

SØVN OG SØVNKVALITET

7. Hvordan synes du at du sover totalt sett?

Godt Ganske godt Verken godt eller dårlig Ganske dårlig Dårlig

8. Har du merket følgende besvær de siste 12 månedene?

Sett ett kryss for hver linje.

	Nei/sjelden	Sjeldnere enn 1 gang /uke	1-2 ganger /uke	3-5 ganger /uke	Alltid/nesten hver natt
Vanskelig for å sovne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjentatte oppvåkninger med vansker for å sovne igjen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Våknet opp for tidlig uten å sovne igjen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For lite søvn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egen snorking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Hvor forstyrret har du vært av støy om natten (innsovningsproblemer og oppvåkninger) fra kildene nedenfor de siste 12 månedene?

Sett ett kryss for hver linje.

	Ikke forstyrret	Litt forstyrret	Middels forstyrret	Mye forstyrret	Ekstremt forstyrret
Veitrafikk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trikk/T-bane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fly/helikopter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Båt-/containerhavn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen støykilde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Når går du vanligvis til sengs for å sove?

(Skriv f.eks. 21.30).

På arbeidsdager / hverdager Kl. : T

På fridager / helgedager Kl. :

11. Når våkner du vanligvis opp (endelig oppvåkning)?

(Skriv f.eks. 07.30).

På arbeidsdager / hverdager Kl. :

På fridager / helgedager Kl. :

12. Hvor lenge (fra du slukker lyset) ligger du vanligvis våken før du sovner?

På arbeidsdager / hverdager minutter

13. Når du sover, har du vanligvis vinduet på soverommet åpent eller lukket? Sett ett kryss for hver linje.

Åpent Lukket

Sommer

Vinter

Helse og miljø i Oslo

Skjemaet skal leses av en maskin. Det er derfor viktig at du legger vekt på følgende ved utfyllingen:

- Bruk blå eller sort kulepenn
- Sett kryss slik: , ikke slik: ^x
- Hvis du har satt kryss i feil rute, kan du fylle den ruten helt, slik:
- Skriv tallene slik: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

1. Kjønn Kvinne Mann

BOLIG OG MILJØ

2. Hvor lenge har du bodd på din nåværende adresse?

Mindre enn 1 år 1-10 år Mer enn 10 år

3. Hvilken type bolig bor du i?

Enebolig/villa Blokk-/terasseleilighet Rekkehus/2-4 mannsbolig Annen bolig

4. Finnes det store grøntområder (større enn en fotballbane) i nærheten av din bolig?

Hvis flere, angi kun den nærmeste.

Ja, 0-100 m fra bolig Ja, 101-500 m fra bolig Ja, 501 m – 1 km fra bolig Nei

5. Hvis du tenker på de siste 12 månedene, hvor plaget er du av støy hjemme fra kildene nedenfor?

Sett ett kryss for hver linje.

	Ikke plaget	Litt plaget	Middels plaget	Mye plaget	Ekstremt plaget
Veitrafikk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trikk/T-bane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fly/helikopter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Båt-/containerhavn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen støykilde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Hvis du tenker på de siste 12 månedene, hvor plaget er du av eksos/luft fra biltrafikk og støv/skitt utenfra når du er hjemme? Sett ett kryss for hver linje.

	Ikke plaget	Litt plaget	Middels plaget	Mye plaget	Ekstremt plaget
Eksos/luft fra biltrafikk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Støv/skitt utenfra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Hva vender soverommet ditt mot?

Sett ett eller flere kryss dersom det er aktuelt.

	Ut mot gate/vei	Ut mot hage/bakgård	Ut mot jernbane/T-bane e.l.	Annet
Der du bor nå	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Din forrige bolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. I hvilken etasje ligger soverommet?

(0 = kjeller, 1 = 1. etasje osv.)

Der du bor nå .etasje Din forrige bolig .etasje

HELSE

16. Hvordan er helsen din nå?

Dårlig	Ikke helt god	God	Svært god
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Har du, eller har du hatt?

	Ja		Nei		Alder første gang	Bekreftet av lege	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Ja	Nei
Kronisk bronkitt, emfysem, KOLS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Høyt blodtrykk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Høyt kolesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina pectoris (hjertekrampe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rytmeforstyrrelser i hjertet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerteinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjertesvikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Åreforkalkning i bena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerneslag/hjerneblødning ("drypp")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodpropp, årebetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen sykdom i hjerte eller blodårer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (sukkersyke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hørselstap (ett øre eller begge ører)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søvnapné (snorkesyke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tinnitus (øresus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Har du hatt astmaanfall de siste 12 månedene?

Ja Nei

19. Har du vært hjerteoperert gjennom brystbeinet?

Ja Nei

Hvis JA, hvor gammel var du første gang? (alder)

20. Har du merket anfall med plutselig endring i pulsen eller hjerterytmen de siste 12 månedene?

Ja Nei

21. Får du smerter eller ubehag i brystet når du går i bakker, trapper eller fort på flat mark?

Ja Nei

Hvis NEI: Hopp til spørsmål 25.

22. Hvis du får slike smerter, pleier du da å:

Stoppe? Senke farten? Fortsette i samme takt?

23. Dersom du stopper, forsvinner da smertene etter mindre enn 10 minutter?

Ja Nei

24. Kan slike smerter opptre selv om du er i ro?

Ja Nei

25. Blir du tungpusten når du går opp to etasjer i vanlig fart?

Ja Nei

26. Blir du tungpusten når du går i vanlig fart på flat mark?

Ja Nei

27. Hvis du noen gang har fått målt kolesterol i blodet, kan du huske hvor høyt det var og når det ble målt?

Kolesterolnivå (mmol/l)

 ,

Året dette ble målt siste gang

28. Hvor følsom er du for støy?

Sett kryss ved det utsagnet som passer best.

	Helt enig	Ganske enig	Litt enig	Litt uenig	Ganske uenig	Helt uenig
Jeg er følsom for støy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Med tanke på hvordan du reagerer på støy, har dette endret seg i løpet av de siste 10 årene?

Sett kryss ved det utsagnet som passer best.

Jeg er mer følsom for støy nå enn før

Jeg er mindre følsom for støy nå enn før

Ingen endring

30. Under finner du en liste over ulike problemer. Har du opplevd noe av dette den siste uka (til og med i dag)?

Sett ett kryss for hver linje.

	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget
Plutselig frykt uten grunn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler deg redd eller engstelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matthet eller svimmelhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler deg anspent eller oppjaget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lett for å klandre deg selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søvnproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedtrykt, tungsindig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse av å være unyttig, lite verd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse av at alt er et slit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse av håpløshet mht. framtida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Har du noen gang hatt:

	Ja	Nei	Alder siste gang
Brudd i håndledd/underarm?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Lårhalsbrudd?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

32. Bruker du:

	Ja, nå	Før, men ikke nå	Aldri
Medisin mot høyt blodtrykk?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kolesterolsenkende medisin?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sovemedisin?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beroligende medisin?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Hvis du bruker eller har brukt sovemedisiner, hvor lenge har du til sammen brukt slike?

Mer enn 5 år	1-5 år	3-12 mnd	Mindre enn 3 mnd
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Har en eller flere av dine biologiske foreldre eller søsken hatt:

	Ja	Nei	Vet ikke
Hjerteinfarkt eller angina pectoris (hjertekrampe)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Høyt blodtrykk?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerneslag/hjerneblødning ("drypp")?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Hva veier du? Oppgi vekt i hele kilo

 kg

36. Hvor høy er du? Oppgi høyde i cm

 cm

MOSJON OG FYSISK AKTIVITET

37. Angi bevegelse og kroppslig anstrengelse i din fritid. Hvis aktiviteten varierer mye f.eks. mellom sommer og vinter, så ta et gjennomsnitt. Spørsmålet gjelder bare de siste 12 månedene. Sett kryss i den ruta som passer best.

Leser, ser på fjernsyn eller annen stillesittende beskjeftigelse.....

Spaserer, sykler eller beveger deg på annen måte 2 til 4 timer i uka (Her skal du også regne med gang eller sykling til arbeidsstedet, søndagsturer m.m.).....

Spaserer, sykler eller beveger deg på annen måte minst 4 timer i uka (Her skal du også regne med gang eller sykling til arbeidsstedet, søndagsturer m.m.).....

Driver mosjonsidrett, tyngre hagearbeid e.l. (Merk at aktiviteten skal vare minst 4 timer i uka).....

Trener hardt eller driver konkurranseidrett regelmessig og flere ganger i uka.....

KOSTHOLD

38. Hvor ofte spiser du vanligvis disse matvarene?

Sett ett kryss for hver linje.

	Sjelden /aldri	1-3 ganger /mnd	1-3 ganger /uke	4-6 ganger /uke	1-2 ganger /dag	3 ganger /dag eller mer
Frukt/bær.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grønnsaker/salat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feit fisk (f.eks. laks, ørret, sild, makrell).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. Bruker du tran, trankapsler, fiskeoljekapsler eller omega-3 kapsler?

Ja, daglig	Iblant	Nei
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FAMILIE OG VENNER

40. Bor du sammen med noen?

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

Hvis JA,

	Ja	Nei	Antall
Ektefelle/samboer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Andre personer, 18 år og eldre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Personer under 18 år.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

41. Har du kjæledyr? (hund/katt/fugl e.l.)

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

42. Føler du at du har nok gode venner?

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

43. Hvor ofte tar du vanligvis del i foreningsvirksomhet som f.eks. syklubb, idrettslag, politiske lag eller andre foreninger? Sett bare ett kryss.

Aldri eller noen få ganger / år	1-3 ganger / mnd	Omtrent 1 gang / uke	Mer enn 1 gang / uke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. Hvor er dine foreldre født?

Norge Annet land Hvilket land: *Bruk blokkbokstaver*

Far: Norge Annet land

Mor: Norge Annet land

UTDANNING OG ARBEID

45. Hvor mange års skolegang har du gjennomført?

Ta med alle år du har gått på skole eller studert.

Antall år

Hvis du ikke er i arbeid nå, fyll likevel ut spørsmålene under i forhold til tidligere yrke/arbeid.

46. Hva slags type arbeid er/har du vært sysselsatt i? Sett kryss ved den/de kategoriene som passer.

Administrativ leder, politiker.....	<input type="checkbox"/>
Akademisk yrke (minst 4 års høyskole- eller universitetsutdanning).....	<input type="checkbox"/>
Yrke med kortere høyskole- eller universitetsutdanning (1-3 år) og teknikere.....	<input type="checkbox"/>
Kontor- og kundeserviceyrker.....	<input type="checkbox"/>
Salgs-, service- og omsorgsyrker.....	<input type="checkbox"/>
Jordbruks-, skogbruks- og fiskeryrker.....	<input type="checkbox"/>
Håndverker, bygningsarbeider, fagarbeider o.l.....	<input type="checkbox"/>
Prosess- og maskinoperatør, sjåfør o.l.....	<input type="checkbox"/>
Yrke uten formelt krav til utdanning.....	<input type="checkbox"/>

47. Har du eller har du hatt regelmessige nattevakter?

Ja Nei

Hvis **JA**, hvor mange år til sammen? Antall år

48. Hvor mange år til sammen har du vært utsatt for følgende forhold på din arbeidsplass? Regn med hele din tid som yrkesaktiv. Sett ett kryss for hver linje.

T	Aldri/sjelden	Inntil 5 år	5 år eller mer
Støv/skitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passiv røyking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kjemikalier (f. eks. rense-/løsemidler)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Støy fra maskiner/verktøy o.l.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Støy utenfra (f.eks. fra trafikk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vibrasjoner/rystelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49. Hvor plaget er/har du vært av følgende forhold på din arbeidsplass? Regn med hele din tid som yrkesaktiv. Sett ett kryss for hver linje.

	Ikke plaget	Litt plaget	Mye plaget
Støv/skitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passiv røyking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kjemikalier (f. eks. rense-/løsemidler)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Støy fra maskiner/verktøy o.l.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Støy utenfra (f.eks. fra trafikk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vibrasjoner/rystelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50. Bruker du eller har du tidligere brukt ørepropper/hørselvern regelmessig på din arbeidsplass?

Ja, nå Ja, tidligere Aldri

RØYKING

51. Røyker du daglig eller har du tidligere røykt daglig?

Ja, nå Ja, tidligere Aldri

Hvis **ALDRI**: Hopp til spørsmål 55.

52. Hvor mange år til sammen har du røykt daglig?

Antall år

53. Hvis du har røykt daglig tidligere, hvor lenge er det siden du sluttet?

Antall år

54. Hvis du røyker daglig nå eller tidligere, røyker eller røykte du:

	Ja	Nei	Antall/dag
Sigaretter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Rulletobakk ("rullings")?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sigarer/sigarillos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Pipe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

55. Røyker du eller har du tidligere røykt kun av og til / ved festlige anledninger?

Ja, nå Ja, tidligere Aldri

56. Hvor mange år til sammen har du røykt kun av og til / ved festlige anledninger?

Antall år

MER OM TOBAKK (Besvares av alle)

57. Hvor lenge er du vanligvis daglig til stede i røykfylt rom?

Antall hele timer

58. Røykte noen av de voksne hjemme da du vokste opp?

Ja Nei

59. Bor du eller har du bodd sammen med noen som regelmessig røyker/røykte inne etter at du fylte 20 år?

Ja Nei

Hvis **JA**, hvor mange år til sammen? Antall år

60. Bruker du eller har du tidligere brukt snus, skrå eller lignende?

Ja, nå Ja, tidligere Aldri

Hvis **ALDRI**: Hopp til spørsmål 63.

61. Hvor mange år til sammen har du brukt snus, skrå eller lignende?

Antall år

62. Hvis du bruker eller har brukt snus, skrå eller lignende, bruker eller brukte du:

	Ja	Nei	Antall bokser/uke (gj.snitt)
Vanlig (løs)snus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Porsjonssnus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Skrå eller lignende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

ALKOHOL

63. Omtrent hvor ofte har du i løpet av de siste 12 månedene drukket alkohol?

Lettøl og alkoholfritt øl regnes ikke med. T

4-7 ganger /uke	2-3 ganger /uke	Ca. 1 gang /uke	2-3 ganger /mnd	Ca. 1 gang /mnd	Noen få ganger siste år	Ikke siste år	Aldri
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Til dem som har drukket alkohol siste år:

64. Når du drikker, drikker du da vanligvis:

Øl Vin Brennevin

65. Når du har drukket alkohol, hvor mange glass og/eller drinker har du vanligvis drukket?

Antall

Tusen takk for at du fylte ut spørreskjemaet! Husk også å fylle ut samtykkeerklæringen (på baksiden av invitasjonsbrevet) og legg denne og skjemaet i vedlagte konvolutt.