



Invitasjon til HUNT4

Du inviteres til å delta i den fjerde store Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT4). Ved å delta får du en enkel undersøkelse av din egen helse, og du gir samtidig et viktig bidrag til medisinsk forskning.

Du deltar ved å fylle ut dette spørreskjemaet og møte til undersøkelser på feltstasjonen.

TID OG STED FOR OPPMØTE PÅ FELTSTASJON:

Dersom det foreslåtte tidspunktet ikke passer for deg kan du møte når det passer deg innenfor åpningstiden, men det kan da bli noe ventetid. Du kan møte i en annen kommune hvis det er bedre.

Åpningstider for oppmøte utenfor timeavtale:

Spørreskjemaer er en viktig del av HUNT4. Vennligst svar på skjemaet så nøyaktig som mulig. Du kan svare på nett eller på papirskjema.

SLIK SVARER DU PÅ NETT:

Gå til adressen <http://hunt4.no>, og velg spørreskjema.

Logg deg på med BrukerID og PIN-kode.



BrukerID:

PIN-kode:

SLIK SVARER DU PÅ PAPIRSKJEMA:

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

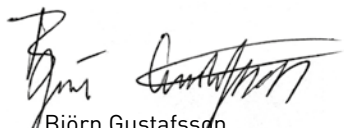
Lever skjemaet når du møter på feltstasjonen.

Du kan lese mer om HUNT4 i den vedlagte informasjonsbrosjyren eller på <http://hunt4.no>.
Om noe er uklart kan du kontakte HUNT forskningssenter på telefon 74 07 51 80 eller på e-post hunt@medisin.ntnu.no.

Vel møtt til undersøkelsen!

Med vennlig hilsen


Steinar Krokstad
Daglig leder, HUNT


Björn Gustafsson
Dekan, Fakultet for medisin og helsevitenskap

I spørreskjemaet finner du spørsmål om plager og sykdommer og om andre forhold som har betydning for helsa. Dersom enkelte spørsmål er uklare, lar du dem bare stå ubesvarte. Hvis du vil, kan du drøfte dem med personalet på feltstasjonen. Flere steder i skjemaet ber vi om antall ganger noe har skjedd, eller alder første gang noe skjedde. Hvis du ikke husker nøyaktig, kan du skrive det tallet du tror er mest riktig.

Hver deltaker er like viktig, enten du er ung eller gammel, frisk eller syk, er HUNT-veteran eller møter for første gang. Jo flere som blir med, jo mer helhetlig og verdifull blir HUNT. Din deltakelse bidrar til at vi kan finne ut mer om hva som påvirker helse og livskvalitet for alle grupper i samfunnet. For å kunne studere årsaker til, og utvikling av sykdom, er det viktig at også de som tidligere har deltatt møter fram.

LES DETTE FØR DU STARTER

Skjemaet skal leses maskinelt. Følg derfor disse instruksjonene:

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

SAMTYKKE TIL HUNT4

Jeg har lest informasjonsbrosjyren om HUNT4 og er kjent med hva det generelle samtykket til å delta innebærer. Jeg har hatt anledning til å spørre om mer informasjon.

Samtykker du til å delta i HUNT4?

☐ Ja, jeg samtykker til å delta i HUNT4

Du kan delta i HUNT4 uansett om du svarer ja eller nei på valgene under.

SPESIFIKKE SAMTYKKER FOR GENETISKE ANALYSER

Nærmere informasjon om dette finner du på side 7 i informasjonsbrosjyren for HUNT4.

Hvis genetiske analyser avdekker økt risiko for sykdom, ønsker du tilbakemelding om slik økt risiko?

Ja ☐ Nei ☐

Ønsker du å bli invitert til oppfølgingsstudier basert på genetiske funn, inkludert varianter som kan gi økt risiko for sykdom?

Ja ☐ Nei ☐

HELSE OG DAGLIGLIV

1 Hvordan er helsa di nå?

Dårlig ☐ Ikke helt god ☐ God ☐ Svært god ☐

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

Nei ☐ Ja ☐

HVIS JA:

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

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

3 Hvor sterke kroppslige smerter har du hatt i løpet av de siste 4 uker?

Ingen ☐ Meget svake ☐ Svake ☐ Moderate ☐ Sterke ☐ Meget sterke ☐

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

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

5 Har du de siste 2 ukene følt deg:

(Sett ett kryss per linje)

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

6 Føler du deg stort sett sterk og opplagt, eller trøtt og sliten?

Meget sterk og opplagt ☐

Sterk og opplagt ☐

Ganske sterk og opplagt ☐

Både- og ☐

Ganske trøtt og sliten ☐

Trøtt og sliten ☐

Svært trøtt og sliten ☐

SYKDOMMER OG PLAGER

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

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

8 Har du de siste 12 måneder hatt anfall med tung eller pipende pust? ☐ Nei ☐ Ja

9 Har du de siste 12 måneder hatt smerter i ledd som har vart i mer enn 6 uker? ☐ Nei ☐ Ja

10 Har du noen gang fått påvist for høyt blodsukker? ☐ Nei ☐ Ja Alder første gang? år gammel

BRUK AV MEDISINER

11 Bruker du noen reseptpliktige medisiner nå?

☐ Nei ☐ Ja

HVIS JA:

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

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

12 Har du noen gang fått kortisonsprøyte(r)?

☐ Nei ☐ Ja ☐ Vet ikke

HVIS JA:

Hvorfor har du fått kortisonsprøyte(r)?

(Flere kryss mulig)

Allergi	Senebetennelse	Leddsmerter	Annet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor mange kortisonsprøyter har du fått siste 12 måneder?..... Antall

13 Hvor ofte har du brukt reseptfrie medisiner mot følgende plager i løpet av den siste måneden?

(Sett ett kryss per linje)

	Sjelden/aldri	1-3 ganger per uke	4-6 ganger per uke	Daglig
Halsbrann/sure oppstøt ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treg mage.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hodepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerter i muskler og ledd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BRUK AV HELSETJENESTER

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

Legevakt..... ☐ Nei ☐ Ja

Fastlege/allmennlege

Annen lege eller psykolog utenfor sykehus

Konsultasjon uten innleggelse

- ved psykiatrisk poliklinikk

- ved annen poliklinikk i sykehus.....

Kommunal psykiatrisk sykepleier

Fysioterapeut/manuell terapeut

Kiropraktor

Naprapat

Akupunktør.....

Alternativ behandler, homøopat, soneterapeut, håndspålegger eller annen.....

15 Har du vært innlagt på sykehus de siste 12 måneder?

16 Har du vært hos tannlege/tannpleier de siste 24 måneder?

SYKDOMMER I FAMILIEN

17 Har du foreldre, søsken eller barn som har, eller har hatt, følgende sykdommer?

	Nei	Ja	Vet ikke
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Høysnue/neseallergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronisk bronkitt/emfysem/kols	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst eller depresjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerteinfarkt før 60-årsalder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (sukkersyke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerneslag (hjerneinfarkt eller blødning) før 60-årsalder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18 Har noen av dine besteforeldre, dine foreldres søsken eller dine søskenbarn hatt diabetes?

☐ Nei ☐ Ja ☐ Vet ikke

TOBAKK

19 Røykevaner (Sett ett kryss)

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

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

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

- ☐ Jeg har røykt DAGLIG tidligere; ▼

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

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

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

SNUS

20 Snusbruk (Sett ett kryss)

- ☐ Jeg har aldri brukt snus
- ☐ Jeg har brukt snus AV OG TIL tidligere
- ☐ Jeg snuser AV OG TIL nå (ikke daglig)
- ☐ Jeg snuser DAGLIG nå: ▼

- Jeg bruker omtrent..... esker per måned

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

- ☐ Jeg har tidligere brukt snus DAGLIG: ▼

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

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

KOSTTILSKUDD

21 Hvor ofte bruker du noen av følgende kosttilskudd? (Sett ett kryss per linje)

	Daglig hele året	Daglig kun i vinterhalvåret	Av og til	Aldri
Tran eller omega 3-kapsler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kalktabletter (kalsium)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre vitamin- og/eller mineraltilskudd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MATVARER

22 Tenk på det siste året; hvor mange ganger per uke spiser du disse matvarene? (Sett ett kryss per linje)

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

23 Hvor mange glass/beger/kopper drikker/spiser du vanligvis av følgende? (Sett ett kryss per linje)

	Aldri eller sjelden	1-6 per uke	1 per dag	2-3 per dag	4 eller flere per dag
½ liter = 3 glass/beger/kopper					
Helmelk (søt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lett/skummet melk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hel surmelk (kefir, kultur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lett/skummet surmelk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brus/saft med sukker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brus/saft med kunstig søtning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smoothie/fruktjuice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yoghurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaffe (svart)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaffe tilsatt melk/fløte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALKOHOLBRUK

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

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

25 Hvor mange glass øl, vin eller brennevin drikker du vanligvis i løpet av 2 uker?

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

Øl Vin Brennevin

Antall glass

--	--	--	--

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

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

SØVN

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

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

MOSJON/FYSISK AKTIVITET

28 Hvor ofte driver du mosjon? (Ta et gjennomsnitt)
Med mosjon mener vi at du f.eks. går tur, går på ski, sykler, svømmer eller driver trening/idrett.

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

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

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

30 Hvor lenge holder du på hver gang?
(Ta et gjennomsnitt)

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

31 Omtrent hvor mange timer sitter du i ro på en vanlig hverdag? Regn med både jobb og fritid.
(Ved PC, TV, nettbrett, lesing, bil/buss/togkjøring o.l.)

Antall timer.....

SKJERMBASERT AKTIVITET

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

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

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

LIVSSTIL

33 Hvor viktig er det for deg å leve sunt?

- Svært viktig ☐
- Viktig ☐
- Lite viktig ☐
- Ikke viktig ☐

34 Hvor fornøyd er du med din egen livsstil (kosthold, mosjon, røyke- og drikkevaner)?

- Svært fornøyd ☐
- Fornøyd ☐
- Lite fornøyd ☐
- Ikke fornøyd ☐

35 Er du fornøyd med vekta di nå?

- Ja ☐
- Nei, altfor tung ☐
- Nei, litt for tung ☐
- Nei, litt for lett ☐
- Nei, altfor lett ☐

36 Hvor mange ganger har du med hensikt gått ned mer enn 5 kg i vekt i løpet av de siste 5 år?

- Aldri ☐
- 1-2 ganger ☐
- 3 ganger eller mer ☐

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

Nei Ja
☐ ☐

OPPVEKST, DA DU VAR 0-18 ÅR

38 Hvem vokste du opp sammen med?

(Flere kryss mulig)

- Mor ☐
- Stemor ☐
- Far ☐
- Stefar ☐
- Foster-/pleieforeldre ☐
- Søsken ☐
- Andre barn under 18 år ☐
- Andre voksne ☐

39 Ble dine foreldre skilt, eller flyttet de fra hverandre, da du var barn?

Nei Ja, før jeg var 7 år Ja, da jeg var 7-18 år
☐ ☐ ☐

40 Døde noen av dine foreldre da du var barn?

Nei Ja, før jeg var 7 år Ja, da jeg var 7-18 år
☐ ☐ ☐

41 Var det mye krancling, uro, konflikter eller vanskelig kommunikasjon i barndomshjemmet?

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

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

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

43 Sliter du med vonde minner fra oppveksten pga. tap, svik, vanskjøtsel, vold, mishandling eller misbruk?

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

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

- Svært god ☐
- God ☐
- Middels ☐
- Vanskelig ☐
- Svært vanskelig ☐

UTDANNING OG INNTEKT

45 Hvilken utdanning er den høyeste du har fullført?

(Sett ett kryss)

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

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

- ☐ Grunnskole
- ☐ 1-2 årig videregående skole
- ☐ 3 år i videregående skole
- ☐ Fagbrev eller svennebrev
- ☐ Høyskole/universitet, mindre enn 4 år
- ☐ Høyskole/universitet, 4 år eller mer

46 Hva er din husstands samlede inntekt siste år (brutto-inntekt)?

Ta med alle inntekter fra arbeid, trygder, sosialhjelp og lignende. (Sett ett kryss)

- ☐ Under 250 000 kr
- ☐ 250 000-450 000 kr
- ☐ 451 000-750 000 kr
- ☐ 751 000-1 000 000 kr
- ☐ Over 1 000 000 kr

BOSITUASJON

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

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

HVIS JA:

Hvor mange andre over 18 år? Antall

- ☐ Ja, barn under 18 år: ▼

HVIS JA:

Hvor mange barn under 18 år? Antall

ALT I ALT

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

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

Lever det utfylte skjemaet når du møter på feltstasjonen.

Takk for hjelpen!