

Dato for utfylling:

Dag Måned År

T10. FYSISK AKTIVITET (fortsettelse)

10.4 Ønsker du å være fysisk aktiv? JA NEI

Hvis «JA», vennligst ta stilling til følgende utsagn:

Jeg er eller vil være fysisk aktiv fordi:

(Sett ett kryss for hver linje)

	Helt enig	Delvis enig	Delvis uenig	Helt uenig
Jeg har blitt pålagt det av legen....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes jeg bør for helsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er en fin måte å være sammen med andre på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes det er viktig for at jeg skal trives.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg ser meg selv som en fysisk aktiv person.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det gir meg en følelse av å få til noe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det gjør meg glad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

10.5 Tror du at du er fysisk aktiv om 6 måneder?

Hvis «JA», angi hvor sikker du er på dette sett i forhold til følgende påstander:

Jeg vil være fysisk aktiv om 6 måneder, selv om:

(Sett ett kryss for hver linje)

	Helt sikker	Delvis sikker	Litt usikker	Ikke aktuell problemstilling
Jeg får helseproblemer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har liten tid.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jobben tar mye tid.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg ikke har noen å gjøre det sammen med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg mangler organisert tilbud.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har annet å gjøre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er engstelig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg mangler transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det koster mye penger.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

10.6 Er du fysisk aktiv nå, og like fysisk aktiv som før?

Hvis «NEI»,

Hvor viktig er følgende årsaker?

(Sett ett kryss for hver linje)

	Ikke viktig	Ganske viktig	Svært viktig	Ikke aktuelt
Helseproblemer hindrer meg.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg trenger mer ro og hvile.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg plages av svimmelhet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har mer lyst til å gjøre andre ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg mangler et organisert tilbud....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har ingen å gjøre det sammen med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tør ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg mangler transportmulighet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er for dyrt for meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tror ikke det har betydning for helsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg liker ikke fysisk aktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har ikke tid og overskudd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tror ikke jeg får noe ut av det .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg ser ikke meg selv som fysisk aktiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

T11. MOTIVASJON FOR DELTAGELSE

11.1 Hva gjorde at du bestemte deg for å møte fram til denne undersøkelsen?

(Kryss av for de to viktigste argumentene)

Jeg synes det er bra med en helsesjekk ...

Jeg synes jeg har plikt til å møte

Jeg vil bidra til forskning

Jeg vil gi innspill til kommunen

Jeg er bekymret for helsa mi

Jeg synes det er greit å stille opp.....

11.2 Har du hørt noen si hvorfor de ikke møter?

Hvis «JA»,

Hva sa de?

(Her kan du krysse av på flere alternativ)

Har ikke tid

Prioriterer det ikke.....

Er syke eller har problemer.....

Kan ikke ta seg fri

Er engstelig for resultatet.....

Synes det er bortkastet.....

Har vanskelig for å komme til stedet.....

Får helsesjekk på annen måte

Andre grunner

T12. BESVARES BARE AV KVINNER

12.1 Har du noen gang vært plaget av bekkensmerter/bekkenløsning?

Nei Ja, en gang Ja, flere ganger

1 2 3

Hvis «JA»:

Oppsto bekkensmertene i forbindelse med svangerskap?

JA NEI

12.2 Hvis du har født, fyll ut hvert barns fødselsår, hvor mange måneder du ammet og hvor mange måneder du var plaget av bekkensmerter etter fødselen.

(Hvis du ikke hadde bekkensmerter etter fødselen, skriv 0. Hvis du ikke ammet, skriv 0)

Barn:	Fødselsår:	Antall mnd med amming	Antall måneder plaget av bekkensmerter etter fødsel
1. Barn	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Barn	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Barn	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Barn	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Barn	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Barn	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(Hvis flere barn, bruk ekstra ark)

T1. SKOLEGANG/STUDIER OG ARBEID

1.1 Hvilken utdanning er den høyeste du har fullført?

(Sett bare ett kryss)

Mindre enn 7 år grunnskole..... 0

Grunnskole 7-10 år, framhaldsskole, folkehøgskole 1

Realskole, middelskole, yrkesskole, 1-2 årig videregående skole..... 2

Artium, økonomisk gymnas, allmennfaglig retning i videregående skole..... 3

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

Høgskole/universitet, 4 år eller mer..... 5

1.2 Har du skiftarbeid, nattarbeid eller går vakter?

JA NEI

1.3 Hvis du er i lønnet eller ulønnet arbeid, hvordan vil du beskrive ditt arbeid? (Sett bare ett kryss)

For det meste stillesittende arbeid? (f.eks. skrivebordsarbeid, montering) 1

Arbeid som krever at du går mye? (f.eks. ekspeditørb., lett industriarb., undervisning) 2

Arbeid hvor du går og løfter mye? (f.eks. postbud, pleier, bygningsarbeid) 3

Tungt kroppsarbeid? (f.eks. skogsarb., tungt jordbruksarb., tungt bygn.arb.) 4

1.4 Kan du selv bestemme hvordan arbeidet ditt skal legges opp? (Sett bare ett kryss)

Nei, ikke i det hele tatt..... 1

I liten grad..... 2

Ja, stort sett..... 3

Ja, det bestemmer jeg selv..... 4

1.5 Hvor ofte får du brukt dine evner i arbeidet?

Oftre Noen ganger Sjelden

1 2 3

T2. LOKALMILJØ / NETTVERK OG BOLIG

2.1 Føler du at du har nok gode venner? JA NEI

2.2 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 i året..... 1

1-3 ganger i måneden..... 2

Omtrent 1 gang i uken..... 3

Mer enn en gang i uken..... 4

Ikke skriv her:

2.3 (livssyn) 2.6 (Kommune/Land) 2.7 (far født) (mor født)

T2. Lokalmiljø/nettverk og bolig (fortsettelse)

2.3 Hvilken religion tilhører du?

Hinduisme 1 Buddhisme 2 Muhammedanisme (Islam) 3 Katolisisme 4

Statskirken 5 Annet (livssyn/trossamfunn) 6 Ingen 7

Oppgi hva «ANNET» er: _____

2.4 Hvor ofte er du vanligvis tilstede ved gudstjenester i kirken eller på andre møter innen ditt trossamfunn? (Hvis ikke aktuelt, sett 0)

Antall pr. mnd.

2.5 Finner du ofte styrke og trøst i din tro?

Oftre Av og til Sjelden Aldri Ikke aktuelt

1 2 3 4 5

2.6 I hvilken kommune/land bodde du da du fylte 1 år?

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

2.7 Hvor er dine foreldre født?

Norge Annet land Hvilket land:

Far: Far: _____

Mor: Mor: _____

2.8 Hvilken type bolig bor du i? (Sett bare ett kryss)

Enebolig/villa..... 1

Gårdsbruk..... 2

Blokk/terrasseleilighet..... 3

Rekkehus/ 2-4 mannsbolig..... 4

Annen bolig..... 5

2.9 Hvor stor er din boenhet? ca. kvm (brutto)

JA NEI

2.10 Er det heldekkende tepper i stua? JA NEI

2.11 Er du plaget av: (Sett ett kryss for hver linje)

	Ikke plaget	En del plaget	Sterkt plaget
Fukt, trekk eller kulde i din bolig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre former for dårlig inneløst.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trafikkstøy (biltrafikk, trikk, tog eller fly).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen støy (bedrift, byggeplass e.l.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nabostøy.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dårlig drikkevann.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftforurensning fra trafikk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftforurensning fra ved-, oljefyring, fabrikk e.l.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

T3. VANER

3.1 Røyker du av og til?

- Nei, røyker daglig Nei, røyker ikke
 Ja, sigaretter Ja, pipe Ja, sigar/sigarillos

3.2 Har du i en eller flere perioder de siste 5 årene drikket så mye alkohol at det har hemmet deg i yrkeslivet eller sosialt?

- Ja, i yrkeslivet 1 Ja, sosialt 2 Ja, både i yrkeslivet og sosialt 3 Nei, aldri 4

T4. SYKDOM I FAMILIEN

4.1 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"/>

4.2 Hvis noen slektninger har diabetes, i hvilken alder fikk de diabetes:

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

4.3 Har du/dere omsorg for gamle, kronisk syke eller funksjonshemmede familiemedlemmer?

Hvis «NEI»; hopp til pkt. 5.1

- JA NEI

4.4 Har du/din familie mulighet for hjemmehjelp eller hjemmesykepleie i den utstrekning dere ønsker det?

- JA NEI

T5. EGEN HELSE

5.1 Har du noen gang hatt:

Sett ett kryss for hvert spørsmål. Oppgi også alderen ved hendelsen. Hvis det har skjedd flere ganger, hvor gammel var du første gang.

	JA	NEI	Alder første gang
Nakkesleng (whiplash)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alvorlig skade som førte til sykehusinnleggelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migrene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.2 Har du de siste to ukene følt deg: (Sett ett kryss for hver linje)

	Nei	Litt	En god del	Svært mye
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"/>
Trygg og rolig?	<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"/>
Glad og optimistisk?	<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"/>

5.3 Hoster du omtrent daglig i perioder av året?

Hvis «NEI»; hopp til pkt. 5.6

- JA NEI

5.4 Er hosten vanligvis ledsaget av oppspytt?

- JA NEI

5.5 Har du hatt slik hoste så lenge som i en 3 måneders periode i begge de to siste år?

- JA NEI

T5. Egen helse (fortsettelse)

5.6 Har du i løpet av det siste året vært plaget med smerter og/eller stivhet i muskler og ledd som har vart i minst 3 måneder sammenhengende?

- JA NEI

Hvis «NEI»; hopp til pkt. 5.11

5.7 Hvor lenge har plagene vart totalt? ca. år og mnd

5.8 Har plagene redusert din arbeidsevne det siste året? (Gjelder også hjemmearbeidende. Sett bare ett kryss)

- Nei/ubetydelig 1 I noen grad 2 I betydelig grad 3 Vet ikke 4

5.9 Har du vært sykmeldt pga. disse plagene det siste året?

- JA NEI Ikke i arbeid

5.10 Har plagene ført til redusert aktivitet i fritida?

- JA NEI

5.11 Har du endret din vekt i løpet av de siste 5 år?

- Nei, ubetydelig 1 Litt opp 2 Mye opp 3 Litt ned 4 Mye ned 5 Mye opp og ned 6

5.12 Hvor ofte er du plaget av søvnløshet? (Sett bare ett kryss)

- Aldri eller noen få ganger i året..... 1
 1-3 ganger i måneden..... 2
 Omtrent 1 gang i uken..... 3
 Mer enn en gang i uken..... 4

5.13 Har du det siste året vært plaget av søvnløshet slik at det har gått ut over arbeidsevnen?

- JA NEI

T6. EGEN HELSE OG KOSTHOLD

6.1 Har noen av forholdene nedenfor begrenset dine muligheter til å kjøpe frukt og grønnsaker? (Sett ett kryss for hver linje)

	Meget stor grad	Ganske stor grad	Ganske liten grad	Meget liten grad
Dårlig tilgjengelighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dårlig kvalitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For høy pris.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.2 Hvor interessert er du i å få vite om maten du spiser er ernæringsmessig riktig sammensatt?

- Ikke interessert 1 Litt interessert 2 Ganske interessert 3 Meget interessert 4

6.3 Hvordan får du informasjon om kosthold? (Sett ett eller flere kryss)

TV, radio	Aviser, ukeblad	Brosjyrer	Familie og venner	Lege
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernæringsfysiolog	Pasientforening	Er ikke interessert	Annet	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

6.4 Hvor interessert er du i å motta informasjon om kosthold?

	Ikke interessert	Litt interessert	Ganske interessert	Meget interessert
Gjennom brosjyrer med matoppskrifter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjennom kursopplegg med praktisk matlagning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.5 Hvis du får/har fått individuell kostveiledning, hvor tilfreds er du med veiledningen? (Sett bare ett kryss)

- Har ikke fått individuell kostveiledning 1 Ikke tilfreds 2 Litt tilfreds 3 Ganske tilfreds 4 Meget tilfreds 5

- Har du behov for mer kostveiledning? JA NEI

T6. EGEN HELSE OG KOSTHOLD (fortsettelse)

Spørsmålet skal bare besvares av de som er 59 år eller eldre. Andre hopp til T7 – LIVSHENDELSER OG PROBLEMER

6.6 Hvor ofte er du interessert i å få levert ferdiglaget/porsjonspakket middag til oppvarming hjemme? (Sett bare ett kryss)

- Sjelden/aldri 1 2-3 ganger pr. mnd. 2 ca. 1 gang i uka 3 2-3 g. i uka 4 4-7 ganger i uka 5

T7. LIVSHENDELSER OG PROBLEMER

7.1 Har du opplevd noen av de følgende livshendelser eller problemer i løpet av de siste seks månedene? (Sett ett kryss for hver linje)

Du har selv vært utsatt for alvorlig sykdom, skade eller overfall	JA <input type="checkbox"/>	NEI <input type="checkbox"/>
En av dine nærmeste har vært alvorlig syk, utsatt for skade eller overfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Din mor eller far, din ektefelle/samboer eller barn er avgått ved døden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En nær familievenn eller slektning (tante, kusine, besteforeldre) er avgått ved døden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du er separert/skilt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du har brutt et langvarig forhold.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du har hatt et alvorlig problem (f.eks uoverensstemmelse) med en nær venn, nabo, slektning eller partner.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du har forgivevs søkt etter ny jobb i mer enn en måned.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du er blitt avskjediget fra din jobb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du har hatt alvorlige økonomiske problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du har hatt problemer med politiet og blitt fremstilt for retten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noe du satte stor pris på er mistet eller stjålet....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du har hatt problemer med å få barnepass	JA <input type="checkbox"/>	NEI <input type="checkbox"/>
Du har hatt problemer med barna dine (oppdragelse, skole, disiplin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du bor sammen med noen som har alkoholproblemer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

T8. HELSE OG HUSDYR

8.1 Har du jevnlig kontakt med husdyr? (Sett ett eller flere kryss)

- Nei Ja, hest Ja, hund Ja, andre gårdsdyr Ja, annet

8.2 Er det katt i boligen?

- JA NEI

8.3 Uavhengig av om du har hund eller hest selv: Angi hvor enig du er i følgende påstander:

	Helt uenig	Delvis uenig	Delvis enig	Helt enig
Hest skaper kontakt med andre mennesker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hund skaper kontakt med andre mennesker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hest holder meg/eieren fysisk aktiv.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hund holder meg/eieren fysisk aktiv.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samvær med hest gir meg velvære	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samvær med hund gir meg velvære	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

T8. HELSE OG HUSDYR (fortsettelse)

8.4 Hvor mye er du sammen med:

	Aldri	Av og til	Ukentlig	Daglig
Hest i næring/arbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hest i fritid.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hund i fritid.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

T9. LEGE OG HELSETJENESTER

9.1 Hvor mange forskjellige leger utenom sykehus/poliklinikk har du vært behandlet av de siste 12 mnd? Antall leger

Hvis du ikke har vært hos lege, skriv 0.

9.2 Hvilken type lege (utenom sykehus/poliklinikk) var du hos sist?

- Allmennlege 1 Spesialist 2

9.3 Hvor tilfreds var du med ditt siste legebesøk (utenfor sykehus/poliklinikk)? (Sett bare ett kryss)

- Svært fornøyd 1 Middels fornøyd 2 Ikke fornøyd 3

9.4 Hadde du frikort i fjor?.....

- JA NEI

9.5 Har du fast lege/legesenter?

- JA NEI

9.6 Får du time raskt nok hos egen lege når du trenger det?

- Ja, som regel 1 Av og til 2 Sjelden 3

Spørsmål 9.7 og 9.8 skal kun besvares av de som er 59 år eller eldre. Andre hopper til T10 – FYSISK AKTIVITET

9.7 Dersom det var "helsestasjon for eldre" i din kommune ville du da benyttet dette tilbudet?

- JA NEI

Hvis «JA»,

hvilke av følgende tjenester burde helsestasjonen tilby? (Kryss av for de tilbudene du ønsker)

Øreskylning	<input type="checkbox"/>	Hørselstest.....	<input type="checkbox"/>
Måle blodtrykk.....	<input type="checkbox"/>	Kostholdsveiledning.....	<input type="checkbox"/>
Sjekke urinprøve	<input type="checkbox"/>	Tannhelse	<input type="checkbox"/>
Informasjon om trygd	<input type="checkbox"/>	Informasjon om medisiner	<input type="checkbox"/>
Måle blodsukker.....	<input type="checkbox"/>	Ulike hjelpemidler	<input type="checkbox"/>
Formidling av tjenester:			
Hjemmesykepleie.....	<input type="checkbox"/>	Matombringing.....	<input type="checkbox"/>
Hjemmehjelp	<input type="checkbox"/>	Trygghetsalarm	<input type="checkbox"/>
Vaktmester	<input type="checkbox"/>	Andre hjelpemidler.....	<input type="checkbox"/>

9.8 Hvis du pr. i dag ikke har behov for noe av dette, hvor sannsynlig tror du det er at du vil oppsøke tjenesten (helsestasjon for eldre) i løpet av de nærmeste årene?

- Meget sannsynlig 1 Middels sannsynlig 2 Lite sannsynlig 3

T10. FYSISK AKTIVITET

10.1 Hvor fysisk aktiv er du nå sammenlignet med for 5 år siden?

- Uforandret 1 Mer aktiv 2 Mindre aktiv 3 Vet ikke 4

10.2 Hvor fysisk aktiv er du sammenlignet med de fleste andre på din alder og av samme kjønn?

- Like aktiv 1 Mer aktiv 2 Mindre aktiv 3

10.3 Under finner du noen alternativer som beskriver nivåer av fysisk aktivitet.

Angi det alternativet som passer best for deg: (Sett ett kryss)

For tiden er jeg ikke fysisk aktiv, og jeg har ingen planer om å bli fysisk aktiv i løpet av de neste 6 måneder.....	<input type="checkbox"/>
For tiden er jeg ikke fysisk aktiv, men jeg tenker på å bli mer fysisk aktiv i løpet av de neste 6 måneder	<input type="checkbox"/>
For tiden er jeg noe fysisk aktiv, men det er ikke regelmessig.....	<input type="checkbox"/>
For tiden er jeg regelmessig fysisk aktiv, men det er først de siste 6 måneder jeg har begynt med det.....	<input type="checkbox"/>
For tiden er jeg regelmessig fysisk aktiv, og jeg har vært det lengre enn de siste 6 måneder	<input type="checkbox"/>