



+

Spørreskjema til far

+

Skjemaet skal leses av en maskin. Derfor er det viktig å bruke blå eller sort kulepenn og skrive tydelig:

- I de små avkrysningsboksene setter du **et kryss** inni boksen for det svaret som du mener passer best, slik:
- Hvis du mener at du har satt kryss i feil boks, kan du rette det ved å fylle boksen helt, slik:
- Tallboksene har ofte to eller flere ruter. Når du skriver et ett-sifret tall, bruker du den høyre ruten. Eksempel "5" skrives slik:

Oppgi dag, måned og år for utfylling

**Dette skjemaet skal ikke brukes til utfylling.
Ta kontakt med oss på morbarn@fhi.no eller
tlf 53 20 40 40 hvis du trenger skjema.**

HELSE

1. Hvordan er helsen din nå? +

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

2. Har du, eller har du noen gang hatt, noen av de følgende sykdommene/plagene? (Sett ett kryss per linje.)

	Nei	Ja	Hvis ja, hvor gammel var du første gang?	
1. Hjerteinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/>	år gammel
2. Angina pectoris (hjertekrampe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/>	år gammel
3. Hjertesvikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/>	år gammel
4. Annen hjertesykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/>	år gammel
5. Anfall med pipende eller tung pust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/>	år gammel
6. Høyt blodtrykk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/>	år gammel
7. Hjerneslag/hjerneblødning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/>	år gammel
8. Nyresykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/>	år gammel
9. Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/>	år gammel
10. Kronisk bronkitt, emfysem, KOLS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/>	år gammel
11. Diabetes type 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/>	år gammel
12. Diabetes type 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/>	år gammel
13. Diabetes, annen type eller usikker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/>	år gammel
14. Psoriasis +	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/>	år gammel +

Listen fortsetter neste side

Har du, eller har du noen gang hatt, noen av de følgende sykdommene/plagene? (Sett ett kryss per linje.)

+	Nei	Ja	Hvis ja, hvor gammel var du første gang?	+
15. Epilepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år gammel
16. Multippel sklerose (MS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år gammel
17. Parkinsons sykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år gammel
18. Revmatoid artritt (leddgikt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år gammel
19. Skiveprolaps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år gammel
20. Bekhterevs sykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år gammel
21. Osteoporose (beinskjørhet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år gammel
22. Fibromyalgi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år gammel
23. Kronisk utmattelsessyndrom (ME)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år gammel
24. Spenningshodepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år gammel
25. Migrene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år gammel
26. Urinsyregikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år gammel
27. Cøliaki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år gammel
28. Hørselstap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år gammel
29. Artrose (slitasjegikt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år gammel
30. Alkohol-/rusmisbruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år gammel
31. Alvorlig depresjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år gammel
32. Angstlidelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år gammel
33. Bipolar lidelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år gammel
34. Psykiske plager som du har søkt hjelp for	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år gammel
35. Kreftsykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år gammel
Hvis ja, hva slags? _____				
36. Annen alvorlig sykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år gammel
Hvis ja, hva slags? _____				

+

+

3. Har du foreldre eller søsken som har, eller har hatt, følgende sykdommer? (Sett ett kryss per linje.)

	Nei	Ja	Vet ikke
1. Hjerneslag eller hjerneblødning før 60-årsalder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hjerterinfarkt før 60-årsalder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kreftsykdom før 60-årsalder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Har du vært innlagt på sykehus i løpet av de siste 12 månedene?

Nei Ja

5. Hvor høy er du?

				cm
--	--	--	--	----

6. Hvor mye veier du nå?

				kg
--	--	--	--	----

7. Omtrent hva var din kroppsvekt da du var 18 år?

				kg	<input type="checkbox"/> Husker ikke
--	--	--	--	----	--------------------------------------

SMERTE

Dersom du har flere typer smerte, svar for den som plager deg mest.

8. Har du hatt smerter i løpet av de siste fire ukene?

- Nei, aldri (gå videre til spørsmål 14)
- Ja, sjeldnere enn hver uke
- Ja, hver uke, men ikke hver dag
- Ja, hver dag, men ikke hele tiden
- Ja, hele tiden, uten opphør

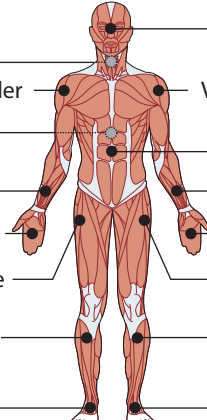
(Spørsmålene 9-13 skal du bare besvare hvis du har hatt smerter de siste fire ukene.)

9. Hvor lenge har du hatt disse smertene?

- Mindre enn 3 mnd.
- 3-5 mnd.
- 6-11 mnd.
- 1-3 år
- Lengre enn 3 år

10. Hvor har du hatt smerter de siste fire ukene?

(Sett ett eller flere kryss.)



Hode/ansikt

Nakke

Høyre skulder

Rygg

Høyre arm

Høyre hånd

Høyre hoft

Høyre bein

Høyre fot

Venstre skulder

Mage

Venstre arm

Venstre hånd

Venstre hoft

Venstre bein

Venstre fot

		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
11. Hvor sterke er smertene vanligvis?	Ingen smerte	<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"/>	<input type="checkbox"/>	Sterkest tenkelig smerte
12. I hvor stor grad hindrer smertene deg i å gjøre daglige aktiviteter?	Hindrer ikke aktiviteter	<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"/>	<input type="checkbox"/>	Hindrer alle aktiviteter

13. Hvor ofte har du i løpet av de siste fire ukene brukt følgende medisiner?

	Aldri	1 dag i uken eller sjeldnere	2-3 dager i uken	4 dager i uken eller mer	
1. Paracetamol (f. eks. Paracet, Panodil, Pamol, Pinex, Therimin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Ibuprofen (f. eks. Ibux, Ibumetin, Burana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Diklofenak (f. eks. Voltarol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Fenazon (f. eks. Fenazon koffein, Fanalgin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Naproxen (f.eks. Proxan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Acetylsalisylsyre (f. eks. Aspirin, Globoid, Dispril)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Andre smertestillende medisiner uten resept,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+

ev. hvilke: _____

KOSTHOLD

14. Tenk på hva du har spist det siste året, og marker hvor ofte du pleier å spise hver matvare. +

+	Sjelden/ aldri	Ca. 1 gang per mnd	2-3 ganger per mnd	1-3 ganger per uke	4-6 ganger per uke	1 gang per dag eller mer
1. Gulrot, kålrot, sellerirot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Poteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hodekål, blomkål, brokkoli, rosenkål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Løk, purre, hvitløk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Andre grønnsaker (f.eks. erter, spinat, salat, tomat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Epler, pærer, plommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Annen frukt (f.eks. banan, appelsin, druer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Bær (f.eks. jordbær, bringebær, blåbær)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Nøtter (ikke peanøtter)/frø	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Egg (kokt, stekt, røre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Fisk og fiskeprodukter, både til middag og som pålegg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Skalldyr (reker, krabbe, blåskjell)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Kylling/kalkun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Rent kjøtt av okse, gris og lam (stek, koteletter, filet, biff)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Bearbeidede kjøttprodukter (pølser, hamburgere, kjøttkaker, o.l.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Linser, bønner, kikerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Olivenolje/rapsoolje (til salat og matlaging)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Grove kornprodukter (grovbrød, knekkebrød, usøtet mysli o.l.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Havregrøt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ris/pasta +	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Kaker, sjokolade, iskrem, smågodt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Salte snacks (f.eks. potetchips, peanøtter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Hvor ofte har du drukket følgende det siste året?

	Sjeldnere enn ukentlig	1-3 ganger per uke	4-6 ganger per uke	1-2 ganger per dag	3-4 ganger per dag	5+ ganger per dag
1. Vann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Juice/smoothie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Biola/Cultura/Activia/andre probiotiske produkter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Andre melk- og meieriprodukter (f.eks. vanlig melk, yoghurt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Søt drikke (f.eks. Coca-Cola, solbærsaft, nektar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kunstig søtet drikke (f.eks. Zero, light brus, FUN)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Filter-/pulverkaffe +	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Koke-/presskannekaffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Annen kaffe (f.eks. espresso, kaffe latte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Spiser du hurtigmat (fra gatekjøkken, bensinstasjon o.l.) mer enn 1 gang per uke? Nei Ja17. Hopper du over frokost oftere enn 2 ganger per uke? Nei Ja +

18. Hvor ofte har du brukt kosttilskudd det siste året?

+

Oppgi hvor mange måneder du har brukt kosttilskudd og hvor mange ganger per uke du brukte det i de månedene.

+	Har du tatt kosttilskudd det siste året?		Hvis ja, hvor ofte?	
	Nei	Ja	Ant. måneder siste år	Ant. ganger per uke
1. Multivitamin-/mineraltilskudd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Tran eller annet omega-3-tilskudd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Proteintilskudd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

LEVEVANER**19. Røykte faren din da du vokste opp?** Nei Ja Vet ikke**20. Røykte moren din da du vokste opp?** Nei Ja Vet ikke**21. Røyker du selv, eller har du røykt?** Nei, jeg har aldri røykt Ja, men jeg har sluttet å røyke Ja, av og til (*fest/ferie, ikke daglig.*) Ja, daglig

+

Hvis du aldri har røykt daglig, hopp til spørsmål 25.

Svar på dette hvis du røyker daglig nå eller tidligere har røykt daglig.

22. Hvor mange sigaretter røyker eller røykte du vanligvis daglig?

sigaretter per dag

23. Hvor gammel var du da du begynte å røyke?

år gammel

24. Hvis du tidligere har røykt, hvor gammel var du da du sluttet?

år gammel

25. Bruker du, eller har du brukt, snus? Nei, aldri Ja, men jeg har sluttet Ja, av og til Ja, daglig

Hvis du aldri har brukt snus daglig, hopp til spørsmål 29.

Svar på dette hvis du snuser daglig nå eller tidligere har brukt snus daglig:

26. Hvor mange bokser snus bruker/brukte du per måned?

bokser snus per måned

27. Hvor gammel var du da du begynte med snus?

år gammel

28. Hvis du tidligere har brukt snus, hvor gammel var du da du sluttet?

år gammel

29. Hvor ofte drikker du alkohol? Aldri Månedlig eller sjeldnere To til fire ganger i måneden To til tre ganger i uken Fire ganger i uken eller mer

+

Enheter alkohol: For å sammenligne ulike typer alkohol, spør vi etter det vi kaller alkoholenheter (= 1,5 cl ren alkohol). I praksis betyr dette følgende:

1 glass (1/3 liter) øl	= 1 enhet
1 vinglass rød eller hvit vin	= 1 enhet
1 hetvinsglass, sherry eller annen hetvin	= 1 enhet
1 dramme glass brennevin	= 1 enhet

30. Hvor mange alkoholenheter drikker du vanligvis når du nyter alkohol? 1-2 3-4 5-6 7-9 10 eller flere

+

	+	Aldri	Sjeldnere enn månedlig	Månedlig	Ukentlig	Daglig/nesten daglig
31. Hvor ofte drikker du seks alkoholenheter eller mer?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Hvor ofte i løpet av det siste året var du ikke i stand til å stoppe å drikke etter at du hadde begynt?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Hvor ofte i løpet av det siste året unnlot du å gjøre ting du skulle ha gjort på grunn av drikking?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Hvor ofte starter du dagen din med alkohol?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Hvor ofte i løpet av det siste året har du hatt skyldfølelse på grunn av drikking?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Hvor ofte i løpet av det siste året har det vært umulig å huske hva som hendte kvelden før på grunn av drikking?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	+	Nei	Ja, men ikke i løpet av det siste året	Ja, i løpet av det siste året
37. Har du eller andre blitt skadet som følge av at du har drukket alkohol?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Har en slektning, venn eller lege bekymret seg over drikkingen din, eller antydnet at du bør redusere?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. Har du noen gang brukt cannabis?

- Nei Ja, for mer enn ett år siden Ja, i løpet av det siste året

40. Hvor fysisk aktiv er du? Her spør vi om ulik varighet av aktiviteter der du blir andpusten eller svett. Ta med aktiviteter både hjemme og på arbeidet. (Sett ett kryss for hver linje.)

	+	Aldri	Mindre enn 1 gang per uke	1 gang per uke	2 ganger per uke	3-4 ganger per uke	5 ganger per uke eller mer
1. Hvor ofte trener du mindre enn 30 minutter?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hvor ofte trener du 30-60 minutter?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hvor ofte trener du mer enn 60 minutter?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. Omtrent hvor mange timer sitter du i løpet av en vanlig dag? (Jobb, transport, TV, lesing, PC, eller lignende.)

- Under 4 timer 5-8 timer 9-12 timer 13-14 timer 15 timer eller mer

SOLING

42. Hva er din naturlige hårfarge?

- Mørk brun eller svart
 Brun
 Blond
 Rød

43. Hvor mange føflekker vil du grovt anslå at du har på beina?

- 0 1 2-3 4-6 7-12 13-24 25+

44. Dersom du i begynnelsen av sommeren soler deg kraftig uten solkrem, hvordan blir huden din?

- Brun uten først å være rød
 Rød
 Rød med svie
 Rød med svie og blemmer

45. Etter gjentatt og langvarig soling, hvordan blir huden din?

- Dyp brun
 Brun
 Lys brun
 Aldri brun

46. Hvor mange ganger per år har du i gjennomsnitt de siste 5 årene vært så solbrent at huden har blitt irritert, fått blemmer og senere flasket av?

- Aldri
 Maks 1 gang per år
 2-3 ganger per år
 4-5 ganger per år
 6 ganger eller mer per år

47. Hvor mange uker per år har du i gjennomsnitt vært på solferie (i «Syden») de siste 5 årene?

- Ingen
- 1 uke per år +
- 2-3 uker per år
- 4-6 uker per år
- 7 uker eller mer per år

48. Hvor ofte har du i gjennomsnitt solt deg i solarium de siste 5 årene?

- Aldri
- Sjeldnere enn 1 gang per måned
- 1 gang per måned
- 2 ganger per måned
- 3-4 ganger per måned

49. Når du er ute på en solfylt dag om sommeren i Norge, bruker du da solkrem?

- Nei, aldri
- Ja, av og til +
- Ja, ofte
- Ja, alltid

50. Når du er ute på en solfylt dag på solferie (i «Syden»), bruker du da solkrem?

- Nei, aldri
- Ja, av og til
- Ja, ofte
- Ja, alltid

PSYKISK HELSE

51. Kryss av om du er enig eller uenig i følgende påstander: (Sett ett kryss for hver linje.)

	Helt uenig	Uenig	Litt uenig	Verken eller	Litt enig	Enig	Helt enig
1. På de fleste måter er livet mitt nær idealet mitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Livsbetingelsene mine er svært gode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jeg er fornøyd med livet mitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Så langt har jeg oppnådd det som er viktig for meg i livet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hadde jeg kunnet leve livet på nytt, ville jeg nesten ikke forandret noe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

52. Har du i løpet av de siste 2 ukene vært plaget med noe av det følgende? (Sett ett kryss for hver linje.)

	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget
1. Stadig redd eller engstelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nervøsitet, indre uro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Følelse av håpløshet med hensyn til fremtiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nedtrykt, tungsindig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mye bekymret eller urolig +	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Følelse av at alt er et slit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Føler deg anspent eller oppjaget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Plutselig frykt uten grunn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mangel på energi, alt går langsommere enn vanlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Har lett for å gråte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Følelse av å være unyttig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Lett for å klandre deg selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53. Hvor mye har de følgende problemene plaget deg i løpet av den siste uken? (Sett ett kryss for hver linje.)

	Ikke i det hele tatt	Litt	En del	Ganske mye	Ekstremt mye
1. Frykt for å bli forlegen gjør at jeg unngår å gjøre ting eller å snakke med folk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jeg unngår aktiviteter hvor jeg er midtpunkt for oppmerksomhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Å bli forlegen eller virke dum, som er noe av det jeg frykter mest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54. Har du hatt tanker om å ta ditt eget liv? Nei Ja +

55. Har du noen gang forsøkt å ta ditt eget liv? Nei Ja

56. Tankene og følelsene som er beskrevet her kan virke spesielle, men er vanligere enn man skulle tro. Stemmer noe av dette for deg? +

+	Hvor ofte har du hatt slike følelser eller tanker?				Hvis du har erfart dette, hvor plaget er du av denne erfaringen?			
	Aldri	Av og til	Ofte	Nesten alltid	Ikke i det hele tatt	Litt	Mye	Veldig mye
1. Har du noen gang hatt følelsen av at det som står i blader og aviser, eller som blir sagt på TV, gjelder helt spesielt for deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Har du noen gang hatt følelsen av at noen forfølger deg på ett eller annet vis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Har du noen gang hatt følelsen av at det foregår en sammensvergelse mot deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Har du noen gang hatt følelsen av at elektriske apparater, som PCer, kan påvirke dine tanker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Har du noen gang hatt følelsen av at tanker i hodet ditt ikke er dine egne tanker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Har dine tanker noen ganger vært så livlige at du har vært bekymret for at andre kan ha hørt dem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Har du noen gang hatt følelsen av at det er en annen makt utenfor deg selv som har kontroll over deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Har du noen gang hørt stemmer mens du er helt alene (ikke radio eller TV)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Har du noen gang sett gjenstander, mennesker eller dyr som ingen andre ser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

LIVSHENDELSER

57. Har du opplevd noe av det følgende de siste 10 årene? (Sett ett kryss per linje.)

	Nei	Siste 12 mnd.	Ja, tidligere
1. Problemer på arbeidsplassen eller der du utdanner deg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mistet jobben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Økonomiske problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Store konflikter i et parforhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ble skilt, separert eller avbrøt samlivet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Problemer eller store konflikter med familie, venner eller naboer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Vært alvorlig syk eller skadet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. En av dine nærmeste har vært alvorlig syk eller skadet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Vært utsatt for alvorlig ulykke, brann eller grovt tyveri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Vært utsatt for fysisk vold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Vært utsatt for seksuelle overgrep	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mistet en som sto deg nær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Andre alvorlige hendelser/opplevelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

SØVN

58. Hvor ofte...

+

+

Dager per uke

	Aldri	Mindre enn 1	1	2	3	4 eller flere
1. ... har du vanskelig for å sovne om kvelden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... har du gjentatte oppvåkninger om natten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... er du trøtt eller søvngig på dagtid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mindre enn 1 måned	1-3 måneder	3-6 måneder	6-12 måneder	1-3 år	Mer enn 3 år
4. Om du har slike søvnplager, hvor lenge har de vart?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VENNSKAP

59. Har du noen utenom ektefelle/samboer/partner som du kan søke råd hos i vanskelige situasjoner?

- Nei Ja, 1-2 personer Ja, flere enn 2 personer

60. Hvor ofte treffer du eller snakker du i telefonen med familie (bortsett fra de du bor sammen med) eller nære venner?

- Flere ganger i uken 1-4 ganger i måneden Sjeldnere +

PARFORHOLD

Besvares bare dersom du er i et forhold.

61. Hvor enig er du i disse beskrivelsene av ditt forhold til din nåværende ektefelle/samboer/partner?

(Sett ett kryss for hver linje.)

	Svært enig	Enig	Litt enig	Litt uenig	Uenig	Svært uenig
1. Min partner og jeg har problemer i parforholdet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jeg er lykkelig i mitt parforhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Min partner er generelt forståelsesfull	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jeg er fornøyd med forholdet til min partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Vi er enige om hvordan barn bør oppdras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ARBEID OG HUSHOLDNING

62. Hva er din nåværende sivilstatus?

- Gift
 Samboer
 Separert
 Skilt (uten ny ektefelle/samboer)
 Ugift
 Enkemann

63. Hvem deler du husholdning med?

(Sett ett eller flere kryss.)

- Ektefelle
 Samboer
 Egne barn
 Andres barn
 Andre
 Ingen

64. Hvor mange barn (under 20 år) bor totalt i husholdningen din?

Antall barn:

+

+

65. Hvilken utdanning har du? (Sett kun **ett kryss** for den høyeste utdanningen du har fullført.)

- 9-årig grunnskole +
- 1-2-årig videregående
- Videregående yrkesfaglig
- 3-årig videregående allmennfaglig, gymnas
- Høyskole eller universitet inntil 4 år
(*cand. mag., bachelor, sykepleier, lærer, ingeniør*)
- Høyskole eller universitet, mer enn 4 år
(*hovedfag, master, embetseksamen*)
- Annen utdanning

66. Hva var din brutto årsinntekt (før skatt) det siste året? (Inkl. barnebidrag, arbeidsledighetstrygd, kontantstøtte osv.)

- Under 200 000 kr
- 200 000 – 299 999 kr
- 300 000 – 399 999 kr
- 400 000 – 499 999 krr
- 500 000 – 749 999 kr
- 750 000 – 999 999 kr
- 1 000 000 og over

67. Hva er din arbeidssituasjon nå? +

(Sett eventuelt flere kryss.)

- Skoleelev/student
- Hjemmeværende
- Arbeidssøkende/permittert
- Attføring/ufør
- Ansatt i offentlig virksomhet
- Ansatt i privat virksomhet
- Selvstendig næringsdrivende
- Familien medlem uten fast lønn i familiebedrift
(f.eks. gårdsbruk, forretning)
- Annet

+

ARBEIDSLIV

68. Hva slags virksomhet arbeider du i?

Skriv f.eks. gårdsbruk, forsikringsselskap, videregående skole.
(Hvis du ikke er i arbeid, oppgi hva slags virksomhet du sist arbeidet i.)

69. Yrke/tittel på dette arbeidsstedet?

Skriv f.eks. biloppretter, formann, adjunkt, elev, spesialarbeider, renholdsassistent, bonde, hjemmeværende.
(Hvis du ikke er i arbeid, oppgi ditt tidligere yrke.)

Resten av denne bolken besvares hvis du er i arbeid. Hvis du ikke er i arbeid, gå til spørsmål 74.

70. Dersom du er i lønnet arbeid, hvor mange timer arbeider du i løpet av en vanlig uke?

- 1-15 16-25 26-35 36-40 41-50 51-60 Mer enn 60 timer

71. Hvis du er i lønnet eller ulønnet arbeid, hvordan vil du beskrive arbeidet ditt?

- For det meste stillesittende arbeid (f.eks. skrivebordsarbeid, montering)
- Arbeid som krever at du går mye (f.eks. ekspeditørarbeid, lett industriarbeid, undervisning)
- Arbeid der du går og løfter mye (f.eks. postbud, pleier, bygningsarbeider)
- Tungt kroppsarbeid (f.eks. skogsarbeider, tungt landbruksarbeid, tungt bygningsarbeid)

72. Har du i løpet av de siste 12 månedene hatt sykefravær?

- Med egenmelding Nei Ja
- Med sykemelding fra lege Nei Ja

73. Hvis ja, hvor mange uker totalt det siste året?

- Mindre enn 1 uke 1-2 uker 3-8 uker Mer enn 8 uker

+

+

+

OM BARNET



DE FØLGENDE SPØRSMÅLENE ANGÅR DITT BARN FØDT I

+

OM BARNETS MOR

74. Bor du sammen med barnets mor?

- Ja (gå til spørsmål 76)
 Nei, vi har flyttet fra hverandre i

(årstall) (vennligst fyll ut spørsmål 75)

- Nei, vi har aldri bodd sammen (vennligst fyll ut spørsmål 75)
 Hun lever ikke lenger (gå til spørsmål 77)

Til deg som **ikke** bor sammen med barnets mor:

75. Hvor ofte kommuniserer du med barnets mor (personlig, telefon, sms, sosiale medier o.l.)?

- Sjelden/aldri
 Månedlig
 Ukentlig
 Daglig/nesten daglig

76. Hvor ofte vil du si at du og barnets mor ...

	Aldri	Sjeldnere enn månedlig	Månedlig	Ukentlig	Daglig/nesten daglig
1. ... har ubehagelige samtaler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... krangler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... er sinte på hverandre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OM BARNET

77. Hvordan opplever du forholdet mellom deg og barnet ditt nå for tiden? Kryss av for den påstanden som passer best for deg. (Sett ett kryss for hver linje.)

	Stemmer absolutt ikke	Stemmer ikke helt	Nøytral, ikke sikker	Stemmer ganske bra	Stemmer veldig bra
1. Barnet mitt og jeg har et kjærlig og varmt forhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Det virker som om barnet mitt og jeg alltid kjemper mot hverandre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hvis barnet mitt blir opprørt, søker det trøst hos meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Barnet mitt er utilpass med kjærtegn eller berøring fra meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Barnet mitt setter pris på forholdet vårt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Når jeg roser barnet mitt, blir han/hun tydelig stolt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Barnet mitt forteller meg spontant ting om seg selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Barnet mitt blir lett sint på meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Det er lett å forstå hva barnet mitt føler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Barnet mitt fortsetter å stå på sitt etter å ha blitt irettesatt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Det å oppdra barnet mitt tapper meg for energi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Når barnet mitt er i dårlig humør, vet jeg at vi vil få en lang og vanskelig dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Mitt barns følelser overfor meg kan være uforutsigbare eller skifte fort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Barnet mitt deler sine følelser og opplevelser åpent med meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Jeg har nok tid til å være sammen med barnet mitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

78. I gjennomsnitt, omtrent hvor ofte gjør du følgende sammen med barnet ditt?

+	Sjeldnere enn månedlig	1-3 ganger per måned	1-2 ganger per uke	3-4 ganger per uke	5 ganger per uke eller mer
1. Spiser middag sammen med barnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Har nære samtaler med barnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Er tilgjengelig for barnet på kveldstid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ser på TV eller slapper av sammen med barnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Driver med sport, går tur, eller andre uteaktiviteter sammen med barnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Finner på andre aktiviteter sammen (f.eks. høytlesning, matlaging, spille spill)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

79. Hvor ofte vil du si at du og barnet ditt...

	Aldri	Sjeldnere enn månedlig	Månedlig	Ukentlig	Daglig/nesten daglig
1. ... har ubehagelige samtaler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... krangler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... er sinte på hverandre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dersom du ikke bor sammen med barnets mor:

80. Hvor mye bor barnet sammen med deg?

Barnet bor med meg dager i måneden

+

KOMMENTARER

81. Har du kommentarer eller noe du ønsker å utdype, kan du skrive her:

Har du husket å fylle ut dato for utfylling av skjemaet på side 1?

Tusen takk for at dere fortsatt er med i Den norske mor og barn-undersøkelsen!

+

+