

10. MOSJON OG FYSISK AKTIVITET

10.1 Hvordan har din fysiske aktivitet i fritiden vært det siste året?

Tenk deg et ukentlig gjennomsnitt for året.

Arbeidsvei regnes som fritid. Besvar begge spørsmålene.

Lett aktivitet (Ikke svett/andpusten).....	T i m e r p r . u k e			
	Ingen	Under 1	1-2	3 og mer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hard fysisk aktivitet (Svett/andpusten).....	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10.2 Angi bevegelse og kroppslig anstrengelse i din fritid. Hvis aktiviteten varierer meget f.eks. mellom sommer og vinter, så ta et gjennomsnitt. Spørsmålet gjelder bare det siste året. (Sett kryss i den ruta som passer best)

Leser, ser på fjernsyn eller annen stillesittende beskjeftigelse?..... 1

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

Driver mosjonsidrett, tyngre hagearbeid e.l.? 3
(Merk at aktiviteten skal vare minst 4 timer i uka)

Trener hardt eller driver konkurranseidrett regelmessig og flere ganger i uka?..... 4

11. FAMILIE OG VENNER

11.1 Bor du sammen med: JA NEI

Ektefelle/samboer?.....

11.2 Hvor mange gode venner har du? Antall venner

Regn med de du kan snakke fortrolig med og som kan gi deg hjelp dersom du trenger det. Tell ikke med de du bor sammen med, men ta med andre slektninger.

11.3 Hvor stor interesse viser folk for det du gjør? (Sett bare ett kryss)

Stor interesse	Noe interesse	Litt interesse	Ingen interesse	Usikkert
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11.4 Hvor mange foreninger, lag, grupper, kirkesamfunn e.l. deltar du i på fritiden? (Skriv 0 hvis ingen) Antall

11.5 Føler du at du kan påvirke det som skjer i lokalsamfunnet der du bor? (Sett bare ett kryss)

Ja, i stor grad	Ja, en del	Ja, i liten grad	Nei	Har ikke forsøkt
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

12. SYKDOM I FAMILIEN

12.1 Har en eller flere av dine foreldre eller søsken hatt hjerteinfarkt (sår på hjertet) eller angina pectoris (hjerterampe)?..... JA NEI VET IKKE

12.2 Kryss av for de slektningene som har eller har hatt noen av sykdommene: (Sett kryss for hver linje)

	Mor	Far	Bror	Søster	Barn	Ingen av disse
Hjerneslag eller hjerneblødning.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerteinfarkt før 60 års alder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreftsykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (sukkersyke).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12.3 Hvis noen slektninger har diabetes, i hvilken alder fikk de diabetes (hvis for eks. flere søsken, før opp den som fikk det tidligst i livet):

Vet ikke, ikke aktuelt	Mors alder	Fars alder	Brors alder	Søsters alder	Barns alder
<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>

13. BRUK AV MEDISINER

Med medisiner mener vi her medisiner kjøpt på apotek. Kosttilskudd og vitaminer regnes ikke med her.

13.1 Bruker du?	Nå	Før, men ikke nå	Aldri brukt
Medisin mot høyt blodtrykk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kolesterolsenkende medisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insulin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabletter mot sukkersyke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13.2 Hvor ofte har du i løpet av de siste 4 ukene brukt følgende medisiner? (Sett ett kryss pr. linje)

	Ikke brukt siste 4 uker	Sjeldnere enn hver uke	Hver uke, men ikke daglig	Daglig
Smertestillende uten resept.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smertestillende på resept.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sovemedisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beroligende medisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medisin mot depresjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen medisin på resept.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13.3 For de medisinerne som du har krysset av for i pkt. 13.1 og 13.2, og som du har brukt i løpet av de siste 4 ukene:

Angi navnet og hvilken grunn det er til at du tar/har tatt disse (sykdom eller symptom):

(Kryss av for hvor lenge du har brukt medisinen)

Navn på medisinen: (ett navn pr. linje):	Grunn til bruk av medisinen:	Hvor lenge har du brukt medisinen?	
		Inntil 1 år	Ett år eller mer
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dersom det ikke er nok plass her, kan du fortsette på eget ark som du legger ved.

14. RESTEN AV SKJEMAET SKAL BARE BESVARES AV KVINNER

14.1 Hvor gammel var du da du fikk menstruasjon aller første gang? Alder i år

14.2 Hvis du ikke lenger får menstruasjon, hvor gammel var du da den sluttet? Alder i år

14.3 Er du gravid nå? Over fruktbar alder

Ja	Nei	Usikker	Over fruktbar alder
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

14.4 Hvor mange barn har du født? Antall barn

14.5 Bruker du, eller har du brukt? (Sett ett kryss for hver linje)

	Nå	Før, men ikke nå	Aldri
P-pille/minipille/p-sprøyte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hormonspiral (ikke vanlig spiral)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Østrogen (tabletter eller plaster)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Østrogen (krem eller stikkpiller)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14.6 Hvis du bruker/har brukt reseptpliktig østrogen: Hvor lenge har du brukt dette? Antall år

14.7 Hvis du bruker p-pille, minipille, p-sprøyte, hormonspiral eller østrogen; hvilket merke bruker du?

Ikke skriv her:

5.3 (Kommune)

(Fylke)

(Land)

9.3 (Virksomhet)

9.4 (Yrke)

14.7 (Merke)

1. EGEN HELSE

1.1 Hvordan er helsen din nå? (Sett bare ett kryss)

Dårlig 1 Ikke helt god 2 God 3 Svært god 4

1.2 Har du, eller har du hatt?:

	JA	NEI	Alder første gang
Astma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Høysnue.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronisk bronkitt/emfysem.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (sukkersyke).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benskjørhet (osteoporose).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibromyalgi/kronisk smertesyndrom.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiske plager som du har søkt hjelp for.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerteinfarkt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina pectoris (hjertekrampe).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerneslag/hjerneblødning.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.3 Har du merket anfall med plutselig endring i pulsen eller hjerterytmen siste året?.....

JA NEI

1.4 Får du smerter eller ubehag i brystet når du:

JA NEI

Går i bakker, trapper eller fort på flat mark?.....

1.5 Hvis du får slike smerter, pleier du da å:

Stoppe? 1 Saktne farten? 2 Fortsette i samme takt? 3

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

JA NEI

JA NEI

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

2. MUSKEL OG SKJELETTPLAGER

2.1 Har du vært plaget med smerter og/eller stivhet i muskler og ledd i løpet av de siste 4 ukene? (Varighet angis bare hvis du har hatt plager)

	Ikke plaget			Varighet	
	En del plaget	Sterkt plaget	Inntil 2 uker	2 uker eller mer	
Nakke/skuldre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Armer, hender.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Øvre del av ryggen...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korsryggen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hofter, ben, føtter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre steder.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2 Har du noen gang hatt:

Brudd i håndledd/underarm?.....

Lårhalsbrudd?.....

3. ANDRE PLAGER

3.1 Under finner du en liste over ulike problemer. Har du opplevd noe av dette den siste uken (til og med i dag)? (Sett ett kryss for hver plage)

	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye	Veldig mye
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"/>

4. FAMILIEBAKGRUNN

4.1 Hvilket hjemmespråk hadde dine besteforeldre? (Kryss av for ett eller flere alternativ)

	Norsk	Samisk	Kvensk/finsk	Annet språk
Mormor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morfar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farmor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farfar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.2 Hva regner du deg selv som? (Kryss av for ett eller flere alternativ)

Norsk Samisk Kvensk/finsk Annet

5. OPPVEKST OG TILHØRIGHET

5.1 Hvor lenge har du samlet bodd i fylket? (Sett 0 hvis mindre enn et halvt år)

år

5.2 Hvor lenge har du samlet bodd i kommunen? (Sett 0 hvis mindre enn et halvt år)

år

5.3 Hvor bodde du det meste av tiden før du fylte 16 år? (kryss av for ett alternativ og spesifiser)

Samme kommune..... 1

Annen kommune i fylket..... 2 Hvilken:.....

Annet fylke i Norge..... 3 Hvilket:.....

Utenfor Norge..... 4 Land:.....

5.4 Har du flyttet i løpet av de siste fem årene?

Nei 1 Ja, en gang 2 Ja, flere ganger 3

6. VEKT

6.1 Anslå din vekt da du var 25 år gammel: hele kg

7. MAT OG DRIKKE

7.1 Hvor ofte spiser du vanligvis disse matvarene? (Sett ett kryss pr. linje)

	Sjelden /aldri	1-3 g. pr.mnd	1-3 g. pr.uke	4-6 g. pr.uke	1-2 g. pr.dag	3 g. el. mer pr.dag
Frukt, bær.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ost (alle typer).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poteter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokte grønnsaker.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rå 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, makrell, sild)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.2 Hva slags fett bruker du oftest? (Sett ett kryss pr. linje)

	Bruker ikke	Meieri-smør	Hard margarin	Myk/lett margarin	Oljer	Annet
På brødet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I matlagingen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.3 Bruker du følgende kosttilskudd: Ja, daglig Iblandt Nei

Tran, trunkapsler, fiskeoljekapsler?.....

Vitamin- og/eller mineraltilskudd?.....

7.4 Hvor mye drikker du vanligvis av følgende? (Sett ett kryss pr. linje)

	Sjelden /aldri	1-6 glass pr.uke	1 glass pr.dag	2-3 glass pr.dag	4 glass el. mer pr.dag
Helmelk, kefir, yoghurt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lettmelk, cultura, lettoghurt..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skummet melk (sur/søt).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ekstra lettmelk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fruktjuice.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vann.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farris, Ramløsa e.l.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cola-holdig leskedrikk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen brus/leskedrikk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.5 Drikker du vanligvis brus/cola: Med sukker 1 Uten sukker 2

7.6 Hvor mange kopper kaffe og te drikker du daglig? (Sett 0 for de typene du ikke drikker daglig)

Filterkaffe.....

Kokekaffe/trykkanne.....

Annen kaffe.....

Te.....

7.7 Omtrent hvor ofte har du i løpet av det siste året drukket alkohol? (Lettøl og alkoholfritt øl regnes ikke med)

Har aldri drukket alkohol	Har ikke drukket alkohol siste år	Noen få ganger siste år	Omtrent 1 gang i måneden
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2-3 ganger pr. måned	ca. 1 gang i uka	2-3 ganger i uka	4-7 ganger i uka
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8

Til dem som har drukket siste år:

7.8 Når du har drukket alkohol, hvor mange glass eller drinker har du vanligvis drukket? Antall

7.9 Omtrent hvor mange ganger i løpet av det siste året har du drukket så mye som minst 5 glass eller drinker i løpet av ett døgn? Antall ganger

7.10 Når du drikker, drikker du da vanligvis: (Sett ett eller flere kryss)

Øl Vin Brennevin

8. RØYKING

8.1 Hvor lenge er du vanligvis daglig tilstede i røykfylt rom? Antall hele timer

8.2 Røykte noen av de voksne hjemme da du vokste opp?..... JA NEI

8.3 Bor du, eller har du bodd, sammen med noen dagligrøykere etter at du fylte 20 år?.....

8.4 Har du røykt/røyker du daglig?..... Ja, nå Ja, tidligere Aldri

Hvis ALDRI: Hopp til spørsmål 9 (UTDANNING OG ARBEID)

8.5 Hvis du røyker daglig nå, røyker du: JA NEI

Sigaretter?.....

Sigarer/sigarillos?.....

Pipe?.....

8.6 Hvis du har røykt daglig tidligere, hvor lenge er det siden du sluttet? Antall år

8.7 Hvis du røyker daglig nå eller har røykt tidligere:

Hvor mange sigaretter røyker eller røykte du vanligvis daglig? Antall sigaretter

8.8 Hvor gammel var du da du begynte å røyke daglig? Alder i år

8.9 Hvor mange år til sammen har du røykt daglig? Antall år

9. UTDANNING OG ARBEID

9.1 Hvor mange års skolegang har du gjennomført? Antall år

(Ta med alle år du har gått på skole eller studert)

9.2 Er du i inntektsgivende arbeid?

Ja, full tid 1 Ja, deltid 2 Nei 3

9.3 Beskriv virksomheten på det arbeidsstedet (avdelingen) der du utførte inntektsgivende arbeid i lengst tid de siste 12 mnd. (F.eks. regnskapsbyrå, ungdomsskole, barneavd. på sykehus, snekkerverksted, bilverksted, bank, dagligvarehandel e.l.)

Virksomhet:.....

Hvis pensjonert, skriv tidligere hovedvirksomhet og yrke. Gjelder også 9.4

9.4 Hvilket yrke/tittel har eller hadde du på dette arbeidsstedet? (F.eks. sekretær, lærer, industriarbeider, barnepleier, møbelsnekker, avdelingsleder, selger, sjåfør e.l.)

Yrke:.....

9.5 Arbeider du i ditt hovedyrke som selvstendig, som ansatt eller som familiemedlem uten fast avtalt lønn?

Selvstendig Ansatt Familiemedlem

9.6 Mener du at du står i fare for å miste ditt nåværende arbeid eller inntekt de nærmeste 2 årene?..... JA NEI

9.7 Mottar du noen av følgende ytelser? JA NEI

Sykepenger (er sykmeldt).....

Alderstrygd, førtidspensjon (AFP) eller etterlattepensjon.....

Rehabiliterings-/attføringspenger.....

Uførepensjon (hel eller delvis).....

Dagpenger under arbeidsledighet.....

Sosialhjelp/-stønad.....

Overgangsstønad for enslige forsørgere.....