikke.....

42 Opplever du at parker og andre grøntarealer er lett tilgjengelige? *Tilgjengeligheten er*

- Svært god
- God
- Dårlig.....
- Svært dårlig.....
- Vet ikke.....

43 Opplever du at gang- og sykkelveier er godt utbygd i ditt nærområde? *Tilgjengeligheten er*

- Svært god
- God
- Dårlig.....
- Svært dårlig.....
- Vet ikke.....

44 Hvis du tenker på **de siste 12 månedene**, hvor plaget er du av støy fra veitrafikk når du er hjemme?

- Ikke plaget.....
- Litt plaget
- Middels plaget.....
- Mye plaget
- Svært mye plaget

45 Hvis du tenker på **de siste 12 månedene**, hvor plaget er du av støy fra andre kilder når du er hjemme?

- Ikke plaget.....
- Litt plaget
- Middels plaget.....
- Mye plaget
- Svært mye plaget

UTDANNING OG INNTEKT

46 Hvilken utdanning er den høyeste du har fullført?

(Sett ett kryss)

Med grunnskole menes barne- og ungdomsskole, framhaldsskole, folkehøgskole.

Med 1-2 årig videregående menes realskole, middelskole, yrkesskole.

Grunnskole.....

1-2 årig videregående skole.....

3 år i videregående skole.....

Fagbrev eller svennebrev.....

Høgskole/universitet, mindre enn 4 år.....

Høgskole/universitet, 4 år eller mer.....

47 Hva er din husstands samlede inntekt siste år (brutto-inntekt)? Ta med alle inntekter fra arbeid, trygder, sosialhjelp og lignende. (Sett ett kryss)

Under 250 000 kr.....

250 000-450 000 kr.....

451 000-750 000 kr.....

751 000-1 000 000 kr.....

Over 1 000 000 kr.....

DAGLIG LIV OG FUNKSJON

48 Har du hatt dårlig matlyst i løpet av de siste 4 ukene?

Nei Ja

49 Hvordan vil du beskrive matinntaket ditt de siste 4 ukene? (Sett ett kryss)

Mer enn vanlig.....

Som vanlig.....

Litt mindre enn vanlig (3/4).....

Halvparten.....

Nesten ingenting.....

50 Kan du tygge all slags mat?

Nei Ja

51 Har du hatt smerter eller ubehag i tennene eller munnen de siste 4 ukene?

Nei Ja

52 Plages du med munntørrhet?

Nei Ja

53 Har du falt det siste året?

Nei Ja

HVIS JA:

Hvor mange ganger har du falt?.....

	1 gang	2 ganger	3 ganger	4 eller flere ganger
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du falt utendørs?.....

	Nei	Ja
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du vært til lege for fallskade det siste året?.....

	Nei	Ja
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54 Er du bekymret for å falle?

Nei, ikke bekymret i det hele tatt	Ja, litt bekymret	Ja, nokså bekymret	Ja, svært bekymret
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55 Hvordan bor du?

I egen leilighet/bolig.....

I eldrecenter/bo- og servicesenter.....

I sykeheim.....

56 Klarer du selv, uten hjelp av andre, i det daglige å: (Sett ett kryss per linje)

	Nei	Ja
Gå innendørs i samme etasje.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå på toalettet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaske deg på kroppen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bade eller dusje.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kle på og av deg.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legge deg og stå opp.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spise selv.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

57 Bruker du vanligvis hjelpemiddel når du går (rullator, krykker, stokk eller annet)?

Nei.....

Ja, bruker ganghjelpemiddel utendørs.....

Ja, bruker ganghjelpemiddel både innen- og utendørs.....

Nei, jeg kan ikke gå.....

58 Har du førerkort?

Nei Ja

HVIS JA:

Kjører du fortsatt bil?.....

Nei Ja

59 Klarer du selv, uten hjelp av andre, disse gjøremålene i det daglige:

(Sett ett kryss per linje)

	Nei	Ja
Lage varm mat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjøre lett husarbeid (f.eks. oppvask).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjøre tyngre husarbeid (f.eks. gulvvaske).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaske klær.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjøre innkjøp.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betale regninger.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ta medisiner.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komme deg ut.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ta bussen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

60 Har du hatt hjemmehjelp i løpet av de siste 12 måneder?

Nei Ja

61 Har du hatt hjemmesykepleie i løpet av de siste 12 måneder?

Nei Ja

62 Har du vært innlagt på sykeheim i løpet av de siste 12 måneder?

Nei Ja

63 Hvor mange av dine egne tenner har du igjen?

antall tenner

64 Har du ufrivillig gått ned mer enn 5 kg i vekt siste 6 måneder?

Nei Ja

65 Er hukommelsen din blitt vesentlig dårligere i løpet av de siste fem årene?

Nei Ja Vet ikke

66 Er orienteringsevnen, oppmerksomheten eller språket blitt dårligere i løpet av de siste fem årene?

Nei Ja Vet ikke

67 Er din hukommelse, orienteringsevne, oppmerksomhet eller språk dårligere enn hos dine jevnaldrende?

Nei Ja Vet ikke

68 Hvor høy er du uten sko (oppgi i cm)?

(Oppgi kun heltall)

cm

69 Hvor mye veier du? Oppgi vekt uten klær og sko i hele kg.

kg

70 Hvilken seksuell legning har du?

Heterofil.....

Homofil/lesbisk.....

Bifil.....

Annet.....

71 For kvinner: Hvor mange barn har du født?

Antall

ALT I ALT

72 Alt i alt, i hvilken grad opplever du at det du gjør i livet er meningsfylt? Oppgi svaret på en skala fra 0-10, der 0 betyr ikke meningsfylt i det hele tatt og 10 betyr svært meningsfylt.

0 Ikke meningsfylt i det hele tatt.....

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

6.....

7.....

8.....

9.....

10 Svært meningsfylt.....

73 Når du tenker på hvordan du har det for tida, er du stort sett fornøyd med tilværelsen eller er du stort sett misfornøyd? (Sett ett kryss)



- Svært fornøyd
 - Meget fornøyd
 - Ganske fornøyd.....
 - Både/og
 - Nokså misfornøyd
 - Meget misfornøyd.....
 - Svært misfornøyd
-

Takk for hjelpen!



